

PROGRAMA DE ENFERMERÍA DE ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES PARA ADOLESCENTES.

ANTEPROYECTO DE INVESTIGACIÓN.

ESPECIALIDAD DE ENFERMERÍA EN SALUD MENTAL

UNIDAD DOCENTE DEL HOSPITAL PRÍNCIPE DE ASTURIAS DE ALCALÁ
DE HENARES. 2010/2011.

AUTOR: FERNANDO REGUERA NIETO

TUTOR: ÁNGEL ASENJO ESTEVE

ÍNDICE:

1. Introducción.....	3
2. Marco Conceptual.....	7
3. Objetivos.....	19
4. Hipótesis.....	20
5. Material y métodos.....	21
6. Resultados.....	24
7. Bibliografía.....	26
8. Anexos.....	29

1. INTRODUCCION

El término adolescente se usa generalmente para referirse a una persona que se encuentra entre los 11 y los 19 años de edad, período típico entre la niñez y la adultez.

El adolescente en general atraviesa una búsqueda de sí mismo y de su identidad, va de tendencias individuales a tendencias grupales, un comportamiento en el que busca uniformidad y una contención a tantos cambios; tiene necesidad de intelectualizar y fantasear, sufre crisis de actitudes sociales reivindicatorias y religiosas; presenta una clara denuncia temporal en la que lo importante aparece siempre más cercano en el tiempo que lo que no tiene interés; atraviesa por una evolución sexual que va desde el autoerotismo hasta la sexualidad adulta pasando por todas las formas de sexualidad polimorfa; vive una separación progresiva de los padres; tiene muchas contradicciones en todas las manifestaciones de la conducta y del pensamiento y sufre de constantes fluctuaciones del estado de ánimo y del humor. (1)

Está en un proceso de adaptación a cambios físicos, intelectuales, sociales y emocionales, intentando desarrollar un concepto positivo de sí mismo, así como experimentar y crecer hasta conseguir su independencia.

También está concentrado en desarrollar un concepto de identidad y de valores personales y sociales, así como en experimentar la aceptación social, la identificación y el afecto entre sus pares.

El desarrollar enfoques positivos respecto de la sexualidad, que incluyan valores, consideración, placer, emoción y deseo dentro del contexto de unas relaciones cariñosas y responsables es otra de sus tareas en esta etapa de la vida, para finalmente llegar a ser plenamente conscientes del mundo social y político que les rodea, así como de su habilidad para afrontarlo y de su capacidad para responder de forma constructiva al mismo y poder establecer relaciones con adultos, en las que puedan tener lugar dichos procesos de crecimiento. (1)

A continuación se mencionan sintéticamente los cambios más relevantes:

Preadolescencia (10-12 años):

- Preocupación por lo físico y emocional
- Duelo por el cuerpo y por la relación infantil con los padres
- Reestructuración del esquema e imagen corporal
- Ajustes a emergentes cambios sexuales, físicos y fisiológicos
- Estímulo de las nuevas posibilidades que abren estos cambios
- Necesidad de compartir los problemas con los padres
- Fluctuaciones del ánimo
- Fuerte autoconciencia de necesidades
- Capacidad de evaluar mayores méritos y debilidades
- El juego mantiene su importancia
- La disciplina se acepta con exigencia de derechos y preocupación por la justicia
- Afirmación a través de oposición
- Curiosidad investigativa, interés por el debate

- Relaciones grupales con el mismo sexo
- Movimientos de regresión y avance en la exploración y abandono de la dependencia

Adolescencia inicial (13-14 años):

- Preocupación por la afirmación personal y social
- Diferenciación del grupo familiar
- Dificultad parental para cambiar los modelos de autoridad que ejercieron durante la niñez de su hijo
- Deseo de afirmar el atractivo sexual y social
- Emergentes impulsos sexuales
- Exploración de capacidades personales
- Nuevos patrones de razonabilidad y responsabilidad
- Capacidad de autocuidado y cuidado mutuo
- Capacidad de situarse frente al mundo y consigo mismo
- Interés en instrumentos de participación
- Cuestionamiento de aspectos comportamentales y posiciones previas
- Preocupación y exploración de lo social
- Pasaje a grupos de ambos sexos
- Interés por nuevas actividades
- Se incrementa el interés por el amor de pareja
- Búsqueda de autonomía
- Búsqueda de sentido a su presente
- Avance en la elaboración de la identidad
- Paulatina reestructuración de las relaciones familiares

¿Qué son las habilidades sociales?

Podemos definir las habilidades sociales como aquellas conductas aprendidas que ponen en juego las personas en situaciones interpersonales para obtener o mantener reforzamiento del ambiente. Las habilidades sociales pueden considerarse como vías o rutas hacia los objetivos de un individuo. (2)

Una manera de categorizar o definir las habilidades interpersonales se basa en su función o utilidad para el individuo:

Habilidades Sociales que facilitan el desarrollo de relaciones:

Para la mayoría de individuos, el establecimiento de relaciones con otras personas es un objetivo deseado, o una experiencia reforzante; por consiguiente, las relaciones sociales pueden considerarse como eventos reforzantes para la mayor parte de la gente. (2)

La iniciación de citas, las habilidades conversacionales y las habilidades sociales de elogio parecen especialmente relevantes en el caso de los adolescentes y los adultos.

Todas las habilidades interpersonales que facilitan el asentamiento de relaciones tienen en común el hecho de que aumentan el atractivo social o el valor de reforzamiento de la persona que las exhibe.

Habilidades Sociales utilizadas en el contexto interpersonal para conseguir reforzamiento no social:

En ciertos casos, las habilidades sociales le sirven al individuo para alcanzar objetivos deseados y reforzantes que no son, en sí mismos, de naturaleza interpersonal. Por ejemplo, las habilidades en las entrevistas de trabajo se dan en el contexto de una interacción social – la interacción entre el aspirante y el entrevistador- , pero el refuerzo que buscan la mayoría de los aspirantes es conseguir el puesto, no establecer una relación propiamente dicha. En este sentido, las habilidades en las entrevistas de trabajo representan ese conjunto de comportamientos sociales que llevan a conseguir el refuerzo no social (pero importantísimo) de obtener un empleo.

Habilidades Sociales que impiden la pérdida de reforzamiento:

La oposición asertiva se refiere a aquellas competencias que una persona puede poner en juego para evitar que otros bloqueen su conducta dirigida a un objetivo; equipan al cliente con una serie de procedimientos socialmente adecuados para expresar sentimientos, desacuerdos y peticiones para que el antagonista cambie su conducta. (2)

1.2 JUSTIFICACIÓN

Las relaciones con los iguales constituyen una experiencia muy gratificante para los adolescentes, por lo que son un factor relevante para su socialización. En general, tener amigos es un claro indicador de buenas habilidades interpersonales y un signo de un buen ajuste psicológico posterior (3).

Numerosas investigaciones han hallado que el éxito en las relaciones interpersonales se encuentra relacionado positivamente con aspectos generales del funcionamiento psicosocial. Así, las relaciones interpersonales pueden influir positivamente en la mejora de la autoestima (4, 5), lo que proporciona bienestar (4) y felicidad. Del mismo modo, el éxito en las interacciones con los demás está relacionado positivamente con el afrontamiento de situaciones sociales conflictivas (4), ya que, en cierta medida, se percibe el apoyo social proporcionado por padres y compañeros ante eventos estresantes (4), lo cual indica que la relación positiva entre funcionamiento intrapersonal (por ejemplo: autoestima) y relaciones interpersonales (relación con los profesores, padres y semejantes) actúa como protector del funcionamiento desadaptativo, la depresión y la tensión o estrés social (5, 6), disminuyendo el riesgo de suicidio y de trastornos psicopatológicos (7).

Igualmente, los adolescentes que son prosociales tienen una mejor adaptación escolar y éxito académico (7). Suelen tener un buen desarrollo de las amistades, tienen éxito en las citas con el sexo opuesto (8) y son aceptados por los demás como populares (8, 9).

Por el contrario, la evidencia ha puesto de manifiesto que las dificultades en las relaciones interpersonales (déficit de aserción, ansiedad social y agresividad o conducta antisocial) se encuentran relacionadas con una gran variedad de problemas psicológicos y conductuales. Así, las conductas antisociales, como el maltrato entre iguales por abuso de poder y violencia (10), se relacionan positivamente con una variedad de problemas personales, tales como la elevada hiperactividad, irritabilidad, ansiedad e inestabilidad emocional, resentimiento y suspicacia, autoconcepto negativo y déficit en habilidades sociales

2. MARCO CONCEPTUAL

En un reciente informe de Child Hepline Internacional, ente que agremia a las líneas de asistencia telefónica para niños presente en unos 160 países, se asegura que las principales razones por las que los pequeños y pequeñas llamaron durante 2005 (más de nueve millones) fueron: problemas con su apariencia corporal, suicidio, acoso escolar, depresión y soledad. “ Del total de llamadas registradas en Latinoamérica, un 20% se relacionaron con dificultades familiares y otro 19% con sentimientos de aislamiento e imposibilidad para interactuar con los compañeros del colegio” añade el informe.

Uno de los problemas de ajuste más importantes que se producen en la adolescencia como causa de un déficit de HHSS, y que los autores han mencionado a lo largo de los años, es la experiencia de soledad. Esta se produce como consecuencia de no satisfacer la necesidad de intimidad y auto-revelación que se ven incrementadas en la adolescencia, para lo cual es necesario las relaciones cercanas con el grupo de iguales. El sentimiento de soledad crónica puede suponer un riesgo para los adolescentes en lo que se refiere al desarrollo de problemas emocionales severos, por ejemplo, la soledad en la adolescencia se ha relacionado con tasas de depresión, suicidio y anorexia nerviosa (11).

1. La soledad es un fenómeno universal inherente a la necesidad humana de pertenecer. Constituye una experiencia subjetiva que varía de persona a persona, ocurre por diversidad de causas, y produce una gran variedad de consecuencias físicas y psicosociales. Aunque la soledad puede ser definida de manera objetiva, esta experiencia subjetiva no puede ser directamente observada. Así, la soledad es un resumen abstracto de un conjunto de sentimientos, pensamientos y comportamientos (12).

2. Aunque la adolescencia es un periodo de riesgo para experimentar sentimientos de soledad, también representa un espacio ideal para cultivar herramientas sociales y actitudes que mejoren el desarrollo emocional; de esta manera, la adolescencia constituye un tiempo especial para focalizar esfuerzos en investigación e intervención. Se requiere identificar problemas de investigación que permitan explorar el fenómeno de soledad en la adolescencia y sus resultados en la salud mental y física, determinar su prevalencia y determinar relaciones causales. (12).

3. La soledad como problema que afecta la salud y la calidad de vida de los adolescentes representa un reto para los profesionales de enfermería, quienes deben jugar un rol fundamental en su prevención, pero también un papel activo en la implementación de intervenciones que se construyan a partir de teorías disciplinares y puedan facilitar el entendimiento y abordaje de este fenómeno. Aunque es fundamental que las enfermeras trabajen en la detección e intervención oportuna de factores de riesgo personales, familiares y sociales que hacen vulnerable al adolescente, también es prioritario que mejoren sus habilidades para trabajar una relación terapéutica que transmita al adolescente confianza, y en la construcción de herramientas que favorezcan una comunicación empática. (12)

Es verdad que en la actualidad, la mayor parte de los hijos aseguran estar mejor y sentirse más felices dentro de la familia que hace 30 ó 50 años, y la familia es la institución más valorada por los jóvenes (CIS, 2004). Pero al mismo tiempo, se dan numerosos signos preocupantes: los padres y los maestros creen haber perdido el control educativo de los hijos y de los alumnos; hay una queja relativamente frecuente referida a la mala educación y la falta de civismo; los ayuntamientos tienen que gastar grandes cantidades de dinero por un “vandalismo” cuyas razones no son fáciles de comprender; aparecen fenómenos, en buena parte nuevos, como el maltrato de hijos a padres y abuelos, y otros. (CIS, 2005).

Naturalmente que estos cambios en los hijos no han ocurrido en el vacío, sino en un contexto de transformaciones profundas de la familia y de las relaciones entre sus miembros. Comentamos a continuación algunas de ellas, especialmente relevantes por lo que afectan a la crianza y educación de los hijos.

La nueva supuesta simetría de las relaciones padres-hijos. Destacamos, en primer lugar, la mayor simetría en las relaciones padres/hijos. Esta simetría se refleja, entre otros aspectos, en la capacidad de los hijos para discutir con los padres cualquier asunto, y muy especialmente los que les conciernen, y en la nueva forma de entender las relaciones, que ha llegado a expresarse en tres criterios educativos que gozan de aceptación entre buena parte de la población: 1) hay que ser “amigos” de los hijos, 2) a los hijos no se les deben imponer las cosas, hay que negociarlas, y 3) la mejor educación es la educación “democrática” (13).

Sin embargo, cuando se hacen estos planteamientos, no se dice de forma clara qué puede o debe hacerse cuando no se llega a acuerdos, cuando los esfuerzos y la buena voluntad de padres dispuestos a ser amigos, negociadores y demócratas no dan los frutos deseados. Y lo cierto es que, a la hora de la verdad, la mayoría de los padres, sobre este cuadro de referencia, imponen límites y obligan de forma directa o indirecta a seguir sus criterios en numerosos campos. Pero no siempre es así: un número importante de adolescentes rompe estas reglas de juego confusas y hace “lo que quiere”.

En otras palabras, si hace unas décadas en los conflictos no resueltos se imponía la autoridad de los padres, no quedando más remedio a los hijos que someterse o rebelarse, en la actualidad, en un número creciente de casos, la asimetría ha cambiado de signo, y ahora son los padres quienes se pliegan a lo que los hijos quieren. Esta forma de comportarse de los padres puede tener su origen en la negligencia, pero también –y esto es lo novedoso– en lo que podríamos llamar “negligencia por amor”. Algunos padres han reaccionado pendularmente, pasando del autoritarismo a una tolerancia negligente basada en la creencia de que la infancia es un periodo en el que hay que ser feliz y disfrutar de la vida sin obligaciones (14).

No obstante, es indudable que, en principio, las relaciones más igualitarias en el seno familiar favorecen la vivencia y expresión del afecto hacia los hijos, marcando una diferencia importante respecto al pasado sobre todo en la experiencia de los hombres como padres (15).

El mundo del trabajo y la falta de disponibilidad para los cuidados (13). Hombres y mujeres tenemos cada vez una mayor preocupación por el currículum personal y profesional y nos creemos con el derecho y –en algunos casos– hasta el deber de anteponer nuestra vida profesional a cualquier cosa: entre otras, al hecho de tener pareja y, sobre todo, al hecho de tener hijos y cuidarlos. Tener que dedicar tiempo a los hijos y a la pareja acaba percibiéndose como una dificultad para la promoción personal y profesional, por lo que estos compromisos se retrasan o minimizan.

En realidad, la interiorización de este valor comienza muy pronto, cuando los padres reducen las exigencias de los hijos a que “estudien, se formen, aprueben, saquen buenas notas”. Cuando los jóvenes acaban los estudios, dan prioridad a seguir formándose, hacer currículum, situarse bien en el mundo profesional, postergando los compromisos de pareja y, sobre todo, los hijos.

Detrás de estos cambios hay logros muy importantes, derechos individuales irrenunciables y la posibilidad de mayor diversidad en valores y formas de vida.

Son algunos de los logros del llamado proceso de individuación (12, 13). Pero, cuando se llevan al extremo, hacen que finalmente no haya personas dispuestas a “cuidar”: cuidar a la pareja, a los hijos, a los padres mayores, etcétera.

No podemos dejar de señalar, siquiera brevemente, que estos cambios tienen como causa y telón de fondo los valores de un sistema de producción que busca que los profesionales y trabajadores estén siempre disponibles (sin horarios, dispuestos a viajar), luchan por el éxito y la excelencia, sean “muy productivos”.

Hasta aquí nos hemos referido a una tendencia general de las sociedades desarrolladas que afecta fundamentalmente a las capas con niveles educativos más altos. Pero para el conjunto de la población, y sobre todo para quienes poseen menor cualificación, los problemas son más bien otros (particularmente graves en España): por un lado, los problemas de acceso al trabajo y la vivienda, que dificultan cualquier proyecto de pareja y familia, y, por otro, la precariedad de muchos empleos, que hace que los miembros de la pareja no puedan dedicar todo el tiempo que quisieran a sus hijos ni tampoco permitirse pagar una ayuda externa, lo que repercute negativamente tanto en el cuidado de los niños como en el bienestar de los padres y en su disfrute con la crianza.

El bienestar como derecho y como necesidad de consumo. El derecho –vivido a veces como un auténtico imperativo– a perseguir el propio bienestar (libertad para salir, viajar, cuidarse a uno mismo, etcétera) hace que se dé prioridad a los intereses individuales, procurando no “condicionarse” con compromisos que puedan ponerlos en riesgo. Frente a la educación para “cuidar” se instaura una educación para “cuidarse” o para que “los demás me cuiden”. “Mis padres me tienen que cuidar”, “mi pareja me tiene que cuidar”. En el balance costos-beneficios las relaciones “me tienen que compensar” porque “sólo hay una vida y hay que vivirla”.

Por otra parte, este derecho al bienestar y a disfrutar de la vida ha cristalizado en buena medida en una necesidad de “tener” y “consumir” (casas, coches, viajes, etcétera). Es el valor de la acumulación, que es el complemento perfecto al valor de un currículum laboral y profesional: ser competente para poder tener y consumir.

Esta “perversión del sentimiento de bienestar” esclaviza a muchas personas de nuestro tiempo, víctimas del “tener” y del “consumir”.

El consumo de los “hijos de la abundancia” empieza en la más tierna infancia, alcanzando su cenit en la adolescencia y juventud. Es un consumo que no tiene costo, porque lo asumen los padres. El trabajo y los esfuerzos de éstos se dan por lógicos, naturales, mientras ellos, los hijos, consumen con la mayor despreocupación (16). Ello hace que muchos padres, presos en la contradicción entre los valores tradicionales de sacrificarse por los hijos y su derecho a vivir bien, se sientan estafados y explotados, con la sensación de que los hijos sólo exigen (13).

Este derecho al bienestar y a procurarse todo lo mejor tiene otro efecto perverso.

En este mundo de consumo de usar y tirar, donde si algo no gusta, uno puede abandonarlo y buscar otra cosa, en este contexto donde lo que se valora es la gente competente y triunfadora, la aceptación incondicional de los hijos puede verse seriamente comprometida cuando éstos no son todo lo perfectos (guapos, listos, competentes) que uno había soñado.

Transformaciones que están dejando de ser una cuestión de género... pero las diferencias persisten. En los aspectos que venimos analizando hombres y mujeres parecen caminar en la misma dirección. Hoy en día, cada vez más mujeres se saben y sienten iguales a su pareja: establecen relaciones más simétricas con ella y con los hijos, dan importancia a su currículum, buscan abiertamente su bienestar y desarrollo personal, etcétera.

Estos cambios tienen numerosos aspectos positivos, tanto para el hombre como para la mujer. Sin embargo, también conllevan riesgos en el ámbito familiar.

Ello se debe a que hoy por hoy no se ha producido un cambio paralelo en los hombres, ni en su participación en las tareas domésticas ni en su implicación en la crianza y educación de los hijos (13, 14). Como señala Bonilla, “el papel social que menos ha cambiado para las mujeres es el de madre, pues, con independencia de su situación laboral, éstas asumen la responsabilidad principal de la crianza”.

Esta situación está creando importantes contradicciones a las mujeres: ¿cómo combinar el derecho a la promoción profesional con la disponibilidad y dedicación que requieren los cuidados de los hijos, de la pareja, de las personas mayores?, ¿cómo conseguir el equilibrio entre “cuidarse” y cuidar de los demás? De momento estas contradicciones se resuelven simplemente con grandes costes personales y dosis de estrés en muchas mujeres (17), que tratan de conciliar, como mejor pueden, deseos e intereses a veces difícilmente conciliables. Pero la conciliación no siempre se produce con éxito, y puede que en muchas mujeres, hartas de sobrellevar la carga ellas solas, la contradicción se resuelva en un progresivo abandono del cuidado de los otros, y en concreto de los hijos. Los niños y niñas y, a la larga, la propia sociedad pueden acabar resintiéndose de ello.

Es en este contexto, de cambios en el modo de vida de los adolescentes de hoy en día, donde cobra especial importancia el auge y consolidación de las redes sociales.

En noviembre de 2007 un informe realizado por la EIAA (European Interactive Advertising Association), la asociación que agrupa a los vendedores de medios interactivos a nivel europeo, ya apuntaba el cambio de tendencia: Internet es consumido más que la televisión por los jóvenes de 16 a 24 años. (18, 19)

Según un estudio realizado por The Cocktail Analysis (agencia de investigación y consultoría estratégica especializada en nuevas tecnologías, tendencias de consumo y comunicación) en 2010, patrocinado por Telefónica, BBVA y Microsoft, las redes sociales han pasado de ser un fenómeno emergente a uno de los elementos vertebradores del consumo digital, ofreciendo los siguientes datos: (20)

- Un 55% de los internautas españoles declara acceder a diario a redes sociales o comunidades online.
- Este porcentaje aumenta hasta un 80% cuando atendemos a una frecuencia de acceso semanal.
- Con frecuencia se ponen en relación competitiva mensajería instantánea y redes sociales (que apuestan progresivamente por incorporar herramientas de esta naturaleza). El acceso a las redes sociales se asimila en hábitos de frecuencia con el extendido acceso a herramientas de mensajería instantánea. Atendiendo a la edad, los más jóvenes (16 a 25 años) acceden más a diario a ambas plataformas (redes, superando el 80% de acceso diario, y mensajería instantánea, en torno al 70%) frente a los más mayores (26-35 y especialmente los mayores de 36 años). (20)
- Tuenti, mantiene su liderazgo en frecuencia de acceso creciendo además la cuota de acceso diario: 3 de cada 4 usuarios están accediendo a diario.
- De los usuarios de Messenger y Facebook, plataformas que siguen a Tuenti en frecuencia de acceso, alrededor del 80% están accediendo varias veces en semana.
- Las principales motivaciones en el uso de las redes sociales, son la dimensión relacional (mantener o retomar contacto, conocer gente y mantenerse informado) así como la dimensión más lúdica (entretenimiento y eventos/quedadas).
- La popularidad y democratización, una vez obtenido un efecto de masa crítica, a la que han llegado las redes sociales, son a su vez una motivación para el registro y la pertenencia de los usuarios a las redes sociales: están de moda.

La edad y sexo, la actividad en plataformas de la red (foros, blogs, redes, uso de correo electrónico y de mensajería instantánea), así como el uso de unas u otras redes sociales, permite definir (a través de un Análisis de Conglomerados) y de forma coherente con lo indagado a través de la investigación cualitativa, 4 perfiles de usuarios en relación a su vivencia y hábitos en las redes sociales: (20)

“Llevo poco tiempo en esto de las redes sociales, voy entrando poco a poco”.

“Si me gustan, pero tampoco estoy todo el día solo cuando tengo tiempo”.

“He probado a hacerme cuenta en casi todas las redes” “Tengo siempre abierto el Facebook”.

“En cuanto llego a casa me conecto a ver qué hay”

Este último el perfil más joven (más presencia en 16-18 y 19-25 años). Muy activos: alta frecuencia de uso de mensajería instantánea y redes sociales (con una media de 2.4 cuentas activas). Son los usuarios más presentes en Tuenti, y muestran también gran vinculación con Youtube y Fotolog. (20)

Casi la totalidad de los usuarios de redes sociales disponen de un terminal avanzado, con acceso a Internet. Entre estos, hay una importante presencia de móviles de última generación, con posibilidad de descargar aplicaciones y acceder a Internet de forma más avanzada.

- 2 de cada 3 usuarios han accedido en alguna ocasión a Internet a través de su teléfono móvil.
- El hecho de no disponer de un pc y sentir la “necesidad” de entrar, como se ha constatado también en las dinámicas cualitativas, es otro elemento movilizador, que de hecho está facilitando la prueba inicial y la mayor familiaridad con el servicio.
- En este sentido, y una vez se ha experimentado la primera toma de contacto, la comodidad emerge también como un elemento motivacional de relevancia *“Estás en casa y por no encender el pc lo miras en un momento en el móvil”*
- Y más allá de este nivel racional, se observa en el análisis cualitativo la incipiente normalización de la conexión a Internet en movilidad.
- Las redes sociales puras a las que más se están accediendo en movilidad son: Facebook y Tuenti.

Las principales actividades giran en torno al seguimiento de los contactos y a la comunicación con los mismos, mientras que otras actividades más lúdicas (juegos, música, videos, ...) cobran un escaso peso.

- En el caso concreto de Tuenti destaca además la motivación de visualizar fotos.

Según el estudio realizado por la Fundación Pfizer (2009), el 98% de los jóvenes españoles de 11 a 20 años es usuario de Internet. De ese porcentaje, siete de cada 10 afirman acceder a la red por un tiempo diario de, al menos, 1,5 horas, pero sólo una minoría (en torno al 3% o al 6%) hace un uso abusivo de Internet. Es, por tanto, una realidad obvia el alto grado de uso de las nuevas tecnologías entre los adolescentes y jóvenes (21).

Las tecnologías de la información y de la comunicación (TIC) están llamadas a facilitarnos la vida, pero también pueden complicárnosla. En algunas circunstancias, que afectan sobre todo a adolescentes, Internet y los recursos tecnológicos pueden convertirse en un *fin* y no en un *medio*

La adicción a Internet y a las redes sociales es un fenómeno preocupante. Sin embargo, el abuso de Internet puede ser una manifestación secundaria a otra adicción principal (la adicción al sexo, por ejemplo) o a otros problemas psicopatológicos, tales como la depresión, la fobia social u otros problemas de tipo impulsivo-compulsivo (el TOC, por ejemplo) (22).

Asimismo las redes sociales pueden *atrapar* en algunos casos a un adolescente porque el mundo *virtual* contribuye a crear en él una falsa identidad y a distanciarle (pérdida de contacto personal) o a distorsionar el mundo *real* (22, 23).

Lo característico de la adicción a Internet es que ocupa una parte central de la vida del adolescente, que utiliza la pantalla del ordenador para escapar de la vida real y mejorar su estado de ánimo.

Al margen de la vulnerabilidad psicológica previa, el abuso de las redes sociales puede provocar una pérdida de habilidades en el intercambio personal (la comunicación personal se aprende practicando), desembocar en una especie de *analfabetismo relacional* y facilitar la construcción de relaciones sociales ficticias.

Asimismo existe el riesgo de crear una identidad ficticia, potenciada por un factor de engaño, autoengaño o fantasía.

Así, por ejemplo, se liga bastante virtualmente porque el adolescente *se corta* menos. Sin embargo, se facilita la confusión entre lo íntimo, lo privado y lo público (que puede favorecer el mal uso de información privada por parte de personas desconocidas) y se fomentan conductas histriónicas y narcisistas, cuando no deformadoras de la realidad (por ejemplo, alardear del número de *amigos* agregados). (24)

El atractivo de Internet para los jóvenes es que se caracteriza por la respuesta rápida, las recompensas inmediatas, la interactividad y las múltiples ventanas con diferentes actividades. El uso es positivo, siempre que no se dejen de lado el resto de las actividades propias de una vida normal (estudiar, hacer deporte, ir al cine, salir con los amigos o relacionarse con la familia). Otra cosa es cuando el abuso de la tecnología provoca aislamiento, induce ansiedad, afecta a la autoestima y le hace perder al sujeto su capacidad de control.

El anonimato produce terror, del mismo modo que asusta la soledad. Las redes sociales son el espantajo que aleja el fantasma de la exclusión: se vuelcan las emociones, con la protección que ofrece la pantalla, y se comparte el tiempo libre. Uno puede creerse popular porque tiene *listas de amigos* en las redes sociales.

En los últimos años, a pesar que se están realizando enormes esfuerzos económicos en investigaciones genéticas de las enfermedades, muchos de estos mismos investigadores detectan y explicitan la importancia de los hábitos saludables para conseguir no enfermar, en lo que ellos manifiestan como los factores de riesgo, así como de otros determinantes de la salud ya sean ambientales o sociales.

En definitiva, valoran la importancia de la promoción de la salud como elemento clave a incorporar en el trabajo de los profesionales sanitarios. Y en este proceso los profesionales de salud mental no son una excepción.

El planteamiento de nuevas necesidades de salud mental, está dirigida principalmente no en los entornos clásicos como unidades de hospitalización, centros de salud mental o comunidades terapéuticas, sino en otros entornos, que para que devengan terapéuticos deberemos aportar nuestra sabiduría y aplicar nuevas estrategias de cuidados vinculados con la promoción de la salud mental.

La OMS, está examinando los datos disponibles sobre la eficacia de las actividades de fomento de la salud mental y ha propuesto nuevas políticas y modelos de cambio en la asistencia: enfoque comunitario y desinstitucionalización, integración de la atención en salud mental con los servicios generales de salud, la colaboración intersectorial, enfoques multidisciplinarios, reorientar las funciones de los profesionales para evitar el estigma de las personas con trastornos mentales. (25)

Todo ello comporta para los profesionales de enfermería la necesidad identificar los nuevos entornos terapéuticos, como nuevos escenarios así como orientar los cuidados orientados más hacia la promoción de la salud que a la enfermedad y por tanto con algunas áreas de acción en salud mental nuevas.

Propuesta de la Organización Mundial de la Salud de diez áreas de acción en salud mental. (25)

La OMS una vez realizado el análisis de situación actual y para establecer nuevas políticas y estrategias de salud mental ha propuesto diez áreas de acción: Apoyo a los padres y a los primeros años de vida, promover la salud mental en las escuelas, promover la salud mental en el lugar de trabajo, apoyo en el envejecimiento mentalmente sano, en grupos de riesgo de trastornos mentales, prevenir la depresión y el suicidio, prevenir la violencia y el uso de sustancias nocivas, involucrar a la atención primaria y secundaria, reducir la situación de desventaja y evitar el estigma, trabajo intersectorial. Algunas de ellas conocidas y atendidas por los profesionales y algunas nuevas lo que comportará un esfuerzo de adaptación que generaran probablemente necesidades de formación para poder dar los cuidados necesarios en unos entornos terapéuticos nuevos hasta el momento: (25)

1. Apoyo a los padres y a los primeros años de vida de los niños.

2. *Promover la salud mental en las escuelas:*

Las escuelas tienen una gran influencia en el comportamiento y desarrollo de todos los niños y adolescentes y proporcionan un medio eficaz para el desarrollo académico y emocional de los jóvenes, siendo un entorno terapéutico saludable susceptible de prestar cuidados de promoción de la salud y en otros de iniciar cuidados en una fase de detección precoz de posibles alteraciones, como en el caso de bajo rendimiento escolar e inicios de manifestaciones de problemas de salud mental ya que pueden aumentar el riesgo de comportamiento antisocial, la delincuencia, los trastornos por consumo de sustancias, embarazo adolescente, problemas de conducta.

Por el contrario, un enfoque holístico de la escuela aumenta el bienestar mental y reduce el riesgo de trastornos mentales de los niños y adolescentes, relacionándose la participación de la escuela en el desarrollo social y emocional positivo, el aumento del empleo y los ingresos, y el acceso a la salud, recursos sociales y comunitarios. También se debe prestar atención, en colaboración con el sector de la juventud, para identificar y llegar a la escuela especialmente en los niños marginados y los adolescentes para integrarlos en el proceso de educación y para proporcionarles promoción de la salud mental y programas de prevención de trastornos mentales.

Los objetivos en este caso son: Incrementar la promoción de la salud en la escuela, incrementar medidas de prevención trastornos mentales y de factores de riesgo en niños y adolescentes, aumentar el alcance de la educación y la promoción de la salud mental y la programas de prevención del trastorno mental de la escuela y la los niños marginados y los adolescentes. (25)

3. Promover la salud mental en el trabajo

4. Apoyo en el envejecimiento mental saludable, en grupos de riesgo de trastornos mentales,

5. Dirigirse a personas con riesgo de trastorno mental.

6. Prevenir la depresión y el suicidio,

7. Prevenir la violencia y el uso de sustancias nocivas,

8. Involucrar a la atención primaria y secundaria,

9. Reducir la situación de exclusión y evitar el estigma,

10. Trabajo intersectorial

Los profesionales de enfermería de salud mental deben proporcionar cuidados teniendo en cuenta los nuevos modelos de atención en salud mental y las políticas y acciones propuestas por la OMS ya que ayudan a identificar nuevos escenarios terapéuticos, nos permiten reorientar el rol clásico permitiendo una amplitud del mismo que comporta un crecimiento profesional.

Este es un nuevo reto, ya que se produce un cambio importante del concepto clásico de la enfermería de salud mental, fundamentada en la atención de la enfermedad, y no en la promoción de la salud mental. Debemos apoyarnos en la experiencia que ya tienen muchos profesionales, en promoción de la salud mental de personas con trastornos mentales, para dar un paso más allá y trabajar en la dirección de esta promoción pero en personas sanas.

Este nuevo marco de trabajo para los profesionales de salud mental no puede estar anclado en los entornos clásicos terapéuticos, como hospitales o centros de salud mental, tenemos la obligación de abrir ese espacio terapéutico, adaptándonos a las nuevas necesidades sociales, y siendo capaces de establecer herramientas de promoción para la mejora y mantenimiento de la salud y la prevención de la enfermedad. Debemos involucrarnos en nuevas áreas, como centros educativos de primaria y secundaria, atención comunitaria general, medios de comunicación, asociaciones, etc.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA:

Siguiendo los 11 patrones funcionales de salud propuestos por Margory Gordon, el que mayor alteración presenta debido a la problemática que tratamos sobre déficit en habilidades sociales, es el patrón octavo de Rol – Relaciones. (26)

A partir de este patrón funcional de salud, los **diagnósticos de enfermería** más apropiados son los siguientes:

- **Aislamiento Social:** soledad experimentada por un individuo y percibida como impuesta por otros y como un estado negativo o de amenaza R/C recursos personales inadecuados M/P afectividad triste, expresión de sentimientos de rechazo o soledad, retraimiento, no comunicación y evitación de contacto ocular.
- **Riesgo de Soledad** R/C falta de contacto con personas significativas, aislamiento social.
- **Deterioro de la Interacción Social** R/C déficit de conocimientos o habilidades sobre el modo de fomentar la reciprocidad; M/P Verbalización u observación de malestar en las situaciones sociales.

En relación con los diagnósticos de Enfermería antes descritos (**NANDA**), podemos identificar distintas intervenciones (**NIC**): (27)

- Entrenamiento de la Asertividad (4340)
- Fomentar el Desarrollo: Adolescentes (8272)
- Modificación de la Conducta: Habilidades Sociales (4362)

También podemos identificar, en base a los diagnósticos de enfermería propuestos, los siguientes Criterios de Resultados (**NOC**):

- Competencia Social (2700)
- Comunicación (0902)
- Habilidades de Interacción Social (1502)

A la vista de los nuevos desafíos y rápidas transformaciones sociales que plantea la denominada sociedad de la información y de la globalización a los niños y jóvenes del siglo XXI, se antoja necesario una ampliación y extensión del rol educativo de las escuelas y una nueva dinámica de relación con su entorno y la comunidad para asegurar el desarrollo saludable y exitoso de éstos (28).

Es más, una de las demandas fundamentales actuales respecto al rol educativo de la escuela se deriva de las recomendaciones de la Conferencia sobre Promoción de la Educación para la Salud, celebrada en Estrasburgo en 1990, y la consiguiente creación de la red de escuelas promotoras de salud. Dentro de dicho planteamiento, además de la prevención de diversas problemáticas de salud, una línea de trabajo fundamental es el desarrollo de competencias emocionales y sociales en el alumnado que le permitan afrontar con éxito su vida posterior y contribuyan a un mayor bienestar personal y social.

La evaluación de la calidad educativa, en fin, no debe residir sólo en el logro de unos estándares de rendimiento, sino perseguir objetivos más amplios y considerar también la contribución de la escuela a la mejora del bienestar psicosocial de los adolescentes, lo que consecuentemente redundará en el bienestar de nuestra sociedad en el futuro (29).

Una escuela de calidad debe ser, por tanto, eficaz en lo académico y promotora del desarrollo saludable. Por un lado, hay que considerar que quizás un enfoque técnico centrado exclusivamente en la mejora de la eficacia de la enseñanza no sea la llave

maestra para desterrar el fracaso escolar, al no conseguir resultados totalmente satisfactorios a nivel académico. Por otro lado, la evidencia empírica, procedente fundamentalmente de EEUU, pone de relieve la conexión entre el rendimiento académico y el desarrollo de las competencias socioemocionales en aspectos como la autoestima o los vínculos con los iguales, por ejemplo, en el sentido de que el fomento de estas competencias en el alumnado tienen un efecto, no pretendido, de mejora de los logros escolares (30).

En definitiva, un cuerpo de investigación cada vez más creciente apoya la premisa de que el aprendizaje efectivo de competencias socioemocionales puede ser la llave no sólo para el éxito en la vida, sino también para el éxito en la escuela.

Hasta hace poco tiempo, muchos centros educativos estaban convencidos de la necesidad de implementar programas de prevención y promoción del desarrollo, y se pensaba en los beneficios que estos programas proporcionarían sin tener en cuenta la evaluación de su eficacia (31, 32). La situación está empezando a cambiar y la preocupación por la evaluación es una novedad que se va implantando cada vez más, siendo el caso más paradigmático el de EEUU. De todas formas, haciendo balance, la evidencia acumulada sobre la eficacia de estos programas cada vez es mayor, aunque necesita ser ampliada en base a una evaluación rigurosa basada en la existencia de grupos de control o el modelo de control aleatorio. (31,33).

Hay que considerar que en España son muy escasos los programas diseñados para estimular el desarrollo positivo adolescente de forma integral o global, y ello es desafortunadamente cierto tanto si nos referimos a programas realizados dentro de la escuela como fuera de ella. No obstante, en una revisión de Hernán, Ramos y Fernández (2001) sobre los programas desarrollados para la promoción de la salud juvenil en España apuntaban que algo más de la mitad –en concreto, un 52%– se desarrollaban en la escuela y muchos de ellos tenían un carácter preventivo fundamental o trabajan focalizadamente algunas competencias.

En nuestro ámbito escolar se da una cierta inflación de programas preventivos de diverso tipo y para todo tipo de problemas (consumo de drogas, E.T.S., tabaquismo, etcétera) que de forma aislada pretenden alcanzar efectos positivos concretos, y que mirados en su conjunto resultan en iniciativas descoordinadas y fragmentadas.

3. OBJETIVOS:

3.1 Objetivo General:

El objetivo de la investigación es aplicar un programa de entrenamiento en asertividad y HHSS para alumnos de los primeros cursos de la ESO, con déficit en habilidades sociales.

3.2 Objetivos Específicos:

- Aumentar el nivel de habilidades sociales de los adolescentes que participen en el taller.
- Disminuir las dificultades en las relaciones interpersonales de aquellos adolescentes que participen en el taller.
- Comprobar el

Las hipótesis que se pretenden poner a prueba en el estudio son las siguientes:

4. HIPÓTESIS

HIPÓTESIS I: Existe una relación inversamente proporcional entre asertividad/habilidades sociales y dificultades interpersonales.

HIPÓTESIS II: Existen mejoras significativas en habilidades sociales y disminución de las dificultades interpersonales de los adolescentes que participen en la condición experimental. Por otro lado, no se se da ningún cambio en aquellos participantes que pertenezcan a la condición control.

5. MATERIAL Y MÉTODO:

5.1 Ámbito de estudio:

I.E.S. Antonio Machado de Alcalá de Henares.

5.2 Población:

Criterios de Inclusión:

- Adolescentes, varones y mujeres, con edades comprendidas entre los 12 y 16 años.
- Que no presenten patología o discapacidad mental grave (esquizofrenia, retraso mental, demencia, etc...).
- Adolescentes que hablen español y con buena comprensión oral y escrita del mismo.

Criterios de Exclusión:

- Que el cliente no acepte participar en el estudio.
- Adolescentes que no cumplimenten el cuestionario en su totalidad.
- Que el cliente falte a alguna de las sesiones que se van a realizar, ya sea de forma voluntaria o involuntaria.
- Adolescentes que hayan repetido tres o más cursos.
- Clientes que padezcan alguna discapacidad mental durante el tiempo que dure el estudio.

5.3 Participantes:

- La muestra sobre la que se va a realizar el estudio, está formada por un total de 78 adolescentes (35 chicos y 43 chicas) de edades comprendidas entre los 12 y los 16 años (*Media*= 12.92 y *Desviación Típica*= 0.94) , seleccionados mediante un tipo de muestreo no probabilístico consecutivo.
- Del conjunto de los alumnos, se seleccionará una muestra de chicos y chicas para llevar a cabo el propósito de nuestra investigación, la realización y aplicación de un programa de asertividad y habilidades sociales y la posterior evaluación de su eficacia. El criterio de selección fue que los alumnos tuvieran puntuaciones en la Escala de Habilidades Sociales (EHS) por debajo del *Centil* 40.

5.4 DISEÑO:

El diseño empleado en el presente estudio es cuasi-experimental *pre y post* con grupo control no equivalente.

5.5 Recogida de datos:

- Se realizará una 1ª recogida de datos sociodemográficos en el momento en que se pase la encuesta, que incluyen: sexo, edad, repetidor, estudios del padre, estudios de la madre, estado civil de los padres y curso.
- Para valorar las HHSS de la población seleccionada, el instrumento de medida que se utilizará será la escala EHS y el cuestionario CEDIA para la evaluación de habilidades sociales. (ANEXO 2)
- Se trata de dos cuestionarios auto-administrados, por lo que la cumplimentación de las escalas las realizará el propio paciente, salvo si por circunstancias no pudiese, le ayudaría personal del equipo investigador previamente instruido en la recogida de datos a través de estas escalas.
- El tiempo medio de cumplimentación de cada cuestionario es de 15-20 minutos.
- El equipo investigador será el encargado de entregar los cuestionarios, previa petición del consentimiento para participar en el estudio, y de recogerlos.

5.6 Análisis:

- El análisis de los datos recogidos se realizará usando el paquete estadístico SPSS 17.
- En primer lugar, se procederá a realizar un análisis descriptivo de las variables sociodemográficas de la muestra total (sexo, edad, repetidor, estudios del padre, estudios de la madre, estado civil de los padres y curso).
- En segundo lugar, se procederá a realizar un análisis descriptivo de las variables sociodemográficas para los grupos de tratamiento y control.
- Se realizará dicho análisis mediante los test estadísticos T- Test, ANOVA, en caso de que las variables tengan una distribución normal, y Test no paramétricos cuando las variables no tengan una distribución normal.
- Para comprobar si existiesen diferencias entre estos dos grupos, en las variables psicológicas a evaluar, previas al entrenamiento, se realizarán pruebas t para muestras independientes.
- Una vez terminado el entrenamiento, y habiéndose obtenido los datos post-intervención, se realizará una prueba t para muestras independientes, siendo las variables estudiadas las mismas que en las pruebas t anteriores, es decir, conducta asertiva y habilidades sociales (EHS) y dificultad en las relaciones interpersonales (CEDIA). (ANEXO 2)

5.7 FASES:

Fase uno: Evaluación global inicial, que se llevaría a cabo tres semanas antes del comienzo del programa de entrenamiento. Una vez obtenidos los datos de los alumnos y habiendo convocado a los que presenten déficit en la Escala de Habilidades Sociales, se les informaría del objetivo del programa y se les daría la oportunidad de comenzar el entrenamiento. (ANEXO 1)

Fase dos: Intervención, aplicación del programa de entrenamiento en habilidades sociales. El programa ha sido estructurado en 6 sesiones (una sesión por semana), de 1 hora de duración cada una.

Fase tres: Esta fase trataría de la evaluación post-intervención y se realizaría una semana después de la última sesión del programa.

6. RESULTADOS

Una vez finalizado el programa de entrenamiento en habilidades sociales, se procedería a comprobar si existen diferencias atribuibles al efecto del tratamiento en las variables psicológicas evaluadas (por un lado, la conducta asertiva y las habilidades sociales y por otro lado, la dificultad en las relaciones interpersonales). Para ello, se llevarían a cabo pruebas *t* para muestras relacionadas, con dos niveles distintos (pre y post) en ambos grupos (grupo tratamiento y grupo control).

Se presentarían los datos obtenidos usando la siguiente tabla:

1

Escalas	Grupo	Pretratamiento Media (DT)	Postratamiento Media (DT)	<i>t</i>	Significación	Tamaño del efecto
EHS						
CEDIA						

6.1 CONSIDERACIONES ÉTICAS

- Se pondrá en conocimiento de la Dirección del Instituto, así como a los padres de los adolescentes que participarán en el estudio.
- Todos los clientes tienen derecho a ser informados y a decidir su participación o no, en el estudio. Antes de incluir a un participante en el estudio se le informará verbalmente de los objetivos del estudio y en qué consistirá su actuación en el mismo, y se entregará un documento de consentimiento informado. Así mismo tienen derecho a dar por terminada su participación en cualquier momento.
- Se tendrá siempre presente el derecho a la privacidad individual de cada paciente y la confidencialidad de los datos y el correcto tratamiento de los mismos.

6.2 DIFICULTADES Y LIMITACIONES DEL ESTUDIO:

- Interacciones entre sujetos de diferentes grupos, ya que los adolescentes que participan en el estudio acuden a los mismos institutos.
- Imposibilidad de doble ciego. El investigador conocerá qué individuos pertenecen al grupo intervenido y cuáles al grupo no intervenido. Intentaríamos solventar el problema en la fase de análisis de los datos, ya que la persona que analizase los datos no conocería la identidad de cada grupo, de tal forma que no sabría a qué grupo pertenecen los resultados.
- Los sujetos que participen en el estudio serán conscientes de este hecho y podrían condicionar así sus respuestas (Efecto Hawthorne), o también por el condicionamiento que supone la aplicación de un mismo instrumento de medida en más de una ocasión (regresión a la media).
- Según diversos estudios, una de las claves del posible éxito del programa es que duren unos nueve meses o un curso completo, para que puedan crear una atmósfera de apoyo y “empoderamiento” del adolescente (35). Lo ideal es mantener un programa durante varios cursos académicos para que persistan los efectos positivos.
Sin embargo, esta posibilidad no es de momento factible, dadas las circunstancias, por lo que supondría en el coste final económico y de tiempo.
- Otra de las limitaciones es debida a la inmediatez del programa, ya que sería muy interesante estudiar si los posibles cambios obtenidos permanecen con el paso del tiempo.

6.3 UTILIDAD PRÁCTICA:

De confirmarse nuestra hipótesis, los Enfermeros Especialistas en Salud Mental, contaríamos con una herramienta muy útil para abordar uno de los problemas más importantes en los adolescentes actualmente: la dificultad en las relaciones interpersonales. Además, esto podría traducirse en un efecto no pretendido de mejora de los resultados académicos, y lo que es más importante, en una mayor calidad de vida.

6.4 CONCLUSIÓN

Es el deber de la Enfermería especializada en Salud Mental, el asumir parte del protagonismo en este cambio, dando un salto cualitativo de cara a apostar por la implementación de programas que supongan una promoción integral y eficaz del desarrollo positivo adolescente, apoyadas en evidencias empíricas contrastadas y la evaluación tanto de su implementación como de su eficacia.

De nosotros depende el participar o no en este proceso de cambio sustituyendo los diversos programas de prevención por programas de aprendizaje socioemocional y reafirmando de esta manera, el importante papel que debe desempeñar la enfermería fuera del entorno hospitalario tradicional.

7. BIBLIOGRAFÍA

- (1) Pintado, Y, Jiménez, Y, Padilla, M et als. "Trastornos psicológicos en los adolescentes. Una visión general". Norte de Salud Mental, (2010) ; 8 (37): 89-100.
- (2) Jeffrey A. Kelly. "Social-skills Training. A Practical Guide for Interventions". Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer, 8ª ed; (2002).
- (3) Inglés, C.J., Hidalgo, M.D. y Méndez, F.X. (2005). Interpersonal difficulties in adolescence: a new self-report measure. *European Journal of Psychological Assessment*, 21, 11-22.
- (4) Bijstra, J.O., Jackson, S. y Bosma, H.A. (1995). Social skills and psychosocial functioning in early adolescence: a three-year follow-up. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 8, 221-233.
- (5) Huebner, E.S., Suldo, S. y Gilman, R. (2006). Life satisfaction among children and adolescents. En G. Bear y K. Minke (eds.), *Children's Needs* (3ra. ed.) (pp. 357-368). Washington, DC: National Association of School Psychologists.
- (6) Gilman, R. y Huebner, E. S. (2006). Characteristics of adolescents who report high life satisfaction. *Journal of Youth and Adolescence*, 35, 311-319.
- (7) Inglés, C.J., Delgado, B., Baustista, R., Torregrosa, M.S., Espada, J.P., García-Fernández, J.M. et al. (2007). Factores psicosociales relacionados con el consumo de alcohol y tabaco en adolescentes españoles. *Internacional Journal of Clinical and Health Psychology*, 21, 11-22.
- (8) Inglés, C.J., Méndez e Hidalgo, M.D. (2001). Difi cultades interpersonales en la adolescencia: ¿factor de riesgo de fobia social? *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 6(2), 91-104.
- (9) Inglés, C.J., Ruiz, C., García, J.M., Benavides, G., Estévez, C., Martínez, F., Torregrosa, M.S. y Pastor, Y. (2005). Tasas de popularidad, rechazo y olvido en estudiantes prosociales de E.S.O.. En J.A. Del Barrio, M.I. Fajardo, F. Castro, A. Díaz e I. Ruiz (eds.), *Nuevos contextos psicológicos y sociales en educación* (pp. 323-335). Extremadura: PSICOEX.
- (10) Del Barrio, C., Martín, E., Almeida, A. y Barrios, A. (2003). Peer maltreatment and other concepts related to school aggression and their psychological study. *Infancia y Aprendizaje*, 26(1), 9-24.
- (11) Gilbert, E. y DeBlassie, R. (1984). Anorexia nervosa: adolescent starvation by choice. *Adolescence*, 19, 839-846.
- (12) Heinrich LM, Gullone E. The clinical significance of loneliness: a literature review. *Clin Psychol Rev* 2006; 26 (6): 695-718.
- (13) Alegret, J., Comella, M. J., Font, P. i Funes, J. (2005). *Adolescents: relacions amb els pares, les drogues, la sexualitat i el culte al cos* (1ª ed.). Barcelona: Graó: Col·lecció família i educació, 4.
- (14) Collins WA, Maccoby EE, Steinberg L, Hetherington EM, Bornstein MH. Contemporary research on parenting: The case for nature and nurture. *American Psychologist* 2000;55(2):218-232.
- (15) Rohner, R. P. & Veneziano, R. A. (2001). The importance of father love: history and contemporary evidence. *Review of General Psychology*, 5, 382-405.

- (16) Gottman, J. & Declaire, J. (1997). Los mejores padres (trad. de A. Tiscornia). Buenos Aires: Javier Vergara. [V.O.: The heart of parenting. Londres: Simon & Schuster, 1997]
- (17) Larson, R. & Pleck, J. (1999). Hidden feelings: Emotionality in boys and men. En D. Bernstein (Ed.), Gender and motivation. Nebraska symposium on motivation: Vol. 45 (pp. 25-74). Lincoln, NE: University of Nebraska Press
- (18) Fundación Pfizer (2009). La juventud y las redes sociales en Internet. Madrid : Fundación Pfizer
- (19) Johansson, A. y Gotestam, K.G. (2004). Internet Addiction: characteristics of a questionnaire and prevalence in Norwegian youth. Scandinavian Journal of Psychology, 45, 223-229.
- (20) Web The Cocktail Analysis – Estudios:
<http://www.tcanalysis.com/category/estudios/page/3/>
- (21) Muñoz-Rivas, M.J., Navarro, M.E., y Ortega, N. (2003). Patrones de uso de Internet en población universitaria española. Adicciones, 15(2), 137-144.
- (22) Echeburúa, E., Bravo de Medina, R., y Aizpiri, J. (2007). Comorbidity of alcohol dependence and personality disorders: A comparative study. Alcohol & Alcoholism, 42, 618-622.
- (23) Sánchez-Carbonell, X., y Beranuy, M. (2007). La adicción a Internet como sobreadaptación social. En A. Talarín (Ed.): Psicopatología en la sociedad global (pp. 341-367). Barcelona: Herder.
- (24) Viñas, F., Juan, J., Villar, E., Caparros, B., Pérez, I., y Cornella, M. (2002). Internet y psicopatología: las nuevas formas de comunicación y su relación con diferentes índices de psicopatología. Clínica y Salud, 13, 235-256.
- (25) World Health Organization. Atlas : nurses in mental health. World Health Organization Geneve 2007.
- (26) M^a.Jesús García y M^a. Pilar Etxabe Marceil. “Guía Práctica de informe de Enfermería en Salud Mental”. Barcelona: Ed. Glosa, S.L; 2007.
- (27) Joanne McCloskey Dochterman, Gloria M. Bulechek. “Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)”.Madrid: Elsevier, 4^a ed; 2007
- (28) Oliva, A., Ríos, M., Antolín, L., Parra, A., Hernando, A. & Pertegal, M. A. (en prensa). Más allá del déficit: Construyendo un modelo de desarrollo positivo adolescente. Infancia y Aprendizaje.
- (29) Oliva, A., Hernando, A., Parra, A., Pertegal, M. A., Ríos, M. & Antolín, A. (2008). La promoción del desarrollo adolescente: recursos y estrategias de intervención. Sevilla: Consejería de Salud, Junta de Andalucía.
- (30) Zins, J. E., Weissberg, R. P., Wang, M. C. & Walberg. H. J. (Eds.) (2004). Building academic success on social and emotional learning: What does the research say? Nueva York: Teachers College Press.
- (31) Wilson, S. J., Lipsey, M. W. & Derzon, J. H. (2003). The Effects of School Based Intervention Programs on Aggressive Behavior: A Meta-analysis. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71, 136-149.
- (32) Gaedner, M., Roth, J. & Brooks-Gunn, J. (2008). Adolescents’ participation in organized activities and developmental success two and eight years after high school: Do sponsorship, duration, and intensity matter? Developmental Psychology, 44, 814-830.

- (33) Wilson, D. B., Gottfredson, D. C. & Najaka, S. S. (2001). School-Based Prevention of Problem Behaviors: A Meta- Analysis. *Journal of Quantitative Criminology*, 17, 247-272.
- (34) Parra, A., Oliva, A. & Antolín, L. (2009). Los programas extraescolares como recurso para fomentar el desarrollo positivo adolescente. *Papeles del Psicólogo*, 30 (3), 3-13.
- (35) Roth, J. L. & Brooks-Gunn, J. (2003). What exactly is a youth development program? Answers from research and practice. *Applied Developmental Science*, 7, 94-111.
- (36) Gismero González, E. (2000). *EHS Escala de Habilidades Sociales*. Madrid: Tea
- (37) Inglés Saura, C.J., Méndez, F.X. e Hidalgo, M.D. (2000). Cuestionario de Evaluación de Dificultades Interpersonales en la Adolescencia. *Psychothema*, 12, 390-398.

8. ANEXOS

ANEXO I: Planificación del Entrenamiento:

PRIMERA SESIÓN

Presentación del Enfermero y de cada uno de los miembros del grupo (nombre, edad, procedencia, hobbies, qué esperan del programa, etc.). Objetivos del programa y duración.

Temas a tratar: -Explicación de las habilidades sociales, importancia, implicación, etc.

-Comunicación verbal y no verbal. Utilización de role-play para ejemplificar la no verbal.

-Explicación de los 3 estilos de conducta social. Ejemplificarlos mediante 3 personajes de Los Simpsons.

Tareas: Identificar situaciones, en las que ellos o alguien de su alrededor utilicen alguno de los estilos de conducta social.

SEGUNDA SESIÓN

Comentar tarea y repasar contenido de la sesión anterior: role-play de los diferentes estilos de conducta social (todos participan)

Temas a tratar: -Explicar la relación Situación-Pensamiento-Emoción-Conducta. Utilizar un ejemplo donde la misma persona, en la misma situación, se siente y responde de forma distinta. Destacar que no es la situación la que hace que nos sintamos de una forma u otra, sino cómo interpretemos la situación. Ejercicio de la Joven y la Anciana.

Tareas: Durante la semana, cuando se produzca alguna situación donde se sientan mal, que la reinterpreten y la valoren desde un punto de vista distinto.

TERCERA SESIÓN

Comentar tarea de la sesión anterior.

Temas a tratar: -Componentes de la asertividad: Escucha activa y empatía. Hacer role-playing con los alumnos, de situaciones en las que hay y no escucha activa y empatía.

-Derechos asertivos: Ver la lista de derechos más importantes. Todos van ejemplificados, y para algunos, se utiliza dinámicas y role-playing para representarlos, además de fotografías representativas en las transparencias.

Tareas: Ser consciente, a lo largo de la semana, de situaciones en las que respeto algún derecho propio o de terceros, o en la que no lo hago.

CUARTA SESIÓN

Comentar tarea de la sesión anterior. Revisar contenido pasado: -tramo de película (Te Doy Mis Ojos) donde se violan los derechos de unas personas, para que los alumnos reflexionen sobre los derechos que no están siendo respetados.

Temas a tratar: -La habilidad de Decir No: Debatir ventajas de decir No e inconvenientes de decir, siempre a todo y a todos, sí.

-Formas asertivas de decir no: *Técnica del disco rayado, *Técnica de aplazar la respuesta, *Técnica de aliarse con el enemigo. Dinámica de las tres técnicas.

-Hacer peticiones de forma asertiva: *Técnica de inversión, *Técnica de pie en la puerta.

Tareas: Ser capaces de decir no cuando alguien nos pide algo que no deseamos hacer, pero de forma asertiva. Hacer alguna petición.

QUINTA SESIÓN

Repasar tareas de la sesión anterior.

Temas a tratar: - Hacer y recibir críticas. Hacer role-playing donde se hace una crítica "agresiva", y así descubran cómo se hace sentir a las persona, y la vean la importancia de hacerlas de forma asertiva.

-Formas de hacer una crítica asertiva: *Técnica del sándwich

-Formas de responder a una crítica adecuadamente.

-Hacer y recibir cumplidos: Ver la importancia de hacer cumplidos mediante ejemplos. Formas de hacer cumplidos, y de recibirlos.

Tareas: Hacer algún cumplido a alguien de nuestra familia, y ver su reacción. Hacer alguna crítica de forma asertiva.

SEXTA SESIÓN

Repasar tarea de la sesión anterior.

Temas a tratar: -Resolución de conflictos= Tipos de conflictos (competitivos Vs intereses compartidos).

-Responder asertivamente a los conflictos: *Negociación, *Técnica de resolución de conflictos.

Despedida.

ANEXO II: Instrumentos

- Escala de Habilidades Sociales (EHS) (Gismero, 2000).

El EHS es una escala que evalúa conducta asertiva y habilidades sociales. Está compuesto por 33 ítems, 28 de los cuales están redactados en el sentido de falta de aserción o déficit en habilidades sociales y 5 de ellos en el sentido positivo. Se contesta en formato Likert de 4 puntos, desde “No me identifico en absoluto; la mayoría de las veces no me ocurre o no lo haría” (A) a “Muy de acuerdo y me sentiría o actuaría así en la mayoría de los casos” (D). La puntuación total oscila entre 33 y 134, donde no hay puntos de corte, sino que a mayor puntuación global, más habilidades sociales y capacidad de aserción en distintos contextos.

Este instrumento evalúa las diferentes dimensiones del constructo de la conducta asertiva / habilidades sociales (36). En concreto, se han aislado 6 factores: 1) autoexpresión en situaciones sociales, 2) defensa de los propios derechos como consumidor, 3) expresión de enfado o disconformidad, 4) decir no y cortar interacciones, 5) hacer peticiones, y 6) iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto.

Se ha constatado que el EHS presenta una alta consistencia interna, tal y como se expresa en un coeficiente de fiabilidad alto ($\alpha=0.88$), y adecuada validez convergente (36).

- Cuestionario de Evaluación de Dificultades Interpersonales en la Adolescencia (CEDIA) (Ingles Saura, Méndez e Hidalgo, 2000). (37)

Se trata de una medida de autoinforme destinada a detectar el nivel de dificultad que presentan los adolescentes de entre 12 y 18 años en sus relaciones interpersonales. Está compuesta por 39 ítems distribuidos en 5 factores: 1) Aserción, 2) Relaciones con el Otro Sexo, 3) Relaciones con Iguales, 4) Hablar en Público, y 5) Relaciones Familiares. Estos factores son los considerados por muchos investigadores como los más importantes durante la adolescencia (37). Las preguntas muestrean una amplia gama de relaciones interpersonales con personas de diferente edad, género, nivel de autoridad y grado de conocimiento o confianza, en diversos contextos, hogar, colegio, compañeros del mismo o de distinto sexo y situaciones de calle, comerciales o de servicios. El adolescente valora su grado de dificultad de acuerdo con una escala Likert de 5 puntos (0= ninguna dificultad; 4= máxima dificultad). La puntuación total oscila entre 0 y 156, de modo que una mayor puntuación es signo de una mayor dificultad interpersonal.

Ingles Saura, Méndez e Hidalgo (2000) (37) demostraron que el CEDIA presenta una consistencia interna en la puntuación total de una α de Cronbach= 0.91, y una fiabilidad de 0.78 (en un intervalo de dos semanas). Por lo tanto, esta escala posee adecuadas propiedades psicométricas, elevada fiabilidad y estructura dimensional (validez de constructo), así como viabilidad, ya que el tiempo de aplicación se reduce a 15-20 minutos.