

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CÓRDOBA

Facultad de Psicología y Facultad de Ciencias Médicas

MAESTRÍA EN SALUD MENTAL

Cohorte 2011 - 2013

TESIS

**“LAS HABILIDADES SOCIALES DE LAS Y LOS ADOLESCENTES
QUE ASISTEN A ESCUELAS PÚBLICAS EN LA CIUDAD DE CÓRDOBA.
UNA LECTURA DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD”**

Autora: Lic. Prof. ELIZABETH JORGE

Directora: Mgtr. SANDRA GERLERO

Córdoba, Marzo de 2014

La Universidad Nacional de Córdoba

no se hace solidaria con el contenido de la presente tesis

AGRADECIMIENTOS

Quisiera expresar mi gratitud sincera a todas aquellas personas que me han brindado su apoyo de distinta manera:

A mi directora Mgtr. Sandra Gerlero, porque me acompañó en este camino y me orientó paso a paso. Por su dedicación atenta y por su “presencia” a pesar de la distancia geográfica que nos separa.

A mi esposo Gabriel, mi compañero de vida, por creer en mí y apoyarme en mis proyectos.

A mis hijos Sofía y Luciano, quienes llenan de alegría mis días.

A mis padres, mis hermanos, mis suegros y mis cuñados, por estar presentes de múltiples maneras. Gracias por alegrarse con mis alegrías.

A las personas que colaboraron con el relevamiento de datos: Daniela Aráoz, Emilce Peñaloza, Prof. Matías Egea y a las licenciadas Florencia Mainero, Daniela Palma, Mariana Monje y Guillermina Soulier. A Noelia Jorge quien trabajó en la desgrabación y el tipeo de los grupos focales A todos les agradezco el compromiso y la tarea generosa.

A los directivos, los docentes, los coordinadores de cursos y los preceptores de las dos escuelas públicas que me abrieron sus puertas. Gracias por cederme su tiempo para realizar este trabajo.

A las y los adolescentes que me permitieron acercarme y conocerlos.

A mis compañeras de estos dos años de la Carrera por tantas jornadas compartidas y por permitirme conocerlas en lo personal y en lo profesional.

ÍNDICE

Resumen.....	5
Abstract.....	7
1. Introducción.....	9
1.1. Planteo del Problema.....	9
1.2. Marco Conceptual y Referencial.....	12
1.2.1. Adolescencias.....	12
1.2.2. Habilidades para la Vida y Habilidades Sociales.....	15
1.2.3. Determinantes Sociales de la Salud.....	27
1.2.4. El enfoque de Género y la Salud.....	35
1.3. Revisión de Antecedentes.....	37
1.3.1. Estudios que indagan las Habilidades Sociales en la población de adolescentes.....	37
1.3.2. Estudios relacionados con los Determinantes Sociales de la Salud en adolescentes.....	44
1.4. Objetivos.....	46
2. Materiales y Métodos.....	47
2.1. Enfoque, Tipo de Estudio y Diseño.....	47

2.2. Participantes.....	47
2.2.1. Contexto de realización del trabajo.....	48
2.3. Instrumentos de recolección de información.....	49
2.4. Procedimientos de Recolección y Análisis de Datos.....	53
2.4.1. Recolección de Datos.....	53
2.4.2. Análisis de Datos.....	54
3. Resultados.....	58
3.1. Abordaje cuantitativo.....	58
3. 1. 1. <i>Caracterización de las y los adolescente y su grupo familiar</i>	58
3. 1. 2. <i>Los estilos de vida de las y los adolescentes</i>	61
3. 1. 3. <i>Relación entre las Habilidades Sociales y las condiciones socio-económicas, culturales y educativas</i>	63
3. 1. 4. <i>Relación entre las Habilidades Sociales y sus vínculos con los otros significativos</i>	71
3. 1. 5. <i>Relación entre el Género, las Habilidades Sociales y las Redes de apoyo social</i>	74
3.2. Abordaje cualitativo.....	77
3. 2. 1. <i>Procesos de socialización y modalidades de los cuidados de la salud de los y las adolescentes</i>	77

3. 2. 1. 1. <i>Características y modalidades de interacción según grupos etéreos</i>	77
3. 2. 1. 2. <i>Visión integral de las y los adolescentes participantes, sus procesos de socialización y las modalidades en el cuidado de la salud</i>	83
4. <i>Discusión y Conclusiones</i>	87
5. <i>Consideraciones finales y Propuestas futuras</i>	112
6. <i>Referencias Bibliográficas</i>	114
7. <i>Anexos</i>	126
7.1. <i>Consentimiento informado para participantes de investigación</i>	126
7.2. <i>Encuesta de caracterización del adolescente y el grupo familiar</i>	128
7.3. <i>Batería de Socialización BAS-3</i>	131
7.4. <i>Inventario Red de Relaciones Interpersonales</i>	134

RESUMEN

El estudio de las habilidades sociales en la adolescencia ha cobrado notable interés en las últimas décadas por su estrecha vinculación con la calidad de vida del adolescente.

El propósito de esta investigación fue describir y analizar las Habilidades Sociales y su vínculo con el cuidado de la salud desde el enfoque de los Determinantes Sociales de la Salud de adolescentes.

Se realizó un estudio con 565 jóvenes con edades comprendidas entre 11 y 18 años, y que asisten a dos escuelas públicas de la zona Norte de la Ciudad de Córdoba (Argentina). Se llevó a cabo un diseño descriptivo, no experimental y transversal. Se implementó un abordaje mixto, donde se combinaron los enfoques cuanti y cualitativo. Las técnicas que se utilizaron para alcanzar cada uno de los objetivos específicos fueron la Batería de Socialización BAS-3, el Inventario Red de relaciones interpersonales, una encuesta post hoc para la caracterización del adolescente y su grupo familiar, y grupos focales.

Se observó que los adolescentes provenientes de las clases alta y media obtuvieron puntajes mayores en las dimensiones de las habilidades sociales consideradas facilitadoras: *Consideración por los demás, Autocontrol y Liderazgo*. Mientras que los procedentes de las clases baja y marginal alcanzaron valores más altos en las dimensiones inhibidoras: *Retraimiento y Ansiedad*. A pesar de ello, todos los jóvenes presentan conductas sociales que les permiten funcionar adecuadamente en su contexto, dado que predominan las escalas facilitadoras por sobre las inhibidoras de la socialización.

En relación con el género se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las dimensiones de *Consideración y Ansiedad*, a favor de las mujeres.

Los adolescentes reconocieron como principales problemas de salud que afectan a sus pares: el consumo de sustancias: marihuana, alcohol y cigarrillos. Entre las consecuencias destacaron aspectos físicos, psicológicos y sociales. Como medidas de cuidado implementadas para prevenir estos problemas de salud, los jóvenes mencionaron aquellas relacionadas con los estilos de vida saludable (no fumar, hacer deportes, buenos hábitos alimenticios y de descanso, uso de métodos de protección en el ejercicio de la sexualidad).

Por último, en este estudio la familia es el principal referente de confianza y de apoyo, siendo el lugar al que acuden los jóvenes para buscar mecanismos de protección de la salud. Se destaca el vínculo sostenido con la madre, ya que es el que más asociaciones significativas presenta en relación con las habilidades sociales. Mientras que en un segundo plano se encuentra a los amigos como referencia. No se refirieron a agentes sanitarios o pertenecientes a la institución escolar.

En coincidencia con investigaciones previas, se destaca que las habilidades sociales inciden fuertemente en el ajuste emocional del adolescente, e influyen en la calidad de vida y la inclusión social.

Palabras claves: Habilidades sociales, adolescencia, determinantes sociales de la salud, género, redes de apoyo social.

ABSTRACT

The study of social skills in adolescence has acquired more relevance in the last decades since it is closely related to the quality of life of adolescents.

The purpose of this research is to describe and analyze the social skills and their link to health from the Social Determinants of Health (SDH) approach.

The present study was performed on 565 adolescents between the ages of 11 and 18 who attend two public schools in the Northern area of the City of Córdoba (Argentina). It is a descriptive, non-experimental and cross-sectional study. A mixed approach was implemented combining qualitative or quantitative approaches. The techniques used to achieve each of the specific objectives were the Socialization Battery (BAS-3), the Network of Relationships Inventory, and a post hoc survey to characterize the adolescents, their families and focal groups.

Adolescents from upper and middle classes obtained higher scores in the enabling dimensions of the social skills: *Consideration*, *Self-control* and *Leadership*. On the other hand, adolescents from lower and marginal classes achieved higher scores in the inhibiting dimensions: *Behavioral Withdrawal* and *Anxiety*. Despite this, all the adolescents showed social behaviors which allowed them to adequately perform in their own contexts since facilitating scales prevailed over the inhibiting ones.

As far as gender is concerned, statistically significant differences in favor of women were found in the dimensions of *Consideration* and *Anxiety*.

Adolescents recognized that substance use, especially marihuana, alcohol and smoking, is the main health problem that affects their peers. Among the consequences, physical, psychological and social aspects were highlighted. As regards care measures to prevent these health problems, the subjects mentioned those related to healthy lifestyles

(not smoking, practicing sports, having appropriate eating and sleeping habits, using protection methods during sexual intercourse).

Finally, this study showed that family is the main source of trust and support where adolescents resort to when searching for health protection mechanisms. The results emphasized the maternal bond because it was the one that showed more significant associations in relation to social skills. Friends were mentioned as a source in a second place. The subjects did not indicate workers from the healthcare or education sectors.

Coinciding with previous studies, social skills strongly affect the emotional adjustment of adolescents and influence their quality of life and social inclusion.

Key Words: Social Skills, Adolescence, Social Determinants of Health, Gender, Social Support Networks

1. INTRODUCCIÓN

1. 1. PLANTEO DEL PROBLEMA

La **adolescencia** ha sido definida por algunos autores como un período de transición entre la niñez y la edad adulta, en la que la persona ha de enfrentar un gran número de cambios y desafíos evolutivos¹. Los comportamientos sociales adquieren importancia durante este momento, siendo las habilidades sociales elementos claves para alcanzar el ajuste y funcionamiento exitoso en sociedad^{2, 3, 4, 5}.

De acuerdo a estos autores y, siguiendo a Caballo⁶, las **habilidades sociales** constituyen un conjunto de conductas emitidas por los adolescentes en un contexto interpersonal, que expresa los sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de ese joven de un modo adecuado a la situación, respetando esas conductas en los demás, y que generalmente resuelve los problemas inmediatos de la situación mientras minimiza la probabilidad de futuros problemas.

La adolescencia es un momento clave para la intervención en el desarrollo de las mencionadas habilidades. Los cambios a los que se enfrenta el adolescente (físicos, psicológicos y sociales) lo hacen vulnerable a distintos problemas psicosociales, por lo que es importante brindarle nuevas herramientas que le permitan mejorar sus competencias para manejarse en el entorno social⁷.

En Latinoamérica, a partir de los años 70, se han implementado programas que tienden a promover las habilidades sociales. De esta manera, se previenen riesgos psicosociales, a la vez que se promocionan la salud, el desarrollo humano y la calidad de vida⁸. Las habilidades sociales son parte de las “habilidades para la vida” propuestas por la Organización Panamericana de la Salud⁹. Este enfoque promueve el desarrollo de destrezas

en los adolescentes para que puedan hacer frente de forma efectiva a los retos de la vida diaria, a la vez que adquieran las aptitudes necesarias para el desarrollo humano.

Tal como muchos estudios lo señalan, la conducta socialmente competente y adecuada depende del **contexto** socio-cultural en el que se inscribe^{10, 11}. En relación con ello, debe considerarse que el contexto ejerce su influencia desde lo macro y lo microsocioal. El entorno macrosocioal o ambiente sociocultural, es donde se mueven los adolescentes y del cual reciben las influencias. Por otro lado, el entorno microsocioal o ambiente más cercano, es donde los jóvenes están vinculados afectivamente, y está conformado por agentes básicos de socialización: familia, escuela y grupo de pares. Como lo afirman Zárate González y Pérez¹², los factores socioeconómicos han sido identificados como importantes determinantes de salud a través de amplios problemas de salud pública; incluso son un eslabón para determinar las variaciones de salud entre grupos y sociedades.

Los **determinantes sociales de la salud** son el conjunto de factores personales, sociales, económicos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos¹³.

En general, las investigaciones en torno a la salud de los adolescentes, especialmente la salud mental, se centran en los factores de riesgo y se basan en la psicopatología^{1, 14, 15, 16, 17}. Tal como lo afirman Gómez Bustamante y Cogollo¹⁴, se hace necesario que los estudios en torno a la adolescencia consideren aquellos elementos que inciden sobre el desarrollo de los comportamientos de los adolescentes, tanto positivos como negativos, y hagan énfasis en los positivos.

Desde el punto de vista de la promoción de la salud, se considera que durante la infancia y la adolescencia es importante adquirir un “capital de salud”, en términos de información de temas claves y la adquisición de habilidades para la vida y estilos de respuestas saludables¹⁸.

Las habilidades sociales, como parte de ese “capital de salud” mencionado, impactan sobre la salud de los jóvenes ya que tienen efectos sobre la organización psicológica, en la calidad de vida, en la inclusión escolar y social de los adolescentes¹⁹.

En esta investigación se buscó describir la forma en que se presentan las habilidades sociales en las y los adolescentes que asisten a escuelas públicas en la Ciudad de Córdoba, desde el enfoque de los Determinantes Sociales de la Salud.

1. 2. MARCO CONCEPTUAL Y REFERENCIAL

Se exponen a continuación los aportes conceptuales que reconocen desarrollos de diferentes autores y perspectivas teóricas heterogéneas en relación con los ejes temáticos de este trabajo, a saber: adolescencia, habilidades sociales, determinantes sociales de la salud y género.

1. 2. 1. Adolescencias

La adolescencia puede ser entendida como un periodo de transición entre la niñez y la edad adulta, en la que la persona ha de enfrentar un gran número de cambios y desafíos evolutivos^{1, 20}. La OMS la define como aquella etapa evolutiva que queda comprendida entre los diez y los diecinueve años²¹.

Suele ser definida como “encrucijada fundamental”²² dado que se produce un reposicionamiento del joven en una búsqueda de lugar y deseos propios, lo cual supone el abandono de viejas identificaciones y el inicio de nuevos procesos identificatorios. También se la ha considerado como “momento trágico en la vida”²³ dadas las transformaciones psíquicas, somáticas y sociales, que obligan al adolescente a un proceso complejo de resignificaciones.

La adolescencia no es *algo dado*, no es un universal, sino que es una producción histórico-social^{24, 25}, un constructo cultural²¹. Definida de esta manera, ya no se pone el acento en la edad, y sí en los cambios y los *trabajos* que los jóvenes realizarían durante este período. De esta manera se puede pensar a cada adolescente en su singularidad, en cómo son los procesos que está llevando a cabo, cuáles son las resignificaciones que se están dando, etc.

Es así como se usa el plural *adolescencias*, para destacar la diversidad de manifestaciones que se dan. No todos los adolescentes de una sociedad se inscriben en similares prácticas de adolescencia ni responden a un universo de significaciones común²⁴. Asimismo, esta manera de concebirla, permite observar los diferentes modos de transitar esta etapa de la vida, según la clase social, etnia, región (urbana, rural, etc.). Es decir, *visibiliza su inscripción social*, y posibilita conocer las diferencias entre ser adolescente varón o mujer: es decir, *visibiliza su inscripción de género*²⁴.

Teniendo en cuenta las transformaciones de la personalidad que se producen en esta etapa, donde el joven debe implementar variados recursos y enfrentarse a determinadas exigencias psicosociales, los autores afirman que puede repercutir en el desarrollo psicológico^{26, 27}.

González Rodríguez y Rego Rodríguez¹⁷ enumeran siete problemas emergentes centrales en relación a la salud mental de los jóvenes, a saber:

- ❖ El fuerte incremento de las conductas de riesgo de diversos tipos,
- ❖ Aumento de las tasas de suicidio, hasta llegar a constituir la tercera causa de mortalidad en varios países,
- ❖ Aumento de la ansiedad en los jóvenes,
- ❖ Perspectivas de un futuro impredecible e inseguro derivado de los cambios sociales rápidos,
- ❖ Deterioro de las instituciones y redes sociales tradicionales,
- ❖ Alargamiento y mayor complejidad de la transición a la vida adulta, conjuntamente con un abanico extenso de experiencias vitales que necesitan de un fuerte asesoramiento y apoyo,
- ❖ Necesidad de desplegar estrategias adecuadas para afrontar la incertidumbre e impredecibilidad del futuro.

Es por ello, que estos autores señalan como fundamental para la prevención el hecho de poder hacer hincapié en los factores sociales, y no solamente en los factores psicológicos y biológicos.

Los comportamientos sociales adquieren importancia durante la adolescencia. Durante esta etapa los cambios en las relaciones interpersonales giran desde el foco puesto en los padres y la familia, hacia el grupo de pares^{28, 29}. Sin embargo, esto no significa que los padres pierdan su influencia sobre los jóvenes. Por el contrario, a medida que los adolescentes afirman su individualidad y autonomía, requieren con mayor intensidad el apoyo y la guía de sus padres, produciéndose un mayor acercamiento entre ellos. Es por ello que puede decirse que tanto los padres como los amigos constituyen influencias complementarias, que satisfacen necesidades diferentes de los jóvenes²⁹. En un estudio llevado a cabo por Bokhorst, Sumter y Westenberg³⁰ los resultados afirmaron que el soporte social era concebido tanto por parte de los padres como de los amigos durante la adolescencia, y sólo era mayor el de los pares en las edades entre los 16 y 18 años.

Coronel et al³¹ sostiene que la familia y los pares de los adolescentes actúan como factores para el desarrollo social. Más allá de la aparición de nuevas relaciones facilitadas por las nuevas tecnologías de la información y la comunicación, no puede negarse el papel que siguen ejerciendo los pares en la socialización de los adolescentes y de la familia en la influencia sobre cómo los jóvenes atraviesan las tareas propias de esta etapa.

El vínculo entre iguales promueve el desarrollo de habilidades de interacción social, lo cual genera un impacto positivo en la salud psíquica del sujeto¹⁹.

Guaita³² afirma que las relaciones interpersonales favorecen la socialización de las emociones, la respuesta empática y saludable para consigo mismo y para con los demás. Monjas Casares² señala que las relaciones con los pares permiten el conocimiento de sí mismo y de los demás, el desarrollo de conductas de reciprocidad, la colaboración y el

intercambio, las estrategias sociales de negociación y de acuerdos, el autocontrol de la propia conducta, entre otros logros.

En general, los autores coinciden que las relaciones sociales satisfactorias son una fuente de bienestar personal y actúan como factor protector para el logro de la salud en la adultez, a la vez que favorecen el logro de habilidades sociales^{19, 29, 5}.

1. 2. 2. Habilidades para la Vida y Habilidades Sociales

Las habilidades para la vida es un enfoque tomado por la Organización Panamericana de la Salud⁹. Se refiere a las mejores condiciones para un desarrollo saludable de niños y adolescentes, que busca fortalecer los factores protectores, promover la competitividad necesaria para lograr una transición saludable hacia la madurez y promover la adopción de conductas positivas.

Además, este enfoque consiste en el desarrollo de capacidades y destrezas psicosociales, que permitan a los adolescentes entablar relaciones sociales saludables. Tal como lo plantean Calzetta y Gómez⁷, los jóvenes que puedan desarrollar estas capacidades y empoderarse de ellas, tendrán una mejor calidad de vida, pudiendo proteger su propia salud y promocionarla a pares, familiares y el resto de la comunidad.

Pueden identificarse tres categorías clave de habilidades para la vida⁹:

- ❖ *Habilidades sociales o interpersonales*: incluyen la comunicación, las habilidades para negociación/rechazo, confianza, cooperación y empatía.
- ❖ *Habilidades cognitivas*: incluyen solución de problemas, comprensión de consecuencias, toma de decisiones, pensamiento crítico y autoevaluación.
- ❖ *Habilidades para enfrentar emociones*: incluyen el estrés, los sentimientos, el control y el monitoreo personal.

Dado los cambios físicos, psicológicos y sociales a los que se enfrenta el joven y que lo hacen vulnerable a distintos problemas psicosociales, la adolescencia se convierte en un momento significativo para las intervenciones relacionadas con el desarrollo de estas habilidades. Desde el enfoque propuesto, se le brindan nuevas herramientas que le permiten mejorar sus competencias para manejarse en el entorno social. Asimismo se busca fortalecer su capacidad para enfrentar dificultades, y fomenta y estimula el desarrollo de valores y cualidades positivas. En consecuencia, el desarrollo de las habilidades por parte de los jóvenes permiten a éstos aplicarlas en los avatares de su vida cotidiana y en situaciones de riesgo⁷.

Esta investigación se centró en las habilidades sociales, que como lo expresan diferentes autores^{33, 6, 19, 31}, no existe una única definición consensuada para delimitar qué se entiende por habilidades sociales. La falta de acuerdo se atribuye al hecho de que se considera que no constituyen un rasgo unitario ni generalizado, además que están determinadas situacionalmente.

Es por ello que las habilidades sociales deben ser consideradas dentro de un marco cultural determinado, y dentro de una misma cultura, que debe atenderse a factores tales como la edad, el sexo, la clase social o la educación^{33, 6, 31}. Otros aspectos a ser tenidos en cuenta lo constituyen lo que el individuo desea lograr en la situación particular que se encuentra; las actitudes, valores, creencias, capacidades cognitivas y el estilo de interacción⁶.

Dentro de las definiciones encontradas por los autores que han investigado el tema, algunas destacan el *contenido* de las habilidades sociales, otras las *consecuencias* del comportamiento, y otras describen las *características* que poseen. El contenido se relaciona con la expresión de la conducta (opiniones, sentimientos, deseos); mientras que las consecuencias aluden al refuerzo social³³.

En este trabajo se asume el concepto de habilidades sociales propuesto por Caballo⁶, dado el carácter integral y abarcativo que propone sobre el mismo. Este autor las define como el conjunto de conductas emitidas por un individuo en un contexto interpersonal, que expresa los sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de ese individuo de un modo adecuado a la situación, respetando esas conductas en los demás, y que generalmente resuelve los problemas inmediatos de la situación mientras minimiza la probabilidad de futuros problemas.

En esta manera de concebirlas se consideran tanto el *contenido* (conductas... que expresa los sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de ese individuo..., respetando esas conductas en los demás), como las *consecuencias* (resuelve los problemas inmediatos de la situación mientras minimiza la probabilidad de futuros problemas) y las *características* de la conducta habilidosa (conjunto de conductas emitidas por un individuo en un contexto interpersonal... de un modo adecuado a la situación).

Contini de González¹⁹ enumera algunas de las características de las habilidades sociales:

- ❖ *Son comportamientos aprendidos*, donde es decisivo el entorno en el que está inserta la persona. El marco en el cual se da el proceso de aprendizaje se relaciona con la familia en primer lugar, a la que le siguen la escuela y la comunidad en sentido amplio.
- ❖ *Se aprenden por experiencia directa o por observación*, tanto de los sujetos como de los modelos simbólicos (por ejemplo, la televisión). También se aprende de *manera indirecta*, mediante el uso del lenguaje hablado (preguntas, instrucciones, sugerencias), o por *feed-back interpersonal*, es decir por la retroalimentación del interlocutor, que informa la cualidad de su comportamiento social.

- ❖ *Son respuestas a situaciones específicas*, dependen del contexto en el cual se producen, de las personas que participan y de la situación en la cual tienen lugar.
- ❖ *Implican siempre la relación con otros*, ya sean pares o adultos.

Para delimitar con mayor profundidad qué se entiende por habilidades sociales, se hace necesario describir sus componentes, es decir, la categorización referida a conocer, delimitar y determinar los elementos que configuran las habilidades sociales³³. Caballo⁶ especifica tres dimensiones, a saber: conductual, personal y situacional. A continuación se describen cada una de ellas.

- ❖ *Dimensión conductual* (tipo de habilidad): Dentro de esta dimensión se encuentran cuatro tipos de componentes:

- *No verbales*: mirada/contacto ocular, sonrisas, gestos, postura, movimientos de piernas/manos, apariencia personal, etc.
- *Paralingüísticos*: voz (volumen, tono, velocidad), tiempo de habla, perturbaciones del habla, fluidez del habla.
- *Verbales*: contenido general (peticiones, humor, acuerdo/enfrentamiento, manifestaciones empáticas, formalidad, etc.), iniciar la conversación, retroalimentación.
- *Mixtos*: afectos, tomar/ceder la palabra, conversación en general, saber escuchar, etc.

- ❖ *Dimensión personal* (variables cognitivas): una persona realiza una percepción y una evaluación cognitiva de las situaciones, estímulos y acontecimientos, según un sistema persistente, integrado por abstracciones y concepciones del mundo y de sí

mismo. En esta interacción del individuo con el ambiente influyen cinco variables de la persona, a saber:

- *Competencias cognitivas*: es la capacidad para transformar y emplear la información de forma activa y para crear pensamientos y acciones. Cada persona adquiere la capacidad de construir activamente una variedad de conductas potenciales, habilidosas y adaptativas, que tengan consecuencias para sí mismo. Incluye el conocimiento de la conducta habilidosa apropiada, de las costumbres sociales, de las diferentes señales de respuesta, el saber ponerse en el lugar del otro y la capacidad de solución de problemas.
- *Estrategias de codificación y constructos personales*: las personas pueden realizar “transformaciones cognitivas” de los estímulos, las situaciones, el ambiente, etc., centrándose en aspectos seleccionados de ellos. Esa atención, interpretación y categorización selectivas cambian el impacto que ejerce el estímulo o la situación sobre la conducta. Este modo selectivo de atender y codificar influye en el aprendizaje y en el modo de actuar.
- *Expectativas*: se relacionan con las predicciones de la persona sobre las consecuencias de la conducta. Las expectativas guían la selección de conductas que la persona es capaz de construir según la situación, atendiendo a la realidad percibida.
- *Valores subjetivos de los estímulos*: se relacionan con las preferencias/aversiones sobre los estímulos, los gustos y desagradados, los valores positivos y negativos. También deben considerarse los valores subjetivos de los resultados esperados.

- *Planes y sistemas de autorregulación*: las personas adoptan planes y reglas que guían sus conductas para influir en el ambiente. Suponen especificar las clases de conductas apropiadas (esperada) bajo condiciones particulares, los niveles (patrones, objetivos) de actuación que tiene que lograr la conducta, y las consecuencias (positivas y negativas) de alcanzar o no esos patrones.

- ❖ *Dimensión situacional* (contexto ambiental): para considerar una conducta como socialmente competente se debe tener en cuenta el contexto que la rodea. Tal como se mencionara en las otras dimensiones, las personas se diferencian en su capacidad de percibir y analizar las señales situacionales. A ello se suma que hay situaciones que pueden definirse como psicológicamente “fuertes” o “débiles”. Las situaciones fuertes son aquellas más estructuradas, con reglas y guiones amplios, explícitos, que limitan la mayor parte de la conducta que se desarrolla en ellas. Por el contrario, las situaciones débiles, son aquellas que no ofrecen señales claras para guiar la conducta, son poco estructuradas y ambiguas, con menos limitaciones. El nivel de estructura de una situación puede ser considerado como beneficioso o problemático. Las situaciones estructuradas presentan ventajas si ayudan a las personas a saber claramente qué hacer y si limitan la conducta antisocial; pero tienen desventajas si son difíciles de aprender, enseñan reglas antisociales, limitan el aprendizaje de habilidades informales u obligan a los sujetos a llevar a cabo una conducta de apariencia o sumisa. Por las razones opuestas se pueden mencionar como beneficiosas y problemáticas a las situaciones con poca estructura.

Los diferentes autores han propuesto conjuntos de elementos que componen la dimensión situacional⁶. A continuación se toman los elementos sugeridos por Argyle y sus colaboradores⁶, dado que consideran un enfoque interaccionista de las

habilidades sociales. Proponen nueve rasgos de las situaciones, a saber: objetivos y propósitos, reglas sociales, roles sociales, repertorio de elementos, secuencias de conducta, conceptos situacionales, ambiente físico, lenguaje y habla, y habilidades técnicas.

- *Objetivos y propósitos*: la mayoría de la conducta social está dirigida hacia un objetivo y las situaciones proporcionan ocasiones para alcanzar objetivos. Algunos ejemplos son: hacer amigos, brindar/obtener información, divertirse, reducir la propia ansiedad, etc.
- *Reglas sociales*: una regla se refiere con la conducta que los miembros de un grupo creen que se debería o no, se podría o no realizar en una situación. Hay reglas que son universales para casi todas las situaciones (ser cortés, ser amable), mientras que otras se relacionan con los objetivos de las situaciones particulares.
- *Roles sociales*: un rol es un patrón de conducta asociado con los ocupantes de una posición. Las posiciones implican la edad, el sexo, la clase y el trabajo. Los roles pueden cambiar dentro de una situación, mientras que algunas personas pueden mantener muchos roles al mismo tiempo.
- *Repertorio de elementos*: Los elementos son los movimientos necesarios para alcanzar los objetivos. Se pueden considerar cuatro categorías en los repertorios de elementos: (1) *categorías verbales*, tales como aceptar, acusar, aconsejar, contestar, estar de acuerdo, negar, bromear, rechazar, etc.; (2) *contenidos verbales* que varían según la situación; (3) *comunicación no verbal* que es igual para cualquier situación e incluyen

la mirada, el contacto corporal, reír, etc.; y (4) *acciones corporales* que son específicas de cada situación.

- *Secuencias de conducta*: la conducta social puede ser analizada en secuencia de episodios o fases y pasos, donde puede haber cambios de tema o de otros aspectos de la interacción. La secuencia de actos forma el camino para los objetivos de las personas que interactúan.
- *Conceptos situacionales*: para poder comportarse de manera eficaz en una situación, la gente necesita poseer conceptos apropiados sobre las personas que interactúan, la estructura social, los elementos de interacción y los objetivos relevantes. Además, los sujetos deben entender lo que está sucediendo y decidir cómo actuar en la situación.
- *Ambiente físico*: es un rasgo importante de las situaciones, ya que las personas moldean o utilizan los ambientes y se les asignan significaciones.
- *Lenguaje y habla*: el “lenguaje” tiene una connotación más amplia y se refiere a la selección y ordenación seriada de las palabras, según una serie de normas que permite a la persona emplear una o más modalidades del habla. El “habla” es la manera en que la gente habla realmente. Los distintos aspectos del lenguaje y la comunicación (el vocabulario, la gramática, los códigos y el tono de voz) son específicos de una situación, ya que los mismos individuos hablarán de forma diferente en diversas situaciones y según los roles que ocupen. A su vez, el habla es afectado por muchos aspectos de las situaciones, tales como el lugar y la escena, los participantes y su relación de rol, los objetivos, el tono de la conversación, el canal de la comunicación y las reglas.

- *Habilidades técnicas*: cada situación social presenta ciertas dificultades y necesita ciertas habilidades sociales, tales como realizar una entrevista, hablar en público, conocer a extraños, etc. El grado de dificultad experimentado por las personas en las situaciones sociales, puede verse como una función de sus habilidades, las cuales pueden aprenderse.

En el desarrollo y sistematización de los estudios sobre las habilidades sociales, los autores destacan tres fuentes que no pueden soslayarse para su comprensión^{33, 6}:

- ❖ La primera suele ser reconocida como la única, y se inicia con los trabajos de Salter en 1949, desde el campo de la Terapia de la Conducta, quien describía técnicas para aumentar la expresividad de las personas. Uno de sus seguidores, Wolpe (1958) fue el primero en utilizar el término “conducta asertiva”, que luego sería utilizado como sinónimo del concepto de habilidades sociales. Lazarus (1966) incluyó el entrenamiento asertivo como una técnica de terapia de conducta para su empleo en la práctica clínica. Siguiendo esta misma línea, en 1978 Alberti y Emmons publican el primer libro dedicado a la asertividad. Asimismo se destacan otros autores que, a principios de los años 70 contribuyeron al campo de las habilidades sociales y elaboraron programas de entrenamiento, entre los que se destacan: Eisler, Hersen, McFall y Goldstein.
- ❖ Una segunda fuente está constituida por los trabajos llevados a cabo por Zigler y Phillips en los años 60, sobre la “competencia social”. Los estudios se llevaron a cabo con adultos institucionalizados por problemas psiquiátricos.

- ❖ Por último, se encuentran las investigaciones realizadas en Inglaterra por Argyle y Kendon (1967). Estos autores partieron de los principios de la Psicología Social Industrial, basando el concepto de “habilidad” en la interacción hombre-máquina y la adaptan a la interacción hombre-hombre.

Pérez³³ sostiene que a mediados de los años 70 el término “habilidades sociales” cobra fuerza y sustituye a otros que habían sido utilizados como sinónimos hasta ese momento. A partir de esta fecha comienzan a aumentar los estudios relacionados con el tema^{6, 8, 19, 5, 34, 27}. Especialmente este incremento se debe a la constatación que se hace entre las habilidades sociales en el desarrollo infantil y adolescente y el posterior funcionamiento psicológico, académico y social. Asimismo, se ha logrado un desarrollo importante en Latinoamérica, a partir de la aplicación de diferentes programas que tienen el objetivo de incrementar estas destrezas, para así poder prevenir riesgos psicosociales, promover la salud, el desarrollo humano y la calidad de vida⁸.

Las habilidades sociales se pueden considerar como elementos claves para la organización psicológica del adolescente en la calidad de vida, en la inclusión escolar y social¹⁹, a la vez que para alcanzar el ajuste y funcionamiento exitoso en sociedad⁴.

Varios autores^{19, 5} coinciden al afirmar que la relación entre habilidades sociales en el desarrollo infantil y del adolescente y el posterior funcionamiento psicológico, académico y social ya ha sido constatada por numerosas investigaciones^{2, 3}. Los jóvenes socialmente hábiles son seguros de sí mismos, capaces de autoafirmarse y de responder correctamente a los demás³¹. Siguiendo en esta línea, Caballo⁶ describe a estos sujetos como aquellos que presentan mayor frecuencia, cantidad y duración en el contacto visual, sonrisa y expresión facial general, postura, volumen de voz y duración del habla. Además, el desarrollo de habilidades sociales en la infancia y la adolescencia contribuyen al logro de una personalidad saludable en la adultez¹⁹.

Por el contrario, la falta de competencia interpersonal se asocia con baja aceptación, rechazo o aislamiento de los pares, con problemáticas escolares y personales, tales como la baja autoestima, la indefensión, la inadaptación en la adolescencia, la delincuencia juvenil o las adicciones. Caballo⁶ agrega que realizan menor contacto visual, sonrisas, gestos, mayor índice de ansiedad y presencia de conductas de consentimiento. En relación con las problemáticas escolares, la incompetencia social se vincula con bajo rendimiento, fracaso, ausentismo y expulsión de la escuela².

Tal como lo sostienen Eceiza, Arrieta y Goñi¹¹, las habilidades sociales se manifiestan en función de variables personales, factores del ambiente y de la interacción.

En relación con esta idea y considerando que la conducta socialmente habilidosa es fundamental para el cuidado de la salud por parte de los adolescentes, es que se atenderá al enfoque de los Determinantes Sociales de la Salud para la descripción de los jóvenes que son objeto de esta investigación.

1. 2. 3. Determinantes Sociales de la Salud

Graham, citado en Álvarez Castaño³⁵, afirma que el concepto ha adquirido un significado dual. Por una parte se refiere a los factores sociales que promueven o deterioran la salud de los individuos y los grupos sociales. Por otra, a los procesos que subyacen a la distribución inequitativa de esos factores entre grupos que ocupan posiciones desiguales en la sociedad. Además, el autor aclara que algunas veces el concepto es tratado de manera ambigua como los determinantes de la salud y los determinantes de las inequidades en salud.

Tal como sostiene Álvarez Castaño³⁵, el enfoque de los “determinantes sociales y económicos” es un tema central en la agenda de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Además, es un marco de referencia para la investigación en diferentes áreas de la

salud pública y la epidemiología. Sin embargo, se trata de un campo de estudio en construcción, para algunos todavía no suficientemente delimitado, y cuya investigación presenta retos metodológicos.

Los determinantes pueden definirse de una manera amplia, tal como aquellas “características sociales dentro de las cuales la vida tiene lugar”, o “aquellas condiciones en las que viven y trabajan las personas”³⁶. Este modo de definirlo descarta la idea predominante que se trata de características de las personas en su dimensión individual y su contexto inmediato.

Desde este enfoque puede concebirse a la salud como el producto de un amplio espectro de factores relacionados a la calidad de vida, tales como estándares adecuados de alimentación y nutrición, habitación y saneamiento, trabajo, educación, ambiente físico limpio, ambiente social de apoyo a familias e individuos, estilo de vida responsable y un espectro adecuado de cuidados de la salud³⁷.

Almeida-Filho³⁸ plantea que los determinantes sociales de la salud operan en tres espacios sociales y políticos, a saber:

- ❖ En primer lugar, en el *tamaño de la población*, tanto a nivel individual como colectivo, donde debe considerarse la *amplitud territorial* (estado, país).
- ❖ En segundo lugar, la *dimensión social micro* (familia, grupo de pares, etc.) y *macro* (estratos, clase social, etc.).
- ❖ Por último, la *dimensión simbólico-cultural*, donde se incluyen los aspectos étnico-raciales, de género (subculturas, grupos étnicos, grupos sociales, etc.).

Se pueden distinguir diferentes niveles en los determinantes de la salud³⁹, en tanto estructurales y proximales, que se describen como:

- ❖ *Determinantes estructurales*, corresponden a estructuras de los estados nacionales que generan la estratificación/jerarquía social, tales como la economía nacional, la posición socio-económica, el sistema educativo, el contexto socio-económico y político, las normas relacionadas con el sexo o el género, los grupos étnicos.
- ❖ *Determinantes proximales o intermedios*, se relacionan con las circunstancias diarias de la vida. Son generados a partir de los determinantes estructurales, y además por factores biológicos, culturales, religiosos y comunitarios. Se relacionan con la calidad de los vínculos familiares y de amigos, la alimentación, la vivienda, las oportunidades de recreación, el acceso a la educación y el estilo de vida.

Algunas características de los determinantes refieren, en su mayoría, a aspectos que no pertenecen al sector salud y que su acción se desarrolla fuera de los servicios de salud, sin embargo, conllevan consecuencias en los cuidados de salud en tanto se fundamentan en la construcción de alianzas y por ello se hace necesario priorizar determinantes claves⁴⁰.

En esta investigación se hizo foco en algunos de estos determinantes. Dentro de los *estructurales* se tomaron en cuenta las condiciones socio-económicas, culturales, de género y educativas de las y los adolescentes y su grupo familiar. Entre los determinantes *proximales*, las redes sociales de apoyo, los modos y oportunidades de recreación y ciertos aspectos relativos a los estilos de vida de los adolescentes.

- *Condiciones socio-económicas, culturales, de género y educativas*. Las circunstancias sociales y económicas deficientes afectan la salud durante la vida. Las personas que están en los estratos sociales más bajos por lo general tienen el doble de riesgo de sufrir enfermedades graves y muerte prematura que quienes están en los estratos altos⁴¹. Las condiciones socio-económicas de un grupo

familiar se constituyen en un predictor importante para la salud de los jóvenes. Además, los estereotipos culturales y de género orientan modos de ser y de actuar frente a los procesos de salud y enfermedad, y sus prácticas de cuidado. De manera que reúnen un conjunto de componentes que condicionan las posibilidades de adoptar comportamientos saludables y el acceso adecuado a los recursos de salud⁴².

- *Redes sociales de apoyo.* El apoyo social y las buenas relaciones sociales contribuyen a la salud, ya que ayuda a darle a las personas los recursos emocionales y prácticos que necesitan. El pertenecer a una red social de comunicación y obligaciones mutuas hace que las personas se sientan amadas, apreciadas, valoradas y cuidadas, todo lo cual tiene un poderoso efecto protector en la salud⁴¹. En la adolescencia uno de los principales recursos de los que disponen los jóvenes es el apoyo que perciben de sus redes sociales¹. Ocupan un lugar central los vínculos personales y su calidad, especialmente el grupo de pares, ya que favorecen la exogamia, fortalecen la autoestima, el sentido de integración y pertenencia. Asimismo, el grupo de pares ocupa sustitutamente la figura de los padres, quienes fueron los modelos y figuras identificatorias de la infancia en algunos temas de importancia para el joven²⁸. Por otra parte, la percepción de contar con apoyo social ha sido relacionado con la salud física y mental de las personas. Por el contrario, una baja percepción de redes de soporte sociales se vinculan a la aparición de distintos desórdenes^{43, 44, 45}.

- *Modos y oportunidades de recreación.* En este trabajo se consideraron todas aquellas actividades, individuales y/o grupales, que se realizan en el tiempo libre y que conllevan una gratificación inmediata. Biassoni et al⁴⁶ señala que muchos

autores utilizan el término “recreación” como sinónimo de “tiempo libre”. Si bien este último parece tener una connotación más amplia, ya que incluye la posibilidad de no realizar ninguna actividad para dedicarse simplemente a la contemplación, en el uso cotidiano, se tiende al uso de ambos términos indistintamente.

- *Estilos de vida.* Son definidos por la OMS como una forma general de vida, basada en la interacción entre las condiciones de vida y los patrones individuales de conducta, determinados por los factores socioculturales y las características personales. Abarca todos los ámbitos del ser humano. Los componentes que hacen parte del estilo de vida comprenden hábitos saludables y no saludables que interactúan entre sí. Los principales aspectos relacionados son la sexualidad, el estrés, el sueño, el tiempo libre, la actividad física, la nutrición, el consumo de tabaco y alcohol, y desde el punto de vista psicosocial: las relaciones interpersonales⁴⁷.

Siguiendo a Castillo Martínez³⁶ se puede afirmar que el abordaje de los determinantes sociales de la salud es conceptualmente complejo y tiene implicaciones en las políticas públicas y prácticas de salud desde el punto de vista social, político y ético. Al tomarse esta orientación para realizar el análisis de los diferentes fenómenos en una sociedad, trae aparejada la identificación de las desigualdades sociales, la explicación de las inequidades en salud y las respuestas del Estado y de los sistemas de salud en el contexto de la globalización económica.

Se pueden identificar distintos enfoques cuando se habla de los determinantes^{48, 49, 36, 50}, pero no todos explican en profundidad la génesis de las causales y la producción de las inequidades en salud. Dentro de estas orientaciones se hallan los siguientes planteos:

- ❖ El que plantea el concepto de *determinantes de la salud* y lo hace sinónimo de determinantes sociales de la salud. Examina con prioridad los determinantes “proximales” y los define como circunstancias materiales de vida y trabajo, circunstancias psicosociales, conductas/estilos de vida y/o factores biológicos. Entre estos determinantes se incluyen el sistema de salud y el capital social. En este enfoque se corre el riesgo de omitir la influencia que tiene el componente social y además se asume como una variable más al igual que la cultura, la economía, la educación y otros. Asimismo, hace énfasis en reducir la exposición a los factores que afectan directamente la salud o definen intervenciones sobre los mecanismos de causalidad inmediata a estos. En la práctica, no tiene gran diferencia con el enfoque de factores de riesgo.

- ❖ El otro enfoque *jerarquiza los determinantes sociales en estructurales*, los cuales se consideran como aquellos que influyen en distintos niveles de la organización social. Se refieren al contexto socioeconómico y político, a la posición socioeconómica, al poder y la jerarquía social. A su vez, éstos son influidos por el contexto socio-político, cuyos elementos centrales son el tipo de gobierno, las políticas macro-económicas, sociales y públicas, así como la cultura y los valores sociales. En esta forma de concebir a los determinantes estructurales, se entiende que el nivel educativo depende e influye en el tipo de ocupación y ésta a su vez en el ingreso, educación, etc. Además, en estos se ubican las relaciones de género y de interculturalidad. Estos determinantes son los que producen las inequidades en salud. Su foco de intervención apunta a los niveles de distribución de los determinantes estructurales, o en los mecanismos que generan los determinantes intermedios; es decir, la jerarquía o posición social.

- ❖ Una tercera forma de concebir a los determinantes de salud sigue el concepto de *factores de riesgo* y concentra su atención en el análisis de la causalidad de los problemas de salud, por lo general en lo individual, y busca mitigar las consecuencias de los problemas de salud.

- ❖ El enfoque que propone el *paradigma crítico de la Medicina Social y la Salud Colectiva Latinoamericana*, es un abordaje en el que predomina la determinación social que influye directamente en la organización y dinámica social. De esta manera, los determinantes sociales de la salud son aquellos que principalmente producen inequidades sociales (de salud y enfermedad) debido al tipo de sociedad de corte capitalista. Desde esta perspectiva se reconoce la existencia de una articulación múltiple y compleja entre los macro procesos sociales y los bio-psíquicos de individuos y colectividades humanas, con variados correlatos con los patrones de salud y de enfermedad. Es decir, no se considera que sea única, lineal ni mecánica. En sus planteamientos conceptuales y metodológicos, uno de los puntos centrales es relacionado con los efectos de la producción y reproducción de la sociedad capitalista, según sus formas de propiedad, poder y división del trabajo. Estos serían las principales causas de las desigualdades sociales en la calidad de la vida de las distintas clases sociales. A ellas se suman aquellas originadas por la discriminación por género y etnia o diversidad cultural. Desde este enfoque se le da prioridad a la lucha por la defensa de la salud y por el ejercicio del derecho a la salud.

- ❖ El modelo de la *Comisión de los Determinantes Sociales de la Salud* de la OMS. Propone a los determinantes sociales como factores externamente conectados y plantea una visión de “causas de las causas”. Las implicaciones prácticas de esta concepción es repetir el *modus operandi* del causalismo: actuar sobre factores.

Reconoce determinantes estructurales e intermediarios, pero no puede establecerse el nexo histórico real entre las dos instancias. Entre los primeros, los determinantes “estructurales”, el énfasis está en la gobernanza y las políticas. Entre los determinantes “intermediarios”, no hay una distinción clara sobre si corresponden al terreno individual o al social. En general, desde este enfoque se apunta a hacer evidentes las inequidades en salud en el mundo, a hacer visibles las relaciones entre desigualdades sociales y desigualdades en salud. Limita el problema de las desigualdades sociales a un problema distributivo, en donde la distribución injusta de bienes, ingresos, servicios y poder, afecta la vida de las personas. El objetivo que busca es generar recomendaciones que contribuyan a la reducción de las desigualdades en salud. Para ello busca reunir evidencia sobre los factores sociales que generan desigualdades en salud. Sin embargo, con ello reproduce las limitaciones del paradigma dominante en la epidemiología y la salud pública, pues fragmenta la realidad en factores, suponiendo que aislados mantienen su capacidad explicativa y son susceptibles de ser modificados. Los determinantes sociales, al ser convertidos en factores pierden su dimensión de procesos socio-históricos, expresión de formas específicas de las relaciones entre los hombres y de ellos con la naturaleza. De esta manera, facilita su simplificación al ser entendidos y expresados como factores de riesgo, elecciones inadecuadas de estilos de vida, etc.

Existe una tendencia a desconocer a los jóvenes, como grupo poblacional, de las estadísticas en salud. Suele reunírseles con los niños o con los adultos jóvenes. Pese que las experiencias que se relacionen con la salud durante la adolescencia tienen consecuencias a corto y largo plazo. Algunos autores enfatizan que se ha desatendido el estudio de las desigualdades relacionadas con la situación socio-económica, la edad y el

género en este grupo poblacional⁴². En este trabajo se atenderán estos tres aspectos al momento de caracterizar las habilidades sociales de los adolescentes según los niveles socio-económicos y culturales de pertenencia y de explorar diferencias en las habilidades sociales de los adolescentes en función del género y de la etapa etárea dentro de la adolescencia.

1. 2. 4. El enfoque de Género y la salud

Diversos autores^{51, 42, 52} señalan que existen desigualdades en la salud según el género. Currie et al⁴², destacan que estas diferencias de género, tanto en conductas de salud como en indicadores, tienden a aumentar con la adolescencia.

Las relaciones de género se manifiestan de manera particular en cada sociedad y según el momento histórico que atraviere. La división sexual del trabajo ha sido una de las razones principales de la jerarquización entre los sexos. Las mujeres han sido históricamente las responsables del papel reproductivo dedicado al cuidado de la familia y del hogar, así como de la perpetuación de la especie. Son actividades que no devengan ganancias y se desarrollan en el seno del hogar. Las funciones productivas son las actividades que devengan ganancias, han sido hasta hace poco tiempo en el mundo realizadas mayoritariamente por los hombres, se hacen en el espacio público, le han permitido la acumulación de riquezas y por tanto, el poder. Las tareas comunitarias son las actividades que se realizan para solucionar los problemas de la comunidad, generalmente los hombres las dirigen y las mujeres desarrollan las actividades⁵¹.

El enfoque de género, como herramienta analítica, enriquece los marcos teóricos explicativos del proceso salud-enfermedad. Éste se manifiesta de forma diferente entre hombres y mujeres, ya que está influenciado por factores diferentes para cada uno⁵¹. Se pueden priorizar dos tipos de desigualdades de género en salud:

- ❖ *Biológica*, muy relacionada con la anatomía y fisiología que caracteriza a cada sexo, y por lo tanto, son difícilmente evitables.
- ❖ *Sociales y/o culturales* que pueden ser evitadas o eliminadas mediante dos formas fundamentales:
 - La igualdad de derechos, que garantiza que las leyes favorezcan de la misma manera a hombres y mujeres.
 - La posibilidad de que cada ser humano tenga oportunidades para resolver sus necesidades y alcanzar sus propósitos y que cuenten con las posibilidades de acceso y recursos en materia de salud.

Este es un punto de vista importante cuando se trabaja con los determinantes de la salud. Las condiciones de vida varían entre un grupo social y otro, de este modo cambia el acceso a agua limpia y potable, las condiciones sanitarias, los alimentos sanos, la buena nutrición, la vivienda adecuada, las condiciones de trabajo, el medio ambiente sano, el acceso a la educación, los recursos y la información sobre salud y la salud sexual y reproductiva, entre otros. Hombres y mujeres tienen diferentes oportunidades y derechos para acceder a los recursos relacionados con la salud para su propio beneficio y para participar en el mejoramiento de la salud de la colectividad. Esto tiene una consecuencia en las implicaciones diferenciadas en el proceso salud-enfermedad de cada sexo.

La Organización Panamericana de la Salud ha planteado que la igualdad de género en la salud significa que hombres y mujeres se encuentren en equivalencia de condiciones para ejercer plenamente sus derechos y su potencial de estar sanos, contribuir al desarrollo sanitario y beneficiarse de los resultados.

1. 3. REVISIÓN DE ANTECEDENTES

En este apartado se exponen los principales resultados seleccionados en los estudios llevados a cabo sobre el tema de este trabajo.

1.3.1. Estudios que indagan las Habilidades Sociales en la población de adolescentes

Entre los trabajos que, en los últimos años, indagan las Habilidades Sociales en la población de adolescentes, se destacan cuatro estudios llevados a cabo en el ámbito internacional.

López Rubio et al⁵³ analizaron la influencia de las habilidades lingüísticas y sociales sobre los problemas de conducta en una muestra de adolescentes escolarizados en Granada, España. Para ello utilizaron The Strengths and Difficulties Questionnaire SDQ (Goodman, 1997), Test breve de inteligencia de Kaufman (K-BIT) (Kaufman y Kaufman, 1997), Clinical Evaluation of Language Fundamentals (versión española) CELF-3 (Semel, Wiig y Secord, 1997), Escala de Habilidades Sociales EHS (Gismero González, 2002) y la Batería de socialización BAS 3 (Silva y Martorell, 1987). Entre los resultados logrados en torno a las habilidades sociales, se puede señalar que la alta impulsividad y el bajo control en las relaciones sociales de los jóvenes, se asocian con conductas antisociales.

El equipo de investigación compuesto por Downey , Condrón & Yucel⁵⁴ llevaron a cabo un estudio longitudinal con niños de quinto grado, donde ampliaron a información obtenida en otras investigaciones con niños del jardín de infantes. Los resultados obtenidos demostraron que quienes tienen hermanos son más sociables y desarrollan más habilidades sociales con el paso del tiempo, en comparación con quienes son hijos únicos.

En la población de jóvenes, Knack et al⁵⁵ examinaron si la afabilidad de los adolescentes y su mejor amigo/a son importantes para el funcionamiento interpersonal. Estudiaron 158 adolescentes que formaban parte de las mejores parejas de amigos. Los autores encontraron que, para los varones, la presencia de un amigo afable moderó la afabilidad y la victimización manifiesta y relacional. En el caso de las mujeres, moderó la relación con otros y contribuyó para el desarrollo de habilidades sociales. De esta manera se ofrecen datos sobre cómo los rasgos de los amigos pueden influir en los resultados, más allá de la personalidad de los adolescentes solos.

Mientras que Seitz et al⁵⁶ realizaron un seguimiento durante diez años de los planes de estudios de cincuenta estados de Estados Unidos, donde se incluyó educación sanitaria para la prevención del alcohol, tabaco y otras drogas. Entre los resultados encontraron que los mediadores que con más frecuencia aparecen son las creencias acerca de las consecuencias, la toma de decisiones, las habilidades sociales, las habilidades de asistencia y la fijación de metas. La inclusión de estos mediadores en el plan de estudios ha favorecido la prevención del consumo de sustancias entre los adolescentes.

En países de la región Latinoamericana se resalta el trabajo de Braz et al⁵⁷, quienes realizaron un estudio sobre las relaciones familiares intergeneracionales y las habilidades sociales, en una muestra de adolescentes y sus padres pertenecientes a escuelas públicas y privadas de Brasil. Se buscó analizar la posible correlación entre el repertorio de habilidades sociales de los padres y los niños, analizar la influencia de la variable calidad de la relación entre padres e hijos en el repertorio de habilidades sociales, e identificar las similitudes y diferencias entre cómo percibe cada parte de las díadas la relación entre ellos. Los instrumentos para la recolección de la información fueron el Inventario de Habilidades Sociales IHS (Del Prette, 2006), Inventario de Habilidades Sociales para Adolescentes IHSA (Del Prette, 2009) y un Auto-Informe elaborado para el estudio. Los resultados

mostraron evidencia de la transmisión intergeneracional de distintas habilidades sociales, especialmente entre las madres y sus hijos adolescentes. También se encontró que la relación entre padres e hijos influye en el repertorio de estas habilidades sociales. En ese repertorio se hallaron diferencias entre los alumnos provenientes de las escuelas públicas y privadas. Entre los primeros hay mayor influencia por parte de los padres en relación con los segundos. Además, se encontraron correlaciones positivas entre la calidad de la relación entre padres e hijos, según la auto-evaluación de cada uno, y las habilidades sociales.

En el mismo país, Santos Weis⁵⁸ llevó a cabo un estudio donde buscó describir las habilidades sociales de los jóvenes en Brasil, comparando tres tipos de escuelas (escuela pública nacional, escuela pública provincial y escuela privada). Utilizó el Inventario de Habilidades Sociales para Adolescentes IHSA (Del Prette 2009) y el Criterio Brasil versión 2008, que relaciona habilidades sociales y clase económica. La autora encontró que las habilidades sociales son bajas en los tres tipos de instituciones, siendo la posición socioeconómica de la familia del joven una variable que no influye sobre el repertorio de habilidades.

En Argentina, Coronel et al³¹ y Cohen Imach et al⁵, analizaron y compararon las habilidades sociales en adolescentes tempranos (11 y 12 años) provenientes de contextos de nivel socioeconómico alto y bajo de Tucumán. Utilizaron como instrumentos de recolección una Encuesta socio-demográfica y la Batería de Socialización BAS-3 (Silva Moreno y Martorell Pallás, 2001). Los autores hallaron diferencias significativas entre los grupos estudiados en cuanto a la prevalencia de las habilidades facilitadoras de la socialización. Los adolescentes del nivel socio-económico bajo tuvieron un mayor desempeño en las escalas “consideración con los demás” y en la de “liderazgo” de la BAS-3, ambas facilitadoras de la socialización. Asimismo, obtuvieron mayor puntaje en la

escala de “ansiedad/timidez”, la que es inhibidora de la socialización. En los jóvenes pertenecientes a un nivel socio-económico alto, lograron mejor desempeño en las escalas facilitadoras de “consideración con los demás” y “autocontrol”. Con respecto a las escalas inhibidoras de la socialización, lograron mayor puntaje en la escala de “retraimiento”.

En relación con el género, se observó que la escala “ansiedad/timidez” presentó diferencias estadísticamente significativas a favor del grupo de mujeres; es decir, que registraban mayor índice de ansiedad frente a situaciones sociales, unidas a reacciones de timidez. En cambio los varones puntuaron más alto en la escala “retraimiento”.

Al analizarse las variables vinculadas al grupo familiar, los autores no encontraron diferencias significativas en las escalas del BAS-3 en los adolescentes que provenían de distintos tipos de grupos familiares. Tampoco se hallaron diferencias cuando se consideró la posición del adolescente entre sus hermanos y las escalas de socialización. Por el contrario, al considerarse el número de hermanos, se encontró una relación negativa entre la escala “liderazgo” y la cantidad de hermanos del adolescente; es decir, que a mayor puntaje en la escala mencionada, decrecía el número de hermanos o se trataba de hijos únicos.

En otro trabajo, el equipo compuesto por Cohen Imach et al⁵ exploraron las habilidades sociales y la presencia de comportamientos antisociales, aislamiento social y sentimientos de soledad en adolescentes de nivel socio-económico bajo de Tucumán. Los instrumentos administrados fueron una Encuesta socio-demográfica, la Batería de Socialización BAS-3 (Silva Moreno y Martorell Pallás, 2001), el Cuestionario de Conducta Antisocial CC-A (Martorell y González, 1992) y el Cuestionario de Aislamiento y Soledad CAS (Casullo, 1996).

Los autores observaron que los adolescentes estudiados obtuvieron puntuaciones promedio más altas en las escalas facilitadoras respecto a las escalas inhibidoras de la

socialización, según la BAS-3. Es decir, encontraron la prevalencia de comportamientos de consideración por los demás, autocontrol y liderazgo por sobre los comportamientos de aislamiento social y retraimiento. Además, hallaron diferencias significativas en cuanto al género, donde las mujeres mostraron puntuaciones más altas en liderazgo, al ser comparadas con los varones. Por otra parte, encontraron asociaciones estadísticas significativas de tinte negativo entre las dimensiones Consideración con los demás, Autocontrol y Liderazgo (BAS- 3) con Agresividad (CC-A). Es decir que los adolescentes que evidencian comportamientos prosociales, no tienen o tienen pocos comportamientos agresivos; mientras que los jóvenes que manifiestan más comportamientos agresivos, evidencian menos comportamientos de autocontrol de las relaciones, popularidad y ascendencia entre los pares y los adultos.

Por su parte, Contini et al⁵⁹ realizaron un estudio con adolescentes de nivel socio-económico bajo y medio de la provincia de Santiago del Estero, que asistían a dos escuelas públicas. Para la recolección de los datos se administraron la Bateria de Socialización BAS-3 (Silva Moreno y Martorell Pallás, 2001), el Cuestionario de Soledad y Aislamiento (Casullo, 1998) y una Encuesta socio-demográfica. Entre los resultados obtenidos, los autores observaron que el 23% de los adolescentes mostraba comportamientos de soledad, mientras que el 19% refería aislamiento de los otros. En relación con la BAS-3, no hubo diferencias estadísticas según el sexo, pero sí cuando se consideraba el contexto. Los adolescentes provenientes de niveles socio-económicos medios refirieron más comportamientos en la escala de “consideración con los demás”. Asimismo se encontró que los adolescentes que presentaban déficits en las escalas de “autocontrol” y “liderazgo”, describían más comportamientos de soledad que sus pares sin estos déficits.

En el mismo contexto local de este trabajo, se destacan dos antecedentes prioritarios que llevados a cabo por el mismo equipo de investigación, fueron publicados

durante los años 2011 y 2012. En el primero, Cardozo et al⁸ indagaron cómo se presentaban las habilidades psicosociales en catorce Institutos Provinciales de Enseñanza Media (IPEM), de la Ciudad de Córdoba, de ámbito socio-económico y cultural medio-bajo. Las autoras seleccionaron adolescentes del primer y cuarto año. Las habilidades sociales fueron evaluadas mediante: Batería de Socialización BAS-3 (Silva Moreno y Martorell Pallás, 1989), Cuestionario de evaluación de la Empatía (CE), basado en el Cuestionario de Empatía disposicional de Merhabian y Epstein (1972), Inventario de Altruismo (Ma y Leung, 1991) y la Escala de Asertividad (Godoy et. al., 1993). Además, se realizaron talleres en las que se privilegiaron técnicas interactivas, que buscaron promover la comunicación, participación y protagonismo de los adolescentes.

Entre los resultados obtenidos destacan que en la población se encontró una tendencia general que refleja puntuaciones medias en las variables de consideración por los demás, altruismo, empatía, liderazgo, asertividad, agresión y sumisión. A pesar de ello, un grupo de escuelas mostró puntajes por fuera del término medio, en las que sobresalió la respuesta sumisa sobre la agresiva; también en los talleres se constató la emergencia de estrategias pasivas ante situaciones de presión. Se destacó la capacidad de autocontrol como la habilidad en que un número más elevado de escuelas manifestaron puntajes bajos; al igual que para la variable retraimiento.

En el segundo trabajo, Cardozo et al⁶⁰ llevaron a cabo una investigación en tres escuelas públicas de la Ciudad de Córdoba de nivel medio, donde buscaban evaluar si las habilidades sociales y la edad de los participantes eran factores discriminantes entre tres grupos de adolescentes: no consumidores de tabaco o alcohol, consumidores de tabaco o alcohol y consumidores de tabaco y alcohol. Los instrumentos utilizados fueron Batería de Socialización BAS-3 (Silva Moreno y Martorell Pallás, 1989), Cuestionario de evaluación de la Empatía (CE), basado en el Cuestionario de Empatía disposicional de Merhabian y Epstein (1972), Inventario de Altruismo (Ma y Leung, 1991), la Escala de Asertividad

(Godoy et. al., 1993) y Cuestionario sobre el consumo de sustancias (adaptación de Maciá, Méndez y Olivares, 1993).

Entre los resultados obtenidos se pueden mencionar que las dos variables que permitieron una discriminación significativa entre los grupos de consumidores eran la edad y la agresividad. Las habilidades sociales tales como la empatía, asertividad, sumisión y altruismo poseen un valor pronóstico menor sobre el consumo o no de tabaco y/o alcohol.

En la provincia de Córdoba también se llevó a cabo un estudio comparativo sobre las habilidades sociales en estudiantes de Psicología de la Universidad Nacional de Córdoba por Herrera Lestusi et al⁶¹ la muestra estuvo formada por 200 alumnos de la carrera de psicología, 100 de primer año y 100 de quinto año seleccionados de forma accidental. Se empleó el Inventario de Habilidades Sociales (IHS-Del Prette) adaptado a la población de referencia como técnica de recolección de datos. Se observaron diferencias estadísticamente significativas en el factor Habilidades Sociales Académicas (factor 5) del IHS, siendo la diferencia a favor de primer año. Se estudió además la prevalencia de déficits en estas habilidades, observándose un gran porcentaje de estudiantes con un repertorio deficitario, tanto en las dimensiones específicas que evalúa el instrumento como en la escala completa. Sumado a esto, el porcentaje de déficits de los alumnos de quinto año fue superior. Esto indicaría que los estudiantes próximos a egresar no cuentan con el entrenamiento necesario en habilidades sociales básicas para su desempeño. Se discuten los resultados.

La sistematización realizada sobre los estudios abocados al análisis de las habilidades sociales, en la población de adolescentes, si bien recuperan el valor y la importancia que adquieren los componentes socio-económicos y culturales como

condicionantes de dichas habilidades sociales en la población de las y los adolescentes, no explicita la inclusión del enfoque de los determinantes sociales para el cuidado de la salud.

1.3.1. Estudios relacionados con los Determinantes Sociales de la Salud en adolescentes

Tal como fuera afirmado con anterioridad, si bien el enfoque de los determinantes es un marco de referencia para la investigación, es un campo de estudio en construcción³⁵. En la exploración bibliográfica se han encontrado más artículos de revisión conceptual y/o reportes socio-sanitarios que analizan la situación de salud de los y las adolescentes en distintos contextos regionales, que publicaciones elaboradas como producto de investigaciones científicas^{62, 35, 63}.

En el ámbito internacional, Currie et al⁴² realizaron un reporte internacional sobre los determinantes sociales de la salud y el bienestar en los niños y jóvenes europeos. Los autores describen cómo la salud varía según los países, lo que les permite una mejor comprensión de las desigualdades debidas a la edad, sexo y nivel socioeconómico. Destacan la importancia de las relaciones que conforman el inmediato contexto social de la vida de los jóvenes y muestran como la familia, los compañeros y la escuela pueden proporcionar entornos propicios para el desarrollo de la salud.

El equipo conformado por Ward, Mamerow & Meyer⁶⁴ investigaron los determinantes sociales de la salud utilizando la teoría de la calidad social, con una encuesta en Australia. De esta manera buscaron comparar y contrastar los predictores e identificar las poblaciones vulnerables, mediante cuatro factores: seguridad socio-económica, inclusión social, cohesión social y empoderamiento social. Los autores encontraron que la calidad social de la vida en Australia es relativamente alta en los cuatro dominios. La

seguridad socioeconómica es elevada (excepto para el 30% de las personas que tenían los costosos gastos médicos), la cohesión social es bastante alta (relativamente altos niveles de confianza en la familia, los niveles más bajos de confianza en los vecinos, y preocupantemente bajos niveles de confianza en las personas de otra religión o nacionalidad), la inclusión social es alta (niveles bajos de discriminación percibida) y el empoderamiento social es bastante alto (tres cuartas partes de los encuestados se mostraron optimistas sobre el futuro, pero un quinto se vieron obligados a hacer algo que no quieren hacer, y un cuarto sentía que no son valorados por lo que hacen). Sin embargo, a pesar de la imagen relativamente positiva de la calidad social en Australia, había diferencias en la calidad social entre grupos de población. Las personas con el ingreso más bajo y/o en el grupo social más desfavorecido experimentaron mayores niveles de discriminación (inclusión social más baja) y tenía una opinión más negativa sobre su lugar en la sociedad y su futuro (menor empoderamiento social). Por lo tanto, sobre la base de la inclusión social y el empoderamiento social, las personas con ingresos más bajos tienen menor calidad social en comparación con las personas con ingresos más altos.

Desde la Organización Mundial de la Salud⁶⁵ llevaron a cabo un reporte sobre los determinantes sociales de la salud y de las desigualdades en salud, entre y dentro de los países de los cincuenta y tres Estados Miembros de la Organización Mundial de Salud – Región Europa. Esta revisión proporciona orientación sobre las acciones posibles dentro de las especificidades de cada país. Entre las respuestas que se brindan para hacer frente a las desigualdades en salud, está el garantizar la cobertura universal de salud. Otra es la de centrarse en el comportamiento (especialmente el fumar, la dieta y el consumo de alcohol), que causan la mayor parte de las desigualdades en salud. El examen realizado hace énfasis en “la causas de las causas”, es decir, las condiciones en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, así como también en las desigualdades en el poder, el dinero y los recursos que les dan lugar.

1. 4. OBJETIVOS

1. 4. 1. Objetivo General

Describir y analizar las Habilidades Sociales y su vínculo con el cuidado de la salud desde el enfoque de los Determinantes Sociales de la Salud en las y los adolescentes que asisten a escuelas públicas en la Ciudad de Córdoba (2012-2013).

1. 4. 2. Objetivos Específicos

Caracterizar las habilidades sociales de los adolescentes según los niveles socio-económicos y culturales de pertenencia.

Explorar diferencias de género en las habilidades sociales asumidas por el grupo de adolescentes seleccionados.

Determinar los factores que facilitan e inhiben los procesos de socialización para el cuidado de la salud desde la perspectiva de las y los adolescentes.

Vincular las habilidades sociales de los adolescentes escolarizados con el cuidado de la salud desde el enfoque de los determinantes sociales de la salud.

2. MATERIALES Y MÉTODOS

2. 1. Enfoque, Tipo de Estudio y Diseño

Se llevó a cabo un **diseño descriptivo**, no experimental y transversal⁶⁶. Para ello se implementó un abordaje **mixto**, donde se combinaron los enfoques cuanti y cualitativo, en un desarrollo de **dos etapas**, de manera secuencial y cuyos resultados se complementaron.

2. 2. Participantes

La **población** del presente estudio fue conformada por adolescentes entre 11 y 18 años, mujeres y varones, que asisten a escuelas públicas en la Ciudad de Córdoba, Argentina.

La **muestra** fue de tipo **no probabilístico** y se delimitó a partir de la selección de dos escuelas públicas de la zona norte de la Ciudad, dada la facilidad de acceso a las instituciones. Es decir, que se seleccionaron ambientes y casos que permitan entender con mayor profundidad el fenómeno particular de las habilidades sociales. Como criterio de inclusión se tuvo en cuenta a los adolescentes varones y mujeres, entre 11 y 18 años de edad y que aceptaron voluntariamente la participación en la investigación.

La muestra inicial estuvo compuesta por 635 adolescentes de ambos sexos, de los cuales 355 fueron de sexo femenino (55,9%) y 280 de sexo masculino (44,1%), que cursaban primero (18%), segundo (21,7 %), tercero (18,1%), cuarto (14,5%), quinto (13,2%) y sexto (14,5%) año, con *edades* comprendidas entre 11 y 21 años ($M = 14,80$, $DS = 1.93$).

Se eliminaron los casos que sobrepasaban las edades establecidas (14 en total), de tal manera que la *muestra final* quedó conformada por 565 casos. Se asume que al no haber casos perdidos, presentar una distribución normal de las variables y confiabilidad de las

medidas utilizadas ($\alpha \geq .63$), se puede afirmar que el tamaño de la muestra es aceptable para los análisis propuestos.

2.2.1. Contexto de realización del trabajo

El trabajo fue desarrollado en dos escuelas públicas ubicadas en la zona Norte de la Ciudad de Córdoba, durante los meses de Noviembre y Diciembre del año 2012 y Abril y Mayo del año 2013. A continuación se describen las particularidades de cada uno de los colegios.

2.2.1.1. Instituto Provincial de Enseñanza Media - IPEM 208 Marina Waisman

Es una escuela creada en el año 1992 como “Escuela de Comercio Villa Cabrera”. Desde el 12 de Mayo de 1998 se traslada al actual edificio ubicado en Av. Sagrada Familia 1545 del Barrio Cerro de Las Rosas. Actualmente se denomina IPEM 208 Marina Waisman.

Esta institución se forma a partir de una Asociación de Padres de la Escuela Primaria Presidente Kennedy (APES, Asociación de Padres Pro-Escuela Secundaria), a los cuales les costaba conseguir banco para sus hijos cuando éstos finalizaban el segundo ciclo del EGB. Esta asociación comenzó a funcionar en 1987 y luego de realizar las gestiones necesarias ante los distintos organismos gubernamentales y educativos, se crea la Escuela en 1992. Al principio no tenía edificio propio. Funcionó como anexo de la Escuela Ingeniero Víctor Ree, en un inmueble alquilado. En 1996 comenzó a funcionar en dos edificios por el exceso de matrícula, siendo el segundo un anexo a la Escuela Primaria Benjamín Matienzo. En ese mismo año egresa la primera promoción con el título de Bachiller Perito Mercantil.

A partir de la Reforma Educativa, se comienza a llamar IPEM 208 e IPEM 208 Anexo. Por razones económicas y de gestión institucional, surge la necesidad de unir

ambos centros. A partir de allí se comienza la construcción del edificio actual en la Av. Sagrada Familia, que se inaugura el 12 de Mayo de 1998.

Actualmente tiene una modalidad en Humanidades y Orientación en Artes y Ciencias Sociales.

2.2.1.2. Instituto Provincial de Enseñanza Media - IPEM 206 Fernando Fader

Es una escuela creada en el año 199 como Anexo de la “Escuela Superior de Comercio Cornelio Saavedra”, con sede en la escuela primaria “Juan Zorrilla de San Martín”, en el Barrio Cerro de las Rosas. Desde fines de 1991 se traslada a un inmueble alquilado sobre calle Fernando Fader al 4062 en el mismo barrio. El actual edificio está ubicado en calle Gregorio de Laferrere N° 2435, lugar donde se adaptó una casa hasta su demolición en 2001 y su construcción final en Noviembre de 2004.

Esta institución se forma a partir de un grupo de padres de alumnos que egresaban de la escuela primaria “Juan Zorrilla de San Martín” ya que no disponían de una escuela secundaria para sus hijos cuando éstos finalizaban el séptimo grado.

Si bien nació como escuela comercial, a partir de la Reforma Educativa de 1995 deja de tener ese perfil. Actualmente tiene dos orientaciones: Ciencias Naturales (turno mañana) y Ciencias Sociales (turno tarde).

2. 3. Instrumentos de recolección de información

Las técnicas que se utilizaron para alcanzar cada uno de los objetivos específicos planteados se describen a continuación:

Batería de Socialización BAS-3⁶⁷. Es un cuestionario autoadministrable para adolescentes de 11 a 19 años. Está compuesto por setenta y cinco (75) frases con dos

categorías de respuesta (si-no) que se agrupan en cinco escalas: Consideración con los demás (Co), Autocontrol en las relaciones sociales (Ac), Retraimiento social (Re), Ansiedad Social/Timidez (At) y Liderazgo (Li). Contiene una escala de Sinceridad (S) con fines vinculados a la confiabilidad de la batería. Este instrumento también permitió determinar los factores que facilitan (Co, Ac y Li) o inhiben (Rey At) los procesos de socialización de los adolescentes.

En su versión original⁶⁷, este instrumento tiene dos estudios psicométricos de fiabilidad: consistencia interna y test-retest. Los valores de consistencia interna oscilaron entre 0,73 y 0,82, siendo menor en la escala de Sinceridad (0,60). La estabilidad temporal mostró resultados variables: índices satisfactorios para Autocontrol, Ansiedad, Liderazgo y Sinceridad, pero menor en Consideración con los demás (0,42) y Retraimiento (0,43). En nuestro medio, Coronel et al³¹ y Lacunza et al⁶⁸ realizaron la adaptación de la Batería de Socialización mediante estudios de validez (análisis factorial exploratorio) y de confiabilidad (consistencia interna). Otros autores^{5, 27, 60} han demostrado las propiedades predictivas de las escalas. En este estudio, los índices de confiabilidad (KR-20) variaron entre 0,56 para Sinceridad a 0,75 para Autocontrol (ver tabla 1).

Inventario Red de relaciones interpersonales (Network of Relationships Inventory)⁶⁹. Evalúa las percepciones que tienen los niños y los jóvenes de sus vínculos con los “otros significativos”, en función de siete suministros de apoyo derivados de la teoría de Weiss: Intimidad (hablar de cosas personales que uno no comparte con otros); Admiración (cuánta admiración, aprobación, respeto, recibe de esa persona); Afecto (amor e interés sincero que el otro siente hacia el sujeto); Alianza Confiable (la seguridad de que la relación persistirá en el tiempo, aunque se presenten dificultades) y Conflicto y Antagonismo que exploraban los intercambios negativos (monto de discusiones, peleas y molestias mutuas entre el sujeto y la otra persona). Los participantes deben evaluar con una

escala tipo Likert con cinco opciones de respuesta (1= No me describe bien; 5= Me describe muy bien) en qué medida se daba cada cualidad relacional en el vínculo con madre, padre, hermano preferido, mejor amigo/a y pareja amorosa.

En su versión original las propiedades psicométricas de esta escala han sido suficientemente demostradas y la fiabilidad de sus factores es bastante elevada (superior en todos los casos a 0,89). En nuestro medio, Facio et al^{70, 71} encontraron que las consistencias internas de las escalas resultaron más altas que las halladas en las muestras estadounidenses. Para los distintos vínculos, las alfas de Cronbach alcanzaron entre 0,85 y 0,93 en el caso de los intercambios negativos y entre 0,92 y 0,93 para el apoyo basado en los suministros de intimidad, admiración, amor y alianza confiable. En este estudio, los índices de confiabilidad (alfa de Cronbach) variaron entre 0,67 para Aprobación (Amigos) a 0,91 para Alianza Confiable (Madre). En la tabla 2 se observan los datos descriptivos de esta escala.

Se elaboró una **encuesta** post hoc para la **caracterización del adolescente y su grupo familiar**, a partir de las preguntas tomadas en los modelos utilizado por Contini de González⁷², del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas⁷³ y de la Encuesta Mundial de Salud Escolar⁷⁴.

La información indagada mediante este cuestionario buscó obtener datos sobre las variables sociales y económicas de las familias de los adolescentes de la muestra. Se averiguó sobre las características del grupo familiar (tipo de grupo familiar en el que vive el joven, posición del adolescente en la fratría, número de personas incluidas en el grupo familiar y número de hermanos), las características de la vivienda familiar (tipo de residencia, hacinamiento, posesión de determinados bienes). Asimismo, se investigó sobre los hábitos relacionados con la salud de los adolescentes (ingesta de comidas y bebidas,

consumo de sustancias, participación en peleas, tiempo libre, prácticas relacionadas con la sexualidad).

Los resultados obtenidos sobre las habilidades sociales y las características socio-poblacionales de pertenencia fueron descriptos y analizados según características distintivas de género.

Grupos focales⁷⁵. Se implementaron para obtener la perspectiva de los adolescentes sobre los factores que facilitan e inhiben los procesos de socialización y su vínculo con los cuidados de la salud.

Se realizaron siete en total, conformados según los grupos etarios que comprenden los jóvenes entre 11 a 13 años; de 14 a 16 años y de 17 y 18 años. En uno de los colegios (IPEM 206 Fernando Fader) se tuvo que sub-dividir en dos grupos el conformado por el rango etario de 14 a 16 años, dado que los alumnos de 14 a 15 años asistían por la tarde y los de 15 a 16 años por la mañana.

Los criterios de inclusión para los grupos fueron: haber completado el cuestionario auto-administrado de la Batería de Socialización BAS-3, heterogeneidad en las edades dentro del grupo etáreo comprendido entre 11 y 18 años, equivalencia de participantes según género y aceptación a participar de los grupos focales.

Para la consecución de los mismos se seleccionaron algunos ejes temáticos de discusión relacionados con las relaciones interpersonales, conocimientos con los demás, cooperación con los otros y percepción sobre los cuidados de salud. Los *ejes disparadores* fueron seis, a saber:

1. Cuando tienen ganas de conversar sobre algo que les está pasando, algo que los inquieta, o alguna cuestión que les preocupa: ¿a quién eligen para contárselo y para

hablar sobre eso? ¿Quiénes dirían ustedes que son sus mejores "destinatarios" de lo que les pasa?

2. ¿En general luego de contarlo cómo se sienten?
3. Si alguien les pide que lo ayuden con algo, ¿ustedes qué hacen?
4. Si tuvieran que decir qué cosas hacen los chicos y las chicas de su edad que afectan en la salud, ¿cuáles dirían? De esas cosas que mencionaron, ¿cuál dirían que es la más importante? ¿Qué saben de este/estos problemas de salud
5. Me interesaría que me cuenten ¿qué cosas hacen para cuidar su salud? De los problemas de salud que ustedes dijeron que afectaban la salud de los chicos y las chicas de su edad, ¿cómo se cuidan o qué hacen para que no los afecte? Y sobre estos problemas de salud, ¿con quiénes conversan o con quiénes se sacan las dudas sobre el mismo?
6. ¿Cómo se sintieron charlando en el grupo?

2. 4. Procedimientos de Recolección y Análisis de Datos

2. 4. 1. *Recolección de Datos*

Para la recolección de datos se pidió la autorización a los directivos de las escuelas públicas seleccionadas. En ambas escuelas los directivos asumieron el consentimiento informado para llevar a cabo la investigación (Anexo N° 1). Para asegurar la participación voluntaria, se explicitó a los jóvenes el tema y los objetivos del estudio y se los invitó a colaborar en el llenado de los instrumentos. Si bien existía la opción de que no respondieran, ninguno de los estudiantes negó la cooperación.

En un primer momento, se entregaron a cada estudiante tres instrumentos (Anexos N° 2, 3 y 4) en el salón de clases. La administración fue de manera grupal, con la presencia

de la investigadora en el aula y de la docente a cargo en ese momento. Esto permitió acompañar a los estudiantes si tenían alguna pregunta sobre una palabra que no entendían o sobre la comprensión de una consigna. Asimismo, la presencia de la autora favoreció al control de los instrumentos entregados, para evaluar en el momento si estaban completos o no. Con esto se disminuyó significativamente el número de “casos perdidos” entre los instrumentos. En una de las escuelas, la autora trabajó en conjunto con otras profesionales psicólogas que fueron entrenadas para la implementación de los instrumentos y la manera de ayudar a los adolescentes en la consecución de éstos.

En un segundo momento, se invitó a algunos alumnos que respondieron los instrumentos previos, para participar de grupos focales. Los estudiantes que conformaron cada grupo eran doce en total, seis varones y seis mujeres. En ambas instituciones se pudo contar con un espacio adecuado para la discusión de los ejes temáticos sin interrupciones (la biblioteca en uno y la vice-dirección en otro). Se grabó el audio de cada uno de los grupos y luego se los transcribió para su posterior análisis.

2. 4. 2. Análisis de Datos

Se previeron dos etapas en el análisis de los datos recolectados. En un primer momento, se trabajó desde un abordaje cuantitativo la información provista a través de la Encuesta de caracterización, la Batería de Socialización y el Inventario Red de relaciones interpersonales. En un segundo momento, se llevó a cabo un análisis del contenido de la información obtenida a través de los grupos focales.

Para el análisis cuantitativo de datos se utilizó el SPSS para Windows versión 19.0. En un primer paso, se realizaron tres procedimientos metodológicos con el fin de preparar los datos para los análisis propuestos: (1) se evaluó el patrón de valores perdidos para estimar si el mismo respondía a una distribución aleatoria; (2) se identificaron casos

atípicos univariados, mediante el cálculo de puntuaciones estándar para cada una de las variables; y (3) para comprobar los supuestos de normalidad de la muestra, se realizaron análisis de asimetría y curtosis en cada variable.

En el primer procedimiento se eliminaron 14 casos ya que superaban la edad establecida en este trabajo (11 a 18 años). A continuación, se evaluó el patrón de valores perdidos para estimar si el mismo respondía a una distribución aleatoria. Mediante la rutina de *análisis de los valores perdidos* del SPSS 19 se observó que los datos ausentes variaron entre 0,2% en la variable *número de dormitorios* a 9,7% en la *edad de los padres*. Para esta última variable, este porcentaje se debe a que no conocen la edad de su padre (51 casos) o porque falleció (9 casos).

También se observó un 7,2% de casos perdidos en la variable *nivel socio-económico*. Este porcentaje se debe a no conocer el trabajo o el nivel de instrucción del principal sostén de la familia. En el resto de las variables no superaban el 5 % de casos perdidos, por lo tanto, se decidió imputar por la media en aquellas variables que son intervalares⁷⁶.

Las variables correspondientes al *Inventario Red de relaciones interpersonales* tuvieron un tratamiento especial, ya que el porcentaje de casos perdidos era esperable. Esto se debe a que los participantes pueden no completar algunos ítems si no tiene una de esas relaciones, por ejemplo: hermano si es hijo único, o pareja. Los casos perdidos variaron de 1.9% para las escalas que responden al *vínculo con la madre* a un 52,2% a las escalas que responden a su *vínculo con la pareja*.

Luego se identificaron casos atípicos univariados mediante el cálculo de puntuaciones estándar para cada una de las variables. Se consideraron atípicos aquéllos casos con puntuaciones z superiores a 3.29 (prueba de dos colas, $p < .001$) y se detectaron

54 casos atípicos. Previo a su descarte, se exploró si estos casos atípicos interfieren en la normalidad de las variables.

Para comprobar los supuestos de normalidad de la muestra se realizaron análisis de asimetría y curtosis en cada variable y una inspección gráfica de la distribución de los puntajes (histogramas con curva normal).

En segundo lugar, con el fin de describir el contexto socio-económico de los adolescentes, se realizó un análisis descriptivo. Para ello se utilizó la medida de tendencia central media aritmética, la desviación estándar, frecuencia y porcentaje de cada una de las variables de la *encuesta de caracterización del adolescente y el grupo familiar*.

En un tercer momento, para observar si los niveles socio-económicos y culturales de pertenencia influían en las habilidades sociales, se efectuó una prueba *t* diferencia de media para grupos independientes y un análisis de varianza. Subsecuentemente, para este último análisis se aplicó el método de Tukey que permite observar qué media difieren de otra.

Por último, mediante el coeficiente Momento-Producto de Pearson, se correlacionaron la edad, las percepciones que tienen los jóvenes de sus vínculos con los otros significativos y las habilidades sociales.

Para el análisis cualitativo se siguieron los planteos de Petracci⁷⁵, por lo que se analizó el material de los grupos focales en dos etapas.

En un primer momento se estudió cada grupo en sí mismo. Se elaboraron los tópicos emergentes, para lo cual se tomaron en cuenta las semejanzas y las diferencias entre los participantes. Se observó si se repetía un tema (insistencia en el grupo); si existían consensos y disensos y sobre qué temas; los cambios de opinión del grupo en general o de

algún miembro en particular; la presencia o ausencia de voces dominantes. Estos indicadores facilitaron conocer el clima en el cual se desarrolló la discusión.

En un segundo paso se hizo una comparación de los tópicos y sus modalidades emergentes arriba descritos en el conjunto de los grupos.

3. RESULTADOS

A continuación se presenta la información elaborada a partir de los diferentes instrumentos y teniendo en cuenta los distintos abordajes.

3. 1. Abordaje cuantitativo

3. 1. 1. Caracterización de las y los adolescente y su grupo familiar

Los estudios realizados para comprobar los supuestos de normalidad de la muestra fueron los análisis de asimetría y curtosis en cada variable y una inspección gráfica de la distribución de los puntajes (histogramas con curva normal). Los índices de asimetría y curtosis de todas las variables (tablas 1 y 2) están comprendidos entre -1.78 a 1.46 y -1.05 a 3.80, respectivamente. Cinco variables presentaron valor extremos (>2) en los índices de curtosis (*Consideración* (2,76), *Retraimiento* (2,12), *Afecto Madre* (2,40), *Alianza confiable Madre* (2,67) y *Poder relativo Amigo* (3,80). Cuando se eliminaron los casos extremos en esas variables, los valores de curtosis mejoraron significativamente (< 2), con excepción de la variable *Poder relativo Amigo* (3,06).

Tabla 1. Habilidades sociales. Índices de confiabilidad (α), asimetría (Sk), curtosis (Ku), media (M) y desviación estándar (DS), diferenciados según el sexo.

Variables	KR-20	Sk	Ku	Sexo				t	P
				Femenino (n = 344)		Masculino (n = 277)			
				M	DS	M	DS		
Consideración	0,72	-1,61	2,76	12,57	1,60	11,75	2,23	-5,12	0,00
Autocontrol	0,75	-0,38	-0,68	8,69	3,24	8,67	3,16	-0,08	0,94
Retraimiento	0,73	1,46	2,12	2,05	2,12	2,30	2,33	1,34	0,18
Ansiedad	0,73	0,44	-0,50	4,61	2,81	3,33	2,45	-5,65	0,00
Liderazgo	0,63	-0,24	-0,22	7,68	2,28	7,40	2,34	-1,45	0,15
Sinceridad	0,56	-0,34	-0,24	5,73	2,06	5,81	1,99	0,44	0,66

Tabla 2. Redes sociales de apoyo. Índices de confiabilidad (α), número de sujetos (n), asimetría (Sk), curtosis (Ku), media (M) y desviación estándar (DS), diferenciados según el sexo.

	alfa	N	Sk	Ku	Sexo				t	p
					Femenino (n = 344)		Masculino (n = 277)			
					M	D	M	D		
Conflicto Antagonismo										
Madre	0,86	607	0,83	0,40	13,38	5,34	13,20	5,25	-0,40	0,69
Padre	0,87	551	1,26	1,36	11,97	5,24	12,32	5,66	0,71	0,48
Hermano	0,89	585	0,63	-0,29	15,28	5,87	15,59	5,92	0,62	0,54
Amigo/a	0,76	583	1,15	1,69	10,93	3,67	11,34	4,14	1,20	0,23
Pareja	0,88	297	0,91	0,47	13,14	5,86	13,08	5,42	-0,09	0,93
Intimidación										
Madre	0,79	609	0,55	-0,78	8,60	3,74	7,44	3,34	-3,81	0,00
Padre	0,76	551	1,03	0,60	6,20	3,06	6,01	2,92	-0,69	0,49
Hermano	0,8	585	0,57	-0,57	8,03	3,31	7,27	3,35	-2,62	0,01
Amigo/a	0,77	606	-0,32	-1,05	11,51	3,21	9,73	3,31	-6,37	0,00
Pareja	0,77	297	-0,34	-0,85	10,40	3,53	9,71	3,62	-1,56	0,12
Aprobación										
Madre	0,79	609	-0,50	-0,33	11,32	2,78	10,69	2,85	-2,62	0,01
Padre	0,8	551	-0,40	-0,72	10,73	3,14	9,76	3,21	-3,43	0,00
Hermano	0,7	585	-0,05	-0,63	10,07	2,74	9,22	2,96	-3,47	0,00
Amigo/a	0,67	606	-0,02	-0,73	10,88	2,51	9,84	2,63	-4,72	0,00
Pareja	0,73	297	-0,33	-0,38	10,92	2,70	10,68	2,80	-0,70	0,48
Afecto										
Madre	0,87	609	-1,63	2,40	13,54	2,21	13,05	2,42	-2,47	0,01
Padre	0,9	551	-1,21	0,57	13,07	2,67	11,97	3,45	-4,02	0,00
Hermano	0,87	585	-0,88	-0,13	12,58	2,83	11,72	2,95	-3,44	0,00
Amigo/a	0,87	606	-0,51	-0,65	11,86	2,94	10,63	3,29	-4,64	0,00
Pareja	0,84	297	-0,65	-0,85	12,38	2,86	12,11	2,66	-0,80	0,42
Alianza Confiable										
Madre	0,91	609	-1,78	2,67	13,47	2,32	13,32	2,26	-0,76	0,45
Padre	0,89	551	-1,24	0,61	13,15	2,79	12,15	3,36	-3,65	0,00
Hermano	0,86	585	-1,48	1,67	13,31	2,37	12,76	2,53	-2,62	0,01
Amigo/a	0,8	606	-0,59	-0,54	12,07	2,69	11,45	2,82	-2,65	0,01
Pareja	0,81	297	-0,55	-0,65	11,15	3,37	10,90	3,11	-0,64	0,53
Compañerismo										
Madre	0,76	609	0,06	-0,79	9,79	3,07	9,15	2,87	-2,52	0,01
Padre	0,81	551	0,22	-0,76	8,79	3,35	8,06	3,20	-2,49	0,01
Hermano	0,71	585	-0,09	-0,73	10,45	2,76	9,54	2,81	-3,74	0,00
Amigo/a	0,67	583	-0,28	-0,56	11,15	2,49	10,12	2,67	-4,59	0,00
Pareja	0,72	297	-0,47	-0,56	11,02	3,14	10,36	3,13	-1,71	0,09
Ayuda Instrumental										
Madre	0,76	607	-0,28	-0,80	11,21	3,15	10,59	2,89	-2,40	0,02
Padre	0,81	550	-0,18	-1,00	10,15	3,62	9,38	3,57	-2,40	0,02
Hermano	0,7	585	0,24	-0,66	8,97	3,23	8,33	2,98	-2,34	0,02
Amigo/a	0,71	583	-0,05	-0,78	9,88	2,90	8,85	2,85	-4,07	0,00
Pareja	0,79	297	-0,14	-0,83	10,11	3,01	9,19	3,19	-2,43	0,02
Protección										
Madre	0,78	609	-0,43	-0,64	11,53	2,85	10,75	2,84	-3,19	0,00
Padre	0,8	551	-0,18	-1,03	10,53	3,46	9,52	3,49	-3,26	0,00
Hermano	0,72	585	-0,37	-0,58	11,31	2,73	10,31	3,00	-4,04	0,00
Amigo/a	0,79	606	-0,13	-1,04	11,20	2,81	9,55	3,10	-6,52	0,00
Pareja	0,82	297	-0,47	-0,59	11,30	2,97	11,03	3,05	-0,74	0,46
Poder Relativo										
Madre	0,76	609	0,79	0,70	5,87	2,44	6,07	2,22	1,03	0,30
Padre	0,77	551	0,67	0,09	5,99	2,43	6,26	2,54	1,21	0,23
Hermano	0,8	585	-0,03	0,25	9,22	2,47	9,45	2,32	1,11	0,27
Amigo/a	0,71	606	-0,52	3,80	9,18	1,38	9,29	1,42	0,96	0,34
Pareja	0,7	297	0,63	1,82	9,30	2,09	9,23	1,85	-0,30	0,76

Para obtener una descripción más completa de la muestra se consideraron algunas características socio-demográficas y laborales del contexto familiar de los estudiantes que participaron en el estudio, a través de la encuesta construida específicamente para este trabajo (anexo N° 2).

El análisis de las características socio-demográficas, destaca que el *nivel educativo de los padres* (principal sostén del hogar) es de una formación *universitaria completa* en un 33,4%; *universitario incompleto, terciario o secundario completo* en el 39,1% de los casos, y en un 23% *secundario incompleto o primario completo e incompleto*. Un 4,6% de los participantes respondieron no saber qué nivel de instrucción tiene sus padres.

Se estableció el *nivel socio-económico* de los participantes considerando el tipo de trabajo y nivel de educación. Teniendo en cuenta estos datos y los criterios de clasificación del INDEC⁷⁷, la muestra quedó conformada de la siguiente manera: *alto* (28,5%), *medio alto* (4,9%), *medio típico* (16,7%), *bajo superior* (25,4%), *bajo inferior* (15,9%) y *marginal* (1,4%). Un 7,2% no pudo ser clasificado por no reportar el nivel de instrucción del principal sostén o el tipo de trabajo que realiza (gráfico 1).

En relación con la *conformación familiar*, un 60% de los adolescentes *viven con ambos padres y hermanos*, un 14,7% *con la mamá y hermanos*, un 6,9% *con la mamá, hermano/s y otro/s familiar/es*, un 3,9% *con ambos padres, los hermanos y otro/s familiar/es*. El resto (14,5%) en conformaciones familiares variables (por ejemplo, *con el papá solo, o con la mamá sola*).

Un 96,6% de los adolescentes *tienen hermanos*, que varían entre 1 a 11 con una moda de 2, donde un 76,1% tiene *entre 1 a 3 hermanos*. El lugar que ocupan los encuestados entre sus hermanos es variable (el *menor* 37%, el *del medio* 34% y el *mayor* 25,7%), con la excepción de los *hijos únicos* que son un 3,4% del total.

La media de *edad de la madre y del padre* es de 43,7 (DT=5,9) y 46,4 (DT=6,6), respectivamente, y la media de *personas que viven en su casa* es de 5 (DT=1,7).

El 78,7% es *propietario* de su vivienda y un 18,1% *alquila* (el resto *consiguió que les presten* la vivienda). Con respecto al *tipo de casa en la que viven*, un 86,2% su vivienda tiene salida directa al exterior (los habitantes no pasan por pasillos o corredores de uso común) y no tiene condiciones deficitarias. El *número de habitaciones* varían de 1 a 8, aunque el 45,7% informó que la casa reúne *tres* habitaciones.

En su hogares, un 64,7% indicó que poseen *televisor plasma*, un 77,3% *microondas*, un 82,3% *bicicleta*, un 51,8% *aire acondicionado*, un 84,2% *computadora con internet*, un 96,5% *lavarropas*, un 78% *automóvil* y un 31,2% *moto*.

Un 79,5% tienen *cobertura de salud* (obra social, plan de salud privado o mutual), y un 7,6% no sabe (el 12,8% restante no).

3. 1. 2. Los estilos de vida de las y los adolescentes

En cuanto a los *estilos de vida* (tabla 3), los jóvenes mencionaron que en los últimos 30 días, el 81% *nunca sintió hambre*. Se destaca que el 14,7% *sintió hambre una vez al día* y el 9,6% *cinco o más veces al día*.

Tabla 3. Estilos de vida.

Frecuencia de los últimos 30 días en que...

	Nunca	1 vez al día	2 veces al día	3 veces al día	4 veces al día	5 o más veces al día
	%	%	%	%	%	%
Sentiste hambre porque no había suficientes alimentos en tu casa	81,0	14,7	2,5	,7	1,1	9,6
Comiste frutas (como manzanas, bananas, naranjas, o mandarinas)	6,6	44,1	27,7	9,4	3,4	8,9
Comiste verduras (como lechuga, tomate, zanahorias y zapallo)	7,8	39,4	33,2	6,2	3,9	9,6
Tomaste gaseosas	13,7	31,9	16,3	10,8	7,1	20,2
Tomaste bebidas alcohólicas	68,6	22,5	4,3	1,1	,7	2,8
Fumaste cigarrillos	77,8	7,3	2,1	3,5	2,1	7,1
Usaste drogas (como cocaína, paco, marihuana, inhalantes, etc)	86,5	9,6	1,2	1,1	,4	1,2
Fuiste víctima de agresión física	93,4	4,6	,5	1,1	,4	
Participaste de una pelea	79,1	14,5	2,3	1,4	,2	2,5

En relación con el *consumo de alimentos y bebidas*, el 44,1% informó que *come frutas una vez al día* y el 39,4% *come verduras* con la misma frecuencia. Las *gaseosas* son consumidas también *una vez al día* en un porcentaje del 31,9. En el *consumo de las bebidas alcohólicas*, un 68,6% que afirma que *nunca* lo hace. Se destacan, asimismo, que el 22,5% lo hace *una vez al día* y el 2,8% *cinco o más veces al día*.

Respecto del *consumo de sustancias psicoactivas*, el 77,8% aseveró que *nunca fuma cigarrillos*, mientras que el 7,3% lo hace *una vez al día*. En relación con las *drogas*, el 86,5% de los jóvenes *nunca* consumen. Entre los que sí lo hacen, se destacan el 9,6% con una frecuencia de *una vez al día*, y el 1,2% tanto para los que lo efectúan *dos veces al día* como *cinco o más veces al día*.

Con respecto a *qué hacen con su tiempo libre*, el 81% de los adolescentes lo ocupa para hacer *deporte* (19,4%), *estar en la computadora* (17,1%), *ver televisión* (14,9%), *estar con amigos* (9,8%), *dormir* (8,5%), *estudiar* (5,2%), *escuchar música* (3,4%) y *jugar a Play* (3,2%). Un 69,3% de los adolescentes *combina* estas actividades y otras.

El 54,6% de los encuestados *practicaban algún deporte*, donde se destaca el *fútbol* (31,5%), *hockey* (8,4%), *rugby* (8,1%), *danzas* (6,5%), *gimnasio* (6,5%), *natación* (4,9%), *skate* (4,5%), y *tenis* (3,6%).

El 28,7% manifestó *haber tenido relaciones sexuales*, donde la edad de inicio promedio es de 14 años. El 74,1% utiliza *preservativos* como método de protección y un 11,1% utilizan *pastillas anticonceptivas*. Un 16% *combina* métodos y el 71% ha recibido *información* sobre la infección por VIH o SIDA.

Un 4,6% indicó que *fue víctima de agresión física una vez al día*, mientras que el 93,4% *nunca lo fue*. En cuanto a las *participaciones en peleas*, el 79,1% indicó que *nunca* lo hizo. Entre quienes respondieron positivamente, el 14,5% lo hizo *una vez al día* y el 2,5% *cinco o más veces al día*.

3. 1. 3. Relación entre las Habilidades Sociales y las condiciones socio-económicas, culturales y educativas

El propósito de este análisis fue verificar el efecto que, en término medio, poseen determinadas *condiciones socio-económicas* sobre las *habilidades sociales* de los adolescentes. Por consiguiente, se efectuó una prueba *t* diferencia de media para grupos independientes considerando el *sexo* de los participantes, el *colegio al que asisten* y si tuvieron o no *relaciones sexuales*.

De acuerdo a los resultados presentados en la tabla 4, se puede observar que los estudiantes del Ipem Marina Waisman presentaron valores más altos que los estudiantes del Ipem Fernando Fader en *Retraimiento* y *Ansiedad*, y puntajes más bajos en *Consideración*.

Tabla 4. Diferencias de media de las habilidades sociales según el colegio y si tuvieron relaciones sexuales.

	Colegio						Relaciones Sexuales					
	Marina Waisman (n=236)		Fernando Fader (n=329)		<i>t</i>	<i>p</i>	Si (n=162)		No (n=402)		<i>t</i>	<i>p</i>
	M	DT	M	DT			M	DT	M	DT		
Consideración	11,85	2,14	12,46	1,75	-3,68	0,00	11,68	2,29	12,42	1,75	-4,15	0,00
Autocontrol	8,67	3,02	8,70	3,34	-0,10	0,92	8,04	3,31	8,96	3,12	-3,10	0,00
Retraimiento	2,83	2,38	1,68	1,96	6,30	0,00	2,51	2,31	2,01	2,16	2,41	0,02
Ansiedad	4,53	2,99	3,69	2,47	3,68	0,00	3,56	2,72	4,23	2,71	-2,68	0,01
Liderazgo	7,55	2,50	7,57	2,17	-0,11	0,91	7,67	2,38	7,52	2,28	0,71	0,48
Sinceridad	5,77	2,08	5,77	2,00	0,01	1,00	5,90	1,85	5,72	2,09	0,95	0,34

También se observó que aquellos adolescentes que *tienen relaciones sexuales* presentan puntajes más bajos en *Consideración*, *Autocontrol* y *Ansiedad*, y más alto en *Retraimiento* que aquellos estudiantes que no tienen relaciones sexuales.

Para determinar cómo el *nivel socio-económico y educativo* influye en las habilidades sociales, se aplicó un análisis de varianza (ANOVA) de un factor que sirve para comparar varios grupos en una variable cuantitativa. El ANOVA es una generalización de la Prueba *t* diferencia de media para dos muestras independientes al caso de diseños con más de dos muestras.

El nivel *socio-económico y educativo* demostró una influencia significativa sobre el puntaje directo en la escala *Consideración* ($F(5,521) = 3,17; p = .01$), *Autocontrol* ($F(5,521) = 3,09; p = .01$), *Retraimiento* ($F(5,521) = 3,95; p = .01$), *Ansiedad* ($F(5,521) = 5,78; p = .01$) y *Liderazgo* ($F(5,521) = 3,01; p = .01$).

Los análisis post-hoc con la prueba DHS de Tukey ($p < .05$) indicaron que para los puntajes directos en la escala *Consideración*, los adolescentes de clase *Bajo superior* mostraron puntajes significativamente inferiores a los adolescentes de clase *alta*. En el caso de la escala *Autocontrol*, los puntajes directos de los sujetos de clase *media típica* fueron inferiores a los adolescentes de clase *alta*. En la escala *Retraimiento* se observó que los adolescentes de clase *baja inferior* presentaron valores significativamente superiores a los adolescentes de clase *alta*. En la escala *Ansiedad*, los adolescentes de clase *alta* mostraron puntajes significativamente inferiores a los adolescentes de clase *baja inferior*, *baja superior* y *media típico*. En la escala *Liderazgo*, los adolescentes de clase *alta* presentaron puntajes más altos que los adolescentes de clase *baja superior* y *media típica*. Los principales resultados de este análisis se observan en la tabla 5.

Tabla 5. ANOVA de una vía sobre los puntajes brutos del Instrumento de habilidades sociales en adolescentes de diferentes clases sociales.

	Nivel Socioeconómico												F	Sig.
	Marginal (n=8)		Bajo Inferior (n=79)		Bajo superior (n=145)		Medio Típico (n=98)		Medio Alto (n=30)		Alto (n=167)			
	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT		
Consideración	10,88	1,73	11,92	2,10	11,98	2,17	12,10	1,78	12,50	1,66	12,60	1,71	3,17	0,01
Autocontrol	8,25	3,20	8,27	3,42	8,52	3,24	8,01	3,14	9,53	2,94	9,34	3,06	3,09	0,01
Retraimiento	3,25	1,67	2,89	2,22	2,23	2,16	2,00	1,98	1,60	2,16	1,74	2,23	3,95	0,00
Ansiedad	4,00	2,73	4,81	3,30	4,42	2,46	4,17	2,69	3,97	2,61	3,13	2,51	5,78	0,00
Liderazgo	7,38	1,41	7,85	2,56	7,25	2,24	7,06	2,28	7,90	2,22	8,00	2,33	3,01	0,01
Sinceridad	6,38	2,13	5,81	2,13	5,79	2,16	6,14	2,15	5,43	1,99	5,60	1,89	1,15	0,33

Con respecto al *año de cursado* (tabla 6), el nivel de instrucción educativo demostró una influencia significativa sobre el puntaje directo en la escala *Autocontrol* ($F(5,559) = 4,04$; $p = .01$), *Ansiedad* ($F(5,559) = 3,56$; $p = .01$), *Liderazgo* ($F(5,559) = 4,01$; $p = .01$) y *Sinceridad* ($F(5,559) = 4,34$; $p = .01$).

Los análisis post-hoc con la prueba DHS de Tukey ($p < .05$) indicaron que para los puntajes directos en la escala *Autocontrol*, los estudiantes de *primer año* y *quinto* mostraron puntajes significativamente superiores a los estudiantes de *tercero*.

Del mismo modo, los estudiantes de *primer año* presentaron valores significativamente superiores a los de *sexto año*. Con respecto a la escala *Ansiedad*, los estudiantes de *sexto año* presentaron valores inferiores a los estudiantes de *primero*, *segundo* y *tercero*. En la escala de *Liderazgo*, los estudiantes de *primer año* presentaron puntajes significativamente superiores a los de *segundo*, *tercero*, *cuarto* y *sexto*. Finalmente, en la escala *Sinceridad*, los estudiantes de *primer año* presentaron puntajes más bajos que los estudiantes de *segundo*, *tercero*, *cuarto*, *quinto* y *sexto año*. Los principales resultados de este análisis se presentan en la tabla 6.

Tabla 6. ANOVA de una vía sobre los puntajes brutos del Instrumento de habilidades sociales en adolescentes de diferentes años de cursado.

	Año de Cursado												F	Sig.
	Primero (n=94)		Segundo (n=126)		Tercero (n=103)		Cuarto (n=88)		Quinto (n=76)		Sexto (n=78)			
	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT		
Consideración	12,32	1,84	11,81	2,36	12,29	1,85	12,42	1,48	12,58	1,89	11,97	1,90	2,16	0,06
Autocontrol	9,69	2,94	8,61	3,09	7,88	3,68	8,49	2,84	9,26	3,09	8,31	3,22	4,04	0,00
Retraimiento	2,41	2,46	2,38	2,37	2,13	2,04	2,24	2,29	1,91	1,87	1,72	2,09	1,35	0,24
Ansiedad	4,57	2,75	4,25	2,80	4,21	2,63	4,14	2,78	3,79	2,64	2,97	2,51	3,56	0,00
Liderazgo	8,49	2,14	7,31	2,36	7,25	2,24	7,38	2,43	7,62	2,10	7,40	2,34	4,01	0,00
Sinceridad	4,94	2,49	5,75	2,04	6,11	1,85	5,95	1,86	5,86	1,60	6,05	1,99	4,34	0,00

Teniendo en cuenta que en las escalas de los comportamientos sociales, dieron como significativas las diferencias obtenidas en las dimensiones de *Consideración* y *Ansiedad* (tabla 1), se realizó un ANOVA para comparar *nivel socio-económico*, *género* y las dimensiones de las habilidades sociales. En la interacción se observó que no hay influencias significativas: *Consideración* ($F(5) = 2,126$; $p = ,061$) y *Ansiedad* ($F(5) = 1,081$; $p = ,370$).

De la misma manera se procedió al interrelacionar *posición en la fratría* (si es hermano mayor, del medio o menor) y las mismas dimensiones de las habilidades sociales. En este caso tampoco se encontraron influencias significativas: *Consideración* ($F(3,561) = 1,29$; $p = ,28$) y *Ansiedad* ($F(3,561) = ,652$; $p = ,582$).

Con el objetivo de explorar la asociación entre las variables *edad*, *número de hermanos*, *edad de la mamá y el papá*, *número de personas que viven en su casa*, los *estilos de vida* (según la frecuencia en los últimos 30 días en que sintió hambre porque no había suficientes alimentos en su casa, comió frutas y verduras, tomó gaseosas y bebidas alcohólicas, fumó cigarrillos, usó drogas, fue víctima de agresión física, participó en una pelea) y la *edad en que se inició sexualmente* (en este caso, sólo con un $n = 162$ que son quienes respondieron haber tenido relaciones sexuales), con las *habilidades sociales*, se aplicó el estadístico coeficiente de correlación de Pearson o Rango de Spearman. El resultado de estos estadísticos se expresa en un número que generalmente varía entre el -1 y el 1; donde 0 representa la ausencia total de correlación entre los puntajes, 1 la correlación positiva perfecta (cuando una variable aumenta la otra lo hace también en forma proporcional) y -1 la correlación negativa perfecta (cuando una variable aumenta la otra disminuye en forma proporcional). En la tabla 7 se puede observar correlaciones significativas, pequeñas a moderadas en negrita.

Tabla 7. Correlación entre las habilidades sociales, variables socio-demográficas y estilo de vida.

	Consideración	Autocontrol	Retraimiento	Ansiedad	Liderazgo	Sinceridad
Edad	0,03	-0,05	-0,04	-0,10	-0,07	0,09
Número de Hnos	-0,03	-0,01	0,11	0,10	0,10	-0,06
Edad de Mamá	0,06	0,05	-0,10	-0,10	-0,02	0,02
Edad del Papá	0,14	0,07	-0,07	-0,12	0,00	-0,02
NumPersCasa	0,01	0,12	0,05	0,11	0,11	-0,12
FrecHambre	-0,04	-0,13	0,15	0,05	-0,01	0,04
FrecFrutas	-0,11	0,03	0,00	-0,01	0,13	0,00
FrecVerduras	0,03	-0,01	0,01	0,01	0,05	-0,01
FrecGaseosas	-0,11	-0,14	0,05	0,00	0,00	0,01
FrecBebidaAlc	-0,22	-0,24	0,12	-0,06	-0,07	0,11
Frec Fumó Cigar	-0,06	-0,27	0,06	-0,06	0,10	0,04
Frec Usó Droga	-0,09	-0,19	-0,07	-0,13	0,05	0,06
FrecVíctimAgr	-0,09	-0,08	0,03	0,03	0,04	0,04
FrecParticPelea	-0,18	-0,26	0,09	-0,04	0,11	0,03
EdadPrimVez	0,11	0,13	-0,29	-0,03	-0,04	0,04

En relación con la *edad* de las y los adolescentes de la muestra, se encontró que cuando ésta aumenta, disminuye la *Ansiedad* (-0,10) y aumenta la *Sinceridad* (0,09).

Cuando se refirieron a la *familia*, se pudo notar que quienes tienen *hermanos*, cuando la cantidad aumenta, también lo hacen las puntuaciones en las dimensiones de *Retraimiento* (0,11), *Ansiedad* (0,10) y *Liderazgo* (0,10). En tanto que la correlación con la *edad de los progenitores* mostró que cuando es la *edad de la madre* la que aumenta, disminuyen los puntajes de *Retraimiento* y *Ansiedad* (-0,10 para ambos). Mientras que si es mayor la *edad del padre*, aumenta la *Consideración por los demás* (0,14) y disminuye la *Ansiedad* (-0,12). Por último, al considerarse el *número de personas que viven en la casa*, cuando se incrementa, también lo hacen los puntajes de las dimensiones de *Autocontrol* (0,12) y *Ansiedad* (0,11).

En las relaciones establecidas entre los *estilos de vida* y los comportamientos sociales, se puede mencionar que cuando aumenta la frecuencia de *déficits alimentarios*, los adolescentes se muestran con menor *Autocontrol* (-0,13) y mayor *Retraimiento* (0,15). Por otra parte, cuando hay *mejores condiciones nutricionales* se observó que su incremento trae aparejado una disminución en la dimensión de la *Consideración por los demás* (-0,11) y un aumento en la de *Liderazgo* (0,13). Por otra parte, al referirse al *consumo de bebidas*,

se notó que tanto en el caso de las *gaseosas* como de las *bebidas alcohólicas*, cuando este se incrementa, se disminuye la *Consideración por los demás* (-0,11 y -0,22) y el *Autocontrol* (-0,14 y -0,24). Además, en el caso del consumo de bebidas con alcohol se da un incremento del *Retraimiento* (0,12).

En el *consumo de sustancias* se observa que el *fumar cigarrillos* y el hecho de *usar drogas*, disminuye el *Autocontrol* (-0,27 y -0,19 respectivamente). Asimismo, entre quienes usan drogas se notó que cuando este consumo es mayor, disminuye los puntajes obtenidos en la dimensión de *Ansiedad* (-0,13).

Al aumentar la frecuencia de la *participación en peleas*, decrece la *Consideración por los demás* (-0,18) y el *Autocontrol* (-0,26).

Por último, cuando se indagó sobre la *edad de la primera vez que mantuvieron relaciones sexuales* los jóvenes, se pudo observar que a medida que ésta aumenta, disminuye el *Retraimiento* (-0,29).

3. 1. 4. Relación entre las Habilidades Sociales y sus vínculos con los otros significativos

Para explorar cómo las percepciones que tienen los jóvenes de sus *vínculos con los otros significativos* se asocia con las *habilidades sociales*, se aplicó el estadístico coeficiente de correlación de Pearson. En la tabla 8 se pueden observar correlaciones significativas, pequeñas a moderadas en negrita.

Tabla 8. Correlación entre las habilidades sociales y redes de apoyo social.

	Consideración	Autocontrol	Retraimiento	Ansiedad	Liderazgo	Sinceridad
Madre						
Conflicto Antagonismo	-0,03	-0,14	0,09	0,11	-0,04	0,11
Intimidación	0,04	0,05	-0,01	0,07	0,07	-0,02
Aprobación	0,12	0,05	-0,03	0,02	0,12	-0,06
Afecto	0,08	0,02	0,01	0,07	0,05	-0,02
Alianza Confiable	0,06	-0,02	-0,06	-0,05	0,04	0,03
Compañerismo	0,08	0,10	0,01	0,10	0,06	-0,09
Ayuda Instrumental	0,07	-0,01	0,02	0,09	0,03	-0,02
Protección	0,10	0,07	0,01	0,07	0,08	-0,06
Poder Relativo	-0,03	0,02	0,05	-0,02	0,09	0,03
Padre						
Conflicto Antagonismo	-0,04	-0,08	0,09	0,04	-0,01	0,06
Intimidación	0,01	0,04	0,04	0,01	0,07	0,06
Aprobación	0,14	0,11	0,01	0,01	0,09	-0,08
Afecto	0,04	0,05	0,08	0,06	0,02	-0,05
Alianza Confiable	0,03	-0,03	-0,02	-0,01	0,03	0,01
Compañerismo	0,05	0,15	0,04	0,07	0,04	-0,05
Ayuda Instrumental	0,05	0,05	0,07	0,05	0,02	0,00
Protección	0,04	0,10	0,02	0,02	0,04	-0,04
Poder Relativo	0,09	0,02	-0,01	-0,03	0,12	-0,04
Hermano/a						
Conflicto Antagonismo	-0,04	-0,14	0,13	0,12	-0,05	0,08
Intimidación	0,07	-0,02	-0,05	0,01	0,11	0,01
Aprobación	0,08	0,04	0,01	-0,02	0,15	-0,05
Afecto	0,09	0,05	0,08	0,02	0,15	-0,03
Alianza Confiable	0,06	-0,02	-0,02	-0,03	0,12	0,03
Compañerismo	0,08	0,09	0,02	0,09	0,12	-0,06
Ayuda Instrumental	0,07	0,02	0,00	0,05	0,10	-0,04
Protección	0,07	0,06	0,06	0,04	0,13	-0,06
Poder Relativo	-0,07	-0,18	0,07	-0,03	-0,02	0,10
Amigo/a						
Conflicto Antagonismo	-0,06	-0,08	0,17	0,10	-0,01	0,02
Intimidación	0,08	-0,08	0,09	0,12	0,00	0,04
Aprobación	0,09	0,00	0,03	0,00	0,10	-0,02
Afecto	0,06	-0,05	0,09	0,11	0,08	0,03
Alianza Confiable	0,07	-0,04	0,05	0,07	0,03	0,03
Compañerismo	0,10	-0,02	0,05	0,10	0,07	0,07
Ayuda Instrumental	0,07	-0,08	0,11	0,15	0,03	0,00
Protección	0,12	-0,03	0,06	0,14	0,10	0,02
Poder Relativo	0,08	-0,03	-0,06	-0,08	0,08	-0,02
Pareja						
Conflicto Antagonismo	0,00	-0,18	0,10	0,07	-0,11	0,12
Intimidación	0,06	-0,09	0,00	-0,01	-0,06	0,07
Aprobación	0,03	0,00	0,03	-0,01	0,05	-0,10
Afecto	-0,02	-0,13	0,12	0,08	-0,06	-0,04
Alianza Confiable	-0,05	-0,05	0,02	0,03	-0,02	0,02
Compañerismo	0,02	-0,02	0,07	-0,01	-0,03	0,01
Ayuda Instrumental	0,00	-0,12	0,12	0,05	-0,02	0,01
Protección	0,02	-0,08	0,08	-0,01	0,02	0,06
Poder Relativo	0,11	-0,02	0,00	-0,01	0,07	0,08

En relación con la *madre*, se observó que a mayor *conflicto-antagonismo* entre el joven y ella, menor *Autocontrol* (-0,14) y mayor *Ansiedad* y *Sinceridad* (0,11 para las dos escalas). Cuando aumenta la *aprobación* en este vínculo, el adolescente presenta mayores puntajes en las dimensiones de *Consideración con los demás* y *Liderazgo* (0,12 en ambas escalas). A su vez, si en esta relación aumenta el *compañerismo*, los jóvenes muestran mayor puntaje en las escalas de *Consideración con los demás* (0,08) y *Ansiedad* (0,10), mientras que disminuye el de *Sinceridad* (-0,09). Si los adolescentes perciben que aumenta la *ayuda instrumental*, tienen un incremento en la dimensión de la *Ansiedad* (0,09). En cuanto la *protección* que sienten en el vínculo, si esta aumenta, también lo hace el puntaje de la dimensión de *Consideración con los demás* (0,10). Por último se observó que si aumenta el *poder relativo*, los jóvenes obtuvieron mayores puntajes en la escala de *Liderazgo* (0,09).

En el vínculo con el *padre*, al relacionarse los distintos suministros de apoyo con las dimensiones de las habilidades sociales se observó que a mayor *aprobación*, mayor *Consideración por los demás* (0,14) y *Autocontrol* (0,11). Cuando aumenta el *compañerismo* y la *protección*, también lo hace el *Autocontrol* (0,15 y 0,10 respectivamente). También puede verse que, cuando se da mayor *poder relativo*, hay un mayor *Liderazgo* en los adolescentes (0,12).

Al responder sobre los *hermanos* que tienen los entrevistados, se observó que cuando aumenta el *conflicto antagonismo* también lo hacen los puntajes obtenidos en las dimensiones de *Retraimiento* (0,13) y *Ansiedad* (0,12). Asimismo los jóvenes tenían mayores puntuaciones en la escala de *Liderazgo* cuando aumentaba la *intimidación* (0,11), la *aprobación* (0,15), el *afecto* (0,15), la *alianza confiable* (0,12), el *compañerismo* (0,12), la *ayuda instrumental* (0,10) y la *protección* (0,13). Además, cuando hay mayor *compañerismo* en este vínculo, también aumenta la *Ansiedad* (0,09). Por último, se notó

que cuando hay mayor *poder relativo*, disminuye el *Autocontrol* (-0,18) y aumenta la *Sinceridad* (0,10).

En cuanto al *amigo/a*, cuando hay mayor *conflicto-antagonismo* en el vínculo, aumentan el *Retraimiento* (0,17) y la *Ansiedad* (0,10). Si aumenta la *intimidación*, también lo hacen tres dimensiones de las habilidades sociales: *Consideración por los demás* (0,08), *Retraimiento* (0,09) y *Ansiedad* (0,12). Cuando aparece la *aprobación* en el vínculo, aumenta la *Consideración por los demás* (0,09) y el *Liderazgo* (0,10). Al considerarse los suministros de apoyo de *afecto* y *ayuda instrumental*, se observó que cuando ambos aumentan producen el mismo efecto en las dimensiones de *Retraimiento* (0,09 y 0,11) y *Ansiedad* (0,11 y 0,15). Cuando los adolescentes perciben mayor *compañerismo*, tienen puntajes más altos en las escalas de *Consideración por los demás* (0,10) y *Ansiedad* (0,10). De la misma manera, si se presenta un aumento en la percepción de la *protección*, se obtienen mayores puntuaciones en las dimensiones de *Consideración por los demás* (0,12), *Ansiedad* (0,14) y *Liderazgo* (0,10). Por último, cuando aumenta el *poder relativo* también lo hace el *Liderazgo* (0,08).

Entre los entrevistados que contestaron afirmativamente sobre la tenencia de una *pareja* se pudo observar que cuando aumenta el *conflicto-antagonismo* también lo hace la escala de *Sinceridad* (0,12). En relación con la *ayuda instrumental*, cuando es mayor disminuye el *Autocontrol* (-0,12) y aumenta el *Retraimiento* (0,12).

3. 1. 5. Relación entre el Género, las Habilidades Sociales y las Redes de apoyo social

Anteriormente en las tablas 1 y 2 se presentaron los datos diferenciados por sexo, tanto de los comportamientos sociales como de las redes de apoyo social de los adolescentes.

En la interrelación de las *habilidades sociales* y el *género* se observó que se obtuvieron diferencias significativas a favor de las mujeres en las dimensiones de *Consideración con los demás* (M = 12,57, DS = 1,60 para las mujeres; M = 11,75, DS = 2,23 para los varones) y *Ansiedad* (M = 4,61; DS = 2,81 para las mujeres; M = 3,33, DS = 2,45).

En el caso de las *redes de apoyo social*, no hubo diferencias significativas entre los géneros femenino y masculino para las dimensiones de *conflicto-antagonismo* y de *poder relativo*. En las restantes dimensiones se presentaron diferencias significativas a favor de las mujeres.

En *intimidad* las diferencias se presentaron en los vínculos establecidos con la *madre* (M = 8,60, DS = 3,74 para las mujeres y M = 7,44 , DS = 3,34 para los varones), el/la *hermano/a* (M = 8,03 , DS = 3,31 para las mujeres y M = 7,27 , DS = 3,35 para los varones) y el/la *amigo/a* (M = 11,51 , DS = 3,21 para las mujeres y M = 9,73 , DS = 3,31 para los varones).

El suministro de apoyo de *aprobación* se mostró de manera distinta en los vínculos que establecen los jóvenes con la *madre* (M = 11,32, DS = 2,78 para las mujeres y M = 10,69, DS = 2,85 para los varones), el *padre* (M = 10,73, DS = 3,14 para las mujeres y M = 9,76, DS = 3,21 para los varones), el/la *hermano/a* (M = 10,07, DS = 2,74 para las mujeres y M = 9,22, DS = 2,96 para los varones) y el/la *amigo/a* (M = 10,88, DS = 2,51 para las mujeres y M = 9,84, DS = 2,63 para los varones).

De la misma manera se presentaron las diferencias en la dimensión *afecto*, siendo que las mujeres se vinculan de manera distinta a los varones con su *madre* (M = 13,54, DS = 2,21 para las mujeres y M = 13,05, DS = 2,42 para los varones), el *padre* (M = 13,07, DS = 2,67 para las mujeres y M = 11,97, DS = 3,45 para los varones), el/la *hermano/a* (M =

12,58, DS = 2,83 para las mujeres y M = 11,72, DS = 2,95 para los varones) y el/la *amigo/a* (M = 11,86, DS = 2,94 para las mujeres y M = 10,63, DS = 3,29 para los varones).

Sobre la *alianza confiable* se encontró diferencias en los modos de vincularse con el *padre* (M = 13,15, DS = 2,79 para las mujeres y M = 12,15, DS = 3,36 para los varones), el/la *hermano/a* (M = 13,31, DS = 2,37 para las mujeres y M = 12,76, DS = 2,53 para los varones) y el/la *amigo/a* (M = 12,07, DS = 2,69 para las mujeres y M = 11,45, DS = 2,82 para los varones).

En el *compañerismo* las diferencias se presentaron en las relaciones que establecen los jóvenes con la *madre* (M = 9,79, DS = 3,07 para las mujeres y M = 9,15, DS = 2,87 para los varones), el *padre* (M = 8,79, DS = 3,35 para las mujeres y M = 8,06, DS = 3,20 para los varones), el/la *hermano/a* (M = 10,45, DS = 2,76 para las mujeres y M = 9,54, DS = 2,81 para los varones) y el/la *amigo/a* (M = 11,15, DS = 2,49 para las mujeres y M = 10,12, DS = 2,67 para los varones).

En el caso de la *ayuda instrumental* la diferencia significativa se encontró sólo en el vínculo con el/la *amigo/a* (M = 9,88, DS = 2,90 para las mujeres y M = 8,85, DS = 2,85 para los varones).

Por último, la *protección* percibida en la relación presentó diferencias entre los géneros en el vínculo con la *madre* (M = 11,53, DS = 2,85 para las mujeres y M = 10,75, DS = 2,84 para los varones), el *padre* (M = 10,53, DS = 3,46 para las mujeres y M = 9,52, DS = 3,49 para los varones), el/la *hermano/a* (M = 11,31, DS = 2,73 para las mujeres y M = 10,31, DS = 3 para los varones) y el/la *amigo/a* (M = 11,20, DS = 2,81 para las mujeres y M = 9,55, DS = 3,10 para los varones).

3. 2. Abordaje cualitativo

3. 2. 1. *Procesos de socialización y modalidades de los cuidados de la salud de los y las adolescentes*

En una primera etapa, se describen los procesos de socialización y su vínculo con los cuidados de la salud de los y las jóvenes. La información fue construida a partir de la realización de grupos focales. Los ejes indagados se detallan respetando las particularidades de cada grupo étnico. En una segunda etapa se plantea una visión del conjunto de los grupos entrevistados.

3. 2. 1. 1. *Características y modalidades de interacción según grupos étnicos*

A continuación se desarrollan las particularidades de cada grupo étnico en cada eje preguntado, a saber: *relaciones interpersonales, conocimiento y cooperación con los otros, y percepción y cuidados de la salud.*

Jóvenes de 11 a 13 años

En relación con el primer eje, las *relaciones interpersonales*, cuando se les preguntó por la *persona elegida para contar algo que les preocupa*, apareció como una constante el hecho de que mencionaran las personas en quienes confían y en quienes no. Se destacan las respuestas que señalan a la *madre*, los *amigos* y *a nadie*. En orden de aparición luego están quienes eligen a los *hermanos* mayores y a los *abuelos*.

Hubo *consensos* entre los y las adolescentes al decir que nombraban a quienes le contaban sus inquietudes, y que esas personas eran las elegidas por tenerles *confianza* y

por *sentirse cómodos al hablar con ellas*. También hubo *disensos*, al referirse a los amigos las opiniones se dividieron. Algunos creyeron que se puede confiar en ellos, mientras que otros pensaron lo contrario y los definieron como *buchones* (es decir, que le cuentan a los demás). Sólo en una de las escuelas mencionaron las diferencias de género, dependían si eran mujeres u hombres para contar lo que les sucedía.

Asimismo, fueron invitados a exponer sobre sus *sentimientos al contar aquello que los inquieta*. En general, aparecieron sentimientos relacionados al bienestar. Enuncian las siguientes palabras y frases: *aliviada, desahogada, como que vomitaste lo que te pasaba, te sacaste un peso/mochila, bien*. Hubo acuerdo entre los participantes para definir los sentimientos, y no manifestaron *disensos*.

En el segundo eje, el *conocimiento y cooperación con los otros*, los jóvenes fueron indagados sobre su *actitud frente a un pedido de ayuda*. Las respuestas se pudieron dividir en tres grupos; en uno respondían por la afirmativa (*lo ayudo*), en el otro lo hacían negativamente (*no lo ayudo*), mientras que por otro lado sostenían una respuesta condicional (*depende que sea*). Al condicionar la respuesta sobre si ayudarían o no, hubo consenso entre los participantes. Si el pedido tenía que ver con un *consejo sobre una situación familiar*, o algo en que ellos creyeran que podían prestar colaboración, la respuesta era afirmativa. Igualmente hubo acuerdo sobre lo que no ayudarían: *robar, meterse con las drogas*. Sobre uno de los temas que no hubo acuerdo entre los jóvenes fue sobre *prestar la tarea*. Algunos sostenían que si se les pedía la prestaban, mientras que otros respondían negativamente. También hubo desacuerdo sobre cómo era considerado quien no prestaba la tarea: para algunos era un *mal amigo*, mientras que otros sostenían que estaba *bien* porque esa persona se había esforzado para estudiar.

Por último, en el eje relacionado con la *percepción y los cuidados de la salud*, se les preguntó sobre los *problemas de salud que afectan a jóvenes de su misma edad*. Como

temas repetidos aparecieron el consumo de cigarrillos y marihuana (*porro*), la ingesta de bebidas alcohólicas (especialmente *fernet*) y las peleas físicas. Hubo acuerdo en que muchos jóvenes fumaban sólo para destacarse frente a sus pares. También convinieron que el problema más importante eran las drogas y las consecuencias. Entre ellas destacaron el hecho de quedar con trastornos mentales (*quedan loquitos, trastornados*) y de no poder dejar de consumir (*entrás y no salís más*). Durante la discusión no hubo desacuerdos sobre las acciones de los jóvenes que afectan a la salud. Sin embargo, aparecieron diferencias sobre estas acciones en relación con el género. Especialmente los varones manifestaron que estaba mal visto ver a una chica fumar y alcoholizarse; sin embargo, reconocían que era tan negativo como en el caso de los varones. Asimismo agregaron como consecuencia que, al estar *borrachas o drogadas*, las mujeres eran más propensas a tener relaciones sexuales con desconocidos o se convertían en víctimas de violación. Por su parte, las mujeres sostuvieron que los varones encontrándose en las mismas condiciones (*borrachos o drogados*) estaban más expuestos a la búsqueda de peleas físicas.

Asimismo se les preguntó por los *cuidados que llevaban a cabo para prevenir problemas de salud y las personas en quienes buscaban apoyo*. Los y las adolescentes indicaron cuidados para prevenir el consumo de sustancias y en las relaciones sexuales. El grupo acordó que no fumar, no drogarse, hacer deportes y usar preservativos eran medidas para cuidar la salud. Sin embargo, reconocieron que toman alcohol *moderadamente*. También señalaron al aborto como un problema que afecta a la salud. Hubo desacuerdos sobre cómo prevenir el consumo de sustancias. Algunos sostuvieron que bastaba con el rechazo del ofrecimiento, mientras otros mencionaban el hecho de no juntarse con quienes fumaban. También hubo discrepancias a la hora de mencionar en quiénes confían para preguntar y despejar dudas sobre estos problemas de salud mencionados. Algunos adolescentes sostuvieron que elegían a sus padres como referentes, mientras que otros

preferían a tíos y hermanos. Entre los progenitores, se destaca a la madre como aquella persona que *explica mejor*.

Jóvenes de 14 a 16 años

En el primer eje, las *relaciones interpersonales*, cuando se les preguntó por la *persona elegida para contar algo que les preocupa*, aparecieron de manera repetida los *amigos*, el *padre*, los *hermanos* y los *jóvenes* que están en el espacio de Consejería. Se presentaron *consensos* en el grupo al decir que los tomaban como referentes dada la *confianza* y porque *se sentían entendidos, comprendidos* por ellos. Sin embargo, también hubo discrepancia entre algunos miembros en una escuela respecto al espacio de Consejería. Algunos no asisten dado que desconfían de los consejeros, es decir, temen que hablen con la directora o los profesores sobre los temas conversados por ellos.

También fueron invitados a exponer sobre sus *sentimientos al contar aquello que los inquieta*. Como *tema repetido* en los grupos se mencionaron sentimientos de bienestar a pesar de que no encuentren la solución a su problema: *mejor pero seguís estando mal, te desahogás pero seguís con el problema, seguís estando mal pero te sacás un peso de la mochila*. En relación con los *consensos*, hubo acuerdo general en las respuestas. Sin embargo, sólo una participante mencionó que por su personalidad a ella se le dificultaba hablar con otros.

En el segundo eje, el *conocimiento y cooperación con los otros*, los jóvenes fueron indagados sobre su *actitud frente a un pedido de ayuda*. Aquí predominaron las respuestas donde señalaban que *dependía lo que se les pidiera* y las afirmativas (*lo ayudo*). También hubo acuerdo sobre aquellas cosas en las que ayudarían y las que no. Ejemplos de las primeras son *lo que está bien, cuando se siente mal y necesita apoyo, si está mal con la familia*. Entre las segundas, mencionaron *robar*. Como *desacuerdo* se puede mencionar

que sólo un joven afirmó que ayudaría dependiendo de *quién sea el que pide y si le conviene*.

Por último, en el eje relacionado con la *percepción y los cuidados de la salud*, se les preguntó sobre los *problemas de salud que afectan a jóvenes de su misma edad*. Dentro de los tópicos más discutidos aparecieron el *tomar alcohol*, el *cigarrillo*, la *marihuana* y *tener relaciones sexuales sin cuidarse (sin tomar pastillas ni preservativos)*. Se relacionó que afectaban tanto a la *salud física* como *mental*. Se mencionaron las consecuencias de las drogas: *quedan perdidos, no ni pueden hablar*. Indicaron que en la ingesta de bebidas alcohólicas los jóvenes hacen *mezclas*, de distintas bebidas y de bebidas con pastillas. En menor medida, como otras acciones que afectan la salud, señalaron la *falta de actividad física*, el *estar muchas horas frente a la computadora*, el *oler nafta*, la *discriminación* y las *peleas físicas*. El grupo acordó que los mayores problemas de salud en los chicos de su edad se asocian a las *drogas*. No se manifestaron desacuerdos entre los participantes.

Asimismo se les preguntó por los *cuidados que llevaban a cabo para prevenir problemas de salud y las personas en quienes buscaban apoyo*. Las y los jóvenes mencionaron varias actividades para el cuidado: *hacer deportes, comer, dormir, despejarse, dejar de fumar, intentar no entrar en adicciones*. En general hubo acuerdo en indicar estas actividades. Sin embargo, en el momento de definir en qué personas confiaban para sacarse dudas respecto de los problemas de salud que afectan a los jóvenes, no hubo acuerdo en el grupo. Mencionaron a la *madre*, el *padre*, los *amigos*, los *hermanos* y a *nadie*.

Jóvenes de 17 a 18 años

En relación con el primer eje, las *relaciones interpersonales*, cuando se les preguntó por la *persona elegida para contar algo que les preocupa*, los adolescentes

mencionaron como *tema repetido* a los *amigos* en la mayoría de los casos, luego aparecen la *madre* porque le tienen más confianza que al padre, y a los *hermanos*, especialmente si son más grandes. También apareció en muchos casos la respuesta *a nadie*. Como *consensos* apareció que en general, los que decían contarle a alguien, agregaban que *dependía lo que tuvieran para contar*. También acordaron que si se trataban de temas relacionados con el colegio, se lo contaban a su familia; mientras que si era algo familiar, a los amigos. No se presentaron *desacuerdos* entre los jóvenes.

Al ser invitados a exponer sobre sus *sentimientos al contar aquello que los inquieta*, los y las adolescentes respondieron manifestando sentimientos de bienestar: *me siento mejor, desahogado, tranquilo, como que te descargás, como si te sacarás una mochila de encima*. En general hubo acuerdos en las expresiones de sentimientos, por lo que no se manifestaron disensos.

En el segundo eje, el *conocimiento y cooperación con los otros*, los jóvenes fueron indagados sobre su *actitud frente a un pedido de ayuda*. Los y las adolescentes brindaron tres tipos de respuestas: *lo ayudo, depende lo que sea, no lo ayudo porque después no me ayudan a mí*. El grupo acordó que podían ayudar si se trataba de la *tarea del colegio, dar el asiento en el colectivo, ayudar a una mujer con bebé en brazos a subir al ómnibus, prestar la tarjeta para pagar el boleto del transporte*. Sin embargo, no hubo acuerdo ante la respuesta que indicaba que si alguien ayudaba no le devolvían de la misma manera.

Por último, en el eje relacionado con la *percepción y los cuidados de la salud*, se les preguntó sobre los *problemas de salud que afectan a jóvenes de su misma edad*. Los jóvenes indicaron que los mayores problemas se relacionaban con *fumar (marihuana) y tomar alcohol (vino, fernet, vodka, todo lo que tenga alcohol, se mezcla todo)*. En menor medida mencionaron *oler nafta e inhalar el gas de los encendedores de cigarrillos*. En general hubo acuerdo entre las respuestas que dieron como problemas de salud de los

pares. También lo hubo cuando se mencionaron en orden de importancia: *drogas, cigarrillos y alcohol*. Entre las drogas señalaron que las que más se venden y consumen, entre los chicos de su edad, son la *marihuana (porro)* y la *cocaína*. Como *disenso* se puede mencionar que un solo joven expresó que lo más importante era *lo que te lleva a las drogas: sentirse mal, estar solo, tener muchos problemas o para hacerse ver*. Esto no fue compartido con el resto, quienes señalaron que dependía de la *crianza en la familia, las juntas, la voluntad de uno para decir que no*.

Asimismo se les preguntó por los *cuidados que llevaban a cabo para prevenir problemas de salud y las personas en quienes buscaban apoyo*. Como temas repetidos en el grupo se mencionaron *hacer deportes, cuidarse en las comidas y poner buena cara*, haciendo alusión que también estar sano es una cuestión actitudinal. Ante la pregunta de la coordinadora del encuentro, contestaron que en las relaciones sexuales se cuidaban con *métodos anticonceptivos (preservativos, pastillas, inyecciones)*. También mencionaron que algunos jóvenes simplemente no se cuidan. Sobre las personas a las que acuden para evacuar dudas nombraron a los *amigos, internet* y a la *madre*. Hubo acuerdo en los tópicos discutidos y no aparecieron desacuerdos en el grupo.

3. 2. 1. 2. *Visión integral de las y los adolescentes participantes, sus procesos de socialización y las modalidades en el cuidado de la salud*

En el cuadro comparativo que sigue se presentan los datos sintetizados de todos los ejes trabajados en los grupos focales.

Tal como puede observarse, en los tres grupos etéreos, las *personas elegidas para contar algo que les preocupa* son la *madre*, los *amigos* y los *hermanos mayores* preferentemente. A partir de los 14 años de edad, los *amigos* constituyen la primera

elección entre los jóvenes para compartir sus preocupaciones. También el *sentimiento de bienestar* que se genera al comunicar sus problemas fue compartido por los y las adolescentes, sin importar el grupo al que pertenecían.

Cuando se indagó sobre la *actitud frente al pedido de ayuda*, las respuestas se clasificaron en tres tipos: *ayudar*, *no ayudar* y *depende*. Tanto en el grupo de 11 a 13 años como en el de 17 a 18 años, la primera actitud fue la de *ayudar*; mientras que en el grupo de 14 a 16 años, respondieron *depende* en primera instancia. Hubo coincidencia en los tres grupos al responder que ayudarían en situaciones consideradas *buenas* o que no les generaran inconvenientes. Asimismo, acordaron en *no ayudar* cuando se trataba de *robar*.

Ante la pregunta sobre los *problemas de salud que afectan a los jóvenes de su misma edad*, en los tres grupos resaltaron el *consumo de sustancias* tales como marihuana (porro) y alcohol. El consumo de cigarrillos sólo fue mencionado por los grupos que comprendían adolescentes desde los 11 a los 16 años de edad. Los jóvenes de 14 a 18 años mencionaron además, oler nafta, inhalar el gas de los encendedores de cigarrillos. Sólo el grupo conformado por adolescentes entre 14 a 16 años mencionaron que otros problemas de salud constituyen el tener relaciones sexuales sin uso de métodos de protección, la falta de actividad física y el pasar mucho tiempo frente a la computadora.

Entre las consecuencias de estos problemas de salud, el grupo de 11 a 13 años destacaron entre las mujeres la posibilidad de ser violadas, y entre los varones, el exponerse a peleas físicas. Asimismo, los jóvenes de 11 a 16 años destacaron como consecuencias del consumo de drogas, la posibilidad de quedar con trastornos mentales o *quedar perdidos*.

En relación con los *cuidados que practican para prevenir estos problemas de salud*, los tres grupos coincidieron en no fumar y hacer deportes. Sólo los adolescentes de 14 a 18 años mencionaron los hábitos alimenticios y de descanso (*comer, cuidarse en las*

comidas, dormir). Sobre los cuidados para la sexualidad, solamente el grupo de jóvenes de 11 a 13 años mencionaron el uso de preservativos.

Entre las *personas que buscan apoyo* para preguntar sobre los problemas de salud que afectan a los adolescentes y el modo de prevenirlos, se destacan la madre, los hermanos y los amigos en los tres grupos etáreos. Sólo en el caso de los jóvenes de 17 a 18 años apareció la consulta en internet para evacuar dudas.

Cuadro comparativo. Grupos etáreos de adolescentes y ejes de los grupos focales.

	Grupo 11-13 años	Grupo 14-16 años	Grupo 17-18 años
Persona elegida para contar algo que les preocupa	Madre, amigos, nadie, hermanos mayores y abuelos.	Amigos, padre, hermanos y los jóvenes que están en el espacio de Consejería.	Amigos, madre, hermanos más grandes y a nadie.
Sentimientos generados	Bienestar. <i>Alivio, desahogo, sacarse un peso de encima.</i>	Bienestar a pesar de no encontrar la solución a su problema. <i>Mejor pero seguís estando mal, te desahogás pero seguís con el problema, seguís estando mal pero te sacás un peso de la mochila.</i>	Bienestar. <i>Me siento mejor, desahogado, tranquilo, como que te descargás, como si te sacarás una mochila de encima.</i>
Actitud frente a pedido de ayuda	Ayudar (<i>brindar consejo sobre situación familiar</i>). No ayudar (<i>robar, meterse con las drogas</i>). Depende.	Depende. Ayudar (<i>lo que está bien, cuando se siente mal y necesita apoyo, si está mal con la familia</i>) No ayudar (<i>robar</i>).	Ayudar (<i>tarea del colegio, dar el asiento en el colectivo, ayudar a una mujer con bebé en brazos a subir al ómnibus, prestar la tarjeta para pagar el boleto del transporte</i>). Depende. No ayudar.
Problemas de salud que afectan a los jóvenes	Consumo de cigarrillos y marihuana (<i>porro</i>). Ingesta de bebidas alcohólicas (especialmente <i>fernet</i>). <u>Consecuencias:</u> Posibilidad de violación en las mujeres, de peleas físicas en los varones, y quedar con trastornos mentales.	Ingesta de alcohol. Consumo de cigarrillos y marihuana. Tener relaciones sexuales sin cuidarse (sin tomar pastillas ni preservativo). Falta de actividad física. Estar muchas horas frente a la computadora. Oler nafta. Discriminación. Peleas físicas. <u>Consecuencias:</u> problemas físicos y mentales.	Consumo de marihuana (<i>porro</i>) y cocaína. Ingesta de alcohol (vino, fernet, vodka, todo lo que tenga alcohol, mezclar todo). Oler nafta. Inhalar el gas de los encendedores de cigarrillos. <u>Consecuencias:</u> No mencionaron.
Cuidados para prevenir y Personas de apoyo	No fumar, no drogarse, hacer deportes y usar preservativos. Padres, especialmente la madre; tíos y hermanos.	Hacer deportes, comer, dormir, despejarse, dejar de fumar, intentar no entrar en adicciones. Madre, padre, amigos, hermanos y a nadie.	Hacer deportes, cuidarse en las comidas y poner buena cara (haciendo alusión que estar sano es una cuestión actitudinal), usar métodos anticonceptivos (preservativos, pastillas, inyecciones). Amigos, internet y la madre.

4. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La adolescencia ha sido considerada como una etapa en la cual el joven consolida su personalidad, a partir del aprendizaje de habilidades y competencias, la internalización de pautas y modelos culturales, y con la adquisición de una identidad sexual y la construcción de un proyecto futuro.

Durante este camino, la relación con los pares adquiere importancia y le exige y potencia el desarrollo de una serie de comportamientos específicos y de habilidades de interacción, que forman parte del proceso de socialización del adolescente.

El desarrollo de las *habilidades sociales* durante la adolescencia le permitiría al joven entablar relaciones sociales saludables, proteger su propia salud y promocionarla entre sus pares, familiares y el resto de la comunidad⁷.

Las habilidades sociales no se expresan ni se adquieren de manera homogénea en todos los grupos de adolescentes. Esto es porque no es el resultado sólo de las fortalezas y vulnerabilidades de cada joven, sino también de las oportunidades y la calidad de las experiencias que tienen en los distintos entornos en que interactúan: familia, colegio, barrio, programas, grupos juveniles, entre otros. Estos contextos ofrecen oportunidades y recursos que contribuyen al desarrollo de los procesos de socialización⁷⁸.

Tal como lo sostienen distintos autores^{11, 31, 68, 59, 58, 79}, en la actualidad se hace hincapié en la especificidad situacional de las habilidades sociales. Es decir, éstas se manifiestan o no en una situación dada en función de variables personales, de factores del ambiente y/o de su interacción¹¹. Siguiendo estos planteos, si la conducta social es situacionalmente específica, en el estudio de las habilidades sociales deberían tomarse en consideración las variables situacionales e incluir en su evaluación los distintos contextos de relación personal y social¹¹.

En esta investigación se plantearon cuatro objetivos específicos, que marcaron la estructura de este trabajo: caracterizar las habilidades sociales de los adolescentes según los niveles socio-económicos y culturales de pertenencia, explorar diferencias en las habilidades sociales de los adolescentes en función del género, determinar los factores que facilitan e inhiben los procesos de socialización para el cuidado de la salud desde la perspectiva de las y los adolescentes, y vincular las habilidades sociales de los adolescentes escolarizados con el cuidado de la salud desde el enfoque de los determinantes sociales de la salud.

El conocimiento al que se ha podido arribar, a partir de los resultados, se expone a continuación en cuatro apartados que corresponden a los objetivos antes mencionados.

4. 1. Las habilidades sociales de los adolescentes según los niveles socio-económicos y culturales de pertenencia.

En la muestra final conformada para este estudio (N = 565), en relación con las *condiciones socio-económicas*, se puede decir que predominaron los niveles *alto* y *bajo superior*. Además, sobre el nivel educativo del principal sostén del hogar, se observó que predominan quienes tienen formación *universitaria incompleta*, *terciario*, *secundario completo* y estudios *universitarios completos*. Sólo un escaso número de los participantes respondieron no saber qué nivel de instrucción tienen sus padres.

Al igual que en los resultados obtenidos en otros estudios^{31, 5, 27}, en este trabajo se encontró que el nivel *socio-económico* y *educativo* demostró una influencia significativa sobre las habilidades sociales. Especialmente, en el puntaje directo en las escalas *Consideración*, *Autocontrol*, *Retraimiento*, *Ansiedad* y *Liderazgo*.

Al considerarse las dimensiones facilitadoras, la de *Consideración con los demás*, presenta mayores puntajes entre las y los adolescentes de los niveles *medio (típico y alto)* y *alto* comparados con sus pares de los niveles *marginal y bajo (inferior y superior)*. Los análisis post-hoc con la prueba DHS de Tukey ($p < .05$) indicaron que para los puntajes directos en la escala *Consideración*, los adolescentes de clase *media típica* mostraron puntajes significativamente inferiores a los adolescentes de clase *alta*. Los jóvenes de estos niveles socio-económicos y culturales demuestran sensibilidad social y preocupación por los demás, lo cual implica la presencia de comportamientos asertivos.

En el caso de la escala *Autocontrol*, se repite la situación descrita anteriormente: los puntajes directos de los sujetos de las clases *media alta y alta* fueron mayores que los obtenidos por los adolescentes de los otros niveles. Se destaca asimismo, que la clase *media típica* obtuvo una media de puntajes inferior a los adolescentes de las clases *marginal y bajo (inferior y superior)*. Esto coincide con lo obtenido en estudios locales³¹, donde los adolescentes provenientes de niveles socio-económicos *altos* presentan comportamientos de autocontrol, manifestados por acatamiento de reglas y normas sociales, lo cual facilita la convivencia.

Similares resultados se observan al considerar la escala *Liderazgo*. Los adolescentes de clase *alta* presentaron puntajes mayores que los adolescentes de clase *baja superior y media típica*. De esta manera las y los jóvenes se muestran populares, con iniciativa y confianza en ellos mismos. Cohen Imach et al⁵ encontraron, a partir de su investigación, que los jóvenes provenientes de sectores de nivel socio-económico bajo también obtenían menores puntajes en esta dimensión de las habilidades sociales.

En la escala *Retraimiento* se observó que los adolescentes de clase *baja inferior* presentaron valores significativamente superiores a los adolescentes de clase *alta*. Por otra parte, en la escala *Ansiedad*, los adolescentes de clase *alta* mostraron puntajes significativamente inferiores a los adolescentes de clase *baja inferior, baja superior y*

media típico. Estos resultados coinciden con un estudio llevado a cabo por Contini et al⁵⁹, quienes encontraron que los adolescentes de niveles socio-económicos bajos presentaban puntajes altos en ambas dimensiones inhibitoras, relacionándose, además, con sentimientos de soledad y aislamiento.

Al considerarse la *incidencia del grupo familiar* de pertenencia del joven en los comportamientos sociales, se realizaron análisis de correlaciones. En la muestra el promedio de *personas que viven en la casa* es de 5. Se encontraron relaciones positivas entre esta variable y dos dimensiones de las habilidades sociales, a saber: *Autocontrol* y *Ansiedad*. Es decir, que a mayor número de personas que habitan con los adolescentes, mayores puntuaciones en esas dimensiones.

El análisis descriptivo de la *conformación familiar* demostró que un 60% de los adolescentes *viven con ambos padres y hermanos*, mientras que el resto presenta estructuras familiares variables, donde predominan los hogares monoparentales sostenidos principalmente por la madre.

Algunos autores como Tuñón⁸⁰ afirma en su estudio que, el tipo de hogar (monoparental o no monoparental), no es un factor relevante en el proceso de socialización de las y los adolescentes, pero sí encontró que ejercía una influencia cuando se trataba de una conformación familiar extensa o no, así como también la condición socio-económica de las familias. Esto también fue confirmado por otros estudios⁵.

La media de *edad de la madre* es de 43,7 y del *padre*, 46,4. Al correlacionarse estas variables con las habilidades sociales de los jóvenes, se encontraron relaciones negativas en las dimensiones *Retraimiento* y *Ansiedad* para el caso de la madre; y sólo en *Ansiedad* para el caso del padre. Es decir, que a medida que disminuye la edad de la madre, también lo hacen los comportamientos que implican un alejamiento de los demás e incluso el aislamiento. También cuando ambos padres son más jóvenes, en los adolescentes hay

menores manifestaciones de miedo, nerviosismo, apocamiento y/o vergüenza en las relaciones sociales.

En el grupo que conforma la muestra de este estudio un 96,6% de los adolescentes entrevistados *tienen hermanos*. La cantidad varía entre 1 a 11, donde un 76,1% tiene *entre 1 a 3 hermanos*. En este punto se encontraron correlaciones positivas en tres dimensiones de las habilidades sociales, *Retraimiento, Ansiedad y Liderazgo*. De esta manera, en aquellas familias donde los adolescentes tienen más cantidad de hermanos, expresan conductas de apartamiento de los demás, pudiendo llegar al aislamiento; y en las relaciones sociales manifiestan cierto nerviosismo, vergüenza y miedo. Sin embargo, también son quienes pueden presentar cierta popularidad, confianza en sí mismos y espíritu de servicio.

En relación con la escala de *Liderazgo* se plantean diferencias con uno de los estudios realizados en Tucumán, donde los autores⁵ encontraron que a menor número de hermanos o el hecho de ser hijo único, mayores puntajes obtenían en la escala de *Liderazgo*.

Si se tiene en cuenta *la posición del joven en la fratría*, es variable. En la muestra comparten casi la misma proporción de casos quienes son los hijos *menores* con quienes son los *del medio*. Ambos casos conforman la mayor parte de la población de este estudio. Al establecerse asociaciones entre las dimensiones de las habilidades sociales y esta variable no se encontraron diferencias estadísticas significativas. Esto se corresponde con los resultados de la investigación llevada a cabo por Cohen Imach et al⁵.

A modo de síntesis de las características socio-culturales, puede decirse que las y los adolescentes provenientes de las clases *alta* y *media* obtuvieron puntajes mayores en las dimensiones de las habilidades sociales consideradas *facilitadoras: Consideración por los demás, Autocontrol y Liderazgo*. Mientras que las y los jóvenes procedentes de las clases *baja* y *marginal* alcanzaron valores más altos en las dimensiones *inhibidoras:*

Retraimiento y Ansiedad. Estos resultados coinciden con los de otro estudio del contexto local³¹. A pesar de ello, al interior de cada grupo social se observó que todos los jóvenes presentan conductas sociales que les permiten funcionar adecuadamente en su contexto, dado que predominan las escalas facilitadoras por sobre las inhibidoras de la socialización.

En coincidencia con lo que plantea Tuñón⁸⁰, las desigualdades sociales son determinantes de las oportunidades de socialización en diversos entornos sociales, las cuales, a su vez, les exigen a los adolescentes una participación activa en procesos de adaptación a diferentes personas, actividades, situaciones y entornos. Esto se relaciona con aspectos positivos que mejoran el alcance y la flexibilidad de las competencias cognitivas y de las habilidades sociales de los jóvenes.

4. 2. Las diferencias de género en las habilidades sociales asumidas por el grupo de adolescentes seleccionados

Los datos obtenidos muestran que los adolescentes de ambos géneros obtuvieron puntuaciones promedio más altas en las *escalas facilitadoras de la socialización* respecto de las *inhibidoras*. Dentro de las primeras, las mayores puntuaciones se obtuvieron en las dimensiones de *Consideración y Autocontrol*, quedando en tercer lugar las valoraciones de la escala de *Liderazgo*. En relación con las escalas inhibidoras, la dimensión de *Ansiedad* obtuvo mayor puntaje que *Retraimiento*. Esta información coincide con la obtenida por otros estudios en el contexto local^{5, 31, 81}.

Desde su propia percepción, los adolescentes evaluados han logrado un buen nivel de comportamientos de interacción social, lo cual les permite operar en su medio con eficacia. Al tener en cuenta los resultados de las *escalas facilitadoras*, se puede conjeturar que presentarían cierta sensibilidad social o preocupación por los demás, especialmente con aquellos que tienen problemas, son rechazados o postergados (*Consideración*).

Asimismo, hay un acatamiento de reglas y normas sociales, lo que facilita la convivencia en el mutuo respeto, pero también se dan conductas agresivas, impositivas, de terquedad e indisciplina (*Autocontrol*). También, aunque con menores valores, los jóvenes se autoperciben como populares, con iniciativa, confianza en ellos mismos y espíritu de servicio (*Liderazgo*).

Los autores coinciden en señalar que estos aspectos facilitadores de la socialización se constituyen en un factor protector frente a las diferentes situaciones que deben afrontar en los contextos en los que se hallan insertos los adolescentes⁸¹.

En relación a las *dimensiones inhibitoras* de la socialización, los adolescentes que participaron de este estudio expresan distintas manifestaciones de ansiedad (como miedo y nerviosismo), al mismo tiempo que presentan reacciones de timidez (como apocamiento y vergüenza) (*Ansiedad*). Si bien aparece en menor proporción, los jóvenes enuncian que poseen conductas destinadas al apartamiento de los demás, tanto pasivo como activo (*Retraimiento*).

Por otro lado, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las dimensiones de *Consideración* y *Ansiedad*, a favor de las mujeres. En relación con la dimensión facilitadora de *Consideración con los demás*, las adolescentes se muestran más sensibles socialmente o se preocupan por los otros. Esto difiere de algunos trabajos realizados en el contexto local como los de Cohen Imach et al⁸¹, quienes mostraron que las diferencias a favor de las mujeres en las dimensiones facilitadoras fueron en relación con la escala de *Liderazgo*.

En cuanto a las puntuaciones obtenidas en *Ansiedad*, en coincidencia con otros estudios realizados en el contexto local por Cohen Imach et al^{5, 81}, la dimensión inhibitora, las adolescentes puntuaron más alto que sus pares varones. Las mujeres reconocían mayor índice de ansiedad frente a situaciones sociales, unidas a reacciones de timidez ante

situaciones en que se desea dar una buena impresión y que se duda acerca cómo los demás los consideran.

4. 3. Los factores que facilitan e inhiben los procesos de socialización para el cuidado de la salud desde la perspectiva de las y los adolescentes.

En los grupos de discusión, los jóvenes se expresaron sobre los *problemas de salud que afectan a las chicas y chicos de su misma edad*. En los tres grupos etáreos, es decir, los jóvenes de 11 a 18 años, resaltaron el *consumo de sustancias* tales como marihuana (porro) y alcohol, como el principal problema de salud. El consumo de cigarrillos sólo fue mencionado por los grupos que comprendían adolescentes desde los 11 a los 16 años de edad.

Estos resultados coinciden con el estudio realizado por Páramo⁸², quien encontró las adicciones como tema recurrente en los distintos grupos de discusión (de adolescentes, padres y docentes), y como problemática de salud percibida por los jóvenes. En un trabajo anterior llevado a cabo por el equipo de Kornblit⁸³, se encontró que el consumo de drogas ocupaba el tercer lugar en el orden de las problemas que afectaban a los jóvenes (los dos primeros eran el Sida y las enfermedades de transmisión sexual).

Los jóvenes de 14 a 18 años mencionaron además, oler nafta, inhalar el gas de los encendedores de cigarrillos. Sólo el grupo conformado por adolescentes entre 14 a 16 años mencionaron que otros problemas de salud constituyen las prácticas sexuales sin uso de métodos de protección, la falta de actividad física y el pasar mucho tiempo frente a la computadora.

Conforme puede observarse en la información obtenida en los grupos de discusión, los adolescentes, en el ámbito escolar estudiado, no diferenciaron los problemas de salud

según el género; pese que en otros estudios de otros contextos indagados afirman tales diferencias^{52, 83, 42}.

El equipo de Currie et al⁴² trabajaron sobre las diferencias de género en algunas conductas de salud e indicadores, e informaron que tienden a aumentar con la adolescencia. Los autores señalan que en distintos informes de organismos internacionales se confirman datos que aseveran que los varones se involucran más en formas de conductas expresivas, tales como beber o pelear; mientras que las mujeres tienden a hacer frente a los problemas de salud de una manera más emocional o internalizada, a menudo manifestándose como síntomas psicósomáticos o problemas de salud mental.

En un trabajo anterior de Kornblit et al⁸³ se encontró que una de las diferencias más significativas en la percepción de los problemas de salud es atribuible al género y no tanto a la edad o al nivel educativo del padre. Entre los resultados se puede mencionar que las jóvenes perciben que su estado de salud no es tan bueno como lo perciben los varones. Además, están más preocupadas que ellos por cuestiones de salud y que están más atentas a las sensaciones corporales. Asimismo para ellas la salud es un valor y se preocupan por mantenerla. Los hombres, en cambio, se resisten a percibir padecimientos corporales y mentales, ya que lo viril se identifica con la fortaleza física y anímica.

En el estudio de Vélez Galárraga et al⁵², también se hallaron evidencias de la existencia de desigualdades en la salud percibida y la calidad de vida relacionada con la salud, a partir de los doce años de edad. Los autores indicaron que esta diferencia puede deberse a que las chicas experimentan cambios más precozmente durante la pubertad.

Entre las *consecuencias* de los problemas de salud mencionados por los adolescentes entrevistados, el grupo de menor edad destacó las situaciones de violencia como un padecimiento potencial, entre las mujeres se expresa ante la posibilidad de ser violadas, y entre los varones, el de exponerse a peleas físicas. Asimismo, los jóvenes de 11

a 16 años destacaron como consecuencias del consumo de drogas, la posibilidad de quedar con trastornos mentales o *quedar perdidos*.

Tal como lo plantea Currie et al⁴², las decisiones en torno a la salud de los jóvenes, cambian durante la adolescencia, siendo un momento donde las desigualdades surgen o empeoran, con consecuencias en la vida adulta. Estos resultados tienen implicaciones importantes para diseñar estrategias de intervenciones tempranas en salud.

En relación con los *cuidados que practican para prevenir estos problemas de salud*, los tres grupos coincidieron en no fumar y hacer deportes. Sólo los adolescentes de 14 a 18 años mencionaron los hábitos alimenticios y de descanso (*comer, cuidarse en las comidas, dormir*). Sobre los cuidados para la sexualidad, solamente el grupo de jóvenes de 11 a 13 años mencionaron el uso de preservativos.

Entre las *personas que buscan apoyo* para preguntar sobre los problemas de salud que afectan a los adolescentes y el modo de prevenirlos, se destacan la *madre*, los *hermanos* y los *amigos* en los tres grupos etáreos. Sólo en el caso de los jóvenes de 17 a 18 años apareció la consulta en *internet* para evacuar dudas.

Tal como lo señala Tuñón⁸⁰, la familia es el primer agente de socialización durante los primeros años de vida, y desde donde se suele seleccionar de modo directo o indirecto a otros agentes, como la escuela, que adquiere especial preeminencia durante la educación básica. Sin embargo, durante el período de la adolescencia adquieren sentido otras redes sociales de interacción: los grupos de pares y las redes virtuales. Estos otros espacios y entornos de relación también son importantes en la determinación de hábitos y estilos de vida.

En este estudio es la familia quien ocupa, de cierta manera, el lugar de principal referente de confianza y de apoyo. Los jóvenes aludieron que los mecanismos de

protección de la salud son buscados al interior del contexto familiar. Dejando en un segundo plano a los amigos como referencia. En ningún caso mencionaron a agentes sanitarios o pertenecientes a la institución escolar.

Las investigaciones llevadas a cabo por Braz et al⁵⁷ y Páramo⁸² coinciden con estos resultados. En el caso del estudio realizado por el equipo de Braz et al⁵⁷ los datos demostraron la influencia de la relación entre padres y adolescentes en el repertorio de habilidades sociales. Esto remarcó la importancia de esta relación, incluso en la adolescencia, cuando los jóvenes tienden a distanciarse de sus padres y pares cercanos. En consonancia con los autores, se podría pensar que la relación entre padres e hijos puede actuar como un factor de protección durante la adolescencia. De la misma manera, en el trabajo de Páramo⁸² los distintos grupos expresaron que ante dificultades recurren primero a la familia (padres y hermanos) y en segundo lugar, a los amigos de confianza.

Por su parte, Martínez González et al²⁹ consideran que resulta erróneo pensar que los vínculos con los grupos de padres suponen una disminución de la influencia de los padres durante la juventud. Asimismo, los padres y los amigos no competirían entre sí, sino que representan influencias complementarias que satisfacen diferentes necesidades de los adolescentes. De esta manera, existe mayor probabilidad que los jóvenes escuchen a sus padres cuando se trata de asuntos morales, educativos, económicos o se refieran con el control de las relaciones interpersonales distintas a las que tienen con sus compañeros. Por el contrario, tenderán a escuchar a sus pares cuando se trata de elegir amigos, controlar las relaciones con los compañeros o pasar tiempo libre.

Por tanto el estudio permite afirmar que tanto los padres como los amigos tienen un relevante papel en el bienestar físico y emocional de los y las adolescentes, así como también en el rendimiento académico y laboral⁸⁴.

4. 4. Las habilidades sociales de los adolescentes escolarizados y el cuidado de la salud desde el enfoque de los determinantes sociales de la salud.

En este estudio se consideraron algunos determinantes sociales de la salud, a saber: las condiciones socio-económicas, culturales, de género y educativas de las y los adolescentes y su grupo familiar (denominados determinantes *estructurales*), las redes sociales de apoyo, los modos y oportunidades de recreación y ciertos aspectos relativos a los estilos de vida de los adolescentes (llamados determinantes *proximales*).

Los datos obtenidos sobre el determinante estructural ya fueron descritos en el primer apartado de este capítulo, al relacionarse las habilidades sociales con las condiciones socio-económicas. A continuación se relacionan estos aspectos con las condiciones de salud más específicamente.

Tal como lo plantean Currie et al⁴², las *condiciones socio-económicas, culturales y educativas* de un grupo familiar se constituyen en un predictor importante para la salud de los jóvenes. En general está relacionado el ingreso económico con la posibilidad de adoptar comportamientos saludables. Interlandi y De Lellis⁸⁵ destacan que el desarrollo humano individual está muy relacionado con el de la comunidad, especialmente en lo que respecta a la salud mental. De esta manera la adversidad a la que se enfrentan los grupos humanos los expone a mayores riesgos y vulnerabilidad.

En la población estudiada, puede decirse que las y los adolescentes manifestaron tener conductas sociales que le permiten interactuar con los otros de un modo saludable, ya que mostraron puntuaciones más altas en las escalas facilitadoras de la socialización que en las inhibidoras. Es decir, expresaron sensibilidad social, preocupación por los demás, popularidad, iniciativa, confianza en sí mismo y espíritu de servicio. Si bien se encontraron diferencias en las puntuaciones en cada escala según el nivel socio-económico, puede afirmarse que todos los jóvenes presentan conductas sociales que les permiten funcionar adecuadamente en su contexto.

Tal como fuera expresado anteriormente, los adolescentes provenientes de las clases *alta* y *media* obtuvieron puntajes mayores en las dimensiones de las habilidades sociales consideradas *facilitadoras*: *Consideración por los demás*, *Autocontrol* y *Liderazgo*. De esta manera se muestran más sensibles y preocupados con los otros. Esto implica que llevan a cabo comportamientos de tipo asertivo, es decir que tienen la capacidad de expresar sentimientos y pensamientos a otros de una manera efectiva y apropiada. A su vez, tienen una tendencia a expresarse de manera directa, pero sin coerción, y la posibilidad de manifestar tanto sentimientos positivos como negativos en una situación determinada.

Tal como lo señalan Coronel et al³¹, la asertividad se relaciona con la prosocialidad, que alude a una motivación altruista. Como el comportamiento prosocial es considerado una dimensión de la competencia social, juega un papel muy importante en el desarrollo de habilidades sociales en la adolescencia⁸⁶. Los jóvenes prosociales tienen la posibilidad de desarrollar una personalidad saludable³¹, ya que este tipo de conducta tiene un impacto positivo tanto en la autovaloración como en la valoración de los demás, lo que contribuye, a su vez, a que el joven se sienta motivado a actuar de modo prosocial⁸⁶.

Asimismo, Arce et al⁸⁷ hacen hincapié en la idea que la base de los comportamientos socialmente positivos se relaciona con el desarrollo de habilidades que apuntan a considerar la perspectiva del otro, en la medida que genera la posibilidad de construir redes sociales promotoras de integración.

Por otro lado, las y los jóvenes procedentes de las clases *baja* y *marginal* alcanzaron valores más altos en las dimensiones *inhibidoras*: *Retraimiento* y *Ansiedad*. Así este grupo presentaría manifestaciones de temor en las relaciones sociales, timidez y sentimientos de aislamiento social. Todos estos comportamientos son disfuncionales y afectan a la salud integral de los jóvenes, pudiéndose constituir como factores

desprotectores. Estos resultados coinciden con un trabajo realizado por Contini et al⁵⁹, quienes además encontraron que algunos adolescentes manifestaron insuficiente sensibilidad social y escasa disposición para brindar ayuda a pares frente a situaciones problemáticas. Asimismo, los jóvenes presentaban dificultades para aceptar normas sociales de su grupo de referencia y, por ello se expresaban con comportamientos agresivos, obstinados y con dificultad en el control de los impulsos. En consecuencia, habría una tendencia a enfatizar los derechos individuales, considerando rígidamente el propio punto de vista para resolver un problema. Evidencian falta de tolerancia a la frustración y elaboran fácilmente reglas generales de hechos aislados. Por último, los autores resaltan que los jóvenes presentaban dificultades para coordinar grupos, capacidad de iniciativa y espíritu de servicio.

Contini et al⁵⁹ afirman que en la literatura psiquiátrica y psicológica se asocia el déficit en los comportamientos sociales con desajustes psicológicos. Plantean que se encuentra en debate si el déficit en las habilidades sociales es causa o consecuencia de cuadros psicopatológicos. Si bien todavía no se han expedido sobre este tema, parece haber acuerdo entre los autores para sostener que la insuficiencia de estos comportamientos sociales promueve en los jóvenes el uso de estrategias inadecuadas para la resolución de situaciones de la vida cotidiana, generalmente de carácter social.

Dentro de los determinantes *proximales*, hay dos de ellos que se relacionan íntimamente con el nivel socio-económico y cultural de pertenencia: los *modos y oportunidades de recreación* y ciertos aspectos relativos a los *estilos de vida* de los adolescentes.

Siguiendo los planteos de García Castro y Pérez Sánchez⁸⁸, se puede definir al tiempo libre de las adolescentes y los adolescentes escolarizados como aquel donde no están asistiendo a clases ni estudiando, ni satisfaciendo necesidades básicas como comer o

dormir, ni cumpliendo obligaciones personales. Son actividades que les ayudan a constituir su *sí mismo*.

En esta investigación, el 81% de los jóvenes respondieron sobre lo *que hacen con su tiempo libre* de la siguiente manera: *hacer deporte, estar en la computadora, ver televisión, estar con amigos, dormir, estudiar, escuchar música y jugar a Play*. Un 69,3% de los adolescentes *combina* estas actividades y otras. Tal como puede observarse, los jóvenes mencionaron actividades que pueden ser consideradas de tiempo libre y otras que no. Esto coincide con el estudio realizado por Tuñón⁸⁰, quien señaló que más de 5 de cada diez adolescentes no suele realizar actividades físico-deportivas, ni artísticas o culturales extra-escolares. Por otra parte, en el presente trabajo la mitad de los encuestados *practica algún deporte*, donde se destaca el *fútbol, hockey, rugby, danzas, gimnasio, natación, skate y tenis*.

Sobre los *estilos de vida*, en este trabajo se hizo hincapié en aspectos relacionados con la nutrición, el consumo de tabaco y alcohol, la actividad física, las relaciones interpersonales donde media la violencia y la sexualidad.

En cuanto a la *alimentación*, los jóvenes mencionaron que en los últimos 30 días, el 81% *nunca sintió hambre*. Se destaca que el 14,7% *sintió hambre una vez al día* y el 9,6% *cinco o más veces al día*. Al relacionarse este aspecto con las habilidades sociales, se encontraron correlaciones con dos dimensiones: *Autocontrol* y *Retraimiento*. A partir de ello puede decirse que, en los adolescentes de este estudio, cuando sienten hambre, presentan menos conductas de autocontrol en las relaciones sociales. Habría que determinar en qué polo se presentan, si el positivo (referido al acatamiento de normas y reglas) o negativo (conductas agresivas, impositivas, de terquedad). Por otra parte, a medida que los jóvenes manifiestan haber sentido hambre mayor cantidad de veces en el día, presentan actitudes de apartamiento de los demás, llegando incluso al aislamiento.

Al referirse sobre el *consumo de alimentos* el 44,1% informó que *come frutas una vez al día* y el 39,4% *come verduras* con la misma frecuencia. Al correlacionarse estos datos con las dimensiones de las habilidades sociales, sólo en el caso del consumo de frutas mostró asociaciones tanto positivas como negativas en las escalas facilitadoras de *Consideración y Liderazgo*.

En relación con las *bebidas*, las *gaseosas* son consumidas *una vez al día* en un porcentaje del 31,9; mientras que las respuestas referidas a *las bebidas alcohólicas* fueron variadas: un 68,6% que afirma que *nunca* lo hace, el 22,5% lo hace *una vez al día* y el 2,8% *cinco o más veces al día*. Las correlaciones de la ingesta de estas bebidas con las escalas de las habilidades sociales muestran asociaciones negativas para el caso de las gaseosas con las dimensiones facilitadoras de *Consideración y Autocontrol*. Por otro lado, en el caso de las bebidas alcohólicas se obtuvieron correlaciones negativas en *Consideración, Autocontrol* y, por último, una correlación positiva en *Retraimiento*. Es notable que en ambos tipos de bebidas, gaseosas y alcohólicas, cuando aumenta su consumo, los jóvenes se expresan con menores conductas de consideración por los demás, con menor acatamiento a las reglas y normas, y con mayores manifestaciones de comportamientos de indisciplina, agresividad o terquedad. Sin embargo, debe resaltarse que esto se presenta mayormente en el caso del consumo de bebidas alcohólicas. Asimismo, en el caso del consumo de estas bebidas, los adolescentes manifiestan comportamientos de apartamiento de sus pares, donde pueden llegar al aislamiento.

En concordancia con esto, García Laguna et al⁴⁷ encontraron que existen algunas características que identifican a los jóvenes que consumen tabaco y alcohol: inseguridad, bajos estados de ánimo y pensamientos negativos. Todas estas características incrementan las probabilidades de generar dependencia. Asimismo, la falta de supervisión familiar y la presión del grupo de pares, parecen relacionarse con la tendencia a realizar conductas de riesgo, que podría llevarlos al aislamiento social y a la relación con iguales conflictivos.

Por último, se encontró que el consumo de tabaco y alcohol está relacionado mayormente con las prácticas culturales y de ocio.

Respecto del *consumo de sustancias psicoactivas*, el 77,8% aseveró que *nunca fuma cigarrillos*, mientras que el 7,3% lo hace *una vez al día*. En relación con las *drogas*, el 86,5% de los jóvenes *nunca* consumen. Entre los que sí lo hacen, se destacan el 9,6% con una frecuencia de *una vez al día*, y el 1,2% tanto para los que lo efectúan *dos veces al día* como *cinco o más veces al día*. Las correlaciones encontradas entre el consumo de las sustancias y las habilidades sociales son, en todos los casos, negativas. El *fumar* cigarrillos se asoció a la escala de *Autocontrol* solamente, mientras que el consumo de *drogas* se asoció con ésta dimensión y la de *Ansiedad*. En ambos tipos de consumo, cuando éste aumenta, los adolescentes no acatarían las normas sociales, lo cual dificultaría la convivencia, además de mostrar conductas asociadas con la indisciplina. Otro aspecto a destacar es que con el mayor consumo de bebidas alcohólicas, disminuyen las demostraciones de miedo, ansiedad, timidez o vergüenza.

Esto coincide con lo encontrado en otro estudio realizado por Cardozo et al⁶⁰ donde los autores encontraron que las variables asociadas con la edad y la agresividad ejercen una influencia sobre el consumo de tabaco y alcohol.

Por otra parte, Seitz et al⁵⁶ efectuaron un seguimiento durante diez años de los planes de estudios de la educación sanitaria para la prevención del alcohol, tabaco y otras drogas. Entre los resultados encontraron que uno de los mediadores que con más frecuencia aparece son las habilidades sociales. Esto coincide con lo planteado por otros autores^{29, 89, 90, 60, 91}, quienes indican que los adolescentes socialmente habilidosos adquieren con más facilidad hábitos y estilos de vida saludables, y tienen menos riesgo de consumir drogas. Asimismo, el estilo de conducta agresivo y las dificultades en las

relaciones interpersonales parecen incidir en la aparición y/o mantenimiento de problemas vinculados a la experimentación y uso de sustancias, tanto legales como ilegales.

En este sentido podría afirmarse que, en coincidencia con la literatura científica, el escaso desarrollo de habilidades sociales se constituye en un factor de riesgo para el consumo de drogas.

Sólo un mínimo porcentaje de los jóvenes entrevistados indicó que *fue víctima de agresión física una vez al día* (4,6%), mientras que el resto *nunca lo fue*. En cuanto a las *participaciones en peleas*, la mayor parte de los adolescentes de la muestra (79,1%) indicó que *nunca participó*. Entre quienes respondieron positivamente, gran parte lo hace *una vez al día*. Al correlacionarse estos datos con las dimensiones de las habilidades sociales se encontró que al aumentar la frecuencia de la *participación en peleas*, decrece la *Consideración por los demás* y el *Autocontrol*. No se hallaron correlaciones significativas entre las escalas del comportamiento social con el hecho de ser víctima de agresión física.

Estudios previos con adolescentes que presentaban problemas de conducta o comportamientos antisociales, coincidieron con estos hallazgos. Garaigordobil⁹² encontró que los jóvenes que tienen muchas conductas antisociales manifiestan pocas conductas prosociales, asertivas, pasivas, de consideración hacia otros y de autocontrol y, por otro lado, muchas conductas agresivas y baja adaptación social. Asimismo, mostraban baja capacidad de empatía, alta impulsividad y muchos problemas escolares.

Esto también fue confirmado por el equipo de López Rubio et al⁵³ quienes observaron que había diferencias significativas en la dimensión del autocontrol en las relaciones interpersonales, entre el grupo con problemas de conducta y el grupo que no los presentaba.

En el contexto local, el equipo compuesto por Cohen Imach et al⁵ exploraron las habilidades sociales y la presencia de comportamientos antisociales, aislamiento social y sentimientos de soledad en adolescentes de nivel socio-económico bajo de la provincia de Tucumán. Los autores encontraron asociaciones estadísticas significativas de tinte negativo entre las dimensiones *Consideración con los demás*, *Autocontrol* y *Liderazgo* con conductas de agresividad. Es decir que los adolescentes que evidencian comportamientos prosociales tales como empatía, respeto por los otros, aceptación de las normas sociales y capacidad de iniciativa y popularidad, no tienen o tienen pocos comportamientos agresivos; mientras que los jóvenes que manifiestan más comportamientos agresivos, evidencian menos comportamientos de autocontrol de las relaciones, popularidad y ascendencia entre los pares y los adultos.

Por otra parte, el 28,7% de los jóvenes que conformaron la muestra, manifestó *haber tenido relaciones sexuales* donde la edad de inicio promedio es de 14 años. El 74,1% utiliza *preservativos* como método de protección y un 11,1% utilizan *pastillas anticonceptivas*. Un 16% *combina* métodos y el 71% ha recibido *información* sobre la infección por VIH o SIDA.

Currie et al⁴² afirman que la actividad sexual temprana se asocia a algunas condiciones de desprotección. En consonancia con los resultados de investigaciones, los autores aseveran que la actividad sexual temprana puede aumentar el riesgo de embarazos no planificados, la aparición de enfermedades de transmisión sexual, el consumo de sustancias, el rendimiento académico inferior y mala salud mental.

En cuanto a las *redes sociales de apoyo* se indagaron a partir de las respuestas de los jóvenes sobre los otros significativos: *madre*, *padre*, *hermano/a*, *amigo/a* y *pareja*.

En la relación con la *madre*, se observó que cuando en el vínculo aumenta la *aprobación*, el *compañerismo* y la *protección*, los adolescentes manifiestan niveles más

altos de *Consideración con los demás*. La dimensión del *Autocontrol* se ve disminuida cuando lo que se incrementa es el *conflicto-antagonismo*. Otra escala facilitadora de las habilidades sociales, el *Liderazgo*, se ve influida positivamente cuando hay *aprobación* y *poder relativo* en el vínculo. Por último, la dimensión inhibidora *Ansiedad* se asoció con los suministros de *conflicto-antagonismo*, *compañerismo* y *ayuda instrumental*.

En el vínculo con el *padre* cuando aumenta la *aprobación*, el *compañerismo* y la *protección*, los adolescentes manifiestan niveles más altos de *Autocontrol*. La dimensión de *Consideración con los demás*, se ve incrementada cuando el joven percibe *aprobación* por parte del progenitor. De la misma manera se comporta la escala facilitadora del *Liderazgo*, cuando hay *poder relativo* en la relación padre-hijo. No se encontraron relaciones con las dimensiones inhibidoras de la socialización.

Tal como puede observarse, los mismos suministros de apoyo: la *aprobación*, el *compañerismo* y la *protección*, producen efectos diferentes según quién los provea. Cuando los adolescentes los perciben por parte de la madre, manifiestan niveles más altos de la dimensión de *Consideración con los demás*. Mientras que si son referidos a la relación con su padre, los jóvenes expresan niveles más altos de *Autocontrol*. Es decir, que a partir de la relación con la madre, los adolescentes se muestran más sensibles socialmente y más preocupados por los demás. En tanto que desde el vínculo con el padre, los jóvenes tienden a acatar las normas y las reglas que facilitan la convivencia, a la vez que pueden expresar conductas agresivas, impositivas o de terquedad.

Esto coincide con el estudio de Sánchez-Bernardos et al⁹³ quienes encontraron que aquellos adolescentes que percibían un mayor apoyo y atención de sus padres, tanto en actividad como en calidad, tendían a ser significativamente más considerados con los demás, más respetuosos y autocontrolados en las relaciones sociales.

Las puntuaciones de la dimensión del *Liderazgo* aparecen incrementados cuando en la relación con ambos progenitores se percibe *poder relativo*. Asimismo, en el vínculo con la madre se agrega una vez más el suministro de *aprobación*.

Se destaca que en el vínculo de los adolescentes con la madre es donde más asociaciones se producen entre los suministros de apoyo y las dimensiones de las habilidades sociales. Esto coincide con una investigación llevada a cabo por Braz et al⁵⁷, donde afirman que el hecho de que la mayoría de las correlaciones significativas encontradas hayan sido entre los comportamientos de los jóvenes y las madres se puede explicar por la mayor responsabilidad de de éstas en la crianza de los hijos en la sociedad occidental.

En la relación con el/la *hermano/a*, se observó que la dimensión facilitadora del *Liderazgo* fue la que más correlaciones tuvo con casi todos los suministros de apoyo, a saber: *intimidad, aprobación, afecto, alianza confiable, compañerismo, ayuda instrumental y protección*. Es decir que cuando los adolescentes perciben estos suministros en la relación fraterna, manifiestan conductas de popularidad, iniciativa, confianza en sí mismo y espíritu de servicio. Otro aspecto a tener en cuenta es cuando se da *conflicto-antagonismo* en este vínculo, ya que aumentan los puntajes en las escalas inhibitoras de las habilidades sociales, *Retraimiento y Ansiedad*. La dimensión del *Autoncontrol* se relacionó de manera negativa con el *poder relativo*, en tanto este aumenta, el *Autocontrol* disminuye. Por último, se puede mencionar que no se dieron asociaciones con la escala de *Consideración*.

Un estudio reciente llevado a cabo por Downey et al⁵⁴ demostró que quienes tienen hermanos son más sociables y desarrollan más habilidades sociales con el paso del tiempo, en comparación con quienes son hijos únicos. Esto puede relacionarse con los datos obtenidos en el presente trabajo, donde la dimensión facilitadora de las habilidades sociales

del *Liderazgo* es la que más se asoció con el apoyo percibido por el joven en su relación fraterna.

En el caso de las relaciones con el/la *amigo/a* se encontró que se asocian varios suministros de apoyo con las distintas dimensiones del comportamiento social. Al considerar las escalas facilitadoras, se observó que la de *Consideración* se relacionó con *intimidad, aprobación, compañerismo y protección*. El *Liderazgo* lo hizo con *aprobación, protección poder y relativo*. Por su parte, la dimensión de *Autocontrol* no se asoció de manera significativa con ningún suministro de apoyo. En las escalas inhibitoras de la socialización, el *Retraimiento* se relacionó con *conflicto-antagonismo, intimidación, afecto y ayuda instrumental*. Mientras que la dimensión de la *Ansiedad* lo hizo con *conflicto-antagonismo, intimidación, afecto, compañerismo, ayuda instrumental y protección*. Se destaca que sea esta última dimensión de las habilidades sociales la que más correlaciones significativas estableció con los suministros de apoyo.

En un estudio realizado por Knack et al⁵⁵ examinaron si la afabilidad de los adolescentes y su mejor amigo/a son importantes para el funcionamiento interpersonal. Los autores encontraron, en coincidencia con este trabajo, que los rasgos de los amigos pueden influir en el comportamiento social, más allá de la personalidad de los adolescentes solos. En el caso de los varones hallaron que la presencia de un amigo afable moderó la afabilidad y la victimización manifiesta y relacional. Por otra parte, en las mujeres, moderó la relación con otros y contribuyó para el desarrollo de habilidades sociales.

Por último, los jóvenes que estaban en una relación sentimental respondieron por su *pareja*. Se encontraron asociaciones entre el *poder relativo* y la escala de *Consideración*; y entre la *ayuda instrumental*, el *Retraimiento* y el *Autocontrol*, si bien en esta última dimensión la correlación es negativa.

Currie et al⁴² afirman que existe cierta evidencia de que algunos factores determinantes estructurales de las desigualdades en salud y sus efectos pueden ser compensados a partir de los mecanismos de protección y de los activos que se ofrecen en el contexto social inmediato del joven.

En este sentido, la buena relación que tengan los jóvenes y sus padres se constituirían en un aspecto clave dado que sería la familia en sí misma un factor de protección. El apoyo brindado por la familia proporciona a los adolescentes los recursos necesarios para hacer frente a situaciones de estrés, aminorando las consecuencias adversas. Es por ello que los jóvenes que declaran una buena comunicación con sus padres también son más propensos a tener una mayor percepción de salud, una mayor satisfacción con la vida y un menor número de síntomas físicos y psicológicos.

A medida que aumenta el número de fuentes de apoyo, por ejemplo la ayuda de los padres, hermanos y compañeros, lo más probable es que los adolescentes experimenten una salud positiva.

El desarrollo de relaciones positivas con compañeros y amigos es crucial para ayudar a los adolescentes a tratar con las tareas propias del desarrollo, tales como la formación de la identidad, el desarrollo de habilidades sociales y la autoestima, y el establecimiento de la autonomía. Las relaciones con los pares, si son positivas, valen como factores de protección. Es decir, promueven efectos positivos en la salud de los adolescentes. Si son perjudiciales, se convierten en factores de riesgo, asociados con el consumo de sustancias principalmente, pero también con aquellas conductas de riesgo.

A modo de resumen sobre las habilidades sociales identificadas puede decirse que las y los adolescentes manifestaron tener conductas sociales que le permiten interactuar

con los otros de un modo saludable, ya que mostraron puntuaciones más altas en las escalas facilitadoras de la socialización que en las inhibidoras. Sin embargo, quienes provienen de niveles socio-económicos medios y altos, puntúan más en las dimensiones facilitadoras de las habilidades sociales (Consideración, Autocontrol y Liderazgo), mientras que los jóvenes originarios de sectores bajos o marginales obtienen mayores puntajes en las dimensiones inhibidoras (Retraimiento y Ansiedad). Esto genera diferencias dado que los déficits en los comportamientos sociales se asocian a hábitos relacionados con el riesgo y el desajuste emocional.

En relación con el género se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las dimensiones de *Consideración* y *Ansiedad*, a favor de las mujeres.

Los principales problemas de salud reconocidos por los entrevistados y que afectan a los jóvenes de su edad, fueron centrados en el consumo de sustancias: marihuana (porro), alcohol y cigarrillos. Entre las consecuencias destacaron aspectos físicos, psicológicos y sociales. Como medidas de cuidado implementadas para prevenir estos problemas de salud, los jóvenes mencionaron aquellas relacionadas con los estilos de vida saludable (no fumar, hacer deportes, buenos hábitos alimenticios y de descanso, uso de métodos de protección en el ejercicio de la sexualidad).

Por otra parte, la familia es el principal referente de confianza y de apoyo, siendo el lugar al que acuden los jóvenes para buscar mecanismos de protección de la salud. Se destaca el vínculo sostenido con la madre, ya que es el que más asociaciones significativas presenta en relación con las habilidades sociales. Mientras que en un segundo plano se encuentra a los amigos como referencia. No se refirieron a agentes sanitarios o pertenecientes a la institución escolar.

Tal como lo plantean los distintos autores^{5, 53}, se destaca que las habilidades sociales inciden fuertemente en el ajuste emocional del adolescente, e influyen en la

calidad de vida y la inclusión social. Asimismo, el desarrollo de ellas durante la adolescencia impacta en el ajuste psicológico, social y académico de la adultez.

Si bien estos hallazgos son de relevancia científica y social, es importante tener en cuenta que se trata de resultados acotados al grupo estudiado, y en tanto tal es necesario relativizarlos, dado que no son generalizables a toda la población adolescente de la Ciudad de Córdoba. Sin embargo, este estudio abre líneas para el desarrollo de futuras investigaciones e intervenciones en el contexto escolar, ya que la identificación de habilidades que favorezcan a la socialización con pares posibilita la promoción de habilidades salugénicas y comportamientos prosociales. Por lo tanto, pueden considerarse factores claves en la promoción de la salud de los jóvenes.

5. CONSIDERACIONES FINALES Y PROPUESTAS FUTURAS

En el desarrollo de la tesis una de las consideraciones que merece su reflexión se vincula a las características de los instrumentos y herramientas que abordan la temática de las habilidades sociales. Si bien los estudiosos de los comportamientos sociales sugieren que las principales técnicas sobre habilidades sociales son las pruebas de observación de la conducta, heteroinformes y autoinformes; también recomiendan la utilización de entrevistas. En este trabajo se utilizaron autoinformes junto a grupos focales (combinación de métodos), sin embargo, no se trabajó con la información que podían proveer otras personas, tales como los padres y/o profesores de los adolescentes entrevistados. Si bien los autoinformes suelen ser uno de los instrumentos más utilizados porque permiten operacionalizar constructos, a la vez que son prácticos, sencillos y económicos, están sometidos a la distorsión y subjetividad característica a toda autoevaluación⁶⁸. Asimismo, las respuestas que producen los autoinformes, están sujetas a la deseabilidad social, es decir, a lo que el joven cree de sí o a lo que el grupo ha naturalizado o sostiene como ideales⁸¹. Utilizar una perspectiva multimétodo y multiinformante puede brindar un perfil más exhaustivo sobre las capacidades sociales de los jóvenes.

Teniendo en cuenta que las habilidades sociales son influidas por el entorno en que se desenvuelve el adolescente, se pueden llevar a cabo estudios donde se indague la percepción que tienen los jóvenes y el ambiente más cercano: familia y docentes, por ejemplo. De esta manera se tendría un perfil más completo sobre las competencias sociales de esos adolescentes investigados. Teniendo en cuenta los resultados de Braz et al⁵⁷, puede considerarse que una propuesta donde se trabaje conjuntamente con los padres, dada su influencia en la transmisión y el repertorio de las habilidades sociales, lo cual produciría efectos en las relaciones interpersonales de los jóvenes. Asimismo, atendiendo a que la

escuela es un ámbito valioso por la oferta de oportunidades y recursos que contribuyen al desarrollo de los procesos de socialización, debería ser tenida en cuenta para un trabajo con todos aquellos involucrados con los jóvenes, con el fin de fortalecer las habilidades sociales presentes y estimular otras que favorezcan los vínculos interpersonales.

Por otra parte, tal como lo señalaron algunos autores^{94, 53, 81}, es importante tener en cuenta el desarrollo de las habilidades sociales en la niñez y no sólo en el tránsito de la adolescencia, dado que puede convertirse en una herramienta fundamental de promoción de la salud tanto en ámbitos familiares como escolares. Se destaca la necesidad de desarrollar estrategias de intervención que promuevan modificaciones en el entorno de los niños y adolescentes, que favorezcan más y mejores relaciones sociales, las que a su vez, faciliten un desarrollo más saludable y una mejor adaptación.

Debe destacarse que las decisiones en torno a la salud de los jóvenes cambian durante la adolescencia, siendo un momento donde las desigualdades surgen o empeoran, con consecuencias en la vida adulta. De allí la importancia de generar conocimientos sobre la población joven para diseñar e implementar intervenciones tempranas en salud. En futuros trabajos podría considerarse ampliar la muestra, con otras zonas de la Ciudad de Córdoba y con jóvenes que asistan tanto a escuelas públicas como privadas. De esta manera, se podrían pensar intervenciones de cuidado y protección de salud de los y las adolescentes, destacando el ámbito escolar como clave para ello.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Musitu G, Cava M J. El rol del apoyo social en el ajuste de los adolescentes. *Intervención Psicosocial*. 2003, 12 (2): 179-192.
- (2) Monjas Casares M I. Programa de enseñanza de habilidades de interacción social (PEHIS) para niños y niñas en edad escolar. Madrid: CEPE; 2000.
- (3) Monjas Casares M I, González Moreno B. Las habilidades sociales en el currículo. (Serie Colección N° 146). España: Centro de Investigación y Documentación Educativa (CIDE); 2000.
- (4) Delgado Rodríguez R F. (2010). Relaciones interpersonales en la adolescencia: Implementación de un programa de entrenamiento en asertividad y habilidades sociales para adolescentes de 1° y 2° de la ESO. [Tesis de Maestría]. Universidad de Granada. URL disponible en <http://digibug.ugr.es/bitstream/10481/5597/1/Rafael%20Delgado.%20Trabajo%20Fin%20de%20Master.pdf>
- (5) Cohen Imach S, Esterkind de Chein A E, Lacunza A B, Caballero S V, Martinenghi C. Habilidades sociales y contexto sociocultural. Un estudio con adolescentes a través del BAS-3. *RIDEP, Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*. 2011; 1 (29): 167-185.
- (6) Caballo V E. Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales. (6° Ed.). Madrid: Siglo XXI Editores; 2005.
- (7) Calzetta M C, Gómez T. Desarrollo de habilidades psico-sociales en adolescentes: una intervención de promoción de salud. En: IX Jornadas Nacionales de Debate Interdisciplinario en Salud y Población. [CD]. Buenos Aires; 2011.

- (8) Cardozo G, Dubini P, Ardiles R, Fantino I. Habilidades sociales en adolescentes. Una experiencia de intervención desde el ámbito escolar. En: Memorias del III Congreso Internacional de Investigación y Práctica profesional en Psicología. Buenos Aires: Ediciones de la Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires; 2011.
- (9) Organización Panamericana de la Salud. Enfoque de habilidades para la vida para un desarrollo saludable de niños y adolescentes. Washington: OPS; 2001.
- (10) Ovejero Bernal A. Las habilidades sociales y su entrenamiento, un enfoque necesariamente psicosocial. *Psicothema*. 1990; 2 (2): 93-112.
- (11) Eceiza M, Arrieta M, Goñi A. Habilidades sociales y contexto de la conducta social. *Revista de Psicodidáctica*. 2008; 13 (1): 11-26.
- (12) Zárate González G, Pérez M A. Factores sociales como mediadores de la salud pública. *Salud Uninorte*. 2007; 23 (2): 193-203.
- (13) Barragán H L. Fundamentos de Salud Pública. Buenos Aires: Editorial de la Universidad Nacional de La Plata; 2007.
- (14) Gómez Bustamante E M, Cogollo Z. Factores predictores relacionados con el bienestar general en adolescentes estudiantes de Cartagena, Colombia. *Revista de Salud Pública*. 2010; 12 (1): 61-70.
- (15) Montt S M E, Ulloa Chávez F. Autoestima y Salud Mental en los adolescentes. *Salud Mental*. 1996; 19 (3): 30-35.
- (16) Casullo M M, Castro Solano A. Patrones de personalidad, síndromes clínicos y bienestar psicológico en adolescentes. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*. 2002; 7 (2): 129-140.

- (17) González Rodríguez B, Rego Rodríguez E. Problemas emergentes en la salud mental de la juventud. Madrid: Instituto de la Juventud Ediciones; 2009.
- (18) Antona A, Madrid J, Aldáez M. Adolescencia y Salud. Papeles del Psicólogo. 2003; 84: 45-53.
- (19) Contini de González N. Las habilidades sociales en la adolescencia temprana: perspectivas desde la Psicología Positiva. Psicodebate. 2008; 9: 45-63.
- (20) Levisky D. Adolescencia. Reflexiones psicoanalíticas. Buenos Aires: Lumen Editorial; 1999.
- (21) Vernaza-Pinzón Paola, Pinzón M V. Comportamientos de salud y estilos de vida en adolescentes de tres colegios del municipio de Pompayán. Revista de Salud Pública. 2012, 14 (6): 946-955.
- (22) Vega M, Barrionuevo J, Vega V. Escritos psicoanalíticos sobre adolescencia. Buenos Aires: Eudeba Editorial; 2009.
- (23) Kancyper L. Adolescencia: el fin de la ingenuidad. Buenos Aires: Lumen Editorial; 2007.
- (24) Fernández A M. Adolescencias y embarazos. Primera parte: Hacia la ciudadanía de las niñas. Revista del Instituto de Investigaciones de la Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires. 2004, 9 (3)
- (25) Sternbach S. Adolescencias: tiempo y cuerpo en la cultura actual. En Rother de Hornstein M C. Adolescencias trayectorias turbulentas. Buenos Aires: Paidós Editorial, 2010.

- (26) González Barrón R, Montoya Castilla I, Casullo M M, Bernabéu Verdú J. Relación entre estilos y estrategias de afrontamiento y bienestar psicológico en adolescentes. *Psicothema*. 2002, 14 (2): 363-368.
- (27) Contini de González E N, Coronel de Pace C, Levin M, Estevez Suedan M A. Estrategias de afrontamiento, bienestar psicológico y factores de protección de la salud del adolescente. Un estudio preliminar. *RIDEP*. 2003, 16 (2): 29-51.
- (28) Benatuil D. El bienestar psicológico en adolescentes desde una perspectiva cualitativa. *Psicodebate*. 2004, 3: 43-58.
- (29) Martínez González A E, Inglés Saura C J, Piqueras Rodríguez J A, Ramos Linares V. Importancia de los amigos y los padres en la salud y el rendimiento escolar. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*. 2010, 8 (1): 111-138.
- (30) Bokhorst C, Sumter S, Westenberg P M. Social support from parents, friends, classmates, and teachers in Children and Adolescents aged 9 to 18 years: Who is perceived as most supportive? *Social Development*. 2010, 19 (2): 417-426.
- (31) Coronel C P, Levin M, Mejail S. Las habilidades sociales en adolescentes tempranos de diferentes contextos socioeconómicos. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*. 2011; 9 (23): 241-262.
- (32) Guaita V L. Aspectos emocionales de la comunicación en niños en riesgo por pobreza extrema. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación (RIDEP)*. 2007; 24 (2): 177-192.
- (33) Pérez I P. Habilidades sociales: Educar hacia la autorregulación. Conceptualización, evaluación e intervención. Barcelona: Horsori Editorial; 2000.

- (34) Morán V, Prytz Nilsson N S, Suárez A B, Olaz, F O. Estado de la investigación en Habilidades Sociales en el Laboratorio del Comportamiento Interpersonal (LACI) Córdoba-Argentina. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 2011, 11 (2): 507-527.
- (35) Álvarez Castaño L S. Determinantes sociales de la salud: más allá de los factores de riesgo. *Revista Gerenc. Polit. Salud*. 2009; 8 (17):69-79.
- (36) Castillo Martínez A. Determinantes sociales e inequidades en salud. Una mirada a la salud en Costa Rica. En *La salud pública en Costa Rica. Estado actual, retos y perspectivas*. Editado por Escuela de Salud Pública, Universidad de Costa Rica; 2011. URL <http://www.saludpublica.ucr.ac.cr/Libro/04%20Determinantes%20sociales.pdf> disponible en
- (37) De Carvalho A I, Marchiori Buss P. Determinantes Sociais na Saúde, na Doença e na Intervenção. En Giovanella L, Escorel S, Lobato L, Noronha J C. *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2008.
- (38) Almeida-Filho N. A problemática teórica da determinação social da saúde. En *Passos Nogueira R. Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária*. Rio de Janeiro: Cebes, 2010.
- (39) Viner R, Ozer E, Denny S, Marmot M, Resnick M, Fatusi A, Currie C. Adolescence and the social determinants of health. *Lancet*. 2012; 379: 1641-1652.
- (40) Cambría Rosset C. Promoción de la salud en el marco del aseguramiento universal. Documento Técnico. 2009. Organización Panamericana de la Salud.
- (41) Wilkinson R, Marmot M. *Social Determinants of Health. The Solid Facts*. Copenhagen: WHO; 2003.

- (42) Currie C, Zanotti C, Morgan A, Currie D, de Looze M, Roberts C, Samdal O, Smith O, Barnekow V. Social determinants of health and well-being among young people. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: International Report from the 2009/2010 survey. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2012.
- (43) Moak Z B, Agrawal A. The association between perceived interpersonal social support and physical and mental health: results from the national epidemiological survey on alcohol and related conditions. *Journal of Public Health*. 2009, 32 (2): 191-201.
- (44) Yu Rueger S, Kerres Malecki C, Kilpatrick Demaray M. Relationship between multiple sources of perceived social support and psychological and academic adjustment in early adolescence: Comparisons across gender. *Journal of Youth and Adolescence*. 2010, 39 (1): 47-61.
- (45) Yu Rueger S, Chen P, Jenkins L N, Choe H J. Effects of perceived support from mothers, fathers and teachers on depressive symptoms during the transition to Middle School. *Journal of Youth Adolescence*. 2013.
- (46) Biassoni E C, Serra M R, Pérez Villalobo J, Joeques S, Yacci M R. Hábitos recreativos en la adolescencia y salud auditiva. *Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology*. 2008, 42 (2): 257-271.
- (47) García Laguna D G, García Salamanca G P, Tapiero Paipa Y T, Ramos D M. Determinantes de los estilos de vida y su implicación en la salud de los jóvenes universitarios. *Hacia la promoción de la salud*. 2012, 17 (2): 169-185.
- (48) Breilh J. Las tres 'S' de la determinación de la vida. Diez tesis hacia una visión crítica de la determinación social de la vida y la salud. En Passos Nogueira R. *Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária*. Rio de Janeiro: Cebes, 2010.

- (49) Tamez González S, Eibenschutz Hartman C, Camacho Cuapio I. El papel del trabajo en la determinación de las desigualdades en salud: Reflexión crítica sobre el Informe de la Comisión de Conocimiento sobre las Condiciones de Empleo de la Organización Mundial de la Salud (Employment Conditions Knowledge Network). En Passos Nogueira R. Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária. Rio de Janeiro: Cebes, 2010.
- (50) López O, Blanco J, Garduño M A, Granados J A, Jarillo E, López S, Rivera J A, Tetelboin C. Los determinantes sociales de la salud y la acción política. Una perspectiva desde la academia. En ALAMES Taller Latinoamericano sobre Determinantes Sociales de la Salud.
- (51) Castañeda Abascal I E, Corral Martín A, Barzaga Torres M. Perfiles de género y salud en Cuba. Revista Cubana de Salud Pública. 2010, 36 (2): 132-141.
- (52) Vélez Galárraga R, López Águila S, Rajmil L. Género y salud percibida en la infancia y la adolescencia en España. Gaceta Sanitaria. 2009 23 (5): 433–439.
- (53) López Rubio S, Mendoza E, Fernández-Parra A. Habilidades lingüísticas y sociales en adolescentes con problemas de conducta. Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología. 2009, 29 (4): 237-248.
- (54) Downey D B, Condrón D J, Yucel D. Number of siblings and social skills revisited among american fifth graders. Journal of Family Issues. 2013. Doi:10.1177/0192513X13507569
- (55) Knack J M, Jacquot C, Jensen-Campbell L A, Malcolm K T. Importance of having agreeable friends in adolescence (especially when you are not). Journal of Applied Social Psychology. 2013. DOI: 10.1111/jasp.12188

- (56) Seitz C M, Wyrick D L, Orsini M M, Milroy J J, Fearnow-Kenney M. Coverage of adolescent substance use prevention in state frameworks for Health Education: 10-Year follow-up. *Journal of School Health*. 2013, 83 (1): 53-6.
- (57) Braz A, Cômodo C N, Del Prette Z, Del Prette A, Fontaine A M G. Habilidades sociales e intergeneracionalidad en las relaciones familiares. *Apuntes de Psicología*. 2013, 31 (1): 77-84.
- (58) Santos Weis A S. Estudio descriptivo de la adolescencia en São Borja: un análisis a la luz de las habilidades sociales. *Subjetividad y Procesos Cognitivos*. 2013, 17 (1): 291-318.
- (59) Contini E N, Lacunza A B, Medina S E, Álvarez M, González M, Coria V. Una problemática a resolver: soledad y aislamiento adolescente. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 2012, 15 (1): 127-149.
- (60) Cardozo G, Dubini P, Ardiles R, Fantino I, Saracho M, Ferreiro M, Herrera N, Lucero M, Constantino M, Fidelio L, Warner Hernández G. Habilidades sociales en adolescentes: Relación con el consumo de sustancias. En: *Memorias del IV Congreso Internacional de Investigación y Práctica profesional en Psicología*. Buenos Aires: Ediciones de la Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires; 2012.
- (61) Herrera Lestussi A, Freytes M V, López G E, Olaz F O. Un estudio comparativo sobre las habilidades sociales en estudiantes de Psicología. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*. 2012; 12 (2): 277-287.
- (62) López Arellano O, Escudero J C, Carmona L D. Los determinantes sociales de la salud. Una perspectiva desde el Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud, ALAMES. *Medicina Social*. 2008, 3 (4): 323-335.

- (63) Martínez Pérez M. Determinantes sociales de la salud como herramienta para una mejor intervención de enfermería. *Revista Médica Electrónica*. 2009, 31 (6).
- (64) Ward P, Mamerow L, Meyer S B. Researching the social determinants of health using social quality theory: a national survey in Australia. 2013. Flinders University, Australia.
- (65) WHO. Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region: Final Report. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2013.
- (66) Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio P. Metodología de la investigación. (4° Ed.). México: Mc Graw Hill Editorial; 2008.
- Instituto Nacional de estadísticas y Censos. INDEC. Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas. 2001.
- (67) Silva Moreno F, Martorell Pallás M C. Batería de Socialización BAS-3 (Autoevaluación). Madrid: TEA Ediciones; 2009.
- (68) Lacunza A, Caballero S V, Contini E N. Adaptación y evaluación de las propiedades psicométricas de la BAS-3 para población adolescente de Tucumán (Argentina). *Diversitas: Perspectivas en Psicología*. 2013, 9 (1): 29-44.
- (69) Furman W, Buhrmester. Network of Relationships Inventory. 2001. Denver: Relationship Center, Department of Psychology, University of Denver.
- (70) Facio A, Resett S, Micocci F, Mistrorigo C, Di Liscia E. Relaciones interpersonales y problemas emocionales y de conducta en adolescentes de 17 a 18 años. En: Memorias de las XIII Jornadas de Investigación y II Encuentro de investigadores en Psicología del Mercosur. Buenos Aires: Ediciones de la Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires; 2006.

- (71) Facio A, Resett S. Violencia familiar en la adolescencia media y problemas emocionales y en las relaciones íntimas en la adultez emergente. En: Memorias del III Congreso Internacional de Investigación y Práctica profesional en Psicología. Buenos Aires: Ediciones de la Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires; 2011.
- (72) Contini de González N. Proyecto Habilidades sociales y habilidades cognitivas en adolescentes que viven bajo condiciones de pobreza. Un estudio comparativo. Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Tucumán; 2008-2011.
- (73) Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas.
- (74) Organización Mundial de la Salud. Encuesta Mundial de Salud a Escolares (GSHS). Argentina. 2012. URL disponible en http://www.who.int/chp/gshs/2012_Argentina_GSHS_Questionnaire_ES.pdf
- (75) Kornblit A L. Metodologías cualitativas en Ciencias Sociales. Modelos y procedimientos de análisis. Buenos Aires: Biblós Editorial; 2007.
- (76) Tabachnick B G, Fidell L S. Using Multivariate Statistics. 2007. Boston: Pearson.
- (77) INDEC
- (78) Martínez Guzmán M L. Mirando al futuro: Desafíos y oportunidades para el desarrollo de los adolescentes en Chile. Psykhe. 2007, 16 (1): 3-14.
- (79) Del Prette Z A P y Del Prette A. Psicologia das habilidades sociais: diversidade teoria e suas implicações. Petrópolis: Editora Vozes, 2009.
- (80) Tuñón I. Determinantes de las oportunidades de crianza y socialización en la niñez y en la adolescencia. Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales de la Niñez y Juventud. 2010, 8 (2): 903-920.

- (81) Cohen Imach S, Caballero S, Mejail S, Hormigo K. Habilidades sociales, aislamiento y comportamiento antisocial en adolescentes en contextos de pobreza. *Acta Colombiana de Psicología*. 2012, 15 (1): 11-20.
- (82) Páramo M A. Factores de riesgo y factores de protección en la adolescencia: Análisis de contenido a través de grupos de discusión. *Terapia Psicológica*. 2011, 29 (1): 85-95.
- (83) Kornblit A L, Mendes Diz A M, Di Leo P F, Camarotti A C, Adaszko D. Salud y enfermedad desde la perspectiva de los jóvenes. Un estudio en jóvenes escolarizados de la Ciudad de Buenos Aires. Buenos Aires: UBA; 2005.
- (84) Martínez González A, Inglés Saura C, Piqueras Rodríguez J y Oblitas Guadalupe L. Papel de la conducta prosocial y de las relaciones sociales en el bienestar psíquico y físico del adolescente. *Avances en Psicología Latinoamericana*. 2010, 28 (1): 74-84.
- (85) Interlandi A C, De Lellis C M. Revisión sistemática de los constructos psicológicos y contextuales protectores de la salud de los niños. *Anuario de investigaciones, Facultad de Psicología, UBA*. 2011, XVIII: 359-366.
- (86) Lacunza A B. Las habilidades sociales y el comportamiento prosocial infantil desde la Psicología Positiva. *Revista Pequeñ*. 2012, 2 (1): 1-20.
- (87) Arce S, Cordera M, Perticarari M, Villagarcía M. Los valores prosociales en el contexto de la violencia. *Boletín de Psicología Interamericana*. 2008, 89. Recuperado de http://boletin.sipsych.org/index.php?id_page=12&todo=showpage&idtxt=78.
- (88) García Castro J D y Pérez Sánchez R. Tiempo libre en adolescentes escolarizados de dos clases sociales de Costa Rica. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales Niñez y Juventud*. 2010, 8 (1): 439-454.

- (89) Anguiano Serrano S, Vega Valero C, Nava Quiroz C y Soria Trujano R. Las habilidades sociales en universitarios, adolescentes y alcohólicos en recuperación de un grupo de alcohólicos anónimos. *Liberabit*. 2010, 16 (1): 17-26
- (90) Moral M, Sirvent C y Blanco P. Adicciones y déficit en asertividad. Comunicación presentada en el 12º Congreso Virtual de Psiquiatría. *Interpsiquis* 2011. www.interpsiquis.com
- (91) López Larrosa S, Rodríguez-Arias Palomo L. Factores de riesgo y protección en el consumo de drogas en adolescentes y diferencias según edad y sexo. *Psicothema*. 2010, 22 (4): 568-573.
- (92) Garaigordobil M. Conducta antisocial durante la adolescencia: correlatos socio-emocionales, predictores y diferencias de género. *Psicología Conductual*. 2005, 13 (2): 197-215.
- (93) Sánchez-Bernardos M L, Alonso Rodríguez E, Hernández-Lloreda M J, Bragado M C. Orden de nacimiento e inversión parental: su papel en la orientación interpersonal de los adolescentes: un estudio preliminar. *Clínica y salud: Revista de psicología clínica y salud*. 2007, 18 (1): 9-21.
- (94) Sartori M S, Zabaletta V, Aguilar M J, López M. Variables psicológicas troncales en el desarrollo de habilidades sociales: estudio diferencial en niñas y adolescentes con diagnóstico de Síndrome de Turner. *Rev. Chil. Neuropsicol*. 2013, 8(2): 31-34.

7. ANEXOS

7. 1. Anexo 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DE INVESTIGACIÓN

La presente investigación se encuentra a cargo de la Lic. Elizabeth Jorge, forma parte de la Tesis de Maestría en Salud Mental (Universidad Nacional de Córdoba) que es dirigida por la Mgtr. Sandra Gerlero. El tema en estudio es *Las habilidades sociales de los adolescentes que asisten a escuelas públicas de la Ciudad de Córdoba. Una lectura desde los Determinantes Sociales de la Salud.*

La **participación** en este estudio es **estrictamente voluntaria**. La **información** que se recoja será **confidencial** y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto serán anónimas.

Si Usted accede a participar en este estudio se le pedirá que **complete tres cuestionarios**, con una duración aproximada de una hora en total, y **participe de una entrevista grupal**. Ambas actividades serán realizadas **dentro del colegio, en las horas de clase**, ya que así lo han permitido las autoridades de la Dirección Institucional.

Si tiene alguna **duda** sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. De igual manera, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo/la perjudique en ninguna forma.

Respecto a la **devolución**, no habrá ningún tipo de devolución individual de los cuestionarios, pero si Usted desea información sobre los resultados obtenidos, puede ponerse en contacto a través de la siguiente dirección de correo electrónico: eli21jorge@gmail.com. Y una vez finalizado el análisis de datos se le enviará una síntesis de éstos.

A continuación se presenta un **consentimiento informado** que Usted deberá firmar posterior a su lectura. Éste no será entregado a nadie, y una vez concluido el estudio de investigación, será destruido a los fines de preservar la identidad de los participantes.

Le agradecemos su participación,

Lic. Prof. Elizabeth Jorge y Mgtr. Sandra Gerlero

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Acepto participar voluntariamente en esta investigación a cargo de la Lic. Elizabeth Jorge y dirigida por la Mgtr. Sandra Gerlero. He sido informado/a de que forma parte de la Tesis de Maestría en Salud Mental (Universidad Nacional de Córdoba) y que el tema de estudio es “*Las habilidades sociales de los adolescentes que asisten a escuelas públicas de la Ciudad de Córdoba. Una lectura desde los determinantes Sociales de la Salud*”.

Me han informado también que tendré que responder tres cuestionarios, con una duración aproximada de una hora, y participar de una entrevista grupal. Todas las actividades serán realizadas dentro del colegio en horario escolar. Reconozco que la información que yo brinde en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento.

He sido informado/a que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme de éste cuando así lo decida, sin que ello me perjudique. En caso de tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a la Lic. Elizabeth Jorge a través del siguiente correo electrónico: eli21jorge@gmail.com. Entiendo que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando haya concluido.

Firma

Aclaración_____

Fecha_____

7. 2. Anexo N° 2

ENCUESTA de caracterización del adolescente y el grupo familiar
--

Código alfanumérico(1ra letra nombre y apellido y fecha de nacimiento)_____

Edad_____ Género_____ Escuela_____

Turno_____ Curso_____

Barrio_____

(1) ¿Con quién vivís?

(2) N° de hermanos sin contarte a vos_____

(3) Lugar que ocupas entre tus hermanos (MARCAR CON UNA CRUZ)

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

(4) Edad de tu mamá_____ Edad de tu papá_____

(5) N° de personas que viven en tu casa_____

(6) Nivel educativo del Principal sostén del Hogar. (MARCAR CON UNA CRUZ UNA SOLA OPCIÓN)

1. Sin escolaridad	
2. Primario incompleto	
3. Primario completo	
4. Secundario incompleto	
5. Secundario completo	
6. Terciario Incompleto	
7. Terciario Completo	
8. Universitario Incompleto	
9. Universitario Completo	
10. Otros	

(7) Ocupación del Principal sostén del Hogar_____

(8) Tipo de casa en la que vives (MARCA CON UNA CRUZ UNA SOLA OPCIÓN)

1. Vivienda con salida directa al exterior (los habitantes no pasan por pasillos o corredores de uso común). No tiene condiciones deficitarias.	
2. Casa que tiene al menos: piso de tierra o ladrillo suelto u otro material, o no tiene provisión de agua por cañería dentro de la vivienda o no dispone de inodoro con descarga de agua.	
3. Vivienda que tiene paredes de adobe, piso de tierra y techo de chapa o paja.	
4. Vivienda que está construida con materiales precarios.	
5. Vivienda que forma parte de un edificio con una entrada común, a la que se accede a través de pasillos, escaleras o ascensores de uso común.	
6. Pieza ubicada en un inquilinato o conventillo, que tiene salida a uno o varios espacios de uso común (baños, cocinas)	
7. Pieza ubicada en un hotel o pensión, donde se paga por día, semana, quincena o por mes el importe del alojamiento.	
8. Local o vivienda que no ha sido construido para que habiten personas.	
9. Vivienda móvil (carpa, vagón de ferrocarril, casa rodante, camión, etc.)	
10. Espacio en la vía pública (calle, estación del tren, plaza, etc.)	

(9) En la casa donde tú vives, uno de los miembros de tu familia... (MARCAR CON UNA CRUZ UNA SOLA OPCIÓN)

1. Es propietario/dueño de la vivienda y del terreno.	
2. Es propietario sólo de la vivienda, pero no del terreno.	
3. Es quien paga el alquiler por la utilización de la vivienda.	
4. Es quien consiguió les sea prestada la vivienda, por lo que no pagan un alquiler por su uso.	
5. Tiene un trabajo por el que le facilitan la vivienda de manera gratuita	

(10) N° de dormitorios que hay en tu casa (sin contar baño y cocina) _____

(11). En tu casa tienes (MARCA CON UNA CRUZ)

() Televisor Plasma () Microondas () Bicicleta () Aire acondicionado ()
 Computadora con Internet () Lavarropa () Automóvil () Moto

(12) ¿Tienen cobertura de salud (obra social, plan de salud privado o mutual)? _____

(13) ¿Qué haces en tu tiempo libre? _____

(14) ¿Practicas algún deporte? _____ ¿Cuál? _____

(15) Durante los últimos 30 días, con qué frecuencia vos...

	Nunca	1 vez al día	2 veces al día	3 veces al día	4 veces al día	5 o más veces al día
Sentiste hambre porque no había suficientes alimentos en tu casa						
Comiste frutas (como manzanas, bananas, naranjas, o mandarinas)						
Comiste verduras (como lechuga, tomate, zanahorias y zapallo)						
Tomaste gaseosas						
Tomaste bebidas alcohólicas						
Fumaste cigarrillos						
Usaste drogas (como cocaína, paco, marihuana, inhalantes, etc.)						
Fuiste víctima de agresión física						
Participaste de una pelea						

(16) ¿Alguna vez tuviste relaciones sexuales? Si () No ()

(17) ¿Qué edad tenías la primera vez que tuviste relaciones sexuales? _____

(18) La última vez que tuviste relaciones sexuales, vos o tu pareja usaron (MARCA CON UNA CRUZ)

() Preservativo () Pastillas anticonceptivas () DIU () Diafragma () Otro método anticonceptivo

(19) En el transcurso de este año has recibido información sobre la infección por VIH o SIDA?

7.3. Anexo N° 3

BATERÍA DE SOCIALIZACIÓN BAS-3 (Silva Moreno y Martorell Pallás, 2009)

Marca con una cruz si la frase se corresponde o no con tu manera de ser o actuar

		SI	NO
1	Me dan miedo y me aparto de cosas que no dan miedo a los demás.		
2	Me gusta organizar nuevas actividades.		
3	Cuando estoy con una persona mayor y hablo con ella, lo hago con respeto.		
4	Insulto a la gente.		
5	Suelo ser simpático con los demás.		
6	Me gusta dirigir actividades de grupo.		
7	Todas las personas me caen bien.		
8	Evito a los demás.		
9	Suelo estar solo.		
10	Los demás me imitan en muchos aspectos.		
11	Ayudo a los demás cuando tienen problemas.		
12	Me preocupo cuando alguien tiene problemas.		
13	Soy terco; hagan lo que hagan y digan lo que digan los demás, voy a lo mío.		
14	Animo a los demás para que solucionen sus problemas.		
15	Llego puntual a todos los sitios.		
16	Entro a los sitios sin saludar.		
17	Hablo a favor de los demás cuando veo que tienen problemas.		
18	Me cuesta hablar, incluso cuando me preguntan algo, me cuesta responder.		
19	Lloro con facilidad.		
20	Organizo grupos para trabajar.		
21	Cuando hay problemas, me eligen como árbitro o juez.		
22	Dejo a los demás trabajar o entretenerse sin molestarlos.		
23	Contribuyo a que el trabajo sea más interesante y variado.		
24	Algunas veces he hecho como que no oía cuando me llamaban.		
25	Soy alegre.		
26	Tomo la iniciativa a la hora de emprender algo nuevo.		
27	Me preocupo de que nadie sea dejado de lado.		
28	Me siento aletargado, sin energía.		
29	Me eligen como jefe en las actividades de grupo.		
30	Me gusta hablar con los demás.		

31	Juego más con los otros que solo.		
32	Me gusta todo tipo de comida.		
33	Tengo facilidad de palabra.		
34	Soy violento y golpeo a los demás.		
35	Me tienen que obligar para integrarme a un grupo.		
36	Cuando quiero hablar, pido la palabra y espero mi turno.		
37	Me gusta estar con los demás, me siento bien entre ellos.		
38	Soy vergonzoso.		
39	Soy miedoso ante cosas o situaciones nuevas.		
40	Grito y chillo con facilidad.		
41	Hago inmediatamente lo que me piden.		
42	Cuando se trata de realizar actividades de grupo, me retraigo.		
43	Soy tímido.		
44	Soy mal hablado.		
45	Sugiero nuevas ideas.		
46	Cuando corrijo a alguien, lo hago con delicadeza.		
47	Me entiendo bien con los de mi edad.		
48	Paso apuros cuando estoy con personas del otro sexo.		
49	Corrijo a los demás cuando dicen palabrotas.		
50	Espero mi turno sin ponerme nervioso.		
51	Defiendo a otros cuando se les ataca o critica.		
52	Intento estar en lugares apartados, poco visibles o concurridos.		
53	Hablo y discuto serenamente, sin alterarme.		
54	Me asusto con facilidad cuando no sé hacer algo.		
55	Cuando me llaman la atención, me desconcierto y no sé qué hacer.		
56	Desafío a los mayores cuando me llaman seriamente la atención.		
57	Cuando tengo que hacer algo, lo hago con miedo.		
58	Cuando digo o hago algo mal, siempre pido disculpas.		
59	Sé escuchar a los demás.		
60	Soy amable con los demás cuando veo que tienen problemas.		
61	Soy considerado con los demás.		
62	Me pongo nervioso cuando tengo que decir algo delante de la gente.		
63	Suelo estar apartado, sin hablar con nadie.		
64	Soy impulsivo, me falta paciencia para esperar.		
65	Protesto cuando me mandan hacer algo.		
66	Cuando alguien es rechazado por el grupo, me acerco e intento ayudarlo.		
67	Recojo los papeles que otros tiran al suelo.		

68	Me intereso por lo que les ocurre a los demás.		
69	Permanezco sentado, sin enterarme de nada, durante mucho tiempo.		
70	Hago nuevas amistades con facilidad.		
71	Soy popular entre los demás.		
72	Me aparto cuando hay muchas personas juntas.		
73	Acepto sin protestar las decisiones de la mayoría.		
74	Reparto todas mis cosas con los demás.		
75	A veces soy brusco con los demás.		

7. 4. Anexo N° 4

INVENTARIO RED DE RELACIONES INTERPERSONALES (Furman, 2001)

Describí cómo son tus relaciones con las personas más importantes de tu vida: tu madre (o la persona que tiene ese papel en tu vida), tu padre (o la persona que tiene ese papel en tu vida), el único hermano/a que tenés o el que elegirás para responder sobre él, tu pareja amorosa y tu mejor amigo/a. **MARCÁ CON UNA CRUZ.**

SI no tenés algún vínculo, no contestes respecto a esa relación.

Los que tienen más de un hermano/hermana: decí sobre qué hermano/hermana vas a contestar en las preguntas siguientes. ¿Es varón o mujer? _____ ¿Cuántos años tiene? _____

Edad y sexo del amigo/a sobre el que vas a contestar (no debe ser tu pareja) _____

1. ¿Cuánto tiempo libre pasás con esta persona?

Madre	Poco o nada	Algo	Mucho	Muchísimo	Al máximo
Padre	Poco o nada	Algo	Mucho	Muchísimo	Al máximo
Hermano/a	Poco o nada	Algo	Mucho	Muchísimo	Al máximo
Mejor amigo/a	Poco o nada	Algo	Mucho	Muchísimo	Al máximo
Pareja	Poco o nada	Algo	Mucho	Muchísimo	Al máximo

2.- ¿En qué medida esta persona y vos se molestan o se fastidian el uno al otro?

Madre:	Poco o nada....	Algo.....	Mucho.....	Muchísimo.....	Al máximo.....
Padre:	Poco o nada....	Algo.....	Mucho.....	Muchísimo.....	Al máximo.....
Hermano/a:	Poco o nada....	Algo.....	Mucho.....	Muchísimo.....	Al máximo.....
Mejor amigo/a:	Poco o nada....	Algo.....	Mucho.....	Muchísimo.....	Al máximo.....
Pareja:	Poco o nada....	Algo.....	Mucho.....	Muchísimo.....	Al máximo.....

3. ¿En qué medida esta persona te enseña cómo hacer cosas que vos no sabes?

Madre	Poco o nada....	Algo.....	Mucho.....	Muchísimo.....	Al máximo.....
Padre	Poco o nada....	Algo.....	Mucho.....	Muchísimo.....	Al máximo.....
Hermano/a	Poco o nada....	Algo.....	Mucho.....	Muchísimo.....	Al máximo.....
Mejor amigo/a	Poco o nada....	Algo.....	Mucho.....	Muchísimo.....	Al máximo.....
Pareja	Poco o nada....	Algo.....	Mucho.....	Muchísimo.....	Al máximo.....

4. ¿En qué medida esta persona y vos se ponen los nervios de punta?

Madre	Poco o nada....	Algo.....	Mucho.....	Muchísimo.....	Al máximo.....
Padre	Poco o nada....	Algo.....	Mucho.....	Muchísimo.....	Al máximo.....
Hermano/a	Poco o nada....	Algo.....	Mucho.....	Muchísimo.....	Al máximo.....
Mejor amigo/a	Poco o nada....	Algo.....	Mucho.....	Muchísimo.....	Al máximo.....
Pareja	Poco o nada....	Algo.....	Mucho.....	Muchísimo.....	Al máximo.....

5. ¿En qué medida hablas de todo con esta persona?

Madre	Poco o nada....	Algo.....	Mucho.....	Muchísimo.....	Al máximo.....
Padre	Poco o nada....	Algo.....	Mucho.....	Muchísimo.....	Al máximo.....
Hermano/a	Poco o nada....	Algo.....	Mucho.....	Muchísimo.....	Al máximo.....
Mejor amigo/a	Poco o nada....	Algo.....	Mucho.....	Muchísimo.....	Al máximo.....
Pareja	Poco o nada....	Algo.....	Mucho.....	Muchísimo.....	Al máximo.....

6. ¿Cuánto ayudas vos a esta persona en las cosas que no puede hacer sola?

Madre	Poco o nada....	Algo.....	Mucho.....	Muchísimo.....	Al máximo.....
Padre	Poco o nada....	Algo.....	Mucho.....	Muchísimo.....	Al máximo.....
Hermano/a	Poco o nada....	Algo.....	Mucho.....	Muchísimo.....	Al máximo.....
Mejor amigo/a	Poco o nada....	Algo.....	Mucho.....	Muchísimo.....	Al máximo.....
Pareja	Poco o nada....	Algo.....	Mucho.....	Muchísimo.....	Al máximo.....

7. ¿Cuánto te quiere o te ama esta persona?

Madre	Poco o nada....	Algo.....	Mucho.....	Muchísimo.....	Al máximo.....
Padre	Poco o nada....	Algo.....	Mucho.....	Muchísimo.....	Al máximo.....
Hermano/a	Poco o nada....	Algo.....	Mucho.....	Muchísimo.....	Al máximo.....
Mejor amigo/a	Poco o nada....	Algo.....	Mucho.....	Muchísimo.....	Al máximo.....
Pareja	Poco o nada....	Algo.....	Mucho.....	Muchísimo.....	Al máximo.....

8. ¿Cuánto te admira y te respeta esta persona?

Madre	Poco o nada....	Algo.....	Mucho.....	Muchísimo.....	Al máximo.....
Padre	Poco o nada....	Algo.....	Mucho.....	Muchísimo.....	Al máximo.....
Hermano/a	Poco o nada....	Algo.....	Mucho.....	Muchísimo.....	Al máximo.....
Mejor amigo/a	Poco o nada....	Algo.....	Mucho.....	Muchísimo.....	Al máximo.....
Pareja	Poco o nada....	Algo.....	Mucho.....	Muchísimo.....	Al máximo.....

9. En esta relación ¿quién dice más lo que hay que hacer, vos o la otra persona?

Madre	Casi siempre ella....	Muchas veces ella....	Ella y yo por igual....	Muchas veces yo....	Casi siempre yo....
Padre	Casi siempre él....	Muchas veces él....	Él y yo por igual.....	Muchas veces yo.....	Casi siempre yo.....
Hermano/a	Casi siempre él/ella....	Muchas veces él/ella.....	Él/ella y yo por igual.....	Muchas veces yo.....	Casi siempre yo.....
Mejor amigo/a	Casi siempre él/ella....	Muchas veces él/ella.....	Él/ella y yo por igual.....	Muchas veces yo.....	Casi siempre yo.....
Pareja	Casi siempre él/ella....	Muchas veces él/ella.....	Él/ella y yo por igual.....	Muchas veces yo.....	Casi siempre yo.....

10.- ¿Cuánta seguridad tenés de que esta relación durará no importa lo que pase?

Madre	Poca o nada....	Algo.....	Mucha.....	Muchísima.....	Al máximo.....
Padre	Poca o nada....	Algo.....	Mucha.....	Muchísima.....	Al máximo.....
Hermano/a	Poca o nada....	Algo.....	Mucha.....	Muchísima.....	Al máximo.....
Mejor amigo/a	Poca o nada....	Algo.....	Mucha.....	Muchísima.....	Al máximo.....
Pareja	Poca o nada....	Algo.....	Mucha.....	Muchísima.....	Al máximo.....

11. ¿En qué medida te divertís y pasas buenos momentos con esta persona?

Madre	Poco o nada....	Algo.....	Mucho.....	Muchísimo.....	Al máximo.....
Padre	Poco o nada....	Algo.....	Mucho.....	Muchísimo.....	Al máximo.....
Hermano/a	Poco o nada....	Algo.....	Mucho.....	Muchísimo.....	Al máximo.....
Mejor amigo/a	Poco o nada....	Algo.....	Mucho.....	Muchísimo.....	Al máximo.....
Pareja	Poco o nada....	Algo.....	Mucho.....	Muchísimo.....	Al máximo.....

12.- ¿En qué medida esta persona y vos tienen desacuerdos y pelean?

Madre	Poco o nada....	Algo.....	Mucho.....	Muchísimo.....	Al máximo.....
Padre	Poco o nada....	Algo.....	Mucho.....	Muchísimo.....	Al máximo.....
Hermano/a	Poco o nada....	Algo.....	Mucho.....	Muchísimo.....	Al máximo.....
Mejor amigo/a	Poco o nada....	Algo.....	Mucho.....	Muchísimo.....	Al máximo.....
Pareja	Poco o nada....	Algo.....	Mucho.....	Muchísimo.....	Al máximo.....

13. ¿En qué medida esta persona te ayuda a entender cosas o a solucionar problemas?

Madre	Poco o nada....	Algo.....	Mucho.....	Muchísimo.....	Al máximo.....
Padre	Poco o nada....	Algo.....	Mucho.....	Muchísimo.....	Al máximo.....
Hermano/a	Poco o nada....	Algo.....	Mucho.....	Muchísimo.....	Al máximo.....
Mejor amigo/a	Poco o nada....	Algo.....	Mucho.....	Muchísimo.....	Al máximo.....
Pareja	Poco o nada....	Algo.....	Mucho.....	Muchísimo.....	Al máximo.....

14.- ¿En qué medida esta persona y vos se enojan el uno con el otro?

Madre	Poco o nada....	Algo.....	Mucho.....	Muchísimo.....	Al máximo.....
Padre	Poco o nada....	Algo.....	Mucho.....	Muchísimo.....	Al máximo.....
Hermano/a	Poco o nada....	Algo.....	Mucho.....	Muchísimo.....	Al máximo.....
Mejor amigo/a	Poco o nada....	Algo.....	Mucho.....	Muchísimo.....	Al máximo.....
Pareja	Poco o nada....	Algo.....	Mucho.....	Muchísimo.....	Al máximo.....

15.- ¿En qué medida compartís tus secretos y tus intimidades con esta persona?

Madre	Poco o nada....	Algo.....	Mucho.....	Muchísimo.....	Al máximo.....
Padre	Poco o nada....	Algo.....	Mucho.....	Muchísimo.....	Al máximo.....
Hermano/a	Poco o nada....	Algo.....	Mucho.....	Muchísimo.....	Al máximo.....
Mejor amigo/a	Poco o nada....	Algo.....	Mucho.....	Muchísimo.....	Al máximo.....
Pareja	Poco o nada....	Algo.....	Mucho.....	Muchísimo.....	Al máximo.....

16. ¿En qué medida vos protegés a esta persona y estás pendiente de ella?

Madre	Poco o nada....	Algo.....	Mucho.....	Muchísimo.....	Al máximo.....
Padre	Poco o nada....	Algo.....	Mucho.....	Muchísimo.....	Al máximo.....
Hermano/a	Poco o nada....	Algo.....	Mucho.....	Muchísimo.....	Al máximo.....
Mejor amigo/a	Poco o nada....	Algo.....	Mucho.....	Muchísimo.....	Al máximo.....
Pareja	Poco o nada....	Algo.....	Mucho.....	Muchísimo.....	Al máximo.....

17.- ¿En qué medida le importas realmente a esta persona?

Madre	Poco o nada....	Algo.....	Mucho.....	Muchísimo.....	Al máximo.....
Padre	Poco o nada....	Algo.....	Mucho.....	Muchísimo.....	Al máximo.....
Hermano/a	Poco o nada....	Algo.....	Mucho.....	Muchísimo.....	Al máximo.....
Mejor amigo/a	Poco o nada....	Algo.....	Mucho.....	Muchísimo.....	Al máximo.....
Pareja	Poco o nada....	Algo.....	Mucho.....	Muchísimo.....	Al máximo.....

18.- ¿En qué medida esta persona piensa que vos sos capaz para un montón de cosas?

Madre	Poco o nada....	Algo.....	Mucho.....	Muchísimo.....	Al máximo.....
Padre	Poco o nada....	Algo.....	Mucho.....	Muchísimo.....	Al máximo.....
Hermano/a	Poco o nada....	Algo.....	Mucho.....	Muchísimo.....	Al máximo.....
Mejor amigo/a	Poco o nada....	Algo.....	Mucho.....	Muchísimo.....	Al máximo.....
Pareja	Poco o nada....	Algo.....	Mucho.....	Muchísimo.....	Al máximo.....

19. ¿Quién manda en esta relación, vos o la otra persona?

Madre	Casi siempre ella...	Muchas veces ella....	Ella y yo por igual.....	Muchas veces yo...	Casi siempre yo...
Padre	Casi siempre él...	Muchas veces él....	Él y yo por igual.....	Muchas veces yo...	Casi siempre yo...
Hermano/a	Casi siempre él/ella...	Muchas veces él/ella.....	Él/ella y yo por igual.....	Muchas veces yo...	Casi siempre yo...
Mejor amigo/a	Casi siempre él/ella...	Muchas veces él/ella.....	Él/ella y yo por igual.....	Muchas veces yo...	Casi siempre yo...
Pareja	Casi siempre él/ella...	Muchas veces él/ella.....	Él/ella y yo por igual.....	Muchas veces yo...	Casi siempre yo...

20.- ¿Cuánta seguridad tenés de que esta relación va a durar aunque haya peleas?

Madre	Poca o nada....	Algo.....	Mucha.....	Muchísima.....	Al máximo.....
Padre	Poca o nada....	Algo.....	Mucha.....	Muchísima.....	Al máximo.....
Hermano/a	Poca o nada....	Algo.....	Mucha.....	Muchísima.....	Al máximo.....
Mejor amigo/a	Poca o nada....	Algo.....	Mucha.....	Muchísima.....	Al máximo.....
Pareja	Poca o nada....	Algo.....	Mucha.....	Muchísima.....	Al máximo.....

21. ¿En qué medida salís y hacés cosas agradables con esta persona?

Madre	Poco o nada....	Algo.....	Mucho.....	Muchísimo.....	Al máximo.....
Padre	Poco o nada....	Algo.....	Mucho.....	Muchísimo.....	Al máximo.....
Hermano/a	Poco o nada....	Algo.....	Mucho.....	Muchísimo.....	Al máximo.....
Mejor amigo/a	Poco o nada....	Algo.....	Mucho.....	Muchísimo.....	Al máximo.....
Pareja	Poco o nada....	Algo.....	Mucho.....	Muchísimo.....	Al máximo.....

22.- ¿En qué medida esta persona y vos discuten?

Madre	Poco o nada....	Algo.....	Mucho.....	Muchísimo.....	Al máximo.....
Padre	Poco o nada....	Algo.....	Mucho.....	Muchísimo.....	Al máximo.....
Hermano/a	Poco o nada....	Algo.....	Mucho.....	Muchísimo.....	Al máximo.....
Mejor amigo/a	Poco o nada....	Algo.....	Mucho.....	Muchísimo.....	Al máximo.....
Pareja	Poco o nada....	Algo.....	Mucho.....	Muchísimo.....	Al máximo.....

23. ¿Con qué frecuencia esta persona te da una mano o colabora con vos cuando tenés que hacer algo?

Madre	Poco o nada....	Algo.....	Mucho.....	Muchísimo.....	Al máximo.....
Padre	Poco o nada....	Algo.....	Mucho.....	Muchísimo.....	Al máximo.....
Hermano/a	Poco o nada....	Algo.....	Mucho.....	Muchísimo.....	Al máximo.....
Mejor amigo/a	Poco o nada....	Algo.....	Mucho.....	Muchísimo.....	Al máximo.....
Pareja	Poco o nada....	Algo.....	Mucho.....	Muchísimo.....	Al máximo.....

24.- ¿En qué medida esta persona y vos se critican y reprochan entre sí?

Madre	Poco o nada....	Algo.....	Mucho.....	Muchísimo.....	Al máximo.....
Padre	Poco o nada....	Algo.....	Mucho.....	Muchísimo.....	Al máximo.....
Hermano/a	Poco o nada....	Algo.....	Mucho.....	Muchísimo.....	Al máximo.....
Mejor amigo/a	Poco o nada....	Algo.....	Mucho.....	Muchísimo.....	Al máximo.....
Pareja	Poco o nada....	Algo.....	Mucho.....	Muchísimo.....	Al máximo.....

25.- ¿En qué medida esta persona y vos hablan de cosas que no te gustaría que otros supieran?

Madre	Poco o nada....	Algo.....	Mucho.....	Muchísimo.....	Al máximo.....
Padre	Poco o nada....	Algo.....	Mucho.....	Muchísimo.....	Al máximo.....
Hermano/a	Poco o nada....	Algo.....	Mucho.....	Muchísimo.....	Al máximo.....
Mejor amigo/a	Poco o nada....	Algo.....	Mucho.....	Muchísimo.....	Al máximo.....
Pareja	Poco o nada....	Algo.....	Mucho.....	Muchísimo.....	Al máximo.....

26. ¿En qué medida vos cuidas a esta persona y te ocupas de ella?

Madre	Poco o nada....	Algo.....	Mucho.....	Muchísimo.....	Al máximo.....
Padre	Poco o nada....	Algo.....	Mucho.....	Muchísimo.....	Al máximo.....
Hermano/a	Poco o nada....	Algo.....	Mucho.....	Muchísimo.....	Al máximo.....
Mejor amigo/a	Poco o nada....	Algo.....	Mucho.....	Muchísimo.....	Al máximo.....
Pareja	Poco o nada....	Algo.....	Mucho.....	Muchísimo.....	Al máximo.....

27.- ¿En qué medida te ama o te quiere esta persona?

Madre	Poco o nada....	Algo.....	Mucho.....	Muchísimo.....	Al máximo.....
Padre	Poco o nada....	Algo.....	Mucho.....	Muchísimo.....	Al máximo.....
Hermano/a	Poco o nada....	Algo.....	Mucho.....	Muchísimo.....	Al máximo.....
Mejor amigo/a	Poco o nada....	Algo.....	Mucho.....	Muchísimo.....	Al máximo.....
Pareja	Poco o nada....	Algo.....	Mucho.....	Muchísimo.....	Al máximo.....

28.- ¿En qué medida esta persona acepta o aprueba las cosas que vos haces?

Madre	Poco o nada.....	Algo.....	Mucho.....	Muchísimo.....	Al máximo.....
Padre	Poco o nada.....	Algo.....	Mucho.....	Muchísimo.....	Al máximo.....
Hermano/a	Poco o nada.....	Algo.....	Mucho.....	Muchísimo.....	Al máximo.....
Mejor amigo/a	Poco o nada.....	Algo.....	Mucho.....	Muchísimo.....	Al máximo.....
Pareja	Poco o nada.....	Algo.....	Mucho.....	Muchísimo.....	Al máximo.....

29. ¿Quién ordena y decide lo que hay que hacer en esta relación, vos o la otra persona?

Madre	Casi siempre ella....	Muchas veces ella....	Ella y yo por igual.....	Muchas veces yo.....	Casi siempre yo....
Padre	Casi siempre él....	Muchas veces él....	Él y yo por igual.....	Muchas veces yo.....	Casi siempre yo.....
Hermano/a	Casi siempre él/ella....	Muchas veces él/ella.....	Él/ella y yo por igual.....	Muchas veces yo.....	Casi siempre yo.....
Mejor amigo/a	Casi siempre él/ella....	Muchas veces él/ella.....	Él/ella y yo por igual.....	Muchas veces yo.....	Casi siempre yo.....
Pareja	Casi siempre él/ella....	Muchas veces él/ella.....	Él/ella y yo por igual.....	Muchas veces yo.....	Casi siempre yo.....

30.- ¿Qué seguridad tenés de que la relación con esta persona continuará en el futuro?

Madre:	Poco o nada....	Algo.....	Mucho.....	Muchísimo.....	Al máximo.....
Padre:	Poco o nada....	Algo.....	Mucho.....	Muchísimo.....	Al máximo.....
Hermano/a:	Poco o nada....	Algo.....	Mucho.....	Muchísimo.....	Al máximo.....
Mejor amigo/a:	Poco o nada....	Algo.....	Mucho.....	Muchísimo.....	Al máximo.....
Pareja:	Poco o nada....	Algo.....	Mucho.....	Muchísimo.....	Al máximo.....