



## **FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

### **HABILIDADES SOCIALES EN INTERNAS DE UN CENTRO DE REHABILITACION PSICOSOCIAL DE VENTANILLA CALLAO 2018**

#### **Línea de investigación:**

#### **Psicología de los procesos básicos y psicología educativa**

Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Psicología con  
mención en Psicología Clínica

#### **Autora:**

Arce Chacón, Mariela

#### **Asesor:**

Del Rosario Pacherras, Orlando

ORCID: 0000-0003-0981-9808

#### **Jurado:**

Díaz Hamada, Luis Alberto

Córdova Gonzales, Luis

Quiroz Avilés, Mirtha

**Lima - Perú**

**2024**

# HABILIDADES SOCIALES EN INTERNAS DE UN CENTRO DE REHABILITACION PSICOSOCIAL DE VENTANILLA CALLAO 2018

## INFORME DE ORIGINALIDAD

26%

INDICE DE SIMILITUD

24%

FUENTES DE INTERNET

5%

PUBLICACIONES

12%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

## FUENTES PRIMARIAS

1	<a href="http://hdl.handle.net">hdl.handle.net</a> Fuente de Internet	5%
2	<a href="http://repositorio.unfv.edu.pe">repositorio.unfv.edu.pe</a> Fuente de Internet	2%
3	<a href="http://repositorio.ucv.edu.pe">repositorio.ucv.edu.pe</a> Fuente de Internet	1%
4	Submitted to Universidad Cesar Vallejo Trabajo del estudiante	1%
5	<a href="http://repositorio.uap.edu.pe">repositorio.uap.edu.pe</a> Fuente de Internet	1%
6	<a href="http://repositorio.uoosevelt.edu.pe">repositorio.uoosevelt.edu.pe</a> Fuente de Internet	1%
7	<a href="http://repositorio.unheval.edu.pe">repositorio.unheval.edu.pe</a> Fuente de Internet	1%
8	<a href="http://repositorio.unap.edu.pe">repositorio.unap.edu.pe</a> Fuente de Internet	1%
9	<a href="http://www.researchgate.net">www.researchgate.net</a> Fuente de Internet	



## **FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

### **HABILIDADES SOCIALES EN INTERNAS DE UN CENTRO DE REHABILITACION PSICOSOCIAL DE VENTANILLA CALLAO 2018**

Línea de Investigación:

Psicología de los procesos básicos y Psicología educativa

Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Psicología con mención en psicología

clínica

#### **Autora**

Arce Chacón, Mariela

#### **Asesor**

Del Rosario Pacherras, Orlando

ORCID: 0000-0003-0981-9808

#### **Jurado**

Díaz Hamada, Luis Alberto

Córdova Gonzales, Luis

Quiroz Avilés, Mirtha

**Lima- Perú**

**2024**

## Pensamientos

“Cuando descubras la misión de tu vida, te darás cuenta que los límites están solo en tu mente”.

Mauricio. Q

“Si pudiéramos mirar en el corazón del otro y entender los desafíos a los que cada uno se enfrenta a diario, nos trataríamos con más gentileza, respeto, tolerancia y cuidado”.

Mauri.

### **Dedicatoria**

A mis hermanos, hermanas y sobrinas porque siempre están conmigo en las buenas y en malos momentos, a mis padres que ya no están conmigo, pero me inculcaron los valores que me han permitido llegar donde estoy ahora, siempre los llevo en mis pensamientos.

### **Agradecimientos**

A mi familia por haber sido mi apoyo a lo largo de toda mi carrera universitaria. A mis padres que están en el cielo y de ahí me cuidan y protegen. A todas las personas especiales que me acompañaron en esta etapa, aportando a mi formación tanto profesional y como ser humano y en especial a casa “amarse” por el gran apoyo y brindarme las facilidades para llevar a cabo esta investigación.

A mi alma mater a la Universidad Nacional Federico Villarreal, donde inicie una linda historia en esta carrera, donde cada día era un nuevo aprendizaje, para mi formación profesional y cada día ser una mejor persona.

## ÍNDICE

Resumen	viii
Abstract	ix
<b>I. INTRODUCCIÓN</b>	<b>1</b>
1.1. Descripción y formulación del problema	3
1.2. Antecedentes	6
1.3. Objetivos	10
1.3.1. Objetivo General	10
1.3.2. Objetivos Específicos	10
1.4. Justificación	10
<b>II MARCO TEÓRICO</b>	<b>12</b>
2.1. Bases teóricas sobre el tema de Investigación	12
<b>III. MÉTODO</b>	<b>24</b>
3.1. Tipo de Investigación	24
3.2. Ámbito temporal y espacial	24
3.3. Variables	24
3.4. Población y muestra	26
3.5. Instrumentos	26
3.6. Procedimientos	31
3.7. Análisis de datos	31
<b>IV. RESULTADOS</b>	<b>33</b>
<b>V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS</b>	<b>42</b>
<b>VI. CONCLUSIONES</b>	<b>46</b>
<b>VII. RECOMENDACIONES</b>	<b>47</b>
<b>VIII. REFERENCIAS</b>	<b>48</b>
<b>IX. ANEXOS</b>	<b>52</b>

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1	Matriz de operacionalización de la variable habilidades sociales	25
Tabla 2	Ítems del Cuestionario de HHSS	27
Tabla 3	Baremos del Cuestionario de HHSS	27
Tabla 4	Análisis de confiabilidad del cuestionario de habilidades sociales (MINSA)	28
Tabla 5	Correlaciones ítem-test en general	30
Tabla 6	Niveles de habilidades sociales, que prevalecen en internas de un centro de rehabilitación psicosocial de Ventanilla Callao, 2018	33
Tabla 7	Niveles de habilidades sociales según la dimensión autoestima, en internas de un centro de rehabilitación psicosocial de Ventanilla Callao, 2018	33
Tabla 8	Niveles de las habilidades sociales según la dimensión comunicación, en internas de un centro de rehabilitación psicosocial de Ventanilla Callao, 2018.	34
Tabla 9	Niveles de las habilidades sociales según la dimensión asertividad, en internas de un centro de rehabilitación psicosocial de Ventanilla Callao, 2018.	35
Tabla 10	Niveles de las habilidades sociales según la dimensión toma de decisión, en internas de un centro de rehabilitación psicosocial de Ventanilla Callao, 2018	36
Tabla 11	Niveles de las habilidades sociales según tipo de droga en internas de un centro de rehabilitación psicosocial de Ventanilla Callao, 2018.	36
Tabla 12	Niveles de las habilidades sociales según tiempo de internamiento, en internas de un centro de rehabilitación psicosocial de Ventanilla Callao, 2018.	37
Tabla 13	Niveles de las habilidades sociales según edades, en internas de un centro de rehabilitación psicosocial de Ventanilla Callao, 2018.	38

Tabla 14	Niveles de las habilidades sociales según tiempo de consumo, en internas de un centro de rehabilitación psicosocial de Ventanilla Callao, 2018	38
Tabla 15	Diferencias de habilidades sociales según tipo de droga en internas de un centro de rehabilitación psicosocial de Ventanilla Callao, 2018.	39
Tabla 16	Diferencias de habilidades sociales según tiempo de internamiento en internas de un centro de rehabilitación psicosocial de Ventanilla Callao, 2018.	40
Tabla 17	Diferencias de habilidades sociales según edades en internas de un centro de rehabilitación psicosocial de Ventanilla Callao, 2018.	40
Tabla 18	Existen diferencias significativas de habilidades sociales según tiempo de consumo en internas de un centro de rehabilitación psicosocial de Ventanilla Callao, 2018.	41

## RESUMEN

El objetivo de este estudio fue determinar el promedio de las habilidades sociales de las internas del establecimiento de rehabilitación psicosocial California de Ventanilla Callao, en el año 2018. Participaron en el estudio treinta mujeres, con edades comprendidas entre trece y treinta años. El diseño de la investigación fue descriptivo, no experimental transversal. El instrumento utilizado fue el Cuestionario de Habilidades Sociales, el cual fue aprobado por el Instituto Nacional de Salud Mental «Hideyo Noguchi» en el año 2005. Los resultados demostraron que existían variaciones notables en función de la edad, el tipo de droga y la duración del internamiento. En concreto, el 23% de la muestra global obtuvo un nivel bajo, y el 43,3% del grupo de estudio se clasificó por mostrar un nivel medio bajo de habilidades sociales en general. Se recomienda ampliar el alcance del estudio para incluir atributos adicionales de este grupo u otros comparables cuando se sigan analizando los estudios de casos.

*Palabras clave:* Habilidades sociales, mujeres, consumo de sustancias psicoactivas.

## ABSTRACT

This study's goal was to determine the average social skills California, of Ventanilla Callao, psychosocial rehabilitation facility inmates in 2018. Thirty women, ages ranging from thirteen to thirty, took part in the study. The research design was, descriptive, non-experimental and cross-sectional. The tool utilized was the Social Skills Questionnaire, which was approved by the National Institute of Mental Health "Hideyo Noguchi" in 2005. The findings demonstrated that there were notable variations based on age, drug type, and length of internment. Specifically, 23% of the overall sample received a low level, and 43.3% of the study group was classified by displaying a poor average level of social skills in general. It is advised to expand the scope of the study to include additional attributes of this or comparable target groups when further analyzing the case studies.

*Keywords:* Social skills, women, psychoactive substance use.

## I. INTRODUCCIÓN

En estos últimos tiempos se puede observar que en nuestra sociedad hay una crisis en las relaciones interpersonales y esto conlleva a que las personas tienen dificultades para comunicarse con los demás, no han desarrollado las habilidades sociales tanto en las familias y como en los centros educativos, por ende, no hay un trabajo preventivo para el consumo de sustancias psicoactivas. Según Goldstein (1989), el desarrollo de las habilidades sociales es crucial porque son un conjunto de capacidades y destrezas diversas relacionadas con el mantenimiento de relaciones interpersonales positivas y la resolución de problemas interpersonales y socioemocionales, que van desde tareas sencillas a otras intrincadas y útiles. Sin embargo, estas habilidades se van deteriorando con el consumo de las SPA, ya que las adicciones es un problema silenciosas, de curso insidioso y que genera una mayor tasa de mortalidad anualmente, por eso debemos estar atentos en ayudar a esta población en el tratamiento profesionalizado. Según la encuesta, las mujeres representan el 42% de los consumidores de cannabis en Norteamérica, aunque los hombres siguen constituyendo la mayoría de los consumidores de marihuana en todo el mundo (alrededor del 70%). Sin embargo, en algunas subregiones, la diferencia de género se está reduciendo. Según la Oficina de las Naciones Unidas (2023), se calcula que en 2021 había 296 millones de consumidores (el 5,8% de la población mundial de entre 15 y 64 años), un 23% más que en 2011. Este aumento se atribuye en parte al crecimiento demográfico. También señalan que el número de consumidores de anfetaminas aumentó a 36 millones, el de cocaína a 22 millones y el de consumidores de sustancias tipo «éxtasis» a 20 millones. Las mujeres consumen en mayor proporción anfetaminas (45%) y medicamentos no médicos (entre el 45% y el 49%), mientras que los hombres consumen en mayor proporción cocaína (73%), opiáceos (75%) y ambos. Es por esto que se decidió investigar; sobre cuáles son los niveles de las habilidades sociales que prevalecen en internas de un centro de rehabilitación psicosocial de Ventanilla Callao, 2018.

Así mismo se planteó los siguientes objetivos: identificar los niveles de habilidades sociales, según sus dimensiones, según edad, tipo de drogas, tiempo de internamiento tiempo de consumo y establecer si existen diferencias significativas de habilidades sociales según edad, tipo de droga, tiempo de internamiento y tiempo de consumo en internas de un centro de rehabilitación psicosocial de Ventanilla Callao, 2018. Es por eso que se plantió hacer una investigación de enfoque cuantitativo, se trata de un estudio de tipo descriptivo y finalmente corresponde a un diseño no experimental-transversal; la muestra conta de 30 mujeres internas de un Centro de rehabilitación psicosocial de Ventanilla Callao 2018, entre los 15 y 30 años.

En este estudio se utilizó el Cuestionario de Habilidades Sociales, el cual fue autorizado por el Instituto de Salud Mental Honorio Delgado Hideyo Noguchi. Este estudio fue incluido en el Manual de Habilidades Sociales en Adolescentes Escolares 2005 publicado por la Dirección General de Promoción de la Salud del Ministerio de Salud del Perú. Lo más relevantes en los resultados, se evidenciaron; que el 23% de toda la muestra en general obtuvieron un nivel bajo y el 43.3% de la población de estudio se caracterizó por presentar un nivel promedio bajo de habilidades sociales de manera general, así mismo para la dimensión autoestima, se evidencia que el 30% de las participantes del estudio se caracterizó por presentar un nivel bajo en las habilidades sociales, en la dimensión comunicación, el 76.7% de los participantes se situó en un nivel bajo; por otro lado la mayor parte de los participantes se caracterizó por ser consumidor de marihuana con un 66.7% que equivale a 20 participantes y por ultimo si existen diferencias significativas ( $p = 0.004$ ) en las usuarias que consumen marihuana, cocaína y alcohol, dentro de las cuales las consumidoras de cocaína son las que presentan menores habilidades sociales. Esta investigación se distribuye en nueve capítulos que son:

El planteamiento del problema, los objetivos, la importancia y la justificación del estudio se incluyen en el apartado I. Del mismo modo, también se detallan investigaciones

nacionales e internacionales anteriores sobre el tema de este estudio. En el apartado II, se desarrolla el marco teórico de la variable de investigación y se recopilan las definiciones y teorías clave asociadas a la variable. La metodología de la investigación se aborda en su totalidad en el apartado III, junto con información sobre los datos demográficos y la muestra, las herramientas utilizadas y el análisis de fiabilidad del cuestionario de habilidades sociales. Los resultados se presentan en el apartado IV de acuerdo con los objetivos del estudio. Con la esperanza de que este estudio ayude a futuras investigaciones que utilicen los mismos factores u otros comparables, en los siguientes apartados V, VI, VII, VIII y IX se exponen los resultados, las conclusiones, las recomendaciones, las referencias y los anexos.

### **1.1. Descripción y formulación del problema**

En estos últimos años se ha podido percibir un déficit en las habilidades sociales, constituye un gran problema de salud pública, tanto en los adolescentes y adultos, debido a las exigencias que ejerce la sociedad y el mal uso de la tecnología; pues esta población es más vulnerable, ya que la adolescencia es la etapa donde se ve cierto desequilibrio en la cual el individuo busca contrastar el proceso de cambios físicos, psicológicos, cognitivos y sociales, tales como la búsqueda de autonomía, el apego de sus iguales, la búsqueda de seguridad e inseguridad; por lo que infiero que en este periodo se verá de algún modo afectada las habilidades sociales, la cual es definida; Según Caballo (2007), es un conjunto de acciones realizadas por una persona en un entorno social que expresa adecuadamente sus sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos, respetando al mismo tiempo los comportamientos de los demás y, en su mayor parte, resuelve los problemas inmediatos de la situación al tiempo que reduce la posibilidad de que surjan más problemas en el futuro.

Así mismo se puede visualizar que en los últimos años se ha incrementado la adicción a las sustancias psicoactivas en nuestra sociedad, generando un sinnúmero de implicaciones

negativas sobre la salud física y mental de las personas, no solo en los varones sino también, en un gran porcentaje de mujeres.

Para todos, el problema de las drogas es un problema que se agrava. Todos los países están implicados en el tráfico de drogas, ya sea a través de su fabricación, distribución o consumo, o a través de conexiones más complejas como el blanqueo de dinero, la delincuencia relacionada con las drogas o la violencia relacionada con las drogas. La Organización Mundial de la Salud (OMS) definió en 2002 una droga; como cualquier sustancia que altera el funcionamiento normal del sistema nervioso central de un individuo cuando se inyecta en el organismo por cualquier vía de administración y tiene el potencial de producir dependencia psicológica y/o física. Son sustancias psicoactivas, por ejemplo, la marihuana, el tabaco, el alcohol, el cannabis, las anfetaminas, el éxtasis, la cocaína, la heroína y etc. No cabe duda de que el consumo del alcohol y la marihuana son las drogas más consumidas en nuestra sociedad actual y uno de los comportamientos más problemáticos de los últimos tiempos.

La Oficina de las Naciones Unidas (2023) ha publicado el Informe Mundial sobre las Drogas, que calcula que en 2021 hubo 296 millones de consumidores de drogas en todo el mundo (el 5,8% de la población de entre 15 y 64 años), lo que supone un aumento del 23% respecto a los 240 millones del 2011. Parte de este aumento puede atribuirse al crecimiento demográfico. Una de cada diecisiete personas de entre 15 y 64 años consumía drogas en 2021. Se esperaba que 13,2 millones de personas se inyectaran drogas en total, un aumento del 18% respecto a cifras anteriores. Mientras tanto, había 39,5 millones de consumidores de drogas con trastornos por consumo, lo que supone un aumento del 45% en sólo una década. El cannabis siguió siendo la droga más consumida en 2021, con 219 millones de consumidores (el 4,3% de la población adulta mundial). La encuesta también reveló que, aunque los hombres constituyen la mayor parte de los consumidores de drogas en todo el mundo (alrededor del 70%), se está reduciendo la brecha de género en determinadas subregiones, y las mujeres representan el 42%

de los consumidores de cannabis en América del Norte. El consumo de cocaína aumentó a 22 millones, el de éxtasis a 20 millones y el de anfetaminas a 36 millones. La proporción de hombres que consumen cocaína (73%), opiáceos (75%) y productos farmacéuticos no médicos (entre el 45% y el 49%) es mayor que la de mujeres (45% y 45%, respectivamente).

Según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI, 2016), indica que el 64,2% de los adultos mayores de 15 años declaró haber consumido alcohol alguna vez en el año anterior. El mismo estudio encontró que el consumo fue de 70,7% en las regiones urbanas y 51,7% en las rurales. En contraste con las regiones Sierra (53,9%) y Selva (60,2%), se encontró que Lima Metropolitana (75,0%) tiene el mayor consumo (INEI, 2016). Sin embargo, ha habido ligeros cambios en la prevalencia de consumo de alcohol una vez en la vida en la población urbana entre 2015 y 2016, siendo el rango de 87,8% a 86,2%, según el Documento Técnico sobre la Situación de Adolescentes y Jóvenes en el Perú del Ministerio de Salud (MINSA, 2017). Por el contrario, hubo una disminución de 92,7% a 87,3% entre los jóvenes de 19 a 24 años (MINSA, 2017).

El Programa Nacional de Centros Juveniles (PRONACEJ, 2022) menciona el tipo y grado de consumo de drogas antes de ingresar a un centro juvenil de diagnóstico y rehabilitación (CJDR). De los 1,722 adolescentes en los CJDR de todo el país, 973 admitieron haber consumido drogas antes de ingresar a un centro juvenil, y 749 dijeron que nunca habían consumido drogas. De los adolescentes que revelaron su consumo de drogas, 849 dijeron que habían consumido marihuana, 69 cocaína, 13 inhalantes y disolventes, y 42 otros tipos de drogas (mixtas, pbc, etc.). Los CJDR Huancayo, Trujillo y Lima presentaron los mayores índices de consumo de marihuana. Los adolescentes reportaron uso esporádico de drogas (30%), abuso (11%), uso experimental de drogas (9%) y dependencia (7%), con respecto a su nivel de consumo de drogas. Además, declararon el número de adolescentes que tenían problemas con el consumo de alcohol: de los 1,722 adolescentes en los CJDR de todo el país,

1,403 admitieron haber consumido alcohol antes de ingresar a un centro juvenil, y 319 declararon nunca haber consumido alcohol. El CJDR de Lima tiene el mayor consumo de alcohol documentado, seguido por los CJDR de Huancayo, Trujillo y Pucallpa. Los adolescentes reportaron consumo de alcohol esporádico (59%), abusivo (13%), experimental (7%) y dependiente (2%).

Según el MINSA, Perú cuenta con 400 centros de rehabilitación. 300 de ellos se encuentran en Lima. El jefe de la Dirección de Salud Mental del MINSA, Yuri Cutipé, afirma que la razón por la que la formalización está tardando tanto es que las comunidades no se ajustan a los estándares clínicos. En diciembre del año pasado, la Dirección de Salud Mental del Minsa realizó 108 visitas a establecimientos de rehabilitación en Lima. Sólo 67 de los establecimientos fueron inspeccionados; los restantes han cerrado o modificado su funcionamiento. El sector descubrió que solo el 3% de los establecimientos que visitó cumplía con los criterios médicos y de infraestructura de la Ley 29765.

Debido a lo mencionado me planteo la siguiente interrogante: ¿Cuáles son las características de las habilidades sociales que prevalecen en internas de un centro de rehabilitación psicosocial de Ventanilla Callao, 2018?

## **1.2 . Antecedentes**

### ***1.2.1. Antecedentes Nacionales***

En una comunidad terapéutica del sur de Lima, Rodríguez (2020) realizó un estudio con el objetivo de evaluar el impacto de un programa de habilidades sociales en las habilidades sociales de individuos con adicción a sustancias psicoactivas. Para ello su muestra estuvo conformada por 65 pacientes consumidores de sustancias psicoactivas (GE= 35, GC= 30) con edades entre los 14 y 21 años, los cuales se encontraban internados en el Instituto Peruano de Salud Mental (IPSAMEN), Pachacamac en Lima Sur. Este estudio tuvo un diseño experimental, además se hizo uso del instrumento: Lista de chequeo de Habilidades Sociales

de Goldstein. Al comparar los resultados del grupo experimental en el pre y post test del cuestionario con los del grupo control, que mantuvo los mismos porcentajes en ambas pruebas, se observa una mejoría. En consecuencia, se determinó que el programa de habilidades sociales implementado para los pacientes drogodependientes de una comunidad terapéutica del distrito de Pachacamac produjo mejoras notables en el puntaje global la. Lista de Chequeo de Habilidades Sociales.

Iriarte (2018) realizó un estudio en el año 2016 con el objetivo principal de determinar la relación entre el consumo de alcohol y las habilidades sociales en alumnos matriculados en el tercer, cuarto y quinto año de educación secundaria de una Institución Educativa Estatal de Lima Metropolitana. Para ello participaron 80 alumnos de la I.E. Manuel Scorza Torres N° 6081. El cuestionario del Test de Identificación de Trastornos por Consumo de Alcohol (AUDIT) y una escala de habilidades sociales tipo Likert fueron los instrumentos utilizados en un diseño correlacional no experimental. Los resultados muestran que, mientras que el 30% de los individuos tenían unas habilidades sociales medias sobresalientes, el 26,3% de los participantes tenían unas habilidades sociales medias bajas. El 6,25% de los encuestados afirma luchar contra el alcoholismo, frente al 87,5% que dice no tener problemas con la bebida. El estudio llega a la conclusión de que el consumo de alcohol y las habilidades sociales están significativamente correlacionados.

El objetivo del estudio de Campos y Vázquez (2016) fue determinar cómo se relacionaban las habilidades sociales de los estudiantes y el consumo de alcohol y drogas. Para ello participaron 252 estudiantes de secundaria de la Institución Educativa María Ulises Dávila Pinedo del distrito de Morales de Tarapoto. Utilizaron el Test de Identificación de Consumo de Alcohol y Drogas y el Cuestionario de Habilidades Sociales para medir las habilidades sociales, emplearon un enfoque no experimental, descriptivo-correlacional. Como resultado, descubrieron que existía una relación significativa ( $\rho = -0,482$ ,  $p < 0,05$ ) entre el consumo de

alcohol y drogas y las habilidades sociales. Llegaron a la conclusión de que existe una fuerte correlación entre el consumo de alcohol y drogas por parte de los estudiantes y el deterioro de sus habilidades sociales.

### ***1.2.2. Antecedentes Internacionales***

González, et al. (2014) se preguntaron: ¿Los adolescentes con problemas de habilidades sociales consumen drogas con más frecuencia? La falta de habilidades sociales es uno de los factores de riesgo que identifican los modelos teóricos sobre el inicio del consumo de drogas. El propósito de este estudio es aportar evidencia empírica sobre la relación entre el consumo de sustancias psicoactivas y las habilidades sociales en los adolescentes en España. También pretende explorar las variaciones de este factor de riesgo relacionadas con la edad y el sexo. Participaron en el estudio 1.688 estudiantes españoles de secundaria, de 13 a 17 años, que respondieron al Cuestionario Matson de Habilidades Sociales para Jóvenes (MESSY; Matson, Rotatori y Helsel, 1983), que Méndez, Hidalgo e Inglés (2002) tradujeron al español. Los estudiantes dieron detalles sobre sus habilidades sociales y sus hábitos de consumo. Los resultados demostraron inequívocamente la existencia de un vínculo entre el abuso de sustancias y las habilidades sociales. El consumo de cannabis y alcohol está asociado a la conducta antisocial. Los chicos obtuvieron puntuaciones más altas en conducta agresiva y antisocial, soledad y ansiedad social, y orgullo y arrogancia. Los resultados refuerzan el argumento de que debe prevenirse específicamente el consumo de drogas entre los adolescentes que muestran características sociales inadecuadas.

Villagrà et al. (2011) examinaron en otro estudio los perfiles adictivos, delictivos y psicopatológicos de 59 mujeres internas en el Centro Penitenciario de Villabona (Asturias, España). Para ello utilizaron una entrevista semiestructurada, el SCL-90-R y los instrumentos EuropASI. Los resultados indicaron que las mujeres llevaban encarceladas una media de cinco años, eran jóvenes, solteras y tenían obligaciones familiares. El 64,4% del conjunto de la

muestra cumplía los criterios de un trastorno por consumo de drogas. Las variables consumo-no consumo y tipo de delito se mostraron correlacionadas de forma estadísticamente significativa, siendo las mujeres consumidoras las que habían cometido mayores delitos contra la propiedad y el orden social. En cuanto a la psicopatología, el 44,06% de la muestra cumplía los criterios de Derogatis (1994) para un caso clínico. Según los resultados del SCL-90-R, los trastornos psicológicos más frecuentes fueron la somatización, la depresión, el trastorno obsesivo-compulsivo y la ideación paranoide, en ese orden. Además, el 47,4% de las consumidoras de este grupo presentaban patología dual. Existe una correlación estadísticamente significativa entre el consumo de sustancias y los casos clínicos. Por último, se encontraron cambios estadísticamente significativos en el perfil de gravedad del EuropASI entre el grupo de consumidores de drogas y el de no consumidores. Los apartados médico, familiar y mental del grupo consumidor de drogas obtuvieron las puntuaciones más altas.

Con el objetivo de describir, analizar y comparar las habilidades sociales y la autoestima de un grupo de jóvenes consumidores de drogas, de entre 17 y 24 años, que reciben tratamiento en la comunidad terapéutica de Aylén, en Argentina, Cattán (2005) realizó un estudio comparativo de estos rasgos en pacientes adictos en una comunidad terapéutica. Con un diseño de diferencias entre grupos (G1, grupo de admisión) y (G2, grupo de reinserción social), el estudio es de carácter descriptivo comparativo. 54 personas componían la muestra: 25 pertenecían al grupo de admisión y 29 al de reinserción social. Los instrumentos utilizados fueron la Escala de Habilidades Sociales de Goldstein y el Inventario de Autoestima de Barksdale, los cuales fueron modificados y aprobados para su uso con la población de estudio. Asimismo, se sugirieron nuevas agrupaciones factoriales para cada uno de estos instrumentos a partir de sus procesos de validación. En cada una de las áreas componentes y en general, los resultados indicaron niveles bajos a normales de habilidades sociales y bajos niveles de autoestima para ambos grupos. Por último, no apoyaron las teorías de que los adolescentes en

la etapa de ingreso y los jóvenes en la etapa de reintegración social tuvieran niveles significativamente diferentes de habilidades sociales y autoestima.

### **1.3. Objetivos**

#### ***1.3.1. Objetivo general***

Identificar los niveles de habilidades sociales, que prevalecen en internas de un centro de rehabilitación psicosocial de Ventanilla Callao, 2018.

#### ***1.3.2. Objetivos específicos***

- Identificar los niveles de las habilidades sociales según sus dimensiones, que prevalecen en internas de un centro de rehabilitación psicosocial de Ventanilla Callao, 2018.
- Identificar las características de las habilidades sociales, que prevalecen según edad, tipo de drogas, tiempo de internamiento tiempo de consumo en internas de un centro de rehabilitación psicosocial de Ventanilla Callao, 2018.
- Existen diferencias significativas de habilidades sociales según edad, tipo de droga, tiempo de internamiento y tiempo de consumo en internas de un centro de rehabilitación psicosocial de Ventanilla Callao, 2018.

### **1.4. Justificación**

El interés de ejecutar la presente investigación surge de la experiencia de trabajar con mujeres adictas en un centro de rehabilitación, por lo cual es de vital importancia ampliar y enriquecer a nivel teórico todos los conocimientos que permitan la actualización y el aporte a nueva información referente a las habilidades sociales en mujeres internas de centros de rehabilitación psicosocial puesto que una de las limitaciones principales del estudio fue la dificultad para encontrar antecedentes relacionados con esta variable tanto a nivel nacional e internacional. De ahí la necesidad de realizar el estudio para que se constituya en un aporte relevante.

Así mismo, a nivel práctico, los resultados de este estudio pretenden incentivar a las autoridades de la institución para organizar o programar actividades psicológicas orientadas a desarrollar habilidades básicas en las internas, como parte del plan de intervención en el tratamiento de las adicciones y posteriormente en un plan de recaída cuando ellas se inserten nuevamente en la sociedad.

A nivel metodológico, el presente estudio permite brindar actualizaciones en criterios de calidad del instrumento utilizado el Cuestionario de Habilidades Sociales que fue validado por el Instituto de Salud Mental Honorio Delgado Hideyo Noguchi 2005, a partir del análisis de las evidencias de validez y confiabilidad de las puntuaciones obtenidas en su aplicación a la muestra; en tal sentido, quedará evidencia para el uso de dicho instrumento en futuras investigaciones aplicadas en poblaciones de similares características

## II. MARCO TEÓRICO

### 2.1. Bases teóricas

#### 2.1.1. *Habilidades sociales*

Una definición dada por Monjas (1993) refiere que las habilidades sociales son “las conductas necesarias para interactuar y relacionarse con los iguales y con los adultos de forma efectiva y mutuamente satisfactoria.

En este estudio utilice la definición de Caballo (2007), quien resume a las habilidades sociales de la siguiente manera:

Las habilidades sociales son un conjunto de conductas emitidas por un individuo en un contexto interpersonal que expresa sus sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de un modo adecuado a la situación, respetando esas conductas en los demás y que, generalmente resuelve los problemas inmediatos de la situación mientras minimiza la probabilidad de futuros problemas”, esta definición se tomará como mayor referencia en esta investigación (p. 6).

Según Goldstein (1989), define las habilidades sociales como un conjunto de aptitudes y competencias únicas relevantes para las interacciones interpersonales positivas y el manejo de problemas interpersonales y socioemocionales. Estas aptitudes y competencias abarcan desde tareas sencillas a sofisticadas e instrumentales.

Según Braz, et al. (2013), las habilidades sociales son la capacidad de un individuo para ordenar sus ideas, emociones y comportamientos. Entre ellas se incluyen la resolución de problemas, la expresión de empatía y la formación y el mantenimiento de conexiones interpersonales.

Según Maturana (2007), las habilidades sociales son un conjunto de comportamientos que nos permiten sentirnos bien con nosotros mismos, adquirir lo que queremos y asegurarnos de que los demás no se interpongan en nuestro éxito.

Abarca temas relacionados como el asertividad, la autoestima y la inteligencia emocional. Es la capacidad de interactuar con las personas de forma que se maximicen los resultados positivos y se minimicen los negativos, tanto de forma inmediata como a lo largo del tiempo (Roca, 2005).

Sin embargo, el MINSA (2005) tiene en cuenta las siguientes dimensiones de las habilidades sociales: a) Asertividad: capacidad de expresarse a través de creencias, actitudes, acciones y valores. b) Comunicación: es la utilización claves tanto orales como no verbales para transmitir ideas. c) Autoestima: capacidad de identificarse y darse un sentido de identidad. d) Toma de decisiones: identificación de posibles cursos de acción.

## **Modelos teóricos**

### **Teoría de las Habilidades Sociales de Goldstein**

Según Goldstein (1989), las habilidades sociales son un conjunto de aptitudes y competencias para interactuar con la gente y resolver problemas interpersonales y/o socioemocionales. Además, establece cincuenta habilidades de aprendizaje estructurado, que a su vez se desglosan en seis áreas. A continuación, se presenta una taxonomía de las habilidades sociales proporcionada por el psiquiatra Arnold Goldstein y sus colaboradores en una investigación realizada con adolescentes (Goldstein et al., 1989, p. 74-76):

- **Habilidades sociales básicas:** Hablan de capacidades que facilitan las habilidades sociales básicas, como escuchar, entablar una conversación, mantener una conversación, preguntar, expresar gratitud, presentarse, presentar a otros y ofrecer un complemento.
- **Habilidades sociales avanzadas:** Estas habilidades sociales son formas más complejas de interacción que combinan convenciones de comportamiento social como pedir ayuda, participar, dar y recibir instrucciones, disculparse y persuadir a los demás.
- **Habilidades relacionadas con los sentimientos:** Son las capacidades asociadas al control eficaz de las propias emociones y a expresarlas de un modo aceptable en la

sociedad, de acuerdo con las normas de comportamiento de una sociedad o grupo social determinado. Comprender las propias emociones, comunicarlas, ser consciente de los sentimientos de los demás, manejar la ira ajena, mostrar ternura, superar el miedo y entregarse a la autogratiación.

- **Habilidades alternativas a la agresión:** Estas habilidades sociales implican experimentar con distintos enfoques para obtener el resultado deseado, como cuando se pide permiso, se comparte algo, se ayuda a los demás, se negocia, se ejerce el autocontrol, se defienden los propios derechos, se reacciona ante las bromas, se evitan los conflictos y se permanece al margen de los enfrentamientos.
- **Habilidades para enfrentar el estrés:** Hablan de la capacidad de mantener la compostura y la moderación ante el estrés, los conflictos o los desacuerdos, incluso cuando se afronta el rechazo o la vergüenza, se acepta la responsabilidad por las propias acciones o injusticias, se aceptan las críticas constructivas y se aprecia la valía de los demás. Se trata de: presentar una queja, responder a una queja, actuar con deportividad tras un partido, hacer frente a la vergüenza, gestionar la exclusión, defender a un amigo, gestionar mensajes conflictivos, gestionar acusaciones, prepararse para una conversación desafiante y gestionar la presión de grupo.
- **Habilidades de planificación:** Estas capacidades abarcan lo siguiente: llegar a conclusiones razonables, identificar la raíz de un problema, fijar objetivos, evaluar las propias capacidades, adquirir datos, resolver los problemas por orden de importancia, llegar a una decisión que funcione y centrarse en una tarea.

### **Modelo interactivo de Mcfall**

Dado que la interacción entre una persona y su situación es el centro del modelo interactivo de McFall (1982), deben tenerse en cuenta tanto los elementos ambientales como los humanos. El éxito o el fracaso dependerán, en última instancia, de lo bien que el individuo

aplique sus habilidades sociales en cada circunstancia dada. Del mismo modo, existen tres categorías de habilidades sociales en este modelo:

- **Habilidades de descodificación de los estímulos situacionales:** Afirma que estas habilidades requieren la capacidad de recibir información, reconocer las cualidades pertinentes de los estímulos e interpretarla en el contexto del conjunto de conocimientos ya conocidos sobre el tema debido a su experiencia previa y a su impulso para lograr sus objetivos.
- **Habilidades de decisión:** Afirma que se trata del procesamiento adaptable de estímulos para producir y evaluar posibles respuestas y elegir la óptima (toma de decisiones). Implica modificar datos y aplicar pautas precisas que vinculen determinadas acciones a situaciones concretas.
- **Habilidades de codificación:** Por último, significa que, para iniciar comportamientos visibles destinados a alcanzar los objetivos que el individuo se ha fijado, se ofrece aquí la emisión adecuada de la reacción elegida. También es necesario poner en marcha un proceso de retroalimentación que implique la autoobservación de las propias actividades y la evaluación de su idoneidad, así como de su efecto en otras personas.

### **Modelo psicosocial básico de las habilidades sociales de Argyle y Kendon**

Además, Argyle y Kendon (1967) ofrecen un modelo explicativo del funcionamiento de las habilidades sociales que incorpora analogías. Su componente principal es la función que integra las acciones motoras, los procesos perceptivos y los procesos cognitivos (Modelo psicosocial básico de las habilidades sociales). En consecuencia, las habilidades necesarias para que una persona maneje correctamente una herramienta o un equipo también son importantes para que pueda establecer relaciones laborales y profesionales eficaces con los demás. Añaden que estas habilidades incluyen una serie de procedimientos como los siguientes:

- **Fines de la actuación hábil:** tratamos de alcanzar unos objetivos bien definidos.

- **Percepción selectiva de las señales sociales de los demás.**
- **Planificación:** buscar y evaluar la actividad o las acciones que consideren más eficaces en las circunstancias actuales.
- **Respuestas motrices o de actuación:** el sujeto ejecuta la alternativa que considera más adecuada a la situación
- **Feedback y acción correctiva:** El sujeto B recibe la señal social de la actividad del sujeto A e inicia todos los procedimientos anteriormente enumerados, cerrando así el circuito de interacción o aportando conocimiento sobre la acción inicial del sujeto A.
- **El timing de las respuestas:** Responder al unísono es necesario para los interlocutores durante las interacciones sociales. Entre otras cosas, los interlocutores tendrán que ponerse en el lugar del otro para lograr una sincronización correcta, de modo que cada uno pueda predecir cuándo será imprescindible responder de una manera determinada y cómo puede afectar al otro.

### **Características generales de las habilidades sociales**

Existen una serie de características en la conceptualización de las habilidades sociales según (Monjas, 2002) son las siguientes:

- Durante las interacciones sociales, los interlocutores deben responder simultáneamente. Para lograr una sincronización adecuada, los interlocutores necesitarán, entre otras cosas, ponerse en el lugar del otro para que cada uno pueda prever cuándo será necesario responder de una manera concreta y cómo puede influir en el otro.
- Las habilidades sociales son reacciones particulares ante determinadas circunstancias. Los factores de la situación concreta y el contexto de interacción determinan la eficacia del comportamiento social. Por consiguiente, es imperativo modificar la conducta en función de los objetivos que se persiguen y de las circunstancias presentes, evitando la utilización de patrones de comportamiento monótonos y estereotipados.

Las habilidades sociales son comportamientos que siempre se realizan en conexión con otra(s) persona(s); siempre se utilizan en circunstancias interpersonales. El contacto social implica los comportamientos conectados de dos o más personas y es recíproco, bidireccional e interdependiente.

### **Dimensiones de las habilidades sociales**

Según el Ministerio de Salud (MINSA) (2005): en el manual de habilidades sociales mencionan las siguientes dimensiones:

#### **a) Autoestima**

Dicen que surge de la propia historia y es una actitud hacia uno mismo. Es el resultado de una variedad de acontecimientos, hechos y comportamientos que se dan y se encuentran a lo largo de la vida. Es la emoción que se acompaña constantemente de hechos. Es el proceso mediante el cual un individuo examina sus comportamientos, emociones, capacidades, limitaciones y cualidades a la luz de sus normas e ideales interiorizados. La personalidad se sustenta y motiva en la autoestima. Es una forma de pensar, sentir y actuar que implica valorar los aspectos positivos y negativos de nosotros mismos, así como las cosas agradables y desagradables que percibimos en nosotros. Es el producto de hábitos, capacidades y aptitudes desarrolladas a través de todas las experiencias de la vida. Es el estado de estar contento o descontento con uno mismo. Marsellach (2010) afirma que los siguientes son los elementos de la autoestima:

- **Autoconocimiento:** Es comprender los componentes del yo, incluidas sus necesidades, vulnerabilidades y fortalezas; es entender los papeles que una persona desempeña en la vida y cómo llega a ser quien es. Dicho de otro modo, el autoconocimiento es la comprensión de las propias motivaciones y emociones. La persona desarrollará una personalidad fuerte y cohesionada comprendiendo todos sus componentes, que interactúan de forma natural para apoyarse mutuamente en lugar de funcionar de forma

independiente. Si alguno de estos componentes es ineficaz, los demás cambiarán, haciendo que la persona se sienta insegura y se desvalorice.

- **Autoconcepto:** Es el conjunto de visiones coherentes, estables y jerárquicamente ordenadas que se construyen a través de la interacción y se basan en las interacciones interpersonales, pero también están sujetas a cambios. El constructo de autoconcepto consta de:
  - Ideas, imágenes y creencias que uno tiene de sí mismo.
  - Imágenes que los demás tienen del individuo.
  - Imágenes de cómo el sujeto cree que debería ser.
  - Imágenes que al sujeto le gustaría tener de sí mismo.
  
- **Autovaloración:** Representa la capacidad innata de calificar las situaciones: si una persona las ve como «buenas», le llenan, despiertan su interés y le hacen sentirse inferior, mal e incapaz de llevar una vida productiva. Por el contrario, si las ve como «malas», le devalúan, le hacen sentirse mal y le incapacitan para una comunicación fructífera y satisfactoria. Puede contener cosas que el sujeto posee, cosas deseables y cosas inexistentes, todas ellas procedentes de sus reflexiones, valoraciones y experiencias sobre sí mismo y los elementos fundamentales de su propia personalidad.
  
- **Autoaceptación:** Los individuos desarrollan y adquieren conceptos de sí mismos, lo que significa que tienen métodos de autoconversación, autocuidado, automotivación y automotivación. Todos estos métodos se derivan de las ideas y pensamientos que se fomentan dentro de la mente. Hablar de uno mismo es una manifestación de la propia autopercepción. Aunque requiere una concentración más interna, la autoaceptación coloca a la persona en una posición delicada en la que debe aceptar la verdad de que su situación no es ideal.

- **Autorrespeto:** Es cuidar y satisfacer los propios deseos y principios. Expresar y controlar convenientemente los propios sentimientos y emociones sin causarse daño ni culparse a sí mismo. Buscar y apreciar todo aquello que nos hace sentirnos orgullosos de nosotros mismos. Se basa en descubrir la propia identidad espiritual o en conocerse a uno mismo.

#### **b) Comunicación**

Se dice que es la piedra angular de todas las interacciones sociales. Es una actividad cooperativa que requiere la participación de dos o más personas. Para comunicarse hace falta algo más que decir o escuchar. En su forma más pura, la palabra «comunicación» hace referencia a la «comunidad», o intercambio de pensamientos y emociones en un entorno de apoyo mutuo. El proceso de comunicación suele constar de dos partes: la comunicación verbal, que incluye todo lo que se expresa mediante palabras escritas o habladas; la comunicación no verbal, que incluye todas las sensaciones que están dentro de la mente humana y no están relacionadas con las palabras. La comunicación eficaz es el resultado de las capacidades adquiridas en los primeros años de vida gracias a la orientación y el apoyo de padres y profesores. Sin embargo, también puede desarrollarse mediante un entrenamiento sistemático como el que presentamos a continuación.

#### **c) Asertividad**

Se dice que significa autoafirmación y afirmación de la propia individualidad. Es la capacidad de defender los propios derechos y respetar los de los demás, al tiempo que se resiste a la manipulación de uno mismo o de los demás. Un individuo asertivo habla claro, asume sus decisiones, es dueño de sus sentimientos y opiniones y acepta la responsabilidad de sus actos.

#### **d) Toma de decisiones**

Dicen que hay un proceso que ocurre cada segundo de la vida, a veces lento y duro y otras apenas perceptible. Con frecuencia, las decisiones se toman y se llevan a cabo sin

analizar a fondo la cuestión en cuestión y todas las posibles respuestas. Cuando reconocemos una situación que exige una elección, incluso optar por no actuar es una decisión. Es fundamental recordar que las medidas que tomemos hoy pueden tener repercusiones a corto, medio o largo plazo en nuestro medio ambiente y nuestro modo de vida. Una elección acertada es aquella que repercutirá directamente en nuestro futuro. Tomar una decisión implica comprometerse a alcanzar el objetivo fijado. Hay que recordar que esa elección no siempre puede cambiarse. Hoy en día, la toma de decisiones es crucial para el mantenimiento de nuestra salud porque, aunque vivamos en comunidades y nos influya el entorno, la elección que hagamos para mejorar, mantener y restablecer nuestra salud siempre será personal y también repercutirá en la armonía de nuestros círculos sociales, ya sean amigos, familiares, compañeros de trabajo u otros. La toma de decisiones puede utilizarse para resolver problemas concretos que surgen en la vida cotidiana.

### **Adicciones**

Según la definición facilitada por el Centro de Información y Educación para la Prevención del Abuso de Drogas (CEDRO) en 2015, la adicción es un trastorno cerebral crónico y recurrente, caracterizado por la búsqueda y el consumo obsesivos de drogas, incluso ante el peligro. Dado que las drogas alteran el cerebro, principalmente su estructura y funcionamiento metabólico, se considera una enfermedad del cerebro. Los individuos que consumen drogas pueden mostrar comportamientos de alto riesgo como resultado de estas alteraciones cerebrales duraderas.

### **Clasificación de las drogas**

En la clasificación de drogas recaude como fuente de información a CEDRO (2015): según ellos se clasifican de la siguiente manera:

## a) Por su origen

- Drogas naturales: Son medicamentos que se extraen directamente de la naturaleza y se administran al paciente. Por ejemplo, la hoja de coca.
- Drogas semisintéticas: Son compuestos naturales parcialmente sintéticos. Por ejemplo, como la cocaína y la pasta base de cocaína se fabrican a partir de la hoja de coca, el aislamiento de alcaloides específicos aumenta la potencia de las drogas.
- Drogas sintéticas: Son sustancias químicas que se obtienen en laboratorios encubiertos combinando una serie de ingredientes, muchos de los cuales son restos de experimentos anteriores. En esta situación se encuentran drogas como el LSD, la metanfetamina y el éxtasis.

## b) Por sus formas de uso

- Drogas sociales: alcohol, tabaco.
- Drogas folclóricas: hojas de coca, ayahuasca, san pedro, etc.
- Drogas terapéuticas: medicamentos.
- Drogas de abuso: marihuana, (cocaína, PBC, crack), opioides.
- Drogas de uso industrial: pegamentos (terokal), gasolina, thinner, bencina.

## c) Por su valoración legal

- Drogas Legales. Estas drogas están reconocidas por la ley y tienen un uso específico; sin embargo, a pesar de que causan claramente importantes problemas sociales y de salud pública, se promueve y publicita su uso. Algunos ejemplos son el humo, el alcohol y los medicamentos.
- Drogas Ilegales. Tanto su venta como su consumo son ilegales. Son las que, independientemente del alcohol, más daño hacen con su uso (en términos de

ramificaciones personales, sociales y profesionales); muchas de ellas desembocan en marginación y delincuencia; por ejemplo, drogas cocainicas (cocaína, PBC, crack), éxtasis, metanfetamina, LSD y marihuana.

d) Por sus efectos sobre el Sistema Nervioso Central

- Drogas estimulantes. Estas drogas afectan al sistema nervioso central, provocando hiperactividad, gregarismo y una mayor actividad mental y física. Las principales sustancias son las anfetaminas y la cocaína.
- Drogas depresoras. Son sustancias químicas que provocan letargo, lentitud de movimientos y lentitud de pensamiento al alterar el Sistema Nervioso Central y reducir su actividad. Suelen provocar somnolencia y sueño. El alcohol es la droga depresora más conocida.
- Drogas alucinógenas. Son drogas que alteran el funcionamiento del sistema nervioso central, provocando delirios y distorsión de la realidad. Además de provocar profundos y diversos cambios emocionales y deformidades de la personalidad. El LSD y la marihuana son las principales drogas.

### **Habilidades sociales y consumo de sustancias psicoactivas**

Por último, en el marco teórico, se menciona que relación hay entre el desarrollo de las habilidades sociales y el consumo de las sustancias psicoactiva, ya que en nuestra sociedad el consumo se va incrementando día a día y se inician el consumo a muy corta edad; en la experiencia de trabajar durante siete años con usuarias consumidoras de SPA, se ha observado que muchas de ella no han desarrollado las habilidades sociales saludablemente para aplicarlas en circunstancias complejas de su vida cotidiana. Así mismo se puede visualizar que tienen dificultades; como conciliar el sueño, ansiedad, algunos signos de depresión, dificultad en resolución de problemas, impulsividad, etc.

Según un estudio de Velastegui et al. (2022), el consumo de sustancias psicoactivas provoca importantes problemas en el desarrollo de las habilidades sociales. Estos problemas incluyen dificultades para establecer relaciones debido a la falta de empatía, mala regulación de las emociones, sentimientos y reacciones, lo que provoca variaciones en el comportamiento. Incluso en el ámbito afectivo y familiar, estos problemas se manifiestan como respuestas rebeldes, rechazo y falta de comprensión. Por ello, los padres deben estar preparados para reconocer estas señales de alarma y tomar medidas para abordar el problema de consumo con el fin de prevenir futuros daños en el individuo.

Becoña (2002) subraya la importancia de la cognición social, la comunicación, los procesos de aprendizaje y el impacto social para comprender, dilucidar y tratar y prevenir eficazmente la drogadicción. También señala que la prevención del consumo de drogas puede aplicarse en diversos entornos, como el lugar de trabajo, la familia, la comunidad, la escuela y determinados grupos. Dado que la población con mayor riesgo de consumo de drogas se encuentra en las escuelas, la prevención escolar ha sido realmente la forma de prevención más desarrollada. Sin embargo, aunque la prevención escolar es crucial y necesaria, a menudo se queda corta si no se toman medidas preventivas adicionales y rigurosas también a nivel familiar, comunitario, etc. En muchos casos es necesario implicar al propio ambiente social para que con ello se facilite el no consumo y una vida saludable.

### III. MÉTODO

#### 3.1. Tipo de investigación

El enfoque de la investigación cuantitativa se basa en la medición numérica, el recuento y, a menudo, en el uso de estadísticas para establecer con precisión patrones de comportamiento en una población. Emplea la recopilación y el análisis de datos para responder a preguntas de investigación y comprobar hipótesis formuladas previamente según, Hernández et al. 2003, P.5).

Además, se trata de un estudio de tipo descriptivo, ya que según, Hernández et al. (2014, p. 92) refieren que “la investigación descriptiva tiene el propósito de describir propiedades, características y los perfiles de las personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis”.

Por último, teniendo en cuenta que la investigación no experimental se define como aquella que se realiza sin manipulación intencionada de variables, es coherente con un diseño no experimental-transversal. En otras palabras, es un estudio en el que las variables independientes no se modifican intencionadamente. Como señala Kerlinger (1979, p. 116), la investigación no experimental implica ver los acontecimientos tal y como ocurren en su entorno natural y analizarlos después.

#### 3.2. Ámbito temporal y espacial

La investigación se llevó a cabo durante mes de noviembre del 2018 y marzo del 2019 en un centro de rehabilitación psicosocial “Amarse”, ubicado en el distrito de Ventanilla de la región Callao.

#### 3.3. Variables

##### 3.3.1. *Habilidades sociales*

- **Definición conceptual**

Es un conjunto de conductas emitidas por un individuo en un contexto interpersonal que expresa los sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de ese individuo de un modo adecuado a la situación, respetando esas conductas en los demás, y que generalmente resuelve los problemas inmediatos de la situación mientras minimiza la probabilidad de futuros problemas (Caballo, 2007).

- **Definición operacional**

La variable fue medida a través de los puntajes obtenidos con la aplicación del Cuestionario de Habilidades Sociales (MINSAs).

**Tabla 1**

*Matriz de operacionalización de la variable habilidades sociales*

Variable	Tipo de variable	Definición operacional	Indicadores	Escala de medición
Habilidades sociales	Cuantitativa	Puntaje obtenido en el Cuestionario de HHSS, validado por el Instituto Especializado en Salud Mental "Hideyo Noguchi"	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Asertividad</li> <li>• Comunicación</li> <li>• Autoestima</li> <li>• Toma de decisiones</li> </ul>	Ordinal e intervalo
Edad	Cualitativa	Rango de edad indicado	15 – 30 años	Ordinal
Tipo de droga	Cualitativa	Droga indicada en cuestionario	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Marihuana</li> <li>• Cocaína</li> <li>• Alcohol</li> </ul>	Nominal
Tiempo de internamiento	Cualitativa	Tiempo de internamiento especificado en rangos de años	Tiempo en años	Ordinal
Tiempo de consume	Cualitativa	Tiempo de consumo de drogas especificado en rangos de años	Tiempo en años	Ordinal

### **Variables sociodemográficas**

- Edad cronológica: 15 a 30 años
- Tiempo de internamiento: medido en años por rango
- Tipo de droga: marihuana, cocaína y alcohol
- Tiempo de consumo: medido en años por rango

### **3.4. Población y muestra**

Dada la facilidad del acceso al grupo de interés, participaron del estudio un total de 30 mujeres internas de un Centro de rehabilitación psicosocial de Ventanilla Callao 2018, entre los 15 y 30 años. Se trabajó con un estudio de tipo censal, es decir que se analizaron todas las unidades de estudio, Ramírez (1999).

### **3.5. Instrumentos**

#### ***3.5.1. Cuestionario de habilidades sociales (MINSA)***

Se empleó el Cuestionario de Habilidades Sociales validado por el Instituto de Salud Mental Honorio Delgado Hideyo Noguchi. La Dirección General de Promoción de la Salud, Ministerio de Salud Perú, 2005 incluyó este cuestionario en el Manual de Habilidades Sociales en Adolescentes Escolares. Consta de 42 ítems desglosados en 4 categorías: (1) Asertividad, (2) Comunicación, (3) Autoestima y (4) Toma de decisiones. El cuestionario presenta una escala de respuestas tipo Likert, a partir del cual los individuos manifiestan su grado de acuerdo con los ítems. Existen ítems calificados de manera directa e inversa, de acuerdo con las aseveraciones enunciadas por los mismos, distribuyéndose de la siguiente manera. Se ha establecido la validez y fiabilidad del instrumento. Fue creado, modificado y aprobado por el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi en 2005. Esto se realizó a través de la Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Atención Especializada en Salud Colectiva. La Resolución Ministerial No. 107-2005/MINSA autorizó el uso del instrumento en las escuelas del país. En el año 2002 se evaluó la confiabilidad del instrumento

en 1 067 adolescentes estudiantes de cuatro instituciones educativas del área de Lima, sobre la base del Alfa de Cronbach 0,7. Para esta investigación, se ha calculado el nivel de confiabilidad de consistencia interna, a través del alfa de cronbach con un resultado de 0.802.

**Tabla 2**

*Ítems del Cuestionario de HHSS*

Las dimensiones	Ítems	Ítems negativos
Asertividad	1 al 12	1, 2, 4 y 8
Comunicación	13 al 21	11, 13, 16 y 19
Autoestima	22 al 33	23, 26, 29 y 33
Toma de decisiones	34 al 42	35, 37 y 40

Y así también, se tienen criterios de calificación por niveles obtenidos a partir de las puntuaciones correspondientes a cada área y el puntaje total, para determinar qué tan desarrolladas son las habilidades sociales. Las mismas son mostradas en la Tabla 3, de manera contigua, donde se perciben, además, categorías de acuerdo con cada puntuación o rango de puntuaciones obtenidas en uso del instrumento.

**Tabla 3**

*Baremos del Cuestionario de HHSS*

Niveles	Asertividad	Comunicación	Autoestima	Toma de decisiones	Total
Muy bajo	0 a 20	Menor a 19	Menor a 21	Menor a 16	Menor a 88
Bajo	20 a 32	19 a 24	21 a 34	16 a 24	88 a 126
Promedio bajo	33 a 38	25 a 29	35 a 41	25 a 29	127 a 141
Promedio	39 a 41	30 a 32	42 a 46	30 a 33	142 a 151
Promedio alto	42 a 44	33 a 35	47 a 50	34 a 36	152 a 161
Alto	45 a 49	36 a 39	1 a 54	37 a 40	162 a 173
Muy alto	50 a más	40 a mas	55 a mas	41 a mas	174 a mas

Para propósitos del presente estudio, fueron analizadas, además, las propiedades psicométricas de las puntuaciones con el instrumento, obteniéndose medidas de confiabilidad cercanas a .83 para la escala general y correlaciones ítem-test, por encima de .20 para la mayor parte de los ítems, conforme cada dimensión. Además de esto, otro indicador de validez se dio a partir de las evidencias sobre las relaciones significativas entre dimensiones y la escala general.

**Tabla 4**

*Análisis de confiabilidad del cuestionario de habilidades sociales (MINS)*

Las dimensiones	McDonald's $\omega$	Alpha Estandarizado
General	0,829	<b>0,802</b>
Asertividad	0,534	0,441
Comunicación	0,689	0,660
Autoestima	0,443	0,390
Toma de Decisiones	0,641	0,531

Es evidenciable que la escala de manera general se caracterizó por obtener puntuaciones consistentes, con coeficientes de .802 y .829 para los estadísticos Alpha y Omega, respectivamente. En relación con la consistencia de las dimensiones, se obtuvieron índices bajos; dentro de lo esperado dada la poca cantidad de sujetos evaluados dentro del análisis y las condiciones previas que caracterizaron a los participantes del estudio. En tal sentido, es posible poner en cuestión que las tendencias en las puntuaciones son explicables, además, por las mismas características de los participantes del estudio, no sumándose algún grupo o criterio de contraste dentro del análisis.

De ser cierto lo anteriormente mencionado, algunos ítems que constituyen dimensiones teóricamente especificadas podrían carecer de potencial discriminativo; es decir, distinguir no siempre bien entre un sujeto con la condición característica que se pretende estudiar y otro que no la presenta. Sin embargo, cabe considerar la susceptibilidad del cociente de correlación ítem-test a la cantidad de sujetos involucrados en el análisis, dado que el mismo no reporta necesariamente significancia estadística a un intervalo de confianza establecido para una determinada cantidad de sujetos. En la misma línea, fueron analizadas las correlaciones ítem-test en la escala de manera general, obteniendo como resultado lo siguiente:

**Tabla 5**  
*Correlaciones ítem-test en general*

	<i>M</i>	<i>DS</i>	Correlación ítem-test	$\omega$ si se elimina el Ítem
ITEM 1	3,040	0,999	-0,168	0,837
ITEM 2	3,570	0,997	0,416	0,822
ITEM 3	3,710	1,049	0,535	0,817
ITEM 4	3,460	1,290	0,305	0,825
ITEM 5	4,290	0,937	0,183	0,828
ITEM 6	4,210	1,134	0,455	0,819
ITEM 7	3,320	1,056	-0,204	0,838
ITEM 8	2,640	1,062	0,198	0,828
ITEM 9	3,110	1,257	0,222	0,828
ITEM 10	2,710	1,013	0,364	0,823
ITEM 11	3,960	1,138	0,423	0,822
ITEM 12	2,460	1,290	0,007	0,833
ITEM 13	2,710	1,243	0,374	0,823
ITEM 14	3,390	1,100	0,344	0,825
ITEM 15	3,360	1,026	0,415	0,823
ITEM 16	3,110	1,133	0,300	0,826
ITEM 17	3,290	0,937	0,219	0,827
ITEM 18	3,680	0,905	0,662	0,813
ITEM 19	2,570	1,168	0,155	0,829
ITEM 20	3,210	1,067	0,463	0,821
ITEM 21	3,110	1,227	0,616	0,814
ITEM 22	2,680	1,124	0,360	0,825
ITEM 23	3,110	1,370	0,164	0,829
ITEM 24	4,540	0,637	-0,007	0,833
ITEM 25	3,210	1,134	0,648	0,814
ITEM 26	1,750	0,799	-0,385	0,841
ITEM 27	2,890	1,286	0,534	0,817
ITEM 28	3,070	0,940	0,501	0,821
ITEM 29	2,960	1,347	-0,248	0,839
ITEM 30	3,640	1,224	0,572	0,816
ITEM 31	3,040	1,201	0,299	0,825
ITEM 32	3,820	1,124	0,465	0,821
ITEM 33	2,790	1,197	-0,440	0,843
ITEM 34	3,540	1,170	0,426	0,822
ITEM 35	3,070	1,184	0,471	0,821
ITEM 36	3,180	1,090	0,741	0,811
ITEM 37	3,140	1,297	-0,388	0,841
ITEM 38	2,890	1,343	0,259	0,826
ITEM 39	3,290	1,182	0,530	0,819
ITEM 40	3,180	1,416	0,361	0,824
ITEM 41	3,500	1,232	0,174	0,829
ITEM 42	2,790	1,449	0,158	0,830

Como esperado, los ítems 1, 7, 24, 26, 29, 33 y 37 concordaron en presentar capacidades discriminativas inversas, siendo que, por otra parte, la mayoría de ítems contribuyó a la consistencia del instrumento con adecuados índices de discriminación en la correlación ítem-test, superando el mínimo valor esperado de .20, a excepción de los ítems 1, 12, 19, 23, 41 y 42. Asimismo pudo observarse que el eliminarlos no hubiese contribuido estadísticamente a una mejora drástica sobre la consistencia interna de manera general, lo que los hace pertinentes dentro del análisis.

### **3.6. Procedimientos**

Se redactó un formato de consentimiento informado, explicando los fines de la investigación para el centro de rehabilitación, como para las mujeres que participaron del estudio. Una vez obtenidos los permisos correspondientes, se procedió a la colecta de datos, adjuntando una ficha de llenado de datos sociodemográficos, además del cuestionario de habilidades sociales. Se les explicó la manera de llenado de ambos documentos para iniciar la prueba, tomándose un tiempo por cada participante de 15 a 20 minutos. Una vez colectados los datos, se procedió al análisis de estos, mediante el empleo de software libre Jamovi, reportando niveles de habilidades sociales detectadas en las mujeres del centro de rehabilitación, de acuerdo con criterios sociodemográficos.

### **3.7. Análisis de datos**

Para el análisis psicométrico del instrumento, se hizo uso de coeficientes de confiabilidad por consistencia interna, como el Alpha estandarizado y el Omega de McDonald. Para valorar medidas discriminantes de los ítems, correlaciones ítem-test, tomando como criterio de aceptabilidad o capacidad discriminativa coeficientes superiores a .20. De manera consecuente, se procedió al empleo de frecuencias y estimaciones porcentuales, propias del análisis descriptivo para el desarrollo del estudio. A estos se sumaron tablas de contingencia,

tomando como referentes categoriales a las variables sociodemográficas previamente definidas, teniendo recuentos y las caracterizaciones de las participantes del estudio.

#### IV. RESULTADOS

**Tabla 6**

*Niveles de habilidades sociales, que prevalecen en internas de un centro de rehabilitación psicosocial de Ventanilla Callao, 2018.*

Niveles	f	Porcentaje
Alto	2	6.7 %
Promedio alto	5	16.7 %
Promedio	3	10.0 %
Promedio bajo	13	<b>43.3 %</b>
<b>Bajo</b>	<b>7</b>	<b>23.3 %</b>

Como se observa en la tabla 6, lo se encontró que el 23% de toda la muestra en general obtuvieron un nivel bajo y el 43.3% de la población de estudio se caracterizó por presentar un nivel promedio bajo de habilidades sociales de manera general.

**Tabla 7**

*Niveles de habilidades sociales según la dimensión autoestima, en internas de un centro de rehabilitación psicosocial de Ventanilla Callao, 2018.*

Niveles	f	Porcentaje
Promedio. Alto	1	3.3 %
Promedio	7	23.3 %
Promedio bajo	13	43.3 %
<b>Bajo</b>	<b>9</b>	<b>30.0 %</b>

Se puede visualizar en la tabla 7, para la dimensión autoestima, se evidencia que el 30% de las participantes del estudio se caracterizó por presentar un nivel bajo y también se puede

observar que hay predominancia en el nivel promedio bajo con un 43% que equivale a 13 participantes del estudio y mientras tanto se obtuvo que solo un participante tiene un nivel de promedio alto.

**Tabla 8**

*Niveles de las habilidades sociales según la dimensión comunicación, en internas de un centro de rehabilitación psicosocial de Ventanilla Callao, 2018.*

Niveles	f	Porcentaje
Alto	1	3.3 %
Promedio. Bajo	6	20.0 %
<b>Bajo</b>	<b>23</b>	<b>76.7 %</b>

En la tabla 8, se muestra para la dimensión comunicación, que el 76.7% de los participantes se situó en un nivel bajo, sumándosele un 20% en el nivel promedio bajo, a lo que cuenta un total de 96.7% de casos dentro de estos dos niveles característicos para la dimensión. Por otro lado, apenas un único participante fue de nivel alto.

**Tabla 9**

*Niveles de las habilidades sociales según la dimensión asertividad, en internas de un centro de rehabilitación psicosocial de Ventanilla Callao, 2018.*

Niveles	f	Porcentaje
Muy Alto	1	3.3 %
Alto	5	16.7 %
Promedio. Alto	8	26.7 %
Promedio	8	26.7 %
Promedio. Bajo	6	20.0 %
Bajo	1	3.3 %
Muy Bajo	1	3.3 %

Se puede percibir en la tabla 9, para la dimensión asertividad, la mayoría de las participantes se caracterizó por presentar niveles en promedio alto, alto y promedio, con porcentajes homogéneos del 26.7% en ambos casos y del 16.7%, sumando un total del 70.1% del total de los mismos. El 29.9% restante se distribuyó en niveles bajos de asertividad o muy bajos, mientras que, apenas solo 1 caso presento un nivel muy alto (3.3%).

**Tabla 10**

*Niveles de las habilidades sociales según la dimensión toma de decisión, en internas de un centro de rehabilitación psicosocial de Ventanilla Callao, 2018*

Niveles	f	% del Total
Alto	3	10.0 %
Prom. Alto	3	10.0 %
Promedio	7	23.3 %
Prom bajo	11	36.7 %
<b>Bajo</b>	<b>6</b>	<b>20.0 %</b>

Como se expone en la tabla 10, un 36.7% de las participantes del estudio, para la dimensión *toma de decisiones*, se caracterizó por presentar niveles de promedio bajo y lo más relevante es esta tabla se muestra que el 20% de los participantes de este estudio obtuvieron un nivel bajo que equivale a 6 casos.

**Tabla 11**

*Niveles de las habilidades sociales según tipo de droga en internas de un centro de rehabilitación psicosocial de Ventanilla Callao, 2018.*

Niveles	Tipo de Droga		
	Alcohol	cocaína	marihuana
Alto	0	1	1
Promedio alto	1	0	4
Promedio	0	0	3
Promedio bajo	2	4	7
Bajo	2	0	<b>5</b>

Como se observa en la tabla 11, la mayor parte de los participantes se caracterizó por ser consumidor de marihuana con un 66.7% que equivale a 20 participantes, y lo más representante en este grupo se muestra que 5 de los participantes obtuvieron un nivel bajo en habilidades sociales. Por otra parte, 2 de los 5 participantes que consumen alcohol presentan un nivel bajo en las habilidades sociales.

**Tabla 12**

*Niveles de las habilidades sociales según tiempo de internamiento, en internas de un centro de rehabilitación psicosocial de Ventanilla Callao, 2018.*

Niveles	Tiempo de Internamiento (meses)				
	1 a 6m	7 a 12m	13 a 24 m	Más de 24m	
alto	Alto	1	1	0	0
	Promedio	1	0	2	2
bajo	Promedio	2	0	0	1
	Promedio	7	2	4	0
	Bajo	5	2	0	0

Como se puede evidenciar en la tabla 12, la mayoría de las participantes están situados entre 1 a 6 meses de internamiento que son 16 participantes del total, lo más relevante de este grupo presentan niveles de habilidades sociales de promedio bajo y bajo, siendo el representativo de 7 y 5 participantes de este grupo, respectivamente. Por otro lado, 2 de las 5 participantes de 7 a 12 meses de internamiento obtuvieron un nivel bajo en las habilidades sociales y 4 participantes de 13 a 24 meses de internamiento, presentan los niveles promedio bajo en las habilidades sociales.

**Tabla 13**

*Niveles de las habilidades sociales según edades, en internas de un centro de rehabilitación psicosocial de Ventanilla Callao, 2018.*

Niveles	Edades de las participantes			
	13 - 17 años	%	18 a más	%
Alto	2	6.7	0	0.0
Promedio alto	2	6.7	3	10.0
Promedio	1	3.3	2	6.7
Promedio bajo	7	23.3	6	20.0
Bajo	4	<b>13.3</b>	3	10.0

Como se muestra en la tabla 13, lo más relevante en esta tabla es que los participantes menores a los 18 años, 4 de las 16 participantes de este grupo presentan un nivel bajo, y 7 de ellas un promedio bajo en las habilidades sociales. En el grupo de mayores de edad, presentaron 3 participantes nivel bajo de las 14 de este grupo, así mismo 6 de ellas mostraron un nivel promedio en las habilidades sociales.

**Tabla 14**

*Niveles de las habilidades sociales según tiempo de consumo, en internas de un centro de rehabilitación psicosocial de Ventanilla Callao, 2018*

Niveles	Tiempo de Consumo (años)			
	1	2	3	4 a más
Alto	0	1	0	1
Promedio alto	1	1	1	2
Promedio	0	1	0	2
Promedio bajo	2	5	3	3
Bajo	0	3	0	4
Totales	3	11	4	12

En la tabla 14 se puede visualizar, en primer lugar, se muestra que la el 40% de los participantes tienen más de cuatro años de consumo, de los cuales cuatro de estos participantes presentan nivel bajo en las habilidades sociales. En segundo lugar, tenemos el 36.7% los participantes que tienen dos años de consumo de los cuales de este grupo tres de ellas tienen un nivel bajo y 5 de ellas obtuvieron un nivel promedio bajo en las habilidades sociales.

**Tabla 15**

*Diferencias de habilidades sociales según tipo de droga en internas de un centro de rehabilitación psicosocial de Ventanilla Callao, 2018.*

Dimensiones	Tipo droga	Normalidad	<i>P</i>	Kruskal Wallis <i>P</i>
Total, Habilidades Sociales	Cocaína		0.123	0.004
	Marihuana	<i>S-W</i>	0.002	
	Alcohol		0.032	

En la tabla 15, se visualizan los resultados obtenidos con la prueba de Kruskal Wallis, (no paramétrica) donde se muestra que existen diferencias significativas ( $p = 0.004$ ) en las usuarias que consumen marihuana, cocaína y alcohol, dentro de las cuales las consumidoras de cocaína son las que presentan menores habilidades sociales.

**Tabla 16**

*Diferencias de habilidades sociales según tiempo de internamiento en internas de un centro de rehabilitación psicosocial de Ventanilla Callao, 2018.*

Dimensiones	Tiempo Internamiento	Normalidad	<i>P</i>	Kruskal Wallis <i>P</i>
Total, Habilidades Sociales	1 a 6 meses	S-W	0.4	0.02
	7 a 12 meses		1	
	13 a 24 meses		0.0	
	24 meses a más		2	
			0.0	
			5	0.1
			2	

En la Tabla 16, se puede observar los resultados con la prueba de Kruskal Wallis, (no paramétrica) donde se muestra que existes existen diferencias significativas ( $p = 0.02$ ) en las usuarias que están internadas de un 1 a 6 meses, de 7 a 12 meses, de 13 a 24 meses y de 24 meses a más, de las cuales las internas de 1 a 6 meses tienen menores habilidades sociales.

**Tabla 17**

*Diferencias de habilidades sociales según edades en internas de un centro de rehabilitación psicosocial de Ventanilla Callao, 2018.*

Dimensiones	Edades	Normalidad	<i>P</i>	T-Student <i>P</i>
Total, Habilidades Sociales	15 a 17 años	S-W	0.04	0.03
	18 a 30 años		0.02	

En la Tabla 17, se puede visualizar los resultados con la prueba T-Student (paramétrica) donde se muestran que existen diferencias significativas ( $p = 0.03$ ) en las usuarias que tienen

de 13 a 17 años y las de 18 a 30 años, de las cuales las usuarias de 15 a 17 años tienen menores habilidades sociales.

**Tabla 18**

*Existen diferencias significativas de habilidades sociales según tiempo de consumo en internas de un centro de rehabilitación psicosocial de Ventanilla Callao, 2018.*

Dimensiones	Tiempo consumo	Normalidad	<i>P</i>	Kruskal Wallis <i>P</i>
Total, Habilidades Sociales	1 año	S-W	2	0.34
	2 años		9	
	3 años		6	
	4 años a más		1	
			0.1	

En la Tabla 18, se puede observar los resultados con la prueba Kruskal Wallis (no paramétrica) donde se muestra que no existen diferencias significativas ( $p = 0.34$ ) en las usuarias que tienen 1 año, 2 años, 3 años y de 4 años más de tiempo de consumo.

## V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

El principal objetivo del presente estudio fue Identificar los niveles de habilidades sociales, que prevalecen en internas de un centro de rehabilitación psicosocial de Ventanilla Callao, 2018. En tal sentido, se detectó que el 23% del total de las participantes obtuvieron un nivel bajo en las habilidades sociales, este porcentaje es bajo debido, que cuando las participantes se internan los primeros meses están en una etapa de negación, tienen resistencia al cambio, vienen bastante deterioradas tanto físicamente, como emocionalmente; se puede visualizar que carecen de habilidades sociales por ende se mantienen en consumo, como por ejemplo en su autoestima, la comunicación, la asertividad y toma de decisión. Estos resultados son concordantes con los reportados por González et al. (2014) quienes reportan asociaciones entre el bajo desarrollo de competencias de habilidades sociales, en personas con características similares de adicción o drogodependencia.

En relación al primer objetivo específico, es identificar los niveles de las habilidades sociales según sus dimensiones, que son la autoestima, la comunicación, el asertividad y toma de decisión que prevalecen en internas de un centro de rehabilitación psicosocial. Los resultados obtenidos evidencian que el 30% de la muestra tienen un nivel bajo en la dimensión de la autoestima, esto se puede dar porque la mayoría de la muestra tienen un déficit en las habilidades sociales, por ende también tienen la autoestima baja, no tienen un autorespeto, autocontrol, valoración, la falta de confianza en sí mismas son factores que los lleva a tener una dependencia a las SPA, porque para ellas el consumo es un escape de salida por que carecen de habilidades sociales para afrontar las diversas situaciones en su vivencia. También es el resultado de hábitos, habilidades y destrezas adquiridos en todas las experiencias de la vida; es una forma de pensar, sentir y actuar que implica la valoración de lo que hay de positivo y negativo en nosotros. También implica un sentimiento de lo favorable o desfavorable, de lo agradable o desagradable, que vemos en nosotros mismos. Todo esto está respaldado por la

literatura de investigación sobre la autoestima, que hace hincapié en lo crucial que es trabajar este factor. Estos resultados también lo reafirman Cattán (2005), que realizó un estudio comparativo de autoestima y habilidades sociales en pacientes adictos de una comunidad terapéutica en Argentina, y obtuvo bajos niveles de autoestima en la muestra. Así mismo se encontró que el 76.7% de la muestra obtuvieron un nivel bajo en la dimensión de comunicación, lo que se interpreta en las participantes, porque carecen de las habilidades sociales de comunicación, observándose que les cuesta mucho expresar lo que piensan y sienten, teniendo dificultada para exteriorizar sus emociones, pedir ayuda cuando lo necesitan, así mismo para mantener una comunicación asertiva o saludable con sus familiares y sus pares. Se concluye que las dimensiones de autoestima y comunicación presentan en nivel bajo.

En relación al segundo objetivo específico, que es identificar los niveles de las habilidades sociales, que prevalecen según, tipo de drogas, tiempo de internamiento, edad y tiempo de consumo. Los resultados más relevantes en este objetivo es, que se muestran que el 23.3% de las participantes del total obtuvieron nivel bajo en las cuatro variables de estudio, la primera variable que es el tipo de droga, 20 participantes de la muestra eran consumidoras de marihuana de las cuales cinco de ellas tienen un nivel bajo en las habilidades sociales, esto se puede dar por que el consumo frecuente y compulsivo de esta sustancia, genera facultades mentales como: pensar, memorizar, aprender a resolver problemas y tienen consecuencias a corto y a largo tiempo como por ejemplo, el consumo de esta sustancia generara en ellas cuadros altos de ansiedad y depresión en el tiempo de consumo y cuando dejan de consumir, por todo lo mencionado evidencian un déficit en las habilidades sociales. En la segunda variable que es el tiempo de internamiento, las participantes que están internadas seis meses, obtuvieron 5 de ellas niveles bajos en las habilidades sociales de 16 usuarias de este grupo, en este grupo de internas es debido a que están en sus primeros meses de internamiento, que recién se están adoptando al proceso del programa de dicha institución, y están en una etapa de

negación al cambio, no tienen conciencia de la problemática de su consumo y las consecuencias que pueden generar en su salud mental, familiar, social y personal, en cambio en las otras participantes que tienen más de seis meses de internamiento no tienen un nivel bajo de las habilidades sociales, esto se debe que dentro del proceso de internamiento trabajan con los profesionales las habilidades sociales, autoestima, resolución de problemas, tomar conciencia de su problemática de consumo, las consecuencias de mantenerse en consumo, sus conflictos internos y conflictos con sus padres . Así también dicha situación es respaldada en los estudios de Campos y Vásquez (2016), quienes también reportaron relaciones entre un bajo desarrollo de las habilidades sociales y el consumo de drogas y alcohol, de manera significativa y moderada.

En relación al tercer objetivo específico que es, existen diferencias significativas de habilidades sociales en las variables: según tipo de droga, tiempo de internamiento, edad y tiempo de consumo. Los resultados más relevantes es este objetivo es, que se muestra que si existen diferencias significativas en las tres primeras variables y en la última variable no se encontró diferencias significativas. Así mismo se encontró en la primera variable, que las usuarias que consumen cocaína tienen menores habilidades sociales, esto se puede dar que esta sustancia es muy adictiva y es muy dañina en par personas que lo consumen ya que afectan el sistema nervioso, pueden causar convulsiones y esto hace que debiliten sus habilidades sociales para afrontar diferentes situaciones que se les presentante en vida cotidiana. En la segunda variable también se encontró que las usuarias que están internadas de 1 a 6 meses tienen menores habilidades sociales, esto se puede dar ya que en esta etapa las usuarias están en sus primeros meses de internamiento y están negación al cambio, no tienen conciencia de la problemática que tienen con el consumo de SPA. Por último, en la tercera variable las usuarias internadas de 15 a 17 años presentan menores habilidades sociales, esto se puede dar ya que son adolescentes que están en una etapa de cambio y son muy vulnerables, están en desarrollo,

se dejan llevar por la opresión de sus pares, los adolescentes toman riesgos sin ver las consecuencias, toman malas decisiones, son bastantes impulsivos, una de las características de los adolescentes es buscar desafíos y esos desafíos le puede llevar a consumir diferente tipos de drogas ya que no tienen desarrollando las habilidades sociales esto lo podemos corroborar con el estudio de González, Espada, Riquelme y Orgilés (1014) que encontraron una relación clara entre el consumo de sustancias y las habilidades sociales. El consumo de alcohol y cannabis está relacionado con la conducta antisocial. En cuanto a orgullo y arrogancia, soledad y ansiedad social, y conducta violenta y antisocial, los chicos obtuvieron puntuaciones más altas. Los resultados apoyan la necesidad de prevenir selectivamente el consumo de drogas entre los adolescentes que muestran conductas sociales inaceptables.

Una de las principales limitaciones en el presente estudio se ha dado a partir del alcance sobre su población y muestra analizada ya que son pocas las participantes en el estudio por lo cual queda pendiente el realizar réplicas de la investigación en poblaciones similares. También podemos mencionar que una de las limitaciones del estudio fue que no se encontró estudios parecidas o similares y no hay mucha literatura sobre la problemática que se planteó en la investigación.

## VI. CONCLUSIONES

- a. Existe un nivel bajo de las habilidades sociales en el 23% de la muestra y un nivel promedio bajo en el 43.3% de las internas de un Centro de rehabilitación psicosocial de Ventanilla Callao, 2018
- b. Las habilidades sociales que prevalecen, según sus dimensiones son: en la dimensión autoestima, el 30% de las participantes presentó un nivel bajo, la dimensión comunicación, obtuvo un 76.7%, también en un nivel bajo, en la dimensión asertividad, la mayoría se caracterizó por presentar niveles en promedio alto y promedio, con un 53.4%; por último, la dimensión toma de decisiones, se muestra con el 20% un nivel bajo.
- c. Según la edad, las habilidades sociales se presentan en nivel bajo en 13.3% de las internas dentro del rango de 15 a 17 años de edad; según el tipo de droga, quienes consumen marihuana (66.7%) obtuvieron nivel bajo en las habilidades sociales; en cuanto al tiempo de internamiento las participantes que están situadas entre 1 a 6 meses (53.3%) son las que presentan nivel bajo; finalmente en relación al tiempo de consumo, las participantes que tienen más de 4 años (40%) presenta nivel bajo en las habilidades sociales.
- d. Si existen diferencias significativas según tipo de drogas, tiempo de internamiento y según edades, presentan menores habilidades sociales en las usuarias menores de edad, en las que son consumidoras de cocaína y en las participantes que están internadas de 1 a 6 meses.

## VII. RECOMENDACIONES

- a. A partir de los hallazgos obtenidos en la investigación, profundizar el análisis de la variable habilidades sociales en futuros estudios en poblaciones similares tales como internos en comunidades terapéuticas, en usuarias con trastornos alimentarios.
- b. Reforzar el trabajo terapéutico relacionado con las habilidades sociales en las internas de la institución donde se realizó el estudio.
- c. Realizar trabajos preventivos sobre el consumo de SPA por parte de los profesionales de dicha institución, dirigido a las familias e instituciones educativas aledañas.
- d. Psicoeducar sobre los mitos y creencias respecto a las adicciones dirigido a los familiares de las internas con la finalidad de que participen más efectivamente en el tratamiento.
- e. En la investigación no hubo mucha bibliografía con respecto a tema de estudio y el instrumento no fue acorde a las características de la muestra. Es necesarios más estudios y con muestras más grandes.
- f. Es importante la evaluación del desarrollo de las habilidades sociales en las instituciones de salud cuya especialidad sea el tratamiento y rehabilitación de personas con problemas de consumo, debido a que ayudaría durante la intervención especializada e individual de cada usuaria.
- g. Es de suma importancia a motivar a otros investigadores, a realizar estudios con muestras iguales o similares para que las comunidades terapéuticas, tengan más información y puedan realizar una mejor intervención.

## VIII. REFERENCIAS

- Argyle, M. y Kendon, A. (1967). *The experimental análisis of social performance*. Advances in Experimental Social Psychology, 3, 55-98.
- Becoña, E. (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.
- Caballo, E. (2007). *Manual de Evaluación y Entrenamiento en Habilidades Sociales*. Siglo XXI. [https://www.academia.edu/24963835/Vicente\\_E\\_Caballo\\_Manual\\_de\\_Evaluacion\\_y\\_Entrenamiento\\_de\\_Las\\_Habilidades\\_Sociales](https://www.academia.edu/24963835/Vicente_E_Caballo_Manual_de_Evaluacion_y_Entrenamiento_de_Las_Habilidades_Sociales).
- Campos, G. y Vásquez, A. (2016). *Habilidades sociales y consumo de alcohol y drogas en estudiantes de nivel secundario de la Institución Educativa María Ulises Dávila Pinedo de Tarapoto, 2015*. [Tesis de pre grado, Universidad Peruana Unión]. Repositorio institucional de la UPU. <https://renati.sunedu.gob.pe/handle/sunedu/2822838>
- Cattan, A. (2005). Estudio comparativo de autoestima y habilidades sociales en pacientes adictos de una comunidad terapéutica. *Salud y drogas*. Revistas Científicas de América Latina 5(1), 139-164. <https://www.redalyc.org/pdf/839/83950108.pdf>
- Centro de información y educación para la prevención del abuso de drogas (CEDRO) (2015). *El problema de las drogas en el Perú*. CEDRO. [https://www.academia.edu/21967539/El\\_problema\\_de\\_las\\_drogas\\_2015](https://www.academia.edu/21967539/El_problema_de_las_drogas_2015)
- Programa Nacional de Centros Juveniles (PRONACEJ, 2022). *Boletín Estadístico de abril del 2022*. <https://www.gob.pe/institucion/pronacej/informes-publicaciones/3005032-boletin-estadistico-abril-2022>
- Goldstein, A. (1989). *Habilidades sociales y autocontrol en la adolescencia*. Barcelona: Ediciones Martínez Roca, S.A. <https://es.scribd.com/doc/311802344/Goldstein-1989-HHSS-Para-Adolescentes>

- Goldstein, A., Spranfkin, R., Gershaw, J. y Klein, P. (1989). *Habilidades sociales y autocontrol en la adolescencia. Un programa de entrenamiento*. (2ª ed.). Barcelona, España: Ediciones Martínez Roca, S.A.  
<https://es.scribd.com/document/242742502/Habilidades-Sociales-y-Autocontrol-en-la-Adolescencia-pdf>
- González, M., Espada, J., Riquelme, A. y Orgilés, M. (2014). ¿Consumen más drogas los adolescentes con déficit en habilidades sociales? *Revista Española de Drogodependencias*, 39(4), 14-28.  
<https://roderic.uv.es/bitstream/handle/10550/47663/5014538.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2003). *Metodología de la Investigación*. México: México: McGraw – Hill.
- Hernandez, R., Fernandez, C., & Baptista, P. (2014). *Metodología de la Investigación*. McGraw Hill Co.
- Hernández, R.; Fernández, C. y Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación*. McGraw– Hill.
- Instituto Nacional de Estadística e Informática (2016). *Enfermedades Transmisibles y No Transmisibles*, 2015. Lima: INEI.  
[https://proyectos.inei.gob.pe/endes/doc\\_salud/Enfermedades\\_no\\_transmisibles\\_y\\_transmisibles\\_2015.pdf](https://proyectos.inei.gob.pe/endes/doc_salud/Enfermedades_no_transmisibles_y_transmisibles_2015.pdf)
- Iriarte H. (2018). *Habilidades sociales y consumo de alcohol de una institución educativa estatal de Lima Metropolitana, año 2016*. [Tesis de pre grado, Universidad César Vallejo]. Repositorio institucional de la UCV.  
[https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/8905/Iriarte\\_AHH-SD.pdf?sequence=4&isAllowed=y](https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/8905/Iriarte_AHH-SD.pdf?sequence=4&isAllowed=y)

- Kerlinger, F. (1979). *Enfoque conceptual de la investigación del comportamiento*. Editorial McGraw – Hill. <https://padron.entretemas.com.ve/INICC2018-2/lecturas/u2/kerlinger-investigacion.pdf>
- Marsellach, G. (2010). *La autoestima en niños y adolescentes*. Disponible en: <http://mentat.com.ar/autoestima-adolescentes.htm>
- Maturana, H. (2007). *El sentido de lo humano*. España: JC Sáez. <https://convivir-comprender-transformar.com/wp-content/uploads/2012/08/Maturana-Romesin-H-El-Sentido-De-Lo-Humano.pdf>
- McFall, R. (1982). *A review and reformulation of the concept of social skills*. Behavioral Assesment, 4, 1-33.
- Monjas, I. (1993). *Programa de entrenamiento en habilidades de interacción social*. PEH IS. Salamanca: Trilce.
- Monjas, I. (2002). *Programa de enseñanza de habilidades de interacción social (PEHIS) para niños y adolescentes*. Editorial Cepe. Madrid España.
- MINSA. (Junio, 2005). *Manual de Habilidades Sociales en Adolescentes Escolares*. In R. Uribe, M.
- Organización de las Naciones Unidas (Julio, 2023). *Informe contra la Droga y el Delito*. <https://news.un.org/es/story/2023/06/1522247>
- Organización Mundial de la Salud (2002). *Clasificación de las drogas y sus efectos en el tránsito*. <https://www.conaset.cl/alcohol-y-conduccion/clasificacion-de-las-drogas-y-sus-efectos-en-el-transito/>
- Ramírez, T. (1999). *Como hacer un proyecto de investigación*. Caracas, Venezuela: Panapo.
- Rodríguez, J. (2020). *Efectos de un programa de destrezas sociales sobre el nivel de habilidades sociales en adictos a sustancias psicoactivas en una comunidad de Lima Sur*. [Tesis de pre grado, Universidad Autónoma del Perú] Repositorio institucional de

la

UAP.

<https://repositorio.autonoma.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13067/1033/Rodriguez%20Portuguez%2C%20Jaime%20Manuel.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Velastegui, D., Vásquez, F., Ponce, A., y Flores, V. (2022). *Habilidades sociales y consumo de alcohol en estudiantes universitarios del Ecuador*. *Ciencia Latina*, 6(2).

[https://doi.org/10.37811/cl\\_rcm.v6i2.2076](https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v6i2.2076)

Villagrá, P.; González, A.; Fernández, P.; Casares, J.; Martín, J. y Rodríguez, F. (2011). Perfil adictivo, delictivo y psicopatológico de una muestra de mujeres en prisión. *Adicciones*.

23(3), 219-226. <https://www.redalyc.org/pdf/2891/289122827005.pdf>

## IX. ANEXOS

## Anexo A: Matriz de consistencia

Habilidades sociales en internas de un centro de rehabilitación psicosocial de Ventanilla Callao, 2018

PROBLEMA	OBJETIVOS	VARIABLES	METODOLOGÍA	
<p><b>General</b></p> <p>¿Existen diferencias significativas en las dimensiones de las habilidades sociales en las internas de un centro de rehabilitación psicosocial de ventanilla callao 2018?</p>	<p><b>General</b></p> <p>Identificar las características de las habilidades sociales, que prevalecen en internas de un centro de rehabilitación psicosocial de Ventanilla Callao, 2018</p>	<p><b>Variable 1</b></p> <p>Habilidades sociales</p>	<p><b>Enfoque</b></p> <p>Cuantitativo</p>	
	<p><b>Específicos</b></p> <p>Identificar los niveles de las habilidades sociales según sus dimensiones, que prevalecen en internas de un centro de rehabilitación psicosocial de Ventanilla Callao, 2018.</p>	<p><b>Dimensiones</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Comunicación</li> <li>- Toma de decisión</li> <li>- Autoestima</li> <li>- Asertividad</li> </ul>	<p><b>Alcance o Nivel</b></p> <p>Descriptivo</p>	<p><b>Diseño</b></p> <p>No experimental</p>
	<p>Identificar las características de las habilidades sociales, que prevalecen según edad, tiempo de internamiento, tipo de drogas y tiempo de consumo en internas de un centro de rehabilitación psicosocial de Ventanilla Callao, 2018.</p>		<p><b>Población</b></p> <p>Internas de un centro de rehabilitación psicosocial de ventanilla callao 2018</p>	<p><b>Muestra</b></p> <p>30 intentas entre adolescentes y mayores de edad de un centro de rehabilitación de ventanilla.</p>
	<p>Establecer si existen diferencias significativas de</p>			<p><b>Técnica de recolección de datos</b></p> <p>Encuesta</p>
			<p><b>Instrumentos para la recolección de datos</b></p>	

---

habilidades sociales según edad, tiempo de internamiento, tipo de drogas y tiempo de consumo en internas de un centro de rehabilitación psicosocial de Ventanilla Callao, 2018.

- Cuestionario de habilidades sociales, validado por el Instituto Especializado en Salud Mental "Hideyo Noguchi" en el 2005.
-

**Anexo B: Instrumento****Cuestionario de habilidades sociales (MINSA, 2005)****INSTRUCCIONES:**

A continuación, les presento una serie de preguntas de las acciones que realiza en su vida diaria.

Señale su respuesta marcando con una x uno de los casilleros que se ubica en la columna derecha, utilizando los siguientes criterios:

**N =NUNCA          RV =RARAS VECES          AV= A VECES**

**CS = CASI SIEMPRE          S =SIEMPRE**

**DATOS GENERALES:**

**1. EDAD..... 2. SEXO.....**

**3. GRADO DE INSTRUCCIÓN.....**

Nº	Habilidades	N	RV	AV	CS	S
1	Prefiero mantenerme callado(a) para evitarme problemas.					
2	Si un amigo (a) habla mal de mí persona le insulto.					
3	Si necesito ayuda la pido de buena manera.					
4	Si un amigo(a) se saca una buena nota en el examen no le felicito.					
5	Agradezco cuando alguien me ayuda.					
6	Me acerco a abrazar a mi amigo(a) cuando cumple años.					
7	Si un amigo (a) falta a una cita acordada le expreso mi amargura.					
8	Cuando me siento triste evito contar lo que me pasa.					
9	Le digo a mi amigo (a) cuando hace algo que no me agrada.					
10	Si una persona mayor me insulta me defiendo sin agredirlo, exigiendo mi derecho a ser respetado.					
11	Reclamo agresivamente con insultos, cuando alguien quiere entrar al cine sin hacer su cola.					
12	No hago caso cuando mis amigos (as) me presionan para consumir alcohol.					
13	Me distraigo fácilmente cuando una persona me habla.					

14	Pregunto cada vez que sea necesario para entender lo que me dicen.					
15	Miro a los ojos cuando alguien me habla.					
16	No pregunto a las personas si me he dejado comprender.					
17	Me dejo entender con facilidad cuando hablo.					
18	Utilizo un tono de voz con gestos apropiados para que me escuchen y me entiendan mejor.					
19	Expreso mis opiniones sin calcular las consecuencias.					
20	Si estoy “nervioso (a)” trato de relajarme para ordenar mis pensamientos.					
21	Antes de opinar ordeno mis ideas con calma.					
22	Evito hacer cosas que puedan dañar mi salud.					
23	No me siento contento (a) con mi aspecto físico.					
24	Me gusta verme arreglado (a).					
25	Puedo cambiar mi comportamiento cuando me doy cuenta que estoy equivocado (a).					
26	Me da vergüenza felicitar a un amigo (a) cuando realiza algo bueno.					
27	Reconozco fácilmente mis cualidades positivas y negativas.					
28	Puedo hablar sobre mis temores.					
29	Cuando algo me sale mal no sé cómo expresar mi cólera.					
30	Comparto mi alegría con mis amigos (as).					
31	Me esfuerzo para ser mejor estudiante.					
32	Puedo guardar los secretos de mis amigos (as).					
33	Rechazo hacer las tareas de la casa.					
34	Pienso en varias soluciones frente a un problema.					
35	Dejo que otros decidan por mí cuando no puedo solucionar un problema.					
36	Pienso en las posibles consecuencias de mis decisiones.					
37	Tomo decisiones importantes para mi futuro sin el apoyo de otras personas.					
38	Hago planes para mis vacaciones.					
39	Realizo cosas positivas que me ayudarán en mi futuro.					
40	Me cuesta decir no, por miedo a ser criticado (a).					
41	Defiendo mi idea cuando veo que mis amigos(as) están equivocados (as).					
42	Si me presionan para ir a la playa escapándome del colegio, puedo rechazarlo sin sentir temor y vergüenza a los insultos.					

### Clave de respuestas de la lista de evaluación de las habilidades sociales

Nº	Habilidades	N	RV	AV	CS	S
1	Prefiero mantenerme callado(a) para evitarme problemas.	5	4	3	2	1
2	Si un amigo (a) habla mal de mí persona le insulto.	5	4	3	2	1
3	Si necesito ayuda la pido de buena manera.	1	2	3	4	5
4	Si un amigo(a) se saca una buena nota en el examen no le felicito.	5	4	3	2	1
5	Agradezco cuando alguien me ayuda.	1	2	3	4	5
6	Me acerco a abrazar a mi amigo(a) cuando cumple años.	1	2	3	4	5
7	Si un amigo (a) falta a una cita acordada le expreso mi amargura.	1	2	3	4	5
8	Cuando me siento triste evito contar lo que me pasa.	5	4	3	2	1
9	Le digo a mi amigo (a) cuando hace algo que no me agrada.	1	2	3	4	5
10	Si una persona mayor me insulta me defiendo sin agredirlo, exigiendo mi derecho a ser respetado.	1	2	3	4	5
11	Reclamo agresivamente con insultos, cuando alguien quiere entrar al cine sin hacer su cola.	5	4	3	2	1
12	No hago caso cuando mis amigos (as) me presionan para consumir alcohol.	1	2	3	4	5
13	Me distraigo fácilmente cuando una persona me habla.	5	4	3	2	1
14	Pregunto cada vez que sea necesario para entender lo que me dicen.	1	2	3	4	5
15	Miro a los ojos cuando alguien me habla.	1	2	3	4	5
16	No pregunto a las personas si me he dejado comprender.	5	4	3	2	1
17	Me dejo entender con facilidad cuando hablo.	1	2	3	4	5
18	Utilizo un tono de voz con gestos apropiados para que me escuchen y me entiendan mejor.	1	2	3	4	5
19	Expreso mis opiniones sin calcular las consecuencias.	5	4	3	2	1
20	Si estoy "nervioso (a)" trato de relajarme para ordenar mis pensamientos.	1	2	3	4	5
21	Antes de opinar ordeno mis ideas con calma.	1	2	3	4	5
22	Evito hacer cosas que puedan dañar mi salud.	1	2	3	4	5
23	No me siento contento (a) con mi aspecto físico.	5	4	3	2	1
24	Me gusta verme arreglado (a).	1	2	3	4	5
25	Puedo cambiar mi comportamiento cuando me doy cuenta que estoy equivocado (a).	1	2	3	4	5
26	Me da vergüenza felicitar a un amigo (a) cuando realiza algo bueno.	5	4	3	2	1
27	Reconozco fácilmente mis cualidades positivas y negativas.	1	2	3	4	5
28	Puedo hablar sobre mis temores.	1	2	3	4	5
29	Cuando algo me sale mal no sé cómo expresar mi cólera.	5	4	3	2	1
30	Comparto mi alegría con mis amigos (as).	1	2	3	4	5
31	Me esfuerzo para ser mejor estudiante.	1	2	3	4	5
32	Puedo guardar los secretos de mis amigos (as).	1	2	3	4	5
33	Rechazo hacer las tareas de la casa.	5	4	3	2	1

<b>34</b>	Pienso en varias soluciones frente a un problema.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>35</b>	Dejo que otros decidan por mí cuando no puedo solucionar un problema.	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>
<b>36</b>	Pienso en las posibles consecuencias de mis decisiones.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>37</b>	Tomo decisiones importantes para mi futuro sin el apoyo de otras personas.	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>
<b>38</b>	Hago planes para mis vacaciones.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>39</b>	Realizo cosas positivas que me ayudarán en mi futuro.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>40</b>	Me cuesta decir no, por miedo a ser criticado (a).	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>
<b>41</b>	Defiendo mi idea cuando veo que mis amigos(as) están equivocados (as).	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>42</b>	Si me presionan para ir a la playa escapándome del colegio, puedo rechazarlo sin sentir temor y vergüenza a los insultos.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>

### Anexo C. Tablas

#### *Correlaciones ítem-test para la dimensión Asertividad*

	<i>M</i>	<i>DS</i>	Correlación ítem-test	$\omega$ si se elimina el Ítem
ITEM 1	3,030	0,964	-0,144	0,583
ITEM 2	3,600	0,968	0,298	0,480
ITEM 3	3,730	1,015	0,482	0,426
ITEM 4	3,470	1,252	0,211	0,518
ITEM 5	4,300	0,915	0,066	0,536
ITEM 6	4,270	1,112	0,131	0,510
ITEM 7	3,370	1,033	0,040	0,549
ITEM 8	2,730	1,081	0,177	0,519
ITEM 9	3,170	1,234	0,219	0,515
ITEM 10	2,730	0,980	0,308	0,479
ITEM 11	4,030	1,129	0,424	0,460
ITEM 12	2,500	1,358	-0,132	0,588

Para el caso de cada dimensión se procedió también al análisis de la capacidad discriminativa de los elementos con el mismo proceso estadístico. En ese sentido, los ítems 1 y 12, correspondientes a la primera dimensión obtuvieron coeficientes inversos, mientras que el ítem 5, 7 y 8 presentaron bajo poder discriminante. Como se observa, puede este fenómeno explicarse a la poca cantidad de sujetos para el análisis y otros sesgos de las puntuaciones por las características de los participantes del estudio.

*Correlaciones ítem-test para la dimensión Comunicación*

	<i>M</i>	<i>DS</i>	Correlación ítem-test	$\omega$ si se elimina el Ítem
ITEM 13	2,710	1,243	0,426	0,659
ITEM 14	3,390	1,100	0,339	0,675
ITEM 15	3,360	1,026	0,542	0,645
ITEM 16	3,110	1,133	0,074	0,715
ITEM 17	3,290	0,937	0,229	0,677
ITEM 18	3,680	0,905	0,565	0,613
ITEM 19	2,570	1,168	0,175	0,700
ITEM 20	3,210	1,067	0,334	0,656
ITEM 21	3,110	1,227	0,426	0,643

En el caso de la dimensión comunicación, se encontraron a la mayoría de los ítems con adecuados índices discriminantes reflejando buena capacidad diferencial. Únicamente, los ítems 16 y 19 obtuvieron índices bajos al valor esperado, afectando hipotéticamente hasta 2 o 3 puntos al índice de consistencia interna reportado anteriormente, si se eliminara el elemento.

*Correlaciones ítem-test para la dimensión Autoestima*

	<i>M</i>	<i>DS</i>	Correlación ítem-test	$\omega$ si se elimina el Ítem
ITEM 22	2,770	1,135	0,512	0,321
ITEM 23	3,130	1,332	0,149	0,432
ITEM 24	4,470	0,776	-0,118	0,507
ITEM 25	3,300	1,149	0,440	0,325
ITEM 26	1,730	0,785	-0,398	0,558
ITEM 27	2,970	1,273	0,439	0,291
ITEM 28	3,170	0,986	0,265	0,386
ITEM 29	3,030	1,326	-0,112	0,499
ITEM 30	3,700	1,208	0,490	0,283
ITEM 31	3,070	1,172	-0,017	0,465
ITEM 32	3,830	1,085	0,373	0,358
ITEM 33	2,730	1,172	-0,308	0,539

Como también esperado, la situación para la dimensión autoestima fue similar a la de la primera dimensión, caracterizándose por similitud de condiciones, donde se percibieron índices con bajas e inversas capacidades discriminativas que afectarían de manera parcial a los índices de consistencia interna anteriormente reportados para la dimensión. Los resultados de este proceso pueden apreciarse en la tabla anterior.

*Correlaciones ítem-test para la dimensión Toma de Decisiones*

	<i>M</i>	<i>DS</i>	Correlación ítem- test	$\omega$ si se elimina el Ítem
ITEM 34	3,530	1,140	0,340	0,598
ITEM 35	3,100	1,160	0,485	0,565
ITEM 36	3,230	1,070	0,647	0,501
ITEM 37	3,100	1,270	-0,442	0,728
ITEM 38	2,930	1,310	0,176	0,644
ITEM 39	3,330	1,150	0,459	0,560
ITEM 40	3,230	1,410	0,377	0,606
ITEM 41	3,530	1,220	0,166	0,649
ITEM 42	2,930	1,510	0,222	0,634

Finalmente, para el ítem 37 en la dimensión toma de decisiones fue el único en poseer una inversa capacidad discriminativa con un coeficiente de correlación resultante de -.442. Sin embargo, la mayoría de los elementos estuvo cercano al mínimo valor esperado de .20, pese a la baja cantidad de sujetos para satisfacer las condiciones dentro de la ejecución del análisis.