



Acta Colombiana de Psicología

ISSN: 0123-9155

revistaacta@ucatolica.edu.co

Universidad Católica de Colombia
Colombia

GONZÁLEZ FRAGOSO, CLAUDIA; AMPUDIA RUEDA, AMADA; GUEVARA BENÍTEZ, YOLANDA
PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PARA EL DESARROLLO DE HABILIDADES SOCIALES EN
NIÑOS INSTITUCIONALIZADOS

Acta Colombiana de Psicología, vol. 15, núm. 2, 2012, pp. 43-52

Universidad Católica de Colombia
Bogotá, Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=79825836008>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PARA EL DESARROLLO DE HABILIDADES SOCIALES EN NIÑOS INSTITUCIONALIZADOS

CLAUDIA GONZÁLEZ FRAGOSO, AMADA AMPUDIA RUEDA Y YOLANDA GUEVARA BENÍTEZ*
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

Recibido, julio 5/2012

Concepto de evaluación, noviembre 9/2012

Aceptado, noviembre 19/2012

Resumen

Los niños institucionalizados suelen provenir de hogares o situaciones de calle, en los que han sido víctimas de maltrato, por lo que sus habilidades sociales son limitadas y pueden sufrir problemas psicológicos. La presente investigación retoma los hallazgos de la literatura cognitivo-conductual para la intervención con esos problemas conductuales y prueba los efectos de un programa para desarrollar habilidades sociales en niños institucionalizados, así como su impacto sobre variables psicológicas como depresión, autoestima y ansiedad. Participaron 36 niños entre 8 y 12 años de edad, asignados aleatoriamente a dos grupos: experimental y control (entrenamiento demorado). El diseño fue pre-test post-test con seguimientos a 1, 3 y 6 meses, utilizando cuatro escalas cognitivo-conductuales validadas y con confiabilidad. Se llevaron a cabo 14 sesiones para entrenar habilidades sociales básicas y avanzadas, entrenamiento en solución de problemas y reestructuración cognoscitiva. Las estrategias fueron instrucciones verbales, modelamiento, juego de roles, retroalimentación, reforzamiento y encargar tareas. Después de la intervención, los niños de ambas condiciones incrementaron significativamente su nivel de habilidad social, además de reducir síntomas depresivos en el grupo experimental. Se discuten los resultados a partir de las características de los niños institucionalizados.

Palabras clave: niños, institucionalización, habilidades sociales, intervención, cognitivo-conductual.

INTERVENTION PROGRAM FOR DEVELOPING SOCIAL SKILLS IN INSTITUTIONALIZED CHILDREN

Abstract

Institutionalized children often come from homes or street situations, where they have been victims of abuse, so that their social skills are limited and may suffer psychological problems. This research incorporates the findings of the cognitive behavioral literature for intervention in these behavioral problems and shows the effects of a program to develop social skills in institutionalized children, as well as its impact on psychological variables such as depression, self-esteem and anxiety. Participants were 36 children between 8 and 12 years old, randomly assigned to two groups: experimental and control (delayed training). The study had a pre-test post-test design with follow-ups after 1, 3 and 6 months, using four validated and reliable cognitive behavioral scales. 14 sessions were conducted for the training of basic and advanced social skills, problem solving and cognitive restructuring. The strategies were: verbal instructions, modeling, role playing, feedback, positive reinforcement and tasks assignments. After the intervention, children in both conditions significantly increased their level of social skills and reduced depressive symptoms in the experimental group. Results are discussed from the characteristics of institutionalized children.

Key words: children, institutionalization, social skills, speech, cognitive behavior.

PROGRAMA DE INTERVENÇÃO PARA O DESENVOLVIMENTO DE HABILIDADES SOCIAIS EM CRIANÇAS INSTITUCIONALIZADAS

Resumo

As crianças institucionalizadas costumam ser provenientes de lares ou situações de rua, em que foram vítimas de maltrato, por isso suas habilidades sociais são limitadas e, além disso, podem sofrer problemas psicológicos.

* Av. De los Barrios, número 1, Col. Los Reyes Iztacala. Tlalnepantla, Estado de México. C.P. 54090 MÉXICO. Correo electrónico: claudiagf01@hotmail.com; amada@unam.mx; yolaguevara@hotmail.com

A presente pesquisa retoma as descobertas da literatura cognitivo-condutual para a intervenção com esses problemas condutuais e testa os efeitos de um programa para desenvolver habilidades sociais em crianças institucionalizadas, bem como seu impacto sobre variáveis psicológicas como depressão, autoestima e ansiedade. Participaram 36 crianças entre 8 e 12 anos de idade, divididos aleatoriamente em dois grupos: experimental e controle (treinamento demorado). O desenho foi pré-teste, pós-teste com acompanhamentos a 1, 3 e 6 meses, utilizando quatro escalas cognitivo-condutuais validadas e com confiabilidade. Foram feitas 14 sessões para treinar habilidades sociais básicas e avançadas, treinamento em solução de problemas e reestruturação cognoscitiva. As estratégias foram instruções verbais, modelagem, jogo de papéis, retroalimentação, reforçamento e encarregar tarefas. Depois da intervenção, as crianças de ambas condições aumentaram significativamente seu nível de habilidade social, além de reduzir sintomas depressivos no grupo experimental. Discutem-se os resultados a partir das características das crianças institucionalizadas.

Palavras chave: crianças, institucionalização, habilidades sociais, intervenção, cognitivo-condutual.

Los niños que son remitidos al cuidado de una institución suelen provenir de hogares o situaciones de calle, en los que han sido víctimas de maltrato y abandono educativo, por lo que sus habilidades sociales son limitadas y pueden sufrir problemas psicológicos. Diversos reportes de investigación han aportado datos sobre los problemas de desarrollo que se presentan en estos niños, tales como deficiencias en el desarrollo físico, cognoscitivo y de apego (Ahmad et al., 2005; Miller, Chan, Tirella & Perrin, 2009); retraso en la adquisición de vocabulario y de habilidades lectoras (Hwa-Froelich & Matsuo, 2008); menor autonomía, baja autoestima y problemas emocionales (Bennett, Espie, Duncan & Minnis, 2009; Eisenberg & Belfer, 2009). Asimismo, suelen mostrar déficits en su competencia social, experiencias de rechazo y exclusión de sus pares (Ahmad et al., 2005). Dentro de los trastornos que sufre esta población, el déficit en habilidades sociales tiene gran importancia, tanto en el funcionamiento presente como en el desarrollo futuro (Ventegodt, Flensburg-Madsen, Andersen, Morad & Merrick, 2006).

Los resultados de investigaciones realizadas con poblaciones latinoamericanas corroboran el impacto que tienen las condiciones de crianza, en que crecen niños y adolescentes, sobre sus habilidades sociales y problemas emocionales. Martínez, Rosete y Ríos (2007) señalan que una gran cantidad de niños y adolescentes viven en situaciones de calle porque sus familiares los someten a maltrato físico, psicológico o sexual; en el estudio que realizaron en la Ciudad de México, ubicaron que estos menores mostraron patrones de apego inseguro, bajo control de impulsos, baja autoestima, relaciones sociales conflictivas, e incluso deseos de matar a alguien o suicidarse. Al investigar las características de los niños que son remitidos a un albergue mexicano (González, Valdés, Domínguez, Palomar & González, 2008), se observaron como sus principales características: baja autoestima, locus de control externo, problemas emocionales de tipo negativo y

evasivo, aspectos que los definen como población vulnerable. El estudio realizado por Rocha (2003) reporta los bajos niveles de autoestima, cohesión y adaptabilidad que se presentan en niños y adolescentes remitidos a una comisaría peruana por vivir en situación de abandono moral. Solís y Montoya (2007) señalan que los problemas psicológicos de los niños que viven situaciones de abandono pueden dificultar su integración, aun en los casos en que se les encuentren hogares de adopción, ya que puede pasar mucho tiempo para crear lazos afectivos y lograr su integración social.

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

El rechazo por parte de los pares y los problemas de conducta se pueden traducir en psicopatologías, que van desde síntomas depresivos (Pössel, Horn, Groen & Hautzinger, 2004; Sandstrom & Schanberg, 2004) hasta depresión severa o fobia social (Spence, Donovan & Brechman-Toussaint, 2000). Estos aspectos suelen asociarse con fracaso escolar, desajustes sociales, conductas antisociales y auto-daño (Ellis, Fisher & Zaharie, 2004; Kim & Cicchetti, 2006). Los trastornos emocionales siguen una trayectoria que puede llevar al abuso de sustancias,

intentos de suicidio, dependencia económica, desempleo y separaciones matrimoniales (Olivares & García, 2002).

También se ha demostrado que las relaciones positivas generan niveles adecuados de autoestima, capacidad para solucionar problemas, y bajos niveles de ansiedad, depresión y conducta agresiva; la aceptación social es considerado un indicador de ajuste psicológico a largo plazo (González & Méndez, 2006; Sim, Whiteside, Dittner & Mellon, 2006) y de resultados académicos positivos (Savidge, Christie, Brooks, Stein & Wolpert, 2004; Villarreal et al., 2011).

Este panorama ha llevado al desarrollo de investigaciones para probar la efectividad del entrenamiento en habilidades sociales como un recurso para resolver diversos problemas psicológicos como depresión (Pössel et al., 2004); ansiedad y fobia social (Spence et al., 2000); rechazo social (Sim et al., 2006); conductas desadaptadas, violencia y problemas de control de enojo (Nitkowski, Petermann, Büttner, Krause & Petermann, 2009; Sukhodolsky, Golub, Stone & Orban, 2005), así como conducta antisocial, delincuencia y adicciones (Savidge et al., 2004).

La mayoría de dichos estudios han estado estructurados bajo el enfoque cognitivo-conductual y la teoría del aprendizaje social, y han demostrado su efectividad para la adquisición, generalización y mantenimiento de las conductas positivas entrenadas, así como para la disminución de conductas problema (Dib & Sturmey, 2007). Los componentes que han alcanzado mejores resultados en los programas de intervención son: entrenamientos en habilidades sociales básicas y avanzadas, combinados con entrenamientos para la solución de problemas y reestructuración cognoscitiva. Entre las técnicas exitosas se incluyen: instrucciones verbales, modelamiento, juego de roles y ensayos conductuales, retroalimentación, reforzamiento y encargar tareas (Beelmann & Lösel, 2006; Caballo, 2009; Sukhodolsky et al., 2005). Un recurso para conducir adecuadamente la intervención es el uso de historietas que muestren modelos, parecidos en edad y género, a los participantes (Valencia, 2007).

En México no están disponibles reportes de programas dirigidos a desarrollar habilidades sociales en niños que viven en condiciones de institucionalización, a pesar de que son múltiples los estudios que prueban la gran cantidad de problemas en el desarrollo psicológico y social que puede sufrir la población infantil que vive en dichas condiciones. El propósito del presente estudio fue examinar el efecto de un programa de intervención cognitivo-conductual para el desarrollo de habilidades sociales, así como su impacto en variables psicológicas como depresión, autoestima y ansiedad, en niños institucionalizados mexicanos.

MÉTODO

Participantes

Se incorporaron en el estudio 36 niños, entre 8 y 12 años de edad, que estaban bajo el cuidado de una institución y asistían a la escuela. Fueron asignados mediante un muestreo no probabilístico intencional, 18 en el Grupo Experimental (7 niñas y 11 niños) y 18 en el Grupo Control (7 niñas y 11 niños).

Materiales

Se diseñó un Manual de entrenamiento para niñas y otro para niños. Cada uno contiene historietas y ejercicios que fueron utilizados para identificación de sentimientos y situaciones sociales por parte de los niños, así como modelos de habilidades sociales, de solución de problemas y de reestructuración cognoscitiva. En cada sesión se utilizaba una historieta distinta. El apéndice A muestra un ejemplo.

Instrumentos

Para la medición de variables se utilizaron cuatro escalas.

Escala de Conducta Asertiva para Niños "CABS" (Michelson & Wood, 1982), compuesta por 27 reactivos con cinco opciones de respuesta, que evalúa: a) habilidades sociales, como empatía, dar y recibir cumplidos o quejas, y b) expresión de sentimientos, iniciar conversaciones y hacer peticiones. Se califica cada respuesta con un valor de 0 a 5 puntos, para caracterizar el comportamiento como asertivo (puntajes entre 27 y 42), pasivo (entre 43 y 50) o agresivo (entre 51 y 135). La escala es de tipo inverso, a menor puntaje mayor habilidad social; los puntajes mayores detectan conductas agresivas. Se utilizó la adaptación de Lara y Silva (2002), quienes estandarizaron la escala con población mexicana, obteniendo una consistencia interna de .80.

Escala de Depresión para Niños "CDS" (Lang y Tisher, 2003) con 68 reactivos tipo Lickert en dos subescalas: Total depresivo, que explora síntomas depresivos, afectividad, problemas sociales, autoestima y sentimientos de culpa, y Total positivo, que explora qué aspectos de su vida agradan al niño. Los puntajes entre 4 y 7 indican niveles promedio, los rangos 2-3 y 8-9 indican desviación de la media, el 1 y el 10 indican depresión clínica. En México se adaptó, estandarizó y validó (Cruz, Morales y Ramírez, 1996), obteniéndose un Alfa de Cronbach de .85.

Inventario de Autoestima para Niños con 58 reactivos relacionados con su desempeño escolar, social y personal. Cada reactivo se contesta sí o no, con asignación de valores 0 y 1, y a mayor puntuación total mayor autoestima.

La clasificación es: inferior a lo normal (puntajes entre 0 y 57), normal (58-81) y superior (82-92). Se utilizó la versión de Verduzco, Lara-Cantú, Lancelotta y Rubio (1989), adaptada del original de Coopersmith, 1959, que obtuvo confiabilidad y validez de constructo con consistencia interna en valores Alfa de Cronbach de .77.

Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños (revisada) "CMAS-R" (Reynolds & Richmond, 1997) con 37 reactivos que exploran ansiedad fisiológica, inquietud/ hipersensibilidad y preocupaciones sociales. Cada reactivo se contesta sí o no, con asignación de valores 0 y 1; a mayor puntuación mayor ansiedad. Los valores promedio están debajo de 13 puntos, valores superiores indican *alto nivel de ansiedad* (de 13 a 28 puntos). Se utilizó la versión de Bautista (2000), quien obtuvo validez, confiabilidad y consistencia interna con valores Alfa de Cronbach de .74.

Procedimiento

Se explicaron a los niños los beneficios de participar en el programa, las habilidades que podrían adquirir y la libertad de retirarse si en algún momento lo deseaban; los tutores legales firmaron el consentimiento informado. Los participantes fueron asignados aleatoriamente al Grupo Experimental o al Grupo Control (de entrenamiento demorado). Se aplicaron las pruebas en pre evaluación a todos los participantes, al terminar se aplicó el programa al Grupo Experimental y al finalizar dicha aplicación se llevó a cabo la post evaluación con ambos grupos. Transcurrido un mes de la aplicación del programa se llevó a cabo el Seguimiento 1, y concluido éste se instrumentó el programa con el Grupo Control (de entrenamiento demorado). El Seguimiento 2 se llevó a cabo inmediatamente después de haberse aplicado la intervención al Grupo Control, y el Seguimiento 3 a los tres meses.

Cada una de las 14 sesiones del programa tuvo una duración de dos horas, y fueron conducidas por dos psicólogas. La aplicación fue grupal, en bloques de seis participantes. En cada sesión se utilizó la sección correspondiente del Manual de entrenamiento. Cada niño recibía una copia de la historieta correspondiente, que permitía la ubicación de la situación; después se procedía al análisis grupal de la misma y se buscaban alternativas. Se proporcionaban instrucciones y modelamiento, se practicaban habilidades en juego de roles, y se proveía a cada participante de retroalimentación y reforzamiento. Se enfocaron las siguientes conductas-objetivo:

Habilidades sociales básicas y avanzadas. Los participantes ubicaban y practicaban habilidades de intercambio social: a) básicas: sonreír, contacto visual, postura corporal y lenguaje gestual, y b) avanzadas: inicio, mantenimiento y término de conversaciones.

Reconocimiento y expresión de emociones. Los participantes identificaban, reconocían y analizaban en grupo una serie de emociones positivas y negativas.

Reestructuración cognitiva. Los participantes: a) identificaban la relación entre situación, pensamiento y emoción; b) escribían los componentes del modelo ABC (adversidad, creencia y consecuencia), y c) identificaban su estilo explicativo (positivo o negativo), ejercitando el cambio del estilo de pensamiento negativo a uno positivo.

Solución de problemas. Los participantes aprendían y practicaban habilidades de solución de problemas, ante historias narradas e historietas: identificación, búsqueda y selección de alternativas, y evaluación de cada una.

Manejo del estrés. Los niños debían reconocer el estrés y aprender habilidades para afrontarlo.

Las estrategias conductuales para lograr el incremento de las conductas objetivo incluyeron:

- Modelamiento: por parte de las psicólogas y de los propios compañeros (una vez que habían adquirido la habilidad).
- Instrucción verbal: se les daban explicaciones claras y precisas que funcionaban como instigadores de las conductas que debían realizar.
- Ensayo conductual y juego de roles: cada niño imitaba las conductas a entrenar, tomando como base las historias incluidas en los manuales, y practicaba las habilidades sociales.
- Retroalimentación: se le señalaba a cada participante los aspectos de su ejecución que había realizado correctamente y se le mencionaban aquellos aspectos que podía mejorar.
- Reforzamiento positivo: elogios, tiempo de juego libre y préstamo de juguetes, cuando el participante realizaba bien actividades de la sesión.

Análisis de datos

Para realizar el análisis estadístico se crearon bases de datos, con el programa SPSS (versión 15), incorporando los valores obtenidos en cada instrumento aplicado. Se obtuvieron puntajes individuales y promedios grupales de los participantes, en cada una de las cinco evaluaciones realizadas. Con el fin de valorar cómo se distribuyeron las variables medidas en la población estudiada, se utilizó la prueba Kolmogorov-Smirnov, que reveló que no hubo una distribución normal, lo cual, aunado al hecho de que todas las variables fueron ordinales, llevó a realizar las comparaciones intra-grupo y extra-grupo utilizando pruebas estadísticas no paramétricas; para las primeras, la prueba U de Mann-Whitney, para las segundas, la de medidas repetidas de Friedman. Con los puntajes individuales se analizó el porcentaje de cambio, si éste era superior

al 20% se consideró clínicamente significativo (criterio de Cardiel, 1994).

RESULTADOS

Para observar las características de los niños participantes, en las variables estudiadas, así como las diferencias entre los grupos, se elaboró la Tabla 1, que muestra los puntajes promedio, comparando al Grupo Experimental con el Control, en cada evaluación (pre, post, seguimiento 1, 2 y 3), así como los valores y probabilidades asociadas del estadístico de cada instrumento aplicado.

Como puede observarse en la Tabla 1, durante pre evaluación los niños de ambos grupos obtuvieron puntajes similares en cada uno de los cuatro instrumentos utilizados. La aplicación de la Escala de conducta asertiva para niños arrojó puntajes de habilidades sociales que correspondieron a un patrón caracterizado por conductas agresivas, incluyendo peleas, acusaciones y amenazas; en lo relativo a expresión de sentimientos, se observó en los participantes una tendencia a ignorar los sentimientos de otros. La Escala de depresión, en su índice de total depresivo, indicó que los participantes se encontraron dentro de rangos normales; pero el índice total positivo estuvo en el

Tabla 1

Puntajes promedio y diferencias, en cada una de las cinco evaluaciones (pre-seg.3), entre el Grupo Experimental y el Grupo Control en los instrumentos aplicados. Prueba U de Mann-Whitney.

	Grupo	Escala de conducta asertiva para niños		Escala de depresión para niños		Inventario autoestima Coopersmith para niños	Escala de ansiedad manifiesta en niños-R
		Habilidades sociales	Expresión de sentimientos	Total Depresivo	Total Positivo	Autoestima	Ansiedad
Pre	Experimental	69.27	51.22	5.33	7.33	46.22	15.50
	Control	72.33	51.61	5.89	7.28	46.66	14.77
	Dif. Medias	-3.06	-.04	.56	.05	.44	.73
	Z	-.475	-.079	-.701	-.240	-.032	-.349
	P	.65	.93	.48	.81	.97	.74
Post	Experimental	66.72	48.27	4.61	7.39	45.77	14.27
	Control	7.1	51.05	4.89	7.22	43.44	11.55
	Dif. Medias	-4.28	-2.78	.28	.17	2.33	2.72
	Z	-.333	-.396	-.561	-.241	-.699	-.1476
	P	.74	.69	.57	.80	.48	.14
Seg. 1	Experimental	66.40	46.53	5.47	7.07	48.26	15.20
	Control	74.12	53.81	5.06	7.10	45.12	12.43
	Dif. Medias	7.72	7.28	.41	.03	3.14	2.77
	Z	-1.266	-1.781	-.200	-.480	-.995	-1.666
	P	.21	.07	.84	.63	.32	.10
Seg. 2	Experimental	58.06	41.73	4.60	5.80	42.53	13.40
	Control	69.20	51.66	5	4.80	42.80	13.80
	Dif. Medias	11.14	9.93	.60	1	.27	1.40
	Z	-1.785	-1.972	-.525	-1.047	-.188	-.083
	P	.07	.05	.59	.29	.85	.93
Seg. 3	Experimental	59.53	41.93	4.20	5.80	45.06	14.67
	Control	62.40	44	6.29	6.43	46.14	12.93
	Dif. Medias	2.87	2.07	.09	.41	1.08	1.83
	Z	-.623	-.436	-1.939	-1.060	-.219	-.935
	P	.53	.68	.05	.28	.82	.36

límite para considerarse en riesgo de depresión clínica. El puntaje arrojado por la prueba de autoestima fue inferior a lo normal, que correspondió a un patrón caracterizado por concepciones negativas sobre sí mismos. Los participantes también manifestaron síntomas de ansiedad superiores al promedio, de acuerdo a los puntajes de la Escala de ansiedad manifiesta. El análisis estadístico de los datos obtenidos en los cuatro instrumentos arrojó valores de z entre ,032 y ,701 con probabilidades asociadas entre ,48 y ,97; ello indica que en la evaluación inicial no había diferencias significativas entre grupos (véase tabla 1).

Durante las 14 sesiones de aplicación del programa al Grupo Experimental, la asistencia de los participantes fue regular, la mayoría asistió a todas las sesiones, se mostraban contentos y motivados; el material utilizado –previamente revisado y probado con otro grupo de niños- fue comprensible y llamativo para ellos. En relación con la participación y el desarrollo de habilidades sociales, se observaron cambios paulatinos; al principio les resultaba difícil realizar frente al grupo las actividades programadas, en juego de roles, eran poco propensos a sonreír y a mostrar contacto visual o lenguaje gestual, así como a reconocer y expresar sus emociones. Al avanzar en las sesiones se observó mayor relajamiento en ellos, sus juegos y participaciones fueron interactivos, disminuyendo las peleas y la agresión. Para las sesiones finales los niños participaron adecuadamente en todas las actividades, incluyendo las de reestructuración cognitiva y solución de problemas.

En la Tabla 1 se observa también que para post evaluación y primer seguimiento, el Grupo Experimental mostró

una disminución en los indicadores de conducta agresiva, con su correspondiente incremento en habilidad social; también incrementó la expresión adecuada de sentimientos, relacionada con solución de problemas y reestructuración cognoscitiva. Mientras que en el Control estas variables se mantuvieron sin cambio; las diferencias entre grupos no fueron estadísticamente significativas. En las demás variables, ambos grupos continuaban mostrando condiciones similares a las de pre-evaluación. Los valores de z estuvieron entre ,200 y 1,781 con probabilidades asociadas entre ,07 y ,84.

En el segundo seguimiento se aprecian nuevos cambios en el Grupo Experimental, después de tres meses de la intervención. Sus niveles de agresividad mostraron una nueva disminución, con el correspondiente incremento en habilidad social y expresión adecuada de sentimientos; el índice total positivo de la escala de depresión se alejó de los valores de riesgo. Estos cambios no fueron observados en el Grupo Control. La prueba estadística indica diferencias significativas ($z=-1,972$, $p=.05$) en la variable expresión de sentimientos, a favor del Grupo Experimental. Las variables en las que no se encontraron cambios fueron autoestima, que se mantuvo inferior a lo normal, y ansiedad, que siguió mostrando un nivel superior al promedio (véase tabla 1).

Durante las sesiones de aplicación del programa al Grupo Control (de entrenamiento demorado) se observaron buenos niveles de asistencia y cambios en los niños, similares a los mostrados por el Grupo Experimental. En el tercer seguimiento –a tres meses de haber concluido el programa con el Grupo Control, éste

Tabla 2

Análisis de medidas repetidas de Friedman (Compara pre, post, seguimiento 1, 2 y 3 de cada grupo). Indica número y porcentaje de participantes con cambios clínicamente significativos.

Variable	Grupo Experimental (n = 18)					Grupo Control (n = 18)				
	χ^2	gl	Sig.	Niños con cambios clínicamente significativos	%	χ^2	gl	Sig.	Niños con cambios clínicamente significativos	%
Habilidades sociales	20.674	4	.00	6	33.33	6.808	4	.14	6	33.33
Expresión de sentimientos	13.583	4	.00	3	16.6	10.441	4	.03	3	16.6
Total Depresivo	5.835	4	.21	5	27.7	3.268	4	.51	3	16.6
Total Positivo	12.396	4	.01	7	38.8	7.496	4	.11	5	27.7
Autoestima	8.438	4	.07	0	0	3.218	4	.52	1	5.5
Ansiedad	4.085	4	.39	2	11.11	6.292	4	.178	2	11.11

redujo sus índices de agresividad, con el correspondiente incremento en habilidad social, incluyendo un incremento en la expresión adecuada de sentimientos, la solución de problemas y la reestructuración cognoscitiva. El Grupo Experimental ya no mostró cambios. La prueba estadística indicó que desaparecieron las diferencias significativas entre grupos en estas variables. Los índices relacionados con depresión, autoestima y ansiedad no mostraron cambios, ni diferencias entre grupos.

La tabla 2 muestra a detalle las diferencias intra-grupo a lo largo del estudio.

En suma, el Grupo Experimental mostró cambios estadísticamente significativos en las variables habilidades sociales ($z=20,674$, $p=,00$), expresión de sentimientos ($z=13,583$, $p=,00$) y depresión/total positivo ($z=12,396$, $p=,01$), comparando pre-evaluación y tercer seguimiento. Se observó una disminución de 9,74 puntos en el índice de agresividad, lo que implicó incrementos proporcionales en habilidad social y expresión adecuada de sentimientos; los valores individuales indicaron que seis de los 18 participantes de este grupo mostraron cambios clínicamente significativos.

En depresión/total positivo los datos indican un alejamiento del nivel de depresión clínica, con cambios clínicamente significativos en siete de los participantes. Otras variables que mostraron cambios en los niños de este grupo fueron total depresivo y ansiedad, con cambios clínicamente significativos en cinco y dos niños, respectivamente; aunque sin alcanzar significancia estadística.

El Grupo Control, después del entrenamiento demorado, mostró cambios estadísticamente significativos en expresión de sentimientos ($z=10,441$ $p=,03$). Los cambios clínicamente significativos se observaron en las mismas variables aunque en un menor número de niños que en el Grupo Experimental.

DISCUSIÓN

Los datos obtenidos en pre evaluación indican que todos los participantes mostraron un comportamiento agresivo como patrón característico en sus interacciones sociales, así como una tendencia a ignorar los sentimientos de los demás. Sus índices depresivos estuvieron cercanos al riesgo de depresión clínica; los de ansiedad por arriba del promedio y los de autoestima por debajo de lo normal. Estos hallazgos confirman lo reportado por investigaciones realizadas en otros países, con niños institucionalizados (Ahmad et al., 2005; Bennett et al., 2009; Eisenberg & Belfer, 2009; Miller et al., 2009), así como lo reportado con niños mexicanos en situaciones de calle (Martínez et al., 2007) o que son llevados a albergues (González et al.,

2008). En ese sentido, el presente estudio aportó datos en una muestra de niños institucionalizados mexicanos, lo que sienta las bases para llevar a cabo estudios con poblaciones más amplias. Por lo pronto, se confirma la posibilidad de que los niños institucionalizados en México se encuentren en situaciones de riesgo de sufrir diversos problemas psicológicos de trascendencia individual y social.

Respecto a la intervención, los resultados encontrados proporcionan evidencia de la efectividad del programa para desarrollar habilidades sociales en esta población, incluyendo la disminución de patrones agresivos de comportamiento, la adquisición de habilidades para solución de problemas, reconocimiento y expresión de sentimientos, todo lo cual implicó una reestructuración del pensamiento. Estos cambios concuerda con hallazgos anteriores (Dib & Sturmey, 2007; Sim et al., 2006; Sukhodolsky et al., 2005) respecto a la efectividad de los programas cognitivo-conductuales para que niños y adolescentes desarrollen una mejor interacción con sus pares y con adultos. La aportación del presente estudio consistió en el desarrollo y prueba de un programa, con sus respectivos manuales y materiales, que puede ser utilizado en niños mexicanos institucionalizados.

Los efectos del programa también se reflejaron –aunque en menor medida en variables psicológicas que no fueron directamente trabajadas a lo largo de las sesiones de intervención, pero sí evaluadas con regularidad. Se confirma que trabajar en habilidades sociales, solución de problemas y reestructuración cognoscitiva, tiene un impacto sobre los niveles depresivos y de ansiedad, como lo reportaron diversos autores (Hovell et al., 2001; Nitkowski et al., 2009; Pössel et al., 2004), aunque no se logró mejorar el nivel de autoestima en los niños participantes.

Los hallazgos se confirmaron cuando el programa se aplicó al Grupo Control (de entrenamiento demorado), dado que sus integrantes mostraron cambios similares a los del Experimental, en el mismo periodo de tiempo. El diseño nos permitió contar con un estudio confirmatorio de los efectos del programa, en lo relativo a habilidades sociales, aunque su influencia sobre otras variables psicológicas, como depresión y ansiedad, no fueron tan claros. Una posible explicación de que el Grupo Experimental haya obtenido mejores resultados es el tiempo de práctica de las habilidades, porque al comparar datos de pre evaluación con datos del tercer seguimiento, estos participantes llevaban seis meses practicando, mientras los del Grupo Control llevaban tres meses. Esto constata que las habilidades sociales, la solución de problemas y la reestructuración cognoscitiva, requieren tiempo de práctica cotidiana para que se desarrollen bien, lleguen a formar

parte del repertorio conductual del niño, y tengan un efecto sobre otras variables como depresión y ansiedad.

Es importante reconocer que los participantes de ambos grupos continuaron mostrando problemas de autoestima, lo cual requiere investigarse con detenimiento en estudios futuros. En nuevas intervenciones sería importante incluir, además de los aspectos aquí contemplados: a) mayor número de sesiones de intervención, b) utilizar videos para el entrenamiento de habilidades sociales y solución de problemas, para que los participantes tengan modelos diversos, y c) entrenamiento individual en reestructuración cognitiva, porque los niños tienen diferente ritmo de avance.

Investigaciones futuras han de considerar las características individuales y del entorno físico y social, así como el impacto de la institucionalización en el desarrollo del niño. Se sugiere incluir un programa de intervención que atienda la relación de cuidadores y niños, para proveer a éstos de mayores oportunidades de desarrollo psicológico y social.

REFERENCIAS

- Ahmad, A., Qahar, J., Siddiq, A., Majeed, A., Rasheed, J., Jabar, F. & von Knorring, A. (2005). A 2-year follow-up of orphan's competence, socioemotional problems and post-traumatic stress symptoms in traditional foster care and orphanages in Iraq. *Kurdistan Child: Care, Health and Development*, 31 (2), 203-215, available via: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2214.2004.00477.x>.
- Bautista, V. (2000). *Validez y confiabilidad de la escala de ansiedad manifiesta en niños y adolescentes mexicanos*. Tesis de especialidad en Psiquiatría, Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Medicina, México.
- Beelmann, A. & Lösel, F. (2006). Child social skills training in developmental crime prevention: Effects on antisocial behavior and social competence. *Psicothema*, 18 (3), 603-610.
- Bennett, J., Espie, C., Duncan, B. & Minnis, H. (2009). A qualitative exploration of children's understanding of indiscriminate friendliness. *Clinical Child Psychology Psychiatry*, 14 (4) 595-618. Available via: <http://dx.doi.org/10.1177/1359104509339137>.
- Caballo, V. (2009). *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. México: Siglo XXI.
- Cardiel, R. M. (1994). La medición de la calidad de vida. En L. Moreno, F. Cano-Valle y H. García-Romero (Eds.), *Epidemiología Clínica* (pp.189-199). México: Interamericana-McGraw Hill.
- Cruz, C., Morales, J. & Ramírez, B. (1996). *Validez, confiabilidad y normas del cuestionario de depresión para niños (CDS), de Lang y Tisher*. Tesis de licenciatura no publicada, Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología, México.
- Dib, N. & Sturmey, P. (2007). The effects of verbal instruction, modeling, rehearsal, and feedback on correct posture during flute playing. *Behavior Modification*, 31 (4), 382-388, available via: <http://dx.doi.org/10.1177/0145445506296798>.
- Eisenberg, L. & Belfer, M. (2009). Prerequisites for global child and adolescent mental health. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50 (1-2), 26-35, available via: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1469-7610.2008.01984.x>.
- Ellis, B., Fisher, P. & Zaharie, S. (2004). Predictors of disruptive behavior, developmental delays, anxiety, and affective symptomatology among institutionally reared Romanian children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 43 (10), 1283-1292, available via: <http://dx.doi.org/10.1097/01.chi.0000136562.24085.160>.
- González, L. & Méndez, L. (2006). Relación entre autoestima, depresión y apego en adolescentes urbanos de la comuna de Concepción, Chile. *Terapia Psicológica*, 24(001), 5-14.
- González, I., Valdés, J., Domínguez, A., Palomar, J. & González, S. (2008). Características psicosociales en niños en contexto de riesgo y de no riesgo. *Persona*, 11, 92-107.
- Hovell, M., Blumberg, E., Liles, S., Powell, L., Morrison, T., Duran, G., Sipan, C., Burkham, S. & Kelley, N. (2001). Training AIDS and anger prevention social skills in at-risk adolescents. *Journal of Counseling & Development*, 79 (3), 347-355, available via: <http://dx.doi.org/10.1002/j.1556-6676.2001.tb01980.x>.
- Hwa-Froelich, D. & Matsuo, H. (2008). Cross-cultural adaptation of internationally adopted Chinese children: Communication and symbolic behavior development. *Communication Disorders Quarterly*, 29 (3), 149-165, available via: <http://dx.doi.org/10.1177/1525740108316204>.
- Kim, J. & Cicchetti, D. (2006). Longitudinal trajectories of self-system processes and depressive symptoms among maltreated and nonmaltreated children. *Child Development*, 77 (3), 624-639, available via: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1467-8624.2006.00894.x>.
- Lang, M. & Tisher, M. (2003). *Cuestionario de depresión para niños (CDS)*. Madrid: TEA Ediciones.
- Lara, M. & Silva, A. (2002). *Estandarización de la escala de asertividad de Michelson y Wood en niños y adolescentes II*. Tesis de licenciatura no publicada. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología, México.
- Martínez, P., Rosete, M. & Ríos, R. (2007). Niños de la calle: autoestima y funcionamiento yoico. Enseñanza e Investigación en Psicología, 12 (2), 367-384.
- Michelson, L. & Wood, R. (1982). Development and psychometric properties of the children's assertive behavior scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 4 (1), 3-13, available via: <http://dx.doi.org/10.1007/BF01321378>.
- Miller, L., Chan, W., Tirella, L. & Perrin, E. (2009). Outcomes of children adopted from Eastern Europe. *International Journal of Behavioral Development*, 33 (4), 289-298, available via: <http://dx.doi.org/10.1177/0165025408098026>.
- Nitkowski, D., Petermann, F., Büttner, P., Krause, C. & Petermann, U. (2009). Behavior modification of aggressive children in child welfare: Evaluation of a combined intervention program. *Behavior Modification*, 33 (4), 474-492, available via: <http://dx.doi.org/10.1177/0145445509336700>.

- Olivares, J., & García, L. (2002). Aplicación de la versión española de la terapia para la eficacia social en adolescentes (SET-Asv) al tratamiento de un adolescente con fobiasocial generalizada. *Psicología Conductual*, 10 (2), 409-419.
- Pössel, P., Horn, A., Groen, G. & Hautzinger, M. (2004). School-based prevention of depressive symptoms in adolescents: A 6-month follow-up. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 43 (8), 1003-1010, available via: <http://dx.doi.org/10.1097/01.chi.0000126975.56955.98>.
- Reynolds, C. & Richmond, B. (1997). *Escala de ansiedad manifiesta en niños (revisada)*. (CMAS-R). México: Manual Moderno.
- Rocha, A. (2003). El sistema de interacción familiar asociado a la autoestima de menores en situación de abandono moral o prostitución. Disertación doctoral no publicada, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú.
- Sandstrom, M. & Schanberg, L. (2004). Brief report: Peer rejection, social behavior, and psychological adjustment in children with juvenile rheumatic disease. *Journal of Pediatric Psychology*, 29 (1), 29-34, available via: <http://dx.doi.org/10.1093/jpepsy/jsh004>.
- Savidge, C., Christie, D., Brooks, E., Stein, S. & Wolpert, M. (2004). A pilot social skills group for socially disorganized children. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 9 (2), 289-296, available via: <http://dx.doi.org/10.1177/1359104504041926>.
- Sim, L., Whiteside, S., Dittner, C. & Mellon, M. (2006). Effectiveness of a social skill training program with school age children: Transition to the clinical setting. *Journal of Child and Family Studies*, 15 (4), 408-417, available via: <http://dx.doi.org/10.1007/s10826-006-9049-6>.
- Solís, A. & Montoya, J. (2007). Proceso de adaptación de personas costarricenses menores de edad ubicadas en adopción en España. *Acta Colombiana de Psicología*, 10 (1), 111-122.
- Spence, S., Donovan, C. & Brechman-Toussaint, M. (2000). The treatment of childhood social phobia: The effectiveness of a social skills training-based, cognitive-behavioral intervention, with and without parental involvement. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41 (6), 713-726, available via: <http://dx.doi.org/10.1111/1469-7610.00659>.
- Sukhodolsky, D., Golub, A., Stone, E. & Orban, L. (2005). Dismantling anger control training for children: A randomized pilot study of social problem-solving versus social skills training components. *Behavior Therapy*, 36 (1), 15-23, available via: [http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7894\(05\)80050-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7894(05)80050-4).
- Valencia, A. (2007). Programa de apoyo psicosocial para niños con cáncer y sus familias. Disertación doctoral no publicada, Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología, México.
- Ventegodt, S., Flensburg-Madsen, T., Andersen, N., Morad, M. & Merrick, J. (2006). Quality of life and events in the first year of life. Results from the prospective Copenhagen birth cohort 1959-61. *The Scientific World Journal*, 6, 106-115, available via: <http://dx.doi.org/10.1100/tsw.2006.14>.
- Verduzco, A., Lara-Cantú, A., Lancelotta, G., & Rubio, S. (1989). Un estudio sobre la autoestima en niños de edad escolar: Datos normativos. *Salud Mental*, 12 (3), 50-54.
- Villarreal, M., Sánchez, J., Veiga, F. & Moral, G. (2011). Contextos de desarrollo, bienestar psicológico, autoestima social y violencia escolar desde una perspectiva de género en adolescentes mexicanos. *Psychosocial Intervention*, 20 (2), 171-181.

APÉNDICE A

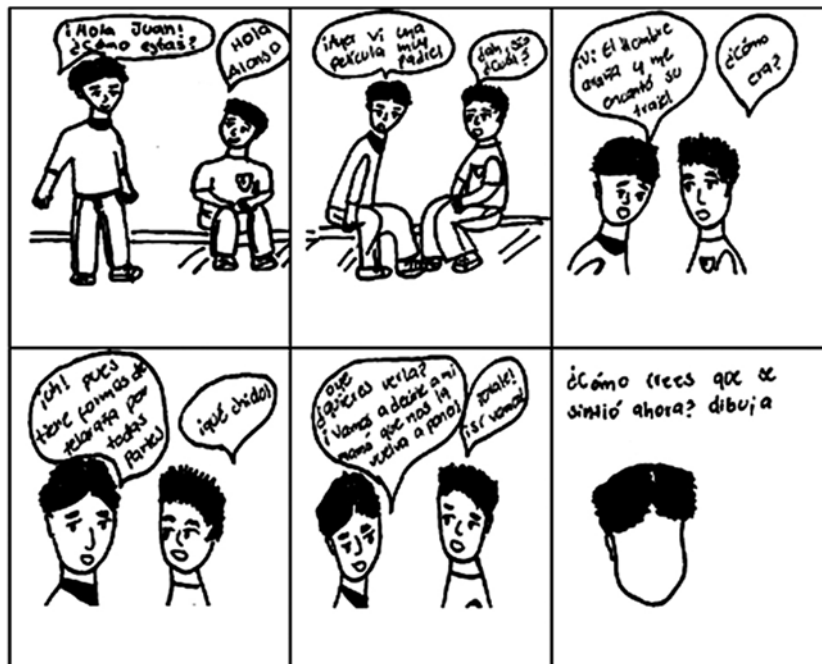
Ejemplo de materiales utilizados en el manual de entrenamiento.

Viñetas de entrenamiento de habilidades sociales. Ejercicios de identificación de habilidades sociales básicas.

Observa la historia 1



Ahora observa la historia 2



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

Diferencia 1 _____

Diferencia 2 _____