

►► ARTÍCULOS ORIGINALES

AUTOESTIMA Y HABILIDADES SOCIALES EN NIÑOS Y NIÑAS DEL GRAN SAN MIGUEL DE TUCUMÁN, ARGENTINA

Self-esteem and social skills in children from Greater San Miguel de Tucuman, Argentina

Giselle León Gualda¹, Ana Betina Lacunza²

RESUMEN. INTRODUCCIÓN: La autoestima se encuentra fuertemente vinculada a las habilidades sociales (HHSS), ya que las interacciones eficaces repercuten en la imagen que cada persona tiene de sí misma. El objetivo fue analizar la relación entre autoestima y HHSS en niñas y niños de 9 a 11 años de escuelas públicas del Gran San Miguel de Tucumán, considerando edad, sexo, lugar de residencia y tipo de grupo familiar. MÉTODOS: Estudio descriptivo-correlacional con un muestreo no probabilístico intencional. A los 193 participantes se les aplicó una escala de autoestima, una escala de estilos de HHSS y una encuesta sociodemográfica. RESULTADOS: El 23% y el 16%, respectivamente, se percibían con baja autoestima familiar y social. Sólo se halló una asociación estadística débil entre la satisfacción general percibida y el estilo asertivo de HHSS ($r = 0,148$, $p = 0,04$). Los niños con alta autoestima empleaban tanto estilos asertivos como inhibidos. Los análisis de regresión múltiple mostraron la vinculación de la variable edad en la autoestima social, mientras que sexo, lugar de residencia y tipo de grupo familiar se relacionaban a estilos de HHSS. DISCUSIÓN: No se encontraron relaciones entre la autoestima y los estilos de HHSS, aunque se identificaron aspectos personales y contextuales asociados a estas variables multidimensionales. Es necesario realizar otros estudios que detecten niveles de autoestima en la infancia, a fin de fortalecerla y disminuir el riesgo psicopatológico.

PALABRAS CLAVE: Autoestima; Habilidades Sociales; Niños

ABSTRACT. INTRODUCTION: Self-esteem is strongly associated with social skills, since effective interactions influence self-image. The objective was to analyze the relationship between self-esteem and social skills in children from 9 to 11 years old attending public schools in Greater San Miguel de Tucuman, considering age, sex, place of residence and family group. METHODS: A descriptive-correlational study was conducted using a non-probabilistic intentional sampling. A total of 193 children participated, who were administered a self-esteem scale, a social skills scale and a sociodemographic survey. RESULTS: The perception of low self-esteem was 23% and 16% in family and social fields respectively. Only a weak statistical association was found between general satisfaction perceived and assertive style ($r = 0,148$, $p = 0,04$). Children with high self-esteem used both assertive and inhibited styles. Multiple regression analyses showed the relationship between age and social self-esteem, while sex, place of residence and family group were associated with social skills styles. DISCUSSION: No relationship was found between self-esteem and social skills styles, although personal and contextual aspects were associated with these multidimensional variables. Further studies are needed to identify levels of self-esteem in childhood, in order to increase it and reduce the psychopathological risk.

KEY WORDS: Self-esteem; Social Skills; Children

¹ Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Tucumán, Argentina.

² Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Tucumán, Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET), Argentina.

FUENTE DE FINANCIAMIENTO: Beca Salud Investiga "Dr. Abraam Sonis", otorgada por la Secretaría de Gobierno de Salud de la Nación a través de la Dirección de Investigación para la Salud.

FECHA DE RECEPCIÓN: 25 de septiembre de 2019

FECHA DE ACEPTACIÓN: 29 de enero de 2020

CORRESPONDENCIA A: Giselle León Gualda
Correo electrónico: gleongualda@gmail.com

RENIS N°: IS002391

INTRODUCCIÓN

La autoestima ha sido estudiada como uno de los indicadores clave de salud mental¹. Hace referencia a la valoración de fuerte connotación afectiva que la persona atribuye a la descripción de sus propias características. Es un constructo de interés clínico por su relevancia en diversos cuadros psicopatológicos, su asociación con las relaciones interpersonales, el rendimiento académico y el bienestar general en la infancia y la vida adulta. Se la ha vinculado con depresión, trastornos alimentarios, trastornos de personalidad, ansiedad y fobia social. En el caso de los niños, una autoestima débil se ha asociado a síntomas de depresión, tristeza, impulsividad, celos, desajuste emocional, problemas escolares^{1,2}, conductas de riesgo, comportamientos adictivos (como el uso excesivo de la tecnología y las redes sociales) y, al igual que la autoestima exagerada, a conductas agresivas y violentas^{3,4}.

No existe una definición única de autoestima. Rosenberg² la refirió como el sentimiento de valía personal y de respeto hacia la propia persona, considerando la evaluación positiva o negativa del Yo; Shavelson⁵ agregó que dicha evaluación se forma a partir de las experiencias y relaciones con el entorno. También son relevantes las características individuales⁶, ya que la autoestima no consiste tanto en cómo los otros ven a una persona, sino en cómo esta cree ser vista⁷. Una de las dificultades al momento de delimitarla es su estrecha relación con el constructo autoconcepto, que está vinculado a los aspectos cognitivos del conocimiento de uno mismo, mientras que la autoestima refiere a los aspectos evaluativo-afectivos⁸.

La autoestima se desarrolla desde que el niño tiene conciencia de sí mismo⁹. En los años preescolares la autoestima puede definirse por la apariencia física, mientras que en la infancia media por cómo el niño se comporta o es¹⁰.

La familia es el primer contexto de formación de la autoestima¹¹⁻¹³. Se afirma que la calidad de las relaciones padres-hijo es un importante predictor del ajuste del niño en la infancia media y tardía¹⁴. A través del contexto familiar se le indica al niño por primera vez qué es lo bueno, lo valioso, lo deseable; allí comienza a construir su propio sistema de valores¹⁵. Las valoraciones positivas o negativas que la familia realice al niño tendrán una gran influencia en la conformación de su autoimagen, debido a la fuerte carga emocional que existe entre el infante y las figuras de apego⁹. Los cambios en la sociedad han llevado a una diversidad en la estructuración de los grupos familiares¹⁶. Sin embargo, la calidad de la vida familiar es lo que más influye en el desarrollo de la autoestima¹⁷.

El contexto académico también incide. Se comprobó que aquellos alumnos que perciben un mayor grado de apoyo de sus profesores y pares manifiestan un mayor interés por las actividades escolares, son más proclives al cumplimiento de las normas de convivencia en el aula, se implican más activamente en metas prosociales, y su autoestima es más positiva^{4,6}. La relación entre escuela y autoestima es muy potente, aunque resulta difícil determinar en qué dirección,

y probablemente la relación sea bidireccional.

Existe una posible interacción entre género y autoestima². En Ciudad de Buenos Aires (Argentina) se encontró una autopercepción de las competencias deportivas más positiva en los niños que en las niñas, quienes a su vez describieron positivamente sus comportamientos¹⁸. En términos de edad, los niños más pequeños (8 a 10 años) mostraron una autopercepción de su apariencia física y de su comportamiento más positiva que los mayores (11 a 13 años)¹⁹. En la infancia son cinco los dominios vitales de la autoestima: el académico, el social, el deportivo, el comportamental y la apariencia física²⁰. En la adolescencia, la apariencia física es el principal predictor de la autoestima global, seguida por la aceptación social, el atractivo amoroso, el buen comportamiento, la competencia escolar, deportiva y laboral y la amistad íntima²¹. Si bien los estudios arrojan una autoestima superior en las niñas en la etapa de la niñez, ese nivel sufre una disminución al llegar a la adolescencia²².

Se ha demostrado la influencia del nivel socioeconómico (NSE): los niños de NSE bajo provienen de familias que están inmersas en ambientes que no favorecen el desarrollo de una autoestima positiva. De esta forma, los efectos acumulados de la pobreza aumentan la vulnerabilidad física y psicosocial de quien se desarrolla en un ambiente caracterizado por la privación²³. Sin embargo, las variables personales y sociodemográficas no afectan de forma diferencial a la autoestima²⁴. Según un estudio realizado en la ciudad de Santa Fe (Argentina), los niños de bajos recursos se percibían con un nivel de autoestima promedio, aunque sus respectivas madres los veían en la mayoría de los casos con baja autoestima. Estas percepciones maternas estaban atravesadas por el contexto social y sus valoraciones subjetivas. En cambio, la docente era mucho menos crítica en cómo describía a los niños participantes²⁵.

Existe una estrecha relación entre autoestima y habilidades sociales (HHSS). Estas últimas son conductas o destrezas sociales específicas requeridas para ejecutar competentemente una tarea de índole interpersonal. Se trata de comportamientos adquiridos y aprendidos, y no de un rasgo de personalidad²⁶. Se ha comprobado que los niños con alta autoestima cuentan con un amplio repertorio de conductas adaptativas, prosociales, de ayuda y de respeto social²⁷. Las HHSS inciden en la autoestima, en la adopción de roles, en la autorregulación del comportamiento y en el rendimiento académico, entre otros aspectos, tanto en la infancia como en la vida adulta²⁸. En la infancia, su conformación está estrechamente vinculada a los grupos primarios y a las figuras de apego. La familia y luego la escuela, como agentes de socialización, constituyen ámbitos privilegiados para su aprendizaje. Asimismo, el lugar donde se encuentra inmerso el niño incide en dicho aprendizaje, ya que los patrones de comportamiento varían enormemente de una cultura a otra.

Existen tres estilos de relación interpersonal^{29,30}, que denotan HHSS tanto adaptativas como disfuncionales. El primero, denominado estilo asertivo, implica la expresión

de los propios sentimientos y la defensa de los derechos personales sin negar los derechos de los otros en las interacciones sociales. En los niños supone una interacción en un plano de igualdad, con mutuo respeto y consideración a sus pares o adultos. Por su parte, el estilo agresivo es de lucha. El niño es explosivo, hostil y autoritario. Defiende sus derechos avasallando los de los demás. Afronta las situaciones conflictivas con violencia verbal o física, por lo que sus HHSS son deficitarias. Por último, el estilo inhibido hace referencia a una modalidad de huida. Se trata de una posición pasiva y sumisa. El niño no es capaz de expresar sus sentimientos y opiniones y, por consiguiente, no es tenido en cuenta o pasa desapercibido. Se muestra pasivo, reservado, frustrado, ansioso o sumiso, y evita o escapa al conflicto, por lo que sus HHSS son disfuncionales al momento de resolver situaciones sociales.

Es importante mencionar que estos estilos no son fijos, sino que forman un *continuum* (pasivo-assertivo-inhibido) y dan lugar a comportamientos que están a mitad de camino entre uno y otro estilo o alternan entre ellos³¹. Respecto a esto, Monjas Casares²⁹ señala que todas las personas en su vida cotidiana ponen en juego los tres estilos de interacción según la situación, los intereses y las características de los sujetos. Sin embargo, cada persona utiliza de forma más habitual y frecuente uno de estos estilos, el cual se va consolidando de modo más preponderante durante el proceso de socialización.

Resulta complejo distinguir si la autoestima es una de las responsables de la adquisición de HHSS asertivas o si son las interacciones sociales satisfactorias las que repercuten en la autoestima. Puesto que se trata de una relación recíproca³², el interrogante principal del presente estudio fue: ¿existen relaciones entre el nivel de autoestima y las HHSS de niñas y niños escolarizados del Gran San Miguel de Tucumán (GSMT)? El objetivo fue analizar el nivel de autoestima y los estilos de HHSS de niñas y niños escolarizados del GSMT considerando las variables edad, sexo, lugar de residencia y tipo de grupo familiar. Se plantearon dos hipótesis de trabajo: a) las niñas y los niños participantes con alta autoestima refieren más HHSS asertivas, mientras que sus pares con menor autoestima tienden a emplear HHSS de tipo inhibido y/o agresivo; y b) las variables sexo, edad, lugar de residencia y tipo de grupo familiar influyen en el nivel de autoestima y en los estilos de HHSS percibidos por las niñas y los niños participantes.

MÉTODOS

Se trató de un estudio descriptivo y correlacional³³ de corte transversal, realizado en una muestra final de 193 niñas y niños de 9 a 11 años que asistían a escuelas públicas del GSMT. El GSMT es un aglomerado urbano conformado alrededor de la capital de la provincia de Tucumán e incluye tierras ubicadas en cuatro departamentos vecinos: Yerba Buena, Tafí Viejo, Lules y Cruz Alta. Según el censo 2010³⁴ cuenta con una población de 794.325 habitantes

y una superficie de 114 km², por lo que es el aglomerado más poblado del noroeste argentino y la quinta urbe de mayor tamaño del país. Algunas de estas ciudades tuvieron un crecimiento y poseen zonas céntricas con sedes de organismos del Estado, en las que coexisten zonas residenciales y barrios vulnerables de NSE desfavorecido.

Se trabajó en cuatro ciudades del GSMT: San Miguel de Tucumán, escuela 1 (Capital); Yerba Buena, escuela 2 (Yerba Buena); Tafí Viejo, escuela 3 (Tafí Viejo); y Banda del Río Salí, escuela 4 (Cruz Alta). Se utilizó un muestreo no probabilístico. Se seleccionaron intencionalmente escuelas públicas primarias dependientes del Ministerio de Educación de la provincia. Dichos establecimientos presentaban una alta matrícula de alumnos de NSE bajo y medio-bajo, y estaban ubicadas geográficamente en un sector céntrico de las respectivas localidades, por lo que aparecían como referentes educativos en los lugares descriptos. Dentro de cada escuela se seleccionó al azar una división de 4° y 5° grado, en la cual se invitó a participar a la totalidad de niños y niñas (previo consentimiento de sus padres). Una vez tomados los datos, se excluyeron siete protocolos porque estaban incompletos.

A los niños y las niñas participantes se les administraron de modo grupal, dentro del horario escolar, los siguientes instrumentos:

- Encuesta sociodemográfica (construida a los fines de esta investigación): Para explorar datos personales del niño (institución escolar, fecha de nacimiento y sexo) y del grupo familiar (con quién vivía). Estos datos permitían recabar información sobre las variables independientes y constituían una versión abreviada de una encuesta sociodemográfica diseñada para estudios con población infanto-juvenil de Tucumán³⁵. Se aplicó una versión piloto a 15 niños y niñas escolarizados pertenecientes a idénticos NSE.

- Escala de autoestima para niños de 9 a 12 años¹¹: Está conformada por dos secciones. La primera mide el grado de satisfacción que el niño posee consigo mismo tanto en el área escolar (agrado respecto a su rendimiento académico) como general (complacencia general consigo mismo). Es una escala pictórica (8 ítems) con 5 opciones de respuestas: expresiones faciales (caritas) que van desde una muy alegre hasta una muy triste. Se utilizan caritas femeninas y masculinas, con el objetivo de optimizar la identificación con la representación pictórica de las emociones de cada niño. En la muestra local estas dimensiones registraron índices moderados de consistencia interna (satisfacción escolar: $\alpha = 0,494$; satisfacción general: $\alpha = 0,560$). La segunda parte está constituida por una escala de 15 ítems con 3 opciones de respuesta (sí, a veces, no). Incluye las dimensiones: a) autoestima global: evaluación afectiva que, de manera global, el niño/a percibe de sí mismo; b) autoestima social: valoración que cada niño hace de su imagen social; c) autoestima escolar: apreciación del niño acerca de su propia imagen como alumno; y d) autoestima familiar: valoración del niño respecto a la imagen familiar y del rol que cumple dentro de ella, cuál es su valor y

aprecio como hijo. En la muestra participante los valores de consistencia interna fueron: autoestima escolar: $\alpha = 0,172$; autoestima social: $\alpha = 0,588$; autoestima familiar: $\alpha = 0,476$; y autoestima global: $\alpha = 0,488$. Si bien el coeficiente alfa de Cronbach fue bajo para la dimensión autoestima escolar (compuesta por 2 ítems), se decidió conservar dicha dimensión siguiendo el modelo teórico que sustenta la prueba. La escala completa mostró una consistencia interna de $\alpha = 0,662$. Estos valores son semejantes a los encontrados en el estudio de validación de la prueba con población infantil de Entre Ríos¹¹.

- Escala de Comportamiento Asertivo para Niños (CABS, por sus siglas en inglés)³⁶: Identifica estilos de HHSS —comportamientos agresivos, inhibidos y asertivos— en niños y niñas de 6 a 12 años. Consta de 27 ítems (con 5 alternativas en un continuo de respuestas pasivas, parcialmente pasivas, asertivas, parcialmente agresivas y agresivas). Los ítems describen HHSS como formular quejas, hacer y recibir pedidos o cumplidos, empatía, iniciar o mantener conversaciones, entre otras. Para la corrección se puede establecer una puntuación total como de los estilos de HHSS. En la muestra participante, el nivel de consistencia interna de la escala completa fue de 0,836. Este instrumento se utilizó en estudios locales³⁷.

En lo que respecta a los aspectos éticos, en cada escuela se solicitó autorización a directivos y se realizó una reunión con los docentes de 4° y 5° grado a fin de informar el propósito de la investigación y acordar pautas de trabajo. Se envió a los padres/tutores el consentimiento informado, para que se aceptara o no la participación. El/la menor debía firmar un asentimiento en caso de participar. Dichos documentos explicitaron los objetivos, el carácter voluntario y anónimo de la participación, la confidencialidad de los datos y la posibilidad de efectuar preguntas o retirarse de la investigación sin ningún perjuicio para los padres/tutores, el niño o la niña, como lo establece la Ley 25326 de Protección de Datos Personales.. El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética de la Secretaría de Ciencia, Arte e Innovación Tecnológica de la Universidad Nacional de Tucumán. Para la administración de los instrumentos se formó un equipo integrado por psicólogos y auxiliares estudiantiles de la carrera de Psicología, los cuales recibieron formación teórico-práctica. Los niños y niñas con dificultades en la comprensión lectora fueron supervisados de modo individual por los integrantes del equipo.

Se realizó un análisis descriptivo de las variables independientes: sexo (mujer/varón), edad (9 a 11 años), lugar de residencia (San Miguel de Tucumán, Yerba Buena, Taff Viejo y Banda del Río Salí), tipo de grupo familiar (nuclear, ampliada, monoparental, ensamblada y otros grupos familiares con inclusión de personas no familiares). Se consideró a la familia nuclear aquella conformada por ambos miembros de la pareja parental, la ampliada supone la inclusión de otros miembros del grupo familiar, como tíos, primos o abuelos. La familia monoparental es aquella encabezada por una de las figuras parentales mientras que la familia

ensamblada supone la conformación de un único grupo familiar con miembros (por ejemplo, hijos) pertenecientes a un grupo familiar anterior al actual. Con relación a las variables dependientes, es decir, autoestima y HHSS, se las operacionalizó según las dimensiones propuestas desde los instrumentos de medición. Se revisaron los supuestos de normalidad y homocedasticidad en la muestra, a fin de realizar análisis paramétricos. Se establecieron puntuaciones descriptivas de las pruebas y puntajes percentilares para la escala de autoestima, tomándose al mismo grupo como normativo. Se definieron descriptivos de los niveles de autoestima (con y sin déficit) y los estilos de HHSS (asertivo, inhibido, agresivo), analizándose su relación a partir de pruebas no paramétricas. Se analizó la presencia de correlaciones (r de Pearson) entre las variables dependientes. A fin de establecer si las variables independientes predecían niveles de autoestima como estilos de HHSS, se calculó un análisis de regresión lineal múltiple. Los datos fueron analizados con el paquete estadístico IBM SPSS Statistics 22.0.

RESULTADOS

El 51% de los niños y niñas tenía 9 años, el 50% eran mujeres. El 29% pertenecía a la Banda del Río Salí. El 43% provenía de una familia de tipo nuclear (ver Tabla 1).

A fin de verificar la primera hipótesis del estudio se establecieron correlaciones entre las medidas cuantitativas de ambas variables. Sólo se halló una asociación estadística débil entre la dimensión satisfacción general y el estilo asertivo de HHSS ($r = 0,148$, $p = 0,04$) (ver Tabla 2). Posteriormente se consideraron puntajes percentilares de la escala de autoestima, tomando a la misma muestra como grupo normativo. Se consideró como déficit de autoestima a aquellos desempeños con percentiles inferiores a 10 y como alto nivel de autoestima a los que superaran el percentil 90. El 23% de la muestra total presentó un déficit de autoestima familiar, mientras que un 16% consignó un bajo nivel de autoestima social. Si bien no se encontraron diferencias estadísticas en las otras dimensiones de la autoestima, se observó que gran parte de los niños con un estilo asertivo de HHSS refería menor autoestima global, mientras que los niños con un estilo inhibido se autopercebían con alta autoestima global (ver Tabla 3). Para este análisis sólo se trabajó con la segunda parte de la prueba, siguiendo el modelo teórico multidimensional.

Se analizaron las respuestas de los niños a la prueba CABS. En la muestra total, el 54% se percibía con un estilo asertivo de HHSS, mientras que el 10% refirió un estilo agresivo.

A partir de pruebas no paramétricas se identificó la relación entre los niveles de autoestima (baja/alta) y los estilos de HHSS (asertivo/inhibido/agresivo). Se observó que los niños y las niñas con alta autoestima familiar referían un estilo inhibido (40%) o agresivo (30%) (Ver Tabla 3).

Posteriormente se realizó un análisis de regresión a fin de establecer si las variables independientes predecían un

nivel de autoestima satisfactorio en los niños participantes. Según el análisis, sólo la variable edad se relacionaba con la autoestima social (ver Tabla 4). La dirección de los resultados mostró que los niños y niñas menores se percibían con mayor autoestima que sus pares mayores ($F = 4,04$; $p = 0,019$). Idéntico procedimiento se efectuó respecto al papel del sexo, edad, lugar de residencia y tipo de grupo familiar en los estilos de HHSS de los niños participantes. Se encontró que las variables sexo y grupo familiar se relacionaban a estilos asertivos de HHSS (Ver Tabla 5). Las niñas se percibían más asertivas que sus pares varones al momento de interactuar socialmente, es decir, con habilidades para hacer cumplidos, respetar derechos propios y de los otros, etc. En tanto, los niños y las niñas

integrados a grupos familiares ampliados con inclusión de personas no familiares también mostraban comportamientos de respeto mutuo y expresión de derechos ($F = 3,19$; $p = 0,015$) con mayor asertividad. Las variables lugar de residencia y grupo familiar predecían estilos inhibidos de HHSS. Los resultados revelaron que los niños y las niñas residentes en la localidad de Yerba Buena se percibían como retraídos socialmente. Por su parte, los niños y las niñas incluidos en grupos familiares monoparentales también se caracterizaban por sus comportamientos inhibidos ($F = 4,95$; $p = 0,001$). Finalmente, el lugar de residencia predecía los estilos agresivos de HHSS en los niños y niñas participantes, particularmente en aquellos que vivían en Banda del Río Salí ($F = 3,82$; $p = 0,005$).

TABLA 1. Descripción de la muestra total (n = 193).

Variable	Frecuencia	%
Edad (años)		
9	99	51
10	79	41
11	15	8
Sexo		
Femenino	97	50
Masculino	96	50
Lugar de residencia		
San Miguel de Tucumán (escuela 1)	48	24
Yerba Buena (escuela 2)	46	24
Tafí Viejo (escuela 3)	44	23
Banda del Río Salí (escuela 4)	55	29
Tipo de grupo familiar		
Familia nuclear	83	43
Familia ampliada	80	42
Familia ensamblada	2	1
Familia monoparental	22	11
Otros	6	3

TABLA 2. Dimensiones de autoestima y estilos de habilidades sociales según sexo.

	Mujeres n* = 97		Varones n = 96		t†	p‡
	M§	D.E.	M	D.E.		
Dimensiones de autoestima						
Satisfacción escolar	16,07	2,05	15,59	2,40	-1,48	0,13
Satisfacción general	17,68	2,09	17,04	2,37	-1,98	0,04
Autoestima escolar	5,23	1,38	5,42	1,38	0,95	0,34
Autoestima social	8,84	2,05	8,49	2,19	-1,12	0,26
Autoestima familiar	10,44	1,28	10,40	1,61	-0,22	0,82
Autoestima global	7,26	1,69	7,56	1,75	1,22	0,22
Estilos de habilidades sociales						
Asertivo	15,07	5,42	13,04	5,72	-2,52	0,01
Inhibido	12,08	7,83	14,39	9,56	-1,83	0,06
Agresivo	5,65	6,69	7,29	7,49	1,59	0,11

*Total de casos; † Prueba t de Student; ‡ Significación estadística < 0,05; § Media, || Desviación Estándar.

TABLA 3. Dimensiones de autoestima y estilos de habilidades sociales según lugar de residencia.

	San Miguel de Tucumán n‡ = 48		Yerba Buena n = 46		Tafí Viejo n = 44		Banda del Río Salí n = 55		F*	p†
	M§	D.E.	M	D.E.	M	D.E.	M	D.E.		
Dimensiones de autoestima										
Satisfacción escolar	15,17	2,40	15,41	2,08	16,84	1,87	15,96	2,24	5,11	0
Satisfacción general	17,06	2,21	17,17	2,34	17,34	2,06	17,80	2,35	1,08	0,35
Autoestima escolar	4,96	1,39	5,43	1,24	5,50	1,57	5,40	1,30	1,51	0,21
Autoestima social	7,83	2,21	9,17	2,10	8,95	1,77	8,73	2,17	3,76	0,01
Autoestima familiar	9,85	1,58	10,65	1,38	10,61	1,26	10,56	1,43	3,38	0,01
Autoestima global	7,54	1,58	6,98	1,79	8,00	1,75	7,18	1,67	3,17	0,02
Estilos de habilidades sociales										
Asertivo	13,35	5,16	14,08	5,26	14,29	6,37	14,47	5,85	0,36	0,77
Inhibido	14,39	7,77	14,82	9,23	14,4	10,1	9,94	7,39	3,76	0,01
Agresivo	6,14	5,54	4,17	4,59	5,68	7,17	9,3	9,06	5	0

*Anova de un factor; † Significación estadística < 0,05; ‡ Total de casos; § Media; || Desviación estándar

TABLA 4. Resumen del análisis de regresión de las variables independientes (sexo, edad, lugar de residencia y grupo familiar) sobre las dimensiones de autoestima.

Variable	Autoestima (puntuación total)			
	B*	β^{\dagger}	t [‡]	p [§]
Sexo	-0,22	-0,02	-0,34	0,72
Edad	-0,86	-0,12	-1,68	0,09
Lugar de residencia	0,15	0,04	0,56	0,57
Grupo familiar	-0,18	-0,04	-0,60	0,54
Autoestima escolar				
Sexo	-0,21	-0,07	-1,06	0,28
Edad	-0,03	-0,01	-0,22	0,82
Lugar de residencia	0,05	0,04	0,62	0,53
Grupo familiar	0,13	0,10	1,40	0,16
Autoestima social				
Sexo	0,26	0,06	0,84	0,39
Edad	-0,60	-0,17	-2,48	0,01
Lugar de residencia	-0,02	-0,01	-0,16	0,87
Grupo familiar	-0,16	-0,08	-1,13	0,26
Autoestima familiar				
Sexo	-0,00	-0,00	-0,01	0,98
Edad	-0,29	-0,13	-1,77	0,07
Lugar de residencia	0,05	0,04	0,60	0,54
Grupo familiar	-0,01	-0,00	-0,12	0,90
Autoestima global				
Sexo	-0,26	-0,78	-1,06	0,28
Edad	0,07	0,02	0,35	0,72
Lugar de residencia	0,07	0,04	0,63	0,52
Grupo familiar	-0,14	-0,08	-1,21	0,22

*Beta (coeficiente sin estandarizar); †Beta (coeficiente estandarizado); ‡Prueba t de Student; §Significación estadística < 0,05

DISCUSIÓN

Los resultados muestran que no existen relaciones entre el nivel de autoestima y los estilos de HHSS percibidos por niños y niñas escolarizados del GSMT. Si bien se planteó que una imagen positiva del niño supone una retroalimentación de relaciones sociales mutuamente satisfactorias con pares o adultos, los datos del presente estudio difieren de los de Joy³⁷ en niños preescolares, pero concuerdan con la investigación de Babakhani³⁸ en adolescentes con comportamiento agresivo y la de Olmedo³⁹ en niños y adolescentes de Misiones (Argentina).

La presencia de déficits en la dimensión de autoestima social y familiar de los niños participantes podría entenderse a partir del papel de estos grupos socializadores. Está comprobado que las modalidades de crianza influyen en el desarrollo de la autoestima del niño⁴⁰. Se ha argumentado que la empatía, la atención, el cuidado y el apoyo de los padres contribuyen a alcanzar una autoestima más positiva, por lo que las familias vulnerables, atravesadas en muchos casos por situaciones de pobreza, pueden experimentar condiciones de estrés con impacto negativo. Aunque no se puede generalizar y sostener que todos los niños de contextos de pobreza se perciban con una baja autoestima, sí se ha comprobado que esta y otras variables psicológicas

TABLA 5. Resumen del análisis de regresión de las variables independientes (sexo, edad, lugar de residencia y grupo familiar) sobre los estilos de habilidades sociales.

Variable	Puntuación total CABS*			
	B [†]	β^{\ddagger}	t [§]	p
Sexo	0,87	0,03	0,5	0,61
Edad	1,87	0,09	1,32	0,18
Lugar de residencia	3,18	0,29	4,18	0
Grupo familiar	1,45	0,12	1,8	0,07
Estilo asertivo de habilidades sociales				
Sexo	2,00	0,17	2,49	0,01
Edad	0,56	0,06	0,88	0,37
Lugar de residencia	0,29	0,05	0,83	0,4
Grupo familiar	0,85	0,16	2,29	0,02
Estilo inhibido de habilidades sociales				
Sexo	2,36	0,13	1,91	0,05
Edad	1,25	0,09	1,28	0,19
Lugar de residencia	1,65	0,21	3,08	0
Grupo familiar	1,46	0,17	2,56	0,01
Estilo agresivo de habilidades sociales				
Sexo	-1,48	-0,1	-1,47	0,14
Edad	0,57	0,05	0,72	0,47
Lugar de residencia	1,52	0,24	3,45	0
Grupo familiar	-0,00	-0	-0	0,99

*Escala de Comportamiento Asertivo; †Beta (coeficiente sin estandarizar); ‡Beta (coeficiente estandarizado); §Prueba t de Student; ||Significación estadística < 0,05

(entre ellas, la personalidad) promueven un mayor apoyo social y pueden considerarse factores protectores en grupos socioeconómicos desfavorecidos⁴¹. Teniendo en cuenta esta evidencia, resultan relevantes los datos encontrados en niñas y niños tucumanos, coincidentes con los hallazgos de Tarazona⁴² en adolescentes peruanos, que mostraban el efecto negativo de la pobreza en el desarrollo personal.

Se observó que variables sociodemográficas como lugar de residencia, sexo o tipo de grupo familiar de pertenencia no predecían la presencia de una autoestima más adecuada. Tales resultados coinciden con el estudio de Warner-Czyz⁴³ en niños con pérdida auditiva. La edad fue la única variable personal que permitió predecir un nivel de autoestima satisfactorio en niños más pequeños, particularmente en la esfera social. Estos resultados concuerdan con los descriptos en niños colombianos por Moreno Méndez⁴⁴, quien halló niveles medios a altos de autoestima relacionada a la popularidad, es decir, a cómo el niño mide su autoestima en torno a sus compañeros de escuela, en los juegos y al momento de hacer amigos. Entre los 8 y los 14 años, las categorías que más a menudo se asocian con la autoestima son el talento académico, la aceptación por parte de los compañeros, la conducta y la apariencia física. Las autodescripciones cada vez más abstractas dependen de la adquisición de habilidades cognitivas, por lo que a medida que el niño crece es capaz de formar autopercepciones en un mayor

número de contextos (escuela, casa, etc.) y roles (como estudiante, deportista, etc.)²⁰.

Al analizar el papel de las variables independientes sobre las HHSS de los niños y las niñas participantes, se observó que el sexo, el grupo familiar y el contexto de residencia afectaban el estilo. Las niñas presentaron un mayor nivel de asertividad que sus pares varones; se percibían con comportamientos como saludar, agradecer, elogiar el dibujo de un compañero, mostrar preocupación por el otro y ofrecer ayuda. Esto concuerda con la evidencia de que las niñas suelen mostrar HHSS más asertivas que los varones⁴⁵. Los datos descriptos podrían deberse a la adquisición de roles de género²⁶. A partir de los 5 años aproximadamente, los niños comienzan a adquirir y desarrollar roles de género según pautas impuestas por la cultura, sin embargo, además de los estándares culturales, deben tenerse en cuenta otros factores contextuales e individuales. Tradicionalmente se asoció un rol masculino a la instrumentalidad, autosuficiencia, autoridad, provisión y expresión de sentimientos negativos, mientras que el papel femenino se relacionó con cuidado, sensibilidad, expresión de sentimientos positivos, empatía y aceptación⁴⁶; aunque estos estándares han variado y hoy se adoptan actitudes de género más igualitarias, vinculadas no sólo a un cumplimiento de derechos, sino también a un posicionamiento firme ante las situaciones que las niñas o los niños deben enfrentar. En la población infanto-juvenil de Jujuy, las niñas que reportaban actitudes de género igualitarias tenían más probabilidades de consumir tabaco y bebidas alcohólicas⁴⁷. Según estos autores, la mayor asertividad en mujeres también implicaba riesgos en el consumo de sustancias. Estos hallazgos suponen una continuidad del estudio a fin de identificar qué se entiende por asertividad en la población femenina actual desde la propia perspectiva de los niños y niñas. Para ello sería relevante indagar, desde una metodología cualitativa, las valoraciones que las niñas tienen de sus comportamientos sociales, el respeto por un par como sujeto de derecho y la expresión de sus propios derechos ante situaciones de conflictos interpersonales.

Por su lado, el lugar de residencia predice estilos disfuncionales de HHSS, específicamente comportamientos inhibidos o agresivos. Más allá de las expresiones comportamentales disímiles, ambos estilos disfuncionales expresan una dificultad del niño para decodificar señales sociales, procesar información relevante para responder a un interlocutor y seleccionar aquellas estrategias de respuesta que permitan interacciones sociales más satisfactorias. Los niños de Banda del Río Salí se identifican en mayor medida con un estilo agresivo de HHSS. Si bien estos comportamientos disfuncionales no son privativos de un contexto socioeconómico determinado, existe evidencia que destaca que los niños en condiciones de pobreza suelen presentar déficits sociales⁴⁸. Dado que esta localidad integra una zona de vulnerabilidad social y económica, se encuentra disociada en términos socio-espaciales de la trama urbana y tiene acceso limitado a servicios básicos,

hogares con bajas condiciones de vida y niveles críticos de pobreza⁴⁹, cabe pensar que el estrés generado por las carencias socioeconómicas haya incidido en los estilos de crianza y de interacción, indispensables en el desarrollo socioemocional. Los resultados del presente estudio coinciden con los de Assis, Avanci y Olivera en niños brasileños⁵⁰.

En contrapartida, los niños residentes en Yerba Buena refieren un estilo inhibido de HHSS. Los datos aquí encontrados coinciden con estudios locales en niños y adolescentes de NSE bajo de Tucumán, en los que se halló un perfil inhibido de HHSS^{48,51,52} particularmente en sectores socioeconómicos desfavorecidos. Cabe recordar que la escuela pública participante de este estudio está ubicada en la zona Oeste de la ciudad de Yerba Buena, en área de hogares con mayor nivel de precariedad y además alberga a niños de la zona Sur de la ciudad, que viven en los márgenes de un canal pluvial de desagüe.

En lo que respecta al grupo familiar, los niños y las niñas de familias monoparentales refieren más estilos inhibidos de interacción social. Si bien no puede determinarse que la expresión de las HHSS sea resultado unívoco del tipo de familia, en niños brasileños en condiciones de pobreza, con padres de bajo nivel de escolaridad y pertenecientes a familias monoparentales, se observó un menor nivel de competencia social y problemas de comportamiento⁵⁰; a medida que aumentaban estos factores de riesgo, crecía la prevalencia de niños con baja competencia social, lo que motiva a ampliar el presente estudio considerando otras variables intervinientes en la configuración de HHSS.

Los resultados permitieron comprobar en parte las hipótesis planteadas. No se verificó que los niños y niñas con alta autoestima presentaran un mayor repertorio de HHSS asertivas, puesto que los participantes con alta autoestima familiar refieren tanto estilos asertivos como inhibidos de la socialización. Tampoco se comprobó que los niños y las niñas con baja autoestima emplearan en mayor medida HHSS de tipo inhibido y/o agresivo. La segunda hipótesis se verificó parcialmente, ya que el sexo, el lugar de residencia y el grupo familiar influyen en los estilos de HHSS, mientras que la edad sólo afecta el nivel de autoestima social de los niños participantes.

En síntesis, este trabajo mostró la ausencia de relaciones entre la autoestima y los estilos de HHSS de los niños y las niñas participantes. Sí pudo identificar la participación de variables personales y contextuales en dichos constructos, lo que sostiene la concepción multidimensional de estas variables psicológicas. La presente investigación sugiere la necesidad de continuar con estudios que identifiquen niveles de autoestima en la infancia, con el objetivo de detectar tempranamente sus déficits y generar intervenciones que permitan fortalecerla y, así, disminuir el riesgo psicopatológico. Asimismo, se debe indagar si los diferentes estilos tienen participación en los niveles de autoestima, habida cuenta de que las HHSS pueden aprenderse y potenciarse en un momento tan sensible del desarrollo socioemocional.

Este trabajo presenta algunas limitaciones, que pueden haber afectado la tendencia de los resultados. Por un lado, puede plantearse la hipótesis de cierta deseabilidad social en las respuestas de los niños y las niñas, particularmente en la escala de autoestima. En la administración se observó que el contenido de algunos ítems movilizaba recuerdos o apreciaciones personales de los participantes, que eran comentados con la evaluadora. Estas observaciones se realizaron en mayor medida en aquellos ítems vinculados a la autoestima familiar. Luego de esclarecer estas apreciaciones, los niños y las niñas respondían de modo altamente positivo en la prueba psicológica. Esta elección de mostrarse de modo positivo a pesar de referir cierto sentimiento negativo podría deberse a una tendencia de responder lo que se espera socialmente o lo que es más deseable. Por ello, es necesario complementar los resultados con una indagación de técnicas cualitativas, que permita conocer los significados que las niñas y los niños tucumanos atribuyen a una imagen positiva de sí mismos. Por otro lado, el tamaño de la muestra y la decisión de un muestreo intencional limitan los resultados de este estudio, que deben considerarse sólo en referencia a los niños participantes. Es necesario ampliar la muestra a fin de poder realizar generalizaciones en la población infantil de Tucumán.

RELEVANCIA PARA POLÍTICAS E INTERVENCIONES SANITARIAS

Si se conoce el nivel de la autoestima y el estilo de HHSS, será posible diseñar intervenciones que promuevan el aprendizaje de HHSS asertivas e impacten positivamente sobre la autoestima, tal como aparece descrito en la bibliografía^{27, 28, 32}. Sería de suma importancia que dichas intervenciones incluyan a los sectores mayormente implicados en el desarrollo de la autoestima, es decir, a la familia y la escuela, para permitir un abordaje más integral de las variables mencionadas. Dado que la autoestima

constituye un constructo dinámico que se desarrolla a lo largo del ciclo vital, es importante detectar sus déficits a tiempo para prevenir futuros cuadros psicopatológicos en la adolescencia.

Finalmente, sería factible transferir los conocimientos alcanzados al ámbito del trabajo comunitario a través del diseño de acciones que permitan beneficiar a los grupos asistentes a instituciones como escuelas, clubes deportivos y centros comunitarios. Mediante recursos adecuados, se promovería la autoestima y, por ende, el bienestar psicológico de los niños allí presentes.

RELEVANCIA PARA LA FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD

El presente estudio resulta relevante para la evaluación y diagnóstico psicológico, puesto que permitió identificar recursos saludables como disfuncionales en el área socioemocional de población infantil del Gran San Miguel de Tucumán. En este sentido, resulta información valiosa para la formación del psicólogo que trabaje en área de la Evaluación y Diagnóstico Psicológico, y que considere al niño situado en su contexto. El empleo de instrumentos adaptados localmente para la valoración de recursos socioemocionales, como la autoestima y las habilidades sociales, cumple un papel primordial en esta tarea.

RELEVANCIA PARA LA INVESTIGACIÓN EN SALUD

Este estudio explora la percepción de autoestima y HHSS en niños del GSMT. Puesto que se ha identificado cierta deseabilidad social en los resultados, sería relevante evaluar los significados que los niños atribuyen a su autoestima y a los estilos de HHSS a partir de diseños metodológicos mixtos. La incorporación de tales valoraciones y de los prejuicios que los niños manifiestan sobre sí mismos constituye una herramienta esencial para realizar intervenciones en salud mental infantil.

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES: No hubo conflicto de intereses durante la realización del estudio.

Cómo citar este artículo: León Gualda, Lacunza A, G, Autoestima y habilidades sociales en niños y niñas del Gran San Miguel de Tucumán, Argentina *Rev Argent Salud Pública*, 2020; 11(42): 22-31.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ¹ Vargas Rubilar J, Oros L. Una propuesta de intervención psicoeducativa para promover la autoestima infantil. *Acta Psiquiatr Psicol Am Lat.* 2011;57(3):235-244. [Internet: https://www.researchgate.net/profile/Jael_Vargas_Rubilar/publication/265013798] (Citado: 10/03/19).
- ² Rosenberg M. La autoimagen del adolescente y la sociedad. Buenos Aires: Paidós; 1965.
- ³ Herrera Harfuch M, Pacheco Murguía M, Palomar Lever J, Zavala Andrade D. La adicción a Facebook relacionada con la baja autoestima, la depresión y la falta de habilidades sociales. *Psicología Iberoamericana.* 2010;18(1):6-18. [Internet: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=133915936002>] (Citado: 08/06/19)
- ⁴ Cava M, Musitu G, Murgui S. Familia y violencia escolar: el rol mediador de la autoestima y la actitud hacia la autoridad institucional. *Psicothema.* 2006;18(3):367-373. [Internet: <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=3224>] (Citado: 03/05/19)
- ⁵ Shavelson RJ, Hubner JJ, Stanton GC. Self-concept: Validation of construct interpretation. *Rev Educ Res.* 1976;46(3):407-441. [Internet: Shavelson RJ, Hubner JJ, Stanton GC. Self-concept: Validation of construct interpretation. *Rev Educ Res.* 1976;46(3):407-441.] (Citado: 10/03/19)
- ⁶ Naranjo Pereira M. Autoestima: un factor relevante en la vida de la persona y tema esencial del proceso educativo. *Actualidades Investigativas en Educación.* 2007;7(3):1-27. [Internet: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=44770311>] (Citado: 10/03/19)
- ⁷ Ayala C, Gálvez J. Evaluación e informes psicopedagógicos. De la teoría a la práctica. Madrid: CEPE; 2001.
- ⁸ Garaigordobil M, Durá A. Relaciones del autoconcepto y la autoestima con la sociabilidad, estabilidad emocional y responsabilidad en adolescentes de 14 a 17 años. *Análisis y Modificación de Conducta.* 2006;32(141):37-64. [Internet: <https://core.ac.uk/download/pdf/60673435.pdf>] (Citado: 22/09/19)
- ⁹ Miranda Díaz A. Propuesta para mejorar la autoestima en Educación Primaria. Universidad de Valladolid; Facultad de Educación de Segovia. 2014.
- ¹⁰ Quiles M, Espada J. Educar en la autoestima. Madrid: CCS; 2004.
- ¹¹ Korsun N, Lemos V. Construcción de un instrumento para evaluar la autoestima en niños de 9 a 12 años. *Psicodiagnostica.* 2007;7:95-110. [Internet: https://www.researchgate.net/publication/264533435_Construccion_de_un_instrumento_para_evaluar_la_autoestima_en_ninos_de_9_a_12_anos] (Citado: 10/03/18)
- ¹² Vázquez Morejón AJ, Jiménez García-Bóveda R, Vázquez Morejón Jiménez R. Escala de autoestima de Rosenberg: fiabilidad y validez en población clínica española. *Apunt Psicol.* 2004;22(2):247-255. [Internet: <http://www.apuntesdepsicologia.es/index.php/revista/article/view/53/55>] (Citado: 16/04/19)
- ¹³ Alonso García J, Román Sánchez J. Prácticas educativas familiares y autoestima. *Psicothema.* 2005;17(1):76-82. [Internet: <http://www.psicothema.es/pdf/3067.pdf>] (Citado: 16/04/19)
- ¹⁴ Richaud de Minzi M, Lemos V, Mesurado B. Relaciones entre la percepción que tienen los niños de los estilos de relación y de la empatía de los padres y la conducta prosocial en la niñez media y tardía. *Avances en psicología latinoamericana.* 2011;29(2):330-343. [Internet: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=79922588012>] (Citado: 09/06/19)
- ¹⁵ Massenzana F. Autoconcepto y autoestima: ¿sinónimos o constructos complementarios? *Revista de Investigación en Psicología Social.* 2007;3(1):39-52. [Internet: <https://publicaciones.sociales.uba.ar/index.php/psicologiasocial/article/view/2336/1984>] (Citado: 25/03/19)
- ¹⁶ Brullet Tenas C. Cambios familiares y nuevas políticas sociales en España y Cataluña: el cuidado de la vida cotidiana a lo largo del ciclo de vida. *Educar.* 2010;(45):51-79. [Internet: <https://www.redalyc.org/pdf/3421/342130834005.pdf>] (Citado: 12/05/19)
- ¹⁷ Alonso del Real Barrera JM. Influencia de la familia en el desarrollo de las habilidades socioemocionales de los niños de educación primaria [tesis de posgrado]. Sevilla: Universidad de Sevilla; 2016.
- ¹⁸ Gorostegui M, Dörr A. Género y autoconcepto: Un análisis comparativo de las diferencias por sexo en una muestra de niños de educación general básica (EGB). *Psyche.* 2005;14(1):151-163. [Internet: https://www.academia.edu/6871351/G%C3%A9nero_y_Autoconcepto_Un_An%C3%A1lisis_Comparativo_de_las_Diferencias_por_Sexo_en_una_Muestra_de_
- [Ni%C3%B1os_de_Educaci%C3%B3n_General_B%C3%A1sica_EGB_1992-2003](https://www.academia.edu/6871351/G%C3%A9nero_y_Autoconcepto_Un_An%C3%A1lisis_Comparativo_de_las_Diferencias_por_Sexo_en_una_Muestra_de_)] (Citado: 11/08/19)
- ¹⁹ Molina MF, Raimundi MJ. Predictores de la autoestima global en niños de escuela primaria de la Ciudad de Buenos Aires. Diferencias en función del sexo y la edad. *Rev Argent Cienc Comport.* 2011;3(3):1-7. [Internet: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=333427075001>] (Citado: 08/06/19)
- ²⁰ Harter S. The construction of the self: a developmental perspective. Nueva York: The Guilford Press; 1999.
- ²¹ Facio A, Resett S, Braude M, Benedetto N. El perfil de autopercepciones para adolescentes en jóvenes de Paraná, Buenos Aires y Río Gallegos. *Revista del Instituto de Investigaciones de la Facultad de Psicología.* 2006;11(3):7-25. [Internet: <https://www.academica.org/alicia.facio/5.pdf>] (Citado: 22/09/19)
- ²² García Flores L. Autoconcepto, autoestima y su relación con el rendimiento académico [tesis de maestría]. Monterrey: Universidad Autónoma de Nuevo León, México; 2005. [Internet: <http://eprints.uanl.mx/6882/1/1080127503.pdf>] (Citado: 05/03/19)
- ²³ Mérida R, Serrano A, Taberero C. Diseño y validación de un cuestionario para la evaluación de la autoestima en la infancia. *RIE.* 2015;33(1):149-162. [Internet: <https://pdfs.semanticscholar.org/ab44/af1bad9985dc07da5f8ff155977b961aaed.pdf>] (Citado: 23/10/18)
- ²⁴ Taberero C, Serrano A, Mérida R. Estudio comparativo de la autoestima en escolares de diferente nivel socioeconómico. *Psicol Educ (Madr).* 2017;23:9-17. [Internet: <https://journals.copmadrid.org/psed/art/j.pse.2017.02.001>] (Citado: 19/07/19)
- ²⁵ Oitana L, Alarcón Y, Yoris A, Molina M, Otazo M. La autoestima en contextos de vulnerabilidad social: la familia y la escuela como posibilitadores de su desarrollo. Santa Fe: Universidad Católica de Santa Fe; 2015. [Internet: <http://www.enduc.org.ar/ponencias/enduc8/trabajos/trab131.pdf>] (Citado: 19/07/19)
- ²⁶ Monjas Casares M. Programa de enseñanza de habilidades de interacción social (PEHIS) para niños y niñas en edad escolar. Madrid: CEPE; 2002.
- ²⁷ Lacunza A, Contini N. Las habilidades sociales en niños y adolescentes. Su importancia en la prevención de trastornos psicopatológicos. *Fundamentos en Humanidades.* 2011;1(23):159-182. [Internet: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=18424417009>] (Citado: 20/05/18)
- ²⁸ Lacunza A. Las habilidades sociales como recursos para el desarrollo de fortalezas en la infancia. *Psicodebate.* 2009;10:231-248. [Internet: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5645350>] (Citado: 20/05/18)
- ²⁹ Monjas Casares M. Cómo promover la convivencia: Programa de Asertividad y Habilidades Sociales (PAHS). Madrid: CEPE; 2007.
- ³⁰ Contini N, compilador. Agresividad en los adolescentes hoy. Las habilidades sociales como claves para su abordaje. Tucumán: Editorial de la Universidad Nacional de Tucumán (EDUNT); 2015.
- ³¹ Del Prette Z, Del Prette A. Habilidades sociais e competência social para uma vida melhor. São Carlos, SP: EdUFSCar; 2019. p. 90.
- ³² Bermúdez MP. Déficit de autoestima. Evaluación, tratamiento y prevención en la infancia y la adolescencia. Madrid: Ediciones Pirámide; 2004.
- ³³ Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio P. Metodología de la investigación. México: McGraw-Hill; 2014.
- ³⁴ INDEC. Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010. Censo del Bicentenario. 2012. [Internet: https://www.indec.gov.ar/ftp/cuadros/poblacion/censo2010_tomo1.pdf] (Citado: 12/09/19)
- ³⁵ Mejail S, Lacunza A, Coronel P, Levin M, Contini N, Cohen Imach S, Caballero S. Habilidades sociales y contexto socioeconómico. Un estudio comparativo con adolescentes. En: Contini N, comp. Agresividad en los adolescentes hoy. Tucumán: EDUNT; 2015, p. 135-189
- ³⁶ Wood R, Michelson L, Flynn J. Assessment of assertive behavior in elementary school children. Chicago: Annual Meeting of the Association for Advancement of Behavior Therapy; 1978.
- ³⁷ Joy JM. Social competence as a precursor to increased self-concept and school readiness. *International Journal on New Trends in Education and Their Implications.* 2015;6(4). [Internet: http://www.ijonte.org/FileUpload/ks63207/File/05.a.jennifer_m._joy.pdf] (Citado: 04/09/19)
- ³⁸ Babakhani N. The effects of social skills training on self-esteem and aggression male adolescents. *Procedia Soc Behav Sci.* 2011;30:1565-1570. [Internet: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S187704281102129X>] (Citado: 04/09/19)

- ³⁹ Olmedo Y. Relación entre las habilidades sociales y autoestima en niños y adolescentes. Fundación UADE. 2018. [Internet: <https://repositorio.uade.edu.ar/xmlui/bitstream/handle/123456789/6823/OLMEDO.pdf?sequence=3&isAllowed=y>] (Citado: 22/09/19)
- ⁴⁰ Amir HA, Gatab TA. The study of relationship between child rising and self-esteem both male and female students. *Procedia Soc Behav Sci.* 2013; 30:2019-2026. [Internet: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1877042811022166>] (Citado: 04/09/19)
- ⁴¹ Palomar J, Cienfuegos Y. Pobreza y apoyo social: un estudio comparativo en tres niveles socioeconómicos. *Interam J Psychol.* 2007;41(2):177-188. [Internet: https://www.researchgate.net/publication/26575816_Pobreza_y_Apoyo_Social_Un_Estudio_Comparativo_en_Tres_Niveles_Socioeconomicos] (Citado: 19/07/19)
- ⁴² Tarazona D. Autoestima, satisfacción con la vida y condiciones de habitabilidad en adolescentes estudiantes de quinto año de media. Un estudio factorial según pobreza y sexo. *Revista IIPSI.* 2005;8(2):57-65. [Internet: https://www.researchgate.net/publication/28144002_Autoestima_satisfaccion_con_la_vida_y_condiciones_de_habitabilidad_en_adolescentes_estudiantes_de_quinto_ano_de_media_Un_estudio_factorial_segun_pobreza_ysexo] (Citado: 19/07/19)
- ⁴³ Warner-Czyz A, Loy B, Evans C, Wetsel A, Tobey E. Self-esteem in children and adolescents with hearing loss. *Trends Hear.* 2015;19:1-12. [Internet: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4355008/>] (Citado: 20/11/19)
- ⁴⁴ Moreno Méndez J, Muñoz A, Castañeda Sánchez B, Castelblanco Triana P, López Chemas N, Medina Barón A. Autoestima en un grupo de niños de 8 a 11 años de un colegio público de la ciudad de Bogotá. *Psychologia. Avances de la disciplina.* 2011;5(2):155-162. [Internet: <https://www.redalyc.org/pdf/2972/297224105013.pdf>] (Citado: 08/06/19)
- ⁴⁵ Mendez F, Hidalgo M, Ingles C. The Matson of social skills with youngsters. *Eur J Psychol Assess.* 2002;18(1):30-42.
- ⁴⁶ García Terán M, Cabanillas G, Morán V, Olaz F. Diferencias de género en habilidades sociales en estudiantes universitarios de Argentina. *Anuario Electrónico de Estudios en Comunicación Social "Disertaciones"*. 2014, 7(2):114-135. [Internet: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=511555580006>] (Citado: 05/12/19)
- ⁴⁷ Mejía R, Kaplan C, Alderete E, Gregorich S, Perez Stable EJ. Influence of gender role attitudes on smoking and drinking among girls from Jujuy, Argentina. *Prev Med.* 2013;57(3):194-197. [Internet: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3748231/>] (Citado: 28/11/19)
- ⁴⁸ Lacunza A, Contini N. Las habilidades sociales en niños preescolares en contextos de pobreza. *Ciencias Psicológicas.* 2009;3(1):57-66. [Internet: <http://www.scielo.edu.uy/pdf/cp/v3n1/v3n1a06.pdf>] (Citado: 15/03/19)
- ⁴⁹ Boldrini Peralta P, Del Castillo A, Malizia M. Condiciones de vida y fragmentación socio-espacial en el aglomerado Gran San Miguel de Tucumán (Noroeste Argentino). *Revista de Geografía.* 2014;15:15-43. [Internet: https://www.researchgate.net/publication/317534839_Condiciones_de_vida_y_fragmentacion_socio-espacial_en_el_Aglomerado_Gran_San_Miguel_de_Tucuman_noroeste_argentino] (Citado: 12/09/19)
- ⁵⁰ Assis S, Avanci J, Olivera R. Socioeconomic inequalities and child mental health. *Rev Saude Pública.* 2009;43(1). [Internet: https://www.researchgate.net/publication/26730642_Socioeconomic_inequalities_and_child_mental_health] (Citado: 12/09/19)
- ⁵¹ Contini N, Lacunza A, Esterkind de Chein A. Habilidades sociales en contextos urbanos y rurales. Un estudio comparativo con adolescentes. *Psicogente.* 2013;16(29):103-117. [Internet: <http://revistas.unisimon.edu.co/index.php/psicogente/article/view/1944/1860>] (Citado: 13/02/19)
- ⁵² Lacunza A, Contini N. Relaciones interpersonales positivas: los adolescentes como protagonistas. *Psicodebate.* 2016;16(2):73-94. [Internet: https://www.researchgate.net/publication/311968482_Relaciones_interpersonales_positivas_los_adolescentes_como_protagonistas] (Citado: 13/02/19)



Esta obra está bajo una licencia de *Creative Commons* Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional. Reconocimiento – Permite copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra. A cambio se debe reconocer y citar al autor original. No comercial – esta obra no puede ser utilizada con finalidades comerciales, a menos que se obtenga el permiso.