

Colección **Saberes Académicos**

Agresividad en los adolescentes hoy

Las habilidades sociales como claves para su abordaje

Norma Contini (compiladora)

 edunt

UNIVERSIDAD NACIONAL
DE TUCUMÁN

Agresividad en los adolescentes hoy.
Las habilidades sociales como claves para
su abordaje

UNIVERSIDAD NACIONAL DE TUCUMÁN

AUTORIDADES

DRA. ALICIA BARDÓN
Rectora

ING. JOSÉ GARCÍA
Vicerrector

PROF. MARTA ALICIA JUÁREZ DE TUZZA
Secretaria Académica

ING. LEANDRO RAÚL DÍAZ
Secretario de Económica Administrativa

DRA. ROSANA NIEVES CHEHÍN
Secretaria de Ciencia, Arte e Innovación Tecnológica

LIC. JOSÉ HUGO SAAB
Secretario de Políticas y Comunicación Institucional

ING. AGR. GUSTAVO ADOLFO VITULLI
Secretario de Bienestar Universitario

ARQ. PATRICIA GRACIELA RODRÍGUEZ ANIDO
Secretaria de Planeamiento y Gestión de Proyectos y Obras

LIC. MARCELO ADRIÁN MIRKIN
Secretario de Extensión Universitaria

DRA. MARÍA CRISTINA APELLA
Secretaria de Postgrado

LIC. ATILIO SANTILLÁN
Secretario de Proyectos Nacionales de Inclusión y Desarrollo

SERGIO WALTER ARAGÓN
Secretario de Asuntos Estudiantiles

Norma Contini
(compiladora)

Agresividad en los adolescentes
hoy. Las habilidades sociales como
claves para su abordaje

Editorial de la Universidad
Nacional de Tucumán
(EDUNT)

Agresividad en los adolescentes hoy : las habilidades sociales como claves para su abordaje / Norma Contini ... [et.al.] ; compilado por Norma Contini. - 1a ed. - San Miguel de Tucumán : EDUNT, 2015. 316 p. : il. ; 21x14 cm. - (Saberes académicos; 1)

ISBN 978-987-1881-56-7

1. Psicología. 2. Adolescencia. I. Contini, Norma II. Contini, Norma, comp.
CDD 155.5

© EDUNT

Rossana NOFAL, *Directora*

Valeria CANGEMI, *Editora responsable*

Aldo COCHERI, *Diagramador responsable*

Gerardo RODRÍGUEZ, *Diseño de tapa*

Quedan rigurosamente prohibidas, sin la autorización escrita del titular del *copyright*, bajo las sanciones establecidas en las leyes, la reproducción total o parcial de esta obra por cualquier medio o procedimiento, comprendidos la reprografía y el tratamiento informático, y la distribución de ejemplares de ella mediante alquiler o préstamo públicos.

© EDUNT

Crisóstomo Álvarez 883. 4000 S. M. de Tucumán, Argentina.

Tel-fax: 0381-4523140

e-mail: edunt@rectorado.unt.edu.ar

Queda hecho el depósito que marca la ley N° 11.723

Impreso en Argentina - Printed in Argentina

ISBN 978-987-1881-56-7

PRÓLOGO

Interactuar con otros implica poner en juego un conjunto de habilidades sociales, en un contexto determinado, socialmente beneficioso y valorado. El contexto socio-histórico-cultural impregna la comunicación interpersonal, actividad esencial de los seres humanos. Es decir, pasamos la mayor parte de nuestro tiempo en interacciones sociales y ello requiere desarrollar un conjunto de habilidades.

El título de este libro invita a los lectores a sumergirse en el conocimiento de la comunicación interpersonal, aspecto relevante para los jóvenes, los cuales deben poner en práctica una serie de habilidades necesarias para afrontar un contexto económico y social complejo y cambiante.

A medida que se avanza en la lectura de cada uno de los apartados, queda claramente expresado cómo se constituyen los modos saludables de interacción y cuáles pueden ser aquellos factores que obstaculizan este desarrollo, siempre comprendiendo que las habilidades sociales están ligadas a los contextos significativos de aprendizaje.

El constante y creciente interés por promover habilidades sociales en niños y adolescentes se fundamenta en

numerosas investigaciones que muestran cómo su desarrollo resulta eficaz para atenuar problemas emocionales y comportamentales favoreciendo la competencia social en etapas posteriores de la vida. Cada capítulo que aquí se presenta aporta evidencia científica que contribuye a cimentar y fortalecer el avance del conocimiento sobre las habilidades sociales en los jóvenes.

Esta obra está estructurada en tres partes, con un total de ocho capítulos realizados por profesionales especializados en cada una de las temáticas que abordan. Su compiladora y autora de varios de ellos, la Dra. Norma Contini, ha tenido la gran tarea de concretar esta excelente idea con el fin de crear puentes entre los conocimientos surgidos en el ámbito académico-científico con aquellos que surgen de la práctica clínica.

La primera sección se destina a la conceptualización de las habilidades sociales y una de sus disfunciones, la agresividad; a cómo evaluar estos comportamientos, y a diversos modelos explicativos de dichas habilidades. Así, el primer capítulo nos introduce en el conocimiento de las habilidades sociales a través de un amplio recorrido, exponiendo sus conceptualizaciones, características y funciones. Se pueden cotejar con claridad las diferentes teorías y autores que brindan un marco comprensivo para este constructo. Se describen los factores protectores a través de los cuales se van configurando las habilidades sociales como así también los factores de riesgo que obstaculizan su desarrollo.

En el segundo capítulo se aborda el comportamiento agresivo en la adolescencia, temática de suma actualidad en nuestros días. Asimismo, se plantean diversas miradas desde donde enfocar dicho fenómeno a fin de contribuir con la elaboración de estrategias de intervención para adolescentes con problemas de violencia y agresión, y también de aquellos con estilos de interacción tendientes al aislamiento y al retraimiento.

El capítulo siguiente proporciona una visión amplia y profunda sobre evaluación psicológica entendiéndola como un proceso de toma de decisiones, pero también como intervención preventiva. Se analizan los instrumentos más utilizados para evaluar las habilidades sociales en población infanto-juvenil y se detalla la Batería de Socialización para adolescentes BAS-3, técnica utilizada por la Dra. Contini y su equipo de investigación en los estudios descriptos en este libro con población adolescente de la provincia de Tucumán, Argentina.

La segunda parte da cuenta de investigaciones con adolescentes de la provincia de Tucumán, tanto en población no consultante, como en población clínica. En relación a las particularidades que ofrece cada contexto de interacción social, el joven recurrirá a diferentes estrategias y habilidades para afrontar los desafíos que le plantean las diversas experiencias interpersonales. El impacto del contexto socio-económico en el desarrollo de las habilidades sociales se trata en profundidad en el capítulo 4, sustentado a partir de los resultados obtenidos en las diferentes etapas de un proyecto de investigación titulado “Habilidades sociales en adolescentes que viven bajo condiciones de pobreza”, bajo la dirección de la Dra. Contini.

Los dos capítulos siguientes abordan problemáticas de relevancia psicológica y social como lo son el sobrepeso, la obesidad y la discapacidad intelectual, temáticas tratadas con rigurosidad científica. Ambos apartados muestran una revisión actualizada a fin de informar a los lectores sobre los hallazgos relevantes en estos temas.

Finalmente, la última sección de esta obra articula la teoría, descrita en los capítulos anteriores, con la práctica clínica, analizando exhaustivamente dos casos.

Este libro plantea un gran desafío a los profesionales de la salud mental y a los educadores, quienes tendrán la inmensa tarea de esparcir las semillas del conocimiento, representadas por cada uno de los capítulos que componen

esta obra, a fin de generar un campo fértil para la articulación entre la práctica clínica y la investigación sobre habilidades sociales en adolescentes, tal como lo propone su compiladora, Dra. Norma Contini.

Sin dudas esta obra será una herramienta de consulta permanente para especialistas en temáticas infanto-juveniles y representa una valiosa contribución al estudio de las habilidades sociales en la adolescencia.

MIRTA SUSANA ISON*

*Doctora en Psicología. Profesora titular en Psicología del Desarrollo (Universidad del Aconcagua). Investigadora del CONICET en el Instituto de Ciencias Humanas, Sociales y Ambientales (INCIHUSA).

PARTE I

1

Las habilidades sociales en la infancia y en la adolescencia. Conceptos y marco teórico

NORMA CONTINI

CLAUDIA PAOLA CORONEL

Introducción

El periódico de Tucumán *La Gaceta*, el 4 de febrero de 2014 publica un artículo titulado “Un chico mató a su profesor frente a todos sus compañeros”. La crónica relata cómo un adolescente armado con dos fusiles tomó como rehenes a 20 alumnos en una escuela y mató a un profesor de Geografía frente a su clase. Al parecer el chico habría actuado por venganza, ya que acusaba al docente de haberle impedido graduarse con matrícula de honor debido a las malas notas que le puso (*La Gaceta*, 4 de febrero 2014, Un chico mató a su profesor frente a todos sus compañeros).

El diario *El País* de Madrid en su edición del 31 de diciembre de 2007 titula un artículo “La generación

‘MP3’ camino al aislamiento”, e ilustra el tema haciendo referencia a Lucas, de 13 años, quien

durante unas ocho horas al día no escucha a nadie ni habla con los demás. Ese tiempo pasa con los auriculares de su reproductor MP3 puestos. Mientras oye las canciones de sus grupos favoritos hace todo lo que haría si apagara su iPod. Navega por Internet, se queda en su habitación a fantasear, intenta hacer sus deberes, acompaña a sus padres al supermercado o sale a pasear por el barrio con sus amigos. Solo hay un detalle atípico: en su vida faltan las palabras y la comunicación directa. La pregunta en torno a este comportamiento, cada vez más frecuente en los adolescentes, es si su abuso acarrea riesgos de aislamiento y puede convertirse en un problema social (*El País*, 31 de diciembre, 2007, edición digital).

¿Cómo pensar entonces estos dos grandes temas, agresividad y soledad, en la salud adolescente?

El propósito de este capítulo es abordarlos desde una perspectiva diferente a la clásica centrada en los síntomas y en el comportamiento disfuncional. Nos parece propicio partir de un interrogante referido a cómo se constituyen los modos de interacción saludables, es decir, cómo se configuran las habilidades sociales mutuamente satisfactorias que impidan llegar a los estilos disfuncionales como la agresividad o el retraimiento.

Un creciente número de niños y adolescentes, debido a diversas causas, presenta importantes dificultades en las relaciones sociales, tales como no incluirse en un grupo, sometimiento a lo que dicen los demás por miedo a ser excluidos, inhibiciones en las relaciones sociales, presencia de comportamientos agresivos y hostiles. A ello se suman los vertiginosos cambios sucedidos en instituciones esenciales en las que habitan niños y adolescentes, como la familia y la escuela. Tales transformaciones dan cuenta del debilitamiento de sistemas referenciales que hacen más complejo el proceso del crecimiento.

Los estudios sobre habilidades sociales en la infancia y en la adolescencia van cobrando un creciente interés, al haber podido demostrarse que son mejores predictores de un afrontamiento saludable de la vida cotidiana que las clásicas habilidades cognitivas expresadas en medidas sintéticas de coeficiente intelectual (CI). Así también constituyen parte del capital psíquico —en términos de la psicología positiva— con que cuenta el sujeto.

Los problemas emocionales y de comportamiento en la infancia y en la adolescencia suponen una preocupación y un reto para padres, educadores y profesionales de la salud; ocupan así un lugar destacado en las investigaciones sobre trastornos psicopatológicos en dicha población. La evaluación psicológica tiene como finalidad conocer y comprender los comportamientos y síntomas que se presentan en la consulta y valorar si estos son parte del desarrollo o constituyen un cuadro psicopatológico. A su vez, la importancia de evaluar los problemas emocionales y de comportamiento proviene del alto porcentaje de niños y adolescentes que acuden a la consulta psicológica, especialmente cuando estos problemas están asociados a dificultades de interacción social, ya sea debido a comportamientos agresivos o de soledad y aislamiento. Estudios epidemiológicos confirman que entre los 6 y los 12 años de edad estos trastornos son uno de los motivos de mayor prevalencia (Ministerio de Salud de la Nación Argentina y Unidades Académicas de Psicología de Universidades Nacionales, 2007). Resultados de investigaciones de diferentes países latinoamericanos confirman una tasa de prevalencia que va del 9 al 22% en niños escolarizados de 6 a 11 años de edad con problemas emocionales y de comportamiento (Viola, Garrido y Varela, 2008; Samaniego, 2008).

El estudio de las habilidades sociales cobra relevancia pues se ha constatado la relación entre la competencia social en la infancia y el adecuado ajuste psicológico en la vida adulta. Las relaciones sociales positivas son una de

las mayores fuentes de autoestima y bienestar personal. Así, el rechazo o el aislamiento social se vinculan a modos disfuncionales de interacción con los otros. En esta línea, Argyle (1983) enfatiza que los déficits en habilidades sociales podrían generar un desajuste psicológico y conducir a que el sujeto emplee estrategias desadaptativas para resolver sus conflictos.

A pesar de la marcada atención puesta en el estudio de las habilidades sociales, aún no se ha llegado a un acuerdo explícito sobre lo que constituye un comportamiento socialmente habilidoso. Sin embargo, todos parecieran conocer qué son las habilidades sociales de forma intuitiva (Trower, 1984). Al respecto, Caballo (1993, 2007) señala que existe un cierto consenso implícito: deben considerarse dentro de un marco cultural determinado, y ello teniendo en cuenta que los patrones de comportamiento varían enormemente de una cultura a otra y dentro de una misma cultura. A su vez, la edad, género, educación, nivel sociocultural y naturaleza situacional forman parte interviniente en estos comportamientos. Igualmente, las experiencias personales, gustos, creencias, capacidades cognitivas de un individuo influyen en ellas. Así, dos personas pueden comportarse de un modo totalmente distinto en una misma situación, o la misma persona actuar de manera diferente en dos situaciones similares, y ser consideradas dichas respuestas con el mismo grado de habilidad social. Otro punto de consenso es que las relaciones entre iguales en la adolescencia contribuyen significativamente al desarrollo del funcionamiento interpersonal y proporcionan oportunidades óptimas para el aprendizaje de habilidades específicas que solo pueden lograrse a través de la relación con pares.

Las habilidades sociales. Definiciones

Las habilidades sociales no tienen una definición única debido a su naturaleza pluriconceptual. En la literatura se

encuentran diversas acepciones, tales como conducta social (Martorell, 1997), habilidades sociales (Gil y León Rubio, 1998; Trianes Torres, 1996), habilidades de interacción social (Monjas Casares, 2000; Garaigordobil Landazabal, 2006; Pérez Fenández y Garaigordobil Landazabal, 2004), asertividad (Wolpe, 1977) y prosocialidad o conducta social positiva (Garaigordobil Landazabal, 2008).

De acuerdo con Caballo (1983, 1993), las habilidades sociales son un conjunto de conductas emitidas por un sujeto en un contexto interpersonal que expresa sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de ese individuo de un modo adecuado a la situación, comportamientos con los que generalmente resuelve problemas inmediatos mientras minimiza la probabilidad de futuras dificultades. Las habilidades sociales hacen referencia a comportamientos específicos que se expresan en actividades tales como iniciar una conversación, jugar o agradecer. Según este autor los sujetos más hábiles socialmente presentarían mayor frecuencia, cantidad y duración en contacto visual, sonrisa y expresión facial general, postura, volumen de voz, duración del habla. Los menos sociables ofrecen un menor contacto visual, sonrisas o gestos, y presentan mayor ansiedad y conductas de consentimiento.

Para Monjas Casares (2000), las habilidades sociales¹ son las “conductas o destrezas sociales específicas requeridas para ejecutar competentemente una tarea de índole interpersonal. Implica un conjunto de comportamientos adquiridos y aprendidos y no un rasgo de personalidad. Son un conjunto de comportamientos interpersonales complejos que se ponen en juego en la interacción con otras personas” (p. 28) —a modo de ejemplo: decir no, realizar algún pedido, resolver problemas con los amigos, expresar tristeza, poder decir cosas agradables a los demás—. Esta autora agrega que se está haciendo referencia a “las con-

¹ En este libro se considerarán habilidades sociales y habilidades de interacción social como sinónimos.

ductas necesarias para interactuar y relacionarse con los iguales y con los adultos de forma efectiva y mutuamente satisfactoria” (p. 29).

El constructo *conducta social* es muy amplio, tanto que se han generado numerosos modelos teóricos que intentan dar cuenta de esta y de cómo se la adquiere. Tal conceptualización es esencial porque determinará cómo se la evaluará y cómo se hará la intervención posterior con vistas a su modificación.

La enorme variedad de enfoques teóricos puede dar, al decir de Martorell (1997), una idea caótica de qué se entiende por conducta social, pero tal percepción disminuye si se toma como criterio un concepto más amplio de conducta social que incluya desde agrupamientos de habilidades básicas hasta patrones centrados en comportamientos intergrupales e intragrupal. Se llegó a esta conclusión luego de revisar una abultada cantidad de trabajos en los que se encontraron recurrencias de características (Martorell, 1997; Kohn, 1977; Achenbach y Edelbrock, 1979; Silva Moreno, Martínez Arias y Ortet, 1977).

Se puede conceptualizar la competencia social como el juicio evaluativo referente a la adecuación del comportamiento social de un individuo; tal afirmación es emitida en un determinado contexto por un sujeto de su entorno que se encuentra en una posición que le permite emitir un juicio.

Monjas Casares (2002, 2004) afirma que la competencia personal y social hace referencia a un conjunto de capacidades, conductas y estrategias que permiten a un sujeto construir y valorar su propia identidad, actuar con eficacia, relacionarse satisfactoriamente con otras personas, y afrontar las demandas y las dificultades de la vida. Todo ello va a posibilitar su ajuste y bienestar personal. Agrega Monjas Casares que el constructo competencia social es multidimensional ya que incluye dos grandes aspectos: a) el personal: referido a autoconcepto y autoestima, emociones, optimismo, sentido del humor, manejo

de la ansiedad, autocontrol y autorregulación; b) el social e interpersonal: comprendido por la socialización y las habilidades sociales tales como la empatía, asertividad, solución de problemas interpersonales.

Caballo (2007) toma como sinónimos los conceptos de habilidades sociales y de competencia social, y otros autores como McFall (1982) los diferencian. Arón y Milicic (1996), Hops (1983) y McFall (1982) utilizan el término *habilidades sociales* en sentido descriptivo para designar comportamientos manifiestos y encubiertos del repertorio del sujeto relacionados con la acción social; a su vez utilizan el término *competencia social* en un sentido evaluativo, es decir, se lo emplea para calificar el nivel de eficacia de la actuación social.

Pelechano (1996) diferencia entre competencia social (éxito social, reconocimiento social de los méritos personales) y competencia interpersonal (reconocimiento individual de personas más que de instituciones). Se trata, en este último caso, del logro de una confianza personal, de ayuda hacia los demás y de un referente personal más que social.

A su vez, la competencia social y las habilidades sociales integran lo que se ha dado en llamar *comportamiento adaptativo* (Verdugo Alonso, 1997). En tal sentido, la competencia social es una subcategoría del comportamiento adaptativo, entendido este como aquellas habilidades requeridas por un sujeto para funcionar independientemente en la comunidad.

Otro término muy empleado es el de *asertividad*, que ha sido utilizado para referir a conductas de autoafirmación y expresión de sentimientos. El concepto de asertividad tiene sus raíces en la terapia de conducta, fundamentalmente en los trabajos de Salter (1949), Wolpe (1977) y de Lazarus (1966). El primero en utilizar el término *aserción* es Wolpe (1977), quien define la asertividad como la expresión adecuada de cualquier emoción que no sea la ansiedad y que esté dirigida hacia otra persona.

La asertividad también es conceptualizada como un conjunto de conductas emitidas por una persona en un contexto interpersonal, que expresa los sentimientos, actitudes, deseos, opiniones y derechos de esa persona de un modo directo y firme, respetando estas mismas dimensiones en los demás. Los sentimientos pueden ser odio, ira, miedo, aprecio, esperanza, desesperanza, entre otros (Alberti et al., 1977).

Lazarus (1973) propone las siguientes dimensiones para la conducta asertiva:

- a) Capacidad de decir no.
- b) Capacidad de pedir un favor o hacer pedidos.
- c) Capacidad de expresar sentimientos positivos o negativos.
- d) Capacidad de iniciar, mantener y concluir una conversación.

Por su parte, Caballo (2000) puntualiza que la asertividad es la capacidad de un sujeto para expresar pensamientos o sentimientos a otros de un modo directo, efectivo y apropiado.

Monjas Casares (2000) define la asertividad como la “expresión directa de los propios sentimientos y la defensa de los propios derechos personales, sin negar los derechos de los otros, es un concepto restringido que se integra dentro del concepto más amplio de habilidades sociales” (p. 29).

Finalmente, cabe señalar que existe coincidencia en diversos autores (Paula Pérez, 2000; Caballo, 1993; Da Dalt de Mangione y Difabio de Anglat, 2002; Monjas Casares, 2000) acerca de que el concepto *asertividad* es restringido y que se integra dentro de otro más amplio, el de habilidades sociales.

A su vez, el constructo asertividad se inserta en otro denominado *prosocialidad* o conducta social positiva (Garaigordobil Landazabal, 2008). Pueden distinguirse dos tipos de conductas sociales positivas: a) las conductas prosociales que suponen un beneficio mutuo para las dos

partes implicadas en la relación interpersonal, y b) las conductas prosociales que solo benefician a una de las partes. Debido a esta diferenciación, Garaigordobil Landazabal (2008) plantea que surge la dicotomía de motivación altruista o no altruista del comportamiento prosocial. En un intento de conciliar esta dicotomía, González Portal (1992) define a la conducta prosocial como aquella conducta social positiva con o sin motivación altruista. Pithod (1993) señala que los sujetos con motivación altruista, denominada también *prosocial genuina*, son proclives a desarrollar una personalidad sana y asertiva.

Garaigordobil Landazabal (2008) señala, con respecto a la conducta prosocial, que la mayoría de las definiciones incluye la noción de conducta social positiva. Para poder responder si es *positiva* es preciso el estudio de los valores del grupo desde un enfoque sociocultural (González Barrón, Casullo, Martorell y Calvo, 1998). En cambio, no hay acuerdo acerca de incluir en la definición variables emocionales. En esta discusión, aclara Garaigordobil Landazabal, se plantea si debe estar presente una motivación altruista/no altruista en el comportamiento. Dicho en otros términos, si se considera comportamiento prosocial solo a aquel que supone un beneficio para ambos sujetos participantes, o bien si pueden incluir los comportamientos que benefician a uno de los sujetos implicados en la interacción. En síntesis, falta hoy consenso acerca de considerar en la definición la noción de motivación que subyace al comportamiento prosocial.

Siguiendo a Monjas Casares (2000), las habilidades sociales presentan las siguientes características:

- a) Son comportamientos aprendidos, fundamentalmente en el entorno interpersonal en el que se desarrolla el niño.
- b) Son comportamientos en los cuales las interacciones con otros son mutuamente satisfactorias.

- c) Contienen elementos motores, emocionales y cognitivos.
- d) Son respuestas específicas a situaciones específicas.
- e) Se manifiestan en contextos interpersonales: es bidireccional, interdependiente y recíproca.

Monjas Casares (2000) señala las siguientes funciones de las habilidades sociales:

Tabla 1. Funciones de las habilidades sociales

Funciones	Caracterización
Conocimiento de sí mismo y de los demás	En la interacción con los demás los niños aprenden: a) sobre sí mismos (identidad, forma de actuar); b) sobre los demás (socialización).
Desarrollo de conductas sociales, habilidades y estrategias	Reciprocidad; empatía y adopción de roles y perspectivas; intercambio en el control de la relación; colaboración y cooperación; estrategias sociales de negociación y de acuerdos.
Autocontrol y autorregulación de la propia conducta	Los pares son agentes de control reforzando o castigando determinados comportamientos. Los iguales tienen un rol importante en la socialización de la agresividad.
Apoyo emocional y fuente de disfrute	Afecto, alianza, ayuda, apoyo, confianza, compañía, sentimientos de pertenencia, aceptación.
Aprendizaje del rol sexual, desarrollo moral y aprendizaje de valores	En la interacción con los otros los niños aprenden las expectativas de rol.

Las habilidades sociales. Estilos

Dentro de las habilidades sociales se reconocen diferentes estilos. El asertivo permite el establecimiento de relaciones sociales significativas y un mejor ajuste social.

En cambio, otros estilos de vinculación (tales como el agresivo y el inhibido) dan cuenta de déficits en las habilidades sociales (Caballo, 1983; 1993).

Al respecto, Curran (1985) explicita seis premisas que subyacen al análisis de las habilidades sociales:

- a) Los déficits en las relaciones interpersonales son importantes para el desarrollo y funcionamiento psicológico.
- b) Los déficits en las relaciones interpersonales pueden contribuir a disfunciones y perturbaciones psicológicas.
- c) Estilos y estrategias interpersonales pueden especificarse y enseñarse.
- d) Ciertos estilos y estrategias interpersonales son más adaptativos que otros estilos y estrategias para clases específicas de encuentros sociales.
- e) Una vez aprendidos, estos estilos y estrategias mejorarán la competencia en esas situaciones específicas.
- f) El cambio en la competencia interpersonal puede contribuir a la mejoría en el funcionamiento psicológico.

Con relación al estilo de interacción inhibido puede afirmarse que hace referencia a una modalidad de huida. Se trata de una posición pasiva y sumisa. El adolescente no es capaz de expresar sus sentimientos y opiniones y, por consiguiente, permite que los demás no tengan en cuenta sus sentimientos. El sujeto inhibido es pasivo, reservado, frustrado, ansioso, sumiso, evita o escapa del conflicto (Lega, Caballo y Ellis, 1997; Monjas Casares, 2004). El adolescente con estilo inhibido no expresa sus sentimientos ni pensamientos. No se respeta ni se hace respetar, careciendo de habilidad para defender sus derechos. Predomina una actitud de huida como modo de no afrontar los conflictos y se caracteriza por la inseguridad para actuar. Necesita ser valorado por los demás, considera que no es tenido en cuenta, y de allí su temor a ofender y perder la estima de los otros. Monjas Casares y González Moreno (1998) estiman

que, si bien muchas veces es necesario ceder para evitar el deterioro o ruptura de las relaciones interpersonales, este modo no debe ser la forma habitual de funcionamiento. Si el adolescente adoptara este estilo, sufriría consecuencias negativas en sus relaciones interpersonales.

El estilo agresivo, en cambio, es un estilo de lucha. El adolescente es explosivo, hostil y autoritario. Defiende sus propios derechos avasallando los derechos de los demás. El adolescente con estilo agresivo expresa emociones y pensamientos de manera inapropiada, sin considerar los derechos de los demás. Afronta las situaciones conflictivas con violencia verbal o física. Es un estilo de relación interpersonal autoritario y dominante. Adopta posiciones radicales en el análisis de los hechos, lo que le impide percibir los matices de estos para valorarlos y para adoptar posturas equilibradas. Este tipo de comportamiento genera rechazo por parte de los demás.

Como contrapartida, el estilo asertivo implica la expresión de los propios sentimientos y la defensa de los derechos personales respetando los derechos de los demás. Supone la expresión de los propios sentimientos, necesidades u opiniones sin amenazar o castigar a los otros. El adolescente asertivo es aquel que consigue sus objetivos, tiene confianza en sí mismo, se valora, y los demás lo valoran y respetan. El estilo asertivo hace posible el establecimiento de relaciones sociales significativas y un mejor ajuste social. Se expresa afirmativamente, con seguridad y defiende sus derechos sin utilizar conductas agresivas.

Caballo (2007) ha sistematizado de un modo muy claro los comportamientos verbales, no verbales y sus efectos en cada uno de los estilos de habilidades sociales que se detallan en la tabla 2.

Tabla 2. Tres estilos de habilidades sociales

Estilo inhibido	Estilo asertivo	Estilo agresivo
Conducta no verbal	Conducta no verbal	Conducta no verbal
Ojos que miran hacia abajo Voz baja Vacilaciones Gestos desvalidos Actitud cabizbaja Negar importancia a la situación Tono vacilante o de queja Puede evitar totalmente la situación Se retuerce las manos Risas falsas	Contacto ocular directo Nivel de voz conversacional Fluidez verbal Gestos firmes Postura erguida Mensajes en primera persona Honesto/a Verbalizaciones positivas Respuestas directas a la situación Manos sueltas	Mirada fija Voz alta Fluidez y firmeza verbal Gestos de amenaza Postura intimidatoria Mensajes impersonales Deshonesto/a Enfrentamiento
Conducta verbal	Conducta verbal	Conducta verbal
“Quizás...” “Supongo...” “Me pregunto si podríamos...” “Te importaría mucho...” “Solamente...” “No crees que...” “Bueno...” “Realmente no es importante...” “No te molestes...”	“Pienso...” “Siento...” “Quiero...” “Hagamos...” “¿Cómo podemos resolver esto?” “¿Qué piensas?” “¿Qué te parece?”	“Harás...” “Haz...” “Cuidate...” “Estás bromeando” “Si no lo haces...” “No sabes...” “Deberás...” “Mal”

Estilo inhibido	Estilo asertivo	Estilo agresivo
Efectos	Efectos	Efectos
Conflictos interpersonales	Resuelve los problemas	Conflictos interpersonales
Depresión	Se siente a gusto con los demás	Culpa
Desamparo	Se siente satisfecho	Frustración
Imagen pobre de sí	Se siente a gusto consigo mismo	Imagen pobre de sí
Se hace daño a sí mismo	Crea y fabrica la mayoría de las oportunidades	Hace daño a los demás
Pierde oportunidades	Relajado	Pierde oportunidades
Tensión	Es autocontrolado	Tensión
Se siente sin control	Se aprecia y aprecia a los demás	Se siente sin control
Soledad	Es bueno para sí y para los demás	Soledad
No se aprecia ni es apreciado por los demás		Siente desagrado por los otros
Se siente enfadado		Se siente enfadado

Fuente: Adaptación de Caballo (2007).

Puede afirmarse que los sujetos, en general, utilizan los tres estilos; según la situación prevalecerá uno de ellos, ya sea el inhibido, el asertivo o el agresivo. Particularmente, se ha podido confirmar que cada persona utiliza en forma habitual un estilo debido a que en el proceso de socialización se ha consolidado uno de ellos.

Estos tres estilos de relación interpersonal podrían ser representados en un *continuum*: en el centro estaría el estilo asertivo; en un polo, el estilo agresivo, dominante y autoritario; y en el otro polo, el inhibido, sumiso y dependiente.

Monjas Casares (2000) explicita que también es posible pensar un modelo bidimensional con dos *continuum*: a) expresión indirecta y b) coacción: sí o no, con lo cual surge un cuarto estilo o comportamiento, la agresión pasiva, caracterizada por la agresión indirecta.

Es posible también establecer relaciones entre el estilo de habilidades sociales y el autoconcepto, de modo que un

adolescente socialmente habilidoso se caracterizaría por un autoconcepto positivo, por ser asertivo en las defensa de sus ideas y opiniones, y en la expresión de sus afectos. En cambio, aquellos niños y adolescentes con dificultades en las relaciones interpersonales (pasivos, inhibidos, agresivos) presentan un autoconcepto negativo acompañado de autoafirmaciones negativas acerca de sí mismos; experimentan sentimientos de soledad e insatisfacción social, ansiedad, timidez y dificultad en la reivindicación de sus derechos; si lo hacen, es a través de la agresión. Estas características van a ocasionar serias dificultades de inclusión social, ya sea porque son apartados o porque son rechazados.

Habilidades sociales. Diferentes teorías para su comprensión e interpretación

En la comunidad científica existe acuerdo en que las habilidades sociales se aprenden. Este aprendizaje se produce a través de diferentes mecanismos (Monjas Casares, 2002):

- a) Por experiencia directa: Si un niño al entrar a un lugar saluda a los que están presentes y este comportamiento es aceptado y estimulado por los padres, dicho comportamiento será habitual en él. En cambio, si una niña al entrar a un lugar saluda y este comportamiento es ignorado y desestimado, es probable que evite realizarlo.
- b) Por observación: Tal vez sea este aspecto uno de los más estudiados dentro de las habilidades sociales mostrando la importancia de la exposición a modelos significativos. El referente máximo de esta propuesta es Albert Bandura, sobre cuya teoría se volverá en un apartado posterior. A modo de ejemplo se cita el caso de Sofía, de cinco años de edad, quien observa

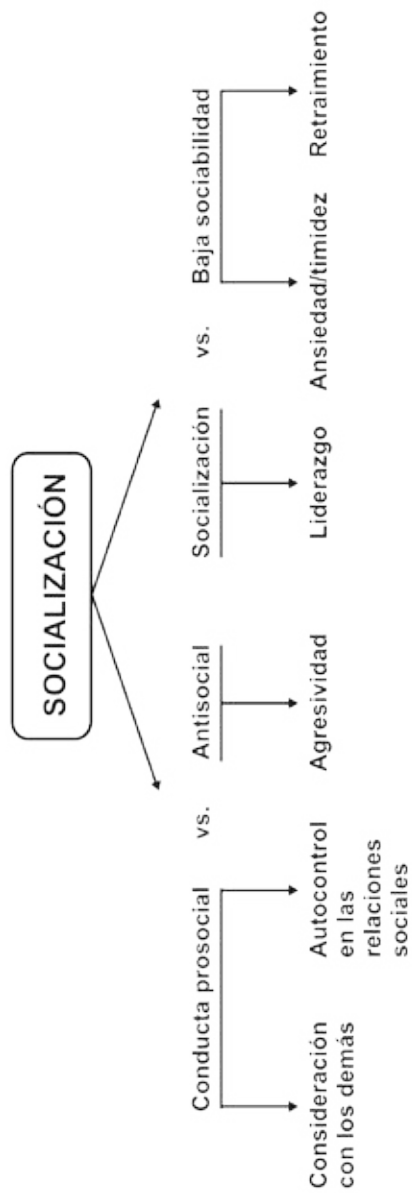
a su compañera Ana llorar y abrazarse a su madre al ingresar al aula; se niega a permanecer en la sala. A continuación, Sofía imita ese comportamiento. Otro ejemplo: Carolina observa un programa de televisión en el cual el personaje principal de una serie de dibujos animados se higieniza los dientes de manera independiente; luego, la niña intentará imitar ese comportamiento.

- c) Aprendizaje verbal o instruccional: Como expresa Bruner (2002), el lenguaje tiene la capacidad de modelar la experiencia, estructurar o distorsionar la visión que se tiene de la realidad. Señala que la narrativa es una dialéctica entre lo que se espera y lo que sucedió. De esta manera, el lenguaje es un modo de aprendizaje; por ejemplo, los padres a través de instrucciones incitan a determinados comportamientos en los hijos, específicamente aquellos referidos a hábitos o buenos modales.
- d) Aprendizaje por *feedback* interpersonal: Este aprendizaje hace referencia al modo en que las observaciones o correcciones —verbales o no verbales— por parte de un interlocutor sobre un determinado comportamiento de un sujeto pueden llegar a modificarlo.

Estructura jerárquica de la socialización

Silva Moreno y Martorell Pallás (1991) realizaron una taxonomía del comportamiento social a partir del estudio factorial de la Batería de Socialización para Adolescentes (BAS-3). Identificaron una estructura de dos dimensiones: conducta prosocial versus comportamiento antisocial, y sociabilidad versus baja sociabilidad. La primera dimensión contiene en su polo positivo a las escalas de la BAS-3 de *Consideración con los demás* (Co) y *Autocontrol en las relaciones sociales* (Ac). En el polo negativo se sitúa agresividad. A su vez, la dimensión sociabilidad incluye a

Figura 1



Liderazgo (Li) y, en su extremo negativo —es decir, baja sociabilidad—, *Ansiedad social y timidez* (At), y *Retraimiento* (Re) (véase figura 1).

Martorell Pallás, González, Aloy y Ferris (1995) realizaron estudios factoriales y de red nomológica de las dimensiones de la socialización y los resultados hallados dan cuenta de una estructura jerárquica. Esta estructura está compuesta por un polo positivo y un polo negativo de la socialización. La sociabilidad representa la aproximación a los demás, mientras que la baja sociabilidad, el distanciamiento. La conducta prosocial da cuenta de lo que denominaron *ser para los demás*, mientras que la conducta antisocial se orienta a *ser contra los demás*.

Modelo de orientación interpersonal

El modelo de orientación interpersonal fue conceptualizado por Silva Moreno, Moro y Ortet (1994) y desde entonces ha sido objeto de diversas investigaciones. El interés por estos hallazgos promovió nuevas investigaciones que concluyeron en la formulación del modelo del aspa. Como bien señalan Silva Moreno, Martínez Arias y Ortet (1997), el área interpersonal ha generado mucho interés en los estudios sobre la personalidad. Así es como casi todas las investigaciones acerca de esta tienen en cuenta la valoración de las relaciones interpersonales. Igualmente se observa que gran parte de los trastornos incluidos en los tratados clasificatorios de enfermedades mentales, como el DSM IV-R o CIE-10, comprende el área de las relaciones interpersonales.

El modelo del aspa incluye dos ejes y cuatro polos. Por un lado, el eje conducta prosocial-conducta antisocial, que en un polo positivo agrupa lo que serían los comportamientos conforme a normas sociales de convivencia y, en el polo negativo, agresividad y conducta antisocial, con resistencia al acatamiento de normas sociales, terquedad e indisciplina. Por otra parte, el eje de sociabilidad-baja

sociabilidad (insociabilidad), que en un polo positivo agrupa ascendencia social, liderazgo, sociabilidad, jovialidad y, en el polo negativo, retraimiento social, ansiedad social y timidez. Cada uno de estos polos contiene una vertiente de la orientación personal: aproximación a los demás (sociabilidad), distanciamiento de los demás (insociabilidad), ser para los demás (conducta prosocial) y ser contra los demás (conducta antisocial).

Silva Moreno, Martínez Arias y Ortet (2000) definen a la orientación interpersonal como el “conjunto de posturas básicas que un individuo muestra, ante y en relación con los demás, en sus relaciones interpersonales” (p. 174). Aclaran que este concepto ha estado presente durante toda la historia de la psicología de la personalidad.

El estudio preliminar de este modelo se inició con la exploración de la conducta social en niños con deficiencia mental (Silva Moreno y Martorell, 1982) y luego prosiguió con la publicación de las tres formas de la Batería de Socialización (Silva Moreno y Martorell, 1983; 2001). Posteriormente, se realizaron nuevos análisis factoriales a la Batería de Socialización para Adolescentes (BAS-3) (Silva Moreno, Moro y Ortet, 1994; Silva Moreno, Martínez Arias y Ortet, 1997), que arrojaron nuevos factores bipolares. Uno de ellos es el de conducta prosocial versus antisocial, representadas por las escalas de *Consideración con los demás* y *Autocontrol*, y en el polo negativo por *Agresividad* y *Conducta Antisocial*. El otro factor fue denominado sociabilidad versus insociabilidad (o alta versus baja sociabilidad). En un polo agrupaba la escala de *Retraimiento social* y *Ansiedad social*, timidez y, en el otro, la escala de *Liderazgo*. Las investigaciones llevadas a cabo por estos autores continuaron hasta que realizaron la representación geométrica del análisis factorial, donde los factores identificados forman un aspa.

Estos autores señalan que entre los distintos modelos que han surgido para representar el área de las habilidades

sociales han sobresalido los llamados modelos circulares. En ese sentido, Wiggins (1982) destaca dos ejes ortogonales: dominio y apoyo. El primero va desde el extremo seguro-dominante hasta el extremo inseguro-sumiso; el segundo va desde el extremo cálido-amable hasta frío-insensible. El eje prosocial-antisocial del modelo del aspa se encuentra próximo a este último eje de Wiggins. Otro eje es el sociable-extravertido hasta el polo introvertido, que estaría representado dentro del modelo del aspa por sociabilidad versus insociabilidad.

La literatura especializada en habilidades sociales hace referencia a que el déficit en estas puede generar desajustes psicológicos. A su vez, existe controversia acerca de si el déficit en habilidades sociales es a causa o a consecuencia de cuadros psicopatológicos (Argyle, 1983; Contini, 2012). Puede afirmarse que existe consenso acerca de la influencia de contexto sociocultural en la adquisición y mantenimiento de las habilidades sociales y, en particular, de la conducta antisocial; en la adolescencia, es particularmente notable la incidencia del grupo de pares. Sin embargo, tal como expresa Garaigordobil Landazabal (2006), desde la década de 1980 diversos estudios han puesto énfasis en la investigación de variables de personalidad en interacción con factores socioculturales y ambientales. Estos estudios hacen referencia a características tales como impulsividad, agresividad, hostilidad, empatía o inestabilidad emocional.

En este modelo se subraya la importancia de relación entre dimensiones de la personalidad, la conducta interpersonal y la psicopatología.

Con respecto al enlace entre los hallazgos sobre conducta prosocial/antisocial y su vinculación con la psicopatología infanto-juvenil, se han producido importantes logros al encontrarse convergencia de resultados —no comunes en el campo de las ciencias sociales— que evidencian dos grandes síndromes, los que se denominaron

dificultades de personalidad y los que se enunciaron como *dificultades de comportamiento*.

Modelo basado empíricamente de Achenbach

Desde finales de la década de 1960, se vienen realizando investigaciones en psicopatología infantil y de la adolescencia enmarcadas en el Sistema de Evaluación Basado Empíricamente (ASEBA) propuesto inicialmente por Achenbach y Edelbrock (1979). Utiliza varios instrumentos estandarizados con la finalidad de valorar problemas conductuales, emocionales y del funcionamiento adaptativo. Incluye la evaluación desde múltiples perspectivas: la de los padres, cuidadores, maestros, observadores, entrevistadores clínicos, amigos y la propia persona en el caso de jóvenes y adultos (Achenbach, 2008). La propuesta se sustenta en una serie de técnicas de evaluación empírica que luego dan lugar a una propuesta clasificatoria. De esta manera, la evaluación sugerida por Achenbach sigue un camino inverso al habitualmente recorrido por los sistemas taxonómicos de mayor uso como lo son los de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) (2001) y de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2001); a los sistemas tradicionales los denomina *top-down* (arriba-abajo), esto es, diagnóstico basado en juicios de expertos. En cambio, Achenbach propone una aproximación *botton-up* (abajo-arriba), es decir, un diagnóstico basado empíricamente. La estrategia de evaluación implica la administración de instrumentos de evaluación, análisis estadístico y clínico de la información obtenida y, a partir de allí, la construcción de taxonomías.

Este modelo, además de establecer cinco ejes de evaluación en la infancia, diferentes de los empleados por la APA y por la OMS, desarrolla unas taxonomías psicopatológicas basadas en el análisis empírico de la presencia y covariación de alteraciones de comportamiento y emo-

ciones. Esta propuesta presenta como factor novedoso el hecho de que las tasas, cuadros o síndromes se basan en hallazgos empíricos.

En la actualidad, esta taxonomía dimensional goza de gran prestigio en la comunidad científica. Achenbach y Edelbrock (1979) elaboraron dicha taxonomía a partir del análisis factorial de los ítems de problemas de conducta del cuestionario de comportamiento en niños (CBCL). Las dimensiones resultantes del primer análisis factorial son las *escalas de banda estrecha*, y los resultados de los análisis de segundo orden son las escalas denominadas de *banda ancha*. Estas últimas representarían dos tipos de síndromes, unos de problemas internalizantes y otros externalizantes. Los problemas internalizantes son comportamientos con contenido emocional y expresan un modo desadaptativo de resolver conflictos, en el sentido de que la expresión de estos es de orden interno (inhibición; alteraciones en el pensamiento, en el desarrollo y en la autonomía; retraimiento; depresión y ansiedad). Los problemas externalizantes son comportamientos asociados a la expresión de conflictos emocionales hacia afuera, es decir, exteriorización de la agresión o descarga impulsiva (Achenbach, 2008). De esta manera, la dimensión internalizante implica la vivencia de tensión psicológica en el propio sujeto, síntomas de angustia, depresión y estados alterados de ánimo. La dimensión externalizante está relacionada con síntomas de agresividad, déficit de atención, hiperactividad y conducta desorganizada.

Estudios previos a los hallazgos de Achenbach son los de Kohn (1977), quien analiza investigaciones efectuadas entre 1920 y 1960. Ello le permite formular la *teoría bifactorial*, según la cual pueden identificarse dos grandes dimensiones que explicarían el funcionamiento social de un individuo: retraimiento versus participación; agresividad y conducta antisocial versus cooperación. Como señala con acierto Kohn, esta regularidad es poco frecuente en el campo de las ciencias sociales.

Teoría social cognitiva de Bandura

Bandura, destacado psicólogo canadiense, hace un aporte sustancial a la comprensión del comportamiento social y antisocial, en particular del comportamiento agresivo que, en este libro, ha sido planteado como una disfunción de las habilidades sociales.

En base a rigurosos estudios experimentales, desarrolla una serie de principios del aprendizaje poniendo mucho más énfasis en las variables sociales que otras teorías ya existentes.

Así es que denomina a su enfoque como socio-comportamental, también conocido como teoría del aprendizaje social o teoría socio-cognitiva, y en el cual hace una integración entre sus propias investigaciones con estudios de otros campos, tales como el desarrollo infantil, la psicología social, la psicología experimental tradicional, la antropología y la sociología (Bandura y Walters, 1974).

El interés de Bandura es poder explicar la adquisición de nuevos comportamientos sociales, para lo cual hace investigaciones sobre el papel de la imitación, el aprendizaje por observación, las pautas de refuerzo (o recompensa) en la adquisición de comportamientos socialmente aceptables —o bien, censurados— y sobre la autorregulación y la autoeficacia.

Con relación a la imitación señala que es un aspecto esencial del aprendizaje. Bandura cita a Miller y Dollard (1941) como estudiosos del papel de la imitación en el aprendizaje, pero avanza señalando que existen pruebas acerca de que el *aprendizaje* puede ocurrir por *observación* del comportamiento de otro, aun cuando el sujeto que observa no reproduzca el modelo de comportamiento durante el periodo de adquisición, es decir, no haya recibido refuerzos.

Al igual que Skinner, admite que gran parte del aprendizaje ocurre por reforzamiento, pero se diferencia

de aquel al afirmar que casi todos los comportamientos se pueden adquirir sin reforzamiento, es decir, por observación. Propone así el nombre de *reforzamiento vicario* para plantear que el sujeto observa el comportamiento de otro y las consecuencias que esa conducta implica. Puntualiza de este modo que en muchas culturas los niños no hacen lo que los adultos les dicen que hagan, sino más bien lo que los ven hacer. Aquí radica la sustancial diferencia con el conductismo, es decir, se argumenta que no solo se aprende por experiencia directa. Otra diferencia con Skinner radica en que Bandura atribuye mucho valor a los procesos cognitivos en el aprendizaje por observación. El sujeto no imita mecánicamente los comportamientos que observa, sino que analiza y prevé las consecuencias de dichos actos. Está planteando que los procesos cognitivos median entre estímulo y respuesta. No existe entonces una conexión directa entre estímulo y respuesta, ni entre comportamiento y reforzador, como supuso Skinner (Schultz y Schultz, 2010).

El aprendizaje por observación

El aprendizaje por observación es un proceso en el cual están implicados diversos mecanismos que Bandura sistematiza como: atención, retención, producción y motivación.

- a) *Atención:* Afirma, en base a sus investigaciones, que el aprendizaje por observación no ocurre si el sujeto no presta atención al modelo, ya que el simple contacto con aquel no asegura que identifique los factores esenciales. La percepción debe ser precisa porque de lo contrario el sujeto no aprehenderá la información necesaria. La edad, el sexo, la condición social, el prestigio inciden en el proceso de atención.
- b) *Retención:* Es preciso poder recordar el comportamiento del modelo para poder repetirlo, y allí es donde

ocurren procesos cognitivos tales como codificación, almacenamiento de detalles, de imágenes.

- c) *Producción*: Hace referencia a que no es suficiente haber almacenado datos, imágenes, símbolos verbales, sino que es preciso llevarlos a la práctica, a un comportamiento manifiesto. Por ejemplo, un adolescente puede haber visto un film de un partido de fútbol reiteradas veces en el cual es protagonista un destacado arquero; el adolescente tiene el propósito de aprender el comportamiento que desea ejecutar —arquero eficaz—, pero no será suficiente haber visto el film, sino que deberá llevar a cabo esa acción, practicar y recibir retroalimentación para perfeccionar el rol deseado.
- d) *Motivación*: Si bien la atención, la retención y la práctica son esenciales, Bandura pudo comprobar que el aprendizaje no ocurre si no existe motivación. Los incentivos inciden en estos procesos de atención y retención. Así, como ya se ha venido planteando precedentemente, el reforzamiento (recompensa) o castigo influirá para que el aprendizaje ocurra.

¿Qué es la autoeficacia?

Autorreforzamiento y autoeficacia son dos conceptos centrales para comprender la teoría del aprendizaje social de Bandura.

El *autorreforzamiento* puede definirse como “administrarse uno mismo recompensas o castigos por cumplir, superar o incumplir las expectativas o normas personales” (Schultz y Schultz, 2010, p. 408). Esta teoría se apoya en la noción de agenciar, en la cual el sujeto tiene la función de anticipación y de autoevaluación de los reguladores proactivos de sus motivaciones y acciones (Bandura y Locke, 2003; Bandura, 2001). Difiere de otras teorías en que solo se sustentan en el control del *feedback* negativo cuyo propósito es la corrección del error.

Para Bandura, el autorreforzamiento es tan importante como el reforzamiento ejercido por otros. Por ejemplo, una adolescente de nivel socioeconómico alto —para quien la imagen corporal es fundamental— podrá castigarse señalando “mientras no baje cinco kilogramos de peso, me vestiré con este mismo pantalón amplio y esta camisa larga, así nadie me ve”. A la inversa, cuando haya logrado su objetivo (bajar a un peso óptimo), hará un gasto muy elevado y comprará ropa “de moda” en elevada cantidad.

El logro de los comportamientos deseados por el sujeto incidirá en su *autoeficacia*. Para Bandura, la autoeficacia está compuesta por los sentimientos de adecuación, eficiencia y competencia para asumir las situaciones que la vida plantea. También podría definirse como *creer que uno puede*. Esa vivencia de autoeficacia se mantiene o eleva en la medida que el sujeto logra el desempeño que necesita o desea. Bandura también refiere a la autoeficacia a partir de la noción del *control* que el sujeto ejerce sobre su propia vida.

En tal sentido, afirma que el sujeto intenta controlar todo aquello que afecta su vida. Si es capaz de influir en los resultados, estos se hacen predecibles y predisponen a aquel de un modo positivo. En cambio, la incapacidad de autocontrol afecta al sujeto generando apatía, desaliento.

El sujeto que tiene registro de autocontrol y autoeficacia se siente capaz de afrontar los problemas; no los vivencia como una amenaza, sino como un reto. La baja autoeficacia, en cambio, determina que el sujeto se sienta incapaz de afrontar un hecho; ante una dificultad concluirá que es mejor abandonar el propósito porque no lo podrá lograr. Ahora bien, la autoeficacia se configura en gran parte en base al desempeño previo. Así, las experiencias exitosas constituyen una buena señal de que el sujeto es competente. Igualmente importante, agrega Bandura, son las denominadas experiencias vicarias. Estas podrían definirse como “ver que otros pueden” (Schultz y Schultz, 2010, p. 410).

Esto resulta eficaz sobre todo cuando el sujeto observa que otra persona —que tiene características semejantes a él— logra un propósito.

Acerca del modelado

Para fundamentar su teoría, Bandura se apoya en rigurosas investigaciones empíricas. Una de las más conocidas es la iniciada por su discípulo Walters, denominada *el muñeco bobo*. Se trata de una investigación empírica con niños preescolares a quienes se les presentó una filmación. En esta un adulto infligía golpes y agredía a un muñeco inflable; a continuación, se dejó solos a los niños en una sala con un muñeco semejante y se constató que habían *modelado* su comportamiento de acuerdo a lo que acababan de visualizar en el film. No solo repitieron las agresiones que habían observado que el adulto profería, sino que agregaron otras acciones y verbalizaciones igualmente agresivas. Se comparó el comportamiento de los niños participantes de la experiencia con un grupo control (no habían visualizado el film con el modelo de interacción agresiva), constatándose que el grupo experimental manifestó el doble de agresividad que el grupo control.

Sobre la base de estos resultados Bandura afirma que el aprendizaje ocurre no solo por imitación, sino por observación y que se puede acelerar por la presencia de modelos, a los cuales no imita mecánicamente, sino que infiere reglas y consecuencias de ese funcionamiento. En síntesis, observando el comportamiento de un modelo e imitándolo se pueden adquirir respuestas que el sujeto no tenía o bien se puede fortalecer o debilitar las que tiene actualmente.

Bandura y su equipo de investigación plantean que en el modelamiento se deben considerar: a) las características del modelo, b) las características del observador y c) las consecuencias en el comportamiento.

- a) Con relación a las características de los modelos señala que inciden en la imitación y en el aprendizaje. Tendrán más influencia en el sujeto modelos que se parecen a sí mismo. La edad y el sexo son igualmente importantes. Se tiende más a imitar a una persona del mismo sexo que a una del sexo opuesto. Así también la condición social y el prestigio influyen en el efecto que el modelo produce en el observador. Un ejemplo cotidiano lo constituyen las propagandas que se emiten por TV y los medios de comunicación masiva, para los cuales se utilizan modelos de prestigio, tales como atletas, personajes famosos, o bien de nivel socioeconómico elevado (Schultz y Schultz, 2010). Igualmente, Bandura ha estudiado el tipo de acción de los modelos: por ejemplo, los comportamientos agresivos producen imitación, en particular en los niños.
- b) Características del observador: Bandura comprueba con sus investigaciones que los sujetos con escasa seguridad y baja autoestima tienden a imitar más a un modelo que los sujetos más seguros.
- c) Consecuencias en el comportamiento: Las recompensas (reforzamiento) vinculadas a un comportamiento afectan el grado de modelamiento; así, el hecho de que un modelo reciba una recompensa o un castigo por una determinada acción va a influir en la imitación y en la adquisición de ese comportamiento; por ejemplo, si un alumno recibe una recompensa de la maestra por haber permanecido en silencio en su asiento mientras ella se ausentaba del aula, puede influir en el comportamiento futuro de sus compañeros que habían procedido de un modo contrario (elevar la voz, pelear, salir del aula).

A modo de síntesis, cabe decir que la teoría de Bandura ha sido ampliamente aceptada y da prueba de ello la enorme cantidad de libros y artículos de investigaciones en base a sus principios. Es el psicólogo con vida más citado en la actualidad.

Las críticas están centradas en que su teoría opera en el comportamiento manifiesto, dejando de lado emociones y conflictos humanos, y que no ha logrado explicar de qué modo las variables cognitivas afectan el comportamiento.

Habilidades sociales, factores protectores y factores de riesgo

Casullo, Cruz, González y Maganto (2003) señalan que es necesario diferenciar en la niñez y adolescencia malestares transitorios de patrones psicopatológicos. El desarrollo de psicopatología es el resultado de la interacción de diversas variables, como el nivel de ajuste o vulnerabilidad personal, las condiciones previas de salud, la presencia de situaciones de riesgo, la presencia o ausencia de factores protectores. De allí resulta fundamental conocer los factores de riesgo que contribuyen al desarrollo de psicopatologías y, a su vez, identificar los factores protectores que promueven el desarrollo de la salud mental del adolescente. Este conocimiento posibilita la detección de grupos de riesgo y también el desarrollo de estrategias efectivas de intervención y de prevención.

Como bien señala Donas Burak (2001), con el desarrollo de sistemas de atención de la salud de los adolescentes se comenzó a emplear el denominado enfoque de riesgo. Así, se utilizaron conceptos tales como *factores de riesgo*, *conductas de riesgo* y *vulnerabilidad*. Se entiende por factores de riesgo a aquellas “características detectables en un individuo, familia, grupo o comunidad que ‘señalan’ una mayor probabilidad de tener o sufrir un daño” (p. 490). En la etapa adolescente existen importantes factores de riesgo, que pueden valorarse como estresores (Barra, Cerna, Kramm y Véliz, 2006; Páramo, 2011). A su vez, los factores protectores serían aquellas características que pueden contrarrestar los efectos de los factores de riesgo y,

por ende, reducir la vulnerabilidad. Cardona (2001) señala que la vulnerabilidad comenzó a ser entendida como la reducida capacidad de un sujeto para *adaptarse* o ajustarse a determinadas circunstancias.

Donas Burak (2001) afirma que el nivel de vulnerabilidad es el resultado de la interacción de múltiples factores —tanto de protección como de riesgo— de orden biológico, psicosocial y del entorno. Estos nuevos conceptos se utilizaron sin que hubiera definiciones unívocas, lo cual le otorgó mayor complejidad. Uno de dichos conceptos es que la vulnerabilidad es un estado en permanente cambio, más aun en la adolescencia. Debe ser valorada teniendo en cuenta factores protectores generales y específicos, factores de riesgo generales y específicos, y conductas de riesgo existentes. Para el tema que nos ocupa —disfunciones en habilidades sociales— un ejemplo de factor protector general sería —en el caso de comportamientos de soledad— contar con una buena comunicación familiar, y un factor protector específico, una pareja con buen vínculo. En cambio, un factor de riesgo general estaría dado por la pertenencia a un grupo familiar fragmentado, sin canales eficaces de comunicación, o la deserción escolar; mientras que un factor específico de riesgo sería la autopercepción del adolescente como deprimido, o bien una tentativa de suicidio por parte de un miembro del grupo familiar. En el caso del comportamiento agresivo, un factor protector general sería, al igual que lo expresado para la autopercepción de soledad, la inmersión del adolescente en una red eficaz de comunicación familiar, mientras que un factor de riesgo general sería la inclusión en una familia fragmentada; un factor de riesgo específico, haber sido partícipe de maltrato y violencia intrafamiliar; un factor protector específico, el contar o no con un par o un adulto significativo que actúe como mediador entre el estímulo —que opera como estresor y desencadena la agresividad— y la respuesta del adolescente.

Lazarus y Folkman (1984) también enuncian factores que pueden ser considerados de riesgo, tales como: a) factores sociodemográficos, como la edad, el sexo, el nivel educativo de los padres y b) factores personales, como la sociabilidad y la autoestima. Estos autores consideran que el resultado de afrontar un evento estresante depende tanto de las demandas del medio como de los propios recursos de cada persona. De este modo, el estrés sería el resultado de una relación particular entre el sujeto y el contexto, en la cual aquel evalúa la situación como amenazante.

Diversos estudios han tratado de identificar factores de riesgo para la salud mental del adolescente. Cardozo y Alderete (2009), trabajando con adolescentes argentinos de 12 a 18 años, identificaron con mayor probabilidad de desarrollar problemáticas de salud mental a quienes informaron inadecuado ajuste social —por ende, escaso soporte social— y pobre autoconcepto. En este sentido, el monitoreo parental y la autorregulación de las habilidades sociales serían factores protectores. Por su parte, Bella, Fernández y Wellington (2010) encontraron como estilo común de autoagresión en niños y adolescentes argentinos la ingesta de psicofármacos, mientras que en los adolescentes hospitalizados por intentos de suicidio, los antecedentes prevalentes fueron la depresión y el trastorno de conducta disocial.

En síntesis, es necesario valorar el nivel de vulnerabilidad y definirla con relación a conductas de riesgo o daño y a factores protectores, todo esto —como señala Donas Burak— en el marco del proceso de cambio del adolescente.

Habilidades sociales y género

El comportamiento social se aprende a lo largo de toda la vida, pero es en la infancia y adolescencia donde el sujeto es más permeable a la influencia de la socialización.

La socialización es un proceso complejo mediante el cual se adquieren las pautas de comportamiento, normas, valores, hábitos, tradiciones que una cultura considera valiosas. Este proceso se lleva a cabo a través de la interacción entre el grupo familiar al que pertenece un sujeto, su comunidad más próxima y la sociedad en su conjunto.

Los comportamientos sociales —tales como jugar con otros niños, compartir, ser empáticos, reaccionar agresiva o amablemente— se van aprendiendo en la vida cotidiana. Asimismo, en el desarrollo social las distintas culturas imprimen patrones de comportamiento que se consideran distintivos y propios de hombres y mujeres, esto es, *roles de género*. Los roles de género son un conjunto de comportamientos y creencias que conforman, según Monjas Casares (2004), los *estereotipos de roles de género* acerca de lo que socialmente se espera apropiado para hombres y mujeres.

Respecto a los antecedentes históricos que imprimieron cambios en las ideologías sociales, hasta la década de 1960 estuvieron marcados por la discriminación de la mujer y el surgimiento de los movimientos feministas que bregaron por la igualdad de derechos. Ya en los años setenta y ochenta del siglo xx se afianzó en la cultura occidental la idea de igualdad de posibilidades y el ejercicio de roles diversos para ambos sexos. Sin embargo, investigaciones realizadas en las últimas décadas demostraron que en el imaginario social aún se conserva la diferenciación entre rasgos masculinos y rasgos femeninos (Monjas Casares, 2004).

Monjas Casares realizó una investigación sobre la adquisición de los estereotipos y roles de género durante la infancia y la adolescencia. Para este estudio se tomaron en consideración las siguientes variables: habilidades sociales y relaciones de amistad, asertividad, conducta agresiva, conducta social y emocional, aceptación social, autoconcepto y autoestima, conducta prosocial y proble-

mas de conducta y maltrato entre iguales (*bullying*). Los resultados obtenidos mostraron —respecto a la variable agresividad— a los varones como más agresivos. En relación a las demás variables no se obtuvieron diferencias significativas entre varones y mujeres.

Cabe destacar que las investigaciones sobre diferencias de género y habilidades sociales en la infancia y adolescencia son más bien escasas. La bibliografía en este campo suele estar inclinada hacia el estudio de jóvenes universitarios y adultos.

Caballo (2000) sostiene que la literatura sobre habilidades sociales y diferencias de género es inconsistente. Los resultados no apoyan la hipótesis de que el comportamiento social esté influido por los roles de género; por el contrario, pareciera estar condicionado por la respuesta de los demás ante un sujeto socialmente habilidoso o no habilidoso.

Habilidades sociales y contexto de procedencia

En cuanto al contexto de procedencia, existe consenso entre los investigadores acerca de que diferentes contextos sociales se asocian a distintos resultados en la competencia social en la infancia y la adolescencia (Soriano y Soriano, 1994).

Tal como se ha venido planteando, en la configuración de las habilidades sociales inciden múltiples variables, unas de carácter intraindividual y otras de índole contextual. La variación según el contexto convierte la evaluación de estas en un hecho muy complejo.

Entre las variables contextuales se destaca la cultura en un sentido amplio, el entorno sociocultural y, dentro de este, se recorta como decisivo el sistema familiar, el grupo de pares y el ambiente escolar. Existen numerosas investigaciones desde la psicología transcultural que de-

muestran cómo cada cultura promueve distintos valores sociomorales y juega un papel relevante en la configuración de comportamientos prosociales y altruistas en un grupo humano (Garaigordobil Landazabal, 2006; 2008).

El enfoque transcultural ha puesto de manifiesto que *comportamiento* y *cultura* aparecen como dos variables fuertemente asociadas. La noción de cultura, tanto como las de socialización y endoculturación, han ocupado largamente a disciplinas como la sociología y la antropología (Contini de González, 2000). Los fenómenos culturales están por encima o más allá del sujeto, de lo individual; esta posición es sumamente importante para hacer la distinción individual-grupal al tratar de establecer la influencia de factores culturales en los comportamientos individuales —en el caso que nos ocupa, en el comportamiento prosocial, en el altruismo, en el comportamiento de compartir, ayudar, cooperar en lugar de competir, por citar los más importantes—.

En cuanto a la socialización, se dirá que esta ocurre en tanto el ser humano aprende desde que nace a desarrollar aquellos comportamientos que son aceptados por el grupo al que pertenece; lo que deviene como sujeto depende tanto de factores biológicos como sociales que coactúan de manera compleja. A su vez, si la socialización como proceso no fuera suficiente, se pone en marcha un proceso adicional de *endoculturación* (Herskovits, 1981), que es menos directo —aunque no menos efectivo— que la socialización. En relación con la endoculturación, se señala que mucho de lo que se aprende en el proceso de crecimiento no es directo ni ha sido enseñado deliberadamente. Por participar de un determinado contexto social se aprenden conceptos, valores, comportamientos. Ambos procesos, socialización y endoculturación, muestran semejanzas dentro de una cultura y diferencias entre culturas o grupos culturales e implican aprendizaje.

Tanto la socialización como la endoculturación se producen en un contexto determinado. El contexto puede ser tanto el lugar de residencia como el nivel socioeconómico o las condiciones culturales e históricas de un sujeto o grupo. Según Fernández Ballesteros (1987), el contexto da cuenta de una realidad más amplia (temporal, espacial y física) que incluye no solo la situación inmediata, sino también un vasto contexto social en el cual tales situaciones están comprendidas.

Intervención en habilidades sociales

Por cuanto gran parte de los estudios sobre habilidades sociales acuerdan que estas se aprenden —y que no son rasgos de personalidad—, se entiende a la intervención en el campo de las relaciones sociales como aquella posibilidad de contribuir a que el niño/adolescente adquiera un modo de interactuar saludable que sea fuente de bienestar y disfrute, esto es, poder planificar estrategias de aprendizaje que promuevan el cambio en los comportamientos interpersonales. Para intervenir, es imprescindible haber identificado previamente la cualidad de las habilidades sociales, lo cual nos sitúa de lleno en el campo de la evaluación psicológica.

Si bien en el capítulo 3 de esta obra se desarrollará en profundidad la temática de la evaluación, necesitamos aquí precisar que la evaluación psicológica es un proceso de toma de decisiones (Sendín, 2000). Así también, se entienden a la evaluación psicológica y a la intervención como dos momentos de un mismo proceso. Esto se debe a dos razones: por un lado, todo programa de intervención debe estar precedido por una evaluación psicológica; por otro, la intervención, especialmente en el campo de las habilidades sociales, puede condicionar el futuro de cada niño y adolescente; una segunda evaluación *a posteriori*

dará cuenta de su eficacia y marcará nuevos pasos en el campo de esta.

La oportunidad de la intervención, en un ciclo vital en el cual se configura la personalidad, promoverá el aprendizaje de habilidades sociales asertivas y evitará la instalación de habilidades sociales de estilo inhibido o de estilo agresivo, ambas disfuncionales y que se asocian con fracaso escolar y, en la adolescencia, con trastornos psicopatológicos.

Otra razón por la cual las intervenciones han cobrado tanto protagonismo es que, desde las prácticas psicológicas, se observa que tanto la familia como la escuela han dejado de cumplir un rol central en la enseñanza de las habilidades sociales. En la familia, la incorporación de la mujer al mundo del trabajo ha tenido un fuerte impacto en las posibilidades de la madre de operar como sostén del crecimiento del niño pequeño. En las familias de nivel económico (NSE) bajo, que viven bajo condiciones de pobreza, el padre abandona tempranamente el hogar por razones laborales y los niños, a menudo numerosos en cada grupo familiar, quedan solos o al cuidado de terceros poco involucrados emocionalmente con ellos (Contini de González, 2000). En las familias de NSE alto, los niveles de competencia propios de una sociedad posmoderna, dominada por el consumo, posiciona a ambos padres en un circuito laboral y de actividades individuales en el cual el niño no tiene cabida.

La familia ha delegado la responsabilidad en la escuela, que en principio tiene objetivos de orden académico y no se centra en el modelado de funciones como las habilidades sociales. Es auspicioso, como señala Monjas Casares, el reciente interés de la escuela por el desarrollo social de los niños. Más allá de este cambio de posición de la escuela, el rol de la familia se considera insustituible. De cómo se resuelva esta crisis de la familia como institución en el marco de las complejas sociedades actuales depen-

derá que el niño tenga renovadas oportunidades de hacer aprendizajes y de cómo vincularse con otros de un modo mutuamente satisfactorio. Estos aprendizajes constituyen el capital psíquico con el cual el niño puede crecer en salud.

Monjas Casares (2002) agrega que la intervención, en este terreno, estaría diseñada por un conjunto de técnicas conductuales y cognitivas enfocadas a internalizar comportamientos socialmente efectivos que el niño no tiene en su repertorio o bien a modificar aquellos que sí posee pero que son inadecuados. Estas estrategias de intervención se han denominado *entrenamiento en habilidades sociales*.

Monjas Casares enfatiza que el entrenamiento en habilidades sociales ha recibido influencias de enfoques: a) modelo de competencia: este tipo de modelo tiene una mirada pedagógica y su objetivo es la enseñanza activa y deliberada de comportamientos adaptativos. Las técnicas utilizadas están basadas en la teoría socio-cognitiva de Bandura, descrita detalladamente en párrafos anteriores y b) enfoque cognitivo-conductual, donde se integran diferentes posiciones teóricas y procedimientos de intervención.

Ballester y Gil Llario (2002) definen a la intervención en las habilidades sociales como “un conjunto de estrategias y técnicas de la terapia de conducta o de otros acercamientos psicoterapéuticos que tienen como finalidad la mejora de la actuación social de un individuo y su satisfacción en el ámbito de las relaciones interpersonales” (p. 37).

Por su parte, Caballo (2007) afirma que el entrenamiento en habilidades sociales es una de las técnicas más potentes en el tratamiento de las problemáticas psicológicas tendientes a la mejora de las relaciones interpersonales en particular y, en general, para la calidad de vida.

Consideraciones finales

Por cuanto los sujetos —y, en el tema de nuestros interés, niños y adolescentes— pasan gran parte del tiempo en interacción con otros, y porque se ha podido confirmar empíricamente que las relaciones sociales satisfactorias son una de las mayores fuentes de bienestar, se ha tomado como objeto de estudio las habilidades sociales. Estos resultados han venido a cuestionar el excesivo peso que se había atribuido a las habilidades cognitivas en la primera mitad del siglo xx.

Se conceptualizaron así las habilidades sociales, competencia social, asertividad y comportamiento prosocial, con la intención de deslindar constructos que, en la literatura, se presentan muchas veces solapados. Esto supuso sortear un gran escollo, ya que se está en presencia de un megaconstructo, corriéndose el riesgo de relacionar una variedad de comportamientos superficialmente semejantes. Se caracterizaron las habilidades sociales en la infancia y adolescencia, y se describieron estilos identificando los denominados asertivo, inhibido y agresivo. Así también se recrearon conceptos de Monjas Casares acerca de las funciones que cumplen las habilidades sociales en la infancia. Resulta potente el planteo de que las relaciones deben ser mutuamente satisfactorias y que se debe poder reemplazar el comportamiento de competir por el de cooperar. Otro concepto central que se desarrolló fue que las habilidades sociales se pueden aprender y se destacó el valor que se atribuye al aprendizaje de los pares. Se analizaron teorías explicativas de estas y se dejaron planteados interrogantes sobre la posible interacción entre habilidades sociales, personalidad, psicopatología y ajuste psicosocial, tema que merece un estudio en mayor profundidad por sus implicancias en el campo de la clínica psicológica.

Por cuanto se argumentó que las habilidades sociales se pueden aprender y, por ende, modificar, se hizo referen-

cia al auge que han tomado los programas de intervención que promueven el cambio en los modos de interacción social.

Finalmente queremos dar cierre a este capítulo con la pregunta con la que se inició el mismo, y es cómo pensar temas centrales de la salud adolescente, como la agresividad o la soledad y el aislamiento. El tratamiento que se ha propuesto es no focalizar en el comportamiento disfuncional, sino abordarlo desde una perspectiva salugénica, antes de la instalación de síntomas; en suma, construyendo habilidades sociales asertivas en la infancia y adolescencia, clave para la atención primaria de la salud.

Referencias

- Achenbach, T. (2008). Assessment, diagnosis, nosology and taxonomy of child and adolescent psychopathology. In Hersen & Gross (Eds.), *Handbook of Clinical Psychology*, NY, US: John Wiley & Sons Inc.
- Achenbach, T. & Edelbrock, C. (1979). The child behavior profile: II. Boys aged 12-16 and girls aged 6-11 and 12-16. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2, 223-233.
- Alberti, R., Emmons, M., Foodor, I., Galassi, J., Galassi, J., Garnet, L., Jokubowski, P. & Wolfe, J. (1977). A Statement of Principles for ethical practice of assertive behavior training. In R. Alberti (Ed.), *Assertiveness: Innovations, Applications, Issues*. San Luis Obispo, California: Impact.
- Argyle, M. (1983). *The Psychology of interpersonal behavior* (4.^a ed.). Harmondsworth, Inglaterra: Penguin Books.
- Arón, A. M. & Milicic, N. (1996). *Vivir con otros. Programa de desarrollo de habilidades sociales*. Madrid: CEPE.
- Asociación Americana de Psiquiatría (APA). (2001). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Cuarta revisión, texto revisado (DSM-IV-TR). Barcelona: Masson.
- Ballester, R. & Gil Llario, M. (2002). *Habilidades sociales. Teoría, Investigación e Intervención*. Madrid: Síntesis.
- Bandura, A. (2001). Social Cognitive Theory: An Agentic Perspective. *Annual Review of Psychology*, 52, 1-26.
- Bandura, A. & Locke, E. (2003). Negative Self-Efficacy and Goal Effects Revisited. *Journal of Applied Psychology*, 88(1), 87-99.
- Bandura, A. & Walters, R. (1974). *Aprendizaje social y desarrollo de la personalidad*. Madrid: Alianza Universidad.

- Barra, E., Cerna, R., Kramm, D. & Véliz, V. (2006). Problemas de salud, Estrés, Afrontamiento, Depresión y Apoyo Social en Adolescentes. *Terapia Psicológica*, 24(1), 55-61.
- Bella, M., Fernández, R. & Willington, J. (2010). Intento de suicidio en niños y adolescentes: depresión y trastorno de conducta disocial como patologías más frecuentes. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 108(2), 124-129.
- Bruner, J. (2002). *La fábrica de historias. Derecho, literatura, vida*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica de Argentina.
- Caballo, V. (1983). Asertividad. Definiciones y dimensiones. *Estudios de Psicología*. 83, 52-62.
- Caballo, V. (1993). Relaciones entre diversas medidas conductuales y de autoinforme de las habilidades sociales. *Psicología Conductual*, 1, 73-99.
- Caballo, V. (2000). *Manual de evaluación y entrenamiento de habilidades sociales*. Madrid: Siglo XXI.
- Caballo, V. (2007). *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales* (7.^a ed.). Madrid: Siglo XIX.
- Cardona, O. (2001, junio). *La necesidad de repensar de manera holística los conceptos de vulnerabilidad y riesgo. Una crítica y una revisión necesaria para la gestión*. International Work-Conference on Vulnerability in Disaster Theory and Practice, 29-30 de junio, Disaster Studies of Wageningen University and Research Centre, Wageningen, Holanda. Recuperado de http://www.desenredando.org/public/articulos/2003/rmhcvr/rmhcvr_may-08-2003.pdf
- Cardozo, G. & Alderete A. (2009). Adolescentes en riesgo psicosocial y resiliencia. *Psicología del Caribe*, 23, 148-182.
- Casullo, M., Cruz, S., González, R. & Maganto, C. (2003). Síntomas psicopatológicos en adolescentes: estudio

- comparativo. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 16(2), 135-151.
- Contini de González, N. (2000). *Inteligencia infanto juvenil desde un enfoque transcultural*. Serie Tesis de Doctorado. UNT: Secretaría de Posgrado.
- Contini, N. (2012, noviembre). *Potenciar las habilidades sociales en la adolescencia. Un recurso desde la Psicología Positiva*. Conferencia impartida en la Jornada de Psicología Positiva de la Universidad de Palermo, Argentina.
- Curran, J. (1985). Social skills therapy. A model and treatment. En R. Turner & L. Asher (Eds.), *Evaluating Behavior Therapy Outcome*. Nueva York: Springer.
- Da Dalt de Mangione, E. y Di Fabio de Anglat, H. (2002). Asertividad. Su relación con los estilos educativos familiares. *Interdisciplinaria*, 19(2), 119-140.
- Donas Burak, S. (2001). Protección, riesgo y vulnerabilidad: Sus posibles aplicaciones en la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de la salud integral de los adolescentes y las adolescentes. En S. Donas Burak (Ed.), *Adolescencia y juventud en América Latina* (pp. 489-499). Cartago: Libro Universitario Regional.
- Fernández Ballesteros, R. (1987). Evaluación del comportamiento en sus contextos naturales. En J. Pinillos & J. Mayor (Eds.), *Enciclopedia de Psicología. El comportamiento en sus contextos naturales*. Vol. XI. Alhambra: Madrid.
- Garaigordobil Landazabal, M. (2006). Psychopathological symptoms, social skills and personality traits: a study with adolescents. *The Spanish Journal of Psychology*, 9(2), 182-192.
- Garaigordobil Landazabal, M. (2008). Assessment of the effects of a cooperative play programmed for children aged 10-11 years on social adaptation and on the perception that parents, teachers and peers have of

- children's prosocial behaviors. *Infancia y Aprendizaje: Journal for the Study of Education and Development*, 31(3), 303-318.
- Gil, F. & León Rubio, J. (1998). *Habilidades sociales. Teoría, investigación e intervención*. Madrid: Síntesis.
- González Barrón, R., Casullo, M., Martorell, M. & Calvo, A. (1998). Evaluación de los comportamientos sociales. Aportaciones de un estudio comparativo. En M. Casullo, *Adolescentes en riesgo. Identificación y orientación psicológica*. Buenos Aires: Paidós.
- González Portal, M. (1992). *Conducta prosocial: Evaluación e intervención*. Madrid: Morata.
- Herskovits, M. (1981). *El hombre y sus obras. La ciencia de la Antropología Cultural*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Hops, H. (1983). Children's social competence and skills: Current research practices and future directions. *Behavior Therapy*, 14, 13-18.
- Kohn, M. (1977). *Social competence, symptoms and underachievement in childhood. A longitudinal perspective*. Nueva York: Holt, Rinehart and Winston.
- La generación 'MP3' camino al aislamiento (2007, diciembre 31). Diario *El País*, Recuperado de http://elpais.com/diario/2007/12/31/sociedad/1199055601_850215.html
- Lazarus, A. (1966). Behaviour rehearsal vs. non-directive therapy vs. advice in effecting behaviour change. *Behaviour Research and Therapy*, 4, 209-212.
- Lazarus, A. (1973). On assertive behavior: A brief note. *Behavior Therapy*, 4, 697-699.
- Lazarus, R. & Folkman, S. (1984). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Lega, L., Caballo, V. & Ellis, A. (1997). *Teoría y práctica de la terapia racional emotivo-conductual*. Madrid: Siglo XIX.

- Martorell Pallás, M. (1997). Evaluación de la conducta social. En M. Casullo (Comp.), *Evaluación psicológica en el campo socioeducativo*. Buenos Aires: Paidós.
- Martorell Pallás, M., González, R., Aloy, M. y Ferris, M. (1995). Socialización y conducta prosocial. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 1, 73-102.
- McFall, R. (1982). A review and reformulation of the concept of social skills. *Behavioral Assessment*, 4, 1-33.
- Miller, N. & Dollard, J. (1941). *Social learning and imitation*. New Haven: Yale University Press.
- Ministerio de Salud de la Nación y Unidades Académicas de Psicología de Universidades Nacionales (2007). *Problemáticas de Salud Mental en la Infancia. Proyecto de investigación*. Informe final. Disponible en www.youblisher.com/files/publications/12/68360/pdf.pdf
- Monjas Casares, M. (2000). *Programa de enseñanza de habilidades de interacción social (PEHIS) para niños y niñas en edad escolar*. Madrid: CEPE.
- Monjas Casares, M. (2002). *La competencia personal y social: Presente y futuro. Jornadas sobre habilidades sociales*. Valladolid: Autora.
- Monjas Casares, M. (2004). *Ni sumisas ni dominantes. Los estilos de relación interpersonal en la infancia y en la adolescencia*. España: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Monjas Casares, M. & González Moreno, B. (1998). *Las habilidades sociales en el currículo* (Serie Colección 146). España: Centro de investigación y documentación educativa. CIDE.
- Organización Mundial de la Salud, OMS (2001). *Clasificación Multiaxial de los trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes. Clasificación de la CIE-10 de los Trastornos Mentales y del Comportamiento en niños y adolescentes*. Madrid: Médica Panamericana.

- Páramo, M. (2011). Factores de Riesgo y Factores de Protección en la Adolescencia: Análisis de Contenido a través de Grupos de Discusión. *Terapia Psicológica*, 29(1), 85-95.
- Paula Pérez, I. (2000). *Habilidades sociales: educar hacia la autorregulación. Conceptualización, evaluación e intervención*. Barcelona: ICE-Horsori.
- Pelechano, V. (1996). *Psicología de la personalidad I: Teorías*. Barcelona: Ariel.
- Pérez Fernández, J. & Garaigordobil Landazabal, M. (2004). Relaciones de la socialización con inteligencia, autoconcepto y otros rasgos de la personalidad en niños de 6 años. *Apuntes de Psicología*, 22(2), 153-169.
- Pithod, A. (1993). *Adaptación y estandarización de test para uso en comportamiento organizacional*. Mendoza, Argentina. Archivos Centro de Investigaciones Cuyo (CIC).
- Salter, A. (1949). *Conditioned Reflex Therapy*. New York: Farrar, Starus and Giroux.
- Samaniego, C. (2008). El Child Behavior Checklist. Su estandarización en población urbana argentina. *Revista de Psicología UCA*, 4(8), 113-130.
- Schultz, D. & Schultz, S. (2010). *Teorías de la personalidad* (9.ª ed.). México: Cengage Learning.
- Sendín, M. C. (2000). *Diagnóstico psicológico. Bases conceptuales y guía práctica en los contextos clínico y educativo*. Madrid: Psimática.
- Silva Moreno, F., Martínez Arias, R. & Ortet, G. (1997). La evaluación de la orientación interpersonal: revisión de una línea de investigación. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 50(1), 85-112.
- Silva Moreno, F. & Martorell Pallás, M. (1982). *La Batería de Socialización*. Valencia: Promolibro.
- Silva Moreno, F. & Martorell Pallás, M. (1983). *BAS-1 y 2. Batería de Socialización (para profesores y padres)*. Madrid: TEA.

- Silva Moreno, F. & Martorell Pallás, M. (1991). La Bateria de Socialización: nuevos datos sobre estructura y red nomológica. *European Journal of Psychological Assessment*, 7(3), 349-367.
- Silva Moreno, F. & Martorell Pallás, M. (2001). *BAS-3. Bateria de Socialización (autoevaluación)*. Madrid: TEA.
- Silva Moreno, F., Martínez Arias, R. & Ortet, G. (2000). Evaluación de la orientación interpersonal. En A. Cordero (Coord.), *La evaluación psicológica en el año 2000* (pp. 173-202). Madrid: TEA.
- Silva Moreno, F., Moro, M., & Ortet, G. (1994). Dimensiones de orientación interpersonal: Un modelo y un instrumento. En M. Garaigordobil Landazabal & C. Maganto (Dir.), *Socialización y conducta prosocial en la infancia y en la adolescencia*, (pp. 89-108). San Sebastián: Servicio editorial de la Universidad del País Vasco.
- Soriano, M. & Soriano, F. (1994). School violence among culturally diverse populations: Sociocultural and institutional considerations. *School Psychology Review*, 23(2), 216-235.
- Trianes Torres, M. (1996). *Educación y competencia social: un programa en la escuela*. Málaga: Aljibe.
- Trower, P. (1984). Social skills training and social anxiety. En C. Hollin y P. Trower (Eds.), *Handbook of social skills training*. Oxford: Pergamon Press.
- Un chico mató a su profesor frente a todos sus compañeros (2014, 4 de febrero). Diario *La Gaceta*, Tucumán, p. 10.
- Verdugo Alonso, M. (1997). *Programa de habilidades sociales*. Salamanca: Amarú.
- Viola, L., Garrido, G. y Varela, A. (2008). *Estudio epidemiológico sobre la salud mental de los niños uruguayos*. Clínica de Psiquiatría Pediátrica. Facultad de Medicina de la Universidad de la República Uruguay.

- Wiggins, J. (1982). Circumplex models of interpersonal behavior in clinical psychology. In P. Kendall & Butcher (Eds.), *Handbook of research methods in clinical psychology*. New York: Wiley.
- Wolpe, J. (1977). A Statement of Principles for ethical practice of assertive behavior training. In R. Alberti (Ed.), *Assertiveness: Innovations, Applications, Issues*. San Luis Obispo, California: Impact.

2

El comportamiento agresivo en adolescentes. Una disfunción en las habilidades sociales

SILVINA COHEN IMACH

Sociedad actual y nuevas formas de sociabilidad

En la actualidad, se ha vuelto cada vez más frecuente la consulta psicológica de adolescentes que no logran concretar interacciones sociales de modo satisfactorio, presentando comportamientos ya sea de aislamiento y soledad, o bien de agresividad y violencia. Por ello, se considera que el resurgimiento del tema de los comportamientos sociales en adolescentes en estos últimos años estuvo relacionado, tal como ya se vio en el capítulo 1, principalmente a demandas sociales concretas ligadas a resolver situaciones problemáticas en relación con la agresión entre los jóvenes, la violencia en las escuelas, el *bullying*, como así también el aumento de las tasas de suicidios en adolescentes.

Si bien el problema de la agresividad no es un tema nuevo, sí lo es en tanto objeto de estudio, ya que se ha vuelto en las últimas décadas un síntoma social que re-

quiere respuestas, no solo desde lo científico, sino también desde lo social y lo político. El problema de la destructividad y de la crueldad comienza a ser estudiado a partir de las terribles contiendas mundiales del siglo pasado y fue creciendo en importancia a raíz de las características de nuestra sociedad.

La violencia posmoderna irrumpe en todos los escenarios. En la familia, en las escuelas, en las calles... Incluso en Internet aparecen de modo frecuente escenas y noticias sobre episodios de violencia. Numerosos films de los últimos veinte años dan también cuenta de esto.

Zygmunt Bauman (2006), sociólogo contemporáneo, se preocupa por la fragilidad de los vínculos que el sujeto establece con los otros en nuestros días. Este autor denomina a la sociedad actual como *modernidad líquida*, cuyo sello particular es que se ha vuelto poco hospitalaria, modificando con ello el orden de los lazos sociales sostenidos durante la Modernidad.

Coincidiendo con esta mirada, Almonte y Montt (2012) señalan que la realidad social actual se caracteriza por la exacerbación del individualismo y de la competencia en todos los ámbitos de la vida social, siendo la necesidad de destacarse un imperativo social. El sujeto es evaluado hoy según lo que es capaz de adquirir, interesando más los bienes logrados y menos la persona. El egoísmo, la falta de unidad, el aislamiento, la desconfianza en el otro llevan a los sujetos más vulnerables a desarrollar síntomas o comportamientos evasivos (tales como el hedonismo, una sexualidad desordenada, impulsiones, consumo problemático de alcohol o drogas) en la búsqueda de sensaciones intensas que contrarresten la angustia. La presión social de estos mandatos no siempre es tolerada por el sujeto, produciendo algunas veces una evaluación de sí mismo y de su entorno en términos negativos.

Esta modernidad líquida acarrea como producto nuevas formas de sociabilidad. En obvia referencia al

impacto que genera la computadora, ya no se habla de amigos sino de *contactos* generalizándose el modelo de los vínculos creados en Internet, que son de fácil entrada y salida. El semejante, el par, por lo tanto, se vuelve un objeto consumible, rápidamente desechable y valorado sobre todo según el monto de placer que pueda otorgar (Cohen Imach, 2013). Así, la solidaridad, el compromiso con los ideales colectivos, el respeto por el otro se han vuelto valores casi en desuso.

Los adolescentes y los comportamientos agresivos

Es sabido que la adolescencia no constituye una categoría universal, ya que no se da en todas las culturas ni en todos los momentos históricos. Constituye una etapa, más o menos larga según la época y el grupo sociocultural, de cambios y transformaciones, que demanda del sujeto ciertas operaciones subjetivas. En la cultura occidental, el paso de la niñez a la adolescencia es una de las transiciones evolutivas quizás más decisivas dentro del curso vital, por las tareas que debe afrontar y las habilidades básicas que el individuo debe alcanzar. Es sabido, entonces, que ser adolescente consiste en una experiencia sensible a las condiciones históricas y sociales, ya que constituye un proceso que se da en una cultura determinada y, por lo tanto, diverso en extensión y manifestación en cada grupo social.

En ese escenario, la interacción con los pares se vuelve nodular para navegar estos ríos revueltos. Es entonces cuando pueden comenzar o incrementarse, a raíz de numerosos factores, los problemas de agresividad, violencia, maltrato y comportamiento antisocial, tanto como la timidez y la ansiedad social.

De allí la importancia de estudiar este tema, con el objeto de prevenir y contribuir a elaborar estrategias de intervención con adolescentes con problemas de violencia

y agresión, así como con aquellos con estilos de interacción tendientes al aislamiento y al retraimiento.

En este contexto la agresividad en adolescentes se volvió uno de los temas centrales y más ampliamente estudiado en las últimas décadas por distintos campos disciplinares, como la historia, la antropología, la sociología, las ciencias jurídicas, la psicología y el psicoanálisis. A su vez, diversas escuelas teóricas dentro de la psicología han intentado dar respuesta a este tema. Además observamos, cuando analizamos la bibliografía y hasta las expresiones de profesionales al respecto, que conceptos tales como agresión, agresividad y violencia no aparecen claramente delimitados e incluso son utilizados por muchos autores casi como sinónimos (Salas-Menotti, 2008).

Acerca de los conceptos de agresividad y violencia

Gran número de los comportamientos, ya sea individuales o colectivos, que psicólogos clínicos denominan habitualmente *violentos* corresponderían en gran medida a lo que se ha definido como propio de la *agresividad* (Flechner, 2003), por lo que se hace necesario una delimitación.

El término *agresividad*, dentro del marco disciplinar de la psicología, da cuenta de la capacidad humana para oponer resistencia a las influencias del medio y constituye un recurso que, en su medida adecuada, está en función a la conservación de la vida. Mientras que la agresividad constituye una capacidad humana, la *agresión* supone un acto, un comportamiento que se despliega en la realidad.

El término *violencia*, por su parte, no es un concepto propio de la psicología. A partir del análisis de su raíz etimológica, indica “un modo de proceder que ofende y perjudica a alguien mediante el uso excesivo de la fuerza” (Velázquez, 2004, p. 27) y deriva del latín *vis*, que significa fuerza. Según Velázquez (2004), *violentar* significa ejercer

violencia sobre alguien para vencer su resistencia; forzarlo a hacer lo que no quiere mediante el uso de la fuerza física. Pero la violencia no remite únicamente al uso de la fuerza física. La violencia emocional, invisible, simbólica, económica, sexual, virtual son otros modos en que se puede presentar esta forma de coerción y de abuso de poder. La violencia se basa fundamentalmente en una transgresión a las normas sociales, transformando el vínculo en aquel del amo y el esclavo, tendiente a establecer el par dominador-dominado, con la posible aniquilación del más débil (Cohen Imach, 2010). El acto violento transgrede el orden de las relaciones humanas y se impone como un comportamiento no reflexivo, como una estrategia de poder a través de la intimidación y la imposición.

Por otra parte, ligado al concepto de agresividad muchas veces aparece el de impulsividad. El término impulsividad, o falta de control interno, normalmente se asocia a la agresividad y hasta emerge como sinónimo en muchas ocasiones, sin hallarse una clara distinción entre ambos. La impulsividad puede ser considerada como un fracaso en los mecanismos de control y reflexión sobre el comportamiento de uno mismo.

La agresividad desde las distintas corrientes teóricas

El concepto de agresividad ha sido abordado y definido desde miradas muy distintas: unas hacen foco en lo subjetivo, otras en lo biológico, otras en lo estructural de la sociedad o en lo psicopatológico y otras aún, con un enfoque más integrador, en la articulación o confluencia de todas estas dimensiones intentando brindar hipótesis explicativas sobre su aparición en el sujeto. En este capítulo se ha propuesto sistematizar algunas de las respuestas que se fueron dando sobre este concepto, agrupándolas según

el modelo teórico de base (Cohen Imach, 2010; Gil-Verona et al., 2002).

La perspectiva psicobiológica

Si bien el comportamiento de un sujeto no se reduce a las bases biológicas, es importante incluir esta variable como uno de los factores que pueden determinar o facilitar la aparición del comportamiento agresivo. La psicobiología constituye un campo de estudio emergente en la actualidad que se inscribe dentro de las neurociencias, y se encarga de estudiar la articulación entre el funcionamiento del cerebro y el comportamiento (Gil-Verona et al., 2002). Los autores que adscriben a esta línea se ocupan del tema de los comportamientos agresivos intentando desentrañar sus posibles causas desde esta perspectiva.

Diferencian agresividad y agresión señalando que, mientras la agresión constituye un comportamiento, la agresividad sería un concepto referido a lo que desde esta corriente denominan *variable interviniente*, que indicaría una actitud o inclinación que siente una persona a realizar actos violentos, por lo que se podría hablar de *potencial agresivo*. A su vez, es posible registrar una multiplicidad de actos agresivos que varían según sea el modo en que se produce, según los actores que participan, según el grado de organización previa.

Desde la línea psicobiológica, se plantea que la violencia puede tener su origen en factores genéticos-neuroquímicos, endocrinológicos, etológicos y neurobiológicos (Gil-Verona et al., 2002).

- a) *Explicaciones genético-neuroquímicas*: Se ha encontrado que tres neurotransmisores juegan un papel de singular importancia en la regulación de las conductas agresivas: la dopamina, la noradrenalina y la serotonina. La serotonina (5-HT) ha sido asociada con la regulación de los estados de ánimo, tales

como la depresión, la ansiedad, el apetito, la ira y la violencia impulsiva, por lo que la conducta agresiva se asocia a una disminución de la actividad de las neuronas serotoninérgicas. A su vez, interviene en otros neurotransmisores como son la dopamina y la noradrenalina, que se relacionan con la angustia, el miedo, la ansiedad y la agresividad, si bien aún las investigaciones clínicas sobre la noradrenalina y la agresividad muestran resultados contradictorios (Ayuso Gutiérrez, 1999). Diferentes agentes sociales estresantes como el maltrato social o sexual en la infancia disminuyen los niveles de serotonina en el cerebro como así también los umbrales biológicos de la violencia.

- b) *Explicaciones endocrinológicas*: Se ha demostrado, a partir de investigaciones con animales, que diversos modos de agresión, a excepción de la agresión predatoria y defensiva, se vinculan a hormonas de la reproducción. A pesar de que la extrapolación de los resultados encontrados en animales hacia los seres humanos tiene severas limitaciones, se ha hallado una relación entre niveles de *testosterona* y comportamientos agresivos. En algunas especies, los machos deben competir por el acceso a las hembras, lo que supone un comportamiento agresivo. A su vez, las hembras también pelean entre ellas por el lugar para establecer sus nidos o para cuidar su cría. En los seres humanos, mientras esta hormona evidencia niveles bajos en la infancia, se produce un incremento paulatino de andrógenos a partir de los 7 años, evidenciando un notable impulso cerca de la pubertad. Desde esta perspectiva, los niños son más agresivos que las niñas, acentuándose esta tendencia en los adolescentes, no solo debido a efectos de la socialización, sino también de los niveles de androgenización prenatal presentes en cada sujeto (Gil-Verona et al.,

2002). Muchos investigadores llegaron a la conclusión de que existe una relación recíproca y bidireccional entre las hormonas y la agresividad. Esto significa que un cambio en los niveles de hormonas produce comportamientos agresivos, mientras que los comportamientos agresivos pueden provocar un cambio en los niveles hormonales.

- c) *Explicaciones etológicas*: Recientemente se ha venido desarrollando un campo de conocimiento denominado sociobiología, fundada por Wilson (1975; 2012), que consiste en el estudio en forma sistemática del comportamiento social en los animales, incluyendo los humanos, en especial, y en todo organismo viviente, en general. Wilson plantea la intención de explicar la mecánica evolutiva que se descubre detrás de comportamientos como el altruismo y la agresividad de las hormigas y otros animales. También Lorenz (1980) ha intentado comprender la agresividad en los animales, explicar su desviación en los seres humanos y aportar sugerencias prácticas para mitigar los efectos nocivos del comportamiento violento. A diferencia de lo que sostiene el conductismo (que la agresión solo se deriva de un estímulo externo adecuado), Lorenz plantea que la pulsión de agresión constituye una pulsión primitiva, no derivada, que se descarga de manera espontánea. La agresión debe ser entendida, entonces, como un instinto al servicio de la vida y, en tanto tal, favorable para la conservación de las especies. Sin embargo, en los seres humanos la agresión se puede convertir en un comportamiento muy perjudicial para la sociedad cuando se desprende de lo instintivo (Lorenz, 1980). Por otro lado, a partir de investigaciones realizadas principalmente con animales, y teniendo en cuenta el mecanismo desencadenante, Moyer (1976) elabora una exhaustiva clasificación de la agresión, definiendo categorías como la agresión predatoria, entre machos,

la agresión inducida por el miedo, aquella que está ligada con delimitar el territorio, una agresión irritable, otra agresión relacionada con el instinto maternal, aquella vinculada al sexo y una agresión instrumental.

- d) *Explicación neurobiológica:* Desde este enfoque, la agresión puede ser entendida como un comportamiento de defensa entre los animales y se asocia con la actividad neuronal en el sistema límbico (Bonilla, Blanco, Fernández y Freund, 2011). Esta zona cerebral es la encargada de controlar el impulso de lucha o huida y es en ella donde se origina el miedo y el impulso agresivo. Esta corriente de pensamiento sostiene que las conductas agresivas sociales pueden ser provocadas por la estimulación eléctrica de ciertas zonas cerebrales, sobre todo los núcleos hipotalámicos mediales, mientras que la agresión depredadora puede ser generada por estimulación eléctrica del hipotálamo lateral y el lóbulo temporal. Además, es sabido que la estimulación de la amígdala provoca respuestas agresivas en forma descontrolada ante estímulos que provocan miedo, por lo que la destrucción de este núcleo puede producir la disminución de los comportamientos agresivos ante nuevos estímulos. No se puede desconocer, además, que hay zonas cerebrales que tienen la capacidad de inhibir las respuestas agresivas, tales como el núcleo caudado y el lóbulo pre-frontal, de modo tal que lesiones en estas zonas pueden incrementar los comportamientos agresivos (Ayuso Gutiérrez, 1999). En los últimos años se ha constatado que muchos de los ataques de agresividad se asocian a una disminución de la actividad de las zonas corticales pre-frontales o con lesiones en el córtex órbita-frontal y anomalías en la asimetría cerebral. Estas investigaciones robustecen la hipótesis de que la alteración funcional de la corteza cerebral, sobre todo la zona

del córtex órbito-frontal, puede vincularse a individuos con comportamientos agresivos patológicos (Bonilla et al., 2011).

La mirada del psicoanálisis

En la actualidad todos los psicoanalistas reconocen el relevante papel de la destructividad en la subjetividad. Si rastreamos el concepto de agresividad en el psicoanálisis, se registra que Freud lo define en referencia al dinamismo pulsional, llegando a postular que está presente en los orígenes del inconsciente —en todos los individuos— una tendencia natural a matar (Freud, 1913). En cambio, no aborda la noción de violencia de manera explícita en sus textos.

El término agresividad es definido según el *Diccionario de Psicoanálisis* de Laplanche y Pontalis (1981) como “la tendencia o conjunto de tendencias que se actualizan en conductas reales o fantasmáticas dirigidas a dañar al otro, a destruirlo, a contrariarlo, a humillarlo, etc. La agresión puede adoptar modalidades distintas de la acción motriz violenta y destructiva” (p. 13).

Analizando los textos freudianos, se hace evidente que su creador le fue otorgando una importancia cada vez mayor al concepto de agresividad, expresando que se manifiesta tempranamente en el sujeto, en el complejo juego de unión y desunión con la sexualidad. Esta idea de agresividad ha evolucionado de tal manera en Freud que llega a otorgarle base pulsional, conceptualizándola como *pulsión de muerte* (Laplanche y Pontalis, 1981).

Si bien algunos estudiosos consideran que en el texto freudiano *Las pulsiones y sus destinos* (Freud, 1915) se hallan las premisas metapsicológicas de una teoría de la agresividad, hasta esa época —y a pesar de abordar la agresividad en sus escritos de tinte sociológico tanto como en estudios clínicos— no lo hace desde un punto de vista teórico ni conceptual. Será recién en 1920, en *Más allá del*

principio del placer, cuando Freud introduce el término de pulsión de muerte, ligada a la *compulsión a la repetición*. En el campo de la agresividad, los comportamientos más llamativos para él hasta ese momento eran las designadas *autoagresiones*, es decir, fenómenos tales como el duelo y la melancolía, el sentimiento de culpa inconsciente y la reacción terapéutica negativa.

A partir de aquel texto, la noción de agresividad se amplía y ya no se aplica solo a las relaciones objetales o consigo mismo, sino también a las relaciones entre las diferentes instancias psíquicas (conflicto entre el yo y el superyó). Desde esta perspectiva, la agresividad consistiría en una fuerza que fragmenta y desorganiza, siendo estas características resaltadas por psicoanalistas como Melanie Klein (1927), que insisten en el papel desempeñado por las pulsiones agresivas en la primera infancia (Laplanche y Pontalis, 1981).

Para Klein (1927), las pulsiones agresivas actúan precozmente en el psiquismo, principalmente en las etapas sádico-oral y sádico-anal. Según los kleinianos, los temores infantiles de ser víctimas de representaciones parentales terroríficas están íntimamente ligados a la propia violencia del niño proyectada ahora en las figuras de los padres (Flechner, 2003). Desde este enfoque, el núcleo violento no desaparece nunca; se integra a la libido brindándole su potencia, o bien se convierte en agresividad y sadismo.

En el artículo *Tendencias criminales en niños normales* (1927), Klein concluye que no es la debilidad, ni la falta de superyó o de conciencia de culpa sino la terrible severidad del superyó la responsable de los comportamientos asociales y criminales en los niños. Cuando en el curso normal del desarrollo comienzan a disminuir la agresividad y el sadismo, el niño encuentra recursos más socializados para dominar su angustia. Así, mientras que en los estadios más tempranos del desarrollo sus fantasías agresivas contra sus padres despertaban principalmente la angustia porque

estos objetos podrían volverse contra él, esas tendencias se convierten ahora en la base de los sentimientos de culpa y el deseo de reparar lo que en su imaginación ha hecho.

Por su parte, Donald Winnicott (1991), pediatra y psicoanalista inglés, ha trabajado largamente el problema de la delincuencia en los jóvenes, sobre todo de aquellos privados culturalmente. Señala que las dificultades que enfrenta el sujeto para desenvolverse a nivel interpersonal tienen su origen en el momento en que el infante internaliza la imagen proyectada por la madre. Esto se debe a que el niño incorpora el estado actual de su madre como parte de su propia estructura del *self* (Fonagy y Target, 1995), por lo que, cuando se ve confrontado con un cuidador asustado o atemorizante, incluye como parte de sí mismo el sentimiento de ira, odio o miedo de aquel y consecuentemente una imagen de sí mismo como atemorizante o inmanejable (Fonagy, 2000).

También Jacques Lacan (1958; 1966) se ha ocupado del tema y avanza un poco más en la precisión de los conceptos de agresividad y violencia. En su tesis sobre el *Estadio del Espejo* (Lacan, 1966), afirma que la agresividad surge en el intento por parte del sujeto de diferenciarse de la imagen que le viene del otro, esa pregnancia o alienación entre la imagen propia y la del semejante que, en definitiva, remite a de la especie humana. Lacan (1966), y siguiendo el pensamiento hegeliano, dirá que para llegar a esta diferenciación, el niño encontrará como única salida la destrucción del otro. Desde aquí, la agresividad es constitutiva a todo sujeto y es un momento estructurante del psiquismo, ya que da paso a la identificación narcisista e imaginaria del yo.

A su vez, Lacan distingue *agresividad* de *agresión*. Mientras la agresividad sería una posición del yo, la agresión implicaría un comportamiento y, como tal, algo visible, evaluable, cuantificable. Según este autor, la agresividad constituye un modo de identificación narcisista, y

sería la contracara del enamoramiento narcisista. Si el otro lo completa al sujeto en el espejo, se produce enamoramiento; si ocurre lo contrario, aparece la agresividad. De hecho, esto es lo que sucede en la violencia de género, tan frecuente en nuestros días.

Asimismo, diferencia agresión de violencia al considerar que, mientras la violencia es ubicada en el plano de lo que él denomina lo real —ya que constituye un acto sin referencias a lo simbólico—, la agresividad y la agresión son ubicadas en el plano imaginario. “La violencia no es la palabra, incluso es exactamente lo contrario. Lo que puede producirse en una relación interhumana es o la violencia o la palabra” (Lacan, 1958, p. 468).

André Green (2008), psicoanalista nacido en El Cairo y formado en las aulas francesas, intenta evitar las resonancias especulativas del término *pulsión de muerte*. Ya señalamos que Freud (1920) distinguía las pulsiones de muerte, a las que atribuye una orientación interna de tendencia autodestructiva, y las *pulsiones de destrucción*, que se orientarían hacia el exterior, donde pulsión de destrucción y pulsión de agresión serían sinónimos. Green, en cambio, propone asimilar el término pulsión de muerte al de pulsión de destrucción, la que puede adoptar una orientación interna o externa, y deja reservado el término de *pulsión de agresión* solo para las manifestaciones destructivas dirigidas hacia el exterior (Macías Rocha, 2002).

Así, desde el psicoanálisis, la agresividad es un *continuum* que puede ir desde la sana afirmación del espacio propio frente al otro hasta la repetición de vivencias traumáticas, la actuación y el pasaje al acto.

La teoría socioemocional de Bowlby

John Bowlby (1978), especialista en psiquiatría infantil, vicerrector de la prestigiosa clínica Tavistock de Londres y miembro del denominado Grupo de los

Independientes, fue uno de los creadores de la *teoría del apego*. Este autor, formado en las aulas kleinianas, fue un apasionado además de la biología y la etología, y señaló la importancia del primer vínculo de proximidad establecido desde temprana edad entre el niño y su cuidador para el posterior desarrollo de la competencia social.

Bowlby, junto a su colaboradora Mary Ainsworth (Ainsworth y Bowlby, 1991), a partir de la observación del comportamiento de niños cuando sus madres regresaban, va a sostener que el infante puede establecer distintos tipos de apego: seguro, evitativo y ansioso. El niño con apego seguro llora ante la partida de la madre, pero se calma cuando ella vuelve. El niño con apego evitativo es menos tendiente a llorar frente a la separación de la madre, y cuando esta regresa no la saluda y hasta la ignora. Los niños ambivalentes suelen llorar al momento de la separación de la madre y continúan llorando cuando ella regresa. Tanto el apego evitativo como el ansioso son apegos inseguros.

Luego, los autores vinculan los modos de apego con las relaciones interpersonales posteriores; de tal modo, los niños y adolescentes que han establecido mejores vínculos afectivos con sus padres y han desarrollado un apego seguro son quienes se muestran más competentes para establecer relaciones estrechas con sus compañeros. Por el contrario, el apego evitativo o ambivalente puede ser un factor de riesgo y determinante en el desarrollo de un comportamiento disocial durante la infancia y la adolescencia. Esto es así ya que cuando el comportamiento de los padres es de permanente inconsistencia o rechazo, el niño se encuentra casi constantemente en un estado de incertidumbre en cuanto a la disponibilidad física de las figuras paternas, lo que da por resultado un sentimiento frecuente de ira. Sobre esta base, se crea un modelo de relación en el que la ira y la inseguridad constituyen las características dominantes.

Teoría del aprendizaje social de Bandura

En franca oposición al psicoanálisis e insatisfecho con la teoría tradicional del comportamiento aprendido propia del conductismo de Watson y posteriormente de Skinner, Albert Bandura, en su libro *Aprendizaje social y desarrollo de la personalidad* (1974), contrapone sus hipótesis a las explicaciones dadas por los conductistas tradicionales y propone su *teoría del aprendizaje social*. Si bien continúa con el rigor y la metodología propuesta por el conductismo, avanza en dar importancia al aprendizaje por observación.

Dado que esta teoría ya fue ampliamente desarrollada en el capítulo 1, en este apartado solo se hará referencia específica a su postura frente a la agresividad. Bandura señala que si bien investigadores de muy diversas disciplinas se han ocupado de este tipo de respuestas, casi todos han estado influenciados por el psicoanálisis, teoría según la cual la agresión sería una reacción primordial ante la frustración. Luego de una dura crítica a la teoría psicoanalítica por considerar que no es capaz de demostrar sus hipótesis en la práctica, Bandura va a sostener, a diferencia de los planteos freudianos, que la frustración es solo un factor y no necesariamente el más importante que afecta la expresión de la agresión, considerando a la frustración como una condición facilitadora —pero no necesaria— de la agresión. La frustración produce un estado de activación emocional que puede conducir a una variedad de respuestas según se haya aprendido previamente y según las consecuencias reforzantes asociadas a diferentes tipos de acción.

Por otra parte, este importante investigador señala las dificultades que existen para hallar una única definición de agresión ya que, al calificar a un comportamiento como agresivo, algunos ponen el acento en las distintas formas de respuestas, otros en sus antecedentes y otros en su intensidad. Bandura prefiere adherir a la definición de agresión como aquella respuesta “que podría causar

dolor o daño si se dirigiera contra un objeto vulnerable” (Bandura, 1974, p. 118).

Analizando cuáles son las condiciones para la aparición de los comportamientos agresivos en niños y adolescentes, Bandura y Walters (1959) encontraron que los padres tenían un rol fundamental. Hallaron que los progenitores de niños agresivos tendían a fomentar y a perdonar más la agresión que los padres de niños no agresivos cuando la agresión estaba dirigida a los hermanos o a otros niños. De esto resultaba que los niños agresivos expresaban mayor nivel de agresión física y verbal contra sus compañeros, mayor oposicionismo hacia los profesores y menor inhibición de la agresión que los niños inhibidos, mientras que no mostraban mayor agresión hacia los padres, ya que esta era castigada. Iguales resultados hallaron cuando realizaron el estudio con adolescentes (Bandura y Walters, 1959).

Pero no es que se aprende la respuesta agresiva, sino determinados tipos de respuestas que se califican de tales en función de ciertos juicios sociales que sí son aprendidos. Lo importante, señala Bandura, es comprender entonces los mecanismos por los cuales se aprenden, mantienen, inhiben o generalizan estas respuestas usualmente denominadas agresivas.

Así, y luego del registro de estudios transculturales y de investigaciones experimentales de laboratorio, Bandura va a afirmar que los comportamientos agresivos pueden aprenderse principalmente por imitación u observación de la conducta de modelos agresivos. Enfatiza aspectos tales como aprendizaje observacional, reforzamiento directo y generalización de la agresión (ya ampliamente trabajados en el capítulo 1), concluyendo que la recompensa y el refuerzo positivo de la agresión son los principales determinantes del aprendizaje de la agresión.

Para explicar el proceso de aprendizaje del comportamiento agresivo, Bandura recurre al ya citado experimento

del muñeco “Bobo”¹ de Cowan y Walters (1963), en el cual ponían a los niños en una de las tres situaciones de refuerzo: el primer grupo recibía refuerzo continuo, el segundo grupo recibía refuerzo intermitente, mientras que el tercer grupo lo hacía casi sin recibir refuerzo. Bandura quería demostrar que un niño tendería a imitar y aprender del comportamiento de un adulto en quien confiara.

A partir de este experimento, Bandura afirma que los niños que presencian un comportamiento demasiado agresivo por parte de un modelo adulto, probablemente imitarán un comportamiento similar, incluso si el adulto no está presente. A su vez, los niños que han observado a un adulto no agresivo tienen menos probabilidades de mostrar tendencias agresivas, incluso si el adulto no está presente. Inclusive, serían menos propensos a presentar este tipo de agresión que los niños que no han visto ningún modelo en absoluto. Por último, sostiene que sería mucho más probable que los niños imiten el comportamiento de un modelo del mismo sexo, tendiendo a ser los varones más agresivos que las niñas, ya que la sociedad siempre ha tolerado y defendido más el comportamiento violento en los hombres que en las mujeres.

Bandura se pregunta además qué efecto produce el castigo de los padres frente a la agresividad de un niño y explica que, a pesar de la existencia de escasos estudios y de las limitaciones que aún presentan las investigaciones sobre el tema, cuando los padres utilizan métodos punitivos de disciplina, los hijos pequeños tienden a no mostrar agresiones directas contra ellos, pero resultan muy agresivos en las interacciones con sus pares y adultos fuera del hogar (Bandura, 1974). De allí concluye que, en general, el

¹ El muñeco “Bobo” es un juguete inflable de un metro y medio de altura, aproximadamente, diseñado para recuperar inmediatamente su posición vertical cada vez que es derribado. El adulto pega al muñeco mientras expresa agresiones verbales como “estúpido” o “tonto”. Luego, el adulto se va, dejando a los niños solos en el cuarto, registrándose qué es lo que hacen los niños con el muñeco. Finalmente, el adulto ingresa y se registra nuevamente.

castigo por parte de una figura de autoridad parece inhibir la agresión directa en presencia de quien castiga, pero se asocia a una fuerte agresión contra los otros.

El enfoque sistémico

Esta corriente de pensamiento, formulada a partir de la teoría general de los sistemas del biólogo y filósofo Ludwig von Bertalanffy (1969), ha incluido distintos conceptos teóricos y diversos recorridos a lo largo de sus seis décadas de existencia, evidenciando en los últimos años notables desarrollos. Algunas líneas clave son la escuela estructuralista, el modelo de la terapia estratégica, la escuela de terapia breve centrada en la resolución de problemas, el enfoque narrativo y el enfoque colaborativo.

Las últimas generaciones de terapeutas familiares han concedido cada vez mayor importancia al discurso narrativo y a los procesos de cambio ligados a la identidad. Desde este remozado punto de vista, el síntoma ya no se considera solo como una expresión de la estructura y los patrones de interacción familiar, sino que además se atribuye un papel crucial a la *mitología* familiar, entendida como una red de narrativas compartidas que alberga creencias, afectos, legados, rituales y polaridades semánticas respecto a las cuales cada miembro es a su vez agente y receptor. Del mismo modo, la metáfora sobre los circuitos cibernéticos de *feedback* es superada y surge el interés por los circuitos intersubjetivos de diálogo y co-construcción. El foco de atención ya no es la familia, o la red como tal, sino las historias alojadas en el espacio virtual de la conversación entre personas, es decir, la *narrativa*, esa historia que se despliega en cada relato (Sluzki, 1993).

Uno de los profesionales que se dedicaron al tema de la agresividad desde este marco teórico fue Reynaldo Perrone, terapeuta familiar contemporáneo nacido en Argentina y residente en Francia desde hace 40 años. Este

autor define a la agresión como “un ataque asestado contra algo, sea un objeto, una persona, un grupo, una colectividad o una nación” (2013, p. 59) y entiende al concepto de agresión como más abarcativo que el de agresividad, ya que se requiere de esta para actuarla. Asimismo, lo diferencia de la violencia, en tanto no intenta destruir al objeto, sino moldear su naturaleza, modificar su posición para debilitarlo. Para este autor, la agresividad es una cuestión esencial al ser humano ya que le concierne cuando intenta organizar las relaciones sociales de donde vive.

En su libro *El síndrome del ángel* (Perrone, 2013), plantea que, a diferencia del resto de las especies, la agresividad humana no está regulada solo por el instinto y la necesidad, sino también por la socialización y las reglas de convivencia. Los procesos normativos, la educación, las pautas de crianza, la ley modelan la agresividad de un sujeto, volviéndola compatible con la vida en comunidad, en función de su edad, su contexto sociocultural, su constitución psicológica y los aprendizajes en torno a los intercambios interpersonales. Así, gracias a una adaptada inhibición de la agresividad, se produce una regulación de los vínculos con los otros y es posible la vida en sociedad. De lo contrario, el desborde de la agresividad puede provocar agresión, violencia, despotismo, autoritarismo y abuso de uno sobre el otro.

De este modo, la agresividad constituye la fuerza al servicio de la supervivencia, aunque no se trata de un instinto ni de una pulsión. Según Perrone (2013), la agresividad constituye la representación de una energía creativa que preserva y protege la vida y es la capacidad para oponerse a la amenaza, a la coacción y a la coerción. Reconoce que para sobrevivir en un entorno hostil es necesaria cierta cuota de agresividad, más allá de que la naturaleza biológica también provea de recursos a través de mecanismos biológicos, neurofisiológicos y endocrinos, que regulen la convivencia dentro de cada especie

y tiendan a proteger a los individuos contra la amenaza exterior (Bateson, 1969).

Perrone (2013) sostiene que el ser humano, a diferencia de los animales, dispone de otras variables, como las personales y las socioculturales, que van a favorecer o inhibir los comportamientos agresivos. Desarrolla un modelo cuantitativo para analizar el nivel de agresividad que presenta una persona, que puede ir de la inhibición total, que se vincularía con sumisión, hasta la desinhibición total de la agresividad, que estaría asociada a la violencia.

Este autor distingue tres tipos de violencias. Denomina *violencia agresión* a aquel intercambio que se caracteriza por un enfrentamiento desde posiciones igualitarias o simétricas, y que se manifiesta a través de comportamientos tales como gritos, insultos, amenazas y hasta golpes desde ambos lados. Implican un mismo estatus de fuerza y de poder.

Luego propone lo que designa como *violencia castigo* para referirse a aquella relación desigual donde uno dispone un nivel de agresividad que el otro no posee y soporta la agresividad sin defenderse. Este tipo de violencia puede llegar a convertirse en sumisión y cautiverio. Se presenta en forma de castigos, crueldades, negligencias o falta de cuidados, sin pausas ni treguas. El agresor considera que es legítima su fuerza, mientras que el receptor cree que se merece el castigo, por su inferioridad. El agresor es caracterizado como una persona rígida, carente de empatía y con escaso sentimiento de culpabilidad.

Por último, la *violencia represalia* estaría dada cuando el actor que ha recibido violencia-castigo se resiste a pesar de la relación desfavorable de fuerzas. Aunque se somete a la violencia, está en desacuerdo con ella y guarda deseos de oponerse, esperando el momento de dar vuelta la situación. Esto es lo que generalmente se observa, tanto en los consultorios como en los medios masivos de comunicación, en aquellos jóvenes que, cansados del *bullying*

sufrido, se vuelven agresores donde la intensidad de la acción reivindicativa puede ir desde la venganza hasta la muerte (Perrone, 2013).

Modelo ecológico de Bronfenbrenner

Fue el psicólogo estadounidense Urie Bronfenbrenner (1978) quien sentó las bases para una perspectiva ecológica, desde una mirada multidimensional, entendiendo que el comportamiento del sujeto surge en función del intercambio y la reciprocidad mutua entre el individuo y el medio. Identificó, además del nivel individual, cuatro sistemas a los que denominó microsistema, mesosistema, exosistema y macrosistema.

Desde este enfoque, el comportamiento agresivo estará determinado por las relaciones que el individuo tenga dentro de su grupo familiar, de su sistema escolar, del sistema vecinal. Estas estructuras además están incluidas en organizaciones e instituciones, a la vez inmersas en un contexto social más amplio que supone políticas públicas, la cultura y el medio ambiente físico.

El *nivel individual* supone cuatro áreas o dimensiones fundamentales: dimensión psicodinámica, dimensión cognitiva, dimensión conductual y dimensión interaccional. Con respecto al *microsistema*, este está formado por las instituciones con las cuales el niño mantiene contactos cara a cara, tales como la familia y la escuela. El *mesosistema* está constituido por las interrelaciones entre los entornos en los que participa el sujeto, tales como la familia, la escuela, el trabajo de los padres, la vida social. El *exosistema* son las estructuras sociales que no contienen al sujeto, pero sí influyen sobre él, brindando pautas y normas de comportamiento. El sistema económico, político y los medios de comunicación conforman esta dimensión. Por último, el *macrosistema* consiste en la globalidad de las fuerzas sociales, políticas y económicas que operan en la sociedad.

Es la cultura y la subcultura en la que se desenvuelve el sujeto, y comprende esquemas y valores culturales.

Desde aquí se entiende que la agresividad en adolescentes constituye un fenómeno multidimensional, que incluye tanto explicaciones biológicas y psicológicas como sociales e históricas, que por sí solas constituirían marcos conceptuales insuficientes y darían cuenta de un reduccionismo simplista. Por el contrario, el análisis del comportamiento desde esta perspectiva va más allá de lo singular y aborda necesariamente las relaciones con la familia, la escuela, el sistema de valores, normas, creencias, y comportamientos históricos y culturales que facilitan o inhiben el comportamiento agresivo.

Agresividad, personalidad y psicopatología

Desde la mirada de la psicopatología, se observa que los manuales de diagnóstico de los trastornos mentales, sin desconocer los cuestionamientos que sobre ellos pesan, ya sea el DSM-IV (American Psychiatric Association [APA], 1994) o el CIE-10 (Organización Mundial de la Salud [OMS], 1992), incluyen a la agresividad entre distintos trastornos de personalidad. El DSM-IV enmarca este constructo como *trastorno disocial* en edades tempranas (hasta la adolescencia) y *trastorno antisocial* en la edad adulta. Estos trastornos pondrían de manifiesto un patrón de comportamiento repetitivo y persistente en el que se quebrantan los derechos básicos de otras personas o normas sociales importantes propias de la edad. Por lo tanto, se hace referencia a un momento evolutivo en distintos contextos/situaciones (la casa, la escuela, el club) y a un seguimiento temporal. El CIE-10 va a sostener, por su parte, que el comportamiento agresivo es una expresión de trastornos disociales tanto en niños como en adultos, entendiendo que en los últimos llama la atención

la disparidad entre las normas sociales prevalecientes y su comportamiento.

Existen muchos trastornos que pueden estar relacionados con la agresividad en niños y adolescentes, como la psicopatía, el trastorno límite de la personalidad, el retraso mental, TDAH, autismo infantil, trastorno negativista desafiante, trastorno narcisista de la personalidad y la esquizofrenia.

Por otro lado, desde una aproximación empírica y dimensional de la psicopatología en la infancia y la adolescencia, tal como ya se describió en el capítulo 1, se encuentran los importantes desarrollos de Achenbach (1966). A través de numerosos estudios, este autor ha mostrado evidencias suficientes para proponer la existencia de dos amplias dimensiones generales: *externalizante* e *internalizante*. Mientras la dimensión internalizante se caracteriza por ansiedad, depresión, retraimiento, timidez y somatizaciones, la externalizante está relacionada con síntomas de agresividad, déficit de atención, hiperactividad, conducta desorganizada, y agruparía los síndromes de conducta delictiva y conducta agresiva.

A su vez, dentro de la dimensión externalizante, Achenbach propone una diferenciación entre el comportamiento agresivo y el comportamiento delincuente (Maestre, Moya, Edo, Mezquita, Ruipérez y Villa, 2009). Mientras el comportamiento agresivo está asociado a discusiones frecuentes, actitudes maliciosas hacia los demás, destrucción de objetos, peleas, alteraciones del estado de ánimo y ataques de ira, el comportamiento delincuente implica necesariamente una trasgresión de la ley y consiste en actos tales como prender fuego, robar, mentir, huir de casa, consumo de alcohol y drogas.

Por otra parte, estudios científicos de gran relevancia han hallado relación entre factores de personalidad en la infancia y la adolescencia, y ciertos síntomas o trastornos de tipo externalizante, asociando la impulsividad o la

desinhibición a síntomas de este tipo (Trull y Sher, 1994; Ortet y Pérez, 1989).

Es frecuente hallar entre los adolescentes agresivos características de impulsividad, escasas habilidades sociales, baja tolerancia a la frustración, dificultad de autocrítica, problemas para cumplir normas, relaciones negativas con los adultos y bajo rendimiento (Díaz-Aguado, 2005). En general, se les asigna creencias que llevan a justificar la violencia y la intolerancia aún en las relaciones entre iguales y menor disponibilidad de estrategias no violentas de resolución de conflictos. Asimismo, han sido identificados con un modelo ideológico y social basado en el dominio y la sumisión.

Como ya se ha planteado en el capítulo 1, Silva, Martínez Arias y Ortet (1997) prefieren hablar de *orientación interpersonal*² y proponen a su vez, a través de su Modelo del Aspa, dos grandes dimensiones bipolares: 1) conducta prosocial/conducta antisocial y 2) alta sociabilidad/baja sociabilidad. En sus investigaciones identificaron que *baja sociabilidad* se asociaba a ansiedad social, timidez y retraimiento, mientras que la *conducta antisocial* aparecía vinculada a agresividad, obstinación, oposición a normas y comportamientos delictivos.

Para Silva Moreno y Martorell Pallás (2001), a partir de lo que plantean en la Batería de Socialización BAS-3, cuyo objetivo es evaluar las habilidades sociales en adolescentes desde su propia autopercepción, la agresividad constituye el polo negativo de la dimensión denominada *autocontrol en las relaciones sociales*.

Monjas Casares (2000) y Caballo (1993), que adscriben al modelo cognitivo conductual, entienden a la agresividad como uno de los estilos que puede adoptar un sujeto en sus interacciones con los demás, ubicando en

² Estos autores sostienen que la orientación interpersonal es el conjunto de posturas básicas que una persona muestra en sus relaciones interpersonales (Silva, Rapaport y Martínez Arias, 1996).

el otro extremo al estilo inhibido y en un punto medio, y como más saludable, al estilo asertivo (véase capítulo 1).

Mientras el sujeto con estilo inhibido se muestra introvertido, retraído, reservado, ansioso, tímido y con falta de confianza en sí mismo (Silva Moreno y Martorell Pallás, 2001), los adolescentes con estilo agresivo expresan sus sentimientos y opiniones de manera inapropiada, avasallando a los otros. Estos muestran un comportamiento impulsivo, intrusivo, beligerante, de humillación y desprecio para con los demás; son explosivos y hostiles (Caballo, 2000); carecen de habilidad para resolver situaciones conflictivas, ya que lo hacen con violencia física o verbal; muestran terquedad y rigidez de pensamiento y se ofuscan cada vez con un mayor número de personas. Por lo general, estos adolescentes son nominados en forma negativa por sus pares, presentan un estatus sociométrico más bajo, y son percibidos como perturbadores, peleadores, poco cooperativos y con pocas probabilidades de ser líderes del grupo (Cohen Imach, 2010; Contini, 2008).

Consideraciones finales

En este capítulo se ha intentado explicar los comportamientos agresivos en adolescentes en la sociedad actual. Para ello se vio la necesidad de delimitar los términos agresividad, agresión y violencia que no aparecen claramente definidos en la abundante bibliografía sobre el tema.

Mientras la agresividad constituye una disposición o posición subjetiva, la agresión remite a aquellos comportamientos observables a través de los cuales se pone en acto la agresividad y suponen una defensa frente a los estímulos amenazantes del exterior. La violencia, por su parte, es la fuerza sin límite, y se diferencia de la agresión por su intencionalidad de someter o destruir al objeto.

También se han abordado las diferentes disciplinas y marcos teóricos que intentan dar respuestas a la cuestión de la agresión, concluyendo que se entiende al comportamiento agresivo en adolescentes como un fenómeno multidimensional, que se explica a partir de su constitución biológica, sus características de personalidad, su historia y *mitología* familiar, pero también en su relación con el contexto histórico y social.

Se desarrollaron también conceptualizaciones existentes sobre la relación entre agresividad y personalidad, hallando que la agresividad se trata de una orientación interpersonal, que suele estar asociada a características de personalidad tales como impulsividad, falta de control interno y déficit en la empatía.

Finalmente, se ha analizado la vinculación entre agresividad en adolescentes y psicopatología, advirtiéndose que no siempre se asocia a patología. Sin embargo, en ocasiones puede estar vinculada con diferentes trastornos, tales como el trastorno disocial, el negativista desafiante o los trastornos narcisistas. Así, se entiende que la agresividad constituye un *continuum* que puede ir desde la sana afirmación de sí mismo hasta la agresión patológica, tal como aparece en él.

Referencias

- Achenbach, T. (1966). The classification of children's psychiatric symptoms: A factor-analytic study. *Psychological Monographs*, 80, 1-37.
- Ainsworth, M. & Bowlby, J. (1991). An ethological approach to personality development. *American Psychologist*, 46, 333-341.
- Almonte, C. & Montt, M. (2012). *Psicopatología infantil y de la adolescencia* (2.ª ed.). Chile: Mediterráneo.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorder* (4.ª ed.). DSM-IV. Washington, DC: Autor.
- Ayuso Gutiérrez, J. (1999). Biología de la conducta agresiva y su tratamiento. *Salud Mental*, Número Especial: 29-36.
- Bandura, A. (1974). *Aprendizaje social y desarrollo de la personalidad*. Madrid: Alianza Editorial.
- Bandura, A. & Walters, R. (1959). *Adolescent aggression*. New York: Ronald.
- Bateson, G. (2006). *Una unidad sagrada. Pasos ulteriores hacia una ecología de la mente*. Gedisa: Barcelona.
- Bauman, Z. (2006). *Vida líquida*. Buenos Aires: Paidós.
- Bonilla, C., Blanco, M., Fernández, C. & Freund, N. (2011). Hacia el entendimiento de la violencia. Neurobiología de la agresividad. *Hospital Príncipe de Asturias*, Alcalá de Henares, 74(1), 209-218.
- Bowlby, J. (1978). Attachment theory and its therapeutic implications. *Adolescent Psychiatry*, 6, 5-33.
- Bronfenbrenner, U. (1978). *The Ecology of Human Development*. Cambridge: Harvard University Press.
- Caballo, V. (1993). *Manual de Evaluación y Entrenamiento de las Habilidades Sociales*. Buenos Aires: Siglo XXI.

- Cohen Imach, S. (2010). *Infancia maltratada en la posmodernidad. Teoría, Clínica e Investigación*. Buenos Aires: Paidós.
- Cohen Imach, S. (2013). *Mujeres maltratadas en la sociedad actual. Apuntes de la clínica y la evaluación*. Buenos Aires: Paidós.
- Contini, Norma (2008). Las habilidades sociales en la adolescencia temprana: perspectivas de la Psicología Positiva. *Psicodebate. Psicología, cultura y sociedad*, 9, 15-27.
- Cowan, P. A. & Walters, R. (1963). Studies of reinforcement of aggression, I. Effects of scheduling. *Child Development*, 34, 543-554.
- Díaz-Aguado, M. J. (2005). Educar para la tolerancia y prevenir la violencia un año después del 11-M. *Cuadernos de Pedagogía*, 344, 54-58.
- Flechner, S. (2003). De agresividad y violencia en la adolescencia. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, 98, 163-183.
- Fonagy, P. (2000). *Languages within language: An Evolutive Aproach*. Amsterdam: John Benjamins.
- Fonagy, P. & Target, M. (1995). Communications with pretend actions in language, literature and psychoanalysis. *Psychoanalysis and Contemporary Thought*, 18, 363-418.
- Freud, S. (1982). Las pulsiones y sus destinos. En S. Freud, *Obras Completas*, Volumen XVIII. Buenos Aires: Amorrortu Editores. (Trabajo original publicado en 1915).
- Freud, S. (1982). Más allá del principio del placer. En S. Freud, *Obras Completas*, Volumen XVIII. Buenos Aires: Amorrortu Editores. (Trabajo original publicado en 1920).
- Freud, S. (1982). Tótem y Tabú. En S. Freud, *Obras completas*. Volumen XII. Buenos Aires: Amorrortu Editores. (Trabajo original publicado en 1913).

- Gil-Verona, J., Pastor, J. F., De Paz, F., Barbosa, M., Macías Maniega, J. A., Rami-González, L., Boget, T. & Picornell, I. (2002). Psicobiología de las conductas agresivas. *Anales de Psicología*, 18(2), 293-303.
- Green, A. (2008). *La pulsión de muerte*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Klein, M. (1927). Tendencias criminales en niños normales. En M. Klein, *Contribuciones al psicoanálisis*. Tomo 2. Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (1966). *Écrits*. París: Seuil.
- Lacan, J. (1995). *El Seminario, Libro 5. Las formaciones del Inconsciente*. Buenos Aires: Paidós. (Trabajo original publicado en 1958).
- Laplanche, J. & Pontalis, J. B. (1981). *Diccionario de Psicoanálisis*. Buenos Aires: Editorial Labor.
- Lorenz, K. (1980). *Sobre la agresión: el pretendido mal*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Macías Rocha, J. M. (2002). Violencia, aniquilación y desobjetalización. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, 33/34, 179-218.
- Maestre, E., Moya, J., Edo, S., Mezquita, L., Ruipérez, M. A. & Villa, H. (2009). Relación de la personalidad y los factores de internalización y externalización en niños. *Jornades de Foment de la Investigació*. Universitat Jaume I.
- Monjas Casares, M. (2000). *Programa de enseñanza de habilidades de interacción social (PEHIS) para niños y niñas en edad escolar*. Madrid, CEPE.
- Moyer, K. (1976). *The psychobiology of aggression*. New York: Harper y Row.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (1992). Oficina Regional CDC Center for Disease Control and Prevention. CIE 10. Décima Revisión de la clasificación Internacional de las Enfermedades, Trastornos Mentales y del Comportamiento: Descripciones Clínicas y Pautas para el Diagnóstico. Madrid: Meditor.

- Ortet, G. & Pérez, J. (1989). Necesidad de estimulación y consumo de alcohol y tabaco. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 16, 175-180.
- Perrone, R. (2013). *El síndrome del ángel. Consideraciones acerca de la agresividad*. Buenos Aires: Paidós.
- Salas-Menotti, I. (2008). Significado psicológico de la violencia y la agresión en una muestra urbana colombiana. *Corporación Universitaria Iberoamericana*, 4(2), 331-343. Bogotá, Colombia.
- Silva Moreno, F., Martínez Arias, R., & Ortet, G. (1997). Evaluación de la Orientación Interpersonal. En A. Cordero, A. Ávila-Espada, S. Ballesteros, V. Del Barrio et al., (Coords.), *La evaluación Psicológica en el año 2000* (172-202). Madrid: TEA Ediciones.
- Silva Moreno, F. y Martorell Pallás, M. (2001). *Batería de Socialización BAS-3 (Autoevaluación)*. Manual. Madrid: TEA Ediciones. (Trabajo original publicado en 1989).
- Sluzki, C. (1993). Violencia familiar y violencia política: Implicaciones terapéuticas de un modelo general. En D. Fried Schnitman (Comp.), *Nuevos Paradigmas, Cultura y Subjetividad*, (pp. 347-351). Buenos Aires: Paidós.
- Trull, T. J., & Sher, K. J. (1994). Relationship between the five-factor model of personality and Axis I disorders in a nonclinical sample. *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 350-360.
- Velázquez, S. (2004). *Violencias cotidianas, violencias de género. Escuchar, comprender y ayudar*. Buenos Aires: Paidós.
- Von Bertalanffy, L. (1969). *General System Theory: Foundations, Development, Applications*. New York: G. Braziller, 2003.
- Wilson, E. (1975). *Sociobiology: The New Synthesis*. Cambridge: Harvard University Press.
- Winnicott, D. (1991). *Deprivación y delincuencia*. Buenos Aires: Paidós.

3

Evaluación de las habilidades sociales en la infancia y en la adolescencia

ANA BETINA LACUNZA
NORMA CONTINI

El objetivo central de este capítulo es hacer referencia a la evaluación de las habilidades sociales, al estado actual de desarrollo de técnicas psicológicas específicas, su valor en el campo de las prácticas del psicólogo, y a los alcances y límites de dicho proceso cuando se trabaja con niños y adolescentes.

La evaluación psicológica como tarea específica del psicólogo

En su práctica cotidiana el psicólogo recibe la consulta por problemáticas diversas. Tal como se ha venido planteando en capítulos anteriores, las disfunciones en habilidades sociales y, en particular, el comportamiento agresivo son cada vez más recurrentes en niños y adolescentes, y motivo de preocupación de padres, profesores y

responsables de la salud pública. El psicólogo debe intervenir, entonces, con el propósito de promover un cambio en tales comportamientos disfuncionales, que operan como un obstáculo para la calidad de vida del sujeto.

Para poder intervenir, debe conocer pormenorizadamente el perfil psicológico del consultante y es entonces cuando cobran relevancia las tareas de evaluación psicológica.

Si bien en la literatura hoy coexisten como sinónimos los términos psicodiagnóstico, diagnóstico psicológico y evaluación psicológica (Sendín, 2000; Maganto, 1995; Contini, 2011), en este capítulo se prefiere emplear el constructo *evaluación psicológica*.

Más allá de los cambios conceptuales y epistemológicos ocurridos en esta área en la segunda mitad del siglo xx y en las últimas dos décadas del siglo xxi, se considera que el constructo *psicodiagnóstico* aun sigue asociado al modelo médico y a categorías nosológicas. En cambio, el constructo *evaluación psicológica* incorpora el objetivo de valorar los recursos potenciales del sujeto y sus fortalezas, y ello amplía sustancialmente el foco de análisis de las situaciones por las cuales se consulta.

Es posible definir entonces a la evaluación psicológica como un proceso que se propone describir, analizar, categorizar, contrastar, comprender y —en lo posible— explicar el comportamiento de un sujeto tanto en sus aspectos saludables como psicopatológicos (Casullo, 1997, 1999; Fernández Ballesteros, 1990; Maganto, 1995; Kirchner, Torres y Forns, 1998; Ávila Espada, 1992; Contini, 2011).

La evaluación psicológica como proceso

Sobre la base de la definición precedente, puede afirmarse que la evaluación psicológica consiste en algo más que la administración de tests y técnicas. Se trata de un proceso que implica diferentes fases, que incluye la búsqueda de información de distintas fuentes (padres, el mismo niño,

maestros, jueces, otros profesionales que asisten al niño), la evaluación de distintos comportamientos —con el empleo de tests y técnicas—, la consideración del sistema social en el cual se producen estos comportamientos, y el análisis de toda la información que se ha generado para llegar a una síntesis diagnóstica que será expresada en una entrevista de devolución de información y en un informe escrito.

Muchas veces se ha simplificado esta tarea, de por sí compleja, reduciéndola a la administración de pruebas. Probablemente, este sesgo sea un resabio de los comienzos fundacionales de la disciplina, cuando existía una fuerte referencia a tests más que a un proceso de valoración.

De un modo tradicional, tanto la evaluación en niños como en adolescentes estuvo orientada a comportamientos específicos, por ejemplo, las diferencias individuales en inteligencia. Actualmente, se tiende a una evaluación global, donde el énfasis está puesto en plurivARIABLES estudiadas en múltiples contextos, utilizando multitécnicas enmarcadas en referentes teóricos diversos, por lo que también se emplean diferentes procedimientos (Maganto Mateo y Cruz Sáez, 2001). Este enfoque ha sido denominado *multimétodo*, *multiinformante*, *multitécnica* y *multicontexto* (Forns i Santacana, 1993; Michelson, Sugai, Wood y Kazdin, 1987; Trianes et al., 2002).

El concepto de *multimétodo* tiene su origen en los trabajos de Campbell y Fiske (1959) sobre las matrices multimétodo-multirasgo en el estudio de la personalidad. Estos autores propusieron una modalidad que permitiera el análisis de la estructura de una prueba al intentar identificar un mismo constructo con distintos procedimientos, y distintos constructos mediante el mismo procedimiento. Agregan que la utilización de formas de validación convergente y discriminante facilitaba la evaluación del constructo. Posteriormente, Denzin (1978) propuso que el enfoque multimétodo es una forma de triangulación, puesto que combina métodos cuantitativos y cualitativos.

Hernández Plaza, Pozo Muñoz y Alonso Morillejo (2004) analizan la postura de distintos autores y sostienen que la aproximación multimétodo es una opción apropiada en la investigación social, puesto que plantea una especie de conversación entre distintos paradigmas y aproximaciones metodológicas dentro de un mismo estudio.

En el caso de las habilidades sociales, la evaluación se complejiza pues debe tenerse en cuenta la *especificidad situacional*, ya que las características del comportamiento social varían según el contexto en el cual ocurren. Si bien las diferencias individuales se expresan en altas o bajas habilidades sociales, también cuentan las variables situacionales. Distintos estudios han enfatizado la importancia del contexto en el comportamiento, principalmente en las interacciones sociales (Hidalgo Montesinos, Galindo Garre, Inglés Saura, Campoy Menéndez y Ortiz Soria, 1999), por lo que adquiere particular relevancia el marco cultural, histórico y social (Bronfenbrenner, 1987).

La interpretación de los datos

La labor de análisis, comparación e interpretación de datos —que implica realizar distintos niveles de inferencia— constituye la piedra angular del proceso.

En tal sentido, no se trata de obtener un listado de características del niño/adolescente evaluado a partir de resultados de pruebas, sino de integrar con juicio clínico la compleja información adquirida a fin de obtener el perfil psicológico del consultante. En el tema que motiva este capítulo, será de particular interés conocer la cualidad de las habilidades de interacción social en el entramado de la personalidad.

En esa tarea de búsqueda de inferencias, que operan a un nivel epistemológico más elevado que el análisis de tests psicológicos, los datos cobran sentido cuando son interpretados por el psicólogo.

Este procedimiento es lo que Sendín (2000) denomina “tres tipos (...) de transformaciones o traducciones de los datos recopilados” (pp. 46-47), o lo que también se designa como *triple lectura* (Berard, 1983; Contini, 2007; Frank de Verthelyi, 1989) y que consiste en al menos tres fases:

- a) Transformación de datos primarios (verbalizaciones en la entrevista, grafismo, ejecución de tareas), obtenidos a partir de la administración de cada técnica, a indicadores específicos de cada una de dichas técnicas (primera lectura).
- b) Transformación del indicador específico de la técnica en un signo psicológico (segunda lectura).
- c) Integración del indicador o signo psicológico con otros indicadores de la totalidad del proceso de evaluación, que conduzcan a la formulación de una hipótesis diagnóstica (tercer lectura).

Con relación al tema de nuestro interés, las habilidades de interacción social, se podría ejemplificar del siguiente modo:

- a) Primera lectura: puntajes directos en la Batería de Socialización para Adolescentes BAS-3 (Silva Moreno y Martorell Pallás, 2001).
- b) Segunda lectura: transformación del puntaje directo a percentil.
- c) Tercera lectura: integración de ese signo psicológico, por ejemplo, déficit en *Autocontrol* (Escala Ac) —es decir, comportamiento agresivo—, con otros indicadores dentro de la misma prueba —percentil en la dimensión *Consideración con los demás* (Co)— y con otros indicadores intertest —por ejemplo, en pruebas proyectivas gráficas: presión intensa, acciones agresivas de los personajes graficados; en pruebas proyectivas verbales aperceptivas (CAT, Test de Symonds): roles de dominancia del héroe sobre otros personajes, desenlaces en los cuales para resolver un conflicto se inflige un daño a otros—.

Una vez concluido este proceso de interpretación de información se cuenta con el perfil psicológico del niño/ adolescente, que será empleado para orientación al grupo familiar y para determinar la conveniencia de implementar un proceso de intervención. Tal intervención tiene como finalidad generar un cambio en los comportamientos disfuncionales que motivaron la consulta. Para el caso que nos ocupa, estaríamos haciendo referencia a los comportamientos de retraimiento y timidez o bien de agresividad.

Por otra parte, la concepción actual de evaluación psicológica implica la valoración de los recursos saludables, las fortalezas del sujeto, lo que en términos de la psicología positiva sería el *capital psíquico* con el que este cuenta (Casullo, 2008). Ya no será suficiente abordar síntomas y cuadros psicopatológicos. Sin desmerecerlos, su resolución o desaparición no es sinónimo de calidad de vida (Castro Solano, 2010; Casullo, 2008; Gancedo, 2008; Seligman, 2005).

La evaluación psicológica como un proceso de toma de decisiones

Diversos especialistas en el área (Frank de Verthelyi, 1989; Lunazzi, 1992; Maganto, 1995; Sendin 2000) coinciden en afirmar que la evaluación psicológica es un proceso de *toma de decisiones*. Ello significa que el psicólogo debe determinar qué variables del comportamiento va a investigar, con qué instrumentos y a quiénes va a considerar como fuentes de información (padres, maestros, cuidadores, jueces, etc.). Por otro lado, una vez concluido el proceso se debe definir qué orientación dará al grupo familiar y qué recomendación terapéutica enunciará; estos dos últimos pasos resultan sustanciales para el logro del objetivo final de toda intervención: la modificación de los comportamientos disfuncionales, la potenciación de los comportamientos saludables y el consiguiente logro de una mayor calidad de vida.

Es por ello que en párrafos anteriores se argumentó que la evaluación psicológica es más que la administración de tests y técnicas. Es el juicio clínico del experto sostenido por su marco teórico, su experiencia profesional y su propio estilo de personalidad el que determina la calidad de su oficio de evaluador.

La evaluación psicológica en la adolescencia como intervención preventiva

La psicología hoy, al igual que la medicina, ha descentrado su interés en la fase asistencial, para focalizarse en la esfera de la prevención, es decir, evitar la instalación o el agravamiento de un cuadro psicopatológico.

En tal sentido, uno de los conceptos más potentes vertidos por Sendín (2000) es el que afirma que la evaluación psicológica ha ampliado su campo de acción de un modo notable y que puede considerarse como una *forma de intervención preventiva* cuando la consulta de la familia es por un niño o un adolescente.

Si se tiene en cuenta que el niño/adolescente es un sujeto cuyo psiquismo está en estructuración, la presencia de síntomas y su consecuente evaluación permitirán al psicólogo determinar si se está ante un comportamiento esperable para la edad del sujeto, o si por su intensidad puede derivar en un cuadro psicopatológico. En el tema que motiva este capítulo, las habilidades sociales, será sustancial identificar si la modalidad de vinculación —por ejemplo, de carácter agresivo— puede a futuro determinar un cuadro de tipo disocial o, a la inversa, si el retraimiento y la inhibición en las interacciones pueden cristalizarse en un cuadro de naturaleza depresiva o con potencial suicida. De allí el significativo valor de la evaluación psicológica oportuna.

Evaluación de las habilidades sociales

Si bien hubo considerables avances en la investigación y la práctica de la evaluación de las habilidades sociales en las últimas dos décadas, tradicionalmente este ha sido un tema conflictivo dentro de la comunidad científica. Tan es así que Curran (1979) definió a aquellas como un megaconstructo en el que se tiende a relacionar una variedad de comportamientos superficialmente dispares. De allí es que su evaluación supone la revisión de teorías psicométricas y metodologías que permitan evaluar tanto el comportamiento observable como los factores cognitivos y emocionales, controversia que Curran resumió en el título de su artículo “Pandora’s Box reopened? The assessment of social skills” (“¿Se ha vuelto a abrir la caja de Pandora? La evaluación de las habilidades sociales”).

Distintos autores coinciden en que el objetivo de la evaluación de las habilidades sociales es la identificación de los comportamientos interpersonales que brinden información para una posterior intervención.

Para Sendín (2000), esta evaluación supone ciertas características:

- a) *Individualizada*, teniendo en cuenta el nivel evolutivo, factores culturales, características y necesidades del sujeto a evaluar.
- b) *Interactiva y contextual*, lo que implica evaluar no solo el comportamiento del sujeto, sino el contexto de la interacción, las personas que intervienen y las situaciones interpersonales relevantes (por ejemplo, existen niños que se relacionan bien en situaciones del ámbito escolar, pero no así en el familiar).
- c) *Informativa*: a partir del nivel actual de habilidades y déficits específicos, proporcionar datos para la intervención más adecuada.

Por su parte, distintas variables están implicadas en la evaluación de las habilidades sociales. Dichas variables

proviene del sujeto a evaluar, del evaluador y de la situación de exploración.

Las variables del sujeto evaluado, según Sendín (2000), tienen que ver con los efectos que le provoca la situación de exploración, tales como el grado de sinceridad y la deseabilidad social en las respuestas a las pruebas, sus modelos socioculturales, el momento del desarrollo psicosocial que atraviese, el género y la presencia de ciertas características de personalidad, entre otras. A modo de ejemplo, pueden mencionarse las controversias descriptas respecto a la relación personalidad-habilidades sociales al afirmarse que la personalidad por sí sola no es suficiente para asegurar un adecuado ajuste social y que las habilidades sociales se presentan como un factor adaptativo de aquella. Las tendencias muestran, en investigación, una asociación entre características de personalidad y comportamiento interpersonal. Esta relación es bidireccional: el comportamiento social puede verse favorecido o no por las dimensiones de personalidad, y la cualidad de las relaciones sociales puede afectar la organización de la personalidad (Gil Carvalho y Ferreira Novo, 2013).

Las variables vinculadas al evaluador incluyen su formación, experiencia, los modelos teóricos a los que adscribe, las expectativas que tiene acerca del proceso de evaluación, su juicio clínico y sus características de personalidad. Los múltiples conceptos de habilidades sociales y sus marcos conceptuales ya han sido explicitados en el capítulo anterior, aunque merecen destacarse qué tipos de habilidades sociales se requieren en el ejercicio profesional de la psicología. En las últimas décadas, y particularmente a partir de la universalización de estándares de competencias requeridas en el perfil de los profesionales de las ciencias humanas, se otorgó una mayor importancia a las competencias interpersonales del psicólogo para su actuación profesional. Roe (2003) propuso un modelo de competencias del psicólogo, indicando que entre las habilidades asociadas al perfil se destacaban

aquellas de solución de problemas, de comunicación oral, observacionales y de colaboración en equipo. Sin embargo, distintos estudios señalan que los alumnos de las carreras de psicología, particularmente aquellos próximos a egresar, muestran déficits en sus habilidades sociales (Herrera Lestussi, Freytes, López y Olaz, 2012), lo que resulta muy crítico, por el carácter interpersonal de la actuación profesional y del objeto de la intervención psicológica (Del Prette, Del Prette y Mendes Barreto, 1999).

La situación específica de la evaluación no es menos importante. Así, el comportamiento de un adolescente transgresor en el aula, derivado por el colegio, puede verse influido en la situación de consulta por el temor de que, con los resultados de la evaluación, se tomen decisiones que afecten su condición de alumno en el colegio al cual asiste. Así también, el contexto clínico de evaluación difiere sustancialmente del contexto forense. En tal sentido, no se comportará igual un adolescente cuyos padres acceden a la consulta voluntariamente que otro joven con causa penal, cuya evaluación es solicitada por un juez.

Instrumentos de evaluación de las habilidades sociales

La construcción de instrumentos ha sido fundamental para cumplir con los objetivos de la evaluación de las interacciones sociales. En algunos casos, estos se utilizaron sin un adecuado sostén psicométrico, principalmente en términos de validez y confiabilidad.

Históricamente, las pruebas sobre habilidades sociales se han empleado en distintas áreas de la terapia conductual, principalmente en tres fases: a) anterior al tratamiento, b) durante el tratamiento y c) después del tratamiento (Caballo, 2005). Para el diagnóstico de los déficits en habilidades sociales, los terapeutas conductuales evaluaban los comportamientos y las cogniciones ligadas a la expresión de estos. Durante el tratamiento, la evaluación se centraba en las modificaciones

conductuales y en aquellas cogniciones no adaptativas, mientras que la evaluación posterior focalizaba no solo la mejoría, sino además si los cambios se mantenían en el tiempo y si el sujeto podía transferirlos a situaciones de la vida cotidiana. De allí que un primer período en la contribución metodológica respecto a las habilidades sociales estuvo asociado a la terapia de la conducta (García Sáiz y Gil, 1995).

Según Haynes (1998), en el inicio del movimiento de modificación de la conducta se desarrollaron y aplicaron numerosos instrumentos de evaluación generados de modo intuitivo, sin una revisión psicométrica previa. Por ejemplo, desde la corriente norteamericana se utilizaron cuestionarios para evaluar los miedos, la asertividad, la depresión, la historia vital, y la satisfacción familiar y marital, mientras que desde la orientación británica se desarrollaron sistemas de codificación de observaciones. La proliferación de estas técnicas de evaluación se ligaron a una dudosa confiabilidad y validez, lo que ocasionó un cuestionamiento crítico y una revisión de la literatura existente.

Algunos de los instrumentos desarrollados fueron posteriormente traducidos y/o validados en el contexto español, principalmente con población adulta universitaria. Esto ha sucedido sobre todo con los cuestionarios y, en menor medida, con las pruebas de interacción social. Sin embargo, la ausencia de datos normativos ocasionó problemas al momento de utilizar ciertos instrumentos, principalmente por la importancia de los factores socioculturales para determinar qué comportamientos son socialmente hábiles y cuáles no. Esto generó la necesidad de baremos y/o nuevos instrumentos sobre habilidades sociales. En el caso de niños y adolescentes, se agregaba la necesidad de tener en cuenta los indicadores evolutivos.

Tipos de instrumentos

Los instrumentos más utilizados en la evaluación de las habilidades sociales pueden agruparse en torno a tres categorías: a) los centrados en la información de otras personas (padres, pares, maestros) a través de escalas y cuestionarios, b) la observación directa en situaciones naturales o artificiales y c) las entrevistas y los autoinformes. En el ámbito escolar suele utilizarse la producción de los alumnos (escrita y oral, expresión corporal, dibujos), pruebas sociométricas, observación asistemática, cuadernos de anécdotas sobre situaciones sociales y hojas de registro sobre la evolución en momentos de intervención (Monjas Casares, 2000).

Con relación a los diferentes instrumentos para evaluar habilidades sociales es necesario diferenciar aquellas pruebas inespecíficas o de amplio espectro de otras específicas. Las de amplio espectro han sido empleadas con frecuencia dentro de un proceso diagnóstico para explorar la personalidad y/o el tipo de interacciones de un sujeto. Estas pruebas aportan información útil respecto a las habilidades sociales y otros elementos relacionados con dicho constructo. Dentro de este bloque pueden incluirse técnicas como las proyectivas, tales como la de Rorschach y cuestionarios de la personalidad.

Por otro lado, están aquellos instrumentos que fueron diseñados específicamente para evaluar diferentes componentes de las habilidades sociales y consisten principalmente en escalas, cuestionarios e inventarios. Algunos de estos son unidimensionales (evalúan una sola dimensión de las habilidades sociales) o multidimensionales (valoran varias dimensiones, por lo que brindan una estimación global de las habilidades sociales).

A su vez, existen procedimientos cuantitativos y cualitativos para la obtención de datos referidos a las habilidades sociales. Los más usuales son:

Tests psicológicos: El término *test* refiere a una situación controlada por la cual se obtiene información sobre los comportamientos de un sujeto en respuesta a un estímulo determinado. Esta información, denominada respuesta, es considerada en función del lugar del sujeto respecto a su grupo normativo.

Los tests psicológicos han contribuido a la evaluación de las habilidades sociales, sobre todo porque han permitido recopilar información en corto tiempo y en grupos grandes, en particular cuando se los emplea en población escolarizada. Entre las pruebas más utilizadas se encuentran los cuestionarios, las escalas y los inventarios que pueden ser cumplimentados por el propio niño y/o adolescente (autoinformes) o por diversos informantes (heteroinformes). Se trata de pruebas de lápiz y papel, multiescalares, generalmente breves y que permiten evaluar a grandes grupos.

Los heteroinformes están sujetos a los sesgos del informante (por su grado de relación con el sujeto evaluado); además, pueden no reflejar de manera adecuada las distintas situaciones sociales, pero en ocasiones son el único medio de acceso a ciertos datos sobre las habilidades sociales, sobre todo en la infancia temprana.

La observación: Ha sido considerada por varios autores como la estrategia fundamental para la evaluación de las habilidades sociales. Consiste en “el registro sistemático, válido y confiable de comportamiento o conducta manifiesta” (Hernández Sampieri, Fernández Collado y Baptista Lucio, 2010, p. 309). Esta técnica ha demostrado ser muy válida, sobre todo en escenarios institucionales (escuelas, hogares que albergan menores o ancianos, entre otros). Es considerado como el más útil de todos los procedimientos de evaluación clínica (Cohen y Swerdlik, 2001). Se mencionan distintos tipos de observaciones:

- a) *Observación naturalista:* Es aquella que se realiza en el ambiente en el que se desenvuelve el niño.

- b) *Autoobservación*: Aquí el niño/adolescente registra sus propios comportamientos como otros hechos relevantes de las interacciones con pares y/o adultos.
- c) *Observaciones sistemáticas o estructuradas*: Implica la elaboración de una unidad de análisis sobre los fenómenos a observar. Suelen ser interacciones que se diseñan como situaciones similares a las que ocurren en la vida real.

Estas modalidades se diferencian entre sí en función del contexto (natural o artificial), el tipo de comportamiento (natural o simulado), la fuente de información (el propio sujeto, personas significativas u observadores), la duración (breve o extensa) y el tipo de medida (valoraciones globales o registros) (Sanz, Gil y García-Vera, 1998).

La entrevista: Es considerada una técnica fundamental en la evaluación de las habilidades sociales. Permite recabar del mismo niño y/o adolescente datos sobre sus relaciones interpersonales (tanto percepciones como emociones relacionadas), así como obtener indicadores sobre su modo de interactuar (verbales y no verbales) (Silva, 1992). Generalmente, se utilizan con un formato estructurado, a fin de generar datos del comportamiento con mayor precisión. La mayor dificultad radica en discriminar si lo manifestado por el niño o adolescente durante dicho encuentro es representativo de sus conductas reales en su medio social; otra dificultad es el costo elevado de tiempo y esfuerzo por parte del entrevistador. A esto se suman los sesgos propios de una relación interpersonal, principalmente por parte del entrevistador, del entrevistado, de la situación contextual y de la relación establecida.

Instrumentos sobre habilidades sociales para población infante-juvenil

Tanto los hetero como autoinformes son pruebas objetivas, es decir, tests de respuesta que evalúan el comportamiento típico del sujeto (Tornimbeni, Pérez y Olaz, 2009). Valoran tanto capacidades como rasgos de personalidad, son independientes del evaluador y responden a la psicología actuarial. Una crítica que plantean Cattell y Warburton (1967) a este tipo de instrumentos es que, si bien permiten obtener una puntuación objetiva, su aplicación supone una serie de sesgos, especialmente por la valoración que hace el sujeto de los ítems. Particularmente, los autoinformes suelen ser uno de los instrumentos más utilizados para operacionalizar constructos sobre las interrelaciones sociales. A pesar de ser prácticos, sencillos y económicos, están sometidos a la distorsión y subjetividad inherente a toda autoevaluación. El hecho de que el propio sujeto evaluado sea la fuente de información ha merecido una serie de críticas y advertencias (para mayor análisis, véase Pérez-Pareja, 1997). Esta crítica puede resolverse con la perspectiva multimétodo y multiformante, de la cual ya se habló en párrafos anteriores.

A continuación se detallan algunos instrumentos sobre habilidades sociales validados o adaptados para población infante-juvenil.

Tabla 1. Descripción de instrumentos sobre habilidades sociales

Nombre de instrumento	Autores	Características
Batería de Socialización para Profesores, BAS-1	Silva Moreno y Martorell Pallás (1983)	Explora la percepción que tienen los profesores respecto a los comportamientos interpersonales de sus alumnos, tanto en sus aspectos facilitadores como inhibidores de la socialización. Consta de 118 ítems con cuatro alternativas de respuesta (nunca, alguna vez, frecuentemente, siempre). El factor facilitador está dado por cuatro escalas (liderazgo, sensibilidad social, jovialidad, respeto-autocontrol) y el inhibidor, por tres (apatía-retraimiento, agresividad-terquedad, ansiedad-timidez). A esto se agrega una escala de apreciación global de la socialización (Cs).
Batería de Socialización para Padres, BAS-2	Silva Moreno y Martorell Pallás (1983)	Explora la percepción de los padres respecto a los comportamientos sociales de sus hijos. Si bien a grandes rasgos es una réplica de la BAS-1, fue adaptada al contexto familiar. Explora también aspectos facilitadores e inhibidores de la socialización a partir de 114 ítems, con cuatro opciones de respuesta. Comprende las mismas subescalas que la BAS-1, aunque la escala de evaluación global solo refiere a aspectos negativos del comportamiento (diferencia con BAS-1).

Nombre de instrumento	Autores	Características
Batería de Socialización para Adolescentes, BAS-3	Silva Moreno y Martorell Pallás (2001)	Está integrada por 75 ítems, para adolescentes, de autoadministración individual con dos opciones de respuesta (sí-no). Permite obtener un perfil del comportamiento social a partir de cinco escalas de socialización: Consideración con los demás (Co), Autocontrol en las Relaciones Sociales (Ac), Retraimiento Social (Re), Ansiedad Social/timidez (At) y Liderazgo (Li). A estas se le suma una escala de Sinceridad (S), que permite analizar la consistencia interna de las respuestas a las escalas.
Escala de habilidades sociales	Gismero, (2002)	Consta de 33 ítems, explora la conducta habitual del sujeto en situaciones concretas y valora hasta qué punto las habilidades sociales modulan a esas actitudes. Incluye seis subescalas: a) autoexpresión en situaciones sociales, b) defensa de los propios derechos como consumidor, c) expresión de enfado o disconformidad, decir "no" y cortar interacciones, d) hacer peticiones y e) iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto. Aplicable a adolescentes y adultos.

Nombre de instrumento	Autores	Características
Cuestionario de Habilidades de Interacción Social (CHIS)	Monjas Casares, (2000)	Consta de 60 ítems repartidos en seis subescalas: a) habilidades sociales básicas, b) habilidades para hacer amigos/as, c) habilidades conversacionales, d) habilidades relacionadas con los sentimientos y emociones, e) habilidades de solución de problemas interpersonales y f) habilidades para relacionarse con los adultos. Estas subescalas se refieren a los contenidos del Programa de Habilidades de Interacción Social (PEHIS), por lo que suele ser utilizado en programas de intervención. La autora propuso una versión autoinforme de este instrumento para utilizarse en adolescentes.
Cuestionario Matson para la evaluación de las habilidades sociales en jóvenes (MESSY)	Matson, Rotatori y Helsel (1983)	Evalúa habilidades sociales implicadas en comportamientos sociales adaptativos como también en no adaptativos. Aplicable a niños y adolescentes, cuenta con una versión autoinforme y otra heteroinforme. El autoinforme presenta 62 ítems con cinco dimensiones: agresividad/conducta antisocial, habilidades sociales apropiadas, amistad, sobreconfianza/celos/soberbia y soledad/ansiedad social. La versión para docentes cuenta con 64 ítems agrupados en tres dimensiones: agresividad/conducta antisocial, habilidades sociales apropiadas y sobreconfianza/celos/soberbia.

Nombre de instrumento	Autores	Características
Escala de Asertividad	Godoy, Gavino, Blanco, Martorell, Navarro y Silva (1993)	Evalúa los constructos asertividad (AS), agresividad (AG) y sumisión o pasividad (SU) en situaciones de interacción social. Aplicable a niños y adolescentes de modo individual o grupal, consta de 20 enunciados descriptivos de situaciones de interacción social. Para cada una de ellas se proponen tres pares de respuestas posibles: asertiva-agresiva, asertiva-sumisa y agresiva-sumisa. El sujeto debe escoger una respuesta por cada situación.
Cuestionario de evaluación de dificultades interpersonales en la adolescencia (CEDIA)	Inglés Saura, Méndez Carrillo y Hidalgo Montesinos (2000)	Evalúa dificultades interpersonales en adolescentes. Consta de 39 ítems divididos en cinco factores: asertividad, relaciones con el sexo opuesto, relaciones con pares, hablar en público y relaciones familiares. Presenta un formato Likert con cinco opciones de respuesta.
Escalas Magallanes de hábitos asertivos (EMHAS)	García y Magaz (2000)	Consta de tres escalas: escala Magallanes de hábitos asertivos en casa (EMHAC), escala Magallanes de hábitos asertivos en el aula (EMHAA) y autoinforme de hábitos asertivos (AIHA). Todas las escalas identifican los hábitos de comportamientos asertivos del sujeto respecto a sí mismo y a los demás, estableciendo un perfil pasivo, agresivo, asertivo y pasivo-agresivo. Es aplicable a adolescentes de 10 años en adelante. Cada prueba incluye dos subescalas: auto-asertividad (16 ítems) y la hetero-asertividad (8 ítems), valorados por opción dicotómica (sí-no).

Nombre de instrumento	Autores	Características
Cuestionario de estrategias cognitivas de resolución de situaciones sociales (EIS)	Garaigordobil Landazabal, (2008)	Explora estrategias cognitivas disponibles por el adolescente para resolver situaciones sociales conflictivas. De administración individual o colectiva, contiene cuatro situaciones conflictivas tales como abordar un conflicto moral, responder a una agresión, afrontar el rechazo de otros y recuperar un objeto. Las respuestas se analizan según la cantidad de estrategias cognitivas de interacción disponibles y la calidad de estas (estrategias asertivas, agresivas y pasivas). La cantidad de respuestas en cada tipo de estrategia se considera puntuación directa.
Cuestionario de conducta antisocial (CC-A)	Martorell, González, Ordoñez y Gómez (2011)	Evalúa agresividad, en distintas vertientes, y otros problemas de relación que pueden considerarse como de riesgo para la conducta antisocial. Se compone por un total de 36 ítems con cuatro alternativas de respuestas (nunca, algunas veces, muchas veces, siempre) y con una resolución de tres factores: aislamiento, agresividad y retraimiento/ansiedad. Los ítems indirectos de las escalas agresividad como aislamiento se evalúan a la inversa.
Cuestionario de aislamiento y soledad (CAS)	Casullo (1998)	Está integrado por 25 ítems (cuatro opciones de respuesta). Presenta dos dimensiones: soledad (12 ítems) y tendencia al aislamiento (13 ítems).

Muchos de los instrumentos descriptos han sido elaborados en Iberoamérica o validados para población local. Tal es el caso del cuestionario MESSY, un instrumento anglosajón cuya versión de autoinforme fue traducida al español por Trianes et al. (2002) y adaptada por Méndez, Inglés e Hidalgo (2002). Estos últimos autores, utilizando una muestra de adolescentes españoles (12 a 17 años), redujeron el número de factores de la versión original a cuatro: conducta agresiva/antisocial, habilidades sociales/asertividad, orgullo/arrogancia y soledad/ansiedad social. En Argentina, Ipiña, Molina y Reyna (2011) utilizaron la versión española en una población de sujetos de 7 a 13 años de edad de la ciudad de Córdoba. Tanto las versiones españolas como la local mostraron aceptables propiedades psicométricas. Por su parte, Garaigordobil Landazabal (2003) realizó una adaptación y propuso una modificación para la BAS-3, tanto en la conformación de sus ítems como en las opciones de respuesta, pasando de una versión dicotómica (sí-no) a otra de tipo Likert: ítems de puntuación directa —1 (algo), 2 (bastante), 3 (mucho)— e ítems de puntuación inversa —3 (nada), 2 (algo), 1 (bastante)—. Esta versión ha sido utilizada en el ámbito local por Seoane, Baldini, Basso, Aguilar y López (2011) con población adolescente de Mar del Plata. Respecto a la escala de habilidades sociales, Da Dalt de Mangione y Regner (2009) analizaron sus propiedades psicométricas en población adolescente, de condiciones socioeconómicas vulnerables, residentes en el departamento de Maipú (Mendoza). Los factores que identificaron fueron autoexpresión en situaciones sociales, interacciones positivas con el sexo opuesto y poder decir no, como manera de expresar disconformidad. Se presenta en la tabla 2 una descripción de la puntuación, criterios de interpretación y las propiedades psicométricas de los instrumentos mencionados.

Tabla 2. Descripción de los criterios de interpretación y de las propiedades psicométricas de instrumentos sobre habilidades sociales

Nombre de instrumento	Edad de aplicación	Puntuación y criterios de interpretación	Propiedades psicométricas
Batería de Socialización para Adolescentes BAS-3	11-19 años	Dos opciones de respuesta (sí-no). Percentiles por escalas según edad y sexo.	Consistencia interna Alpha de Cronbach en escalas: .73 a .82 (Garaigordobil Landazabal, 2003), .520 a .721 (Lacunza, Caballero y Contini, 2013).
Escala de Habilidades Sociales (EHS)	Mayores de 12 años	Cuatro opciones de respuesta. Percentiles por subescalas y total según edad y sexo. A mayor puntuación global, el sujeto expresa más habilidades sociales y capacidad de aserción.	Confiabilidad Cronbach ($\alpha = .92$) (Gismero, 2000).
Cuestionario de habilidades de interacción social (CHIS)	6-16 años	Cinco opciones de respuesta. Puntuación total indica competencia social general, además se considera puntuación en cada subescala. Los autores no informaron percentiles.	No informado.
Cuestionario MESSY	4-18 años (versión original); 12-18 años (versión española).	Escala Likert (4 puntos, 1: nunca, 4: siempre). Percentiles por dimensiones y total según sexo.	α : .54 a .80 (Matson et al., 1983), .63 a .91 (Méndez et al., 2002), .70 y .80 (Ipiña et al., 2011).

Nombre de instrumento	Edad de aplicación	Puntuación y criterios de interpretación	Propiedades psicométricas
Escala de Asertividad	6-18 años	Puntaje directo por cada escala. Los autores presentan baremos según sexo por cada dimensión.	Consistencia interna (alfa de Cronbach asertividad = .73; agresión = .77; sumisión = .66) (Garaigordobil Landazabal, 2000). A nivel local asertividad α = .70; agresividad = .77 y sumisión = .71 (Cardozo, Dubini, Fantino y Ardiles, 2011)
Cuestionario de Evaluación de Dificultades Interpersonales en la Adolescencia (CEDIA)	12-18 años	Escala Likert de cinco opciones (0-4 puntos). Puntuación en escala total (0-640 puntos) o por subescalas (0-160 puntos): mayor puntuación, mayor grado de dificultad interpersonal.	Consistencia interna: α de Cronbach: .96 (EDIA), .95 (<i>Situaciones de Calle</i>), .92 (<i>Relaciones Familiares</i>), .89 (<i>Cortesía</i>), 0.89 (<i>Relaciones con el Grupo de Iguales</i>) y .88 (<i>Asertividad</i>) (Méndez et al., 2001).
Cuestionario de estrategias cognitivas de resolución de situaciones sociales (EIS)	10 años adelante	1 punto por respuesta asertiva, agresiva o inhibida que suponga un modo de afrontamiento a la situación social estímulo; 0 punto cuando el sujeto se sitúa como un tercer observador de la situación. Las estrategias que se repiten se puntúan solo una vez. Puntajes directos y percentiles según el tipo de estrategia cognitiva.	Alpha de Cronbach .74, Spearman-Brown .78 (Garaigordobil Landazabal y García de Galdeano, 2006).

Nombre de instrumento	Edad de aplicación	Puntuación y criterios de interpretación	Propiedades psicométricas
Cuestionario de Conducta Antisocial (CC-A)	12-18 años	Cuatro alternativas de respuesta (nunca, algunas veces, muchas veces, siempre). Percentiles por dimensiones.	Fiabilidad escala Agresividad (.78), Aislamiento (.77), Ansiedad/Retraimiento (.72). El coeficiente de la escala Total = .78 (Martorell et al, 2011).
Cuestionario de Aislamiento y Soledad		Cuatro alternativas de respuesta (nunca, algunas veces, muchas veces, siempre). Percentiles por dimensiones.	Confiabilidad test-retest ($r = .071$) (Casullo, 1998).

La Batería de Socialización para Adolescentes BAS-3

Puesto que la BAS-3 es la prueba utilizada en los estudios descriptos en este libro con población adolescente de Tucumán, se describen a continuación los aspectos centrales de la técnica.

La Batería de Socialización (BAS) surge en la década de 1980 con antecedentes conceptuales y metodológicos bien definidos. Desde lo conceptual, sus autores realizaron revisiones de publicaciones y aportes teóricos, como la teoría bifactorial de Kohn (1977) (véase Martorell, 1997). Este autor, basándose en estudios sistemáticos previos, planteó dos factores bien identificados del constructo socialización: retraimiento y agresividad/conducta antisocial, los que —desde un análisis psicopatológico— representan dos núcleos problemáticos: problemas de conducta (agresividad antisocial) y los problemas de personalidad (retraimiento o inhibición). Actualmente, estas dimensiones —desde la psicopatología infanto-juvenil— se denominan *externalización e internalización* (Achenbach, 1992, 1995). Este último factor propuesto por Achenbach y Edelbrock (1978) presenta gran similitud con los postulados por Kohn (1977) respecto a que los problemas de personalidad (inseguridad, retraimiento, timidez) se ubicarían en el polo de internalización, mientras que los problemas de conducta (desobediencia, conducta disruptiva, agresión, hiperactividad) lo harían en la dimensión externalidad. Desde lo metodológico, pueden mencionarse los estudios de los autores Silva Moreno y Martorell Pallás con la Escala de Adaptación y Hábitos Sociales (AHS-1) y la Escala de Trastornos de Conducta (ETC-1) (Silva y López de Silva, 1979), como las Escalas de Socialización Escolar de aspectos facilitadores (ESE-1) e inhibidores (ESE-2) (Silva, Martorell y Pelechano, 1981). La ESE-1 incluye cuatro factores positivos de la socialización: colaboración, respeto y responsabilidad, popularidad y liderazgo como

actitud diferencial positiva entre actividades escolares y extraescolares. En tanto, la ESE-2 evalúa hiperactividad y/o agresividad e inseguridad y retraimiento.

El concepto de socialización que explora la batería BAS comprende una serie de habilidades básicas hasta patrones conductuales más amplios de relación interpersonal y grupal (Kirchner, 1997). Esta posición es concordante a las perspectivas sobre socialización planteadas desde la década de 1970, en las que se incluía aspectos relacionados con el propio yo y el de los demás, es decir, la connotación de lo interpersonal (Martorell, González, Aloy y Ferris, 1995).

Descripción del instrumento

La BAS estudia la conducta social de niños y adolescentes a partir de la percepción de profesores (BAS-1), padres (BAS-2) y del sujeto mismo (BAS-3). Específicamente, la BAS-3 permite lograr un perfil de la conducta social, en adolescentes de 11 a 19 años, en cinco escalas de socialización: 1) *Consideración con los demás (Co)*: detecta sensibilidad social o preocupación por los demás, en particular por aquellos que tienen problemas y son rechazados y/o postergados; 2) *Autocontrol en las relaciones sociales (Ac)*: evalúa, en su polo positivo, acatamiento de reglas y normas sociales que facilitan la convivencia en el mutuo respeto y, en el polo negativo, conductas agresivas, impositivas, de terquedad e indisciplina; 3) *Retraimiento social (Re)*: identifica alejamiento tanto pasivo como activo de los demás, hasta llegar, en el extremo, a un claro aislamiento; 4) *Ansiedad social/timidez (At)*: mide distintas manifestaciones de ansiedad (por ejemplo, miedo, nerviosismo) unidas a reacciones de timidez (retraimiento, vergüenza) en las relaciones sociales; 5) *Liderazgo (Li)*: explora ascendencia, popularidad, iniciativa, confianza en sí mismo y espíritu de servicio (Silva Moreno y Martorell Pallás, 2001). A estas escalas se suma una sexta, *Sinceridad (S)*.

Si bien esta escala fue originalmente diseñada para evaluar la tendencia a falsificar o mentir al responder, Casullo (1991) sostiene que evalúa aspectos relacionados con lo socialmente esperado ya que las respuestas parecen reflejar el grado de permisividad social vigente en un país o región cultural así como el grado de conformidad social del sujeto.

Está integrada por 75 ítems, aplicable a adolescentes de 11 a 19 años de edad, de autoadministración individual con dos opciones de respuesta (sí-no). Sus escalas se agrupan como facilitadoras (Co, Ac y Li) e inhibidoras (At, Re) de la socialización. A estas se le suma una escala de *Sinceridad* (S), que permite analizar la consistencia interna de las respuestas a las escalas. A nivel operacional, los 65 ítems de la batería (sin contar los diez ítems incluidos en la escala de *Sinceridad*) son un repertorio de habilidades sociales que se presentan al adolescente al momento de su evaluación. Dichas habilidades sociales ponen su acento en el componente conductual y/o socio-cognitivo.

Características psicométricas de la BAS-3

Distintos estudios han utilizado la BAS-3 en población adolescente. Tal es el caso de Garaigordobil Landazabal (2003), que realizó una adaptación de la BAS-3 con una muestra de 139 niños españoles, de 10 a 12 años. Propuso una reducción de la escala a 65 ítems (eliminando la escala *Sinceridad*) y una modificación de las opciones de respuesta dicotómicas a opciones (nada, algo, bastante, mucho), con puntajes de 0 a 3. El análisis de fiabilidad de esta versión mostró que la consistencia interna fue satisfactoria (*alpha de Cronbach* entre .73 y .82); la estabilidad temporal (test-retest en intervalo de cuatro meses) fue satisfactoria para *Autocontrol* ($r = .66$) y *Liderazgo* ($r = .61$) aunque baja en *Consideración* ($r = .42$) y *Retraimiento* ($r = .43$). Respecto a la validez, estudios en menores no-infractores e infractores observaron que los menores delinquentes

tenían puntuaciones más bajas en *Consideración con los demás* y *Autocontrol*, y más altas en *Retraimiento*. La escala *Consideración con los demás* obtuvo correlaciones positivas con empatía ($r = 0,42$) y negativas con psicoticismo ($r = -.37$); la escala *Autocontrol* mostró correlaciones negativas con psicoticismo ($r = -.44$), conducta antisocial ($r = -.40$) e impulsividad ($r = -.43$); la escala *Retraimiento* tuvo correlaciones negativas con extraversión ($r = -.36$); la escala *Ansiedad* correlacionó con neuroticismo ($r = .40$) y la de *Liderazgo* con extraversión ($r = .27$) (Silva Moreno y Martorell Pallás, 2001). Por su parte, Lacunza (2010) analizó las propiedades psicométricas de la BAS-3 en una muestra de 165 niños de 4.º y 5.º grado de nivel primario (edad promedio: 10 años) de la ciudad de San Miguel de Tucumán. Los estudios de fiabilidad indicaron que la consistencia interna de las escalas fue satisfactoria (coeficiente *Alpha de Cronbach* entre .523 a .734 para las distintas escalas) y análisis factoriales exploratorios que explicaban la interrelación de ítems en torno a las dimensiones facilitadoras e inhibidoras. En la misma línea, Smulovitz (2011) analizó las propiedades psicométricas de la prueba en niños de 9 y 10 años de una ciudad del sur de la provincia de Tucumán. Halló que un análisis factorial exploratorio (rotación Varimax, índice de adecuación muestral de *Kaiser-Meyer-Olkin* = .739, *Prueba de esfericidad de Bartlett* = $X^2 = 6191,279$ ($gl = 2775$), $p < .000$) discriminaba cinco factores con el 27% de la varianza (se eliminaba la escala *Retraimiento*). Los factores descriptos mostraban niveles de fiabilidad aceptables, oscilando entre .564 y .716.

A fin de determinar las propiedades psicométricas de la prueba en la población descrita en este libro, se realizó un estudio instrumental (Carretero-Dios y Pérez, 2007; Montero y León, 2005) de la BAS-3 con adolescentes tucumanos (Lacunza et al., 2013). Se trabajó con una muestra intencional de 381 adolescentes, entre 10 y 15 años, esco-

larizados en instituciones públicas y privadas de la ciudad de San Miguel de Tucumán (Argentina). Se incluyeron aquellos adolescentes escolarizados en el último año del nivel primario y primer año del ciclo secundario que no presentaran antecedentes de problemas de socialización según informante clave (docente y profesional del gabinete psicopedagógico). La edad promedio fue de 12 años ($X = 11,56$, $DE = ,896$). El 51% de la muestra eran mujeres y el 66% asistía a instituciones educativas públicas.

En una fase inicial se efectuó una aplicación piloto de la prueba en 20 adolescentes pertenecientes a diversos niveles socioeconómicos de San Miguel de Tucumán, a fin de evaluar la claridad de los ítems y comprensión de la consigna así como de las expresiones lingüísticas utilizadas. Tal como lo plantean Cohen y Swerdlik (2001), las condiciones de aplicación fueron lo más similares posible a las condiciones bajo las cuales se aplicó luego la versión definitiva de la batería. Los adolescentes no solo respondieron al instrumento, sino que además indicaron aquellos ítems que aparecían como confusos o poco comprensibles. Fueron recurrentes las dificultades para la comprensión de algunos términos. A partir de estos resultados se realizaron adecuaciones lingüísticas a los ítems 13, 26, 28, 48, 51, 53, 67 y 75 de la versión original, tratando de mantener la equivalencia de los conceptos respecto a la cultura donde fue desarrollado el instrumento y la cultura destinataria. Posteriormente, el protocolo fue validado por el sistema de jueces, a fin de identificar la concordancia entre el ítem original y la modificación lingüística. A cinco profesionales con experiencia en psicología evolutiva y evaluación psicológica se les solicitó una valoración a ciegas de los ítems. Tomando en cuenta las apreciaciones de los especialistas se decidió la inclusión de los ítems que integrarían la versión local. Posteriormente, esta nueva versión fue aplicada a una muestra piloto de 30 adolescentes residentes en San

Miguel de Tucumán. Este estudio demostró que los ítems eran bien comprendidos y que la consigna no generaba dificultades. Utilizando esta versión modificada en lo lingüístico, se aplicó la BAS-3 a los participantes.

Se analizó la validez de constructo de la BAS-3 considerando la población ya descrita. Se utilizó un análisis factorial exploratorio de componentes principales con rotación Varimax (índice de adecuación muestral de *Kaiser-Meyer-Olkin* = .674, *Test de esfericidad de Bartlett* = $X^2 = 6984.664$ ($gl = 2775$), $p < .000$). El análisis del gráfico de sedimentación mostró como mejor solución aquella que agrupaba a los ítems en cinco factores (véase tabla 3, Anexo), puesto que no se incluyeron los ítems correspondientes a la escala de *Sinceridad*. Esta solución explicaba el 26.65% de la varianza total y era congruente con la propuesta de los autores de la BAS-3. El factor 1 coincidió con la escala *Ansiedad social/timidez*, incluyendo además a los ítems 8, 52, 69 y 72 (incluidos según la versión original española en la escala *Retraimiento*); el factor 2 se denominó *Autocontrol en las relaciones sociales* y contuvo a los ítems 3, 16, 59 (escala *Consideración con los demás*) y 23 (escala *Liderazgo*); el factor 3 refirió a la escala *Retraimiento*; el factor 4, *Consideración con los demás* y el factor 5, *Liderazgo*. Si bien en el factor 2 se observaron ítems con una saturación menor a .20 se los conservó por su aproximación a este valor, en tanto que el ítem 47 se mantuvo por la escasa cantidad de ítems que componían al factor 3.

Por otro lado, se analizó la confiabilidad de las distintas escalas de la prueba utilizando el coeficiente *Alpha de Cronbach*. La consistencia interna de la escala *Consideración* fue de .688; *Autocontrol*, .676; *Retraimiento*, .685; *Ansiedad social-timidez*, .721; *Liderazgo*, .520 y *Sinceridad*, .608. No se estableció un índice total puesto que la prueba no establece un puntaje total de la Batería (solo por escalas).

Problemas metodológicos inherentes a la evaluación de habilidades sociales

Si bien ya se mencionaron las desventajas que presentan los autoinformes, particularmente en población infanto-juvenil, se plantean brevemente algunos puntos metodológicos aun no resueltos en la evaluación de las habilidades sociales.

Tal como describe Fernández Ballesteros (1996), la tendencia de respuestas es uno de los factores que distorsionan los resultados de los autoinformes —en este caso, los de comportamientos sociales—, sea que el sujeto tenga una tendencia a responder de modo favorable o desfavorable —independiente del contenido del ítem— o que responda en el centro de las opciones Likert como *ni de acuerdo ni en desacuerdo*. Esto suele ser habitual en formatos dicotómicos como en los de respuesta múltiple (como es el caso del CHIS con cinco opciones), donde puede resultar complejo para el adolescente evaluado diferenciar la cualidad del comportamiento en la opción *bastantes veces de casi siempre*.

Otro factor es la deseabilidad social, es decir, responder de acuerdo con lo que se cree que corresponde socialmente. Una forma de entender este constructo es a partir de la definición de Crowne y Marlowe (1960), quienes la consideraron como la necesidad de los sujetos de obtener aprobación tanto cultural como social. Fernández Ballesteros (1996) sostiene que este falseamiento puede ser no deliberado, involuntario o bien una clara voluntad de engaño a partir de una autodescripción “inflada” (tanto desde lo positivo como desde lo negativo). Esta descripción da cuenta de las dos dimensiones de la deseabilidad social indicadas por Paulhus (2002). Por ejemplo, responder positivamente en el ítem 34 de la BAS-3 (Silva Moreno y Martorell Pallás, 2001) *soy violento y golpeo a los demás* puede ser mal visto en determinados contextos —como el

educativo— según la autoevaluación del adolescente, mientras que adolescentes introvertidos pueden reconocer que lo deseable sería responder negativamente al ítem 4 de la EHS (Gismero, 2000) *cuando en una tienda atienden antes a alguien que entró después que yo, me callo*, aunque en la práctica ese comportamiento no le sea habitual. El sesgo de deseabilidad social también se vincula a la formulación que tienen los ítems de este tipo de pruebas (no siempre enmascarados), particularmente por la objetividad de la información que se pretende evaluar. Sin embargo, hay que considerar la postura de autores como Pérez Pareja (1997), quien sostiene que la deseabilidad social también puede funcionar como un indicador de ajuste social del sujeto evaluado.

Si bien estos aspectos han sido discutidos ampliamente, la polémica aún continúa. Ante esto, resulta imprescindible mejorar la calidad de los autoinformes a través de: a) no utilizarlos como un único procedimiento para obtener información, b) el evaluador debe crear las condiciones para que el sujeto evaluado esté muy motivado para brindar una información válida, c) los formatos deben ser específicos, con ítems y consignas comprensibles, d) los evaluadores no deben utilizar como única fuente de inferencias los autoinformes y e) los datos deben codificarse y analizarse con rigurosos procedimientos. Como corolario de estos planteos, se destacan las bondades psicométricas con las que cuentan hoy estos instrumentos y las adecuaciones lingüísticas y metodológicas que requieren según los contextos donde sean empleados.

Consideraciones finales

El propósito de este capítulo ha sido argumentar el valor de la evaluación psicológica y, más concretamente, de las habilidades sociales en el campo de la asistencia

psicológica a niños y adolescentes. Se planteó así que la evaluación psicológica es más que la administración de tests y técnicas; se propone identificar el capital psíquico con que cuenta el sujeto y no solo síntomas y signos psicopatológicos; se trata de un proceso de toma de decisiones, es decir que la información que se genere será esencial para una posterior intervención que promueva el cambio en los comportamientos disfuncionales del sujeto.

Debido a la creciente consulta tanto de padres como de maestros, profesores y jueces sobre el comportamiento agresivo o bien de aislamiento y soledad en adolescentes, se fundamentó el inestimable valor de la identificación temprana de la cualidad de las habilidades sociales del adolescente.

Se dejó planteado que para su evaluación se debía sortear un gran escollo, y es que se está en presencia de un megaconstructo, una especie de *caja de Pandora*, al decir de Curran, corriéndose el riesgo de relacionar una variedad de comportamientos superficialmente semejantes. Se hizo referencia a la necesidad de contar con multinformantes y pluritécnicas, tanto como considerar las variables del niño/adolescente, de la situación —ya que las habilidades sociales se ven fuertemente influidas por esta— y del evaluador. Por último, se hizo una revisión de los instrumentos que hasta hoy se han desarrollado, haciendo la salvedad de que solo pueden ser empleados si han sido validados para la población con la que se los va a utilizar.

En síntesis, la identificación de las habilidades sociales y sus disfunciones en adolescentes es un tema de relevancia hoy, por la fuerte incidencia que tienen en la calidad de vida de aquellos. Ahora bien, la posibilidad de lograr dicho objetivo depende de una clara definición del constructo, de la generación de instrumentos cada vez más fiables y de la solvencia del evaluador, quien deberá acreditar un dominio tanto técnico como teórico, es decir, que sea capaz de contextualizar dichas habilidades en el marco ecológico, social y cultural en el cual ocurren.

Referencias

- Achenbach, T. (1992). New developments in multiaxial empirically based assessment of child and adolescent psychopathology. En J. Rosen & P. McReynolds (Dir.), *Advances in Psychological Assessment* (vol. 8) (pp. 75-102). New York: Plenum.
- Achenbach, T. (1995). Empirically based assessment and taxonomy: applications to clinical research. *Psychological Assessment*, 7, 261-274.
- Achenbach, T. & Edelbrock, C. (1978). The classification of child psychopathology: A review and analysis of empirical efforts. *Psychological Bulletin*, 85, 1275-1301.
- Ávila Espada, A. (1992). Aproximación a perspectivas y modelos de la Evaluación Psicológica en la clínica contemporánea. En A. Ávila Espada & C. Rodríguez Sutil (Coords.), *Psicodiagnóstico clínico. Fundamentos conceptuales y perspectivas* (pp. 62-82). Madrid: Eudema.
- Berard, L. (1983). *El encuentro psicodiagnóstico*. Buenos Aires: Paidós.
- Bronfenbrenner, U. (1987). *La ecología del desarrollo humano*. Barcelona: Paidós.
- Caballo, V. (2005). *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales* (6.^a ed.). Madrid: Siglo XXI Editores.
- Campbell, D. & Fiske, D. (1959). Convergent and discriminant validation by multitrait-multimethod matrix. *Psychological Bulletin*, 56, 81-105.
- Cardozo, G., Dubini, P., Fantino, I. & Ardiles, R. (2011). Habilidades para la vida en adolescentes: diferencias de género, correlaciones entre habilidades y variables predictoras de la empatía. *Psicología desde el Caribe*, (28), 107-132.

- Carretero-Dios, H. & Pérez, C. (2007). Standards for the development and review of instrumental studies: Considerations about test selection in psychological research. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7, 863-882.
- Castro Solano, A. (Comp.). (2010). Concepciones teóricas acerca de la Psicología Positiva. En A. Castro Solano (Comp.), *Fundamentos de Psicología Positiva* (pp. 17-41). Buenos Aires: Paidós.
- Casullo, M. (1988). *Adolescentes en riesgo*. Buenos Aires: Paidós.
- Casullo, M. (1999). La evaluación psicológica: modelos, técnicas y contexto sociocultural. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica RIDEP*, 1, 97-113.
- Casullo, M. M. (1991). *Teoría y Técnicas de Evaluación Psicológica*. Buenos Aires: Psicoteca.
- Casullo, M. M. (1997, julio). *Evaluación Psicológica y Psicodiagnóstico*. I Congreso Iberoamericano de Evaluación Psicológica, AIDEP, Porto Alegre. Conferencia Inédita.
- Casullo, M. M. (Comp.). (2008). *Prácticas en Psicología Positiva*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Cattell, R. & Warburton, F. (1967). *Objective personality and motivation tests: A theoretical introduction and practical compendium*. Champaign, IL: University of Illinois Press.
- Cohen, R. & Swerdlik, M. (2001). *Pruebas y evaluación psicológicas. Introducción a las pruebas y a la medición*. México: McGraw-Hill.
- Contini, N. (2007). *Perspectivas en evaluación psicológica infante-juvenil*. Tucumán: EDUNT.
- Contini, N. (2011). *Enfoques en Evaluación Psicológica* (3.ª ed.). Universidad Nacional de Tucumán: Facultad de Psicología.

- Crowne, D. P., & Marlowe, D. (1960). A new scale of social desirability independent of psychopathology. *Journal of Consulting Psychology*, 24(4), 349-354.
- Curran, J. P. (1979). Pandora's Box reopened? The assessment of social skills. *Journal of Behavioral Assessment*, 1, 55-71.
- Da Dalt de Mangione, E. & Regner, E. (2009). Estudio preliminar de las propiedades psicométricas de la Escala de Habilidades Sociales de Gismero en población marginal adolescente. En M. C. Richaud de Minzi & E. Moreno (Eds.), *Investigación en Ciencias del Comportamiento. Avances Iberoamericanos* (pp. 1051-1072). Buenos Aires: CIIPME-CONICET.
- Del Prette, Z., Del Prette, A. & Mendes Barreto, M. (1999). Habilidades sociales en la formación profesional del psicólogo: análisis de un programa de intervención. *Psicología Conductual*, 7, 27-47.
- Denzin, N. (1978). *The research act. A theoretical introduction to sociological methods*. New York: McGraw-Hill.
- Fernández Ballesteros, R. (1990). *Psicodiagnóstico* (7.ª ed.). Madrid: UNED.
- Fernández Ballesteros, R. (1996). Evaluación en psicología de la salud: algunos problemas metodológicos. En M. Casullo (Dir.), *Evaluación Psicológica en el campo de la salud* (pp. 39-89). Buenos Aires: Paidós.
- Forns i Santacana, M. (1993). *Evaluación psicológica infantil*. Barcelona: Barcanova.
- Frank de Verthelyi, R. (1989). *Temas en Evaluación Psicológica*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Gancedo, M. (2008). Historia de la Psicología Positiva, aportes y proyecciones. En M. Casullo (Comp.), *Prácticas en Psicología Positiva* (pp. 11-38). Buenos Aires: Lugar Editorial.

- Garaigordobil Landazabal, M. (2003). *Intervención psicológica para desarrollar la personalidad infantil: juego, conducta prosocial y creatividad*. Madrid: Pirámide.
- Garaigordobil Landazabal, M. (2008). *Intervención psicológica con adolescentes. Un programa para el desarrollo de la personalidad y la educación en derechos humanos*. Madrid: Pirámide.
- Garaigordobil Landazabal, M. & García de Galdeano, P. (2006). Empatía en niños de 10 a 12 años. *Psicothema*, 18(2), 180-186.
- García, E. & Magaz, A. (2000). *Escalas Magallanes de hábitos asertivos (EMHAS)*. Bizkaia, España: ALBOR-COHS.
- García Sáiz, M. & Gil, F. (1995). Conceptos, supuestos y modelo de las habilidades sociales. En F. Gil Rodríguez, J. León Rubio & L. Jarana Expósito (Eds.), *Habilidades sociales y salud* (pp. 47-58). Madrid: Pirámide.
- Gil Carvalho, R. y Ferreira Novo, R. (2013). Características da personalidade e relacionamento interpessoal na adolescência. *Avaliação Psicológica*, 12(1) 27-36.
- Gismero, E. (2002). *EHS: Escala de Habilidades Sociales. Manual*. Madrid: TEA.
- Godoy, A., Gavino, A., Blanco, J. M., Martorell Pallás, M. C., Navarro, A. M. & Silva Moreno, F. (1993). EA. Escala de asertividad. En F. Silva Moreno & M. C. Martorell Pallás (Eds.), *EPIJ. Evaluación Infanto-Juvenil* (pp. 141-174). Madrid: MEPSA.
- Haynes, S. (1998). The changing nature of behavioral assessment. En A. Bellack & M. Hersen (Eds.), *Behavioral Assessment. A practical handbook* (4.^a ed.), (pp. 1-21). Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.
- Hernández Plaza, S., Pozo Muñoz, C. & Alonso Morillejo, E. (2004). La aproximación multimétodo en la evaluación de necesidades. *Apuntes de Psicología*, 22(3), 293-308.

- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C. & Baptista Lucio, M. del P. (2010). *Metodología de la Investigación* (5.ª ed.). México: McGraw-Hill.
- Herrera Lestussi, A., Freytes, M. V., López, G. E. & Olaz, F. O. (2012). Un estudio comparativo sobre las habilidades sociales en estudiantes de Psicología. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 12(2) 277-287.
- Hidalgo Montesinos, M., Galindo Garre, F., Inglés Saura, C., Campoy Menéndez, G. & Ortiz Soria, B. (1999). Estudio del funcionamiento diferencial de los ítems en una Escala de Habilidades Sociales para Adolescentes. *Anales de Psicología*, 15(2), 331-343.
- Inglés Saura, C., Méndez Carrillo, X. & Hidalgo Montesinos, D. (2000). Cuestionario de evaluación de dificultades interpersonales en la adolescencia. *Psicothema*, 12, 390-398.
- Ipiña, M., Molina, L. & Reyna, C. (2011). Propiedades psicométricas de la Escala MESSY (versión autoinforme) en niños argentinos. *PCUP Revista de Psicología*, 29(2), 245-264.
- Kirchner, T. (1997). Evaluación del desarrollo psicosocial. En G. Buela Casal & C. Sierra (Dirs.), *Manual de Evaluación Psicológica: Fundamentos, Técnicas y Aplicaciones*. (pp. 773-778). Siglo XXI: España.
- Kirchner, T., Torres, M. & Forns, M. (1998). *Evaluación psicológica: modelos y técnicas*. Barcelona: Paidós.
- Kohn, M. (1977). The Kohn Social Competence Scale and Kohn Symptom Checklist for the Preschool Child: A Follow-Up Report. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 3(5), 249-260.
- Lacunza, A. (2010, noviembre). Habilidades sociales y comportamiento prosocial en los niños. Propuestas de evaluación e intervención. Trabajo presentado en el *V Encuentro Iberoamericano de Psicología Positiva*, Buenos Aires.

- Lacunza, A., Caballero, V. & Contini, N. (2013). Adaptación y evaluación de las propiedades psicométricas de la BAS-3 para población adolescente de Tucumán (Argentina). *Diversitas. Perspectivas en Psicología*, 9(1), 29-44.
- Lunazzi, H. (1992). *Lectura del Psicodiagnóstico*. Buenos Aires: De Belgrano.
- Maganto Mateo, C. (1995). *Psicodiagnóstico infantil: aspectos conceptuales y metodológicos*. Bilbao: Servicio Editorial, Universidad del País Vasco.
- Maganto Mateo, C. & Cruz Sáez, S. (2001). Multitécnicas y multimétodos en la evaluación de la primera infancia. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 12(2), 149-181.
- Martorell Pallás, C., González, R., Ordoñez, A. & Gómez, O. (2011). Estudio confirmatorio del cuestionario de conducta antisocial CC-A y su relación con variables de personalidad y conducta antisocial. *RIDEP*, 31(1), 97-114.
- Martorell Pallás, M. (1997). Evaluación de la Conducta Social. En M. Casullo (Comp.), *Evaluación psicológica en el campo socioeducativo* (pp. 245-301). Paidós: Buenos Aires.
- Martorell Pallás, M., González, R., Aloy, M. & Ferris, M. (1995). Socialización y conducta prosocial. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 1, 73-102.
- Matson, J., Rotatori, A., & Helsel, W. (1983). Development of a rating scale to measure social skills in children: the Matson evaluation of social skills with youngsters (MESSY). *Behavior Research Therapy*, 21(49), 335-340.
- Méndez, F. X., Inglés, C. J. & Hidalgo, M. D. (2002). Estrés en las relaciones interpersonales: un estudio descriptivo en la adolescencia. *Ansiedad y Estrés*, 8, 23-31.

- Michelson, L., Sugai, D., Wood, R. & Kazdin, A. (1987). *Las habilidades sociales en la infancia: Evaluación y tratamiento*. Barcelona: Martínez Roca.
- Monjas Casares, M. (2000). *Programa de enseñanza de habilidades de interacción social (PEHIS) para niños y niñas en edad escolar*. Madrid: CEPE.
- Montero, I. & León, O. G. (2005). Sistema de clasificación del método en los informes de investigación en psicología. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5, 115-127.
- Paulhus, D. (2002). Socially desirable responding: the evolution of a construct. En H. Braun & D. Jackson (Eds.), *Role of constructs in psychological and educational measurement* (pp. 49-69). Mahwah, New York: Lawrence Erlbaum Associates.
- Pérez-Pareja, J. (1997). Autoinformes. En G. Buela Casal & C. Sierra (Dir.), *Manual de Evaluación Psicológica: Fundamentos, Técnicas y Aplicaciones* (pp. 297-314). Siglo XXI: España.
- Roe, R. (2003). ¿Qué hace competente a un psicólogo? *Papeles del Psicólogo*. Diciembre, 86.
- Sanz, J., Gil, F. & García Vera, M. (1998). Evaluación de las habilidades sociales. En F. Gil & J. M. León (Eds.), *Entrenamiento en habilidades sociales: Teoría, evaluación y aplicaciones* (pp.47-57). Madrid: Síntesis.
- Seligman, M. (2005). Positive Psychology, Positive Prevention and Positive Therapy. En C. Snyder & S. López (Eds.), *Handbook of Positive Psychology* (pp. 3-9). Nueva York: Oxford University Press.
- Sendín, M. C. (2000). *Diagnóstico psicológico. Bases conceptuales y guía práctica en los contextos clínico y educativo*. Madrid: Psimática.
- Seoane, F., Baldini, F., Basso, J., Aguilar, M. & López, M. (2011, noviembre). Diseño y evaluación de un programa de promoción de conductas prosociales en preadolescentes. Resultados preliminares. *Actas*

- de Resúmenes de la XIII Reunión Nacional y II Encuentro Internacional de la Asociación Argentina de Ciencias del Comportamiento. RACC, 2011, Suplemento, 113-146.
- Silva Moreno, F. (1992). La entrevista. En R. Fernández Ballesteros (Eds.), *Introducción a la Evaluación Psicológica I* (pp. 252-278). Madrid: Pirámide.
- Silva Moreno, F. & López de Silva, M. (1979). Tipificación de las escalas AHS-1 y ETC-1 en niños canarios. *Análisis y modificación de la conducta*, 9, 223-244.
- Silva Moreno, F. & Martorell Pallás, M. (1983). *BAS 1-2 Bateria de Socialización (para profesores y padres). Manual*. Madrid: TEA Ediciones.
- Silva Moreno, F. y Martorell Pallás, M. (2001). *BAS-3 Bateria de Socialización. Manual* (3.^a ed.). Madrid: TEA.
- Silva Moreno, F., Martorell Pallás, M. C. & Pelechano, V. (1981). Dimensiones de socialización escolar: resultados obtenidos en base a una investigación con escalas de estimación. En R. Fernández Ballesteros (Comp.), *Nuevas aportaciones en evaluación conductual* (pp. 121-211). Valencia: Alfaplus.
- Smulovitz, A. (2011). *Validación de la Escala de Socialización BAS-3 en niños de 9 y 10 años de Concepción (Prov. de Tucumán)*. (Tesis de licenciatura no publicada). Centro Universitario Concepción, Universidad del Norte Santo Tomás de Aquino, Tucumán, Argentina.
- Tornimbeni, S., Pérez, E. & Olaz, F. (2009). *Introducción a la psicometría*. Buenos Aires: Paidós.
- Trianes, M., Blanca, M., Muñoz, A., García, B., Cardelle-Elawar, M. & Infante, L. (2002). Relaciones entre evaluadores de la competencia social en preadolescentes: profesores, iguales y autoinformes. *Anales de Psicología*, 18(2), 197-214.

PARTE II

4

Habilidades sociales y contexto socio-económico. Un estudio comparativo con adolescentes

SERGIO MEJAIL
ANA BETINA LACUNZA
CLAUDIA PAOLA CORONEL
MARIEL LEVIN
NORMA CONTINI
SILVINA COHEN IMACH
SILVINA VALERIA CABALLERO

Introducción

Estudiar las habilidades sociales en adolescentes y los contextos socioeconómicos es, sin dudas, un gran desafío. En capítulos anteriores ya se han abordado y definido los enfoques conceptuales que brindan las bases teóricas con las que el equipo de investigación encaró estas temáticas.

Este capítulo tiene como objetivo analizar, sistematizar y sintetizar los resultados obtenidos en las diferentes

etapas de un proyecto de investigación¹, en las que se han generado nuevos aportes estudiando las habilidades sociales en adolescentes de diferentes estratos económicos y sociales de la provincia de Tucumán.

En función de lo anterior, entre los años 2008 y 2013 se han presentado numerosos trabajos científicos en encuentros nacionales e internacionales y publicado diversos artículos en revistas de la especialidad. Estos avances parciales surgidos de aquel estudio estuvieron orientados, por un lado, a comparar las habilidades sociales entre adolescentes de distintos niveles socioeconómicos (bajo, medio y alto) (Coronel, Levin y Mejail, 2011; Contini, Cohen Imach, Coronel y Mejail, 2011), a comparar adolescentes de diferentes contextos socioeconómicos (rurales y urbanos) (Contini, Lacunza y Esterkind, 2013), analizar los aspectos inhibidores de la socialización a partir de la Batería de Socialización BAS-3 y su correlación con la autopercepción de soledad y aislamiento evaluada por medio de un cuestionario específico (CAS) (Contini, Coronel y Mejail, 2012), vincular las habilidades sociales en la adolescencia al contexto socioeconómico (Contini, Mejail, Coronel y Cohen Imach, 2011) y, por otro, adaptar y valorar las propiedades psicométricas de la Batería de Socialización BAS-3 (Lacunza, Caballero y Contini, 2013), entre otras producciones.

De todos los jóvenes que participaron en las distintas instancias de investigación, para el presente capítulo se seleccionaron los adolescentes urbanos de escuelas públicas y privadas del Gran San Miguel de Tucumán que tuvieran entre 11 y 12 años de edad al momento de las tareas de muestreo, recorte que conformó una muestra de 725 casos (49% mujeres y 51% varones).

¹ Proyecto titulado *Habilidades sociales en adolescentes que viven bajo condiciones de pobreza. Un estudio comparativo*, dirigido por la Dra. Norma Contini y financiado por el Consejo de Investigaciones de la Universidad Nacional de Tucumán (CIUNT), código 26K/403, durante el período 2008-2013.

Habilidades sociales y contexto socio-económico

Se partió de la premisa de que el contexto socio-económico impacta en el desarrollo de niños y adolescentes, ofreciendo algunas veces oportunidades y otras veces limitaciones, operando tanto como factor de riesgo y como factor protector. Esta influencia puede transmitirse por diferentes canales, tales como el lenguaje, las pautas de crianza y los valores compartidos por el grupo social.

Es sabido que el contexto puede aportar, por un lado, factores protectores, brindando normas y valores que ayuden al sujeto en la autoafirmación del yo, al control de las situaciones sociales y a la prosocialidad y, por otro, factores de riesgo, como la dificultad del principal sostén del hogar para mantener un trabajo estable, obstáculos del adolescente para acceder a una educación de calidad, a un sistema de salud (con sus niveles), o por procesos de exclusión del grupo social dominante. Todo ello debilita al sujeto (Roberts, Garritz y Kearey, 1990).

Numerosos investigadores y clínicos se han dedicado también largamente a estudiar la influencia de los contextos de pobreza en el desarrollo de niños y adolescentes, haciendo especial foco en el impacto que produce en la adquisición y mantenimiento de las habilidades sociales, y también de sus déficits, como la agresividad y el retraimiento.

Ahora bien, cuando se analizan los estudios empíricos realizados acerca de la influencia del contexto socio-económico en las habilidades sociales, se hace evidente la presencia de posiciones contradictorias. Mientras algunos autores señalan que los diferentes contextos sociales se asocian a distintos modos de interacción social, otros consideran que el contexto no ejerce ningún impacto en los estilos de relaciones sociales de un sujeto (Soriano y Soriano, 1994).

Como representantes de la primera postura, ya se citaron en capítulos anteriores los estudios realizados por Pons-Salvador, Cerezo y Bernabé (2005), quienes halla-

ron que adolescentes de ámbitos socialmente vulnerables mostraban estilos de personalidad marcados por mayor inhibición, sumisión, autodevaluación y déficits en habilidades sociales respecto de los adolescentes de contextos sin vulnerabilidad.

Del mismo modo, Trianes, Cardelle-Elawar, Blanca y Muñoz (2003) parten de la idea de que el contexto social produce más diferencias que el género en relación a las habilidades sociales. En sus investigaciones encontraron que adolescentes de 11 y 12 años de zonas denominadas residenciales puntuaron más alto en agresividad hacia los pares que los adolescentes que viven en contextos deprimidos. También ya fueron citados los estudios realizados en Brasil, que mostraron una acentuada prevalencia de dificultades en la competencia social en adolescentes pertenecientes a grupos familiares de nivel socio-económico (NSE) bajo (Assis, Avanci y Oliverira, 2009).

Siguiendo esta línea, estudios epidemiológicos con niños de 6 a 11 años llevados a cabo en Argentina por el Ministerio de Salud de la Nación, en colaboración con unidades académicas del país, mostraron que en aquellos de NSE bajo se encontraron las mayores frecuencias de comportamientos antisociales y agresividad, siendo las provincias con tasas más elevadas Tucumán, Córdoba y San Luis (Ministerio de Salud de la Nación, 2007).

Desde la postura contraria se encontraron los estudios que sintetiza Serafín Lemos Giraldes (2003), quien señala que no es posible establecer una relación consistente entre contextos específicos y la aparición de trastornos psicológicos determinados, ya que el impacto del ambiente en el origen de psicopatología en infancia y adolescencia resulta muy poco específico; plantea, al contrario, que estos trastornos más bien vienen determinados por mecanismos endógenos y probablemente biológicos de vulnerabilidad temperamental. En cambio, sí otorga un rol importante al

contexto en el mantenimiento de un síntoma o un trastorno psicológico específico.

Criterio para la determinación del nivel socio-económico

¿Cuáles son las variables a tener en cuenta al momento de determinar el NSE de un sujeto? El NSE se basa en la integración de distintos indicadores de las personas y/o sus hogares, por lo que la definición e inclusión de estos varía según las sociedades y los momentos históricos (Vera-Romero, H. y Vera-Romero, 2013). Existen numerosas conceptualizaciones sobre los NSE, aunque estas coinciden en que se trata de posiciones respecto al nivel social y económico de una persona en su grupo de referencia, basado en indicadores tales como educación e ingresos, entre otros. Si bien en general se establecen tres aspectos básicos —nivel de ingresos, nivel educativo y nivel ocupacional del principal sostén del hogar (PSH)—, otras revisiones como la propuesta de medición multidimensional de UNICEF y CEPAL (2012) incluyen indicadores como disponibilidad de libros en la vivienda, frecuencia de controles odontológicos, distancia a centros de atención de salud, entre otros.

Un criterio común utilizado para determinar el NSE es el nivel de ingresos por grupo familiar. Incluso diversas políticas públicas utilizan este único indicador para clasificar a la población en este aspecto. Ejemplo de ello es la publicación del periódico virtual *Diario Veloz* (2014, febrero 25) titulada “¿A qué clase social pertenecés según tu ingreso?”, donde vincula el estrato correspondiente a cada familia según el nivel de ingresos mensuales.

Ahora bien, para determinar el NSE de los adolescentes participantes del estudio se utilizó una encuesta sociodemográfica diseñada especialmente y aplicada de forma grupal a los jóvenes dentro del ámbito escolar (véase Anexo). A pesar de que esto puede haber generado

algún tipo de error de medición y/o distorsión en los datos recogidos, igualmente se considera una información valiosa. Tampoco se pudo cotejar los datos brindados por los adolescentes con los adultos a cargo de ellos, por razones presupuestarias.

Dado que el NSE constituye una variable compleja y multidimensional, se consideró insuficiente basar el análisis en el nivel de ingresos por familia, además de poco fiable. Por ello, en el presente estudio se han utilizado otros factores para determinarlo.

Finalmente, y luego de intensas búsquedas y lecturas bibliográficas sobre el tema, la construcción del índice de NSE se realizó en función de tres sub-variables:

- a) nivel educativo alcanzado y ocupación del principal sostén del hogar (PSH)
- b) equipamiento en el hogar
- c) hacinamiento en el hogar

Para determinar el nivel educativo y ocupación del PSH se tomó la escolaridad máxima alcanzada por el adulto a cargo del adolescente, información que fue complementada con una Tabla de Ocupación extraída de la Cámara de Empresas de Investigación Social y de Mercado y de la Asociación Argentina de Marketing, elaborada en 2006. Así, se articuló el nivel educativo alcanzado por el PSH con la ocupación. Si bien este criterio facilita la clasificación, en muchas ocasiones debió ser inferido por el evaluador; tal inferencia se realizó a partir de lo que el encuestado comentó que esa persona realizaba habitualmente en su trabajo, debido a imprecisiones o ausencia de respuestas aportadas por algunos adolescentes (véase tabla 1).

En dicha tabla, el nivel educativo-ocupacional alto se asocia a los códigos AB y C1. El nivel medio de esta variable se relaciona con los códigos C2, C3 y D1, mientras que el nivel educativo-ocupacional bajo queda determinado por los códigos D2 y E.

Tabla 1. Categorías del nivel educativo-ocupacional del PSH según indicadores

Codificación	Indicadores de ocupación del PSH y niveles educativos	Categoría de la relación educación/ ocupación
AB	Socio/dueño de empresas medianas o grandes Directivo de grandes empresas Rentista (según nivel de ingresos)	Alto
C1	Directivo de PYME Socio/dueño de pequeñas empresas Profesionales independientes con ocupación plena	
C2	Profesionales dependientes Profesionales independientes sin ocupación plena Jefes en empresas medianas y grandes Docentes universitarios ocupados plenos	Medio
C3	Empleado Jefes de empresas chicas Cuentapropistas con ocupación plena Docentes de nivel primario/ secundario con ocupación plena Jubilados/pensionados con educación terciaria completa	
D1	Empleado Cuentapropista operario Jubilados/pensionados con educación secundaria completa	

Codificación	Indicadores de ocupación del PSH y niveles educativos	Categoría de la relación educación/ ocupación
D2	Cuentapropista no calificado Empleada doméstica Jubilados/pensionados con educación primaria o inferior	Bajo
E	Trabajo inestable Cartonero Plan “trabajar” u otro similar	

Fuente: Asociación Argentina de Marketing (2006).

La sub-variable *equipamiento en el hogar*, por su parte, se presenta como la que más claramente diferencia el NSE. En el trabajo original se hace mención a cuatro elementos o bienes: automóvil, teléfono, heladera con *freezer* y computadora; sin embargo, con la amplia distribución de la telefonía celular, este ha dejado de ser un elemento que brinde claridad a la hora de diferenciar los distintos niveles. Algo similar ocurre con las heladeras con *freezer*. Por esta razón, se decidió suplantar estos bienes y agregar otros, a medida que la realidad social de la región fue cambiando. El listado de bienes quedó conformado entonces por televisor de plasma, microondas, aire acondicionado, automóvil y computadora², a la cual se le añadió el acceso a Internet.

De estos bienes, se determinaron los valores de esta sub-variable (bajo, medio y alto). La presencia de uno o ninguno corresponde al nivel bajo, la presencia de dos a cuatro de los bienes mencionados corresponde a un nivel medio, mientras que contar con todos los bienes —cinco elementos— corresponde al nivel alto.

² A partir del Plan Nacional *Conectar Igualdad*, la computadora es un elemento que dejó de ser confiable para discriminar entre los diferentes niveles socioeconómicos. La medición de esta sub-variable, en la actualidad, requeriría de una revisión y modificación acerca de qué bienes deberían incluirse para una mayor precisión en la medición del concepto.

En las encuestas realizadas a los adolescentes de sectores menos favorecidos, se introdujo una modificación mediante la incorporación de otros bienes, con doble propósito; por un lado, evitar frustraciones a causa de un bajo poder adquisitivo y, por otro, como distractor. Los bienes intercalados entre los anteriores, aunque no tenidos en cuenta para el cálculo del nivel, fueron bicicleta, lavarropas y motocicleta.

Para la determinación de la presencia o ausencia de *hacinamiento*, se realizó una razón entre cantidad de personas que viven en el hogar y cantidad de habitaciones (excluyendo baño y cocina), de lo que se obtiene un cociente que determina la presencia de *hacinamiento* cuando este índice es mayor a dos, o su ausencia cuando el cociente es dos o menos.

A partir de la calificación de estas tres sub-variables se puntúa según el nivel alcanzado en cada una de ellas, de la siguiente manera:

Nivel educativo y ocupacional del PSH

- Nivel alto: 2 puntos
- Nivel medio: 1 punto
- Nivel bajo: 0 puntos

Equipamiento en el hogar

- Nivel alto: 2 puntos
- Nivel medio: 1 punto
- Nivel bajo: 0 puntos

Hacinamiento en el hogar

- Ausencia de *hacinamiento*: 1 punto
- Presencia de *hacinamiento*: 0 puntos

De la sumatoria de los puntajes parciales de las tres sub-variables consideradas, se obtuvo un valor final que

determina el NSE del encuestado y su familia, según la siguiente escala:

- 0 – 1: NSE bajo
- 2 – 3: NSE medio
- 4 – 5: NSE alto

A modo de ejemplo, se citan dos casos que han sido analizados con el sistema descrito anteriormente.

Ariel, de 11 años de edad, vive con su madre, quien está a cargo de la familia, hermanos y abuelos maternos ya ancianos. La madre ha terminado la escuela primaria y se desempeña actualmente como empleada. De los bienes en el hogar, Ariel manifiesta poseer televisor tipo plasma. Afirma que viven once personas en una vivienda de cuatro habitaciones (excluyendo baño y cocina).

Tabla 2. Indicadores para determinación del NSE, caso Ariel

Sub-variable	Código	Puntaje	Nivel
Nivel educativo/ocupación del PSH	D1	1	Medio
Equipamiento en el hogar	1	0	Bajo
Hacinamiento	2,7	0	Presencia de hacinamiento
Total		1	NSE bajo

Agustina, de 12 años, vive con ambos padres y dos hermanos (también cuentan con una empleada que convive con el grupo familiar) en una vivienda de cuatro habitaciones. El padre ha obtenido título universitario y es propietario de una pequeña empresa. Además, cuentan con todos los bienes consignados en la encuesta sociodemográfica.

Tabla 3. Indicadores para determinación del NSE, caso Agustina

Sub-variable	Código	Puntaje	Nivel
Nivel educativo/ocupación del PSH	C1	2	Alto
Equipamiento en el hogar	5	2	Alto
Hacinamiento	1,5	1	Ausencia de hacinamiento
Total		5	NES alto

Las habilidades sociales en adolescentes del nivel socio-económico bajo

Caracterización del contexto

La muestra de NSE bajo quedó conformada por 231 sujetos: 113 mujeres y 118 varones. Con respecto a la edad, el 65% tenía 11 años y el 35%, 12 años.

En cuanto al nivel educativo del PSH, se determinó que un 77% de ellos tenía un nivel de educación primario completo o inferior, el 19% había iniciado o completado el secundario y solo el 4% había alcanzado un título terciario o universitario incompleto. En la actualidad existe consenso respecto a los aspectos para comprender las posibilidades de una persona de ingreso o salida de la pobreza. Estos indicadores son la edad y el nivel educativo del PSH; así, a mayor edad y nivel de instrucción será menor la posibilidad de ingresar a la pobreza y mayor la de salir de esta.

En cuanto a la ocupación del PSH, según lo informado por los adolescentes, un 24% tenía un trabajo inestable o recibía ayuda del Estado, en tanto que un 39% trabajaba por cuenta propia sin estar calificado para la ocupación o era empleada doméstica; un 34% era empleado, operario o jubilado y 4%, jefe de empresa pequeña, empleado o

cuentapropista; ningún PSH fue reconocido por el adolescente como profesional, ejecutivo o directivo de empresa.

Para el estudio de la pobreza se consideran hoy otras variables, tales como el hacinamiento y la vivienda precaria. Se identificó hacinamiento en el 73% de los adolescentes de esta muestra.

Entre los factores de riesgo que generan los contextos de pobreza, es importante tener en cuenta lo expresado por Richaud de Minzi (2007), quien enfatiza el efecto perjudicial que produce la pobreza sobre el desarrollo del cerebro y los procesos cognitivos. Afirma que la cognición en situación de pobreza extrema se ve afectada principalmente por dos fuentes: los factores biológicos y los factores contextuales. Con respecto a los factores biológicos se pueden mencionar la exposición a la contaminación ambiental, el bajo peso al nacer y las carencias nutricionales a lo largo de la vida. Entre los factores contextuales, se consideran la salud mental de los padres, las características del vínculo de padres-hijos —como la estimulación sensorial y del lenguaje—, la calidad de los cuidados y las características del ambiente físico. Así, en los primeros años de vida, la experiencia de la privación alimentaria, la exposición a un medioambiente insalubre y la carencia de estímulos emocionales adecuados comprometen el desarrollo del niño y lo limitan en su máximo potencial (Guevara Benítez y Macotella Flores, 2002; Oros, 2009; Richaud de Minzi, 2007; Rodríguez, Camacho, Rodrigo, Martín y Máiquez, 2006).

Siguiendo con el análisis del impacto de la pobreza en la adolescencia, Cardozo y Alderete (2009), trabajando con adolescentes argentinos de 12 a 18 años, identificaron mayores probabilidades de desarrollar problemáticas de salud mental en quienes informaron inadecuado ajuste social y pobre autoconcepto. Estos hallazgos se vincularían con lo expuesto en el capítulo 1 sobre la socialización y enculturación, donde se enfatiza que, por la participación

en un determinado contexto social, se aprenden conceptos, valores y comportamientos.

Al respecto, Ghiglione (2007) afirma que los educadores que desempeñan su labor en escuelas de contexto de pobreza suelen percibir en los niños cierto acostumbramiento al fracaso, una especie de indefensión aprendida por la cual, luego de la falta de logros consecutivos, se desvalorizan y no se esmeran por avanzar —lo que explicaría el elevado índice de desgranamiento escolar y la sobre-edad observados en contextos de pobreza—.

Otra variable sociodemográfica analizada en el presente estudio fue el lugar entre los hermanos dentro del grupo familiar, determinándose que el 51% de la muestra de adolescentes de NSE bajo es el hijo del medio, el 30% son los hijos menores, un 17% son los hijos mayores, siendo hijo único solo un 2%.

Al analizar las configuraciones familiares de los adolescentes de NSE bajo, se halló que los hogares monoparentales con hijos tienen una importante prevalencia y se asocian a situaciones de mayor déficit en los procesos de crianza y socialización (Tuñón, 2009). Al respecto, en el presente estudio el 61% de los adolescentes vivía con ambos padres, en tanto que el 31% pertenecía a una familia monoparental.

Habilidades sociales y nivel socio-económico bajo

Con los datos recogidos por el equipo de investigación, se realizó un análisis descriptivo de las escalas facilitadoras e inhibidoras de la socialización a partir de los resultados obtenidos en la prueba BAS-3. Al realizar el análisis de escalas facilitadoras de la socialización, se registraron puntuaciones más altas en *Consideración con los demás* (Co) ($M = 11.21$ con $DE = 2.42$), luego en *Autocontrol* (Ac) ($M = 9.26$; $DE = 2.65$) y, por último, en *Liderazgo* (Li) ($M = 7.74$; $DE = 2.33$). Vinculado a esto,

Trianes et al. (2003) encontraron adolescentes de 11 y 12 años residentes en contextos deprimidos de Andalucía, España, que obtuvieron puntuaciones superiores en habilidades prosociales como expresividad emocional, tener amigos y capacidad de compartir

Mientras tanto, en las escalas inhibitoras se encontró mejor desempeño en *Retraimiento* (Re) ($M = 3.97$; $DE = 2.24$) que en *Ansiedad social/timidez* (At) ($M = 6.08$; $DE = 2.78$). Estos resultados pueden compararse con los obtenidos por Pons-Salvador et al. (2005), cuyos hallazgos sugieren una relación entre inhibición, sumisión y autodevaluación, y ambientes socialmente vulnerables.

Un aporte importante del equipo de investigación dirigido por Contini fue el cálculo de los puntajes directos que indican *riesgo* o *alto riesgo* para cada una de las dimensiones de la BAS-3. Dentro de las dimensiones facilitadoras de la socialización (Co, Ac y Li) se consideraron de *riesgo* los puntajes bajos (inferiores al P10), mientras que para las dimensiones inhibitoras (Re y At) fueron las puntuaciones más elevadas las que indicaron un comportamiento social desadaptado (superiores al P90). (Véase tablas 4 y 5).

Dentro de las primeras, en *Consideración con los demás* (Co) se evidenció un 10% con puntajes directos inferiores a 8, valorados como en situación de riesgo (P10), en tanto que un 5% obtuvo puntajes directos inferiores a 7, lo que implicaría una situación de alto riesgo (P5). Esto daría cuenta de que los adolescentes con baja sociabilidad manifiestan, a consecuencia de un déficit en la sensibilidad social, pobre interés por los otros y dificultades en comprender los sentimientos propios y ajenos. Con respecto al *Autocontrol* (Ac), los puntajes inferiores a 6 (P10) y 5 (P5) corresponden a adolescentes en situación de riesgo y alto riesgo, respectivamente. Se trataría de sujetos con dificultades para acatar las normas sociales de su grupo de referencia, con problemas para controlar sus impulsos y la búsqueda inmediata de satisfacción de sus necesidades; son

sujetos disruptivos. En el otro extremo, con puntuaciones superiores a 10, se infiere un estilo asertivo por la capacidad para la expresión de los propios sentimientos y la defensa de los derechos personales respetando los derechos de los demás; conocen las reglas del entorno y las respetan.

Teniendo en cuenta los percentiles (*P*) para *Liderazgo* (*Li*) —escala facilitadora—, se encontró que los sujetos con puntajes inferiores a 5 (*P*10) estaban en situación de riesgo, en tanto que aquellos con puntaje menor a 3 (*P*5) correspondían a alto riesgo; serían adolescentes con dificultades para tomar el lugar de coordinador de grupo, posibilitar que otros lo elijan para dirigir tareas conjuntas.

Para *Retraimiento* (*Re*), dentro de las escalas inhibidoras, los puntajes superiores a 7 y 9 (*P*90 y *P*95, respectivamente) corresponden a sujetos en situación de riesgo y alto riesgo. Se trata de adolescentes pasivos y reacios a la interacción social. En esta línea de análisis, en el caso de *Ansiedad social/timidez* (*At*) los adolescentes en situación de riesgo y alto riesgo (*P*90 y *P*95) se corresponden con puntajes superiores a 9 y 10. Implican elevada ansiedad social y timidez. Como afirman Contini et al. (2011), el aislamiento es la tendencia del adolescente a evitar vínculos psicosociales; se trata de sujetos con estilo inhibido que no expresan sus sentimientos ni pensamientos, no se respetan ni se hacen respetar, careciendo de habilidad para defender sus derechos.

Tabla 4. Puntuaciones de riesgo y de alto riesgo según escalas facilitadoras de la BAS-3. Adolescentes de 11 y 12 años, NSE bajo de Tucumán

Escalas facilitadoras de la socialización	Situación de riesgo (<i>P</i> 10)	Situación de alto riesgo (<i>P</i> 5)
Co	Por debajo de 8	Por debajo de 7
Ac	Por debajo de 6	Por debajo de 5
Li	Por debajo de 5	Por debajo de 3

Nota: **Co:** Consideración con los demás. **Ac:** Autocontrol. **Li:** Liderazgo

Tabla 5. Puntuaciones de riesgo y de alto riesgo según escalas inhibitoras de la BAS-3. Adolescentes de 11 y 12 años. NSE bajo de Tucumán

Escalas inhibitoras de la socialización	Situación de riesgo (P90)	Situación de alto riesgo (P95)
Re	Por encima de 7	Por encima de 9
At	Por encima de 9	Por encima de 10

Nota: Re: *Retraimiento*. At: *Aniedad social/timidez*

Luego se analizaron las correlaciones bivariadas entre las cinco escalas de la BAS-3 obteniéndose una asociación estadísticamente significativa entre *Consideración con los demás* (Co) y *Autocontrol* (Ac) ($r = .355$; $p < .001$). Estos resultados coinciden con los obtenidos por los autores de la BAS-3, lo que se vincularía con las características de ambas escalas. *Consideración con los demás* (Co) supone sensibilidad social y empatía, lo que a su vez requiere de un acatamiento a las reglas sociales correspondientes con comportamientos asertivos, básicos de la prosocialidad. También se halló que *Consideración con los demás* (Co) correlacionaba con *Liderazgo* (Li) ($r = .295$; $p < .001$). Es decir, los adolescentes de NSE bajo con mayores capacidades para identificar y respetar a otras personas suelen tener mayor habilidad de liderazgo. En el trato cotidiano de estos adolescentes, valdría suponer que quienes presentan mayor empatía e interés por los demás ejecutarían con mayor facilidad ciertos roles protagónicos al momento de coordinar y organizar actividades grupales. Como es de esperar, según lo expuesto en las características de las escalas de la BAS-3, se encontró asociación significativa y negativa entre *Retraimiento* (Re) y dos de las escalas facilitadoras, *Consideración con los demás* (Co) y *Autocontrol* (Ac) (con $r = -.304$ y $r = -.329$, respectivamente), siendo para ambos casos el nivel de significación (p) inferior a .001. Se puede pensar entonces que, en este grupo de adolescentes, los que no buscan la interacción social,

sino que la evitan por elevado déficit en la socialización, suelen tener baja sensibilidad social y pobre empatía; así también pueden presentarse dificultades en el autocontrol, lo cual les dificulta actuar acorde a las normas sociales que favorecen la interacción social. Llama la atención la falta de asociación con *Liderazgo* (Li), ya que podría pensarse que los adolescentes retraídos socialmente tendrían también baja capacidad de liderazgo. Las dos escalas inhibitoras resultaron correlacionar positivamente entre sí; dicha asociación supone que los sujetos con *Ansiedad social/timidez* (At) suelen presentar además déficit en la búsqueda de interacción social; a su vez, los adolescentes tímidos y con ansiedad social y *Retraimiento* (Re) son proclives a presentar mayor dificultad en *Autocontrol* (Ac) ($r = -.213$; $p < .001$). En síntesis, los sujetos que logran acatar las normas sociales no suelen presentar dificultades como aislamiento, ansiedad y timidez en el ámbito de la interacción social (Caballo, 1987, 2000; Contini, 2011).

Como se señaló en el capítulo 1, mantener relaciones adecuadas con los demás no está determinado de forma innata; si bien el sujeto tiene los mecanismos necesarios para relacionarse con otras personas, la calidad de esas relaciones estará condicionada, en gran medida, por las experiencias durante la infancia y la adolescencia. Se estudió la asociación entre las variables del contexto —hacinamiento, tipo de familia y lugar en la fratría— y las competencias sociales, sin hallarse relaciones significativas entre ellas.

Al analizar las características de las habilidades sociales según género, se encontró que las mujeres tendían más a la ansiedad social, con mayores indicadores de timidez en comparación con los varones estudiados ($t = 2.77$; $p = .006$). Estos resultados coinciden con los estereotipos sociales asociados a este nivel socio-económico, donde se espera que las mujeres sean menos agresivas que los hombres; estos tienen mayor compromiso social al momento de tener que interactuar con el entorno. Estos resultados difieren

de los obtenidos por Monjas Casares (2004), quien no encontró diferencias significativas entre varones y mujeres en la variable *Inhibición*. Con respecto a la diferencias de género, Silva Moreno y Martorell Pallás (2001), en un estudio de intercorrelaciones entre género, edad y grado de escolaridad, encontraron diferencias, las que decrecían al comparar los primeros y últimos cursos de la escuela secundaria. Los resultados hallados en el presente estudio no coinciden con los obtenidos con la población española. Cerezo Ramírez (2011) empleó la BAS-3 en una investigación sobre personalidad y socialización en adolescentes que presentaban *bullying* en sus vertientes agresores y víctimas, hallando diferencias significativas entre ambos. Los agresores eran en general varones de condición física fuerte con una dinámica relacional agresiva, se consideraban líderes y sinceros, con alta autoestima y asertividad. En el presente estudio los varones no presentaron estas conductas asociadas al género. Distintos resultados se encontraron en investigaciones de Muñoz Tinoco, Jiménez Lagares y Moreno Rodríguez (2008), quienes estudiaron adolescentes de Sevilla, encontrando que las mujeres obtenían medias más altas en sociabilidad y los varones en agresión, no presentando diferencias en relación a la dimensión aislamiento.

Las habilidades sociales en adolescentes de nivel socio-económico medio

Caracterización del contexto

En el caso del NSE medio, los estudios indican grandes fluctuaciones. Tal como plantea el Instituto para el Desarrollo Social Argentino (IDESA, 2012), el estrato social medio de América Latina y el Caribe mostró un importante crecimiento (del 21% al 41%) entre la década de 1990 y el

año 2010, aunque con variaciones según los distintos países de la región. Por ejemplo, en Argentina el crecimiento en el mismo periodo fue inferior al promedio registrado en países vecinos (44% al 57%). Si bien tradicionalmente Argentina fue un país reconocido por la extensión de su nivel socio-económico medio, el cual definió durante muchos años la identidad nacional, esta característica se modificó como efecto de las crisis económicas acaecidas a partir del año 2001. Actualmente, otros países de América Latina como Brasil, Chile y Uruguay muestran un mayor crecimiento de este segmento con relación al NSE bajo; proceso inverso se ha registrado a nivel nacional. Para Mora y Araujo (2002), la homogeneidad del NSE medio se ha perdido dando lugar a una segmentación en su interior y un aumento sustancial del NSE bajo.

Para el año 2013 un 80% de la población argentina se percibía como perteneciente a NSE medio y solo el 47% de ellos cumplía los parámetros objetivos para pertenecer a dicho estrato (Ser “clase media”, 2013, setiembre 20). Una posible explicación radica en que muchos hogares que sufrieron un movimiento descendente a nivel socio-económico han pertenecido históricamente a la clase media. Esta discrepancia perceptual se relaciona con la posesión de un nivel de educación más que razonable (La clase media se va ensanchando, 2013, septiembre 13).

En la presente investigación el NSE medio estuvo conformado por 184 adolescentes de 11 y 12 años (97 varones, 87 mujeres) que asistían a 6.º año de Educación General Básica, EGB 3 (turno mañana), residentes en zona urbana de San Miguel de Tucumán (Argentina).

En cuanto a la educación del principal sostén del hogar (PSH), se observó que un 39% de ellos completó el nivel secundario, un 28% lo hizo hasta el nivel primario, mientras que un 24% accedió a niveles educativos superiores; solo una mínima porción informó no haber accedido a la escolaridad o bien no haber concluido el

nivel primario (3%). La inversión en educación ha sido por tradición el eje de la llamada *cultura de la clase media*, basada en la premisa de que la educación, como el pilar de las aptitudes competitivas, posibilitaba la movilidad social ascendente (Mora y Araujo, 2002). Esta misma línea de análisis es la que sostienen Ípola y Torrado (1976) al señalar que la educación formal primaria y secundaria ha definido a los sectores medios argentinos.

El análisis de los tipos de ocupación mostró que la mayoría (78%) de los PSH se desempeñaba como empleados o cuentapropistas con ocupación plena seguidos de aquellos que ocupaban lugares directivos en PYMES o ejercían profesiones calificadas (11%). Solo una pequeña porción no lograba consolidar su posición laboral con estabilidad (4% de trabajadores inestables). Aunque la bibliografía especializada señala que los tipos de ocupación asociados al ingreso han dejado de ser parámetros de referencia confiables para definir la pertenencia a un determinado NSE, es válido considerar la coherencia entre el nivel educativo alcanzado y el acceso a fuentes laborales. En este sentido se ubicarían los docentes (primarios, secundarios y universitarios), profesionales en relación de dependencia e independientes, empleados técnicos y de ejercicio independiente como jefes de pequeñas y medianas empresas.

Las transformaciones políticas, económicas, sociales y culturales observadas en el siglo xx también impactaron en los cambios de la familia. Las nuevas formas de convivencia configuraron estructuras y cotidianidades diversas en la población, donde a las familias biparentales (padres e hijos) y monoparentales (hogares de un solo padre, sea hombre o mujer) se les suman las familias ensambladas y aquellas con ambos padres del mismo sexo. En la sub-muestra del NSE medio del presente estudio se observó un predominio de las llamadas familias biparentales (73%). Se infiere que se trata de grupos familiares constituidos por cuatro o más miembros dado que la mayoría de los adolescentes

informó ser el hijo del medio (34%) respecto a su posición dentro del grupo de hermanos.

El hábitat de una familia también recrea su cotidianidad y da cuenta de los elementos del entorno físico que posibilitan u obstaculizan el desarrollo de sus capacidades. Uno de estos, las condiciones de vivienda, visualizan un aspecto de la calidad de vida como la inclusión social del grupo que la habita. El hacinamiento, entendido como la condición en que en una vivienda conviven más de tres personas por habitación para dormir, constituye una condición adversa para el desarrollo del sujeto (Adaszko y Musante, 2011). En este grupo de NSE medio se observó un bajo registro de hacinamiento (14%).

Habilidades sociales y nivel socio-económico medio

El análisis de la prueba BAS-3 mostró que los adolescentes se percibían con más comportamientos facilitadores de la socialización, particularmente *Consideración con los demás* (Co) ($M = 11.81$; $DE = 2.30$) y *Autocontrol* (Ac) ($M = 9.72$; $DE = 2.74$), y con menor frecuencia de *Liderazgo* (Li) ($M = 7.64$; $DE = 2.81$).

El predominio de *Consideración con los demás* (Co) da cuenta de un grupo de adolescentes que demuestra sensibilidad social y preocupación por los demás, en particular por aquellos que se encuentran frente a situaciones problemáticas. A su vez, esta característica destaca la capacidad empática de los participantes, es decir, los sentimientos de preocupación (preocupación empática) y tristeza ante la necesidad de otra persona (toma de perspectiva) y la habilidad para comprender el punto de vista de un semejante (Davis, 1983). De este modo, los adolescentes participantes mostraron un bagaje de respuestas emocionales procedentes de la comprensión del estado emocional o la condición desarrollada en una persona. Para Eisenberg, Fabes, Guthrie y Raiser (2000), esta comprensión acontece

por el conocimiento que el sujeto tiene de una alteración emocional en otra persona. Así, por ejemplo, si un sujeto observa a un compañero alegre puede comprender y ponerse en su lugar sintiendo también alegría, mientras que si lo observa triste también puede sentir preocupación por él. Esta habilidad se denomina empatía y es considerada una habilidad social.

Con relación a los niveles de *Autocontrol* (Ac) observados, puede afirmarse que existe en este estrato social una buena aceptación de las normas sociales del grupo de referencia, lo cual facilita la convivencia con pares y adultos en el marco del respeto mutuo. Esta habilidad social refleja un manejo adecuado de los impulsos, lo que generaría interacciones sociales satisfactorias tanto para el adolescente como para sus interlocutores. Esta escala está relacionada con la autorregulación emocional y cognitiva del comportamiento. Para Mestre–Escrivá, Samper García y Frías Navarro (2001) ambos elementos remiten a la teoría social cognitiva de Bandura. Los aportes de este autor han sido desarrollados en el capítulo 1 de este libro, por cuanto solo cabe destacar que la autorregulación y la activación emocional empática son algunos de los factores que influyen en el tipo de respuesta que con mayor probabilidad dará el sujeto ante las reacciones emocionales de los demás. Se trata de un factor afectivo que interactúa con reguladores cognitivos como con variables situacionales y sociales.

Finalmente, *Liderazgo* (Li) refiere a la autopercepción de la capacidad para ejercer un rol protagónico en el grupo en el cual el sujeto está inserto, así como iniciativa y capacidad para organizar y conducir actividades con sus iguales. Algunas investigaciones dan cuenta de que esta dimensión facilitadora de la socialización está vinculada a conductas sociales positivas. Garaigordobil Landazabal y García de Galdeano (2006) encontraron que las adolescentes españolas con alta empatía mostraban también

mayores comportamientos de consideración, autocontrol y liderazgo como escasos comportamientos de retraimiento y ansiedad social. Asimismo fueron percibidas por sus pares como personas prosociales con un alto autoconcepto y una gran capacidad para analizar emociones en general. La relación entre empatía y escalas facilitadoras e inhibitoras de la socialización (BAS-3) también fueron evidentes al trabajar con adolescentes peruanos de 11 a 17 años. Landázuri Wurth (2007) encontró que dichos adolescentes víctimas de intimidación escolar carecían de la capacidad para funcionar a nivel grupal presentando mayores niveles de evitación social. A su vez, Cardozo y Alderete (2009) trabajaron con adolescentes argentinos e identificaron que el ejercicio de un rol protagónico entre los pares se asociaba a la presencia de resiliencia frente a factores de riesgo psicosocial.

Todas las escalas precedentes responden al polo positivo de los ejes prosocialidad (Co y Ac) versus antisocialidad y sociabilidad versus baja sociabilidad (Li) del modelo jerárquico de Silva Moreno y Martorell Pallás (2001). Las escalas o dimensiones facilitadoras de la socialización se vinculan a los comportamientos prosociales y a la asertividad (véase capítulo 1). Para Pithod (1993), la asertividad se inserta en el constructo prosocialidad y señala que los sujetos con motivación altruista o *prosocial genuina* son proclives a desarrollar una personalidad sana. En consecuencia, el aprendizaje y refuerzo de habilidades sociales asociadas a los ejes positivos del modelo jerárquico de socialización actuarían como factores protectores frente a trastornos mentales y serían reguladoras de comportamientos socialmente desajustados. Siguiendo esta línea, Contini (2008) plantea que el desarrollo de habilidades sociales positivas en la infancia y adolescencia contribuye al logro de una personalidad saludable en la adultez.

Respecto a las escalas inhibitoras de la socialización, se observaron mayores déficits en la escala *Ansiedad so-*

cial/timidez (At) ($M = 4.62$; $DE = 2.81$) que en la escala *Retraimiento* (Re) ($M = 2.52$; $DE = 2.55$). Es decir, sería mayor la presencia de temor en las relaciones sociales acompañado de manifestaciones corporales de ansiedad como sudoración o enrojecimiento y reacciones de timidez como falta de fluidez verbal, vacilaciones en el discurso y hasta evitación de contacto visual. Autores abocados al estudio de la ansiedad en adolescentes plantearon que no se puede hablar de trastornos fijos y clasificables en esta etapa del ciclo vital, sino que sería más adecuado referirse a trastornos de adaptación con una disposición de ánimo ansiosa o ansioso-depresiva (Marcelli y Braconnier, 2005). Vale destacar que el predominio de este déficit en la competencia social podría ser predictor de trastornos propiamente dichos en la adultez. El retraimiento alude a comportamientos de alejamiento de los demás, desde conductas pasivas (como evitar iniciar una conversación) hasta otras más activas (como el aislamiento social). La soledad como los escasos contactos interpersonales, la ausencia de amigos o las pobres relaciones con los pares se relacionan a habilidades sociales insuficientes para establecer relaciones interpersonales mutuamente satisfactorias.

Tal como se describió en capítulos anteriores, aquellos adolescentes con déficits sociales por puntuaciones altas en las escalas *Ansiedad social/timidez* (At) y *Retraimiento* (Re) tienen menores posibilidades de establecer relaciones sociales exitosas. De allí que se denomine a estas escalas inhibitorias de la socialización. Vale decir que ambas dimensiones se ubican en el polo negativo del eje sociabilidad versus insociabilidad del modelo jerárquico antes mencionado. De modo que los indicadores de *riesgo* o *alto riesgo* en *Ansiedad social/timidez* (At) y *Retraimiento* (Re) refuerzan déficits sociales y se consolidan como factores de riesgo para el desarrollo de trastornos del estado de ánimo —entre ellos, la depresión— (Pardo, Sandoval y Umbarila, 2004).

La interpretación de los niveles de riesgo para las escalas, tanto facilitadoras como inhibidoras de la socialización, supone tener en cuenta las puntuaciones normativas del grupo de referencia. Para las dimensiones facilitadoras de la socialización *Consideración con los demás* (Co), *Autocontrol* (Ac) y *Liderazgo* (Li) se consideraron de *riesgo* los puntajes bajos (inferiores al P10), mientras que para las dimensiones inhibidoras *Ansiedad social/timidez* (At) y *Retraimiento* (Re) fueron las puntuaciones más elevadas las que indicaron un comportamiento social desadaptado (superiores al P90). Las puntuaciones muy bajas (inferiores al P5) indicarían *alto riesgo*, es decir, déficits en las habilidades sociales vinculadas a *Consideración con los demás* (Co), *Autocontrol* (Ac) y *Liderazgo* (Li); de modo antagónico, los puntajes muy elevados (P95) en *Retraimiento* (Re) y *Ansiedad social/timidez* (At) informarían de la exacerbación de los déficits asociados a estas escalas inhibidoras de la socialización. Así, un adolescente que presentara *riesgo* (puntajes brutos inferiores a 9; P10) en *Consideración con los demás* (Co) sería aquel con dificultad para reconocer a los otros como sujetos de derecho en las interacciones sociales; predominarían en este adolescente bajos niveles de sensibilidad social generando así intercambios poco empáticos. En este sentido los déficits severos indicarían mayor probabilidad de desarrollar trastornos de conducta o trastorno asocial de la personalidad (CIE-10). Por su parte, un adolescente con *alto riesgo* (puntuaciones brutas superiores a 10, P95) en la escala *Ansiedad social/timidez* (At) hablaría de un adolescente con serias dificultades para iniciar y mantener relaciones sociales; esto podría generar la evitación de los intercambios sociales produciendo o reforzando comportamiento de evitación o aislamiento social. En grado extremo referiría a los trastornos fóbicos de ansiedad (CIE-10) (véanse tablas 6 y 7).

Tabla 6. Puntuaciones de riesgo y de alto riesgo según escalas facilitadoras de la BAS-3. Adolescentes de 11 y 12 años. NSE medio de Tucumán

Escalas facilitadoras de la socialización	Situación de riesgo (P10)	Situación de alto riesgo (P5)
Co	Por debajo de 9	Por debajo de 8
Ac	Por debajo de 6	Por debajo de 5
Li	Por debajo de 5	Por debajo de 3

Nota: **Co:** Consideración con los demás. **Ac:** Autocontrol. **Li:** Liderazgo

La interpretación de las fortalezas y debilidades asociadas a las dimensiones de la socialización (BAS-3) permite inferir indicadores pronósticos respecto a disfunciones del comportamiento social. La intensidad del déficit y su prolongación en el tiempo podrían ser determinantes en la cristalización de cuadros patológicos externalizantes o internalizantes en la vida adulta. Estos aspectos ya fueron desarrollados en el capítulo 1 del presente libro.

Tabla 7. Puntuaciones de riesgo y de alto riesgo según escalas inhibitoras de la BAS-3. Adolescentes de 11 y 12 años. NSE medio de Tucumán

Escalas inhibitoras de la socialización	Situación de riesgo (P90)	Situación de alto riesgo (P95)
Re	Por encima de 6	Por encima de 7
At	Por encima de 9	Por encima de 10

Nota: **Re:** Retraimiento. **At:** Ansiedad social/timidez

Otra forma de corroborar la distinción entre las escalas de la BAS-3 fue a partir del análisis de las correlaciones bivariadas. Se encontró una asociación positiva moderada entre las dimensiones facilitadoras: *Consideración con los demás* (Co) y *Autocontrol* (Ac) ($r = .307$; $p < .05$), y *Consideración con los demás* (Co) y *Liderazgo* (Li) ($r = .336$; $p < .05$). Como asociaciones negativas bajas y moderadas respecto a las escalas facilitadoras e inhibitoras de la socia-

lización se obtuvo en *Consideración con los demás* (Co) y *Retraimiento* (Re), ($r = -.449, p < .05$); *Consideración con los demás* (Co) y *Ansiedad social/timidez* (At), ($r = -.069, p < .05$); *Autocontrol* (Ac) y *Retraimiento* (Re), ($r = -.218, p < .05$); *Autocontrol* (Ac) y *Ansiedad social/timidez* (At), ($r = -.206, p < .05$); *Liderazgo* (Li) y *Retraimiento* (Re), ($r = -.175, p < .01$); y *Liderazgo* (Li) y *Ansiedad social/timidez* (At), ($r = -.179, p < .01$). Este análisis estadístico permitió confirmar la distribución de polaridades externalizante-internalizante en los adolescentes de NSE medio (Achenbach, 1996).

Existen estudios que enfatizan las diferencias de sexo en el desarrollo de las habilidades sociales al considerar que la representación social del rol social y cultural de ser mujer o varón es un determinante de estos comportamientos sociales. En los adolescentes de NSE medio no se encontraron diferencias significativas según sexo. Sin embargo, un análisis de tendencias mostró que las mujeres referían más comportamientos de consideración con los otros, aunque se percibían con recurrentes comportamientos de ansiedad social respecto a sus pares varones.

Las habilidades sociales en adolescentes de nivel socio-económico alto

Caracterización del contexto

La bibliografía referida a la relación existente entre las habilidades sociales y el NSE alto no es abundante. No obstante, respecto al contexto de procedencia existe consenso entre los investigadores de que en la infancia y en la adolescencia la pertenencia a contextos sociales diferentes se vincula con resultados en la competencia social. Como se ha expresado anteriormente, el contexto puede impactar de dos maneras sobre los factores de riesgo: mediante el

aporte de factores protectores, que a través de un sistema de apoyo (normas y valores) ayudan al niño o adolescente a la autoafirmación de su yo; o bien profundizando la falta de protección frente a factores sociales y culturales hostiles, lo que debilita al sujeto y potencia los procesos de exclusión del grupo social dominante. La clase media alta en Argentina ocupa el segundo puesto de la pirámide social y representa a un 17% de la población (Ser “clase media”, 2013, setiembre 20). “Hay una Argentina que va más rápido con pautas de consumo del primer mundo o de las grandes urbes”, señala Fernando Moiguer. Este especialista advierte que la diferencia entre los que más y los que menos ganan disminuyó a partir de 2003. En el último trimestre de ese año, el segmento de mayores ingresos ganaba diez veces más que el de menores ingresos. El momento en que la brecha fue más corta se registró en 2008, cuando la diferencia entre los que más y menos ganaban fue de 7.5 veces. Desde entonces ha habido oscilaciones, pero los que más ganan mantienen una diferencia de más de ocho veces con los que menos ganan. Guillermo Oliveto, de la consultora W, explica que si bien se pueden hacer tres cortes en la pirámide social según ingresos, hay un 75% que está dentro del consumo y un 25% se quedó afuera porque está por debajo de la línea de pobreza. Esto hace visible una vez más las dos velocidades de Argentina. Dentro del 75% que consume, un 25% de la población está en la cima de la pirámide y se caracteriza por ser *gente con opciones*. Es decir que por sus ingresos puede cambiar el automóvil, irse de vacaciones y renovar la heladera. El segmento medio consume también, pero hace elecciones: arregla la casa o se va de viaje (La Argentina, a dos velocidades, 2011, abril 24).

A partir de la década de 1990 se ha producido una marcada diferenciación entre los sectores medios y altos de la sociedad argentina. Entre esa diferenciación se cita a los estilos de vida y la educación. Con relación a la

educación, expresa Luciana Vásquez (La educación de la elites, ¿también en problemas?, 2014, abril 10) que a nivel privado, para una elite, esta tiene costos desde medios a altísimos y ofrece una variedad de experiencias académicas, tales como doble jornada, idiomas varios, viajes de estudio al extranjero, bachillerato internacional, pasantías, aprendizaje de instrumentos musicales diversos, concentrados hoy en un tipo de escuela privada. Como se ha planteado ya en la década de 1960 desde el campo de la sociología, las desigualdades sociales y económicas de origen condicionan el futuro educativo de las personas. A mayor pobreza, menores oportunidades educativas y viceversa; en este caso, los adolescentes de NSE alto tienen ventaja en la escuela. De cualquier modo, hoy el rendimiento de los adolescentes argentinos de NSE alto, según la prueba PISA, se sitúa por debajo del correspondiente a los jóvenes de Corea del Norte o de Shangai.

Con relación a los estilos de vida se destacan nuevas formas de vinculación. Svampa (2000) señala que se ha dado una reconstitución de los marcos de sociabilidad. En contraposición a las ciudades abiertas europeas, se observa una notable expansión de urbanizaciones cerradas, como los barrios privados y los *countries*, que no encuentran su fundamento solo en la seguridad: manifiestan la emergencia de nuevas formas de sociabilidad. Por un lado, los niños viven en contacto con la naturaleza en ámbitos estéticamente muy gratos y, por otro, se asiste a una segregación social. Añade que han adquirido estilos de consumo, de residencia y, en algunos casos, de contextos de trabajo —en suma, de patrones culturales— que marcan un quiebre con la clase media. Se ha asegurado el despegue social, pero esta franja de NSE va descubriendo progresivamente nuevas problemáticas derivadas de este escenario social.

En el presente estudio, la submuestra correspondiente a NSE alto estuvo formada por 310 adolescentes de 11 y 12 años de edad (155 mujeres y 155 varones) que asistían

a 6.º año de Educación General Básica (EGB 3) privada, residentes en zona urbana de San Miguel de Tucumán (Argentina). En cuanto a la educación del PSH, un 83% había completado el nivel universitario, un 8% tenía nivel universitario incompleto y el 3% había concluido los estudios terciarios.

En cuanto a la ocupación del PSH, la mitad de la muestra se desempeñaba como directivos en PYMES o socios de pequeñas empresas (51%), seguidos por los profesionales de ocupación plena (34%); en menor medida se encontraron empleados jefes de empresas pequeñas (10%) y solo una mínima porción eran socios o dueños de grandes empresas (2%).

Para analizar el tipo de familia a la que pertenecían los adolescentes de esta submuestra de NSE alto, se consideraron dos categorías: *monoparental*, cuando solo uno de los progenitores convivía con el niño, y *biparental*, cuando ambos progenitores estaban presentes en el hogar. La categoría biparental apareció como la estructura familiar predominante en este grupo (75.5%), mientras que las familias monoparentales alcanzaban el 20.3%; el 4.2% de los adolescentes convivían con otras personas y sin ninguno de los progenitores. La mayoría de los adolescentes informó ser el primer hijo (41%) respecto a la posición dentro del grupo de hermanos. En cuanto a las condiciones habitacionales, no se registró hacinamiento.

Como ya se ha detallado, uno de los factores considerados para determinar el NSE fue la disponibilidad de bienes de consumo. Del análisis descriptivo se deduce que los adolescentes de esta submuestra cuentan en sus hogares al menos con cuatro de los cinco tipos de bienes de uso enumerados en la encuesta (microondas, computadora con Internet, aire acondicionado, automóvil y televisor plasma). Entre ellos, la computadora con Internet y el automóvil son los bienes más frecuentes, estando presente en un 96.9% y un 95.4% de hogares, respectivamente,

mientras que el televisor de plasma es el elemento con menor frecuencia (40.8 %). Esto no está desvinculado de la combinación de los factores educación-ocupación del PSH, quien ha alcanzado un elevado nivel de educación y ocupación de alto nivel jerárquico; ello se asocia, por un lado, a independencia económica y, por otro, a poder adquisitivo o de consumo. El consumo es entendido como el conjunto de procesos socioculturales en que se materializa la apropiación y el uso de los productos. Si bien el imaginario de acceso al consumo ha penetrado en todos los sectores sociales, este se ha transformado —a partir de la década de 1990— en una de las mayores aspiraciones de los sectores medio-altos en el nuevo escenario socio-económico.

Habilidades sociales y nivel socio-económico alto

Con relación a las habilidades sociales evaluadas con la BAS-3, se destaca que en esta submuestra predominaron las denominadas facilitadoras de la socialización, particularmente en *Consideración con los demás* (Co) ($M = 12.50$; $DE = 1.94$) y *Autocontrol* (Ac) ($M = 10.09$; $DE = 2.81$), y en menor medida en *Liderazgo* (Li) ($M = 7.57$; $DE = 2.50$). Estos adolescentes autoinformaron sensibilidad social y preocupación por los demás, en particular por los que se encuentran frente a situaciones problemáticas. Se orientan entonces hacia una perspectiva salugénica en la organización psicológica del adolescente, ya que implica la presencia de comportamientos asertivos, es decir, la capacidad de expresar pensamientos y sentimientos a otros de una manera efectiva y apropiada, de modo que no se violen los derechos de los demás (Caballo, 1991; 2000; 2007). A su vez, la asertividad se inserta en la denominada prosocialidad, que hace referencia a una motivación altruista. Los sujetos prosociales son proclives a desarrollar una personalidad saludable. Siguiendo el modelo de orienta-

ción interpersonal de Silva Moreno, Moro y Ortet (1994) (véase capítulo 1) estos comportamientos se situarían en la polaridad de la prosocialidad, que hace referencia a la posibilidad del adolescente de comportarse ajustándose a las normas sociales instituidas por su grupo de pertenencia. Ello facilita la convivencia con otros —pares y adultos significativos— en un marco de respeto mutuo. Bajo estas condiciones las interacciones sociales serán satisfactorias tanto para el adolescente como para su interlocutor.

Prosiguiendo con el análisis de otra dimensión del comportamiento social, en la línea de las llamadas facilitadoras, las habilidades de *Liderazgo* (Li) estuvieron presentes, pero en menor medida que *Autocontrol* (Ac) y *Consideración con los demás* (Co). Si bien no es la habilidad social predominante, los resultados obtenidos dan cuenta de que el adolescente se autopercibe con un rol protagónico dentro del grupo en el cual se desenvuelve, con ascendencia entre sus pares, iniciativa, y capacidad para organizar y conducir actividades con sus iguales. A estos comportamientos subyace un sentimiento de confianza en sí mismo tanto como un espíritu de servicio, lo cual los orienta a realizar acciones con sentido comunitario.

Por otra parte, se realizó un análisis de las escalas inhibitorias de la socialización, *Retraimiento* (Re) y *Ansiedad/timidez* (At). De los resultados obtenidos en la escala *Retraimiento* (Re) (puntajes muy bajos), se deducía que los adolescentes de la muestra eran capaces de mantener relaciones interpersonales caracterizadas por sensibilidad social y comportamientos de colaboración. Todo ello da cuenta de un ajuste saludable en dichas relaciones que se interpretan como un factor protector (Muñoz Tinoco et al., 2008). Se observó un menor nivel de *Retraimiento* (Re) ($M = 1.60$; $DE = 2.18$) que de *Ansiedad social/timidez* (At) ($M = 4.01$; $DE = 2.18$). Con respecto a esta escala, se observó un adecuado control de la ansiedad. La ausencia de temores o inhibiciones en el comportamiento

social hacen que este sea exitoso y ello incrementa la autoestima (Zubeidat, Fernández-Parra, Ortega, Vallejo y Sierra, 2009).

Como se ha señalado en el capítulo 1 es necesario diferenciar tanto en la niñez como en la adolescencia malestares transitorios de patrones psicopatológicos (Casullo, Cruz, González y Maganto, 2003). El desarrollo de psicopatología es el resultado de la interacción de diversas variables, como el nivel de ajuste o vulnerabilidad personal, las condiciones previas de salud, la presencia de situaciones de riesgo, la presencia o ausencia de factores protectores. De allí que resulta fundamental conocer los factores de riesgo que contribuyen al desarrollo de psicopatologías y, a su vez, identificar los factores protectores que promueven el desarrollo de la salud mental del adolescente. Este conocimiento posibilita la detección de grupos de riesgo y también el desarrollo de estrategias efectivas de intervención y de prevención (véase criterios para análisis de niveles de riesgo en p. 41).

Tabla 8. Puntuaciones de riesgo y de alto riesgo según escalas facilitadoras de la BAS-3. Adolescentes de 11 y 12 años. NSE alto de Tucumán

Escalas facilitadoras de la socialización	Situación de riesgo (P10)	Situación de alto riesgo (P5)
Co	Por debajo de 10	Por debajo de 8
Ac	Por debajo de 6	Por debajo de 4
Li	Por debajo de 4	Por debajo de 2

Nota: Co: Consideración con los demás. Ac: Autocontrol. Li: Liderazgo

Se analizan a continuación los déficits, los que deben ser especialmente abordados por manifestar algún tipo de necesidad especial (según de qué dimensión de la socialización se trate).

Así, en *Consideración con los demás* (Co), un 10% de adolescentes obtuvo puntajes directos por debajo de 10 (bajo nivel de riesgo) y de ellos un 5%, puntajes inferiores

a 8 (alto nivel de riesgo). Ello implica comportamientos en los cuales no se registra a los otros como sujetos de derecho en las interacciones sociales. Predominan en estos adolescentes bajos niveles de sensibilidad social, que dan cuenta de déficits en los comportamientos asertivos y que operan como un factor de riesgo. Si bien desde una mirada puramente cuantitativa constituyen una minoría dentro del grupo, desde una perspectiva clínica y de promoción de la salud es un dato valioso para la implementación de programas de intervención que promuevan un cambio en este tipo de comportamientos disfuncionales.

En la dimensión *Autocontrol* (Ac) se registró un 10% de adolescentes con puntuaciones directas inferiores a 6 y un 5% de sujetos con puntajes directos inferior a 4. Ello implica la presencia de comportamientos agresivos, obstinados y con dificultad en el control de los impulsos. En estos adolescentes prevaleció la tendencia a enfatizar los derechos propios, considerando rígidamente el propio punto de vista para resolver un problema. Según Da Dalt de Mangione y Difabio de Anglat (2002) carecen de habilidades suficientes para afrontar situaciones conflictivas, frente a las cuales presentan comportamientos violentos verbales o físicos. En los patrones de pensamiento reflejan rigidez, radicalidad o exceso de defensa de los propios intereses. Evidencian falta de tolerancia a la frustración y elaboran fácilmente reglas generales de hechos aislados. La baja autoestima explicaría el exceso de defensa. Desde el enfoque del modelo de orientación interpersonal (Silva Moreno, Moro y Ortet, 1994), estos adolescentes se situarían en el polo antisocial, al que definieron por la agresividad, resistencia a la aceptación de normas sociales y terquedad.

Así también, un 10% de los adolescentes presentó déficit en las habilidades de *Liderazgo* (Li), dando cuenta de escasa iniciativa personal, ascendencia social, proposición de actividades beneficiosas para el grupo de pertenencia

y falta de confianza en sí mismo. Desde un punto de vista cuantitativo, significa haber obtenido puntajes directos inferiores a 4, que se valoran como situación de *riesgo* y, dentro de ellos, un subgrupo (5%) presenta una situación de *alto riesgo*, con puntuaciones inferiores a 2. Se considera un aporte valioso de esta investigación la identificación de las disfunciones según la intensidad de estas y su correlato cuantitativo. Estos datos son de particular utilidad para el empleo de la prueba en situaciones clínicas, puesto que van a permitir refinar el diagnóstico.

Tabla 9. Puntuaciones de riesgo y de alto riesgo según escalas inhibitoras de la BAS-3. Adolescentes de 11 y 12 años. NSE alto de Tucumán

Escalas inhibitoras de la socialización	Situación de riesgo (P90)	Situación de alto riesgo (P95)
Re	Por encima de 4	Por encima de 6
At	Por encima de 8	Por encima de 9

Nota: Re: *Retraimiento*. At: *Ansiedad social/timidez*

Por otra parte, el 10% de los adolescentes (P90) presentó puntajes directos superiores a 4 en la escala de *Retraimiento* (Re) y un 5% (P5), puntuaciones iguales o superiores a 6. Estos evidenciaron pasividad, comportamientos evasivos, apartamiento activo o pasivo de los demás, que puede conducir al aislamiento social. Ese tipo de comportamientos se sitúa, según el modelo basado empíricamente (véase capítulo 1) de Achenbach y Edelbrock (1979), en la dimensión *internalizante*. Hace referencia a que los comportamientos con contenido emocional expresan un modo desadaptativo de resolver conflictos, con prevalencia de inhibiciones, alteraciones del pensamiento, alteraciones en el logro de autonomía y retraimiento, pudiendo inclusive llegar a la depresión. Vinculado a estos comportamientos, ya definidos como inhibitorios de la socialización, se identificó en la dimensión *Ansiedad social*

timidez un 10% de adolescentes con manifestaciones de temor en las relaciones sociales (puntajes directos superiores a 8, situación de *riesgo*) y un 5% con estos signos acentuados (puntajes iguales o superiores a 9, situación de *alto riesgo*). Ello implica que el adolescente en su relación con otros se siente devaluado; considera que no tiene los atributos necesarios para afrontar la relación con su interlocutor. En su comportamiento pueden observarse bloqueos, nerviosismo, falta de fluidez verbal, vacilaciones y tendencia a evitar el contacto ocular.

Al analizar el grado en que las distintas escalas de la Batería de Socialización se relacionaban entre sí, las correlaciones altas y negativas se dieron entre *Consideración con los demás* (Co) y *Retraimiento* (Re) ($r = -.467$, $p < .001$), lo que es coherente ya que la consideración hacia los demás es opuesta a la inhibición social o el retraimiento. *Consideración con los demás* (Co) y *Ansiedad social/timidez* (At) ($r = -.143$, $p = .012$) determinan una tendencia inversa entre la consideración hacia los otros y la autopercepción de timidez y ansiedad ante las relaciones sociales. La *Ansiedad social/timidez* (At) también correlacionó inversa y significativamente con *Autocontrol* (Ac) ($r = -.170$, $p = .003$) y *Liderazgo* (Li) ($r = -.352$, $p < .001$), lo que evidencia que esta limitación para interactuar con los demás está fuertemente asociada a dificultades para controlar los impulsos y sentirse reconocido —popular— o destacado entre los pares. Otras correlaciones negativas se dieron entre el *Retraimiento* (Re) y el *Liderazgo* (Li) ($r = -.361$, $p < .001$), por un lado, y *Retraimiento* (Re) y *Autocontrol* (Ac) ($r = -.138$, $p = .015$), por otro lado; el autoaislamiento del adolescente de NSE alto se contrapone con la autopercepción de popularidad y la capacidad para controlar los propios impulsos.

Las correlaciones significativas y directas encontradas se dieron entre *Consideración con los demás* (Co) y *Autocontrol* (Ac) ($r = -.330$, $p < .001$), y entre *Consideración*

con los demás (Co) y Liderazgo (Li) ($r = -.380, p < .001$); la sensibilidad social se vincula así con acatamiento a reglas de convivencia social y con espíritu de servicio. Además se encontró una correlación positiva entre *Ansiedad/timidez* (At) y *Retraimiento social* (Re), es decir que a mayor timidez por las relaciones sociales, mayor tendencia al aislamiento.

En esta submuestra de NSE alto se constató un predominio de relaciones entre las diferentes dimensiones de la socialización. *Consideración con los demás* (Co), por ejemplo, correlaciona significativamente con todas las demás dimensiones. En otras palabras, existe una fuerte vinculación entre los diferentes aspectos de la socialización que se analizaron.

Impacto del contexto en las habilidades sociales

Uno de los objetivos de este capítulo fue analizar si existen diferencias en las habilidades sociales según los distintos niveles socio-económicos. Abundante es la bibliografía que afirma que las habilidades sociales son sensibles al contexto. Para poner a prueba este supuesto en población adolescente de Tucumán, fue necesario comparar la cualidad de aquellas habilidades evaluadas por medio de la BAS-3. Se realizó así un análisis de la varianza (ANOVA), considerando los tres grupos (NSE alto, medio y bajo) en cada una de las dimensiones de la Bateria de Socialización BAS-3. Del análisis realizado se infiere que existen diferencias significativas en todas las dimensiones de la socialización, con excepción de *Liderazgo*.

Al comparar los adolescentes de NSE alto con los adolescentes de NSE medio, dentro de las dimensiones facilitadoras, se observaron diferencias significativas en *Consideración con los demás* (Co), siendo más alta en adolescentes de NSE alto ($t = -3.070, p = .002$). Teniendo

en cuenta las dimensiones inhibitoras (*Retraimiento* y *Ansiedad social/timidez*), se observaron diferencias significativas en ambas dimensiones, siendo las puntuaciones más bajas en los adolescentes de NSE alto (Re: $t = 3.826$, $p < .001$; At: $t = 2.080$, $p = .038$).

Ser considerado con los demás supone percibir una necesidad o reconocer una situación en el otro que demanda ayuda del sujeto y, al mismo tiempo, ofrecer esa ayuda sin que nadie se lo indique, sintiendo satisfacción al hacerlo. Mientras los adolescentes de los sectores sociales más altos se muestran más solidarios y atentos frente a las dificultades de sus pares, con relaciones interpersonales caracterizadas por sensibilidad social y comportamientos de colaboración, los adolescentes de NSE medio se perciben con mayores indicadores de ansiedad, tales como el miedo y el nerviosismo, unidos a sentimientos de vergüenza y timidez frente a las situaciones sociales en las que los adolescentes perciben que pueden ser rechazados. A lo largo de este capítulo se ha argumentado que la timidez, entendida como impotencia para actuar frente a otros, es un tema relevante en la adolescencia. Este miedo a actuar delante de los demás se asociaría a escasa confianza en sí mismo, bajo autoconcepto y una excesiva importancia atribuida a la opinión del entorno; es como si ocurriera un desdoblamiento del yo: por un lado, uno que se siente observado y, por otro, el que resulta observador.

Comparando los adolescentes de NSE alto con sus pares de NSE bajo, se encontraron diferencias significativas en todas las dimensiones, salvo *Liderazgo* (Li). En las tres dimensiones facilitadoras las puntuaciones más altas las obtuvieron los adolescentes de NSE alto, mientras que en las escalas inhibitoras las puntuaciones más bajas se encontraron también en este grupo (Co: $t = -5.941$, $p < .001$; Ac: $t = -3.332$, $p = .001$; Re: $t = 11.522$, $p < .001$; At: $t = 8.204$, $p < .001$).

Teniendo en cuenta estos resultados, se puede afirmar que los adolescentes de NSE alto se describen como sujetos proactivos, con preocupación y atentos a las necesidades de los otros, con mayor control de las situaciones sociales y, por ende, con menores niveles de agresividad e impulsividad que sus pares de NSE bajo; estos últimos aparecen con mayores comportamientos de inhibición, retraimiento e indicadores de ansiedad frente a situaciones que requieren de sus habilidades sociales. Dichos comportamientos indicarían mayor tendencia al aislamiento por parte de los adolescentes pertenecientes a sectores más vulnerables.

Por otra parte, al comparar las puntuaciones de los jóvenes de NSE medio con los de NSE bajo, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en *Consideración con los demás* (Co), *Retraimiento* (Re) y *Ansiedad social/timidez* (At), siendo más elevada la escala facilitadora y más bajas las escalas inhibitorias en los adolescentes de NSE medio (Co: $t = -2.225$, $p = .027$; Re: $t = 5.639$, $p < .001$; At: $t = 5.212$, $p = .01$).

Esto significa, a su vez, que los adolescentes de NSE medio, comparados con sus pares de NSE bajo, evidencian mayores comportamientos de preocupación por las dificultades de los compañeros, mientras que estos últimos aparecen con mayores comportamientos inhibitorios de la socialización.

En general se puede suponer que, mientras los adolescentes de NSE alto y NSE medio se autoperceben con mayores comportamientos sociales saludables, los adolescentes de NSE bajo informan menores comportamientos de interés y preocupación por sus pares y se perciben menos proclives a solucionar problemas de otros, con menor control de las situaciones sociales y mayor impulsividad, como así también mayores comportamientos de ansiedad ligada a situaciones sociales, sentimientos de vergüenza, timidez y apartamiento de situaciones de grupo.

Así también, a partir de los resultados obtenidos, se puede inferir que algunas de las dimensiones sociales evaluadas por la BAS-3 son sensibles al nivel socio-económico, especialmente *Consideración con los demás*, *Retraimiento* y *Ansiedad/timidez*, las cuales presentan diferencias estadísticamente significativas entre los tres niveles (NSE).

La dimensión *Consideración con los demás* (Co) evidencia una relación positiva, ya que a niveles socio-económicos más altos le corresponden resultados más elevados en la escala, mientras que en las dimensiones *Retraimiento* (Re) y *Ansiedad social/timidez* (At) los puntajes más elevados se dan en los NSE más deprimidos.

Finalmente, se comprobó que en la dimensión *Liderazgo* (Li) no existían diferencias entre los tres estratos socioeconómicos. *Liderazgo* alude a la capacidad de iniciativa y espíritu de servicio, que no se presentó como una dimensión asociada o sensible a los niveles socio-económicos de contextos urbanos que se investigó. Así también se constató que fue —de las escalas facilitadoras de la socialización— aquella en la que los adolescentes tuvieron un nivel de habilidades menor comparativamente con *Autocontrol* (Ac) y *Consideración con los demás* (Co). Se presentaría así como un universal psicológico y como la dimensión menos desarrollada dentro de las habilidades sociales en población adolescente urbana de Tucumán.

En contraste con estos hallazgos, en otra etapa de investigación se compararon adolescentes de Tucumán de contextos urbano y rural (Contini, Lacunza y Esterkind, 2013), constatándose diferencias a favor de los participantes de la zona rural. En estos últimos, eran más elevadas las habilidades sociales vinculadas al espíritu de servicio, coordinación de grupos e iniciativa para actividades grupales que en los adolescentes con más recursos socio-económicos. Así, estos resultados se vincularían a la influencia de la cultura respecto al aprendizaje de habilidades sociales. Barrón (1996), Green y Rodgers (2001), entre

otros, sostienen que en las culturas colectivistas, tal como es mayoritariamente en el ámbito rural, el intercambio social y la recepción de apoyo suele percibirse de modo positivo, mientras que en las culturas individualistas, tal como es predominante en contextos urbanos socio-económicos altos, la práctica de habilidades sociales de apoyo y trabajo grupal suele entrar en conflicto con los valores de independencia, autoconfianza y control interno. Esto abre una nueva línea de investigación acerca de la citada dimensión *Liderazgo* (Li) en función de otras variables, como edad, sexo, estado actual de la cultura urbana —en contraste con ámbitos rurales—, que no han sido evaluadas en el presente estudio.

Un análisis más exhaustivo merece la escala *Liderazgo* (Li) de la BAS-3. Los datos descriptos mostraron que los adolescentes urbanos participantes, pertenecientes a diversos NSE, se percibían con similares habilidades sociales de liderazgo. Por ello se consideraron otras variables contextuales, particularmente relacionadas al grupo familiar, que pudieran relacionarse con el perfil de habilidades sociales de los adolescentes, especialmente con la dimensión *Liderazgo*. Se analizó la incidencia del tipo de grupo familiar del adolescente (familia monoparental, biparental y otras —familias con cuidadores no pertenecientes al grupo primario—), y la posición entre los hermanos.

Es necesario recordar, tal como fue planteado en capítulos anteriores, la importancia que tiene la familia en la conformación de las habilidades sociales y en su utilización exitosa en las relaciones interpersonales. El sujeto comienza a percibir adecuadamente o no los hechos sociales a través de este grupo primario, puesto que la familia es un espacio de encuentro personal, de filiación y de simbolizaciones. Tal como describen Isaza Valencia y Heno López (2011), el modo en cómo se estructuran las prácticas de crianza en los grupos familiares incide en el desarrollo de comportamientos sociales asertivos o disruptivos en los hijos. Ciertos factores familiares, tales como las

fallas en la disciplina o una inadecuada supervisión de las actividades de los hijos, incrementan los riesgos de déficits sociales en la adolescencia y adultez. Por otro lado, está comprobado que una elevada cohesión familiar, un clima familiar positivo, bajos niveles de conflicto, una apertura para la expresividad emocional, entre otros factores, favorecen a la identidad del adolescente (particularmente su autoconcepto) como a la práctica de comportamientos sociales adecuados (Mestre Escrivá, Samper y Pérez, 2001).

Si bien no se encontraron diferencias estadísticas respecto a estas variables del grupo familiar, se observó que los adolescentes de NSE bajo pertenecientes a familias monoparentales ($n = 72$) se percibían con más habilidades de liderazgo que sus pares de otros NSE, mientras que aquellos participantes en condición de hijo único de NSE medio ($n = 17$) también referían esta percepción. En el grupo de adolescentes con familias monoparentales de NSE bajo, las habilidades de liderazgo podrían explicarse por la distribución de roles, la delimitación de subsistemas y una estructura muy permeable a las influencias contextuales adversas. Tal es así que Kliksberg (1995) sostiene que la pobreza debilita las posibilidades de constituir familias fuertes y sólidas. Según este autor, los hombres afectados por problemas de desempleo o subempleo no constituyen familias estables o abandonan su marco familiar. Esto contribuyó a la feminización de la pobreza, fenómeno común en Latinoamérica desde la década de 1990. Las mujeres, en situaciones de desigualdad y desintegración social, se convirtieron en jefas de hogar recreando diversas estrategias de supervivencia familiar. Entre estas, la participación de los niños en tareas del hogar y, en muchas ocasiones, el realizar trabajos extrafamiliares. Podría hipotetizarse que la asunción de estos nuevos roles en los niños-adolescentes de estos contextos potenciaría la adquisición de habilidades activas tales como las de liderazgo. Cabe recordar que un sujeto se percibe con habilidades de liderazgo no solo por

sus características (por ejemplo, variables de personalidad), sino además por las atribuciones y percepciones de los otros y por el contexto en el que ocurre este proceso atributivo. De allí es que puede argumentarse que los padres-cuidadores de los adolescentes participantes esperaban de estos ciertos comportamientos de cooperación dentro del ámbito familiar.

En suma, se ha puesto énfasis en la relación entre habilidades sociales y contexto, por cuanto se asume que estas son comportamientos aprendidos y que tales aprendizajes se producen de un modo explícito a través del proceso de socialización e implícito por medio de la endoculturación. Tal como se ha venido planteando a lo largo de los diversos capítulos de este libro, en la configuración de las habilidades sociales inciden múltiples variables de carácter intraindividual y contextual. Entre las variables contextuales se destaca la cultura en un sentido amplio y, dentro de esta, se recorta como decisivo el sistema familiar, el grupo de pares y el ambiente escolar. Los fenómenos culturales están por encima o más allá del sujeto, de lo individual; esta posición es sumamente importante para hacer la distinción individual-grupal al tratar de establecer la influencia de factores culturales en los comportamientos individuales, específicamente el comportamiento prosocial, en el altruismo, como así también compartir, ayudar, cooperar en lugar de competir, por citar los más importantes. Cada cultura promueve distintos valores sociomorales y juega un papel muy importante en la configuración de comportamientos prosociales y altruistas en un grupo humano (Garaigordobil Landazabal, 2006). Los resultados obtenidos en la investigación con adolescentes de Tucumán dan cuenta de ello.

Los datos abren nuevos interrogantes respecto al papel de variables mediadoras en la expresión de las habilidades sociales, para lo que deberían ampliarse las muestras de estudio. Por último, se considera que la investigación de

las habilidades sociales se justifica plenamente por cuanto las interacciones sociales asertivas producen satisfacción personal y logro de autoestima, todo lo cual optimiza la calidad de vida del adolescente desde un punto de vista psicológico y social, y se constituyen, por ende, en un factor protector de la salud.

Referencias

- ¿A qué clase social pertenecés según tu ingreso? (2014, febrero 25). *Diario Veloz*. Recuperado el 0 de marzo de 2014 de <http://www.diarioveloz.com/notas/118203-a-que-clase-social-perteneces-segun-tu-ingreso>
- Achenbach, T. & Edelbrock, C. (1979). The child behavior profile: II. Boys aged 12-16 and girls aged 6-11 and 12-16. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2, 223-233.
- Adaszko, D. & Musante, B. (2011). Aportes empíricos para la comprensión de la segregación socio residencial en la Argentina. En A. Salvia (Comp.), *Deudas sociales persistentes en la Argentina del Bicentenario*. Buenos Aires: Editorial Biblos.
- Asociación Argentina de Marketing (2006). *Nivel Económico Social*. Buenos Aires: Asociación Argentina de Marketing.
- Assis, S., Avanci, J. & Oliveira, R. (2009). Socioeconomic inequalities and child mental health. *Revista de Saúde Pública*, 43(Supl. 1), 92-100.
- Barron, A. (1996). *Apoyo social*. Madrid: Siglo XXI.
- Caballo, V. (1987). *Teoría, evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. Valencia: Promolibro.
- Caballo, V. (2000). *Manual de evaluación y entrenamiento de habilidades sociales*. Madrid: Siglo XXI.
- Caballo, V. E. (Dir.). (1991). *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. Madrid: Siglo XXI.
- Cardozo, G. & Alderete, A. M. (2009). Adolescentes en riesgo psicosocial y resiliencia. *Psicología desde el Caribe*, 23, 148-182.
- Casullo, M., Cruz, M., González, R. & Maganto, C. (2003). Síntomas psicopatológicos en adolescentes. Un estudio comparativo. *Rev Iberoam Diagn Ev*, 16(2), 135-151.

- Cerezo Ramírez, F. (2011). Variables de personalidad asociadas en la dinámica *bullying* (agresores *versus* víctimas) en niños y niñas de 10 a 15 años, *Anales de Psicología*, 17(1), 37-43.
- Cohen Imach, S. & Mejail, S. (2013). Psicopatología en la adolescencia. Una mirada desde las habilidades sociales. III Congreso de Psicología del Tucumán. Nacional e Internacional, 12 al 14 de septiembre de 2013. Tucumán.
- Contini, N. (2008). Las habilidades sociales en la adolescencia temprana. Perspectivas desde la Psicología Positiva. *Psicodebate. Psicología, Cultura y Sociedad*, 9, 45-63.
- Contini, N., Cohen Imach, S., Coronel, P. & Mejail, S. (2011). Agresividad y retraimiento en adolescentes. *Ciencias Psicológicas*, 6(1), 17-28.
- Contini, N., Coronel, P. & Mejail, S. (2012). Déficit en habilidades sociales: soledad y aislamiento en adolescentes. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 58(4), 221-230.
- Contini, N., Lacunza, A. & Esterkind, A. (2013). Habilidades sociales en contextos urbanos y rurales. Un estudio comparativo con adolescentes. *Psicogente*, 16 (29), 103-117.
- Contini, N., Mejail, S., Coronel, P. & Cohen Imach, S. (2011). Las habilidades sociales en adolescentes de 11 y 12 años de nivel socioeconómico alto. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 57(1), 17-28.
- Coronel, P., Levin, M. & Mejail, S. (2011). Las habilidades sociales en adolescentes tempranos de diferentes contextos socioeconómicos. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 9(1), 241-262.
- Da Dalt de Mangione & Difabio de Anglat (2002). Aserividad. Su relación con los estilos educativos familiares. *Interdisciplinaria*, 19(2), 119-140.

- Davis, M. H. (1983). Measuring Individual Differences in Empathy: Evidence for a Multidimensional Approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44(1), 113-126.
- Eisenberg, N., Fabes, R. A., Guthrie, I. K. & Reiser, M. (2000). Dispositional emotionality and regulation: their role in predicting quality of social functioning. *Journal Personality and Social Psychology*, 78(1), 136- 157.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia y Comisión Económica para América Latina y el Caribe [UNICEF & CEPAL] (2012). *Guía para estimar la pobreza infantil. Información para avanzar en el ejercicio de los derechos de los niños, niñas y adolescentes (LC/M2)*. Disponible en [//dds.cepal.org/infancia/guia-para-estimar-la-pobreza-infantil/](http://dds.cepal.org/infancia/guia-para-estimar-la-pobreza-infantil/)
- Garaigordobil Landazabal, M. & García de Galdeano, P. (2006). Empatía en niños de 10 a 12 años. *Psicothema*, 2(18), 180-186.
- Ghiglione, M. E. (2007). Percepción de autoeficacia y logro académico en niños frente al fracaso reiterado. En M. C. Richaud de Minzi & M. Ison (Eds.), *Avances en investigación en ciencias del comportamiento en Argentina: Vol. 1. Niñez en riesgo por pobreza* (pp. 317-337). Mendoza, Argentina: Editorial de la Universidad del Aconcagua.
- Green, B., & Rodgers, A. (2001). Determinants of social support among low-income mothers: A longitudinal analysis. *American Journal of Comunitary Psychology*, 29(3), 419-442.
- Guevara Benítez, Y. & Macotela Flores, S. (2002). Sondeo de habilidades preacadémicas en niños y niñas mexicanos de estrato socioeconómico bajo. *Revista Interamericana de Psicología*, 36(1/2), 255-177.
- Instituto para el Desarrollo Social Argentino [IDESA] (2012). Brasil, Chile y Uruguay con más crecimen-

- to de clase media. Recuperado de www.idesa.org/informes/588.
- Ipola, E. & Torrado, S. (1976). *Teoría y método para el estudio de la estructura de clases en Chile*. Santiago: Flacso-Proelce.
- iProfesional (2014). Definen cuanto hay que ganar y alertan sobre freno a la movilidad social ascendente. Recuperado de <http://www.iprofesional.com/notas/128955-Pirámide social: revelan qué es ser hoy clase media y cuánto se debe ganar para formar parte>
- Isaza Valencia, L. & Henao López, G. C. (2011). Relaciones entre el clima social familiar y el desempeño en habilidades sociales en niños y niñas entre dos y tres años de edad. *Acta colombiana de Psicología*, 14(1), 19-30.
- Kliksberg, B. (1995). *Pobreza, el drama cotidiano. Clave para una nueva gerencia social eficiente*. Buenos Aires: Tesis-Norma.
- La Argentina, a dos velocidades. (2011, abril 24). *Diario La Nación*. Recuperado de <http://www.lanacion.com.ar/1367488-la-argentina-a-dos-velocidadesel-efecto-de-la-desigualdadconsumo>.
- La educación de las elites, ¿también en problemas? (2014, abril 10). *Diario La Nación*. Recuperado de <http://www.lanacion.com.ar/1679595-la-educacion-de-las-elites-tambien-en-problemas>
- La generación “MP3” camino al aislamiento (2007, diciembre 31). *Diario El País*, Recuperado de http://elpais.com/diario/2007/12/31/sociedad/1199055601_850215.html
- Lacunza, B., Caballero, V. & Contini, N. (2010). La socialización en adolescentes. Un estudio de validación con la BAS-3. *Perspectivas en Psicología*, 1(9), 29-44.
- Landázuri Wurth, V. (2007). Asociación entre el rol de agresor y el rol víctima de intimidación escolar, con la autoestima y habilidades sociales de adolescentes

- de un colegio particular mixto de Lima. *Revista de Psicología Herediana*, 2(2), 71-80.
- Lemos Giráldez, S. (2003). La psicopatología de la infancia y la adolescencia: consideraciones básicas para su estudio. *Papeles del Psicólogo*, 24(85) 19-28.
- Lipina, S. J. & Farah, M. (2011). Child poverty under the lens of cognitive Neuroscience. *CROP Poverty Brief*. Disponible en <http://www.crop.org/viewfile.aspx?id=243>
- Marcelli, D. & Braconnier, A. (2005). *Psicopatología del adolescente* (2.^a ed.). Barcelona: Masson S. A.
- Mestre Escrivá, M. V., Samper García, P. & Frías Navarro, M. D. (2002). Procesos cognitivos y emocionales predictores de la conducta prosocial y agresiva: La empatía como factor modulador. *Psicothema*, 2(14), 227-232.
- Mestre Escrivá, M. V., Samper García, P. & Pérez, E. (2001). Clima familiar y desarrollo del autoconcepto. Un estudio longitudinal en población adolescente. *Revista latinoamericana de Psicología*, 33(3), 243-259.
- Ministerio de Salud de la Nación y Unidades Académicas de Psicología de Universidades Nacionales (2007). *Problemáticas de Salud Mental en la Infancia. Proyecto de investigación. Informe final*. Recuperado el 20 de septiembre de 2011. Disponible en www.youblisher.com/files/publications/12/68360/pdf.pdf
- Monjas Casares, M. (2004). *Ni sumisas ni dominantes. Los estilos de relación interpersonal en la infancia y en la adolescencia*. España: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Mora y Araujo, M. (2002). *La estructura social de la Argentina: Evidencias y Conjeturas acerca de la Estratificación Social Actual. Políticas Sociales. Serie 59*. División Desarrollo Social. Chile: Naciones Unidas. CEPAL/ECLAC.

- Muñoz Tinoco, V., Jiménez Lagares, M. C. & Moreno Rodríguez, L. (2008). Las tipologías de estatus sociométrico durante la adolescencia: contraste de distintas técnicas y fórmulas para su cálculo. *Psicothema*, 20, 665-671.
- Oros, L. (2009). El Valor Adaptativo de las Emociones Positivas. Una Mirada al Funcionamiento Psicológico de los Niños Pobres. *Interamerican Journal of Psychology*, 43(2), 288-296.
- Pardo, G., Sandoval, A. & Umbarila, D. (2004). Adolescencia y Depresión. *Revista Colombiana de Psicología*, 13, 13-28.
- Pithod, A. (1993). *Adaptación y estandarización de test para uso en comportamiento organizacional*. Mendoza, Argentina: Archivos Centro de Investigaciones Cuyo (CIC).
- Pons Salvador, G., Cerezo, M. A. & Bernabé G. (2005). Cambio y estabilidad en los factores que afectan negativamente a la parentalidad: variables relativas a la madre y al contexto. *Psicothema*, 17(1), 31-36.
- Richaud de Minzi, M. C. (2007). Fortalecimiento de recursos cognitivos, afectivos, sociales y lingüísticos en niñez en riesgo ambiental por pobreza: un programa de intervención. En M. C. Richaud de Minzi & M. Ison (Eds.), *Avances en Investigación en Ciencias del Comportamiento en Argentina, Niñez en riesgo por pobreza*. Cap. 13. Mendoza: Editorial de la Universidad del Aconcagua.
- Roberts, L., Garritz, B. & Kearey, K. (1990). *Shaping your school's culture to improve student learning*. Los Angeles, CA: California School Leadership Academy.
- Rodríguez, G., Camacho, J., Rodrigo, M. J., Martín, J. C. & Máiquez, M. L. (2006). Evaluación del riesgo psicosocial en familias usuarias de servicios sociales municipales. *Psicothema*, 18(2), 200-206.

- Ser “clase media”: definen cuánto hay que ganar y alertan sobre freno a la movilidad social ascendente. (2013, setiembre 20). *iProfesional*. Recuperado de <http://www.iprofesional.com/notas/169820-Ser-clase-media-definen-cuanto-hay-que-ganar-y-alertan-por-freno-en-movilidad-ascendente>
- Silva Moreno, F. & Martorell Pallás, M. C. (2001). *BAS-3 Bateria de Socialización. (Autoadministración)* (3.ª ed.). Madrid: TEA.
- Silva Moreno, F., Moro, M., & Ortet, G. (1994). Dimensiones de orientación interpersonal: Un modelo y un instrumento. En M. Garaigordobil Landazabal & C. Maganto (Dir.), *Socialización y conducta prosocial en la infancia y en la adolescencia* (pp. 89-108). San Sebastián: Servicio editorial de la Universidad del País Vasco.
- Soriano, M. & Soriano, F. (1994). School violence among culturally diverse populations: Sociocultural and institutional considerations. *School Psychology Review*, 23(2), 216-235.
- Svampa, M. (2000). Clases Medias, Cuestión Social y Nuevos Marcos de Sociabilidad. *Punto de Vista*, 67, 34-40.
- Trianes, M. V., Cardelle-Elawar, M., Blanca, M. J. & Muñoz, A. (2003). Contexto social, género y competencia social autoevaluada en alumnos andaluces de 11-12 años. *Revista Electrónica de Investigación Psicoeducativa y Psicopedagógica*, 2(1), 38-55.
- Tuñón, I (2009). *Efecto de las condiciones de vida y las configuraciones familiares sobre los procesos de crianza y socialización de niños, niñas y adolescentes (2007-2008)*. Disponible en http://www.uca.edu.ar/uca/common/grupo68/files/Efecto_de_las_condiciones_de_vida_y_las_configuraciones_familiares_-2007-2008-.pdf

- Un chico mató a su profesor frente a todos sus compañeros (2014, 4 de febrero). *Diario La Gaceta*. Versión impresa, p. 12.
- Vera-Romero, O. & Vera-Romero, F. (2013). Evaluación del nivel socioeconómico: presentación de una escala adaptada en una población de Lambayeque. *Rev. Cuerpo Médico HNAAA*, 6(1), 41-45.
- Zubeidat, I., Fernández Parra, A., Ortega, J., Vallejo, M. & Sierra, J. (2009). Características psicosociales y psicopatológicas en una muestra de adolescentes españoles a partir del Youth Self-Report /11-18. *Anales de Psicología*, 25(1), 60-69.

ANEXO

Encuesta sociodemográfica³

N.º de protocolo:

Esta encuesta es anónima y voluntaria. La información que proporcionas será utilizada con fines estrictamente científicos; ¡muchas gracias por tu colaboración!

Fecha de muestreo: día mes año

Nombre del investigador:

Nombre del alumno:

Sexo: M..... F

Edad:

Fecha de nacimiento:/...../.....

Escuela:

Barrio: NSE:

1. ¿Con quién vivís?

.....
.....

³ Encuesta diseñada para esta investigación en el marco del proyecto titulado *Habilidades sociales en adolescentes que viven bajo condiciones de pobreza. Un estudio comparativo*, dirigido por la Dra. Norma Contini y financiado por la Secretaría de Ciencia, Arte e Innovación Tecnológica, Universidad Nacional de Tucumán, código 26K/403, durante el período 2008-2014.

2. N.º de de hermanos sin contarte a vos:

3. Lugar que ocupas entre tus hermanos:

- () Soy el mayor
- () Soy el del medio
- () Soy el menor
- () Soy único hijo

4. Edad de tu mamá:

Edad de tu papá:

5. N.º de personas que viven en tu casa:

6. N.º de dormitorios que hay en tu casa (sin contar baño y cocina)

7. Nivel educativo del principal sostén del hogar (MARCAR CON UNA CRUZ UNA SOLA OPCIÓN)

Sin escolaridad	
Primario incompleto	
Primario completo	
Secundario incompleto	
Secundario completo	
Terciario incompleto	
Terciario completo	
Universitario incompleto	
Universitario completo	
Otros	

8. Ocupación del principal sostén del hogar:

9. (MARCA CON UNA CRUZ LOS ELEMENTOS QUE POSEAS EN TU CASA)

- a) Televisor plasma
- b) Microondas
- c) Aire acondicionado
- d) Computadora con Internet
- e) Automóvil

PARA SER LLENADO POR EL EVALUADOR

1. ¿Con quién vives?

Con mamá y papá	
Con la mamá (sin el papá)	
Con el papá (sin la mamá)	
Con hermanos y ambos padres	
Con hermanos y la madre, abuelo/s	
Con padres, hermanos y abuelo/s	
Con abuelo/s	
Con la mamá y su pareja	
Con el papá y su pareja	
Con otras personas no familiares	

5

Habilidades sociales en adolescentes con sobrepeso y obesidad

ANA BETINA LACUNZA
SILVINA VALERIA CABALLERO

Introducción

La alimentación es una construcción social y cultural, con un simbolismo legitimado por normas y valores culturales que enlazan determinados alimentos a situaciones específicas. En este sentido, Barthes (1961) y Douglas (1973) señalan que las comidas constituyen un sistema de comunicación, un protocolo de imágenes y costumbres que ponen de manifiesto la estructura social y simbolizan las relaciones sociales. Así mientras que, por ejemplo, una torta se asocia a cumpleaños y celebración, una sopa lo hace a enfermedad y recuperación.

El proceso de socialización e interacción que ocurre en torno a la alimentación muestra cómo las comidas permiten expresar relaciones sociales: acercamientos y afectos positivos, solidaridad como también violencia o

rechazo. La comida tiene una dimensión mítica, simbólica, cognitiva y emocional. Se trata de un fenómeno construido socialmente, compartido por una comunidad y cultivado en la vida cotidiana (Amon, Guareschi y Maldavsky, 2005).

Las habilidades sociales parecen ser necesarias en el momento de la comida, desde esperar el turno, saber escuchar, cortesía al solicitar elementos de la mesa, hasta mostrar empatía, entre otras. Estas habilidades no son las únicas que determinan la dimensión simbólica de la alimentación, pero contribuyen a la cohesión social y a sostener determinadas representaciones de qué comer y cómo hacerlo. En tal sentido, Aguirre (2011) plantea que cuando se comprenden los usos sociales y la calidad estructurante de la alimentación pueden entenderse las dificultades de aquellos sujetos que realizan dietas restrictivas, como el caso de los diabéticos o celíacos. Según esta autora, el sujeto que indica su diferencia respecto al lugar social asignado (por ejemplo, comida rápida para niños y adolescentes), porque come diferente, puede padecer cierta presión social y desarrollar conductas alimentarias riesgosas.

Una de estas conductas riesgosas es la sobreingesta que junto a patrones de comportamiento sedentarios puede provocar un desequilibrio en la homeostasis energética; este sobrante de energía se deposita como adiposidad en los tejidos del organismo originando la obesidad. Si bien son distintos los modelos explicativos de la patología, estos coinciden en una determinación multicausal que va desde la predisposición biológica hasta la influencia socioeconómica, por mencionar solo algunos de los elementos implicados.

El abordaje de esta patología debe ser de modo interdisciplinario, considerando que la intervención a nivel psicológico posibilite al sujeto obeso romper el circuito del atracón (sobreingesta), culpa y sentimientos de ineficacia, aspectos que influyen en sus interacciones sociales. De allí que muchos especialistas planteen la importancia

de las intervenciones en habilidades sociales como parte del tratamiento.

El presente capítulo plantea la relación entre habilidades sociales y obesidad en la adolescencia. El interés radica en identificar tanto las habilidades sociales como sus déficits y conductas alimentarias de riesgo, particularmente con sobrepeso y obesidad. Asimismo, se discute la importancia de la intervención en comportamientos sociales como un engranaje del abordaje interdisciplinario de esta problemática. Los ejes del capítulo giran en torno a tres aspectos relevantes: a) las habilidades sociales en los trastornos de la conducta alimentaria, b) las habilidades sociales en la obesidad y c) la intervención en habilidades sociales como un elemento de la terapéutica de la obesidad.

A fin de ilustrar esta mirada conceptual se describen estudios empíricos realizados con población adolescente de Tucumán, producto de una línea de investigación interdisciplinaria que desde 2008 hasta la fecha se viene desarrollando en la Universidad del Norte Santo Tomás de Aquino.

Habilidades sociales y trastornos de la conducta alimentaria

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son enfermedades graves de etiología multifactorial que solo pueden entenderse por la interacción de diversos factores psicológicos y fisiológicos que se suscitan, potencian y modifican mutuamente, dando lugar a su notable complejidad funcional y estructural (Escudero Alonso, Díaz Huertas y Allúe Martínez, 2007). En estudios que enfatizan la posibilidad de revertir la cronicidad de los TCA, se los define como comportamientos anormales relativos a la alimentación así como actitudes, emociones y sentimientos negativos hacia el tamaño y la forma del cuerpo (De la Vega Morales y Gómez-Peresmitré, 2012). El

Manual de Diagnóstico de Trastornos Mentales (DSM-IV) (APA, 1994) los entiende como enfermedades psiquiátricas graves, marcadas por alteraciones en el comportamiento, en las actitudes y la ingestión de alimentos generalmente acompañadas de intensa preocupación por el peso o la forma del cuerpo.

Si bien los TCA más conocidos son la anorexia (AN) y la bulimia nerviosa (BN), la ortorexia (obsesión por el ejercicio físico), la vigorexia (obsesión por la comida sana), entre otros, van ganando terreno en la población joven. En la edición V del DSM (APA, 2013) se ha agregado el TCA no especificado para aludir a aquellos trastornos que no cumplen con los criterios diagnósticos de AN y/o BN. En todos estos cuadros se observa la alteración en los comportamientos relativos a la ingesta de alimento así como la preocupación excesiva por el peso. Esta nueva edición ha incluido entre los TCA al trastorno por atracón, que entre otros síntomas es definido por la ingesta excesiva, sin control, y sentimientos de malestar psicológico, indicadores que posiblemente estén presentes también en el diagnóstico de obesidad. Esto permite pensar a la ingesta excesiva de alimento (tendencia al sobrepeso) y el déficit nutricional por exceso (sobrepeso y/u obesidad) como TCA.

Se han identificado tres factores de riesgo como aquellos más asociados a los TCA: las conductas alimentarias de riesgo (CAR), el índice de masa corporal (IMC) y las actitudes hacia el cuerpo (insatisfacción corporal); en otros estudios se agregan el cuerpo biológico y las prácticas compensatorias (Gómez-Peresmitré, 2001).

Retomando autores clásicos se puede señalar que existen tres áreas de funcionamiento psíquico afectadas en los TCA: trastorno de la imagen corporal, percepción confusa de los estímulos que surgen del cuerpo y sensación de ineficacia paralizante (Békei, 1984). El primero de ellos es el que más desarrollo ha presentado en las investigaciones contemporáneas.

La internalización que los adolescentes realizan de los modelos hipermesomórfico para el varón y anoréxico para la mujer se ha convertido en un factor de riesgo para la insatisfacción corporal. Esta ocurre cuando una persona percibe gran distancia entre su cuerpo y aquel *ideal* interiorizado. Uno de los efectos de esta incompatibilidad se observa en que los adolescentes con un IMC normopeso igualmente presentan insatisfacción corporal (Hernández, Alvez, Arroyo y Besabé, 2012).

Tanto mujeres como varones reconocen que los *mass media* son el principal factor influyente en su deseo de verse bien, seguido de los amigos y la figura materna (Torresani et al., 2009), pero las mujeres parecen ser más permeables a los mensajes estéticos y al ideal prodelgadez de los tiempos actuales (Nuño Gutiérrez, Celis de la Rosa y Unikel-Santoncini, 2009; Cano Correa et al., 2007; Acosta García, Llopis Marin, Gómez-Peresmitré y Pineda García, 2005; León Castellanos, 2012; Pérez Manuel, 2006; Sancho Lucmor, 2008). A pesar de ello, existen estudios en los que no se han encontrado diferencias significativas según sexo (Torresani et al., 2009) o bien investigaciones que señalan una línea diferente como aquella en la que Salas, Hodgson, Figueroa y Urrejola (2011), trabajando con adolescentes varones, observaron que la insatisfacción corporal con el propio cuerpo y el sobrepeso aparecían como antesala de anorexia nerviosa y desórdenes alimentarios no especificados también en esta población.

A pesar de estas diferencias, se destacan los aportes de autores como Gil García (2006), que resaltan los sesgos de género en esta afirmación científica sobre los trastornos de la imagen corporal, señalando la primacía de las mujeres en la tendencia a las CAR y/o los TCA.

La relación entre TCA y habilidades sociales está descrita de diversos modos. Autores que han trabajado modelos explicativos de estos trastornos mencionan que las dificultades interpersonales actúan como factores de

riesgo y de mantenimiento de la patología. Tal es el caso del modelo de Garkinkel y Garner (1985), pioneros en el tratamiento y la investigación de los trastornos de la alimentación en el Hospital de Toronto, Canadá. Según otros autores los sujetos con TCA presentarían, antes del desarrollo del trastorno, dificultades interpersonales como introversión, inseguridad, ansiedad social, falta de asertividad, sensación de ineficacia y ausencia de control en distintos ámbitos de su vida (Gismero González, 1996; 2001). Esta afirmación, basada en Williams, Chamove y Millar (1990), entre otros estudios, sostiene que estos pacientes se perciben a sí mismos como muy controlados por su familia y sociedad; sin embargo, ellos no actúan de forma asertiva con sus controladores. Esto pondría de manifiesto la imposibilidad de exponer sentimientos, pensamientos y decisiones frente a las presiones del medio.

Si bien el aprendizaje de distintas habilidades sociales está incluido en los diseños de intervención en TCA, dos de ellas merecen un apartado especial: la asertividad y la autoeficacia social. Vale recordar que la asertividad se vincula a un comportamiento y no a un rasgo de la personalidad, propio de una situación vinculada al contexto cultural y otras variables situacionales (Caballo, 1983). Tal como fue descrito en el capítulo 1 del presente libro, la asertividad fue definida desde los primeros planteos psicológicos como “la expresión adecuada socialmente aceptable dirigida hacia otra persona, de cualquier emoción que no sea la respuesta de ansiedad” (Wolpe, 1958, p. 399). En concordancia, Lazarus (1973) planteó distintas habilidades que responden al comportamiento asertivo: a) habilidad para decir no, b) habilidad para pedir favores y hacer demandas, c) habilidad para expresar sentimientos positivos y negativos y d) habilidad para iniciar, mantener y finalizar conversaciones. Posteriormente, Alberti y Emmons (1978) la definieron como la conducta que permite a una persona actuar para implantar su propio interés, defenderse a sí

mismo sin ansiedad y expresar sus derechos sin destruir los derechos de los demás. Estas definiciones se han centrado en la expresión emocional y de los propios derechos como la valoración por sí mismo. Además señalan que el comportamiento asertivo es específico situacionalmente, puede aprenderse aunque todavía existe la controversia si determinadas características del sujeto hacen que este pueda actuar asertivamente en distintas situaciones. Se ha encontrado que ciertas características individuales se vinculan a la presencia del comportamiento asertivo, tales como el locus de control y el autoconcepto (La Rosa y Díaz Loving, 1988).

La autoeficacia social es definida por Medrano y Olaz (2008) como las creencias que una persona tiene acerca de su capacidad para responder en forma adecuada a demandas interpersonales específicas. El constructo de autoeficacia, indispensable para comprender la teoría del aprendizaje social, fue introducido por Bandura en 1977, definiéndola como los juicios de las personas acerca de sus capacidades para alcanzar niveles determinados de rendimiento (Bandura, 1977). Según Olaz (2003), los sujetos perciben señales de eficacia personal y utilizan estas señales para evaluar esta eficacia en situaciones futuras. Estas señales incluyen los logros de rendimiento, los patrones de éxito-fracaso, las atribuciones, las comparaciones sociales, la credibilidad del persuasor, el establecimiento de metas y su consecución, las contingencias de refuerzo y las señales fisiológicas. Según estas señales, el sujeto elabora juicios de eficacia que van a afectar posteriormente tanto la motivación como el rendimiento que tenga el sujeto en una multiplicidad de tareas. De este modo, el proceso metacognitivo sobre las capacidades y posibilidades de acción (auto-eficacia) y la actuación real según las habilidades disponibles en el sujeto se conjugan e influyen mutuamente. Esta interacción es la que potencia un funcionamiento competente, es decir, un equilibrio entre la autopercepción de autoeficacia y la posesión de habilidades como cono-

cimientos necesarios para ejecutar satisfactoriamente una actividad. Por ejemplo, no basta con que el adolescente cuente con creencias y percepciones de que puede invitar a una adolescente a una salida, sino que para que su comportamiento sea socialmente competente necesitará de habilidades sociales para relacionarse con el sexo opuesto.

Retomando la temática de la asertividad en los TCA, se plantea que tanto los sujetos con anorexia nerviosa como con bulimia muestran dificultades en sus relaciones sociales como una falta de autoafirmación. Tal es así que Toro y Vilardell (1987) explican claramente la dificultad progresiva que va adquiriendo el sujeto con anorexia nerviosa para ser asertivo. Su tendencia a adelgazar como modo de conseguir seudofelicidad le impide ver el peligro inminente en el que se encuentra. Según Calvo (2002), en los TCA no suelen demostrarse las emociones y sentimientos negativos, salvo manifestaciones de agresividad como respuesta a cuestionamientos sobre la delgadez, los comportamientos bulímicos o la forma de comer. Suelen ocultar cualquier decepción de sus relaciones interpersonales, no discrepan aunque sea por defensa propia. Por temor a la crítica, estos sujetos se ubican en una posición de conformismo e intentan agradar a los demás.

La evidencia empírica de la relación asertividad y TCA mostró que sujetos con TCA (diagnosticados con criterios del DSM) exhibían menor asertividad comparados con estudiantes sin TCA, mientras que sujetos con riesgo alimentario mostraban menor expresión asertiva que sus pares sin trastorno. La ausencia de autoaserción se manifestó principalmente por la timidez, la ansiedad paralizante, la sumisión, la dependencia y carencia de habilidades sociales. En este estudio realizado con mujeres adolescentes y jóvenes de Chile, también se indicó que la falta de asertividad predecía en un 53% el desarrollo de un desorden alimentario (Behar, Rodrigo, Manzo y Casanova, 2006). De este modo, la baja aserción, manifestada como

sentimientos de culpa y autocrítica, aparecería como un factor predictivo de los TCA, mientras que una mayor asertividad actuaría como un factor de buen pronóstico en quienes padecen estos trastornos (Beresin, 1998).

Respecto a la autoeficacia percibida, Behar (2011) sostiene que los sujetos con TCA suelen tener juicios empobrecidos respecto a poder ejecutar acciones requeridas; asimismo, se perciben incapaces para manejar efectivamente situaciones potenciales. Este sentimiento de *yo puedo* vinculado a la percepción de autoeficacia, planteado por Bandura y descrito en el capítulo 1 de este libro, aparece en la revisión de literatura sobre TCA como un constructo complejo referido a múltiples comportamientos. Tanto Bruch (1973) como Beckei (1984) plantearon que los sujetos con TCA padecían un sentimiento de ineficacia personal, relacionado a un déficit en el sentido del *self* por distorsiones tempranas en el vínculo madre-hijo, por lo cual la madre es percibida como controladora e intrusiva por el hijo. Esto supone una dificultad en identificar experiencias emocionales internas por las negligencias no intencionales maternas, las que generan sentimientos de desconfianza e incapacidad para satisfacer sus necesidades de fuentes externas. Esto provoca sentimientos de incompetencia, reflejados en el fracaso del sujeto con TCA para cuidarse por sí mismo y satisfacer sus necesidades. Estos se perciben dominados por los juicios externos y no confían en sus decisiones; en tanto, la figura materna fracasa en responder asertivamente, generando significativas carencias en la iniciativa y experiencia activa del sí mismo.

La ineficacia en los TCA se relaciona principalmente con la motivación por la delgadez, el perfeccionismo, la timidez, la falta de asertividad, la alexitimia, el abuso de laxantes y sustancias, la dieta, el ejercicio físico, la sintomatología obsesivo-compulsiva, la baja autoestima, la insatisfacción corporal, el estrés y con la severidad del TCA. Estos indicadores fueron recurrentes en la revisión de

Behar (2011) en bases de datos en el periodo 1970-2011. Asimismo, la evidencia científica apoyó la existencia de un sentimiento de ineficacia personal, tanto en poblaciones en riesgo para desarrollar TCA como en pacientes con TCA, específicamente anorexia y bulimia nerviosa, por lo que resulta esencial su identificación y tratamiento.

Hay otros déficits sociales que también aparecen asociados a los TCA. León Hernández, Gómez Peresmitré y Platas Acevedo (2008) sostienen que el aislamiento, la soledad y la ansiedad aparecen con mayor frecuencia en los TCA. En un estudio peruano con adolescentes se encontró que las mujeres manifestaban mayor sintomatología de TCA y niveles de estrés que los varones. Los resultados mostraron que la tendencia a experimentar sentimientos de incertidumbre sobre el futuro vocacional o las dificultades en las relaciones interpersonales se relacionaban con comportamientos de atracones. Los adolescentes con sobrepeso referían insatisfacción con su cuerpo y los pares con IMC normal indicaban como estresores las dificultades en el ámbito interpersonal, específicamente en las relaciones amorosas, con pares y padres (Franco López, 2013). En grado extremo se han observado indicadores de depresión en varones, e impulsividad e ideación suicida en mujeres (Nuño Gutiérrez, Celis de la Rosa y Unikel-Santoncini, 2009). En un estudio con adolescentes argentinos se confirmó la asociación entre depresión y TCA en adolescentes mujeres (Vega, Piccini, Barrionuevo y Tocci, 2009).

En algunas investigaciones se indica que la falta de control de los impulsos y la irritabilidad son consecuencias sociales negativas de los TCA (Tornero, Bustamante y del Arco, 2014). La pérdida de control sobre la ingesta alimentaria reforzaría la sensación de ineficacia y agravaría la insatisfacción corporal (Portela de Santana, Costa Ribeiro Junior, Mora Giral y Raich, 2012). A su vez, se ha observado incapacidad percibida para manejar emociones; este déficit afecta las tareas y relaciones de la vida cotidiana-

na y aparece como un criterio de diagnóstico diferencial entre adolescentes mujeres con TCA y aquellas sin este diagnóstico (Calvo Sagardoy et al., 2014).

Habilidades sociales y obesidad

Obesidad y comorbilidad psicopatológica

La obesidad ha sido definida por la Organización Mundial de la Salud como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud (OMS, 2006). Sin embargo, investigaciones recientes amplían este enfoque superando el foco en la acumulación de grasa y considerándola consecuencia de hábitos adquiridos que rompen el equilibrio entre la vulnerabilidad genética y la homeostasis energética (López Morales y Garcés de las Fayos Ruíz, 2012). La complementariedad de ambas propuestas reconoce que las causas de esta problemática de salud son múltiples y están implicados factores biológicos, comportamentales y psicosociales, entre otros. La OMS la considera como la epidemia del siglo XXI, no solo por su magnitud, sino por su impacto en la calidad de vida, la mortalidad y el gasto sanitario que conlleva.

Para Chinchilla Moreno (2003), existen dos tipos de personas con obesidad: aquellos conformes con su situación que comen porque les gusta y no desean privarse del gran placer que les genera la comida. Estos asumirían los riesgos de su conducta y buscarían tratamiento solo cuando aparecieran consecuencias físicas de su obesidad. El otro grupo estaría formado por los obesos que viven más desadaptados por su aspecto físico y presentarían síntomas depresivos o ansiosos con sentimiento de baja autoestima o autodesprecio. En ambos grupos el autor resalta que existen factores socioculturales, por ejemplo, una educación en la infancia que favoreció hábitos alimentarios inadecuados.

El aumento del sobrepeso y/u obesidad en población adulta de Argentina es alarmante y se ubica como uno de los problemas más acuciantes que debe enfrentar la salud pública. Tal es así que se estima que el 60% de los argentinos presenta sobrepeso y obesidad (Ministerio de Salud de la Nación, 2010). El Noroeste ocupa el tercer lugar con un 16,6%, al comparar los mayores indicadores de sobrepeso y obesidad de distintas regiones argentinas (Ferrante et al., 2011).

En el caso de los adolescentes, las estimaciones indican que uno de cada tres adolescentes argentinos tiene problemas relacionados al peso (2013, Clarín, 30 de noviembre). Este último dato surge de la Encuesta Mundial de Salud Escolar, realizada en 2012 por el Ministerio de Salud en 250 escuelas de todo el país. Este relevamiento indicó que el sobrepeso creció de un 24,5% a un 28,6% respecto a la Encuesta Nacional de 2007. Idéntica tendencia mostró el aumento de obesidad en un 1,5%, es decir que de una población de 28 368 adolescentes, entre 13 y 15 años, el 5,9% presentaba obesidad. Este incremento de la problemática alimentaria se asoció a otros factores de riesgo como el consumo de bebidas azucaradas (uno de cada dos estudiantes las bebían diariamente), el sedentarismo (uno de cada dos adolescentes permanecía más de tres horas sentado al día), consumo de alcohol (75,9% antes de los 14 años) y tabaco (dos de cada diez adolescentes fumaron cigarrillos más de un día en el mes de la evaluación), entre otros (Ministerio de Salud, 2013). Debe destacarse que el comienzo precoz de la obesidad en la infancia y adolescencia sumado a los antecedentes familiares de dicha problemática son factores de pronóstico negativo para la patología en la adultez. Existe evidencia de que cuando este cuadro se da antes de los 6 años tiende a evolucionar de forma crónica en función de su intensidad (Callabed, Comellas y Mardomingo, 1997).

Si bien la obesidad no se considera un trastorno mental según ciertas clasificaciones nosográficas, se ha encontrado relación entre sobrepeso y/u obesidad y ciertas alteraciones psicológicas, sin llegar a un consenso sobre la existencia de un perfil patológico de personalidad o determinantes de psicopatologías en la obesidad (Luna, 2007). La literatura señala que las alteraciones psicopatológicas son frecuentes en sujetos con diagnóstico de obesidad, particularmente los trastornos del estado de ánimo (sobre todo, depresión), trastornos de la personalidad y otros trastornos de la conducta alimentaria como el síndrome de ingesta nocturna o trastorno por atracón. Una hipótesis indica que las alteraciones psicopatológicas se deben a las limitaciones sociales y personales que ocasiona la obesidad, mientras que una conjetura contrapuesta señala que los factores psicológicos podrían influir en el inicio y desarrollo de la obesidad (Sánchez Zaldívar, Arias Horcajadas, Gorgojo Martínez y Sánchez Romero, 2009).

Las causas del sobrepeso y la obesidad son variadas, pero parece estar claro que los factores psicológicos juegan un papel significativo. Tal como plantean Cabello Garza y Zuñiga Zárate (2007), la génesis de la obesidad se relaciona con eventos de vida estresantes y se utiliza la comida como refugio para compensar frustraciones, depresión, necesidades y temores, mientras que Bersh (2006) señala que la comida es utilizada como un objeto transicional, particularmente en el mundo occidental: se recurre a ella para atenuar cualquier malestar emocional. Sumado a esto, ciertas características psicopatológicas tienen un peso relevante en la etiología como en el mantenimiento de la obesidad. Existe evidencia de que la depresión y la ansiedad son más frecuentes en personas obesas (Bayle y González, 2011), así como el trastorno de personalidad dependiente y compulsivo (Lorence Lara, 2008).

Habilidades sociales, obesidad y características de personalidad

Existen controversias respecto a un perfil de personalidad característico de los sujetos obesos, puesto que algunos consideran que la obesidad es la que determina cambios en la personalidad mientras otros argumentan que la presencia de obesidad se asocia con características específicas de la personalidad (Bravo del Toro, Espinoza Rodríguez, Mancilla Arroyo y Tello Recillas, 2011; López Pantoja et al., 2012; Ruiz Prieto, Santiago Fernández, Bolaños Ríos y Jáuregui Lobera, 2010). A esto se suman los debates abiertos sobre la relación personalidad y habilidades sociales, lo que hace mucho más complejas las tareas de evaluación de perfiles psicológicos.

Tal como ya se mencionó, las habilidades sociales son un componente primario de un buen funcionamiento y desarrollo, ocupan un papel central en las teorías del ciclo vital y sus déficits son indicadores relevantes en el diagnóstico de los trastornos mentales. En tal sentido, Jewell, Sytsma, Hupp y Everett (2009) sostienen que los trastornos psicopatológicos pueden incidir negativamente en la práctica de habilidades sociales, mientras que los déficits sociales pueden precipitar síntomas psicopatológicos y futuros trastornos. Argyle (1967) sostiene que, en muchas ocasiones, el sujeto tiene que apartarse de su comportamiento habitual para adecuarse al comportamiento del otro, por lo que la personalidad no es el único determinante de la práctica de una habilidad social.

A menudo suelen observarse comportamientos de rechazo y discriminación hacia las personas con sobrepeso y obesidad en un contexto donde los parámetros de belleza y éxito se vinculan a lo corporal. Basta recordar noticias periodísticas de los últimos años con víctimas adolescentes: “La Pampa: los compañeros lo acosan por gordo y la escuela lo cambia de turno por violento” (2013, *La*

Gaceta, mayo, 09), “Golpean a un alumno por ser gordo y suben el video a *youtube*” (2011, *La Razón*, noviembre, 15), entre otras. Estos estereotipos de asociar la imagen del *gordito* con características negativas como torpe, feo, ridículo causan un impacto negativo tanto en los sujetos que padecen esta problemática, al sentirse inseguros para establecer amistades llegando a aislar socialmente, como en los otros que consumen e introyectan estas normas de atracción o rechazo cultural. Durante la infancia y adolescencia se interiorizan el rechazo y la discriminación social. Los individuos notan cómo, en función de criterios arbitrarios, la sociedad los señala y designa como *distintos* y, por tanto, los sitúa como *apartados* de los considerados *normales* (Mardomingo Sanz, 1997).

Estudios sobre estereotipos realizados por Goldman y Lewis (1975) en estudiantes universitarios a través del contacto telefónico mostraron que el estigma asociado con la obesidad tenía un impacto en el desarrollo de las habilidades sociales, particularmente por la influencia negativa que provocaba la apariencia en las reacciones que los sujetos tenían ante los otros. Sin embargo, Miller, Felicio y Brand (1995) mostraron que un grupo de mujeres obesas tendía a compensar el estigma de la obesidad a partir de sus comportamientos verbales y no verbales: poseían más amigos, tenían más apoyo social y se comportaban de forma más competente en situaciones sociales respecto a mujeres no obesas.

Estos datos contradictorios respecto a los sujetos obesos y sus competencias sociales también se sostienen con los resultados de Correia, Del Prette y Del Prette (2004), quienes estudiaron las habilidades sociales de mujeres brasileñas obesas en tratamiento médico comparadas con un grupo control. Estos autores encontraron que el grupo clínico mostraba mayores dificultades en las habilidades sociales asertivas relacionadas con la alimentación, por ejemplo, en el autocontrol, lo que dificultaba la superación

de la enfermedad. Asimismo, las habilidades sociales generales eran similares en ambos grupos, sobre todo aquellas vinculadas al desenvolvimiento social con personas conocidas que utilizaba el grupo clínico. Esta distinción entre habilidades asertivas alimentarias y habilidades sociales generales se basó en un estudio de Klesges (1984), por lo que en el *Inventário de Habilidades Sociais* de Del Prette-IHS-Del Prette (Del Prette y Del Prette, 2001) se incluyeron ítems tales como: *cuando me ofrecen una comida fuera de hora no acepto, rechazo la oferta de repetir el plato en las comidas, rechazo la oferta de postre*, entre otros.

Se podría decir que la personalidad predispone al sujeto a tener mayor o menor respuesta en el aprendizaje de habilidades sociales. Por ejemplo, un sujeto introvertido puede tener mayores dificultades para iniciar interacciones sociales que un sujeto extravertido. Volling, Youngblade y Belsky (1997) han encontrado que los adolescentes introvertidos refieren dificultades interpersonales con desconocidos, en tanto que con sus familiares suelen funcionar como figuras de seguridad y apoyo emocional. Esta y otras evidencias empíricas llevan a plantear que la personalidad no es el único determinante del comportamiento social, aunque su participación sea relevante.

En el caso de los sujetos con obesidad, la Asociación de Psiquiatría del Niño y el Adolescente (2010) indicó que el neuroticismo, en tanto característica de personalidad, se asocia a los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) y guarda una estrecha relación con los síntomas y trastornos depresivos que, a su vez, son factores de riesgo para los TCA. Por su parte, un estudio con niños y adolescentes (9 a 16 años) españoles con sobrepeso y obesidad mostró que un alto nivel de ansiedad acompañado de insatisfacción corporal y menor autoestima general y académica fue mayor en la muestra clínica. Al analizar pacientes obesos en tratamiento dietario, Abilés et al. (2010) observaron que aquellos pacientes con mayor dificultad para la pérdida de

peso manifestaban mayor ansiedad, emotividad, dureza emocional y pérdida de control, todos ellos indicadores psicopatológicos de personalidad.

Experiencias locales con adolescentes con sobrepeso y obesidad

Desde el año 2008, un equipo de investigación interdisciplinario de psicólogos y licenciados en Nutrición desarrolla líneas de trabajo sobre temáticas vinculadas a la conducta alimentaria de adolescentes de Tucumán, con el aval del Consejo de Investigaciones de la Universidad del Norte Santo Tomás de Aquino¹.

En un primer momento, el equipo trabajó en la identificación de las conductas alimentarias de riesgo en adolescentes escolarizados, de nivel socioeconómico bajo, de San Miguel de Tucumán. Para esa oportunidad se utilizó una encuesta sobre hábitos alimentarios y datos sociodemográficos, mediciones antropométricas y el Inventario de Conductas Alimentarias (Casullo y Pérez, 2003). En una muestra de 125 adolescentes se encontró que un 17% presentaba sobrepeso y un 2% obesidad, mientras que la medición de circunferencia de cintura identificó riesgo cardiovascular en el 7% de los participantes. También fue excesivo el consumo de hidratos de carbono refinados, aceites y grasas; mientras que solo el 54% realizaba actividad física. Respecto a las conductas de riesgo, se observó dependencia entre los deseos de adelgazar y el diagnóstico de IMC. Las mujeres fueron las que manifestaron mayor preocupación al momento de comprar ropa y muchas de ellas señalaron la práctica de conductas compensatorias

¹ El equipo actual está integrado por los psicólogos Betina Lacunza, Valeria Caballero, Marcelo Alé, Yanina Díaz y los Lics. en Nutrición Javier Sal, Ramiro Salazar Burgos, Josefina Filgueira y Noelia Fernández. Durante el período 2008-2009 participó la Lic. en Psicología Adriana Yudowsky. De 2008 a 2010 participó la Lic. en Nutrición Laura Cordero y la Dra. Norma Contini lo hizo como investigadora externa en el período 2009-2010.

ante la pérdida de control en el consumo alimentario (Lacunza, Sal, Yudowsky y Cordero, 2009).

En un segundo momento se apuntó a la identificación de conductas alimentarias de riesgo y habilidades sociales de adolescentes escolarizados de zonas urbanas y rurales de Tucumán. Se mantuvieron los instrumentos nutricionales y además se aplicó la Batería de Socialización BAS-3 (Silva Moreno y Martorell Pallás, 2001) para la evaluación de las habilidades sociales. Se trabajó con 375 adolescentes de escuelas públicas de San Miguel de Tucumán y de dos zonas rurales de la provincia. Los resultados obtenidos mostraron que el 9% de los adolescentes presentaba sobrepeso, mientras que el 13% tenía obesidad. En el grupo de adolescentes urbanos fueron recurrentes las conductas alimentarias de riesgo, sobre todo los comportamientos de obsesión respecto a la delgadez como insatisfacción general respecto a distintas partes del cuerpo en los adolescentes con sobrepeso y obesidad. Al mismo tiempo, un 23% de los adolescentes con estado nutricional adecuado también refería la presencia de comportamientos alimentarios riesgosos, particularmente deseos de adelgazar y comportamientos bulímicos. Respecto a los déficits en las habilidades sociales, los adolescentes obesos de zona urbana mostraban mayor *Retraimiento* y *Ansiedad social/timidez* como menor autocontrol para las relaciones sociales (Lacunza et al., 2010). En tanto, en el grupo de adolescentes rurales las tendencias fueron similares. Además se encontró que aquellos con conductas alimentarias de riesgo, particularmente insatisfacción corporal, se percibían con escasas habilidades de *Liderazgo* y manejo grupal. Los adolescentes con sobrepeso y obesidad refirieron ser más retraídos que sus pares normopesos (Lacunza, Caballero, Filgueira, Sal y Salazar Burgos, 2012; Lacunza et al., 2015). Esto daría cuenta de que estos adolescentes con sobrepeso y obesidad se ubicarían en el polo de baja sociabilidad según el modelo jerárquico de

la socialización (Silva Moreno y Martorell Pallás, 2001) descripto en el capítulo 1.

Un dato de interés respecto al papel del contexto ecológico en la expresión de las habilidades sociales fue observado en el análisis del grupo rural. El trabajo de campo se realizó en dos localidades rurales de Tucumán ubicadas aproximadamente a 65 kilómetros de la ciudad Capital. La zona A, ubicada en sentido sur-norte, incluyó a 144 adolescentes. Se caracteriza por ser un municipio dedicado al cultivo de hortalizas, posee una empresa de extracción de agua mineralizada, una escuela primaria, una escuela secundaria, un instituto terciario, diversos negocios, un locutorio con acceso a Internet, un hospital zonal, dos CAPS y dos postas sanitarias. Por su parte, la zona B, ubicada en sentido norte-sur, incluyó a 109 adolescentes. Se trata de una comuna cuya principal actividad es el cultivo de caña de azúcar y la fabricación de ladrillos, contando con un CAPS, un establecimiento educativo y un solo locutorio. Al analizar las habilidades sociales de este grupo se encontró que los adolescentes de la zona B se percibían con más habilidades facilitadoras de la socialización, difiriendo estadísticamente de sus pares en *Consideración con los demás*, *Autocontrol* y *Liderazgo*. En tanto, los adolescentes de la zona A mostraron más comportamientos referidos a déficits en la socialización informando mayor *Retraimiento* (Lacunza, Caballero y Contini, 2013). Estos datos abrieron nuevas líneas de investigación. Barrón (1996), Green y Rodgers (2001), entre otros, sostienen que en las culturas colectivistas, como es mayoritariamente en el ámbito rural, el intercambio social y la recepción de apoyo suele percibirse de modo positivo, mientras que en las culturas individualistas, como es la predominante en contextos urbanos, la práctica de habilidades sociales de apoyo y trabajo grupal suele entrar en conflicto con los valores de independencia, autoconfianza y control interno. Al considerar las zonas A y B, si bien ambas responden a

contextos geográficos de tipo rural, la primera presenta mayor desarrollo comercial, acceso a servicios de salud e instituciones educativas así como espacios de recreación. Todos estos elementos acercan a esta zona a características de mayor urbanización que aquellas que presenta la zona B.

Actualmente, el equipo de investigación ha puesto su mirada en estudiar las habilidades sociales y los rasgos de personalidad en adolescentes con sobrepeso y obesidad. Se analizaron indicadores nutricionales, datos sociodemográficos, los desempeños en la BAS-3 como en el Cuestionario de Personalidad (EPQ-J) de 369 adolescentes residentes en el sur de la provincia de Tucumán. Los primeros análisis realizados destacan la dificultad de establecer un perfil de personalidad propio del adolescente obeso. Se encontró que los adolescentes normopeso referían mayor dureza emocional (psicoticismo) respecto a sus pares del grupo clínico. Cabe recordar que Eysenck (1990) plantea que un alto psicoticismo se asocia a agresividad, hostilidad, frialdad, egocentrismo, impulsividad, comportamientos antisociales y rigidez. Si se tiene en cuenta que el 23% de la muestra completa registraba niveles de riesgo (percentiles superiores a 75) en esta dimensión, se podría hipotetizar la tendencia para la expresión de comportamientos agresivos o de baja empatía. Por su parte, un análisis de tendencias mostró que los adolescentes del grupo clínico (sobrepeso y obesidad) referían mayor extraversión que sus pares normopeso. Si bien no se encontraron diferencias estadísticas, estos datos descriptivos permiten hipotetizar que los adolescentes con sobrepeso y obesidad deberían ser más sociales para agradecer a los otros y contrarrestar los posibles rechazos sociales (Lacunza et al., 2015).

Intervenciones en habilidades sociales

Según Cristóforo (2002), el término *intervención* tiene un uso muy amplio y a la vez ambiguo en la psicología. En su etimología, el término proviene de la conjunción de *inter* (entre) y *venire* (venir). *Inter* usado como prefijo y como raíz significa dentro o interior, mientras que *venir* significa moverse hacia el lugar donde está el que habla. De allí que, en su significación, el término se utilice como: a) participar, actuar con otros en un cierto asunto o b) entrometerse, mediar. En el ámbito de la psicología, el término está asociado a la consulta y al diagnóstico, puesto que al diagnosticar se interviene y toda intervención supone una etapa de diagnóstico previo (Lacunza, 2012).

Según Trull y Phares (2003), una intervención psicológica es un método para inducir cambios en el comportamiento, pensamiento o sentimiento de una persona. Aunque en muchas ocasiones se han utilizado como términos intercambiables intervención y psicoterapia, no son idénticos; así, la intervención de un docente o de amigos cercanos en una situación de conflicto entre adolescentes tiene una cualidad distinta a la intervención de un psicólogo en el contexto de una relación profesional. Las intervenciones psicológicas tienen como objetivo central modificar los comportamientos evaluados como disfuncionales, más allá de la perspectiva teórica de base. Sea que estas se utilicen desde una perspectiva psicopatológica o salúgena, se las emplea para disminuir el malestar de un trastorno psicológico como para potenciar recursos y fortalezas del sujeto, tendiendo a incrementar su bienestar.

Mustaca (2004), investigadora del Laboratorio de Psicología Experimental y Aplicada de Buenos Aires, sostiene que las intervenciones psicológicas son un indicador observable de la relación entre ciencia pura y aplicada, ya que destacan la necesidad de utilizar diseños experimentales con una rigurosa evaluación de las evidencias científicas

que indiquen su eficacia (validez interna) como la aplicabilidad y factibilidad de esos programas (validez externa). Si bien las intervenciones psicológicas se ubican más del lado de las prácticas psicoterapéuticas, “la investigación básica es el fundamento de la psicoterapia” (Ardila, 1990, p. 47). Tal es así que un psicólogo que realice acciones de intervención tendrá una dudosa ética si no conoce, por ejemplo, las evidencias científicas de la eficacia de los programas de intervención que utiliza como los fundamentos conceptuales del constructo en el que está interviniendo. Esto es congruente con la denominación de práctica basada en la evidencia en psicología, planteada por la APA (2006) con el propósito de identificar las evidencias de eficacia y efectividad de las prácticas psicológicas según las características del profesional, cliente y el contexto cultural en las que estas ocurren.

Según Fernández Ballesteros (1996), un programa de intervención supone acciones sistemáticas, planificadas, ejecutadas en un período determinado de tiempo, que tiendan a resolver una problemática. Estas acciones se derivan de un diagnóstico de la situación inicial, en las que se evalúen las necesidades y los recursos para iniciar un entrenamiento. En el campo de las habilidades sociales, las intervenciones son procedimientos que integran un conjunto de técnicas derivadas de la teoría del aprendizaje social, de la psicología social, de la terapia de la conducta y de la modificación de la conducta (García Vera, Sanz y Gil, 1998).

Para Del Prette y Del Prette (2010), un programa de entrenamiento en habilidades sociales es entendido como

un conjunto de actividades planificadas que estructuran procesos de aprendizaje, mediados y conducidos por un terapeuta o coordinador, destinado a: a) ampliar la frecuencia y/o mejorar las habilidades sociales ya aprendidas, pero deficitarias, b) enseñar habilidades sociales nuevas y

significativas y c) disminuir o extinguir comportamientos concurrentes con tales habilidades (p. 128).

Lacunza (2012) plantea que estas intervenciones se diferencian respecto a otras de corte psicoterapéutico por el hecho de que estas técnicas —en habilidades sociales— actúan independientemente de la etiología de la conducta problema o el malestar que esto genera, ponen énfasis en los aspectos positivos del sujeto y apuntan al desarrollo de habilidades y comportamientos sociales alternativos.

Las intervenciones en habilidades sociales surgen en Inglaterra en la década de 1970, a partir de los estudios de Argyle (1967) y sus discípulos de la escuela de Oxford, como así también por las contribuciones del entrenamiento asertivo, desarrollado en la misma época en Estados Unidos por Wolpe (1977) (Del Prette y Del Prette, 2000). Si bien los programas de intervención han tenido soportes teóricos diversos, como teorías humanistas, sistémicas, cognitivas o comportamentales, los autores más representativos (Caballo, 2005; Gil Rodríguez, León Rubio y Jarana Expósito, 1995) señalan que las técnicas cognitivo-comportamentales son las que predominan en los programas de intervención. García Saiz y Gil (1995) realizan una descripción de las técnicas implicadas en estos procesos, entre las que se destacan: las *instrucciones* (informar sobre las conductas adecuadas), el *modelado* (hacer demostraciones de las conductas adecuadas), el *ensayo conductual* (práctica de esas conductas), la *retroalimentación* y el *refuerzo* (moldeamiento y mantenimiento de las conductas exhibidas por el sujeto), y las *estrategias* (tareas o actividades concretas, similares a las entrenadas, para que el sujeto las lleve a cabo en situaciones reales) que faciliten la generalización de las conductas aprendidas. A estas se le suman las técnicas vivenciales cuando los entrenamientos son grupales. Del Prette y Del Prette (2005) definen a la noción de vivencia como una

actividad estructurada, de modo análogo o simbólico a situaciones cotidianas, que crea oportunidades para desempeños específicos, permitiéndole al terapeuta evaluar los comportamientos observados y utilizar las contingencias adecuadas para fortalecer y/o ampliar el repertorio de habilidades sociales de los participantes así como para debilitar y extinguir los comportamientos concurrentes e indeseables a las habilidades sociales nuevas (p. 101).

En todos los casos, estas técnicas se orientan a diversos objetivos, pero en su conjunto apuntan a modificar componentes comportamentales, cognitivos y fisiológicos, aspectos típicos de los déficits en las habilidades sociales.

Tal como fue planteado en los capítulos 1 y 3, las intervenciones en habilidades sociales constituyen un momento del proceso de evaluación de habilidades sociales. Siguiendo a Monjas Casares (2000), este proceso tiene tres momentos: el primero comprende la identificación, clasificación y diagnóstico; el segundo supone la planificación de los programas de intervención y el tercero remite a la evaluación de los efectos de la intervención. Según Garaigordobil Landazabal (2008), el monitoreo de la enseñanza de comportamientos sociales requiere una metodología de evaluación de tipo sumativa, por un lado, y de tipo formativa, por otro. La evaluación sumativa identifica el resultado, el cambio producido por el programa de intervención, mientras que la evaluación formativa es una evaluación continua del programa implementado para desarrollar habilidades sociales. En la evaluación sumativa se utiliza la misma batería diagnóstica empleada al momento inicial, manteniendo el formato pre-postest. En la evaluación formativa se recurre a técnicas observacionales, de corte cualitativo, diseñadas según el tipo de estrategias de intervención y las características de la población en estudio. Los instrumentos más utilizados en el período pre-postest son aquellos descriptos en el capítulo 3, entre

los que sobresalen las entrevistas, los auto y heteroinformes como los registros de observación, entre otros.

García Vera, Sanz y Gil (1998) sostienen que las intervenciones en habilidades sociales tienen dos fases diferenciadas: a) planificación de la intervención y b) aplicación o puesta en práctica. La planificación se vincula a la evaluación de los comportamientos sociales, ya que de esta derivan los objetivos específicos del entrenamiento y posteriormente la delimitación de las condiciones de aplicación de la intervención. Por su parte, la puesta en práctica supone la preparación de los sujetos participantes, el momento de la adquisición o de entrenamiento propiamente dicho y la generalización, consistente en asegurar que las habilidades sociales aprendidas se apliquen en situaciones distintas a aquellas en las que se produjo la intervención, es decir, se transfieran a las relaciones de la vida cotidiana.

Tal como plantea Kelly (2002), los principios del aprendizaje social son los ingredientes activos de la intervención. Estos ya han sido desarrollados en el capítulo 1, por lo que solo basta recordar la importancia del papel del modelado, del refuerzo y de las creencias de autoeficacia en la efectividad de una interacción social.

Intervenciones en déficits sociales de adolescentes con sobrepeso y obesidad

Las implicaciones de la obesidad infanto-juvenil en la calidad de vida de un sujeto son tan significativas que la convierten en un factor de riesgo en la vida adulta. Su papel en la comorbilidad para otras patologías (enfermedad coronaria, hipertensión, diabetes, discapacidad prematura, entre otras) la convierten en un factor de riesgo muy potente y de mortalidad en sí mismo. Esto originó en los últimos años un incremento de las políticas públicas centradas en la prevención de la patología y la promoción de hábitos saludables.

Si bien son innumerables las intervenciones en obesidad, desafortunadamente la efectividad de estas todavía es baja. Terapias que van desde dietas mágicas (de la luna, del agua, de un único alimento, etc.) hasta intervenciones quirúrgicas son estrategias que, si no se incluyen en un tratamiento integral apoyado en los pilares de la problemática (genéticos, psicológicos y ambientales), tienden a fracasar.

El tratamiento de la obesidad debe ser interdisciplinario (médico, psicológico, nutricional, físico, social) considerando tanto las necesidades y áreas problemáticas de cada sujeto como otros elementos: grado de exceso de peso, presencia de complicaciones físicas, comorbilidad psicológica y/o tratamientos realizados con anterioridad. Generalmente, las intervenciones se han centrado en cambiar conocimientos, hábitos y actitudes alimentarias, eliminar el sedentarismo y sostener otros cambios de orden psicológico y social (Fuillerat Alfonso, 2014). Dentro del ámbito psicológico, las intervenciones en habilidades sociales son fundamentales puesto que apuntan a lograr mayor asertividad y empatía, tanto consigo mismo como con el entorno.

Saldaña, Tomás y Bach-Jucadella (1997) sostienen que, entre las técnicas de intervención de los trastornos alimentarios, el entrenamiento en habilidades sociales resulta esencial. Este tiene como objetivo que el sujeto adquiera las habilidades necesarias para actuar en situaciones sociales y responda asertivamente. Tanto la adquisición como la práctica de dichas habilidades facilitan el establecimiento de comportamientos sociales que contrarresten el aislamiento social, muy recurrente entre los sujetos con obesidad. A su vez, ello repercute en la disminución del nivel de ansiedad en dichas situaciones sociales. La enseñanza y práctica de estas habilidades ocurre a través de ensayos con aplicación de modelado, retroalimentación e instrucciones que favorezcan comportamientos adaptados en situaciones sociales y le faciliten al sujeto establecer

relaciones con otros. Casado, Camuñas, Navlet, Sánchez y Vidal (1997) realizaron un programa de intervención en pacientes obesos adultos de España. Entre los componentes de la intervención trabajaron sobre la temática de las habilidades sociales. El objetivo fue promover en los participantes las habilidades asertivas: aprender a comer en situaciones sociales, pedir menús hipocalóricos, rechazar alimentos peligrosos, etc. En el entrenamiento se incluyó un conjunto de técnicas (modelado, ensayo conductual, retroalimentación y refuerzo) orientadas a aprender a decir *no* en situaciones sociales, responder a las críticas y a los cumplidos.

En población infanto-juvenil son diversas las propuestas de intervención. Un informe presentado por la Agencia de Investigaciones y Calidad de la Atención Médica del Departamento de Salud de los EE UU mostró una revisión exhaustiva sobre la eficacia de los programas para controlar el peso de niños y adolescentes obesos entre 5 y 18 años. Según los resultados, el tratamiento conductual debe ser la primera línea de intervención. Acorde a esta revisión, los programas de modificación conductual deben incluir entre sus componentes: a) sesiones de actividad física organizada, b) la implicación de los padres en el tratamiento y c) técnicas de modificación conductual para el sujeto y grupo familiar que incluya el entrenamiento de comportamientos dirigidos a metas, prevención de recaídas, técnicas de solución de problemas y la modificación del ambiente para aumentar los estilos de vida saludables. Este último componente incluye el aprendizaje de habilidades sociales que apunten al desarrollo de comportamientos interpersonales que actúen como factores de protección. En la tabla 1 se presentan ejemplos de estudios de intervención en habilidades sociales con población infanto-juvenil con sobrepeso y obesidad.

Tabla 1. Revisión de estudios sobre intervención en habilidades sociales con población clínica (sobrepeso y obesidad)

Autores	Objetivo	Diseño	Destinatarios	Instrumentos	Resultados
Moisés y Navas (2009).	Evaluar y mejorar la asertividad.	Estudio de casos múltiples con evaluación pre y post test.	Niños y adolescentes obesos (8-11 años).	<ul style="list-style-type: none"> — Escala de Puntuación de Destrezas Sociales (EPDS) (Gresham & Elliot, 1990). — PBLL. — Dibujo de un niño en el recreo. 	<p>Fase previa a la intervención:</p> <ul style="list-style-type: none"> — No se encontró un perfil de déficits de habilidades sociales que caracterice al grupo. — Habilidades sociales con mayor déficit: Ac (aceptación de críticas y/o burlas y expresar desacuerdos con adultos sin pelear o discutir), Asertividad (iniciar relaciones sociales a nivel grupal e individual y hacer cumplidos) y Cooperación (déficit en mantener el orden y limpieza, seguir instrucciones y uso adecuado del tiempo). <p>— Escala de problemas: impulsividad, aislamiento y timidez.</p> <p>— Técnicas proyectivas: autodesvalorización, inseguridad, tristeza y ansiedad.</p> <p>Fase posttest:</p> <ul style="list-style-type: none"> — Los déficits sociales a nivel general continúan. — Mejoras en la expresión emocional. — Progresos en la comunicación interpersonal asertiva. — Mayor capacidad para distinguir las propias habilidades.

Autores	Objetivo	Diseño	Destinatarios	Instrumentos	Resultados
Pérez, Villasanté, Raigada Mares, Collins Estrada, Alza, Felices Parodi, Jiménez Castro y Casas Castañeda (2008).	— Sensibilizar a la comunidad educativa sobre promoción de salud. — Fomentar estilos de vida saludables. — Mejorar el problema de sobrepeso y obesidad.	Muestra simple.	Niños y adolescentes de 6 a 16 años escolarizados en escuela urbana de mina.	— Planeación, organización. — Guías de autoimplementación del CDC de Atlanta. — Balanza mecánica portátil.	Fase previa a la intervención: — Primera valoración nutricional (224 participantes) de alumnos y profesores (19 profesores). — El 50% de profesores presentaba IMC superior al <i>peso ideal</i> . — El 72% de los alumnos tenía <i>peso ideal</i> y un 24% de los alumnos tenía sobrepeso u obesidad (primaria, 22% y secundaria, 19%). Intervención (121 alumnos): — tres talleres de loncheras saludables para padres de familia; — un <i>festival de ensaladas</i> ; — 10 clases de educación física; — evaluación semanal del menú escolar; — caminatas familiares; — caminatas con pares. Fase post intervención (121 alumnos): — El 78% de los alumnos presentó <i>peso ideal</i> y 11% presentó sobrepeso u obesidad.

Autores	Objetivo	Diseño	Destinatarios	Instrumentos	Resultados
<p>Salas, Gattaz, Ceballos y Burrow (2010)</p>	<ul style="list-style-type: none"> — Modificar conductas de ingesta y patrón de actividad física en los participantes y sus familias. — Disminuir riesgo cardiovascular asociado. — Fortalecer procesos autorregulatorios en los participantes y mejorar estrategias de control familiar. — Niños: <ul style="list-style-type: none"> a) identificar y distinguir sensaciones, necesidades, emociones e ideas; b) modular expresión conductual y emocional; c) entrenar habilidades sociales; d) fortalecer el desarrollo del auto-concepto y autoestima, y e) fortalecer los procesos de autonomía e individuación. — Padres: <ul style="list-style-type: none"> a) fortalecer su rol parental y b) identificar facilitadores y obstaculizadores de los procesos de autonomía e individuación. 	<ul style="list-style-type: none"> — Intervención en muestra consultante. — Grupo clínico y control. 	<p>Niños y adolescentes de 6-16 años del Programa Clínica de Obesidad Infantil del INTA.</p>	<ul style="list-style-type: none"> — Consultas médicas. — Consultas nutricionales. — Consulta psicológica. — Grupos focales. 	<p>Fase pre intervención:</p> <ul style="list-style-type: none"> — evaluación de IMC, grasa total, perímetro de cintura, presión arterial, calidad de hábitos de ingesta y actividad física. <p>Intervención:</p> <ul style="list-style-type: none"> — ocho consultas médico-nutricionales; — tres consultas con preparador físico; — una consulta psicológica más doce sesiones grupales. <p>Fase post intervención:</p> <ul style="list-style-type: none"> — todos los grupos (intervenidos, los que rechazaron la intervención y el grupo control) tuvieron respuestas positivas en lo referente a la disminución del peso, mejora de hábitos de ingesta y actividad física. — la mejoría fue significativa, en el área de hábitos y calidad de ingesta, en el grupo intervenido y control.

Consideraciones finales

Resulta relevante el estudio de las habilidades sociales en la adolescencia por su papel en la promoción de la salud mental: se ha demostrado que son un factor protector y que previenen la cristalización de trastornos psicopatológicos. De allí que el propósito de este capítulo haya sido dilucidar ciertas relaciones entre habilidades sociales y obesidad.

Las controversias respecto a si los déficits en habilidades sociales son anteriores o surgen a consecuencia de un TCA se explicitaron a lo largo del presente escrito, aunque es innegable que padecer obesidad en la adolescencia aumenta el riesgo de trastornos psicológicos, particularmente depresión y ansiedad. En una sociedad donde se privilegian parámetros de belleza diferentes a la condición física de ser obeso, las personas con sobrepeso y/u obesidad pueden ser objeto de rechazo y discriminación. Ambas impactan fuertemente en la autopercepción que una persona tiene de sí mismo, principalmente en los adolescentes. Como consecuencia, los sujetos con malnutrición por exceso suelen mostrarse inseguros para relacionarse con pares, pueden aislarse socialmente, refugiándose en la comida como único modo de sobrellevar la ansiedad, agravando el estado nutricional y perpetuando la patología. Si bien a nivel psicológico no puede afirmarse que exista un perfil de personalidad típico del adolescente obeso, los datos descriptos en el presente capítulo destacaron la necesidad de evaluaciones psicológicas más exhaustivas que discriminen si las autopercepciones de los adolescentes con obesidad (por ejemplo, la extraversion) es plasmada en interacciones sociales efectivas.

La evidencia empírica señalada en este capítulo destaca un perfil de baja socialización del adolescente con sobrepeso y obesidad, con déficits en su comportamiento asertivo y en sus expectativas de autoeficacia social. La recurrencia de indicadores de retraimiento y ansiedad social en los

adolescentes obesos de Tucumán marca una señal para orientar, a nivel psicológico, el tratamiento de la patología.

Además, se definió brevemente la importancia de las intervenciones en habilidades sociales para la población con sobrepeso y obesidad. Se planteó a esta como un pilar más del abordaje de la problemática y como un modo de prevención de psicopatología. El desarrollo de la cooperación, el autocontrol, la asertividad, la empatía y la responsabilidad en adolescentes obesos puede favorecer no solo a equilibrar el estado nutricional, sino a incrementar la satisfacción consigo mismo y con los pares, aspecto tan valorado en los años adolescentes.

Referencias

- Abilés, V., Rodríguez Ruíz, S., Abilés, J., Mellado, C., García, A., Pérez de la Cruz, A. & Fernández-Santaella, M. C. (2010). Psychological Characteristics of Morbidly Obese Candidates of Bariatric Surgery. *Obese Surgery*, 20, 161-167.
- Acosta García, M. V., Llopis Marin, J. M., Gómez Peresmitré, G. & Pineda García, G. (2005). Evaluación de la Conducta Alimentaria de Riesgo. Estudio Transcultural entre Adolescentes de España y México. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 3(5), 223-232.
- Aguirre, P. (2011). La construcción social del gusto en el comensal moderno. En M. Katz (Ed.), *Comer. Puentes entre la alimentación y la cultura* (pp.13-62). Buenos Aires: Libros del Zorzal.
- Alberti, R. & Emmons, M. L. (1978). *Your perfect right: a guide to assertive behavior*. San Luis Obispo, California: Impact.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-IV* (4th ed.). Washington: Pergamon Press.
- American Psychiatric Association (2006). Presidential Task Forcé on Evidence-Based Practice (2006). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist*, 61, 271-285.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-V*. Washington: MASSON.
- Amon, D., Guareschi, P. & Maldavsky, D. (2005). La Psicología Social de la Comida: Una Aproximación Teórica y Metodológica a la Comida y las Prácticas de la Alimentación como Secuencias Narrativas. *Subjetividad y Procesos Cognitivos*, 8, 45-71.

- Ardila, R. (1990). Investigación y psicoterapia. *Revista del Hospital Psiquiátrico de la Habana, (Cuba)*, 31(1), 37-49.
- Argyle, M. (1967). *The Psychology of Interpersonal Behavior*. London: Penguin Books.
- Asociación de Psiquiatría del Niño y del Adolescente [AEPNYA]. (2010). *Manual de Psiquiatría del Niño y del Adolescente*. Buenos Aires: Panamericana.
- Bandura, A. (1977). *Social Learning Theory*. New York: General Learning Press.
- Barron, A. (1996). *Apoyo social*. Madrid: Siglo XXI.
- Barthes, R. (1961). Pour une psycho-sociologie de l'alimentation contemporaine. *Annales, Economies, Sociétés, Civilisations*, 5, 977-986.
- Bayle, J. & González, M. (2011). Comorbilidad Psicopatológica en Obesidad. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 34(2), 253-261.
- Béckei, M. (1984). Psicopatología de las enfermedades Psicosomáticas. En *Trastornos psicosomáticos en la niñez y la adolescencia* (pp. 73-82). Buenos Aires: Nueva Visión.
- Behar, R. (2011). Emotional expression in eating disorders: Alexithymia and assertiveness. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 49, 338-346.
- Behar, R., Rodrigo Manzo, G. & Dunny Casanova, Z. (2006). Trastorno de la conducta alimentaria y asertividad. *Revista Médica de Chile*, 134, 312-319.
- Beresin, E. (1998). *Treatment of eating disorders. Health Care System members*. Toronto: Massachusetts General Hospital.
- Bersh, S. (2006). La obesidad: aspectos psicológicos y conductuales. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 4(XXXV), 537-546.
- Bravo del Toro, A., Espinoza Rodríguez, T., Mancilla Arroyo, L. N. & Tello Recillas, M. (2011). Rasgos de

- Personalidad en Pacientes con Obesidad. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 1(16), 115-123.
- Bruch, H. (1973). *Eating Disorders: Obesity, Anorexia Nervosa and the Person Within*. Basic Books: New York.
- Caballo, V. (2005). *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales* (6.ª ed.). Madrid: Siglo XXI Editores.
- Caballo, V. E. (1983). Asertividad: definiciones y dimensiones. *Estudios de Psicología*, 13, 52-62.
- Cabello Garza, M. M. & Zuñiga Zárata, J. G. (2007). Aspectos intrapersonales y familiares asociados a la obesidad: un análisis fenomenológico. *CIENCIA UANL*, 2(X), 183-188.
- Callabed, J., Comellas, M. & Mardoningo, M. (1997). *Las enfermedades psicosomáticas y su relación con la familia y la escuela*. Barcelona: LAERTES.
- Calvo, R. (2002). *Anorexia y bulimia: guía para padres, educadores y terapeutas*. Buenos Aires: Planeta.
- Calvo Sagardoy, R., Solórzano, G., Morales, C., Kassem, M., Codesal, R., Blanco, A. & Gallego, L. (2014). *Procesamiento Emocional en Pacientes con TCA Adultas vs. Adolescentes. Regulación emocional y teoría de la mente*. Disponible en http://www.copmadrid.org/webcopm/recursos/Investigacion_TCA_Rosa_Calvo.pdf
- Cano Correa, A., Castaño Castrillón, J., Corredor Zuluaga, D., García Ortiz, A., González Bedoya, M., Lloreda Chala, O., Angulo, K., Ortiz Restrepo, J., Páez Cala, M., Patiño Ramírez, M., Pérez Blanco, L., Villegas Quinteros, C. & Zuluaga Cardona, A. (2007). Factores de riesgo para trastornos de la alimentación en los alumnos de la Universidad de Manizales. *Med UNAB*, 3(10), 187-194.
- Casado, M., Camuñas, N., Navlet, R., Sánchez, B. & Vidal, J. (1997). Intervención cognitivo-conductual

- en pacientes obesos: implantación de un programa de cambios en hábitos de alimentación. *Psicología.com*, 1(1). Disponible en http://www.psiquiatria.com/psicologia/vol1num1/art_2.htm
- Casullo, M. & Pérez, M. (2003). *El Inventario de Conductas Alimentarias*. ICA. Buenos Aires: Departamento de Publicaciones. Facultad de Psicología. UBA.
- Chinchilla Moreno, A. (2003). *Trastornos de la Conducta Alimentaria. Anorexia y Bulimia Nerviosa, obesidad y atracones*. Barcelona: MASSON.
- Correia, S., Del Prette, Z. & Del Prette, A. (2004). Habilidades sociais em mulheres obesas: um estudo exploratório. *PSICO-USF*, 9(2), 201-210.
- Cristóforo, A. (2002). La noción de Intervención en el marco de la consulta psicológica. En A. Muniz, *Diagnósticos e Intervenciones. Enfoques teóricos, Técnicos y Clínicos en la práctica psicológica*. Tomo 1 (pp. 29-31). Montevideo: Psicolibros-waslala.
- De la Vega Morales, R. I. & Gómez Peresmitré, G. (2012). Intervención cognitivo-conductual en conductas alimentarias de riesgo. *Psicología y Salud*, 2(22), 225-234.
- Del Prette, A. & Del Prette, Z. (2001). *Psicologia das Relações Interpessoais: Vivências para o trabalho em grupo*. Petrópolis: Vozes.
- Del Prette, Z. & Del Prette, A. (2000). Treinamento em habilidades sociais: Panorama geral da área. En V. Haase, R. Rothe Neves, C. Käppler, M. Teodoro & G. M. O. Wood (Orgs.), *Psicologia do desenvolvimento: Contribuições interdisciplinares* (pp. 249-264). Belo Horizonte: Health.
- Del Prette, Z. & Del Prette, A. (2005). *Psicologia das habilidades sociais na infância: Teoria e prática*. Petrópolis: Vozes.
- Del Prette, Z. & Del Prette, A. (2010). *Habilidades Sociais e Análise do comportamento: Proximidade*

- histórica e actualidades. *Perspectivas em Análise do Comportamento*, 1(2), 104-115.
- Douglas, M. (1973). *Pureza y peligro. Un análisis de los conceptos de contaminación y tabú*. Madrid: S XXI.
- En las escuelas, 1 de cada 3 alumnos tiene kilos de más (30 de noviembre de 2013). *Diario Clarín*. Recuperado el 25 de abril de 2014, de http://www.clarin.com/sociedad/escuelas-alumnos-kilos_0_1039096271.html
- Escudero Alonso, C., Díaz Huertas, J. & Allúe Martínez, X. (2007). Salud Mental de Niños y Adolescentes. En Sociedad de Pediatría Social (Eds.), *Informe Salud, Infancia, Adolescencia y Sociedad* (pp. 95-107). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Eysenck, H. J. (1990). Genetic and environmental contributions to individual differences: the three major dimensions of personality. *Journal of Personality*, 58, 245-261.
- Fernández Ballesteros, R. (1996). Cuestiones conceptuales básicas en evaluación de programas. En R. Fernández Ballesteros (Ed.), *Evaluación de Programas. Una guía práctica en ámbitos sociales, educativos y de salud* (pp. 21-47). Madrid: Síntesis.
- Ferrante, D., Linetzky, B., Konfino, J., King, A., Virgolini, M. & Laspiur, S. (2011). Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2009: Evolución de la Epidemia de Enfermedades Crónicas no Transmisibles en Argentina. *Revista Argentina de Salud Pública*, 2(6), 34-41.
- Franco López, M. (2013). *Estrés y sintomatología de trastornos alimenticios en adolescentes de Lima*. Tesis de Licenciatura, Universidad Católica Pontificia de Perú. Disponible en <http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/123456789/5100>
- Fuillerat Alfonso, R. (2014). Psicología y nutrición en el desarrollo ontogenético en la edad infanto-juvenil. *Nutrición Hospitalaria*, 19(4), 209-224.

- Garaigordobil Landazabal, M. (2008). *Intervención psicológica con adolescentes: un programa para el desarrollo de la personalidad y la educación en derechos humanos*. Madrid: Pirámide.
- García Sáiz & Gil, F. (1995). Conceptos, supuestos y modelo de las habilidades sociales. En F. Gil Rodríguez, J. León Rubio & L. Jarana Expósito (Eds.), *Habilidades sociales y salud* (pp. 47-58). Madrid: Pirámide.
- García Vera, M., Sanz, J. & Gil, F. (1998). Entrenamientos en habilidades sociales. En F. Gil & J. León Rubio (Eds.), *Habilidades Sociales. Teoría, investigación e intervención* (pp. 63-93). Madrid: Síntesis.
- Garfinkel, E. & Garner, D. M. (1985). *Handbook of Psychotherapy for Anorexia and Bulimia Nervosa*. New York: Guilford Press.
- Gil García, M. E. (2006). *Anorexia y Bulimia: discurso médico y discursos de mujeres diagnosticadas*. Tesis Doctoral no publicada. Universidad de Granada, España. Disponible en <http://hera.ugr.es/tesisugr/15476443.pdf>
- Gil Rodríguez, F., León Rubio, J. & Jarana Expósito, L. (Eds.). (1995). *Habilidades sociales y salud*. Madrid: Pirámide.
- Gismero González, E. (1996). *Habilidades sociales y Anorexia Nerviosa*. Madrid: Universidad Pontificia Comillas de Madrid.
- Gismero González, E. (2001). Evaluación del autoconcepto, la satisfacción con el propio cuerpo y las habilidades sociales en la anorexia y bulimia nerviosa. *Clínica y Salud*, 3(12), 289-303.
- Goldman, W. & Lewis, P. (1975). Beautiful is good: Evidence that the physically attractive are more socially skillful. *Journal of Experimental Social Psychology*, 13, 125-430.
- Golpean a un alumno por ser gordo y suben el video a youtube (15 de noviembre de 2013). *Diario La*

- Razón. Recuperado de http://www.larazon.com.ar/actualidad/Golpean-alumno-gordo-video-YouTube_0_295800171.html
- Gómez Peresmitré, G. (2001). *Factores de riesgo en trastornos de la conducta alimentaria. Teoría, práctica y prevalencia en muestras mexicanas*. Conferencia presentada en el 450 Aniversario de la UNAM. México: Antigua Escuela de Medicina.
- Green, B., & Rodgers, A. (2001). Determinants of social support among low-income mothers: A longitudinal analysis. *American Journal of Community Psychology*, 29(3), 419-442.
- Hernández, N., Alvez, D., Arroyo, M. & Basabe, N. (2012). Del miedo a la obesidad a la obsesión por la delgadez; actitudes y dieta. *Nutrición Hospitalaria*, 27(4), 1148-1155.
- Jewell, J. D., Sytsma, S., Hupp, S. D. A., & Everett, G. (2009). Etiology and relationships to developmental disabilities and psychopathology. En J. Matson (Ed.), *Practitioners Guide to Social Behavior and Skills in Children* (pp. 39-60). New York: Springer Publishing.
- Kelly, J. (2002). *Entrenamiento de las habilidades sociales*. Bilbao: D.D.B.
- Klesges, R. (1984). Personality and obesity: global versus specific measures. *Behaviour Therapy*, 6, 319-324.
- La Pampa: los compañeros lo acosan “por gordo” y la escuela lo cambia de turno “por violento” (9 de mayo de 2009). *Diario La Gaceta*. Recuperado el 25 de abril de 2014, de <http://www.lagaceta.com.ar/nota/544080/sociedad/pampa-companeros-lo-acosan-por-gordo-escuela-lo-cambia-turno-por-violento.html>
- La Rosa, J. & Díaz-Loving, R. (1988). Diferencial semántico del autoconcepto en estudiantes. *Revista de Psicología Social y Personalidad*, 4(1), 39-58.

- Lacunza, A. (2012). Las intervenciones en habilidades sociales: revisión y análisis desde una mirada salutogénica. *Psicodebate*, 12, 63-84.
- Lacunza, B., Caballero, V. & Contini, N. (2013). Adaptación y evaluación de las propiedades psicométricas de la BAS-3 para población adolescente de Tucumán (Argentina). *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, (9), 29-43.
- Lacunza, A., Caballero, V., Cordero, L., Sal, J., Salazar Burgos, R. & Filgueira, J. (2010). Identificación temprana de factores de riesgo desde un abordaje interdisciplinario: conductas alimentarias de riesgo y déficits de socialización en adolescentes tucumanos. *Psicodiagnosticar*, 20, 99-112.
- Lacunza, A. B., Caballero, S. V., Filgueira Blanche, J., Sal, J. & Salazar Burgos, R. (2012). Riesgo de trastornos alimentarios en adolescentes de contexto rural: insatisfacción corporal y déficits en habilidades sociales. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina y el Caribe*, 58(3), 157-163.
- Lacunza, A. B., Caballero, S., Salazar Burgos, R., Sal, J., Ale, M., Filgueira, J., Fernández, N. & Díaz, Y. (2015). Características de personalidad en adolescentes con sobrepeso y obesidad. Trabajo enviado a la Revista Psicología y Salud. Universidad Veracruzana.
- Lacunza, A., Sal, J., Yudowsky, A. & Cordero, L. (2009). Perspectiva interdisciplinaria de hábitos alimentarios en adolescentes: transición nutricional y conductas alimentarias de riesgo. *DIAETA (Buenos Aires), Revista de la Asociación Argentina de Dietistas y Nutricionistas Dietistas*, 27(127), 34-42.
- Lazarus, A. (1973). On assertive behavior. A brief note. *Behavior Therapy*, 4, 697-699.
- León Castellanos, Y. (2012). *Frecuencia de los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de la ciudad de Bogotá aplicando la escala de tamizaje*

- The Children's version of the Eating Attitudes Test (CHEAT)*. Tesis Doctoral No publicada. Facultad de Medicina. Universidad Nacional de Colombia, Colombia. Disponible en <http://www.bdigital.unal.edu.co/6460/1/598470.2012.pdf>
- León Hernández, R., Gómez Peresmitré, G. & Platas Acevedo, S. (2008). Conductas Alimentarias de Riesgo y Habilidades Sociales en una muestra de Adolescentes Mexicanas. *Salud Mental*, 31, 447-452.
- López Morales, J. L. & Garcés de las Fayos Ruíz, E. J. (2012). Hacia una integración comprensiva de la obesidad desde una perspectiva multidisciplinar. *Nutrición Hospitalaria*, 27(6), 1810-1816.
- López Pantoja, J. L., Cabrantes, J. A., Sánchez Quinteros, S., Velao, M., Sanz, M., Torres Pardo, B., Ancin, I., Rubro, M., López Ibor, J. & Barabash, A. (2012). Perfiles de Personalidad en Sujetos Obesos y Control Médico con cinco escalas estandarizadas de Personalidad. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 40(5), 266-274.
- Lorence Lara, L. (2008). Perfil psicológico de la obesidad mórbida. *Apuntes de Psicología*, 1(26), 51-68.
- Luna, I. (2007). Psicopatología y Obesidad. *Avances en Psiquiatría Biológica*, 8, 58-84.
- Mardomingo Sanz, M. (1997). La obesidad en la adolescencia. En Callabed, Comellas & Mardomingo (Eds.), *Las enfermedades psicosomáticas y su relación con la familia y la escuela*. Barcelona: LAERTES.
- Medrano, L. & Olaz, F. (2008). Autoeficacia Social en ingresantes universitarios: su relación con el rendimiento y la deserción académica. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 61(4), 369-389.
- Miller, C. T., Felicio, D. & Brand, P. (1995). Compensating for Stigma: Obese and Non Obese Women's Reactions to Being Visible. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 10(21), 1093-1106.

- Ministerio de Salud de la Nación (2010). El Mapa de la Salud en Argentina. *Argentina Salud*, 3, 10-13.
- Ministerio de Salud de la Nación (2013). *Encuesta mundial de salud escolar (EMSE). Resumen ejecutivo Argentina 2013*. Disponible en http://www.msal.gov.ar/ent/images/stories/equipos-salud/pdf/2013-11_resumen-ejecutivo-EMSE-dent-2013.pdf
- Moisés, A., Navas, I. & Paz Castillo, A. (2009). Programa de Intervención para el Mejoramiento de las Habilidades Sociales en Niños y Niñas Obesos con Edades entre 8 y 11 años: Un Estudio de Casos. *Revista de Psicología*, 1(XXVIII), 19-36.
- Monjas Casares, M. (2000). *Las habilidades sociales en el currículo*. Ministerio de Educación, Cultura y Deporte: Secretaría General.
- Mustaca, A. (2004). Tratamientos psicológicos eficaces y ciencia básica. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 36(1), 11-20.
- Nuño Gutiérrez, B., Celis de la Rosa, A. & Unikel-Santoncini, C. (2009). Prevalencia y factores asociados a conductas alimentarias de riesgo en adolescentes escolares de Guadalajara según Sexo. *Revista de Investigación Clínica*, 4(61), 286-293.
- Olaz, F. (2003). Modelo Social Cognitivo de desarrollo vocacional. *Revista Evaluar*, 3 (Online). Facultad de Psicología. Universidad Nacional de Córdoba. Disponible en <http://www.revistaevaluar.com.ar>.
- Organización Mundial de la Salud (2006). *Obesidad y sobrepeso*. Nota descriptiva N° 311. Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/index.html>.
- Pérez Manuel, S. (2006). *Estudio Nutricional y Psicosocial en adolescentes con alteración de la conducta alimentaria*. Tesis doctoral no publicada. Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud. Universitat ROVIRA

- I VIRGILI, España. Disponible en <http://www.tdx.cat/handle/10803/8835>
- Pérez Villasante, L., Raigada Mares, J., Collins Estrada, A., Mauricio Alza, S., Felices Parodi, A., Jiménez Castro, S. & Casas Castañeda, J. (2008). Efectividad de un programa educativo en estilos de vida saludables sobre la reducción de sobrepeso y obesidad en el Colegio Robert M. Smith; Huaraz, Ancash, Perú. *Acta Médica Peruana*, 25(4), 204-209.
- Portela de Santana, M. L., Da Costa Ribeiro, J., Mora Giral, M. & Raich, R. M. (2012). La epidemiología y los factores de riesgo de los trastornos alimentarios: una revisión. *Nutrición Hospitalaria*, 27(2), 391-401.
- Ruíz Prieto, I., Santiago Fernández, M. J., Bolaños Ruíz, P. y Jauregui Lobera, I. (2010). Obesidad y Rasgos de Personalidad. *Trastornos de la Conducta Alimentaria*, 12, 1313-1348.
- Salas, M. I., Gattaz, V., Ceballos, X. & Burrows, A. (2010). Tratamiento integral de la obesidad infantil: Efecto de una intervención psicológica. *Revista Médica de Chile*, 138, 1217-1225.
- Salas, F., Hodgson, M., Figueroa, D. & Urrejola, P. (2011). Características clínicas de adolescentes de sexo masculino con trastorno de la conducta alimentaria. *Revista de Medicina de Chile*, 139, 182-188.
- Saldaña, C., Tomas, I. & Bach-Juncadella, L. (1997). Técnicas de intervención en los trastornos del comportamiento alimentario. *Ansiedad y Estrés*, 2(3), 319-337.
- Sánchez Zaldívar, S., Arias Horcajadas, F., Gorgojo Martínez, J. J. & Sánchez Romero, S. (2009). Evolution of psychopathological alterations in patients with morbid obesity after bariatric surgery. *Medicina Clínica*, 6(123), 206-212.
- Silva Moreno, F. & Martorell Pallás, M. C. (2001). *BAS-3 Bateria de Socialización. Manual* (3.ª ed.). Madrid: TEA Ediciones.

- Tornero, M. J., Bustamante, R. & Del Arco, R. (2014). Tratamiento Psicológico de un Grupo de Adolescentes con Trastorno de la Conducta Alimentaria No Especificado. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 1(1), 7-16.
- Toro, J. & Vilardell, E. (1987). *Anorexia Nerviosa*. Barcelona: Martínez Roca.
- Torresani, M., Casós, M., Español, S., García, C., Solaberri, D. & Spirito, M. (2009). Comparación del grado de satisfacción de la figura corporal según género en adolescentes del colegio ILSE –UBA. *DIATAE*, 128(27), 15-21.
- Trull, E. & Phares, T. (2003). *Psicología clínica: Conceptos, métodos y aspectos prácticos de la profesión* (6.ª ed.). México: Thomson.
- Vega, V., Piccini, M., Barrionuevo, J. A. & Tocci, R. (2009). Depresión y Trastornos de la Conducta Alimentaria en una muestra no clínica de adolescentes mujeres. *Anuario de Investigaciones. Facultad de Psicología. UBA*, XVI, 103-114.
- Volling, B., Youngblade, L. & Belsky, J. (1997). Young children's social relationships with siblings and friends. *American Journal of Orthopsychiatry*, 67(1), 102-111.
- Williams, G., Chamove, A. & Millar, H. (1990). Eating disorders, perceived control, assertiveness and hostility. *British Journal of Clinical Psychology*, 29, 329-335.
- Wolpe, J. (1958). *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Stanford: Stanford University Press.

6

Discapacidad intelectual y habilidades sociales en la adolescencia. Estrategias de intervención y aprendizaje

ANA ESTERKIND DE CHEIN
KARINA HORMIGO

Introducción

Un área importante en la personalidad de un sujeto y, por ende, de la persona con discapacidad intelectual es el de las habilidades sociales. Como se mencionó en el capítulo 1, son numerosos los términos referidos a este concepto, tales como competencia social, asertividad y habilidades para la interacción.

Independientemente de las acepciones del concepto, existe coincidencia en los distintos autores en considerar fundamental para el desarrollo infantil la habilidad para interactuar con los pares y adultos significativos. Según Monjas Casares: "...hoy en día el éxito personal y social parece estar más relacionado con la sociabilidad y habi-

lidades interpersonales del sujeto que con las habilidades cognitivas e intelectuales” (2000, pp. 25-26).

El término *habilidad* se refiere a un conjunto de comportamientos complejos que se ponen en juego en la interacción interpersonal.

Por su parte, la Asociación Americana de Retraso Mental (1992) cita a Grossman para explicar el concepto de *conducta adaptativa* haciendo referencia a la calidad de ejecuciones diarias en respuesta a las demandas del ambiente. Se alude a las conductas que las personas realizan para cuidar de sí mismas e interrelacionarse con las otras personas. Dentro del comportamiento adaptativo se incluyen las habilidades interpersonales.

La Asociación Americana de Discapacidades Intelectuales y del Desarrollo (2010) establece que la conducta adaptativa está formada por el conjunto de habilidades conceptuales, sociales y prácticas que han sido aprendidas por las personas para funcionar en su vida cotidiana.

Las habilidades sociales se refieren al conjunto de habilidades interpersonales, responsabilidad social, autoestima, candidez, ingenuidad, seguimiento de reglas y normas, y resolución de problemas sociales (Asociación Americana de Discapacidades Intelectuales y del Desarrollo [AAIDD], 2010). Son conductas aprendidas a través de un proceso de aprendizaje, que es necesario desarrollar y enseñar desde la infancia.

Las personas con discapacidad intelectual suelen tener dificultad en la inteligencia social y, por ende, en el área de las habilidades sociales en conductas como lograr intercambios sociales con otras personas, establecer vínculos de amistad y sostenerlos, respetar las normas sociales, entre otras. Como se mencionó, constituyen comportamientos aprendidos en la interacción con los pares. En este sentido cobra relevancia la enseñanza de estas, en contextos de instrucción sistematizados, desde una temprana edad, propiciando espacios de intercambio con los pares a través

de estrategias específicas, para fomentar el aprendizaje de comportamientos socialmente aceptables y competentes.

La discapacidad intelectual como construcción social

La *discapacidad intelectual* como entidad nosológica es un constructo teórico que ha evolucionado a lo largo de la historia. Hasta el siglo XVIII, el término *idiotismo* englobaba un conjunto de trastornos deficitarios. En el siglo XIX, Esquirol será el primero en establecer la diferencia entre *demencia* o pérdida progresiva de las funciones cognitivas —producto de daños o desórdenes cerebrales— de los llamados *imbéciles* o *idiotas* —asociados al retraso mental o *adquisición lenta o incompleta de las funciones cognitivas durante el desarrollo*— (Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la salud [CIE-10], 1948).

Desde la psiquiatría comenzó a hablarse de *oligofrenia* para hacer alusión a un retraso mental provocado por causas físicas u orgánicas (encefalopatías infantiles), para diferenciarlo de los retrasos mentales por causas de privación ambiental u *oligotimias*. Progresivamente, fueron apareciendo nuevos términos, como debilidad mental y deficiencia mental.

Actualmente, la discapacidad intelectual forma parte del constructo *discapacidad*. La discapacidad como concepto se refiere a todo impedimento físico, mental, sensorial, permanente o temporario, que limita la capacidad para desarrollar una o más de las actividades esenciales de la vida diaria y que puede ser causado o agravado por el entorno económico y social. La discapacidad es comprendida como problemática social en tanto considera que toda restricción (física, mental o de otro tipo) no está dada exclusivamente por carencias físicas y/o mentales, sino también por las restricciones o barreras que la misma comunidad ofrece a la persona, en cuanto no siempre brinda los medios adecuados de superación (Pantano, 1993).

La discapacidad es entendida desde una *perspectiva ecológica* o social, centrada en la interacción de una persona con su entorno, como asimismo la utilización de apoyos individualizados para mejorar el funcionamiento humano. En este sentido la discapacidad intelectual ya no es considerada como un rasgo individual y absoluto de una persona, sino que guarda relación con los entornos y la vinculación entre la persona y su ambiente, a través del uso adecuado de apoyos individualizados para mejorar su desempeño.

Los sistemas de clasificación diagnósticos

Como se ha mencionado, existe una multiplicidad de términos para referirse al mismo constructo teórico: deficiencia intelectual, retraso mental, oligofrenia, debilidad mental, etc. (Hormigo, Tallis y Esterkind de Chein, 2006).

En el afán de unificar los criterios diagnósticos y hablar en un mismo lenguaje científico, se crearon sistemas de clasificación diagnósticos internacionales, tales como la Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud, en su décima revisión (CIE-10, 1948); el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV, 1994); el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V, 2013); Asociación Americana de Retraso Mental (AAMR, 2002); Asociación Americana de Discapacidades Intelectuales y del Desarrollo (AAID, 2010).

El término retraso mental, o discapacidad intelectual, en todos los casos hace alusión a tres criterios, a saber:

- 1) Nivel intelectual significativamente inferior a la media.
- 2) Limitación en la capacidad adaptativa en habilidades básicas de funcionamiento y supervivencia.
- 3) Inicio anterior a los 18 años.

El DSM-IV, coincidente con estos criterios, establece:

- a) *Capacidad intelectual general* significativamente inferior al promedio: un coeficiente intelectual (CI) aproximadamente de 70 o inferior, en un test administrado individualmente.
- b) Déficit de la *capacidad adaptativa* (esto es, la capacidad de la persona para responder a las exigencias planteadas para su edad y grupo sociocultural) en, por lo menos, dos de las siguientes habilidades: cuidado de sí mismo, vida doméstica, habilidades sociales/interpersonales, utilización de recursos comunitarios, autocontrol, habilidades académicas funcionales, trabajo, ocio y salud.
- c) Que su inicio sea anterior a los 18 años.

En cuanto a la gravedad del retraso mental se establecen cuatro grados de intensidad de acuerdo al nivel de inteligencia descendido: leve (o ligero), moderado, grave (o severo) y profundo.

Retraso mental leve: CI entre 50-55 y aproximadamente 70

Retraso mental moderado: CI entre 35-40 y 50-55

Retraso mental grave: CI entre 20-25 y 35-40

Retraso mental profundo: CI inferior a 20-25

Retraso mental de grado no especificado: para aquellos casos en que exista una clara presunción de retraso mental, pero que no sea posible evaluar mediante los tests convencionales de inteligencia.

La CIE-10 agrega la categoría diagnóstica de *Otro retraso mental* para aquellos casos en que no es posible la evaluación diagnóstica mediante procedimientos habituales, debido a la presencia de déficits sensoriales o físicos (ceguera, sordera) y/o trastornos graves del comportamiento e incapacidad física.

La Asociación Americana de Retraso Mental (AAMR, 1992) lo define como:

El *retraso mental* hace referencia a limitaciones sustanciales en el desenvolvimiento corriente. Se caracteriza por un funcionamiento intelectual significativamente

inferior a la media, junto con limitaciones en dos o más de las habilidades adaptativas: comunicación, cuidado personal, vida en el hogar, habilidades sociales, utilización de la comunidad, autogobierno, salud y seguridad; habilidades académicas funcionales, ocio y trabajo. El retraso mental se manifiesta antes de los dieciocho años (p. 21).

En su versión del año 2002, la AAMR establece: “Retraso mental es una discapacidad caracterizada por limitaciones significativas en el funcionamiento intelectual y la conducta adaptativa que se manifiestan en habilidades prácticas, sociales y conceptuales. Esta discapacidad comienza antes de los 18 años” (p. 1).

¿Discapacidad intelectual o retraso mental?

Si bien ambos términos son utilizados de modo indistinto, la discusión sobre cuál debería ser la terminología más adecuada para referirse a la población en cuestión se remite a fines de los años ochenta del pasado siglo (Verdugo Alonso y Gutiérrez Bermejo, 2009).

El principal motivo para sugerir un cambio terminológico proviene del carácter peyorativo del significado del término “retraso mental”, que reduce la comprensión de las personas con discapacidad intelectual a una categoría psicopatológica, tal es el caso de la CIE -10 o del DSM-IV.

El Comité del Presidente para Personas con Discapacidades intelectuales (PCPID) considera los términos retraso mental y discapacidades intelectuales sinónimos, abarcando al mismo grupo de personas, en número, clase, nivel, tipo y duración de la discapacidad y en la necesidad de las personas de apoyos y servicios específicos (PCPID, 2004, p. 3, cit. en AAIDD, 2010, p. 38).

El término discapacidad intelectual aparece como tal en la definición actual de la Asociación Americana de Discapacidades Intelectuales y del Desarrollo (AAIDD, 2010).

Discapacidad intelectual desde la Asociación Americana de Discapacidades Intelectuales y del Desarrollo (AAIDD)

La AAIDD propone una comprensión de la discapacidad intelectual desde un enfoque multidimensional que describe cómo el funcionamiento humano y la presencia de discapacidad intelectual forman parte de una interacción dinámica entre habilidades intelectuales, conducta adaptativa, salud, participación, contexto y apoyos individualizados.

En la definición del constructo *discapacidad intelectual* se utilizan dos enfoques: una *definición operativa* (para observar y medir el constructo) y una *definición constitutiva* (sienta las bases teóricas) del constructo.

La definición operativa mantiene los tres criterios utilizados históricamente para la comprensión del concepto: limitaciones significativas en el funcionamiento intelectual y la conducta adaptativa, tal y como se ha manifestado en habilidades adaptativas conceptuales, sociales y prácticas, y la edad de aparición anterior a los 18 años.

La definición constitutiva propone un enfoque multidimensional de comprensión del concepto, conformado por cinco dimensiones, que explican el funcionamiento humano y la noción de apoyos individualizados. La actual definición sustituye el término *retraso mental* por *discapacidad intelectual* y mantiene el modelo teórico propuesto en 2008 por la AAMR.

La discapacidad intelectual se caracteriza por limitaciones significativas tanto en el funcionamiento intelectual como en la conducta adaptativa, tal y como se ha manifestado en habilidades adaptativas conceptuales, sociales y prácticas. Esta discapacidad se origina antes de los 18 años. Las cinco premisas siguientes son fundamentales para la aplicación de esta definición (AAIDD, 2010, p. 25):

- 1) Las limitaciones en el funcionamiento presente se deben considerar en el contexto de ambientes comunitarios típicos de los iguales en edad y cultura.
- 2) Una evaluación válida tiene en cuenta la diversidad cultural y lingüística, así como las diferencias en comunicación y en aspectos sensoriales, motores y conductuales.
- 3) En una persona, las limitaciones coexisten habitualmente con capacidades.
- 4) Un propósito importante de la descripción de limitaciones es el desarrollo de un perfil de necesidades de apoyo.
- 5) Si se mantienen los apoyos personalizados apropiados durante un largo período, el funcionamiento de la vida de la persona con discapacidad intelectual generalmente mejorará.

La definición actual de discapacidad intelectual ve a la discapacidad como la articulación entre las capacidades de la persona y el contexto donde funciona, y no como un defecto de la persona. El término retraso mental se refería a una condición interna del individuo, a *una lentitud intelectual*; desde esta nueva perspectiva la discapacidad intelectual se refiere a un estado de funcionamiento y no a una condición individual. Propone un *modelo multifuncional*, que consta de cinco dimensiones (habilidades intelectuales, conducta adaptativa, salud, participación y contexto) y la noción de *apoyos o estrategias y recursos individualizados*, que pretenden promover el desarrollo y el funcionamiento individual de una persona. Se presentan las *cinco dimensiones* y la noción de *apoyos* del modelo antes mencionado.

Dimensión 1: Habilidades intelectuales

La inteligencia sigue considerándose una capacidad mental general que permite el razonamiento, la planificación, pensamiento abstracto, comprensión de ideas

complejas y aprendizaje de la experiencia. Su evaluación debe realizarse por un psicólogo especializado en personas con discapacidad intelectual teniendo en cuenta las cinco premisas antes mencionadas (Verdugo Alonso y Gutiérrez Bermejo, 2009).

Si bien históricamente se hizo mal uso y abuso del CI, continúa siendo la mejor medida de la inteligencia, siempre y cuando se utilicen test adecuados y estandarizados en la población. Para diagnosticar discapacidad intelectual, se siguen considerando dos desviaciones típicas por debajo de la media, esto es, un CI inferior a 70, teniendo en cuenta el error típico de medida de los instrumentos utilizados para la evaluación, como sus ventajas y limitaciones.

Las puntuaciones de CI se obtienen de test desarrollados y estandarizados, basándose en la desviación de la media de las puntuaciones de una persona respecto a un grupo de similares características y no a partir del cálculo de edad mental o edad cronológica (AAIDD, 2010).

El error estándar de medida, que varía de un test a otro, entre subgrupos y grupos de edad se utiliza para cuantificar la variabilidad de las puntuaciones obtenidas y brinda un intervalo estadístico dentro del cual se encuentran las puntuaciones verdaderas de una persona. Dicho error estándar se encuentra aproximadamente entre 3 y 5 puntos, dependiendo del manual de estandarización del test utilizado y ofrece un intervalo estadístico de confianza en torno a las puntuaciones obtenidas. Así, la AAID (2010) establece

Teniendo en cuenta las propiedades de la curva normal, el intervalo de confianza puede establecerse con parámetros de al menos un error estándar de medida (p. ej. puntuaciones entre 66 y 74, con una probabilidad del 66%) o con parámetros de dos errores estándar de medida (por ej., puntuaciones entre 62 y 78, con probabilidad del 95 %) (p. 72).

Los retos relacionados a la evaluación de la inteligencia, y a la interpretación de las puntuaciones de CI, son

numerosos: el error estándar de medida, la fiabilidad del test, la comparación de puntuaciones de diferentes tests, la profesionalidad del evaluador, por nombrar solo algunos. Sin embargo, habremos de considerar que, el funcionamiento intelectual constituye solo uno de los tres criterios requeridos para el diagnóstico de discapacidad intelectual.

Dimensión 2: Conducta adaptativa (habilidades conceptuales, sociales y prácticas)

La conducta adaptativa está conformada por el conjunto de habilidades conceptuales, sociales y prácticas que una persona desarrolla en la vida cotidiana. Esta dimensión será profundizada en el punto siguiente.

Dimensión 3: Salud

Tomando como referencia el concepto de salud propuesto por la Organización Mundial de la Salud (Grmeked, 1966) —“estado de bienestar físico, mental y social”— esta dimensión toma a la salud de modo integral. El sistema de la AAMR de 1993 había propuesto la dimensión “consideraciones psicológicas y emocionales” para diferenciar los aspectos psicopatológicos de la conducta adaptativa. Si bien fue un buen intento, se le criticó poseer una visión psicopatologizante al no considerar aspectos del bienestar emocional (Verdugo Alonso y Gutiérrez Bermejo, 2009).

Cabe señalar que los efectos de la salud física y mental pueden ser facilitadores o inhibidores en una persona con discapacidad intelectual.

Dimensión 4: Participación

Esta dimensión constituye uno de los aspectos más relevantes de la definición. Mientras que las otras dimensiones ponen el énfasis en aspectos individuales, perso-

nales y ambientales, en este caso el análisis apunta a las interacciones con los otros y el rol social de la persona. La evaluación se realiza a partir de las observaciones directas de la persona con su entorno.

Dimensión 5: Contexto

Esta dimensión considera los distintos ambientes en que vive una persona: microsistema o familia, mesosistema o comunidad, y macrosistema o sociedad y cultura. La evaluación del contexto se realiza a través de la observación y juicio clínico.

Apoyos

La definición de discapacidad intelectual actual considera que el funcionamiento de la persona generalmente mejorará con el uso de apoyos individualizados, entendiéndose estos como “estrategias y recursos que pretenden promover el desarrollo, la educación, los intereses y el bienestar de una persona y que mejorarán su funcionamiento individual” (AAIDD, 2010, p. 48). Asimismo, el concepto de *apoyo* está vinculado al constructo *necesidades de apoyo* en relación a las personas con discapacidad intelectual. Las *necesidades de apoyo* constituyen “un constructo psicológico que hace referencia al patrón e intensidad de los apoyos necesarios para que una persona participe en actividades relacionadas con un funcionamiento humano estándar” (Thompson et al., 2009, p. 135, citado en AAIDD, 2010, p. 167).

Este concepto toma en cuenta las diferencias individuales, que permiten conocer las características singulares de una persona, en dimensiones tales como su personalidad, motivación, autoconcepto, inteligencia, conducta adaptativa. Según la AAIDD (2010), “las personas con DI [discapacidad intelectual] se diferencian del resto de la

población por la naturaleza e intensidad de los apoyos que necesitan para participar en la vida comunitaria” (p. 168).

Los apoyos requeridos pueden consistir en la utilización de tecnologías (por ejemplo, una computadora), un sistema aumentativo de comunicación y/o apoyos de otra persona (por ejemplo, acompañante terapéutico), es decir que se refieren a la provisión de apoyos de la persona o del contexto, atendiendo a la relación entre las competencias personales y las demandas ambientales.

De modo que la AAIDD (2010) propone que: La planificación y provisión de apoyos es la clave para hacer frente al desajuste entre la capacidad de la persona y el repertorio de conductas y habilidades que necesita para participar satisfactoriamente en todas las facetas de la vida cotidiana (AAIDD, 2010, p. 184).

La conducta adaptativa y las habilidades sociales en la discapacidad intelectual

La conducta adaptativa es el conjunto de habilidades conceptuales, sociales y prácticas que han sido aprendidas por las personas para el funcionamiento en su vida diaria.

De acuerdo a la definición de la AAIDD (2008), la conducta adaptativa es un constructo multidimensional. De este modo, las dificultades adaptativas en las personas con discapacidad intelectual provienen de las limitaciones en tres dominios: la inteligencia conceptual, la inteligencia social y la inteligencia práctica.

La *inteligencia conceptual* se refiere a aprendizajes vinculados al lenguaje, la lecto-escritura y conceptos relacionados con el manejo del dinero, el tiempo y los números.

La *inteligencia práctica* se asocia a la capacidad del individuo de mantenerse por sí mismo como persona independiente en la realización de las actividades habituales de la vida cotidiana esencial para las habilidades adaptativas

como las sensorio-motoras y del cuidado personal (por ejemplo, dormir, asearse, comer y beber) y las de seguridad (por ejemplo, evitar los peligros, prevenir de lastimarse, lesionarse, etc.).

La *inteligencia social* se refiere a la capacidad de entender las expectativas sociales y la conducta de los otros, las habilidades interpersonales, el seguimiento de reglas y normas, la resolución de problemas sociales que nos permita juzgar adecuadamente cómo debemos comportarnos en las diferentes situaciones sociales: de comunicación, de trabajo, en el hogar. La inteligencia social es un aspecto nodal en la educación de niños y adolescentes con discapacidad intelectual, ya que sus mayores dificultades radican en la comprensión del comportamiento social; parecería que, en ocasiones, no entienden las pistas y señales que emiten los demás y las situaciones que los impulsan a realizar determinados comportamientos. Tienen dificultades en situarse en el lugar del otro y entender sus motivaciones. Del mismo modo, muestran una clara limitación para comunicar sus propios pensamientos y sentimientos (Esterkind de Chein y Hormigo, 2008).

Verdugo Alonso y Gutiérrez Bermejo (2009) afirman que las personas con discapacidad intelectual no son todas iguales: tienen diferentes grados de independencia y desempeño dependiendo de las características particulares, como así también de su interacción con el ambiente en el que hayan crecido.

Las limitaciones que presentan las personas con discapacidad intelectual en su conducta adaptativa se explican por dos razones:

- a) Déficit de adquisición: no saben cómo realizar la actividad.
- b) Déficit de desempeño: no saben cómo utilizar la habilidad aprendida. A veces pueden influir factores motivacionales y afectivos que afectan la expresión de estas.

Las habilidades sociales son un área de gran relevancia en el comportamiento interpersonal y en la inclusión social de las personas con limitaciones cognitivas o discapacidad intelectual. Por este motivo en los últimos años han recibido especial atención en diversos contextos tales como trabajo, tiempo libre y, sobre todo, en educación.

En España el concepto de habilidades sociales se difundió con rapidez a mediados de los años ochenta y sobre todo en el ámbito de la educación especial y del empleo con apoyo. En la Argentina adquirió relevancia a fines de la década de 1990.

Verdugo (1997) planteó programas alternativos a los académicos, a efectos de superar la rutina y la inercia curricular existentes sobre todo en las instituciones de educación especial. Estos programas, aunque se denominan de habilidades sociales, se centran en la conducta adaptativa y se caracterizan por una elevada estructuración de los objetivos de trabajo. En ellos, se desmenuzan el *qué* y el *cómo* intervenir sobre las habilidades sociales, agregando otros contenidos adaptativos, partiendo de las necesidades de apoyo que estos alumnos requieren.

Es importante resaltar que las personas con discapacidad intelectual tienen dificultades cuando deben transferir una conducta aprendida a situaciones de lugar, tiempo y ocasión diferentes en las que fue aprendida. De allí la importancia de la enseñanza en contextos naturales, para luego ser generalizados en diferentes contextos y situaciones sociales.

Para ejemplificar, se presentará el caso de Javier, un alumno con síndrome de Williams que cursa con discapaci-

¹ El síndrome de Williams, síndrome de Williams-Beuren o monosomía 7 es un trastorno genético poco común, causado por una pérdida de material genético en el cromosoma 7. Fue descrito por primera vez en 1961 por el cardiólogo J. C. P. Williams y paralelamente por el pediatra alemán Alois Beuren. Los síntomas consisten en un retraso mental de grado variable. Las características conductuales muestran disponibilidad social y un desarrollo lingüístico particular, con locuacidad, sin fallas fonológicas sintácticas, pero con escaso contenido semántico. Suelen ser muy sociables y poseen facilidad para comprender el estado mental de sus interlocutores (empatía), con habilidades sociales muy buenas (Tallis, 2006).

dad intelectual de grado leve a moderado¹. Javier comenzó su escolaridad a los 4 años en un jardín maternal. Las dificultades para el aprendizaje fueron haciéndose notables y significativas a medida que transcurría el tiempo. Actualmente cursa 5.º grado; sus aprendizajes corresponden a los esperados para primer y segundo grado. Sin embargo, sus características de personalidad asociadas a la capacidad de socialización, buena adaptación a las normas, empatía e interacción con los pares hicieron de él un niño apreciado y simpático. La capacidad adaptativa, asociada al despliegue de habilidades sociales, le ha permitido continuar con su grupo de compañeros y ser aceptado por sus docentes.

Estrategias de intervención para el aprendizaje de las habilidades sociales en discapacidad intelectual

Componentes cognitivos en las habilidades sociales

Como se abordó en el capítulo 1 de este libro, las habilidades sociales no tienen una definición única debido a su naturaleza pluriconceptual. De este modo, en la literatura sobre el tema encontramos distintas acepciones, tales como competencia social (Trianes, 1996), habilidades sociales (Gil y León Rubio, 1998; Caballo, 2007), habilidades de interacción social (Monjas Casares, 2000) y asertividad (Wolpe, 1977), por nombrar solo algunas.

De acuerdo con Monjas Casares (2000), las habilidades sociales o de interacción social son

conductas o destrezas sociales específicas requeridas para ejecutar competentemente una tarea de índole interpersonal. Implica un conjunto de comportamientos adquiridos y aprendidos y no un rasgo de personalidad. Son un conjunto de comportamientos interpersonales complejos que se ponen en juego en la interacción con otras personas (p. 28).

En este sentido, y de acuerdo a la autora citada, las habilidades sociales son conductas o destrezas sociales aprendidas, que sirven para ejecutar competentemente comportamientos interpersonales en contextos de interacción con otras personas. Se pueden enseñar y aprender.

De modo que las habilidades sociales pueden ser desagregadas en distintos componentes para mayor comprensión. Estos componentes pueden ser conductuales, cognitivos y fisiológicos.

En esta ocasión, para pensar la enseñanza de habilidades sociales en la discapacidad intelectual se abordarán algunos de los componentes cognitivos, a saber: a) habilidades de percepción del ambiente de comunicación, b) locus de control interno y c) autocontrol.

- a) *Habilidades de percepción del ambiente de comunicación*: Estas habilidades se asocian con la percepción y discriminación de los diferentes ambientes comunicativos y los distintos elementos físicos y fisiológicos que intervienen en una interacción, tales como el ambiente formal, ambiente cálido, ambiente privado, ambiente familiar y ambiente restrictivo (Castilla, 2004; Esterkind de Chein y Hormigo, 2008). El alumno con discapacidad intelectual debe ser puesto ante diversas situaciones que impliquen formalidad, privacidad, familiaridad, a fin de aprender cómo comportarse adecuadamente según la demanda social. Por ejemplo, deberá aprender que es diferente la interacción en ámbitos familiares que en ámbitos formales como la escuela u otras instituciones. Cabe destacar que en la discapacidad intelectual existe una dificultad comprobada para realizar generalizaciones; de allí la importancia de enseñar las conductas apropiadas en cada uno de estos ámbitos.
- b) *Locus de control*: Según Molina García (1994), el término *locus de control* hace referencia a las implicaciones que las personas confieren sobre sí mismos o sobre

variables externas a ellas cuando tienen éxito o fracasan en la resolución de una determinada tarea o actividad. Las personas en las que predomina un locus de control interno suelen atribuir las causas de sus éxitos o fracasos a sus propias capacidades o comportamientos. En cambio, las personas en las que prevalece un locus de control externo atribuyen dichas causas a la mala suerte o variables relacionadas con otras personas. Lógicamente, las personas en las que predomina un locus de control externo suelen tener una sensación de desamparo. Molina García (1994) cita una investigación de Cromwell, en la cual se encontró que los sujetos con discapacidad intelectual obtenían puntuaciones más altas que los no retrasados en locus de control externo y que se preocupaban más por evitar el fracaso que por alcanzar el éxito. Se considera que la enseñanza del locus de control en la discapacidad intelectual constituye una tarea difícil aunque no imposible, ya que su aprendizaje está asociado a procesos cognitivos de reflexión acerca de la propia conducta, tales como *me equivoqué, no fui claro en mi expresión, debería expresarme mejor*, etc. En este sentido, el locus de control guarda íntima relación con la capacidad de autocontrol.

- c) *Autocontrol*: Es la capacidad de guiar nuestro comportamiento de acuerdo a criterios internalizados; requiere de habilidades como autoinstrucción, autoobservación y autoevaluación. Todo ello significa la capacidad de regular el comportamiento, observar lo que uno hace, piensa o dice (procesos metacognitivos) y valorar positiva o negativamente la conducta.

Estrategias de enseñanza de las habilidades sociales

Aprendizaje por experiencia directa y observación. La imitación

En el capítulo 1 de este libro se hace extensa referencia a la teoría social cognitiva de Bandura, aplicada más bien a sujetos sin discapacidad. Se remarca el interés del autor de poder explicar el aprendizaje de nuevos comportamientos sociales, para lo cual realiza investigaciones sobre el papel de la imitación, el aprendizaje por observación, las pautas de refuerzo (o recompensa), en la adquisición de comportamientos socialmente aceptables y/o censurados, y la autorregulación y autoeficacia.

Con relación a la *imitación*, señala que se trata de un aspecto esencial del aprendizaje. En ese mismo sentido, Bandura cita a Miller y Dollard (1941) como estudiosos del papel de la imitación en el aprendizaje, pero avanza sosteniendo la existencia de pruebas acerca de que el *aprendizaje* puede ocurrir por observación del comportamiento de otro, aun cuando el sujeto que observa no reproduzca el modelo de comportamiento durante el periodo de adquisición, es decir, no haya recibido refuerzos.

La teoría del aprendizaje social intenta explicar el comportamiento humano y aspectos de la personalidad haciendo referencia a los estudios experimentales del aprendizaje. A partir de los trabajos de Bandura y Walters (1978), la imitación cobra importancia como unidad de análisis del comportamiento. El funcionamiento psicológico se explica por una continua y recíproca interacción entre factores determinantes ambientales y personales, reciprocidad que le llevó a investigar acerca del aprendizaje observacional, el cual tiene lugar sin incentivo o refuerzo o aún cuando la acción es castigada.

El autor sostiene que parte del aprendizaje ocurre por reforzamiento, pero se diferencia de Skinner al afirmar que casi todos los comportamientos se pueden adquirir sin reforzamiento, es decir, por observación. Propone así el nombre de *reforzamiento vicario* para plantear que el sujeto observa el comportamiento de otro y las consecuencias que esa conducta implica.

Rescatamos estos conceptos por la importancia de la *imitación* en el aprendizaje de la persona con discapacidad intelectual, aunque generalmente debe ser acompañado por refuerzos positivos y/o negativos.

En el alumno con síndrome de Down, por ejemplo, la imitación constituye una de las características fundamentales para el logro de los aprendizajes, mientras que en aquellos alumnos con Trastornos del Espectro Autista (TEA), asociado a discapacidad intelectual, la imitación no se da en forma espontánea, por lo que deberá ser enseñada en forma explícita. A través de diferentes programas, se enseñarán diferentes conductas de interacción y comunicación como saludar, sostener un diálogo, diferenciar estados anímicos, etc., al igual que juego simbólico, juegos de interacción y turnos, por nombrar solo algunos.

Aprendizaje por feedback interpersonal. La familia como espacio de socialización

El aprendizaje por *feedback* o retroalimentación personal se refiere a la explicitación de las apreciaciones por parte de un observador de cómo ha sido el comportamiento del niño y el adolescente para su modificación. Se trata entonces de un refuerzo social y es de sumo interés para el desarrollo de las relaciones tempranas interpersonales.

El microambiente familiar constituye el primer lugar de enseñanza y aprendizaje de las conductas sociales. Este microambiente familiar constituido por las funciones materna y paterna son los transmisores de los enunciados discursivos, de las pautas normativas del campo social. Diversas investigaciones sobre el tema demuestran que una adecuada relación de apego con las figuras parentales da lugar a interacciones exitosas con iguales.

En una investigación sobre las *características de la función materna en niños y adolescentes con retraso mental* (Hormigo, Tallis y Esterkind de Chein, 2006), ante

la pregunta de por qué niños/adolescentes con idéntico CI se comportan socialmente de modo diferente, se llegó a la conclusión de que una adecuada función materna promueve el desarrollo de la capacidad adaptativa y de habilidades sociales en los sujetos con retraso mental o discapacidad intelectual:

- a) El ejercicio de la función materna en niños y adolescentes con discapacidad intelectual influye en la capacidad de adaptación, promoviendo o limitando la adquisición de habilidades adaptativas.
- b) La posibilidad del niño o adolescente con discapacidad intelectual de comportarse de modo *inteligente* está condicionada por dicho ejercicio y se refleja en un mejor desempeño social y adaptativo.

Problemas en la competencia social. Entrenamiento cognitivo

A fines de los ochenta y durante los noventa en el pasado siglo, proliferó en España la difusión de Programas Conductuales Alternativos, orientados a la enseñanza de habilidades adaptativas (Verdugo Alonso y Gutiérrez Bermejo, 2009). Dichos programas se centraron en planteamientos cognitivos-conductuales y han sido extendidos al campo de la discapacidad intelectual.

En una investigación realizada por Monjas Casares (2000) en la que se utilizaron procedimientos sociométricos, se constató que: “los alumnos con necesidades educativas especiales (ANEE) integrados en aulas comunes, son escasamente aceptados por sus compañeros; así el 17% obtuvo un status de aceptación, sobre un 66% de rechazo, un 8% ignorado y un 9% controvertido” (p. 33). Por esta razón, la autora considera a los alumnos con necesidades educativas especiales como un *grupo de riesgo*, con el cual se deberían implementar estrategias de entrenamiento y

enseñanza de habilidades sociales, a partir de técnicas conductuales y cognitivas.

Este entrenamiento o proceso de enseñanza contempla al sujeto en términos pedagógicos y educativos. Se interesa en la enseñanza de conductas socialmente efectivas y en la modificación y eliminación de comportamientos inadecuados.

Se enseñan conductas simples y moleculares como el contacto ocular, la sonrisa, y conductas más complejas como estilos de comunicación y comportamiento. Entre las técnicas a utilizar se encuentran:

- a) Modelado e imitación: Como ya se explicó anteriormente, refiere al aprendizaje por experiencia directa. Consiste en mostrar un modelo o habilidad concreta para su imitación.
- b) Role-playing: El alumno representa una situación simulada, para luego ponerla en práctica en una situación natural.
- c) Reforzamiento: Vinculado a la *ley de causa-efecto* por la cual una conducta seguida de un refuerzo positivo tenderá a aumentar, mientras que un comportamiento seguido por un refuerzo negativo tenderá a disminuir.
- d) Entrenamiento en resolución de problemas interpersonales: Se trata de programas de enseñanza de técnicas cognitivas que buscan potenciar las habilidades cognitivas implicadas en la resolución de un conflicto interpersonal. Por ejemplo, buscar distintas soluciones posibles a un problema interpersonal.

Para la aplicación de estas técnicas se aconsejan intervenciones sostenidas en forma sistemática, tanto individual como en grupos pequeños y en contextos naturales (familia, escuela).

Existen en España diferentes programas para trabajar y entrenar habilidades sociales, habilidades de la vida diaria y habilidades de orientación al trabajo. El Programa de Habilidades Sociales desarrollado por Verdugo Alonso

(1997) sistematiza a través de seis áreas la enseñanza de habilidades sociales y puede servir como ayuda a la hora de trabajar con personas con discapacidad intelectual. Ejercita conductas de adaptación e integración en la comunidad como, por ejemplo, habilidades de interacción social para establecer relaciones interpersonales, conductas de comunicación verbal para sostener una conversación fluida, uso del ocio y del tiempo libre, utilización independiente del transporte, entre otros.

Consideraciones finales

Actualmente, la discapacidad intelectual forma parte del constructo *discapacidad*, y refiere a un estado de funcionamiento y no a una condición individual.

Se adhiere al concepto de discapacidad como problemática social, en tanto considera que toda restricción —en este caso, intelectual— no está dada exclusivamente por las carencias físicas o mentales de la persona, sino por las restricciones que la misma comunidad ofrece en tanto barreras físicas, culturales, actitudinales, pedagógicas, etc. (Celada, 2011; Chein y Hormigo, 2011). En este sentido, la discapacidad intelectual ya no es considerada como un rasgo individual y absoluto de una persona, sino que guarda relación con los entornos y la relación entre la persona y su ambiente, a través del uso adecuado de apoyos individualizados para mejorar su funcionamiento.

Las habilidades sociales son un área de gran relevancia en el comportamiento interpersonal y la inclusión social de las personas con discapacidad intelectual; por este motivo, en los últimos años han recibido especial atención en diversos contextos tales como trabajo, tiempo libre y sobre todo educación.

Es importante resaltar que los alumnos con discapacidad intelectual tienen dificultades cuando deben transferir

una conducta aprendida a situaciones de lugar, tiempo y ocasión diferentes en las que fueron aprendidas. De allí la importancia de la enseñanza en contextos naturales, para luego ser generalizadas en diferentes entornos y situaciones sociales.

En la enseñanza de habilidades sociales, se ejercitan desde las conductas simples y moleculares hasta las más complejas, como estilos de comunicación y comportamiento para las cuales se pueden utilizar diversas técnicas.

Para trabajar en programas de enseñanza de habilidades sociales en adolescentes con discapacidad intelectual, se consideran de gran importancia la imitación y la observación, acompañados o no por refuerzos e imitación de modelos. Por ello, se propugna por un proceso de enseñanza de estas que contemple al sujeto en términos pedagógicos y educativos. Su basamento es la enseñanza de conductas socialmente efectivas y la modificación y eliminación de comportamientos inadecuados.

El énfasis puesto en este tema se justifica cuando las habilidades sociales compensadoras de las habilidades cognitivas crean las mejores condiciones de sostén y permanencia del adolescente en el sistema educativo, base de una efectiva inclusión social.

Referencias

- Asociación Americana de Discapacidades Intelectuales y del Desarrollo [AAID]. (2010). *Discapacidad Intelectual. Definición, clasificación y sistemas de apoyo* (11.ª ed.). Madrid: Alianza.
- Asociación Americana sobre Retraso Mental [AAMR]. (1992-1997). *Retraso Mental. Definición, Clasificación y Sistemas de Apoyo*. Madrid: Alianza.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-IV* (4th ed.). Washington: Pergamon Press.
- Bandura, A. & Walters, R. (1978). *Aprendizaje social y desarrollo de la personalidad*. Madrid: Alianza Universidad.
- Castilla, M. (2004). *Habilidades sociales y educativas sobre una comunidad sorda*. Mendoza: efe.
- Caballo, V. (2007). *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales* (7.ª ed). Madrid: Siglo XIX.
- Celada, B. (2011). Personas con Discapacidad en su tránsito por la Educación Superior. Ponencia presentada en las XI Jornadas Argentinas de Estudios de Población. Neuquén (Argentina).
- Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud [CIE-10]. (1948). Washington: Organización Mundial de la Salud.
- Esterkind de Chein, A. & Hormigo, A. (2008). *Estrategias docentes para facilitar las habilidades sociales en alumnos con retraso mental*. Ponencia en XVII Jornadas RUEDES. UNCuyo. Mendoza.
- Esterkind de Chein, A. & Hormigo, A. (2009). *Abordaje psicoeducativo de las habilidades sociales en el sujeto con retraso mental*. Ponencia en I Congreso de Psicología del Tucumán. San Miguel de Tucumán, Tucumán (Argentina).
- Esterkind de Chein, A. & Hormigo, A. (2011). *Discursos docentes sobre la discapacidad en la UNT: condicio-*

- nes institucionales de accesibilidad*. Ponencia en XXI Jornadas Nacionales RUEDES. Comodoro Rivadavia (Argentina).
- Gil, J. & León Rubio, J. (1998). *Habilidades sociales. Teoría, investigación e intervención*. Madrid: Síntesis.
- Grmeked, M. (1966). *Selected papers of Andrija Stampar*. University of Zagreb.
- Hormigo, A, Tallis, J. & Esterkind de Chein, A. (2006). *Retraso mental en niños y adolescentes. Aspectos biológicos, cognitivos, subjetivos y educativos*. Buenos Aires: Noveduc.
- Miller, N. & Dollard, J. (1941). *Social learning and imitation*. New Haven: Yale University Press.
- Molina García, S. (1994). *Deficiencia Mental. Aspectos psicoevolutivos y educativos*. Málaga (España): Aljibe.
- Monjas Casares, M. (2000). *Programa de Enseñanza de Habilidades de Interacción Social*. Madrid: CEPE.
- Pantano, L. (1993). *La discapacidad como problema social: un enfoque sociológico. Reflexiones y propuestas*. Buenos Aires: EUDEBA.
- Tallis, J., Casarella, J. & Grañana, N. (2006). *Trastornos psicopatológicos y comportamentales en el retardo mental*. Buenos Aires: Miño y Dávila.
- Trianes, M. (1996). *Educación y competencia social: un programa en la escuela*. Málaga: Aljibe.
- Verdugo Alonso, M. (1997). *Programa de Habilidades Sociales (PHS). Programas Conductuales Alternativos*. Salamanca: Amaru.
- Verdugo Alonso, M. & Gutiérrez Bermejo, B. (2009). *Discapacidad Intelectual. Adaptación social y problemas de comportamiento*. Madrid: Pirámide.
- Wolpe, J. (1977). A Statement of Principles for ethical practice of assertive behavior training. In R. E. Alberti (Ed.), *Assertiveness: Innovations, Applications, Issues*. San Luis Obispo, California: Impact.

PARTE III

7

Las habilidades sociales en la práctica clínica

NORMA CONTINI

Introducción

En los capítulos precedentes se han desarrollado diversas teorías sobre las habilidades sociales, sus disfunciones, la importancia de su identificación oportuna e instrumentos específicos para dicha evaluación. Igualmente, se hizo referencia a investigaciones con adolescentes de diversos contextos socioeconómicos.

Los siguientes capítulos tienen por objetivo mostrar articulaciones entre teoría y práctica clínica, ofreciendo casos que, por el motivo de consulta, exigían la administración de una prueba específica para evaluar habilidades sociales. Se detalla el diseño de un proceso de evaluación completo, centrando el análisis en el tema que motivó este libro. El lector encontrará así, de un modo didáctico, los pasos para el análisis de la Batería de Socialización para Adolescentes BAS-3 y la búsqueda de evidencias múltiples

a lo largo del proceso de evaluación, que se espera sean de utilidad tanto para el psicólogo que recién se inicia, como para el que tiene experiencia clínica.

Ansiedad social y retraimiento en la pubertad. Caso Alejandra

Contexto del caso

Con el propósito de mostrar la teoría en la práctica se analiza el caso de una púber de 11 años de edad de nivel socio-económico (NSE) medio-bajo, que llega a la consulta derivada por la maestra de grado por un cuadro acentuado de retraimiento que afectaba tanto su inserción en el aula, como su vida de relación en la casa y con los pares. Se estudia el tipo de habilidades sociales que ha desarrollado y se las relacionan con el autoconcepto. Si bien se han evaluado estas variables en el contexto de un proceso de evaluación más amplio, en este trabajo se informan solo las referidas a habilidades sociales y autoconcepto.

Se detallan las entrevistas realizadas, los resultados de las técnicas administradas y su interpretación llevándose a cabo articulaciones clínicas con los datos obtenidos a lo largo del proceso de evaluación de multiinformantes. Se incluyen en un Anexo todas las pruebas administradas.

Objetivos

Los objetivos de este trabajo fueron: a) analizar la cualidad de las habilidades sociales de Alejandra; b) analizar si prevalecían las denominadas facilitadoras de la socialización o las inhibidoras de la socialización; c) realizar articulaciones clínicas entre el tipo de habilidades sociales, el autoconcepto y la información proporcionada por la madre, la examinada y la maestra de grado en las entrevistas.

Procedimiento

Se llevó a cabo un proceso de evaluación psicológica en el que se realizó una entrevista inicial con la madre, una entrevista con Alejandra y se administraron las siguientes pruebas psicológicas:

- a) Técnicas Proyectivas Gráficas (FKA) (Frank de Verthleyi, 1982).
- b) Técnica de Apercepción Temática para Niños CAT-A (Bellak y Bellak, 1956).
- c) Batería de Socialización para adolescentes (BAS-3) (Silva y Martorell, 2001).
- d) Escala de Autoconcepto de Piers- Harris (adaptación Casullo, 1990).
- e) Escala de Inteligencia para niños WISC III abreviada (Wechsler, 1994).

Se realizó finalmente una entrevista de devolución de información con la madre y con la púber.

Se presentan y analizan los datos de las entrevistas y de las dos técnicas que motivan el presente trabajo. Se incluyen en el Anexo los protocolos de todas las pruebas administradas.

DATOS DE FILIACIÓN

Nombre: Alejandra

Edad: 11 años 10 meses

Grupo familiar: Padre comerciante (54); madre, empleada administrativa en una dependencia del Estado (44). Conviene con la madre y abuela materna (64)

Escolaridad: Cursa 5.º grado. Escuela pública

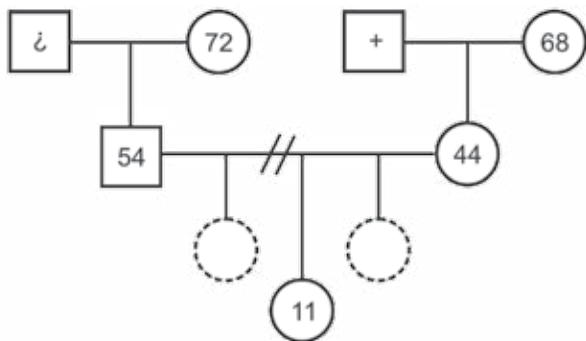
Lugar de residencia: zona urbana. San Miguel de Tucumán

NSE: Medio-bajo

Motivo de consulta: Acentuada inhibición

Derivada por: Maestra de grado

Genograma^{1,2}



Antecedentes de importancia

- Dificultad de la madre para quedar embarazada. Perdió dos embarazos, uno anterior y otro posterior al nacimiento de Alejandra.
- Padres divorciados desde los 5 años de edad de la examinada.
- Desarrollo según pautas esperadas en adquisición de marcha, lenguaje y control de esfínteres.
- Desde el divorcio de los padres convive con la madre y abuela materna. Visita al padre todos los fines de semana, quien vive solo. Si bien acude a la casa del padre, expresa preferencias por permanecer con la madre y busca el modo de que dichas visitas sean de menor duración.
- Aún no ha menstruado.

Descripción y comportamiento de Alejandra

Alejandra es muy delgada, alta, y su figura y vestimenta son propias de una niña más que de una púber. Acepta

¹ Se trata de una representación gráfica de la familia, también denominada *árbol familiar* o *familigrama*.

² Los círculos con líneas entrecortadas indican los embarazos que no llegaron a término.

la situación de evaluación con mucha cautela y, a medida que transcurre el proceso, mejoran sus posibilidades de comunicar sus estados de ánimo y de cómo es la relación con sus padres, la abuela materna y sus pares.

Reconoce que le resulta difícil participar en clase, ya que tiene temor al ridículo frente a sus compañeros si responde de un modo equívoco. Se siente presionada por la madre a asumir roles más autónomos y la considera exagerada en los roles que considera que ella debe asumir (autonomía, colaboración en tareas de la casa, permanecer sola en casa por períodos breves, petitionar ante otros cuando necesita obtener algo que necesita).

Entrevistas

Entrevista inicial con la madre

La madre expresa que la maestra de grado ha sugerido hacer la consulta psicológica ya que observa en Alejandra retraimiento y acentuadas dificultades para expresarse verbalmente y para interactuar con los pares en el aula. Si bien es buena alumna, considera que la acentuada inhibición impide valorar lo que ha aprendido, tanto como conseguir mejores logros académicos. En muy pocas ocasiones participa en clase y se muestra muy incómoda cuando tiene que exponer un tema en presencia de sus compañeros.

No es rechazada por sus pares en el aula, pero ella tiene escaso interés en interactuar o programar actividades fuera del horario de clases que, por la edad, otras chicas ya lo hacen. A criterio de la madre es muy selectiva, es decir que, ante un comportamiento de una compañera que ella considera inadecuado, decide no volver a compartir actividad alguna.

La madre agrega que Alejandra es muy sensible y puede irrumpir en llanto si ella o la abuela le recriminan alguna transgresión. Es tímida, introvertida “desde siempre”, pero

el síntoma es cada vez más notorio por los comportamientos que se esperan para su edad y contexto cultural. La madre suponía que al crecer iría superando esa timidez, pero acuerda con la maestra en la necesidad de hacer una consulta psicológica. Agrega que Alejandra requiere siempre de la presencia y apoyo tanto de ella como de la abuela para toda decisión que deba tomar, desde qué ropa ponerse, o cómo responder a una guía que tiene como tarea del colegio. A su vez refiere que, como es poco “desenvuelta”, teme que si sale sola (tomar el ómnibus para ir al colegio, a gimnasia, hacer una compra en el barrio) no lo pueda hacer adecuadamente y, al mismo tiempo, le da temor por la inseguridad actual. Este temor es compartido por el padre, en quien aparece más acentuado. El padre está informado de la presente consulta, expresa “no creer en los psicólogos”, pero no se opuso a ella. Es tan acentuada la actitud de cuidado del padre hacia la hija, que la madre asume una posición crítica frente a él, señalando que no la ayuda a que sea independiente.

Por otra parte, Alejandra presenta miedo a la oscuridad y a permanecer sola en una habitación, o sola en casa, aunque sea por muy poco tiempo. Siempre que sale de casa lo hace en compañía de la madre, de la abuela o del padre. Comparte el dormitorio con la madre y para dormir necesita el estímulo de la TV encendida.

Es pasiva y espera que los adultos (padres, abuela) resuelvan diversas situaciones de la vida diaria. No es solidaria con la madre ni con la abuela en los quehaceres de la casa, sino más bien egocéntrica. La abuela materna, quien cuida a Alejandra en el horario que la madre está ausente por razones de trabajo, refuerza la protección, por ejemplo, ofreciendo el desayuno en la cama y no exigiendo un horario para levantarse de mañana, con lo cual duerme hasta mediodía.

Se destaca un acentuado apego a la figura materna y un vínculo con distancia emocional del padre.

La madre se encuentra muy preocupada por la timidez de Alejandra, pero también tiene episodios de malestar al

no observar ningún progreso, no obstante toda la ayuda que considera le proporciona. Así también la madre experimenta malestar hacia su propia madre (abuela de Alejandra), ya que considera que no colabora a que la púber adquiera hábitos propios de su edad ni a superar sus inhibiciones; se muestra excesivamente disponible a los deseos de Alejandra y muchas veces desautoriza a la madre cuando interviene con aquella para que asuma comportamientos esperables para la edad, como por ejemplo quedarse sola en casa unos minutos mientras la madre hace compras en la zona donde viven.

Con relación al padre, Alejandra expresa que le provoca incomodidad (“vergüenza”) salir de paseo con él, a quien visualiza como “viejo” por su estilo de vestir y costumbres. Las actividades que el padre propone son las adecuadas para una niña, no así para la edad de Alejandra, y también se caracterizan por el aislamiento social: raras veces hacen actividades fuera del hogar. El padre resuelve todos los quehaceres domésticos y Alejandra asume una posición pasiva, ya que suele pasar mucho tiempo en su cuarto mirando TV. En ocasiones visitan a la abuela paterna. Alejandra asume una posición crítica hacia la organización y actividades de fines de semana con el padre.

Aun no ha menstruado y presenta características psicológicas y físicas de una niña más que de una púber.

La madre de Alejandra expresa no tener en su proyecto actual volver a formar una pareja. Desearía vivir sola con su hija, pero tanto por razones económicas como por el apoyo que su madre brinda al cuidar de Alejandra mientras ella trabaja, determina que continúen conviviendo juntas.

Comentario clínico de la entrevista con la madre

Estamos en presencia de un grupo familiar con vínculos muy estrechos, de carácter simbiótico y con una escasa red social; las interacciones se circunscriben al grupo pri-

mario (padre-madre-abuela). La dificultad para procrear por parte de la pareja, la posterior ruptura conyugal y el hecho de no haber formado nueva pareja ninguno de los cónyuges han condicionado el tipo de relación con la niña. El vínculo está centrado más en el cuidado extremo (que les otorgue seguridad de no perderla, como a los otros dos embarazos) que en lograr que se constituya en una persona autónoma. Se trata de tres adultos dependientes de la hija, para quienes el crecimiento de aquella y el logro de autonomía los despojaría del principal rol que los mantiene activos y les otorga sentido a la vida. Los criterios de crianza corresponden más bien a la infancia y no a las necesidades actuales de Alejandra.

Puede hipotetizarse que el tipo de crianza ha producido una detención del desarrollo, en lo que se refiere a dimensiones emocionales, mientras que las habilidades cognitivas alcanzan un buen nivel.

Entrevista con Alejandra

Se presenta con acentuada inhibición, situación que cede a medida que transcurre la entrevista pudiendo comunicar sus estados de ánimo. Expresa que la madre exagera “con todo”, es decir que tiende a valorar como insuficiente todo comportamiento de ella, por ejemplo, no aceptar dormir sola en un cuarto por miedo, o irrumpir en llanto al concluir un acto escolar en el cual había participado como escolta de la bandera porque “el acto fue muy largo, había estado de pie muchas horas y sentía que todos la miraban”.

Expresa que la abuela se enoja cuando ella no hace lo que le pide, lo cual le genera mucho displacer. Con relación a su padre, afirma que no le agrada permanecer todos los fines de semana en la casa de aquel, puesto que se aburre. Agrega que el padre propone hacer actividades que a ella no le gustan y que casi nunca cumple con las promesas que

formula de ir de paseo. Ella lo define como una persona anticuada por su forma de ser y de vestir. No le gusta que sus compañeras vean que él la lleva al colegio.

Comentario clínico de la entrevista con Alejandra

El nivel de inhibición observable es muy acentuado. Alejandra en su relato asume una posición pasiva, tiende a quejarse de la intervención de los demás, de la madre, en especial de la abuela, a quien suele complacer puesto que no tolera y se angustia si esta la sanciona poniendo mucha distancia emocional con la púber (no hablarla). Se diría que su necesidad de apoyo emocional y de aceptación es muy elevada y supera a su intención de asumir una posición autónoma, o aun discrepante con los puntos de vista de los adultos. Tiene escasa consciencia de su situación, de lo que ella aporta en el vínculo con los otros. Como aspecto altamente positivo, se destaca la posibilidad de verbalizar —durante las sesiones— las situaciones de la vida cotidiana que la preocupan y que no sabe afrontar, a medida que vivencia al psicólogo como un interlocutor fiable y no crítico. En ese sentido, la madre expresa que ha aceptado con gusto la entrevista al psicólogo. Ello daría cuenta de un incipiente *insight* de su problemática, lo que se valora como un buen pronóstico desde el punto de vista clínico.

Resultados del proceso de evaluación psicológica

Batería de Socialización para Adolescentes (BAS-3) (Silva Moreno y Martorell Pallás, 2001)

Con el objeto de analizar el comportamiento social de Alejandra se administró la BAS-3, integrada por 75 ítems y aplicable a adolescentes de 11 a 19 años de edad, de autoadministración individual con dos opciones de respuesta (sí-no). Permite obtener un perfil del comportamiento

social a partir de sus cinco escalas de socialización: *Consideración con los demás* (Co), *Autocontrol en las relaciones sociales* (Ac), *Liderazgo* (Li), *Retraimiento social* (Re) y *Ansiedad social/timidez* (At). Mientras las tres primeras son consideradas escalas facilitadoras de la socialización, las dos últimas son inhibidoras de la socialización (Silva Moreno y Martorell Pallás, 2001). A estas se le suma una escala de *Sinceridad*, que permite analizar la consistencia interna de las respuestas a las escalas.

Criterio de interpretación desde un punto de vista psicométrico. Los valores en percentiles se interpretan en sentido contrario según se trate de escalas facilitadoras de la socialización (*Consideración con los demás*, Co; *Autocontrol*, Ac; y *Liderazgo*, Li) o perturbadoras de esta (*Retraimiento*, Re y *Ansiedad Social/timidez*, At). En las escalas facilitadoras los percentiles superiores al término medio (P 75 o más) muestran elevado nivel de habilidades sociales. En las inhibidoras este rango percentilar (75 o más) indica déficit en las habilidades sociales (véase tabla 1).

Tabla 1. Resultados de la BAS-3. Caso Alejandra

Dimensiones de la socialización	Percentiles
Escalas facilitadoras de la socialización	
Co	25
Ac	50
Li	50
Escalas inhibidoras de la socialización	
Re	75
At	95

Nota. Co: *Consideración con los demás*; Ac: *Autocontrol*; Li: *liderazgo*; Re: *Retraimiento*; At: *Ansiedad social/timidez*.

Interpretación. Sobre la base de los resultados obtenidos, puede afirmarse que la característica más notable de Alejandra es una acentuada disfunción en las habilidades

sociales. Se destaca en ella un elevado temor para encarar relaciones sociales, ya sea con pares o adultos, con signos de timidez e inadecuación frente a aquellos (*Ansiedad social/timidez*, At P 95); manifiesta comportamientos de pasividad y de evitación de los demás, no logrando poner en marcha recursos para afrontar la interacción con otros (*Retraimiento*, Re P 75). Desde el enfoque del modelo de orientación interpersonal (Silva Moreno, Moro y Ortet, 1994), Alejandra se situaría en el polo de la baja sociabilidad. Desde el modelo basado empíricamente de Achenbach y Edelbrock (1979) se encontraría en la dimensión *Inter-nalizante*, que alude a un modo desadaptativo de resolver conflictos de contenido emocional, con prevalencia de inhibiciones, alteraciones del pensamiento, alteraciones en el logro de autonomía, retraimiento. Esa posición encubre un bajo autoconcepto (véase apartado “Interpretación” de Escala de Autoconcepto p. 275). El factor de riesgo de esta modalidad de habilidades sociales es que el cuadro pueda derivar hacia el aislamiento social, que sería un modo disfuncional de autoprotección.

Como aspecto positivo se señala que cuando Alejandra logra establecer un vínculo con otros, lo hace con nivel aceptable de acatamiento a las normas sociales de su grupo de referencia (*Autocontrol*, Ac, P 50), en un marco de respeto mutuo, sin signos de agresividad. En cambio, le resulta difícil tener un registro adecuado de lo que le sucede a su interlocutor (*Consideración con los demás*, Co P 25). Más bien tiene acentuada tendencia a interpretar los hechos sociales desde una perspectiva egocéntrica. Su ubicación en el sistema familiar como hija única, la pérdida de otros embarazos por parte de la madre, la posterior pérdida del cónyuge y la marcada disponibilidad de todos los adultos hacia la examinada pueden explicar la configuración de esta modalidad de relacionarse con otros, más centrada en sí que en las necesidades de los demás. Esto encuentra puntos de convergencia con los moderados indicadores

de disposición a organizar actividades de grupos, donde es preciso poner en juego actitud de servicio y disposición hacia los otros (*Liderazgo*, Li P 50).

Escala de autoconcepto de Piers-Harris (Adaptación Casullo, 1990)

Se trata de un cuestionario (versión verbal) de 80 ítems autoadministrables que indaga sobre el sí mismo; evalúa el autoconcepto definido en términos de una serie de actitudes y atributos personales relativamente estables. Se considera al autoconcepto como un constructo multidimensional que se operacionaliza mediante seis indicadores:

- 1) percepción del comportamiento social (Escala Comportamiento);
- 2) apreciación del rendimiento intelectual (Escala Status intelectual);
- 3) apreciaciones acerca del propio cuerpo (Escala Imagen corporal);
- 4) sentimientos de ansiedad (Escala Ansiedad);
- 5) percepciones acerca del reconocimiento que otros hacen de la propia conducta (Escala Popularidad);
- 6) sentimiento de satisfacción o insatisfacción personal (Escala Bienestar y Satisfacción).

Los puntajes directos se transforman a percentiles (véase tabla 2).

Tabla 2. Resultados de la prueba de autoconcepto. Caso Alejandra

Escalas	Percentiles
Comportamiento	5
Status intelectual	50
Imagen corporal	5
Ansiedad	5
Popularidad	5
Bienestar y satisfacción	5
Puntaje total	5

Interpretación. Se analizan las escalas que hacen convergencia con el tema que motiva este capítulo, es decir, las habilidades sociales. Tanto la escala de *Comportamiento (P5)* —que alude al nivel de aprobación del propio comportamiento social—, el grado de aceptación en el grupo de referencia (*Popularidad, P 5*) y el nivel de satisfacción con la propia vida (*Bienestar y satisfacción, P 5*) dan cuenta de un bajo autoconcepto. En síntesis, Alejandra tiene registro de su inadecuación en las relaciones con otros. Como contrapartida —y como aspecto positivo— autopercibe un status intelectual acorde a lo esperado, y esto hace convergencia con los resultados de la Escala WISC III abreviada que también se administró (véanse resultados en Anexo).

Articulación clínica

Como se expresó al iniciar este capítulo, se llevó a cabo un proceso de evaluación psicológica con Alejandra y, para el caso que nos ocupa, se tomó como punto de referencia el análisis de las habilidades sociales. En tal sentido, puede afirmarse que la característica central de Alejandra es un estilo inhibido de vinculación con los demás. Asume una posición pasiva frente a las situaciones sociales y considera que su intervención va a ser inadecuada. Como forma de autoprotección se aísla. Desde un punto de vista clínico se han encontrado recurrencias en el proceso de evaluación en esta línea (datos aportados por la derivante, entrevista con la madre, entrevista con la niña). Así, resulta de mucho valor la información brindada por la maestra, sin cuya derivación probablemente la niña no habría llegado a consulta. En función de las características del grupo familiar, puede señalarse que el síntoma estaba silenciado. Todos los adultos están muy disponibles a los requerimientos de Alejandra y, si bien la inseguridad es real en el contexto actual, esta argumentación operaría como una defensa que encubre el temor de padres y abuela

de que la examinada se independice y no requiera, con la intensidad actual, del cuidado de aquellos. Solo la madre asume, de forma leve, una reflexión crítica respecto al sistema de crianza.

Una consecuencia de este estilo de crianza es la modalidad acentuada de relacionarse con otros centrándose más en sí misma e interpretando los hechos sociales desde una perspectiva egocéntrica: le resulta muy difícil tener un registro adecuado de lo que le sucede a su interlocutor (*Consideración con los demás*, Co P 25). Esta característica hace convergencia con los moderados indicadores de disposición a organizar actividades de grupo, poniendo en juego actitud de servicio y disposición hacia los otros (*Liderazgo*, Li P 50).

Los datos que aportan tanto la maestra como la madre recurren en la temática de la inhibición en el comportamiento social identificado mediante la BAS-3 (*Ansiedad social/timidez*, At, P 95 y *Retraimiento*, Re P 75). Este sentimiento de inadecuación, expresado en temor al ridículo frente a los demás, se asocia a un bajo autoconcepto (Escala de Autoconcepto P5, en particular, dimensiones Comportamiento, Popularidad, Imagen corporal, Bienestar y satisfacción). En cambio, en autoconcepto se encuentra como punto fuerte la dimensión Status intelectual (P50). Alejandra se autopercebe con capacidad para pensar y razonar, y ello converge con los resultados obtenidos en la Escala WISC III abreviada (Información 17; Semejanzas 10; Cubos 12; véase Anexo), y con un nivel bueno de rendimiento escolar. Es decir que, hasta el momento actual, este no se ha visto afectado; puede hipotetizarse que, de superarse las inhibiciones, su producción académica sería superior.

Como aspecto positivo se señala que cuando Alejandra logra establecer un vínculo con otros lo hace con nivel aceptable de acatamiento a las normas sociales de su grupo de referencia (*Autocontrol*, Ac, P 50), en un marco de respeto mutuo, sin signos de agresividad.

Hasta aquí se ha realizado un análisis de tipo descriptivo de las habilidades sociales, que son los alcances y límites propios de la prueba empleada (BAS-3). El valor de esta es que ha permitido estimar la cualidad de las habilidades sociales y la intensidad de la disfunción. Las recurrencias encontradas con otras técnicas empleadas en el proceso de evaluación dan evidencia empírica de la validez del instrumento.

Ahora bien, si se desea ahondar en las causas que determinaron la configuración de este estilo inhibido de habilidades sociales, que hacen obstáculo para una vida de calidad de Alejandra, es preciso analizar las características del sistema familiar. Se destaca la dificultad para procrear por parte de la pareja, la pérdida de dos embarazos, la ruptura conyugal a la edad de 5 años de la examinada, no haber formado nueva pareja ninguno de los cónyuges y la convivencia de Alejandra con su madre en casa de la abuela materna. Esta organización familiar ha condicionado el tipo de relación con todos los adultos, quienes cumplen la función de protección extrema —que les otorgue seguridad de no perderla, como a los otros dos embarazos—; en cambio se realizan menores acciones que tiendan a la autonomía de la hija y le otorguen seguridad. Se hipotetiza que el logro de independencia despojaría a los padres y abuela del principal rol que los mantiene activos y les otorga sentido a la vida.

Hipótesis diagnóstica

Según el DSM-IV R (APA, 2002) se estaría en presencia de un *Trastorno reactivo de la vinculación en la infancia o la niñez* (F94.1) *Tipo inhibido*. Descripto como “relaciones sociales en la mayor parte de los contextos sumamente alteradas e inadecuadas para el nivel de desarrollo del sujeto, iniciándose antes de los 5 años” y puestas de manifiesto, en este caso, por “incapacidad

persistente para iniciar la mayor parte de las interacciones sociales o responder a ellas de un modo apropiado al nivel de desarrollo, manifestada por respuestas excesivamente inhibidas, hipervigilantes, o sumamente ambivalentes y contradictorias ...” (p. 72).

La inclusión de Alejandra en un grupo familiar disfuncional, con vínculos de carácter simbiótico y dependencia emocional de los adultos hacia la púber, han configurado un estilo de relación inhibido. Alejandra asume una posición pasiva y son los adultos quienes acreditan el rol activo para que aquella pueda ver satisfechas sus necesidades de vinculación.

Puede hipotetizarse que el tipo de crianza ha producido una detención del desarrollo, en lo que se refiere a dimensiones emocionales, mientras que las habilidades cognitivas alcanzan un buen nivel.

Plan de intervención

Sobre la base de los resultados obtenidos en el proceso de evaluación psicológica se han sugerido las siguientes líneas de intervención:

- a) Llevar a cabo un proceso psicoterapéutico centrado en lograr una mayor valoración de sí misma (auto-concepto), obtener modos de interacción con otros de estilo asertivo, mayor autonomía y un nivel más elevado de seguridad para afrontar situaciones de la vida cotidiana. Con un enfoque sistémico, incluir a los padres y abuela en este proceso a fin de que puedan otorgar a Alejandra un lugar en el sistema familiar acorde a su edad, género y contexto cultural. Se debería intervenir sobre el efecto que han producido en Alejandra los vínculos simbióticos; igualmente, se hace necesario que los adultos puedan redefinir sus propios roles por un lado y, por otro, que favorezcan una ampliación de la red social de la examinada. Un

eje central de trabajo con los padres y abuela sería abordar la significación de la polaridad dependencia-independencia en el pasaje de la niñez a la adolescencia, de modo tal que no visualicen al crecimiento de la hija como una amenaza de pérdida del vínculo.

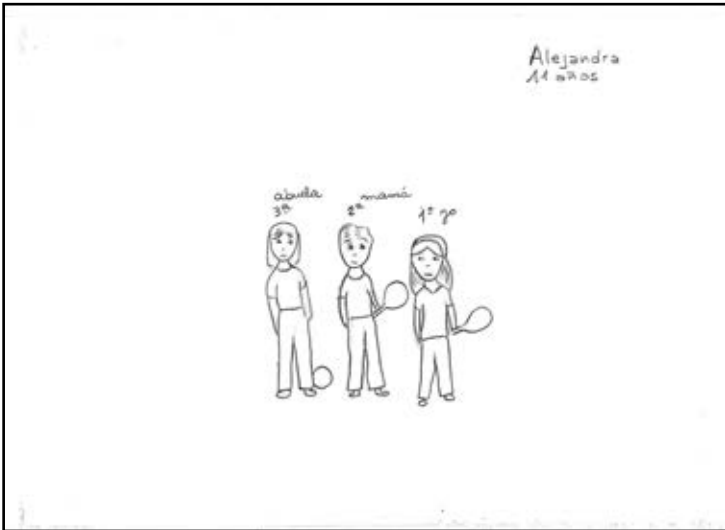
- b) Incluir a Alejandra en una actividad deportiva grupal sistemática, que permita ampliar la red de apoyo social, actualmente muy limitada, y ejercitar roles (negociar, cooperar, aceptar la frustración, compartir, peticionar, expresar emociones).
- c) En el ámbito del aula: Alejandra necesita que la maestra opere —transitoriamente mientras se lleva a cabo el proceso psicoterapéutico— como mediadora; para ello, se sugiere otorgar roles activos. Así también, frente a conductas de aislamiento, estimularla a incluirse en el grupo de pares y a estos a aceptarla; frente a conductas inhibitorias señalar que cuenta con recursos para realizar tareas propuestas por ella, motivar a concretarlas y valorar logros por pequeños que fueren.

Referencias

- Achenbach, T. & Edelbrock, C. (1979). The child behavior profile: II. Boys aged 12-16 and girls aged 6-11 and 12-16. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2, pp. 223-233.
- American Psychiatric Association, APA (2002). *DSM-IV-TR. Breviario. Criterios diagnósticos*. Barcelona: Elsevier Masson.
- Bellak, L. y Bellak, S. (1956). *Test de apercepción infantil con figuras animales (CAT-A)*. Buenos Aires: Paidós.
- Casullo, M. (1990). *El autoconcepto*. Buenos Aires: Psicoteca.
- Frank de Verthleyi, R. (1982). *Interacción y proyecto familiar*. Barcelona: Gedisa.
- Silva Moreno, F. y Martorell Pallás, M. C. (2001). *Batería de Socialización BAS-3 (Autoevaluación). Manual*. 1.^a edición 1989. Madrid: TEA Ediciones.
- Silva Moreno, F., Moro, M., y Ortet, G. (1994). Dimensiones de Orientación Interpersonal: Un modelo y un instrumento. En Garaigordobil Landazabal, M. y Maganto, C. (Dir.), *Socialización y conducta prosocial en la infancia y en la adolescencia*. San Sebastian: Servicio editorial de la Universidad del País Vasco, 89-108.
- Wechsler, D. (1994). *Test de inteligencia de Wechsler para niños WISC III. Manual y material de prueba*. Buenos Aires: Paidós.

ANEXO

Técnica gráfica de Familia Kinética Actual (Versión Frank de Verthleyi, 1982)



Nota. La presión con que dibuja Alejandra es débil. A los fines de que el lector pueda apreciar claramente el contenido del gráfico, este ha sido remarcado.

Parte II

- 1.º Yo, Alejandra jugando al tenis
- 2.º Mi mamá Elena jugando al tenis conmigo
- 3.º Mi abuela Carmen jugando a la pelota

Test de apercepción infantil (CAT-A)

Nota: Prefirió relatar empleando las láminas del CAT (con consignas modificadas para su edad) que las láminas de la técnica para adolescentes de Symonds.

L 1. Son tres pollitos que estaban comiendo y la madre los estaba viendo si comían_____.

Encuesta: ¿Qué pasaba antes? Antes ellos estaban jugando. ¿Y cómo podría ser el desenlace? Después de comer juegan un rato y después se van a dormir.

L 2: fallo

L 3: Estaba el león sentado con una pipa y un bastón y desde un huequito de la pared un ratón lo estaba viendo. Antes se había ido al médico porque se había caído y se había golpeado y le habían dado un bastón para que pueda caminar.

L 4: Canguros mamá y los hijos, volvían de un picnic. Vuelven a su casa. Antes estaban en el picnic comiendo y jugando. El padre en la casa o trabajando. No sé (se observa coartación, lentitud en las ideaciones).

L 7: El tigre se lo quiere comer al mono porque tiene hambre. El mono es burlesco, le había burla al tigre y por eso lo quiere comer.

Encuesta: ¿Qué pasaba antes? Capaz que el tigre estaba tomando agua y ha venido el mono y lo ha hecho asustar, o le ha tirado algo, o no sé.

L 9: Un conejo solo en la pieza recién se despierta, la puerta está abierta y está aburrido. Vive con su mamá, hermana y el papá. Ellos habían salido. Él no ha salido porque se despertó tarde.

L 10: Había dos perros, estaba la madre y el hijito _____ El perrito no se quería entrar a bañar y la madre lo agarra y lo mete a la bañera, y el perrito gritaba. La madre le abre el caño para que se llene la bañera y lo

empieza a jabonar. Después la madre se va del baño y lo dejó al perrito solo. Después el perrito salió del baño con la toalla, va a su pieza, se cambia y sale a jugar de nuevo.

Escala de Inteligencia para niños, WISC III Forma abreviada

Puntajes equivalentes

Información 17

Analogías 10

Cubos 12

8

Las habilidades sociales en la práctica clínica II

SILVINA COHEN IMACH

Gabriel, un adolescente agresivo

Contexto del caso

A partir del caso de un adolescente, se intenta realizar una articulación entre teoría y práctica, y compartir los alcances y límites en la evaluación de las habilidades sociales mediante la Batería de Socialización BAS-3 (Silva Moreno y Martorell Pallás, 2001) dentro del marco de un proceso de evaluación psicológica en el ámbito clínico.

Se trata de Gabriel, de 11 años, quien es traído a la consulta al centro especializado en temas de violencia por su madre a partir de serios episodios de agresividad física y verbal contra ella, sus hermanas como así también contra los compañeros y docentes del colegio (grita, insulta, rompe objetos, golpea con objetos, pateo a amigos y familiares). A partir de la solicitud de la madre, y a

pedido de la escuela, se inicia un proceso de evaluación psicológica, al cual el padre accede a ir en una sola ocasión y el que finalmente termina interrumpiendo antes de la entrevista de devolución.

Se detallan los resultados de las pruebas realizadas durante el proceso de evaluación psicológica, se ofrece su interpretación y se efectúan articulaciones clínicas con los datos recogidos por los diferentes informantes.

Objetivos

Nos proponemos en primer lugar analizar la cualidad de las habilidades sociales de Gabriel; en segundo término, estudiar si hay diferencias entre las escalas facilitadoras de la socialización y las escalas inhibitoras y, finalmente, realizar articulaciones clínicas entre las habilidades sociales, la modalidad de vínculos que establece el adolescente con los miembros de su grupo familiar y características emocionales de su personalidad.

Procedimiento

A partir de la derivación y del informe escrito enviado por la escuela, se realizó un proceso de evaluación psicológica a Gabriel. Las técnicas empleadas fueron:

- a) Entrevista inicial con la madre.
- b) Entrevista con el padre.
- c) Entrevista con el adolescente.
- d) Técnicas proyectivas gráficas:
 - dibujo libre (García Arzeno, Siquier de Ocampo y Grassano de Pícolo, 1987; Hammer, 1982);
 - Familia Kinética Actual - FKA (Frank de Verthleyi, 1982, 1982);
 - test de la persona bajo la lluvia (Querol y Chávez Paz, 2004).
- e) Test gestáltico visomotor de Bender (Koppitz, 1984).

- f) Batería de Socialización BAS-3 (Silva Moreno y Martorell Pallás, 2001).
- g) Escalas de inteligencia de Wechsler para Niños WISC IV (Wechsler, 2010).

Finalmente, se realizó una entrevista de devolución con la madre. Al adolescente y al padre no fue posible realizar devolución de información por la decisión paterna de interrumpir la evaluación. Se analizaron los resultados obtenidos en las entrevistas y de las técnicas que motivan el presente trabajo. Los resultados y comentarios de las técnicas restantes se incluyen en Anexo.

DATOS DE FILIACIÓN

Nombre: Gabriel

Edad: 11 años 1 mes

Grupo familiar: padre (36 años, técnico-mecánico de automóviles); madre (34 años, docente); dos hermanas (M., 9 años y E., 6 años). Padres separados. El examinado vive con la madre y sus hermanas.

Escolaridad: 5° año. Escuela privada mixta

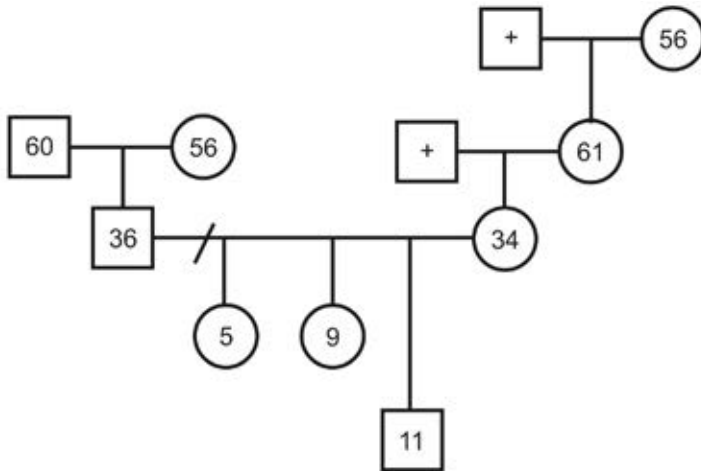
Lugar de residencia: zona urbana

Nivel Económico Social: medio-alto

Motivo de consulta: comportamientos agresivos y hostiles hacia los demás, dificultades para vincularse con los pares en el colegio

Derivante: colegio al que asiste el joven

Genograma



Antecedentes de importancia

— La madre queda embarazada sin estar casada con el padre. Los padres se casan al quinto mes de embarazo.

— Embarazo conflictivo, con náuseas y vómitos durante toda la gestación.

— Es el mayor de tres hermanos. Sus padres estuvieron casados durante 13 años y están separados desde hace 7 meses debido a problemas de violencia entre ellos. Los tres hijos viven con su madre, mientras su padre vive con los abuelos paternos.

— La familia de Gabriel vivió en la casa de los abuelos paternos los primeros tres años, lo que motivó que estos tuvieran alta incidencia en la crianza del adolescente.

— Después de la separación, el padre se va de la casa. Paralelamente, aumenta la agresividad en Gabriel, siendo él quien evidencia ahora numerosas agresiones hacia su madre. El adolescente visita regularmente al padre.

— Actualmente presenta problemas de agresividad física y verbal hacia su madre, sus hermanas menores y algunos compañeros. Rompe objetos, insulta, pateo, golpea con objetos, amenaza. También presenta hostilidad y agresividad hacia docentes y autoridades del colegio.

— Frente a los comportamientos agresivos y el escaso control interno, la madre lo deja solo en la casa, encerrado. En el último episodio, los vecinos escucharon sus gritos y fueron a ayudarlo, tranquilizándolo hasta el regreso de su madre.

— En cuanto a su rendimiento escolar, el joven no presenta dificultades en el aprendizaje.

Datos aportados por los docentes

Los docentes informan por escrito que el joven presenta “las habilidades necesarias previstas en el *currículum* escolar para el nivel que cursa” y “que evidencia una mayor predisposición para el aprendizaje de las ciencias duras que para las ciencias humanas y las relaciones interpersonales”. Asimismo, señalan que Gabriel presenta problemas de conducta desde hace cuatro meses.

Comportamiento del sujeto durante el proceso

Gabriel, alto y bastante excedido de peso para su edad, por lo que aparenta ser de mayor de edad, por momentos se presenta muy aseado y en otras oportunidades llega desalineado y desprolijo. Entra al consultorio cabizbajo, sin demasiada motivación, aunque modifica algo su actitud una vez que ingresa al consultorio. En una oportunidad, se mostró evidentemente enojado con la madre, por lo que no quiso entrar a la consulta. Es risueño, a pesar de su enojo. Prefiere que se le haga preguntas antes que hablar él sobre lo que le está pasando. Es capaz de

reconocer su problemática, pero culpa a los otros (madre, hermanas, compañeros, autoridades) de lo que le sucede.

Durante el primer encuentro no se expresó verbalmente de forma espontánea; se limitó a escuchar y contestar algunas preguntas sin mantener contacto visual alguno. Si bien el joven se mostró reticente al comienzo, esta actividad se fue diluyendo durante el proceso, por lo que fue capaz de expresar su problemática, aunque en los momentos finales de la evaluación reaparecieron signos resistenciales en el examinado.

A pesar de aceptar y realizar la mayor parte de las tareas propuestas, sus preferidas son los juegos con reglas y dibujar objetos relacionados con la actividad del padre (automóviles y motocicletas).

Entrevistas

Entrevista inicial con la madre

El primer encuentro se realiza solo con la madre debido a que los padres están separados. Ella consulta al día siguiente de una crisis de Gabriel. Durante la entrevista señala que estas crisis se dan casi todas las noches. Una vez interrogada sobre estos episodios, la madre refiere que el adolescente le pega, la insulta y hasta le dice que prefiere que se muera. Relata que en una oportunidad ella llegó a mostrarle a su hijo un féretro para ver si comprendía el significado de esas palabras, escena que conmovió a Gabriel, quien rompió en llantos y la abrazó. Cuando se indaga sobre el disparador de las crisis, la madre comenta que se relacionan en general con situaciones de competencia, celos y rivalidad hacia sus hermanas.

La madre describe al joven como impulsivo, intolero, celoso, aunque cariñoso cuando está tranquilo o después de los episodios de agresión. Refiere también que tiene mucho miedo a todo: a la oscuridad, a quedarse solo,

a las arañas; miedos que no le comenta al padre, porque quiere congraciarse con él, de acuerdo el decir de la madre.

Vinculado a esto, y con respecto a la relación con el padre, señala que Gabriel está muy “tironeado” por él, y que realiza todo lo que aquel desea. Según la madre, padre e hijo juegan rugby juntos, van al mismo club, y hasta él es el entrenador de su hijo. De la misma manera, cuando Gabriel era pequeño lo acompañaba a un club de tiro, a pesar de la oposición materna por lo peligroso y agresivo de la actividad. Según ella, el padre siempre fue su ídolo, y ahora el adolescente se ha identificado con el agresor, quien es descrito como un hombre impulsivo, violento, que aún separados la sigue controlando, sobre todo ahora que sabe que está en pareja con otro hombre. Señala que toda la familia paterna revela distintos grados de agresión e impulsividad (todos tienen sobrepeso y expresan sus conflictos por medio de agresiones físicas y verbales).

Durante las peleas entre madre e hijo, Gabriel amenaza a la madre con irse a vivir con el padre, llegando a filmar con su teléfono celular a la madre en los momentos de crisis y enviándole los videos al padre.

Con respecto al vínculo entre madre e hijo, la madre comenta que si bien la agresividad actual se desencadena a partir de que el padre se va de la casa, desde muy pequeño se evidenció una tensión agresiva entre madre e hijo debido a la conflictiva parental. En cambio, se muestra más tranquila en la crianza de sus hijas, a quienes protege como propias por el temor que sienten frente a la figura paterna.

Con respecto a su escolaridad, comenta que el examinado no evidencia problemas de aprendizaje, aunque sí dificultades de concentración, por lo que fue derivado en tres oportunidades a evaluaciones psicológicas (a los 5 años, a los 7 años y a los 9 años). Actualmente exhibe agresividad y hostilidad manifiesta hacia sus compañeros, lo que motivó una reunión con el gabinete de la escuela.

Entrevista con el padre

Si bien se resistió al comienzo a la evaluación psicológica, logra luego acudir. De este encuentro, se infiere que el padre deposita la causa de los comportamientos agresivos del adolescente en la madre de Gabriel y refiere, en varios tramos de la entrevista, que es ella quien le está haciendo daño. Comenta que la madre mantiene una pelea constante con su hijo, historia que repite de su propia infancia ya que nunca tuvo buenas relaciones con su familia de origen, salvo su abuela materna, quien falleció hace algo más de un año. Relata asimismo que la madre de Gabriel sufrió crisis nerviosas en varias oportunidades por lo que debió ser medicada y que por momentos oscila entre periodos de depresión y otros de impulsividad hacia el adolescente.

En relación al vínculo con el padre, relata que Gabriel se muestra obediente, cumple con las tareas escolares y no hace berrinches cuando está con él.

Articulación clínica de ambas entrevistas

A partir de estos encuentros, se infieren dos discursos contradictorios con respecto a la problemática del adolescente. Mientras la madre resalta los aspectos negativos de Gabriel, el padre remarca los aspectos positivos de su hijo y los negativos de la madre y sus dificultades para establecer un vínculo saludable con Gabriel. Esta contradicción en sus discursos dejan al descubierto que el síntoma del hijo constituye una respuesta al conflicto en la pareja parental.

Gabriel fue un niño difícil desde que nació. Primer hijo varón y primer nieto para la familia paterna, el adolescente se ubicó en un lugar de privilegios y caprichos. Viviendo los primeros años de su vida en la casa de los abuelos paternos, este hijo fue fuertemente marcado dentro de esa genealogía. En cambio, las niñas llegan en otro momento de la pareja parental, caracterizado por la violencia entre

los progenitores, llegando el padre hasta dudar de su paternidad en el curso de la menor de sus hijas. Así, se fueron construyendo dos subgrupos o coaliciones familiares¹. El padre y el hijo, por un lado, y la madre con sus hijas, por otro. Alianzas, o más bien coaliciones que transmiten marcas identificatorias y estilos de sociabilidad.

En cuanto a la figura materna, se trata de una mujer con marcados signos de ansiedad y angustia, que oscilan con indicadores de depresión, y con dificultades para establecer una ley sensata en relación a este hijo. Una madre que por su inexperiencia delegó su crianza en los abuelos paternos y esposo, sin poder ella alojar al adolescente en una trama vincular continente y de confianza básica. En la actualidad establece con el joven un vínculo marcado por la agresividad y la falta de contención.

La figura paterna se muestra hipercontrolada, aunque deja entrever características de impulsividad, agresividad y negación del conflicto, y deposita en su ex-mujer las causas de la problemática. Su hogar de origen se ofrece, sin embargo, como un espacio más facilitador para Gabriel, ya que allí el adolescente logra aceptar lo permitido y lo prohibido, la transgresión y la sanción. A pesar de la coalición entre padre e hijo, dentro de este contexto familiar circula una ley que regula y pone límites a sus impulsiones.

Entrevista con el adolescente

El joven refiere que él no tiene problemas, que la madre es quien hace problemas por todo. Cuenta que tiene un solo amigo, con quien juega a la pelota y comparte los

¹ El concepto de alianza hace referencia, dentro del enfoque sistémico, a la existencia de una proximidad de afectos e intereses entre dos o más miembros del sistema, mientras que un tercero queda más distante de la relación con estos dos. En cambio, el concepto coalición hace alusión a una interacción en la que existe igualmente esta proximidad de afectos e intereses entre dos o más miembros del sistema, pero la diferencia clave radica en que esta alianza se establece en contra de un tercero.

recreos escolares. Reconoce que molesta a sus compañeros, de donde se infiere cierto *insight* de la problemática, pero al mismo tiempo cierto placer en eso que hace. Evidencia estereotipos de género, desvalorizando a sus compañeras mujeres y a sus hermanas.

Frente a su madre, siente bronca por las penitencias y castigos impuestos por ella, a pesar de percibir su propia agresividad. Resalta que su madre prefiere a las hermanas mujeres, mientras que a él lo castiga aduciendo que es igual a su padre. Comenta que prefiere ir a vivir con él, y de esta manera se solucionarían sus problemas. Esta posibilidad genera en la madre mucha angustia.

Resultados de las técnicas aplicadas

Batería de Socialización BAS-3 (Silva Moreno y Martorell Pallás, 2001)

Con el objetivo de analizar el comportamiento social de Gabriel se administró la BAS-3, integrada por 75 ítems, aplicable a adolescentes de 11 a 19 años de edad y de autoadministración individual con dos opciones de respuesta (sí-no). Permite obtener un perfil del comportamiento social a partir de cinco escalas: *Consideración con los demás (Co)*, *Autocontrol en las relaciones sociales (Ac)*, *Liderazgo (Li)*, *Retraimiento social (Re)*, y *Ansiedad social/timidez (At)*. Las tres primeras son consideradas escalas facilitadoras de la socialización, y las dos últimas son inhibitoras de la socialización. A estas se le suma una escala de *Sinceridad*, que analiza la consistencia interna de las respuestas a las escalas.

Tabla 1. Resultados de la BAS-3. Caso Gabriel

Dimensiones de la socialización	Percentiles
Escalas facilitadoras de la socialización	
Co	25
Ac	5
Li	50
Escalas inhibitoras de la socialización	
Re	50
At	75

Nota. **Co:** Consideración con los demás; **Ac:** Autocontrol; **Li:** Liderazgo; **Re:** Retraimiento; **At:** Ansiedad social/timidez.

Comportamiento del sujeto durante la prueba. Gabriel se muestra muy dispuesto a realizar la tarea. Contesta de modo sincero, aunque le cuesta en numerosos ítems decidirse por el sí o no por lo que muchas veces realiza agregados tales como “a veces”, “depende”, “con algunos” al lado de su respuesta.

Criterio de interpretación desde un punto de vista psicométrico. Los valores en percentiles se interpretan en sentido contrario según se trate de escalas facilitadoras de la socialización (Co, Ac y Li) o perturbadoras de esta (Re y At). En las escalas facilitadoras los percentiles superiores al término medio (P 75 o más) muestran elevado nivel de habilidades sociales. En las inhibitoras este rango percentilar (75 o más) indica déficit en las habilidades sociales.

A partir de los resultados de la BAS-3, se infiere en Gabriel un nivel bajo de consideración y preocupación por los demás, escasa sensibilidad a las dificultades y problemas de sus compañeros, y escasa disposición la mayoría de las veces a prestarles ayuda (Co P 25), exhibiendo bajos niveles de empatía.

Presenta muchas dificultades en el control de las relaciones sociales y en el respeto a las normas, evidenciando

una escasa capacidad de autocontrol, manifestaciones agresivas y dificultades para acatar, o acatando a disgusto, las normas impuestas (Au P 5). Este indicador resulta por demás importante ya que puede llegar a manifestar en el futuro comportamientos antisociales, insensibilidad social y comportamientos agresivos de imposición. Muestra terquedad e indisciplina tanto en el ámbito familiar como escolar.

Como aspecto saludable con respecto a sus interacciones con los otros, se señala que Gabriel presenta adecuado ejercicio de sus funciones de liderazgo, tanto en el ámbito escolar como en el familiar, percibiéndose con ascendencia, popularidad (Li P 50) entre los que más lo conocen y aceptan como es.

Si bien es capaz de participar en las actividades de grupo (Re P 50), en muchas situaciones suele ponerse nervioso, sobre todo si se trata de hablar con personas poco conocidas. Se percibe tímido y vergonzoso, registrando niveles altos de ansiedad social, expresados a través de diferentes situaciones que le generan miedo y nerviosismo (A/t P 75).

Técnica gráfica Familia Kinética Actual - FKA (Frank de Verthelyi, 1982)

A través de la técnica FKA se apunta analizar en Gabriel, en primer lugar, las relaciones vinculares del sujeto con su grupo familiar y, en segundo término, contar con material significativo referido a características de personalidad. A partir de la producción gráfica y verbal del sujeto, se interpreta el material según diferentes criterios:

- a) comportamiento del sujeto durante la prueba;
- b) aspectos formales del grafismo;
- c) primera figura dibujada, secuencia general, adiciones y omisiones;
- d) características individuales de las figuras;

- e) acciones asignadas y roles inferidos;
- f) configuración espacial y ámbitos, objetos y escenarios.

Para este trabajo, se analiza principalmente el comportamiento del examinado durante la prueba; primera figura dibujada, omisiones y adiciones; acciones asignadas y roles inferidos.

En cuanto a su comportamiento, se observa en Gabriel resistencia inicial a graficar a su familia, aduciendo dificultad en dibujar personas, lo que denota dificultad en sus vínculos familiares. Finalmente, logra realizar la consigna. El orden de graficación fue:

- a) su papá en el taller;
- b) su hermana E. viendo la tele;
- c) su hermana M. jugando en su computadora;
- d) el sujeto viendo la tele y tirado en la cama;
- e) su mamá en la escuela, dando clases.

A nivel gráfico, se infiere que la figura paterna aparece más significativa, en cuanto al orden de graficación (es la primera figura dibujada), como así también por el tiempo y espacio dedicado, aunque también se encuentra alejada del sujeto y con escasa comunicación con él.

En cuanto a su propia figura, se sitúa aislada del resto de los miembros del grupo familiar, en una acción recreativa de tipo pasivo y de tamaño más pequeño que el de sus hermanas (a pesar de ser el hermano mayor), lo que nos remite a pensar en aislamiento, sentimientos de inadecuación y tristeza.

Asimismo se observa a cada uno de los miembros del grupo familiar realizando actividades individuales (adultos en tareas laborales y los hijos en actividades de recreación) en ámbitos también individuales y compartamentalizados, sin interacción entre ellos y aislados. De estos indicadores se infiere ausencia de comunicación entre los miembros de la familia y figuras parentales con escasa contención emocional.

Escala de inteligencia de Wechsler para Niños WISC IV
(Wechsler, 2010)

La Escala WISC IV fue administrada para evaluar el funcionamiento intelectual de Gabriel, como así también para analizar los aspectos no intelectivos (dependencia o independencia del campo, impulsividad, ansiedad, constancia) que pudieran incidir en su desempeño cognitivo.

En cuanto a su comportamiento manifiesta desmotivación y falta de interés inicial, aunque logra modificarlo evidenciando, una vez iniciada la técnica, entusiasmo y motivación en la búsqueda de las respuestas. Frente a los logros, expresa satisfacción intentando demostrar al otro poder y competitividad. Evidencia mayor entusiasmo frente a las pruebas de velocidad, tal vez por lo desafiante de la tarea.

Analizando los resultados cuantitativos, se registra en Gabriel un funcionamiento intelectual acorde a su edad cronológica y nivel sociocultural, manifestando adecuado funcionamiento en cuanto a su comprensión verbal, manipulación y formación de conceptos verbales, razonamiento visoespacial, memoria de trabajo y velocidad de procesamiento mental o rapidez mental. Presenta un rendimiento homogéneo en todos los dominios cognitivos evaluados, por lo que no presenta fortalezas ni debilidades (CIT: 95; ICV: 96; IRP: 98; IMO: 96, IVP: 94). Se infiere entonces que la variable inteligencia no se halla afectada.

Mientras tanto, en cuanto a los aspectos no intelectivos evaluados por la Escala WISC IV, presenta contenidos proyectivos a través de respuestas autoreferenciales en los subtests *Vocabulario* y *Comprensión* (véase Anexo), que dan cuenta de aspectos emocionales tales como agresividad, escaso autocontrol de los impulsos agresivos y placer por molestar a los compañeros, entendiendo esto como un signo de “valentía”. Del mismo modo, expresa que en numerosas ocasiones debe “pedir disculpas” por su mal

comportamiento, de donde se infiere que, si bien registra sus dificultades, busca soluciones rápidas y superficiales sin implicación subjetiva.

Articulación clínica de los resultados

Si bien el material recogido a lo largo del proceso de evaluación psicológica resulta muy rico, intentaremos realizar una articulación clínica de su producción en BAS-3, FKA y WISC IV, haciendo foco en las habilidades sociales del sujeto, en tanto es el tema objeto de este trabajo.

Gabriel, de buen nivel cognitivo, presenta un desempeño acorde a su edad y nivel sociocultural tanto en las tareas que implican inteligencia fluida como aquellas que requieren inteligencia cristalizada (WISC IV).

En cuanto a los aspectos socio-afectivos presenta altos índices de agresividad, terquedad, indisciplina y escaso autocontrol de los impulsos agresivos. Expresa placer por molestar a los compañeros, entendiendo esto como un signo de valentía. Manifiesta necesidad de pedir disculpas en numerosas ocasiones, ya que es capaz de registrar su mal comportamiento, en busca de soluciones rápidas, superficiales y poco sinceras (WISC IV y BAS-3). Esto se liga a dificultades para la empatía y para expresar sus sentimientos por medio de la palabra, debido a sentimientos de vergüenza y timidez cuando no conoce el entorno. Con los más allegados suele mostrarse participativo en las relaciones sociales y con afán de aventura (BAS-3).

En cuanto a sus vínculos familiares, el adolescente refleja agresividad y falta de comunicación entre los miembros del grupo primario. Revela dificultad en las relaciones, aislamiento, pasividad y retraimiento (BAS-3 y FKA).

Su autoevaluación coincide básicamente con las observaciones realizadas por sus padres y docentes en cuanto a su agresividad, falta de control e impulsividad. Sin embargo, se registran discrepancias con respecto a las

causas y modos de resolver aquellos comportamientos (entrevistas e informe escolar).

Su modo de interacción social es el resultado, en parte, de su historia personal y sus modelos infantiles, como así también de su contexto social actual (familia y escuela). Desde pequeño ocupó un lugar privilegiado para la familia paterna, no así para la materna, la que al parecer registra un estilo de comunicación agresivo. Fue fuertemente marcado dentro de la genealogía paterna, mientras que sus hermanas mujeres lo fueron en la genealogía materna. Dentro del grupo familiar primario, se construyeron dos subgrupos o coaliciones. El padre y el hijo, por un lado, y la madre con sus hijas, por otro. Estas coaliciones dejaron marcas identificatorias y estilos de sociabilidad (entrevistas).

La figura materna evidencia marcados signos de impulsividad, ansiedad y angustia, con dificultades para establecer una ley sensata que tranquilice al hijo. Estableció en el sujeto un vínculo marcado por la ansiedad y la ambivalencia, dejando su crianza en manos de los abuelos paternos. En cambio, con sus hijas mujeres, fue capaz de mostrarse más continente, construyendo con ellas una coalición familiar. Mientras tanto, Gabriel vivencia a la madre, en adhesión al discurso paterno, como la generadora de los conflictos familiares (entrevistas).

Frente a los problemas de agresividad de su hijo, la figura paterna utiliza la negación y deposita en su ex-mujer la culpabilidad del comportamiento del adolescente. A pesar de su fachada, también el padre evidencia signos de impulsividad y agresividad en su comportamiento. No obstante, su hogar de origen se ofrece como un espacio más facilitador y hasta continente para Gabriel, ya que allí logra aceptar los límites y la sanción frente a sus transgresiones. Dentro de este contexto circula una norma que tiende a regular y poner límites a sus impulsiones, que sin embargo no llega a organizar totalmente al adolescente.

Los gustos y actividades que comparte con el padre parecen ser el resultado del sentimiento de lealtad, en el sentido sistémico del término (entrevistas).

En cuanto al vínculo de la pareja parental, está marcado por la violencia. Evidencian discursos contradictorios entre ambos con respecto a la problemática del adolescente. Mientras la madre resalta los aspectos negativos del adolescente y del progenitor, el padre remarca los aspectos negativos de la madre y sus dificultades para establecer un vínculo positivo con el adolescente. Sus agresiones constituyen entonces una respuesta a los conflictos en la pareja parental y a los modos que las figuras significativas utilizan para resolver los problemas (entrevistas). El comportamiento agresivo de Gabriel en el ámbito escolar es una respuesta a lo aprendido dentro del contexto familiar.

Hipótesis diagnóstica

Según el DSM-IV, Gabriel estaría frente a un diagnóstico de *trastorno negativista desafiante* (F91.3) (APA, 2002), que se caracteriza por conductas no cooperativas, desafiantes, irritables y hostiles hacia los padres, compañeros, profesores, y otras figuras de autoridad. Se enoja y pierde el control fácilmente, aunque no incurre en violaciones a la ley.

En cuanto a la dinámica familiar, se trata de una familia disfuncional, donde los vínculos padre-madre y madre-hijo están marcados por la agresividad. A su vez, la tercera generación (abuelos paternos) también evidencia signos de agresividad en las relaciones sociales y en los modos de resolver situaciones de conflicto. Se infiere transmisión intergeneracional de los comportamientos agresivos.

El adolescente se ha identificado con la figura paterna, y recurre al mismo modo de resolución de conflictos que él. A su vez, revela rivalidad fraterna, que no la puede tramitar

saludablemente. Recurre a la agresividad y la huida frente a esta problemática.

Plan de intervención

- a) Iniciar un proceso terapéutico individual con Gabriel haciendo foco en los problemas de agresividad, falta de control interno y las dificultades en los vínculos sociales (tanto con pares como con adultos). Es preciso que el adolescente pueda reconocer sus modelos identificatorios, y el modo en que se encuentra repitiendo patrones de comportamientos agresivos aprendidos, para poder modificarlos.
- b) Incluir a la familia, principalmente al padre y a la madre, pero también a las hermanas y los abuelos paternos, en sesiones quincenales, enfocando los modos de resolución de conflictos por medios no agresivos o impulsivos.

Referencias

- American Psychiatric Association, APA (2002). *DSM-IV-TR. Breviario. Criterios diagnósticos*. Barcelona: Elsevier Masson.
- Frank de Verthleyi, R. (1982). *Interacción y proyecto familiar*. Barcelona: Gedisa.
- García Arzeno, M. E., Siquier de Ocampo, M. L. & Grassano de Pícolo, E. (1987). *Las técnicas proyectivas y el proceso psicodiagnóstico*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Hammer, E. (1982). *Tests proyectivos gráficos*. Buenos Aires: Paidós.
- Koppitz, E. (1984). *El test gúestáltico visomotor para niños*. Buenos Aires: Editorial Guadalupe.
- Querol, S. & Chávez Paz, M. I. (2004). *Test de la Persona bajo la lluvia (Adaptación y Aplicación)*. Buenos Aires: Editorial Lugar.
- Silva Moreno, F. & Martorell Pallás, M. C. (2001). *Batería de Socialización BAS-3 (Autoevaluación). Manual*. 1.^a edición 1989. Madrid: TEA Ediciones.
- Wechsler, D. (2010). *Test de Inteligencia para niños WISC IV. Adaptación argentina. Normas Buenos Aires*. Buenos Aires: Paidós.

ANEXO

Dibujo libre (Hammer, 2005)

Frente a la dificultad de poner en palabras sus conflictos, se le ofrece dibujar como modo de expresar su mundo interno. Acepta medianamente y grafica una moto muy bien lograda y con numerosos detalles. Se observa presión fuerte y borraduras. No está conforme con su producción y se queja continuamente.

Se infiere tendencia al perfeccionismo, impulsividad, ansiedad, como así también estereotipos de género, por el tipo de objeto y los comentarios que realiza mientras dibuja, indicador característico de niños maltratados.



Dibujo 1. Gabriel. Dibujo Libre

Familia Kinética Actual - KFA (Frank de Verthelyi, 1982)



Dibujo 2. Gabriel. Familia Kinética Actual - KFA

Persona bajo la lluvia (Querol y Chávez Paz, 2004)

Se advierten numerosos indicadores que dan cuenta de su problemática. Grafica utilizando líneas rectas y presión fuerte, de donde se infiere impulsividad, agresividad y ansiedad.

En cuanto a la lluvia, se observa la presencia de gotas en forma de lágrimas y un paraguas pequeño, que dan cuenta de la presencia de angustia y de defensas débiles frente a situaciones de estrés.

Asimismo revela necesidad de llamar la atención, dificultades en el trato personal y dificultades para respetar el espacio de los otros. Aparecen signos de manipulación, frialdad, lógica, con fuerza y vitalidad. Se infieren indicadores de extroversión, agresividad y hostilidad frente al mundo.

En cuanto a la orientación del gráfico y las características de la vestimenta de la figura, se infiere que el adolescente percibe la presencia de conflictos sin resolver, principalmente ligados a la figura materna. Expresa sentimientos de presión frente a situaciones altamente estresantes y no manifiesta defensas suficientes, quedando el examinado expuesto a las presiones del medio. Revela dificultades en las relaciones interpersonales o con las figuras de autoridad y dependencia de la figura materna.



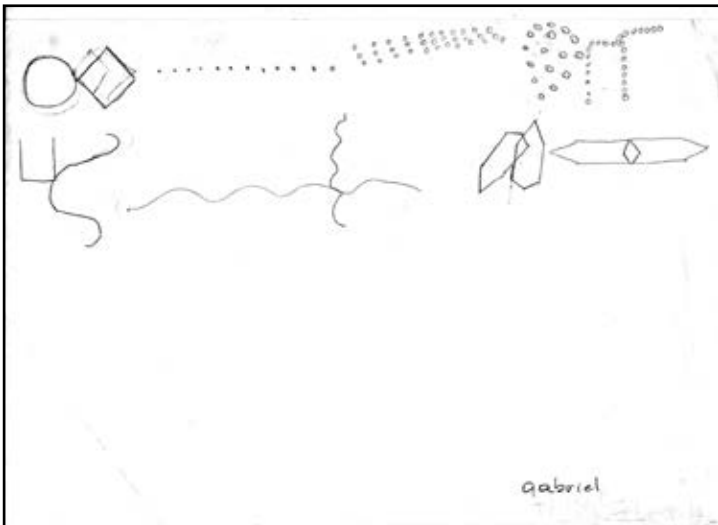
Dibujo 3. Gabriel. Persona bajo la lluvia

Test giestáltico visomotor de Bender (Koppitz, 1984)

El adolescente se muestra disgustado cuando entra al consultorio. Comienza la primera figura con cierta resistencia y hasta con enojo porque él considera que no le sale bien. Realiza todas las figuras en la parte superior de la hoja, aplicando fuerte presión a sus trazos. Borra mucho en las figuras 1, 3 y 7.

A partir de los resultados en el test de Bender se infiere en Gabriel una edad madurativa visomotriz de 10 años, siendo su desempeño inferior a lo esperado para su edad cronológica y nivel sociocultural (Puntaje Error 3, Baremo Tucumán, NSE alto).

Presenta además indicadores emocionales vinculados a ansiedad (borraduras), inestabilidad emocional (línea ondulada) y timidez (constricción).



Dibujo 4. Gabriel. Test de Bender

Escala de inteligencia de Wechsler para niños WISC IV (Wechsler, 2010)

Comienza la realización del test sin mucha motivación, preguntando para qué le va a servir eso a él, aunque luego, a medida que la técnica avanza, evidencia cada vez mayor entusiasmo y motivación en la búsqueda de las respuestas.

Frente a los logros expresa satisfacción, pero en una actitud de poder y supremacía. En ocasiones manifiesta su no saber, pero en general tiende a buscar la respuesta adecuada a partir de deducciones (por ejemplo, frente al ítem “¿Qué significa unánime?”, el adolescente responde “Viene de uno”).

Evidencia mayor placer frente a las pruebas de velocidad por el desafío que supone la tarea.

Puntuaciones escalares

CIT: 95 (inteligencia término medio)

ICV: 96 (término medio)

IRP: 98 (término medio)

IMO: 96 (término medio)

IVP: 94 (término medio)

Aparecen algunos contenidos proyectivos, principalmente en las pruebas de Vocabulario y Comprensión.

Subtest Vocabulario

- Ítem “Molestia”: “Valiente. Tenés que ser valiente para molestar...”.

Subtest Comprensión

- Ítem “¿Qué debes hacer si un chico más pequeño que vos te pelea?”: “Si me pega, le digo que la corte, y si me vuelve a pegar, ahí sí le meto una piña”.
- Ítem “¿Por qué es importante pedir disculpas?”: “Para que el otro te perdone. Yo pido mucho disculpas”.
- Ítem “¿Por qué hay que cumplir las promesas?”: “Porque si no, es una mentira” (dice irónicamente).

SOBRE LOS AUTORES

E. Norma Contini

Dra. en Psicología por la Universidad Nacional de Tucumán (UNT). Profesora titular de la cátedra Teoría y Técnicas de Exploración Psicológica (Niños) por la Facultad de Psicología, UNT. Investigadora de la Secretaría de Ciencia, Arte e Innovación Tecnológica de la Universidad Nacional de Tucumán. Coordinadora del Servicio de Evaluación y Diagnóstico Infantil en el Centro Universitario de Atención Psicológica de la Facultad de Psicología, UNT.

Silvina Valeria Caballero

Psicóloga. Especialista en Salud Social y Comunitaria (UNT). Auxiliar docente de la cátedra Psicología Clínica por la Facultad de Psicología (UNT) y Facultad de Ciencias de la Salud (UNSTA). Investigadora de la Secretaría de Ciencia, Arte e Innovación Tecnológica de la Universidad Nacional de Tucumán.

Silvina Cohen Imach

Licenciada en Psicología (UNT). Especialista en Psicología Clínica (Colegio de Psicólogos de Tucumán). Investigadora (Secretaría de Ciencia, Arte e Innovación Tecnológica, UNT). Coordinadora docente, carrera de Especialización en Psicología Clínica de Niños y Adolescentes (con Orientación Psicoanalítica), Facultad de Psicología, UNT. Jefa de trabajos prácticos de la cátedra Psicología del Curso Vital I, Facultad de Psicología, UNT.

Claudia Paola Coronel

Licenciada en Psicología y magíster en Psicología Educativa (UNT). Profesora adjunta de la cátedra Teoría y Técnicas de Exploración Psicológica (Niños) en la Facultad de Psicología de la UNT. Investigadora de la Secretaría de Ciencia, Arte e Innovación Tecnológica de la UNT. Supervisora del Servicio de Evaluación y Diagnóstico Infantil del Centro Universitario de Atención Psicológica (Facultad de Psicología de la UNT).

Ana Esterkind de Chein

Profesora en Pedagogía (UNT) y magíster en Psicología Educativa (UNT). Profesora adjunta de la cátedra Pedagogía y Didáctica de la Educación Especial de la Facultad de Filosofía y Letras (UNT). Investigadora de la Secretaría de Ciencia, Arte e Innovación Tecnológica (UNT).

Ana Karina Hormigo

Licenciada en Psicología y magíster en Psicología Educativa (UNT). Jefa de trabajos prácticos de la cátedra Peda-

gogía y Didáctica de la Educación Especial de la Facultad de Filosofía y Letras (UNT). Investigadora de la Secretaría de Ciencia, Arte e Innovación Tecnológica (UNT).

Ana Betina Lacunza

Psicóloga. Doctora en Psicología por la Universidad de Palermo. Profesora adjunta interina de la cátedra Teoría y Técnicas de Exploración Psicológica (Niños), Facultad de Psicología de la UNT. Investigadora asistente del CONICET y de la Secretaría de Ciencia, Arte e Innovación Tecnológica (UNT).

Mariel Levin

Licenciada en Psicología y magíster en Psicología Educacional (UNT). Profesora asociada de la cátedra Psicología del Desarrollo I de la UNSTA. Investigadora de la Secretaría de Ciencia, Arte e Innovación Tecnológica (UNT).

Sergio Mejail

Licenciado en Psicología (UNT). Director de la carrera de Psicología en la Universidad del Norte Santo Tomás de Aquino (UNSTA), Campus Concepción. Profesor asociado en la Facultad de Ciencias de la Salud (UNSTA). Jefe de trabajos prácticos de la cátedra Metodología de la Investigación por la Facultad de Psicología de la UNT. Investigador de la Secretaría de Ciencia, Arte e Innovación Tecnológica (UNT).

ÍNDICE

PRÓLOGO	7
PARTE I	
1. Las habilidades sociales en la infancia y en la adolescencia. Conceptos y marco teórico	
NORMA CONTINI CLAUDIA PAOLA CORONEL	13
2. El comportamiento agresivo en adolescentes. Una disfunción en las habilidades sociales	
SILVINA COHEN IMACH	61
3. Evaluación de las habilidades sociales en la infancia y en la adolescencia	
ANA BETINA LACUNZA NORMA CONTINI	91

PARTE II

4. Habilidades sociales y contexto socio-económico. Un estudio comparativo con adolescentes

SERGIO MEJAIL
ANA BETINA LACUNZA
CLAUDIA PAOLA CORONEL
MARIEL LEVIN
NORMA CONTINI
SILVINA COHEN IMACH
SILVINA VALERIA CABALLERO 135

5. Habilidades sociales en adolescentes con sobrepeso y obesidad

ANA BETINA LACUNZA
SILVINA VALERIA CABALLERO 191

6. Discapacidad intelectual y habilidades sociales en la adolescencia. Estrategias de intervención y aprendizaje

ANA ESTERKIND DE CHEIN
KARINA HORMIGO 235

PARTE III

7. Las habilidades sociales en la práctica clínica

NORMA CONTINI 263

8. Las habilidades sociales en la practica clínica II

SILVINA COHEN IMACH 285

SOBRE LOS AUTORES 309



Se terminó de imprimir en
los talleres de la Imprenta Central
de la Universidad Nacional de Tucumán
marzo de 2015

Director General Imprenta Central UNT
Luis Alfredo Esteban
Avenida Roca 2200
(T4000ACV) San Miguel de Tucumán
Tucumán - República Argentina
Tel.: (+54) 381 4107595
e-mail: lesteban@uolsinectis.com.ar

¿Cómo pensar los temas de agresividad y soledad en la salud adolescente? El libro interpela a los lectores desde sus primeras palabras. Un adolescente mata a un profesor frente a su clase. Una serie de preguntas vinculadas al relato de los hechos organizan los itinerarios de las investigaciones que aborda el equipo de Norma Contini para pensar los temas de la violencia, los chicos y sus contextos más allá de la perspectiva clásica del síntoma. Los capítulos organizan un archivo de resultados acerca de cómo se configuran las habilidades sociales que impiden llegar a estilos disfuncionales.

Agresividad en los adolescentes hoy. Las habilidades sociales como claves para su abordaje inaugura la colección Saberes Académicos de EDUNT con la voluntad de interrogarse sobre el presente y sus complejidades. Como editores, pero fundamentalmente como lectores, partimos del convencimiento de que la edición universitaria tiene una estrecha vinculación con las funciones reformistas de la universidad: docencia, investigación y extensión. Asimismo nos sumamos a los nuevos diseños estatales inscriptos en las políticas públicas de inclusión con la voluntad de acercar a otros sectores de la población las publicaciones de divulgación científica y cultural. En este sentido EDUNT ofrece la posibilidad de difundir y expandir los saberes universitarios.



REUN

RED DE EDITORIALES
DE UNIVERSIDADES
NACIONALES



Universidad
Nacional de Tucumán

ISBN 978-987-1881-56-7



9 789871 881567