



Autónoma
Universidad Autónoma del Perú

**FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA**

TESIS

EFFECTOS DE UN PROGRAMA DE DESTREZAS SOCIALES SOBRE
EL NIVEL DE HABILIDADES SOCIALES EN ADICTOS A SUSTANCIAS
PSICOACTIVAS EN UNA COMUNIDAD DE LIMA SUR

**PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

AUTOR:

JAIME MANUEL RODRIGUEZ PORTUGUEZ

ASESORA:

MG. SILVANA VARELA GUEVARA

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

DESARROLLO Y VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN,
ASÍ COMO DE PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN APLICADOS A LA
SALUD PSICOLÓGICA

LIMA, PERÚ, JUNIO 2020

DEDICATORIA

A Dios por permitirme lograr cada meta que me trazo y ayudarme a superar cada obstáculo que se me presente en la vida.

A mis padres por estar conmigo en los buenos y malos momentos, por darme su apoyo incondicional, ser mis impulsos para poder lograr esta gran meta y ser mi soporte emocional en toda ocasión. Duberly Portuguez Flores y German Rodríguez Reforme.

A mis hermanos Jesús Martín, Milagros y Daniel Rodríguez Portuguez, por ser mi apoyo constante y la motivación para continuar esta carrera.

A mis abuelos German Rodríguez y Teodoro Portuguez, por apoyarme y darme ánimos para seguir adelante.

Por estar presente y ser participe importante en el comienzo de esta investigación, brindándome su atención, dedicación y apoyo incondicional en todo momento. Ivon Llamocca Blas.

A mis familiares y amigos por creer en mí en todo momento.

AGRADECIMIENTOS

Un agradecimiento especial a esta casa de estudios, la Universidad Autónoma del Perú, por todos estos años en los cuales he sido acogido, brindándome enseñanzas y aprendizaje constante durante esta carrera escogida.

A mis docentes en general por brindarme su paciencia, conocimientos, consejos y enseñanzas en todo momento de la carrera.

A la Institución Peruana de Salud Mental por abrirme sus puertas y permitirme realizar el desarrollo de esta investigación.

A mi amigo Kevin Ayala que confió en mí en todo momento, apoyo y me dio ánimos para continuar en este trayecto profesional y personal.

EFFECTOS DE UN PROGRAMA DE DESTREZAS SOCIALES SOBRE EL NIVEL DE HABILIDADES SOCIALES EN ADICTOS A SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN UNA COMUNIDAD DE LIMA SUR

JAIME MANUEL RODRIGUEZ PORTUGUEZ

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL PERÚ

RESUMEN

La presente investigación es un programa para poder restablecer y desarrollar habilidades psicosociales en pacientes con problemas de sustancias psicoactivas en recuperación, es así que está diseñado por un método recreativo con el fin de que puedan entender y captar lo que se quiere brindar en cada sesión. El programa está basado en las habilidades sociales de Goldstein las cuales tiene cincuenta ítems y seis áreas, siendo las siguientes: habilidades básicas, habilidades avanzadas, habilidades relacionadas con los sentimientos, habilidades alternativas a la agresión, habilidades para hacer frente al estrés y habilidades de planificación. En cada sesión grupal se expone, se detalla la técnica y los objetivos de lo que se realizara en ese momento. Este programa se aplicó a dos grupos, el primer grupo que constaba de 35 pacientes consumidores a sustancias psicoactivas quien fue el grupo experimental, desarrollándose con ellos el programa de intervención y el segundo grupo que constaba de 30 pacientes consumidores a sustancias psicoactivas quien fue el grupo control, con los cuales no se realizó ninguna sesión. Ambos grupos tenían pacientes que oscilaban entre los 14 años a más en un centro de rehabilitación para adictos en el distrito de Pachacamac. Los resultados obtenidos con el Cuestionario de habilidades sociales de Goldstein, en el pre test y el post test remarcan una mejoría en el grupo experimental a comparación del grupo control que siguió con los mismos porcentajes en el pre test y el post test.

Palabra clave: Programa de habilidades psicosociales, pacientes consumidores de sustancias psicoactivas, grupo control y grupo experimental y técnicas recreativas.

EFFECTS OF A PROGRAM OF SOCIAL SKILLS ON THE LEVEL OF SOCIAL SKILLS IN ADDICTIONS TO PSYCHOACTIVE SUBSTANCES IN A COMMUNITY OF LIMA SUR

JAIME MANUEL RODRIGUEZ PORTUGUEZ

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL PERÚ

ABSTRACT

This research is a program to restore and develop psychosocial skills in patients with problems of psychoactive substances in recovery, so it is designed by a recreational method in order to understand and capture what you want to provide in each session. The program is based on the social skills of Goldstein which has fifty items and six areas, being the following: basic skills, advanced skills, feelings-related skills, alternative aggression skills, coping skills and coping skills planning. In each group session is exposed, detailing the technique and objectives of what will be done at that time. This program was applied to two groups, the first group consisting of 35 patients consuming psychoactive substances who was the experimental group, developing with them the intervention program and the second group consisting of 30 patients consuming psychoactive substances who was the group control, with which no session was conducted. Both groups had patients ranging from 14 years to over in a rehabilitation center for addicts in the district of Pachacamac. The results obtained with the Goldstein Social Skills Questionnaire, in the pre-test and the post-test, point out an improvement in the experimental group compared to the control group that followed with the same percentages in the pre-test and the post-test.

Keywords: Psychosocial skills program, patients consuming psychoactive substances, control group and experimental group and recreational techniques.

**EFEITOS DE UM PROGRAMA DE HABILIDADES SOCIAIS SOBRE O NÍVEL DE
HABILIDADES SOCIAIS EM VÍTIMAS ÀS SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS EM
UMA COMUNIDADE DE LIMA SUR**

JAIME MANUEL RODRIGUEZ PORTUGUEZ

UNIVERSIDADE AUTÔNOMA DO PERU

RESUMO

Esta pesquisa é um programa para restaurar e desenvolver habilidades psicossociais em pacientes com problemas de substâncias psicoativas em recuperação, por isso é projetado por um método recreativo, a fim de compreender e capturar o que você deseja fornecer em cada sessão. O programa é baseado nas habilidades sociais de Goldstein, que tem cinquenta itens e seis áreas, sendo as seguintes: habilidades básicas, habilidades avançadas, habilidades relacionadas a sentimentos, habilidades alternativas de agressão, habilidades de enfrentamento e habilidades de enfrentamento. planejamento Em cada grupo, a sessão é exposta, detalhando a técnica e os objetivos do que será feito naquele momento. Esse programa foi aplicado em dois grupos, sendo o primeiro grupo composto por 35 pacientes que consumiam substâncias psicoativas, que era o grupo experimental, desenvolvendo com eles o programa de intervenção e o segundo grupo constituído por 30 pacientes consumindo substâncias psicoativas, que era o grupo controle, com o qual nenhuma sessão foi realizada. Ambos os grupos tinham pacientes que variavam de 14 anos a mais em um centro de reabilitação para dependentes químicos no distrito de Pachacamac. Os resultados obtidos com o Goldstein Social Skills Questionnaire, no pré-teste e no pós-teste, apontam melhora no grupo experimental em relação ao grupo controle que se seguiu com os mesmos percentuais no pré-teste e no pós-teste.

Palavras chave: Programa de habilidades psicossociais, pacientes que consomem substâncias psicoativas, grupo controle e grupo experimental e técnicas recreativas

ÍNDICE

DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
RESUMEN	iv
ABSTRACT	v
RESUMO	vi
INTRODUCCIÓN	xi
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	
1.1. Realidad problemática.....	14
1.2. Formulación del problema.....	14
1.3. Objetivos.....	15
1.3.1. Objetivo general.....	15
1.3.2. Objetivos específicos.....	15
1.4. Justificación e importancia.....	15
1.5. Limitaciones de la investigación.....	16
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	
2.1. Antecedentes de la investigación.....	17
2.2. Bases teóricas.....	23
2.2.1. Concepto de habilidades sociales.....	23
2.2.2. Déficit de habilidades sociales.....	25
2.2.3. Modelo estructurado de habilidades sociales.....	26
2.2.3.1. Tipos de habilidades sociales.....	26
2.2.4. Definición de programa.....	29
2.2.4.1. Partes de un programa de intervención.....	30
2.2.4.2. Pasos para realizar un programa de intervención.....	32
2.2.4.3. Características del psicólogo facilitador.....	34
2.2.5. Enfoques de programas.....	35
2.2.6. Definición de sustancias psicoactivas.....	36
2.2.6.1. Clasificación de sustancias psicoactivas.....	38
2.2.6.2. Consecuencias del abuso de sustancias psicoactivas en todas las edades.....	44
2.3. Definición de términos básicos.....	46

CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO

3.1. Tipo y diseño de investigación.....	47
3.2. Población y muestra.....	47
3.2.1. Población.....	47
3.2.2. Muestra.....	48
3.3. Hipótesis.....	48
3.3.1. Hipótesis general.....	48
3.3.2. Hipótesis específica.....	49
3.4. Variables.....	50
3.5. Métodos e instrumentos de medición.....	52
3.6. Procedimiento de ejecución para la recolección de datos.....	56
3.7. Procedimiento de análisis estadísticos de los datos.....	57

CAPÍTULO IV: ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

4.1. Características sociodemográficas de la muestra	59
4.2. Resultados de las habilidades sociales y sus dimensiones en condiciones pre – test.....	63
4.3. Resultados de las habilidades sociales y sus dimensiones en condiciones post –test.....	65
4.4. Resultados en el grupo experimental comparando las condiciones pre y post – test	66
4.5. Resultados en el grupo control comparando las condiciones pre y post – test.....	67
4.6. Resultado del estudio piloto del instrumento.....	68

CAPÍTULO V: DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Discusión de los resultados.....	75
5.2. Conclusiones.....	77
5.3. Recomendaciones.....	78

REFERENCIAS

ANEXOS

LISTA DE TABLAS

- Tabla 1 Normas eneáticas para la muestra de escolares de secundaria de 1º a 5º año
- Tabla 2 Normas eneáticas para la muestra de estudiantes de psicología de 1º a 5º año académico
- Tabla 3 Distribución del grupo experimental y control según lugar de procedencia
- Tabla 4 Distribución del grupo experimental y control según el grado de instrucción
- Tabla 5 Distribución del grupo experimental y control según el distrito
- Tabla 6 Distribución del grupo experimental y control según la religión
- Tabla 7 Distribución del grupo experimental y control según la cantidad de hermanos
- Tabla 8 Distribución del grupo experimental y control según edades
- Tabla 9 Medidas descriptivas de las Habilidades Sociales en condición pre – test para ambos grupos: experimental y control
- Tabla 10 Resultados de la prueba de bondad de ajuste Shapiro Wilk para Habilidades Sociales y sus dimensiones en condición pre – test para ambos grupos
- Tabla 11 Medidas descriptivas de las Habilidades Sociales en condición post – test para ambos grupos: experimental y control
- Tabla 12 Habilidades Sociales y sus dimensiones para el grupo experimental en condiciones pre y post – test aplicado el programa de destrezas sociales
- Tabla 13 Habilidades Sociales y sus dimensiones para el grupo control en condiciones pre y post – test sin la aplicación del programa de destrezas sociales
- Tabla 14 Validez de Contenido de la Lista de Chequeo de Habilidades Sociales de Goldstein, según Coeficiente V de Aiken
- Tabla 15 Ítems modificados de la Lista de Chequeo de Habilidades Sociales de Goldstein.

Tabla 16 Validez de Contenido de la Lista de Chequeo de Habilidades de Goldstein según prueba Binominal

Tabla 17 Confiabilidad por consistencia interna para la Lista de Chequeo de Habilidades Sociales: Coeficiente Alfa de Cronbach

INTRODUCCIÓN

La adolescencia es un periodo evolutivo que abarca desde la niñez hasta el inicio de la vida adulta. Durante la adolescencia se produce una maduración de la personalidad con importantes consecuencias para el resto de etapas de la vida, ya que supone el proceso de llegar a una autonomía responsable y de alcanzar la madurez psicológica. Suele ser considerada como una etapa crítica en el desarrollo porque se transita de la dependencia para llegar a la independencia y a la confianza en los propios recursos. Se toman importantes decisiones relativas a los estudios superiores, la orientación vocacional y el inicio de la independencia familiar. También aumenta la presión social y la necesidad de integración en el grupo. El resultado de este proceso es una nueva reorganización y autonomía, y también un contacto más cercano con las drogas, aunque en el hogar ya se dieron conductas iniciales.

El consumo de drogas, los trastornos que provoca y las afecciones sanitarias ha sido concebido como una de las primeras responsabilidades de salud pública en todo el mundo. Los cálculos más cercanos de la Organización Mundial de la Salud corresponden al año 2016, aquí se pueden atribuir al consumo de drogas psicoactivas más de 450 000 muertes al año. Señala la Organización de Naciones Unidas que el mayor consumidor de cocaína es el Reino Unido, mientras que Australia presenta mayor consumo de éxtasis. En el Perú, las drogas que se consumen más son las legales, ya sea alcohol y tabaco, siendo más los varones quienes las consumen. Drogas ilegales con mayor grado de consumo son; marihuana, le sigue el PBC y la cocaína, igualmente mayor en hombres a comparación de las mujeres. Además, estudios dirigidos por la institución; Centro de Información y Educación para la Prevención del Abuso de Drogas (CEDRO) al 2017 expresan que aquellos distritos de la capital peruana que mantienen las tasas más altas con respecto al consumo de drogas son: San Juan de Lurigancho, La Victoria, Breña y también el Callao. Estos resultados nos advierten de la situación problemática que se vive en nuestro país respecto al consumo de drogas tanto legal como ilegales, sobre lo cual no se han planteado políticas públicas que incidan sobre su prevalencia y prevención.

Una las profesiones que mayor investigación e intervención ha hecho sobre esta problemática social y clínica ha sido la Psicología quien define a las conductas

adictivas desde el modelo biopsicosocial, según el cual nos encontramos ante un problema que depende de factores individuales, ya que la conducta del sujeto depende en última instancia de la propia decisión del sujeto, si bien esta decisión está influida por otras variables personales como la falta de autocontrol o el déficit en la obtención de otro tipo de reforzadores, entre otras. Los factores del contexto del sujeto influyen también en su conducta. Por ejemplo, un joven cuyos padres son asiduos jugadores puede aprender por modelos a modelado social a imitar esa conducta. Aunque no lo haga, por lo general, la exposición a modelos normaliza el comportamiento y se tiende a valorar como menos problemático. Los aspectos biológicos incluyen los cambios en el organismo del sujeto antes, durante y después del consumo que favorecen el manteniendo de la conducta y la convierten en adictiva.

Ahora bien, distintos autores han mencionado que los déficits de las habilidades sociales podrían ser detonantes para iniciarse en el uso de drogas, tornándose en factores de riesgo el no haber adquirido y mantenido conductas de destreza social adecuadas en situaciones de conflicto que le hagan frente o de dificultad para el individuo, como puede ser el consumo de drogas (Peñañiel, 2009).

Es por tal motivo que, los esfuerzos por instaurar habilidades sociales con la ayuda de un programa de destrezas sociales en pacientes drogodependientes ubicados en el distrito de Pachacámac en Lima Sur, fue el mayor logro que tuvo la presente investigación. Así el estudio empírico consta de cinco capítulos. En el primer capítulo se introduce el planteamiento y delimitación del problema a investigar, se formula el problema de investigación, se plantean los objetivos, justificación y limitaciones respectivamente.

El segundo capítulo está referido al marco teórico, aquí se detallan los principales antecedentes a nivel nacional e internacional, las bases teóricas – científicas y el marco conceptual de los términos que sustentan este trabajo. El tercer capítulo expone el marco metodológico, este incluye el tipo y el diseño de investigación, la población y la muestra, los instrumentos utilizados, el procedimiento y análisis estadístico de los datos que se ejecutaron durante el periodo de la investigación. El cuarto capítulo analiza los resultados estadísticos pre y post del programa aplicado de destrezas sociales, así como la comparación de cada grupo en

situación experimental. El capítulo cinco, por su parte, manifiesta la discusión de los resultados obtenidos, se llegó a conclusiones particulares después de reflexionar sobre los resultados y los objetivos trazados, presentándose también las recomendaciones específicas del caso.

Por último, se reseñan aquellas referencias bibliográficas utilizadas y se incluyen en el anexo del programa de destrezas sociales y el protocolo del instrumento de medición usado para fines del estudio.

CAPÍTULO I:
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Realidad problemática

Hoy en día, el consumo de sustancias psicoactivas a nivel mundial se calcula que es cerca del 3,4% y el 6,6% de la población mundial consumió algún tipo de sustancia psicoactiva en edades que oscilan entre los 15 a 64 años, llegando a desarrollar adicción entre el 10% y el 13% de dichos consumidores encontrando que el consumo se ha incrementado año tras año arrojando un 162%, 324 millones de personas cuyas edades fluctúan entre los 15 y 64 años, es decir, entre el 3,5% y el 7% son consumidores de diferentes grupos de sustancias psicoactivas según refiere La Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito (UNODC, 2012). La DSM-V define la adicción como el conjunto de síntomas cognoscitivos, fisiológicos y comportamentales que indican que una persona particular continúa consumiendo una sustancia por más que aparezcan problemas significativos relacionados con dicha sustancia, entendiéndose por sustancia psicoactiva, toda sustancia que ingresa en un organismo vivo que es capaz de perturbar o modificar algunas de las funciones psíquicas, dichas sustancias incluyen al tabaco, alcohol, cocaína, Anfetaminas, Éxtasis, Opio, Marihuana (OMS, 1982).

A nivel latinoamericano el Observatorio Latinoamericano de Políticas de Drogas y Opinión Pública (2015) ha puesto en evidencia que el consumo de drogas ha sido mayor en países como Argentina, Bolivia, Costa Rica, Chile, Uruguay denotando que en Perú y Argentina el mayor consumo se da entre los 36 años a más, por lo que es un problema de salud pública. Nos indica la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2009) que 4,4 millones de varones y 1,2 millones de mujeres sufren algún trastorno causado por las mismas sustancias y anualmente 1,7 millones de hombres y 400.000 mil mujeres son afectados por la misma razón.

Actualmente en el Perú se ha ido incrementando el consumo excesivo de sustancias psicoactivas. DEVIDA (2012) afirma que más de 11 millones de personas han ingerido alcohol, más de 8 millones ha consumido tabaco y que más de una cuarta de un millón ha consumido PBC o cocaína. No hay grupos de

sexo discriminatorio y de edad, entre los 14 a 59 años de edad los consumidores más habituales son de 31 a 40 años de edad, con respecto a los hombres y mujeres el rango está dentro de los 20 a 30 años de edad.

Para afrontar esta problemática los especialistas que trabajar en centros de rehabilitación proponen una serie de estrategias que abarcan aquellas variables psicológicas que más se ven afectados en el adicto una de dichas variables son las habilidades sociales.

Los estudios revelan que los adictos no se resisten a la incitación del consumo, no tienen superación cuando el grupo los presiona, muestran una eficacia negativa para resolver problemas y a su vez no manejan una buena potencialización de estrategias asertivas y de autocontrol.

Por ello los especialistas han planteado la implementación de programas de habilidades sociales donde se trabaja específicamente con personas que han consumido sustancias psicoactivas siendo los resultados eficaces para poder reestablecer ciertas conductas y de esa manera reinstaurarlos a la comunidad, obteniendo buenos resultados en el desarrollo de habilidades de comunicación, necesarios para manejar la insistencia del grupo frente al consumo de algún tipo de sustancia psicoactivas. Dichos programas buscan optimizar los recursos psicosociales del adicto para manejarse mejor en el entorno familiar y social. Siendo el enfoque cognitivo – conductual aquel que ha tenido mejores resultados ya que trabaja con estrategias para el autocontrol.

A pesar de ello es importante seguir desarrollando programas cada vez más eficaces, por ello, la presente investigación busca ampliar la efectividad de un programa de destrezas sociales sobre el nivel de las habilidades sociales, empleando un enfoque cognitivo conductual como sustento.

1.2. Formulación del problema:

¿Cuál es el efecto de un programa de destrezas sociales sobre el nivel de habilidades sociales en una muestra de personas adictas a las sustancias psicoactivas en una comunidad de Lima Sur?

1.3. Objetivos:

1.3.1. Objetivo general

- Determinar el efecto del programa de destrezas sociales sobre el nivel de habilidades sociales en una muestra de personas adictas a las sustancias psicoactivas en una comunidad terapéutica de Lima Sur.

1.3.2. Objetivos específicos

- Describir el nivel de habilidades sociales antes de la aplicación del programa de destrezas sociales en una muestra de personas adictas a las sustancias psicoactivas en una comunidad terapéutica de Lima Sur.
- Describir el nivel de habilidades sociales después de la aplicación del programa de destrezas sociales en una muestra de personas adictas a las sustancias psicoactivas en una comunidad terapéutica de Lima Sur.
- Determinar el efecto del programa de destrezas sociales sobre el nivel de habilidades sociales y sus componentes en una muestra de personas adictas a las sustancias psicoactivas en una comunidad terapéutica de Lima Sur.

1.4. Justificación e importancia

Esta investigación muestra pertinencia metodológica ya que pretende diseñar y validar un programa que será útil para un adecuado manejo y desarrollo de habilidades sociales en personas con adicciones a sustancias psicoactivas, programa que será beneficioso para la salud mental de los adictos mejorando de esta manera la calidad de vida de aquellas personas. La eficacia del presente

programa será una pieza clave para ayudar a las personas a salir del consumo y poder socializar de tal manera que podrán contribuir con la población sin ser vistos como una amenaza social.

Además, al diseñar este programa se pretende contribuir con la política de la salud pública y con el área de investigación de nuestro país, dando como resultado una buena herramienta para poder trabajar de manera eficaz con personas adictas constituyendo en un apoyo seguro para generar la reinserción social de esta población.

Por otro lado esta investigación presenta también pertinencia aplicada en la medida que será aplicado en un centro de rehabilitación de Lima Sur, ayudando a los consumidores a tomar decisiones asertivas que le permitan tener un buen control sobre ellos mismos, y a manejar sus impulsos para evitar recaer en las drogas, siendo esto mismo un gran grupo benéfico, puesto que podrán ayudar a otras personas con sus mismas o diferentes limitaciones en un ámbito socio cultural demostrando de alguna manera lo aprendido en la terapia de habilidades sociales ya mencionadas.

1.5. Limitaciones de la investigación

Al realizar esta investigación se mostraron restricciones muestrales debido a la falta de centros de rehabilitación en adicciones que permitan la aplicación de un nuevo programa. Muchas de las organizaciones son estatales, tienen programas de tratamiento ya establecidos y, por ende, son serios y muy cuidadosos al integrar un nuevo programa.

**CAPÍTULO II:
MARCO TEÓRICO**

2.1. Antecedentes de la investigación

Las habilidades sociales fueron analizadas en tres muestras diferentes: los universitarios, los adolescentes y los alcohólicos en recuperación en México, dicho análisis fue realizado por Anguiano, Vega, Nava y Soria (2010). Esta muestra estuvo conformada por 157 personas (74 hombres y 87 mujeres) y con edades comprendidas entre los 12 a 65 años, las personas fueron distribuidos en tres grupos: Universitarios (44), alcohólicos en recuperación (55) adolescentes (58). Los instrumentos utilizados fueron; Escala de Expresión Social Cognitiva – EMES-C de Caballo (2006) y Escala de Expresión Social Motora - EMES-M de Caballo (2006). Señalan los resultados que el grupo conformado por los alcohólicos se diferenció de los otros grupos pues mostro mayor puntuación en las sub-escalas las cuales nos señalan «temor» o «preocupación» según algunas situaciones sociales.

Arellano (2012) indago sobre los efectos que se dan en un programa de intervención psicoeducativa para la optimización de las habilidades sociales de alumnos de primero de secundaria del centro educativo Diocesano en Perú. Conformaron esta muestra 266 estudiantes de primero de secundaria, donde 133 fueron mujeres y los otros 133 fueron varones. Aplicaron el Cuestionario de Habilidades Sociales (Autoinforme) de Monjas Casares (1992). Nos muestran los resultados obtenidos de este programa fueron beneficiosos para ambos géneros, ya que ambos dieron muestras de superioridad en las habilidades sociales, mujeres ($t=10,04$) indicando superioridad ($p<,001$) y en el caso de los varones del mismo modo ($t=10,43$) indicando superioridad ($p<001$) en el desarrollo de estas habilidades.

Analizaron Calleja, Pick, Reidl y Gonzales (2010) los efectos de dos programas (juegos y taller) de prevención del tabaquismo y la combinación de estas (juegos más taller), en adolescentes mujeres de México. Conformaron la muestra 160 adolescentes, estudiantes de 1ero, 2do y 3er grado de secundaria, los cuales obtuvieron puntajes altos en la escala que evalúa la tendencia a convertirse en fumadoras regulares. Se aplicaron cinco instrumentos: Susceptibilidad tabáquica,

Creencia en la propiedad del tabaco, Creencias en los beneficios de fumar, Empatía hacia las víctimas del tabaco y Actitud negativa hacia las tabacaleras. Los resultados obtenidos demuestran que el presente programa resultó eficaz por que redujo la susceptibilidad al consumo de tabaco en las estudiantes (media = 9.5 a 10.5), sin embargo, hay efectos que permanecieron en el seguimiento sólo del grupo; Juegos más taller. Realizaron un estudio Campo y Martínez (2009) para conocer el nivel de Habilidades sociales en los estudiantes de psicología recién ingresados en Colombia. Conformaron la muestra 102 mujeres y 26 hombres estudiantes del 1er semestre, las edades comprendidas de los participantes oscilaban entre los 16 y 46 años de edad, fueron un total de 128 jóvenes para dicho estudio. La prueba aplicada a este grupo fue el Cuestionario de Dificultades Interpersonales (CDI) de Eceiza et al. (2008). Se puede afirmar a partir de los resultados que los estudiantes tienen un buen promedio en cuanto respecta a las habilidades sociales y menos de la mitad tiene la capacidad de interactuar con las demás personas en situaciones de consumo. Se encontró también, que las mujeres alcanzan un mejor desempeño en el momento de realizar y rehusar peticiones, cuando interactúan con los compañeros y los amigos, por su parte los hombres tienden a interactuar con personas que atraen; las personas mayores interactúan de mejor forma con personas que no conocen y con las personas que atraen, las personas con edades entre los 19 y 20 años pueden interactuar mejor con compañeros y amigos; en general la muestra requiere mejorar o renovar las relaciones que tiene con sus familiares.

Analizó Calderón (2008) el efecto de un programa cognitivo y modelo de prevención de recaídas para que con técnicas creativas puedan mejorar las habilidades sociales (intervención para jóvenes en tratamiento por drogodependencia) en Córdoba-Argentina. Conformaron la muestra ocho varones con edades que oscilaban los 17 y 29 años, este grupo eran internos del centro de rehabilitación para adictos de la provincia de Mendoza. Se utilizó el siguiente instrumento: Cuestionario de variables de interacción psicosocial (VIP). Los resultados muestran que el programa fortalece a las personas en los siguientes aspectos; autoestima, habilidades sociales y autocontrol en los adolescentes. ($p < 0.05$).

En España, Espada, Orgiles, Méndez, García e Inglés (2008) analizaron los efectos de un programa de prevención escolar “Saluda” en adolescentes, sobre factores de riesgo de tipo cognitivo los cuales son: Información sobre las drogas, percepción de riesgo y estimación normativa del consumo. Dicha muestra la conformaron 133 adolescentes, hombres y mujeres con edades entre los 13 y 15 años. Se aplicaron los siguientes instrumentos, el Cuestionario de Consumo de Drogas de Espada, Méndez e Hidalgo (2003), el Cuestionario de Intención de Consumo de Espada, Méndez e Hidalgo (2003), y el Cuestionario de Información sobre Drogas de Espada, Méndez e Hidalgo (2003). Los resultados mostraron una mejora en cuanto a conocimiento sobre las drogas (media=6.63) En lo que concierne a percepción de riesgo hubo discrepancias significativas entre el pre y el post test ($p=0.07$) y en el 2do seguimiento ($p=0.08$), incrementándose la media de la percepción de riesgo de consumo. Por último, la estimación normativa del consumo de alcohol tiene un incremento en la media ($F4, 132=3.04$; $p < .05$).

Fernandez S (2013) analizó los efectos que tiene un programa de habilidades sociales para personas drogodependientes de León-España. Esta investigación la conformaron dos grupos: el primer grupo con abstinencia de seis meses consolidados (8 personas) y el segundo grupo de varones mayores de treinta años sin carga familiar, contaban con estudios primarios y consumidores de heroína (5 personas). Se utilizó para esta investigación un cuestionario con 17 ítems para calcular el nivel de conocimientos de las diferentes habilidades sociales entrenadas. Los resultados nos muestran que al aplicar el programa se fortalecen las habilidades sociales de las personas en ambos grupos (Grupo 1: media pretest de 3.3 a media post test de 3.8 y grupo 2: media pretest de 3.5 a media post test de 3.8).

En Guadalajara-México, Fernández (2010) examinó las causas de riesgo y los elementos protectores del uso de droga en adolescentes. Conformaron dicha muestra 1345 adolescentes. Para esta muestra aplicaron el COPE (carver et al, 1989) y el cuestionario sobre consumo de sustancias (agencia antidrogas, 2007). Los resultados de dicha investigación mostraron que algunos factores están relacionados con la aparición del consumo de sustancias, factores tales como: edad, satisfacción personal, tener una vida nocturna activa y tener amigos

adictos. Se encontró también, que las estrategias de afrontamiento como; negación, humor y evasión son propios de los consumidores de sustancias psicoactivas.

García (2010) hizo un estudio de asertividad y habilidades sociales en los alumnos de educación social en la ciudad de Huelva-España. La muestra estuvo conformada por 195 personas. El instrumento utilizado para este estudio fue la Escala de Habilidades Sociales de Gismero (2000). Muestran los resultados que el alumnado posee un nivel promedio de habilidades sociales, similar en la asertividad (media=2.50).

Gazquez, García, Espada (2011) analizó la eficacia de 2 programas de prevención escolar con respecto al consumo de tabaco en España. La muestra estuvo realizada por 200 alumnos asignados en cinco condiciones, cuatro de ellos de intervención con psicólogos y docentes y uno que fue el grupo de control. Se aplicaron el Cuestionario de Consumo de Sustancias (COTAM) de García-Rodríguez (1994), Cuestionario de Información de García, Rodríguez y López (1994) y la Escala de Actitudes hacia el Tabaco (ESACTA) de García, Rodríguez, López, Mira y Estévez (2000). Los resultados señalan que los profesores al aplicar el programa Barbacana, y los psicólogos al aplicar el programa Construyendo Salud, logran disminuir la incidencia del consumo de tabaco (BR-docentes 15%; C.S-psicólogos 5%) y consolidar por lo tanto actitudes contrarias al consumo de tabaco. Cabe destacar la presencia de un efecto de interacción que sucede entre el tipo de programa y el tipo de aplicador.

Hernández, Espada, Piqueras, Orgiles y García (2013) evaluaron los efectos del programa de prevención del consumo de drogas "Saluda" en estudiantes de España. La muestra estuvo conformada por 106 estudiantes de educación secundaria, entre edades de 14 a 17 años de edad. Se utilizó el Cuestionario Sociodemográfico, Cuestionario de Consumo de Drogas de Espada, Méndez e Hidalgo (2003), Cuestionario de Evaluación de las Actividades de Ocio de Espada, Méndez e Hidalgo (2003), Cuestionario de Información sobre Drogas de Espada, Méndez e Hidalgo (2003), Inventario de Habilidades Sociales para Adolescentes de Hidalgo, Méndez e Inderbitzen (2003) y el Cuestionario de

Evaluación de Habilidades de Solución de Problemas Sociales, adaptado PSI-R; Maydeu y D`Zurilla (1996). Los resultados nos muestran reducción en el porcentaje de momentos de embriaguez, también se muestra una mejora significativa sobre las variables protectoras del consumo: habilidades sociales, solución de problemas y participación en actividades de ocio.

Jiménez-Iglesias, Moreno, Oliva y Ramos (2010) examinaron los efectos de la aplicación del programa “Prevenir para vivir” sobre el uso del tabaco, del alcohol y de la marihuana en una muestra conformada por adolescentes de Andalucía (España). La muestra estuvo conformada por dos grupos: el primero conformado por 242 estudiantes de educación secundaria que habían recibido el programa y 98 del grupo control, ambos de doce centros educativos de nivel secundario de Andalucía. Se empleó el cuestionario HBSC, que evalúa nivel de consumo del tabaco, del alcohol y de la marihuana. Nos muestran los resultados que, a nivel del tabaco, el consumo fue mayor en el grupo experimental, a nivel del alcohol, el consumo fue mayor en el grupo control y a nivel de la marihuana, el consumo fue mayor en el grupo control. Se concluye entonces que estos resultados evidencian exiguo apoyo a los programas con respecto a la prevención de drogodependencias.

Jiménez, Ovejero, Sirvent y Rodríguez (2005) comprobaron la eficacia de cuatro programas de intervención psicosocial acerca del consumo de sustancias psicoactivas por parte de jóvenes de un centro educativo secundario en el Principado de Asturias. La muestra experimental estuvo conformada por adolescentes, 141 en total, 76 mujeres y 65 varones, con edades entre 13 y 16 años, los cuales se estaban iniciando en el uso de drogas. Para esta investigación se utilizaron los siguientes instrumentos; Auto informe de consumo de sustancias psicoactivas de Santacreu, Frojan y Hernández (1994) y el Cuestionario de actitudes de Macia, Olivares y Méndez (1993). Nos muestran los resultados que hubo cambios en la actitud global hacia la ingesta de sustancias psicoactivas en los grupos que recibieron un tratamiento centrado en la intervención familiar, el grupo que recibió tratamiento experto y el grupo que recibió tratamiento informativo. En el grupo control no se evidenciaron modificaciones.

Martin (2010) evaluó el efecto del programa de entrenamiento en competencia social en personas con drogodependencia con el modelo cognitivo-conductual, en Canarias. Cuatro grupos conformaron esta muestra: Jóvenes en Tutoría, Personas en prisión, Personas que van al centro durante el día buscando formación ocupacional y muestra clínica entre los pacientes con tratamiento por problema de drogodependencia, haciendo una muestra total de 235 personas de las cuales 154 eran varones y 81 eran mujeres, donde el mayor porcentaje de la muestra tenía entre 19 a 39 años de edad. El instrumento empleado fue la Batería de Test de Habilidades Interpersonales en adultos, versión abreviada de Bethencourt (1989). Los resultados muestran que el entrenamiento en Competencia Social mejora los 5 tipos de pensamientos evaluados por la Batería de Habilidades Interpersonales de Bethencourt: Alternativo, Causal, Consecuencial, Toma de Perspectivas y Medios Fines.

Martínez, Salazar, Pedroza, Ruiz y Ayala (2008) analizaron los efectos de un programa de intervención breve basado en un enfoque cognitivo conductual para adolescentes que inician el consumo de alcohol y otras drogas en México. La muestra estuvo conformada por 25 adolescentes, con edades comprendidas entre los 14 y los 18 años, los estudiantes eran de nivel medio y de medio superior, los cuales consumen alcohol y demás drogas. Se empleó la entrevista inicial, el cuestionario de tamizaje de los problemas en adolescentes (POSIT), la lista de tamizaje de indicadores de dependencia del DSM IV-TR, línea base retrospectiva, el cuestionario de confianza situacional versión breve y el reporte de seguimiento. Nos mostraron los resultados que dicho programa era efectivo puesto que redujo el consumo de alcohol y de marihuana también ($p < 0.05$) y hubo un incremento de la autoeficacia en los adolescentes ($p < 0.01$).

Martínez, Pedroza, Vacío, Jiménez y Salazar (2008) analizaron los efectos de la consejería breve sobre el tratamiento de consumo de alcohol en los adolescentes escolares en México. Conformaron dicha muestra 40 adolescentes donde el grupo experimental lo conformaron 23 adolescentes y 17 formaron el grupo control. Los instrumentos utilizados fueron el cuestionario de tamizaje de los problemas en Adolescentes –posit- de Mariño, González-Forteza, Andrade & Medina-Mora (1997), Entrevista inicial Saucedo y Salazar (2004), Línea base

retrospectiva –libArE- de Sobell, Maisto, Sobell y Cooper (1979) y la Entrevista de seguimiento de Martínez et al. (2005). Los resultados muestran que el consejo breve fue efectivo al reducir el patrón de consumo de alcohol entre los adolescentes del grupo experimental, observando diferencias significativas entre el grupo experimental y el grupo control en la fase de seguimiento a los tres y seis meses.

Moral y Ovejero (2005) analizaron los efectos que tiene un programa cognitivo-conductual de intervención psicosocial sobre las habilidades sociales de adolescentes consumidores de alcohol y otras sustancias psicoactivas en España. Esta muestra estuvo conformada por 141 adolescentes calificados en riesgo, de cuatro centros educativos del nivel de secundaria del principado de Asturias. Se empleó el Cuestionario de Habilidades Sociales de Macuá, Méndez y Olivares (1991). Nos muestran los resultados que el programa fortalece las habilidades sociales en los adolescentes (media de 3.8 a 4.3).

Rodríguez, Córdova y Fernández (2015) realizaron un estudio comparativo acerca del proceso de inserción social entre hombres y mujeres en rehabilitación por uso de drogas, en México. Conformaron dicha muestra 161 pacientes, de los dos sexos (122 hombres y 39 mujeres), hospitalizados en Tijuana y Monterrey. Como instrumento se elaboró una escala auto aplicable tipo Likert de 124 ítems. Los resultados muestran que, durante el período de reinserción, las mujeres refieren, comparado con los hombres, una presencia mayor de síntomas depresivos y de ansiedad, mayor pérdida de las habilidades sociales y de las habilidades cognitivas, mayor preocupación de ser objeto de estigmatización y más baja autoestima ($p < 0.001$).

Rodríguez, Díaz, Gracia, Guerrero y Gómez (2011) estudiaron los efectos de un programa de prevención selectiva del uso de drogas en adolescentes de México. Conformaron esta muestra 250 jóvenes estudiantes, con edades comprendidas entre los 12 a 15 años, divididos en dos grupos: experimental (96) y control (154). Para la recolección de datos se utilizó una cedula creada por los investigadores de dicho estudio. Muestran los resultados que en el grupo experimental tuvo lugar una reducción estadísticamente significativa con respecto

a la intención del uso de drogas, por otra parte, los estudiantes del grupo control mostraron un incremento en la intención de consumo durante el mismo período ($p=0.00$).

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Concepto de Habilidades sociales

Alberti y Emmons (1978, citado por Camacho y Camacho, 2005, p.2) citan que las habilidades sociales son conductas por las cuales el individuo actúa o se demuestre tal y como es en base a sus propios intereses tomándoles mucha importancia, afrontando las situaciones sin tanta ansiedad, expresando de manera cómoda sus sentimientos y emociones, practicando sus propios derechos sin rechazar a las demás personas.

Siendo así que Caballo (2005), nos dice que son un conjunto de conductas realizadas por un individuo a nivel social, expresando emociones, sentimientos, ideales, deseos. Etc. De tal modo que sea comprensible y aceptado por los demás, de tal manera que pueda resolver los conflictos que puedan aparecer, minimizando así las dificultades que puedan manifestarse más adelante.

Según Gismero (2000) las habilidades sociales son usadas de manera verbal y no verbal de forma independiente en situaciones específicas, es decir, donde la persona demuestra en un entorno interpersonal sus propias necesidades, sus opiniones, sus sentimientos sin tener una ansiedad excesiva, respetando los ideales de aquellas personas que lo rodean, esto dará por consecuencia, un reforzador positivo y por lo tanto la obtención de un refuerzo de parte de la sociedad.

De acuerdo con Del Prette y Del Prette (2008), las habilidades sociales como tales son comportamientos denominados sociales, ya que forman parte de la persona, contribuyendo con competencias sociales, por lo tanto, beneficiando las interacciones que se pueden otorgar a las demás personas. Las principales características que manifiestan estos comportamientos suelen ser: la especificidad situacional, su naturaleza multidimensional y su carácter

aprendido. Por lo tanto, esta condición de aprendizaje nos muestra la posibilidad de acrecentar el conocimiento procedimental para saber cómo actuar en instancias sociales, también supone la posibilidad de saber responder a las diversas demandas de los entornos en los que se va acoplando el sujeto. Por consiguiente, ya que los comportamientos sociales se van aprendiendo, estos también pueden modificables.

Es así que Monjas (1998, citada por Lacunza, Castro y Contini, 2009) afirman de las habilidades sociales lo siguiente; estas son destrezas y esfuerzos que específicamente son necesarias para elaborar adecuadamente una labor con la sociedad (p.7). Tomando en cuenta al anterior autor, Choque y Chirinos, (2009), especifican lo siguiente: “Las habilidades personales, interpersonales, cognitivas y físicas hacen que la persona pueda controlar y dirigir su propia vida, desarrollando capacidades para vivir en su entorno y hacer un cambio con este mismo”. (p.172). Por lo tanto, son necesarias y vitales las habilidades sociales para toda persona pues eso los ayuda en cualquier momento a afrontar situaciones distintas y complejas.

2.2.2. Déficit de Habilidades Sociales

Según Caballo (1993) refiere que el déficit de las habilidades sociales en ocasiones son las dificultades que aparecen en la interacción entre dos o más personas, presentando una serie de conductas irregulares las cuales se manifiestan en dos categorías, el comportamiento agresivo y/o violento siendo la primera categoría ya que presenta manifestaciones de lado grotesco o impulsivo de las personas, y como segunda manifestación está el comportamiento pasivo o de inhibición donde la persona o individuo es fácil de dominar en las situaciones que se le pueda presentar.

La conducta agresiva se define tal y como es donde el objetivo principal del emisor y/o agresor es dañar, perjudicar o molestar haciendo que el receptor o el agredido tenga distintos efectos negativos como daños en todos los ámbitos tanto psicológicos como físicos, perjuicios y/o molestias de diferentes tipos ante las conductas realizadas por el agresor. Caso contrario sucede en las personas

pasivas que no son capaces de expresar o manifestar de manera espontánea sus sentimientos, opiniones y pensamientos huyendo o violando sus propios principios.

Existen tres diferentes estilos (Van der Hofstandt, 2005) las cuales resumen la relación que existe entre estas dos conductas:

- **Estilo Pasivo:** Es aquel individuo que no defiende sus propios derechos, presenta exiguuo humor, actitud distante y contraída, el volumen de su voz es bajo, limitada claridad, el tiempo que habla igual es escaso y por lo general acceden a las demandas de las otras personas sin darle importancia a sus demandas particulares.
- **Estilo Asertivo:** Es aquella persona que es capaz de expresarse verbal y no verbalmente de forma adecuada a la cultura y a las diferentes instancias. Ello enlaza un grupo de pensamientos, de sentimientos y de conductas que ayudan a la persona a realizar sus metas individuales de carácter socialmente tolerable. Este tipo de estilos se vincula con la capacidad de pedir recomendaciones o ayudas en los momentos en los cuales es necesario.
- **Estilo Agresivo:** Es aquella persona que emite una conducta agresiva, de menosprecio y dominio dirigida a los demás. Esta persona se suele expresar agresivamente usando gestos intimidatorios, manejando un vocablo con contenido de mando y por lo general amenazante, los únicos derechos que defiende son los suyos, por lo tanto, no tienen en cuenta los derechos de las demás personas pues eso no tiene ninguna importancia para ellos.

2.2.3. Modelo Estructurado de Habilidades Sociales

Goldstein, Sprafkin, Gershaw y Klein (1981) definen a las Habilidades Sociales como una serie de rutinas-conductas, pensamientos y emociones, los cuales nos sirven para poder interactuar y de esa forma relacionarnos de manera interpersonal, existiendo así factores personales los cuales son:

temperamento, género, atracción física. Siendo también importante el lado psicológico (cognitivo, afectivos, conductuales) permitiendo la conducta de la persona con la misma sociedad aprendiendo a relacionarse de manera gradual mediante la educación, las vivencias de todos los días y las experiencias que cada año tenemos.

Siendo así que estos mismos autores definen también que las habilidades básicas son esencial desde el principio ya que este permitirá desarrollar las demás habilidades dependiendo de la situación y la dificultad de esta misma. Es por ello que la técnica básica es la comunicación y por consiguiente las conductas de sociabilización.

2.2.3.1. Tipos de Habilidades Sociales

Goldstein y otros (1989) propusieron seis grupos de habilidades sociales, siendo las siguientes:

- **Habilidades Sociales Básicas:** Habilidades sociales básicas que consisten en escuchar, iniciar y mantener una conversación, formular preguntas, agradecer, presentarse y hacer cumplidos”. (Goldstein, 1997).
 - Escuchar.
 - Iniciar conversación.
 - Mantener una conversación.
 - Formular una pregunta.
 - Dar las gracias.
 - Presentarse.
 - Presentar a otras personas.
 - Hacer un elogio.

- **Habilidades sociales avanzadas:** Habilidades que desarrolla el individuo para relacionarse satisfactoriamente en su entorno sociales, entre ellas; el pedir ayuda, participar, dar instrucciones, etc.”. (Goldstein, 1997)

- Pedir ayuda.
 - Participar.
 - Dar instrucciones.
 - Seguir instrucciones.
 - Disculpase.
 - Convencer a los demás.
- Habilidades relacionadas con los sentimientos: “Habilidades que desarrolla el individuo para relacionarse satisfactoriamente en entornos sociales, entre ellas pedir ayuda, participar, dar instrucciones, etc.”. (Goldstein, 1997).
- Conocer los propios sentimientos.
 - Expresar sentimientos.
 - Conocer los sentimientos de los demás.
 - Enfrentarse al enfado de otro.
 - Expresar afecto.
 - Resolver el miedo.
 - Autorrecompensarse.
- Habilidades alternativas a la agresión: “Habilidades que tienen que ver con el desarrollo de autocontrol y empatía al momento de situaciones de enfado”. (Goldstein, 1997)
- Pedir permiso
 - Compartir algo
 - Ayudar a los demás
 - Negociar
 - Empezar el autocontrol
 - Defender los propios derechos
 - Responder a las bromas
 - Evitar los problemas con los demás
 - No entrar en peleas.

- Habilidades de planificación: “Habilidades relacionadas al establecimiento de objetivos, toma de decisiones, resolución de problemas, etc.”. (Goldstein, 1997).
 - Tomar decisiones realistas.
 - Discernir sobre la causa de un problema.
 - Establecer un objetivo.
 - Determinar las propias habilidades.
 - Recoger información.
 - Resolver los problemas según su importancia.
 - Tomar una decisión eficaz.
 - Concentrarse en una tarea.

- Habilidades para hacer frente al estrés: Habilidades que surgen en momentos de crisis, el individuo desarrolla mecanismos de afrontamiento apropiados”. (Goldstein, 1997).
 - Responder a una queja.
 - Demostrar deportividad después de un juego.
 - Resolver la vergüenza.
 - Arreglárselas cuando te dejan de lado.
 - Defender a un amigo.
 - Responder a la persuasión.
 - Responder al fracaso.
 - Enfrentarse a los mensajes contradictorios.
 - Responder a una acusación.
 - Prepararse para una conversación difícil.
 - Hacer frente a las presiones del grupo.

2.2.4. Definición de programa

De acuerdo con Ordaz, Veliz, Saldaña y Gloria (2005) reuniendo información de diferentes fuentes, llegan a la conclusión que, un programa es un plan con un orden debido de actuación, unos plazos establecidos y una organización dentro de un plan general, o como el proceso exacto de instrucciones codificadas por un ordenador para resolver algún problema, similar a la declaración previa que se piensa hacer con respecto a una ocasión o materia, o el anuncio de las partes que deben contener ciertas cosas o condiciones a las cuales ha de sujetarse. Las definiciones que hemos observado concuerdan en que el programa se produce previa a la acción.

Así mismo, estos autores citan a Blake quien definía el termino programa por sus raíces griegas; “pro, antes” y “gramma, letra”. Esto ocurre en gran parte de las definiciones y de las concepciones sociales, muchos son los significados que tiene el término “programa”. Por programa se entiende que es una forma de actividad social organizada con un objetivo específico, condicionado en el espacio y en el tiempo, hasta un conjunto interdependiente de proyectos. Entendemos como una de las derivaciones del término programa, el concepto de ordenar y vincular cronológicamente, espacialmente y técnicamente las actividades o acciones, y los recursos necesarios para alcanzar en un tiempo determinado una meta concreta, la cual contribuirá a su vez a las metas y objetivos del plan.

Además, señalan a Saldaña el cual comprende por programa, el proceso por el cual se seleccionan los fines de la entidad y el medio para conseguirlos. En primera instancia, implica la determinación de objetivos específicos, definidos en su número, grado y naturaleza. En segunda instancia esta la identificación y selección de las acciones indispensables para lograr dichos objetivos, su naturaleza, tiempo y volumen, considerando para esto los recursos de los cuales se puede disponer como los financieros, los materiales y los servicios.

Por otra parte, muchas son las concepciones de los autores sobre el programa, Horacio Landa (1976) es uno de ellos, quien la define como una serie

estructurada de acciones necesarias para conseguir dichos resultados en un periodo determinado de tiempo con ciertos términos establecidos.

Por su parte Monjas (2007) define programa como un grupo organizado de objetivos, metodologías, actividades, contenidos y materiales fundamentados teóricamente y contrastados empíricamente. Así mismo realiza el siguiente programa: Programa de Asertividad y Habilidades sociales (PAHS, 2007) incluyendo los siguientes componentes:

- Comunicación Interpersonal.
- Asertividad.
- Emociones.
- Interacciones sociales positivas.
- Interacciones sociales difíciles.

2.2.4.1. Partes de un Programa de Intervención

Autores como Jordán, Pachon, Blanco y Achiong (2011) definen y elaboran un programa considerando los siguientes aspectos:

- Título.
- Autores.
- Resumen/Summary.
- Introducción.
- Planificación de la intervención: En esta parte señalan que se tienen que adoptar decisiones para poder lograr una serie de objetivos propuestos como lo son los siguientes principios:
 - Principio de racionalidad: Se debe tener una base sobre la realidad del ámbito y de las personas con las que se va a trabajar.
 - Principio de continuidad: El programa de intervención se debe aplicar de forma continua, sistemática y debe de ser interrelacionado.
 - Principio de Univocidad: La redacción del programa debe de ser claro y preciso.

- Principio de comprensividad semántica: Todos los términos usados en el programa deben de ser entendibles.
 - Principios de flexibilidad: El programa debe de acomodarse a algunos cambios que se puedan desarrollar.
 - Principio de variedad: El equipo debe ser creativo.
 - Principio de participación: El equipo debe de estar abierto a unas entidades o personas que puedan colaborar.
- Naturaleza del programa.
 - Origen y fundamento.
 - Objetivos.
 - Metas.
 - Localización física.
 - Metodología.
 - Recursos humanos.
 - Recursos materiales.
 - Recursos financieros.
 - Evaluación.
 - Esquema del diseño:
 - a) Fase inicial:
 - Determinación y selección de caso.
 - Determinación de necesidades.
 - Obtención y selección de casos.
 - Fijación de objetivos.
 - b) Fase de ejecución:
 - Punto de partida.
 - Diseño de programa: objetivos, contenidos, medios y métodos.
 - Aplicación del programa.
 - c) Fase de valoración:
 - Evaluación del programa.
 - Conclusiones finales.
 - Elaboración del informe.
 - Conclusiones.
 - Referencias bibliográficas.

2.2.4.2. Pasos para realizar un Programa de Intervención

Becoña (2007) hace una relación de los pasos que se debe seguir para poder realizar un buen programa de intervención. De lo cual se sigue de la siguiente manera:

- En primer lugar, es definir el problema a trabajar y las acciones que puedan dar resultado a la problemática. Para ello nos hacemos las siguientes preguntas:
 - ✓ ¿Cuál es el problema?
 - Análisis de la situación
 - Datos recaudados de distintas fuentes de información
 - La persona responsable del programa
 - ✓ ¿Qué podemos hacer?
 - Los niveles sociales, económicos, familiares, etc. de las cuales vamos a intervenir.
 - Realizar una prevención y reducir los riesgos a futuro.
 - ✓ Planificar lo que se va a realizar haciendo las siguientes preguntas:
 - ¿Qué?
 - ¿Cómo?
 - ¿Cuándo?
 - ¿En qué tiempo?
 - ✓ La explicación del problema y los factores que intervienen con ello.
 - Teorías, fuentes de información y modelos explicativos.
 - Factores protectores y de riesgo.
 - ✓ La necesidad del programa de intervención:
 - Explicar la necesidad del trabajo.
 - Realizar operaciones y cuantificar los resultados.
 - La disponibilidad de los medios con el que se va a trabajar.
 - A qué tipo de persona va dirigido el programa.
 - Los participantes.
 - Coordinar el programa a tratar.
 - Planificar el proceso de evaluación.
 - ✓ Delimitación del grupo a trabajar:

- A qué tipo de población va dirigido el programa.
- El grupo objetivo con el cual se va a trabajar (niños, adultos, ancianos, madres, padres, etc.).
- Números de personas con la cual se va a trabajar: aquí se selecciona por números de individuos, contextos y grupos de edad.
- Grupo objetivo y el tipo de programa que se va a realizar.
- ✓ Definir de manera clara y precisa los objetivos de nuestro programa:
 - Delimitar los objetivos generales.
 - Delimitar los objetivos específicos.
 - Para qué clase de persona o grupo va dirigido el programa.
 - Los objetivos de los resultados.
 - Objetivo de procesos.
- ✓ Los recursos que poseemos para poder obtener lo necesario del programa:
 - Humanos.
 - Económicos.
 - Materiales.
 - Técnicos.
- ✓ Evaluaciones:
 - Evaluaciones en el proceso.
 - Evaluación de los resultados.
 - Pruebas o instrumentos que se utilizaran en el programa.
 - Persona responsable.
- ✓ Los resultados obtenidos del programa aplicado:
 - Relación de actividades.
 - Analizar los resultados.
 - A quien va dirigido el programa.
 - Brevidad del informe y claridad en la redacción.
- ✓ Análisis de todo el proceso, detección del lado positivo y negativo del programa a nuevas propuestas para poder mejorar la intervención:
 - Analizar todos los procesos del programa de intervención.
 - Detectar los puntos fuertes del programa es decir lo que funciona bien durante el proceso de desarrollo.

- Detectar de igual manera los puntos débiles para que de esa manera se pueda ir corrigiendo los errores cometidos en el momento.
- Nuevas propuestas de actualización de toda la información recaudada.

2.2.4.3. Características del Psicólogo Facilitador

Borile (s.f) define facilitar como la facilidad de determinar acciones, logros y procesos caracterizados por el respeto, la confianza, la colaboración creando estrategias para hacer posible el aprendizaje. Esto refiere a que se maneja grupos de personas a través de un aprendizaje de tal modo que todos los miembros participen de igual manera, teniendo en cuenta que cada persona es único y valioso en el grupo de trabajo.

Es por eso que el papel del facilitador es muy importante ya que permite extraer conocimientos e ideas distintas del grupo de personas con la cual se está trabajando ayudando a aprender a todos por igual manteniendo una mentalidad holística con todos los miembros del grupo.

Siendo estas las características sumamente importantes para poder ser y desarrollar un buen facilitador para el grupo que se va a trabajar. Las características que todo buen facilitador debe tener son:

- Conocer y formar empatía con el grupo a trabajar ya que esto permitirá que las personas colaboren haciendo que reconozcan sus fuerzas, habilidades haciendo que se sientan a gusto o cómodos para poder compartir sus experiencias con el grupo o compañeros de trabajo sin poder intimidarse por la situación dada.
- Se sensibiliza con el grupo y con cada uno de los integrantes diferenciando necesidades e intereses dependiendo del género, de la edad, de la profesión, de la educación, de la condición económica y de la condición social de cada uno de ellos.

- Lidera proporcionando ejemplos de vida, actitudes positivas ante el grupo, enfocando un bienestar para él y el grupo y realiza acciones que sean placenteras y fructíferas para todos en general.
- Es una persona que asume el cargo como un agente de cambio para todos socializando por medios de conocimientos y actitudes que son beneficiosos para el bien común del grupo a largo plazo.
- Cooperar y comparte experiencias prudentes para que puedan buscar alternativas de cambio orientados a resolver problemas similares.
- Comunicarse claramente con todos, escuchando de manera atenta todo lo que le puedan decir, respetando las opiniones de cada uno, verificando, comprendiendo, resumiendo y juntando todas ideas que le proporcionan pensando y creando nuevas estrategias de manera creativa alentando de tal manera el respeto y humor para así poder cumplir con los objetivos propuestos.
- Todo facilitador debe mantener la confidencialidad sobre todo respetando la privacidad de los miembros del grupo siendo imparcial con las ideas y/o comentarios que le puedan surgir en el momento manteniendo una relación empática con cada uno de ellos.

2.2.5. Enfoques de Programas

2.2.5.1. Enfoque Cognitivo – Conductual

La mayor parte de estos estudios han sido estructurados con el enfoque cognitivo-conductual y la teoría del aprendizaje social, demostrando su efectividad para la obtención, la generalización y el mantenimiento de las conductas positivas entrenadas, del mismo modo, para la disminución de conductas problemáticas (Dib y Sturmey, 2007).

En ese sentido, NIDA (2010) afirma que las terapias con el enfoque cognitiva-conductual fueron elaboradas como un modo de prevención en cuanto a los tratamientos de problemas de alcohol y ya más adelante en problemas de cocaína, toda esta teoría se basa específicamente en los

procesos de aprendizaje en las cuales los pacientes o adictos a estas sustancias aprendan a identificar y a su vez corregir conductas o acciones que puedan causar problemas mediante la aplicación de habilidades las cuales se pueden usar para interrumpir el abuso de las drogas/sustancias psicoactivas ay a hacer frente a los problemas que puedan presentarse a la vez. Este enfoque suele proponer estrategias para poder llegar a un autocontrol, siendo así que exploran las consecuencias tanto positivas como negativas bajo un auto-monitoreo para poder reconocer el uso de drogas desde temprano para poder identificar situaciones de riesgo en el abuso, elaborando así estrategias para afrontar y persuadir las situaciones que general un alto riesgos y el deseo de poder consumir estas dichas drogas. La esencial de esta terapia es ayudar a los pacientes a que desarrollen estrategias de afronte ante distintas situaciones que se puedan presentar. Hay investigaciones que señalan que las habilidades que desarrollar los pacientes a través de este enfoque siguen las conductas después de haber terminado el tratamiento siendo así que estas conductas persisten al pasar los años. Ahora en la actualidad se está desarrollando la combinación de la terapia cognitiva-conductual con la farmacología para el abuso de drogas y demás terapias de modo conductual.

Beck (1999, citado por Calderón, 2008 p, 20) propone que el uso de drogas y los deseos de consumo provocan la activación de situaciones específicas lo cual podemos llamarlo como estímulo, si bien es cierto esto va depender del autocontrol y el estado de humor del paciente puede conllevar a que las situaciones pueden cambiar dependiendo a la situación. Los programas con el enfoque cognitivo-conductual se concentran específicamente en los entrenamientos de las habilidades para poder dar una respuesta de acuerdo a los antecedentes y consecuencias del mismo ambiente y de forma persona (cogniciones y emociones) las cuales conllevar al acto de consumir drogas. La pérdida de destrezas en cuanto al afrontamiento y determinadas cogniciones desadaptadas son las que causan el mayor riesgo para el consumo de drogas. Específicamente las técnicas cognitivas se basan en las teorías de Beck y la teoría del aprendizaje social los cuales identifican

patrones de pensamientos desadaptativos para modificar o extinguir el estado efectivo negativo y las conductas no deseadas.

2.2.6. Definición de Sustancias Psicoactivas

El Observatorio de Drogas de Colombia – ODC (2015) define sustancia psicoactiva de diversos orígenes sea tanto natural como sintético y cuando es consumida vía oral, nasal, intramuscular e intravenosa producen efectos particulares en el sistema nervioso central dando cambios en su funcionamiento la cual está compuesta por la medula espinal, el cerebro y los órganos del mismo cuerpo, estas sustancias pueden inhabilitar el dolor, cambiar el estado de ánimo y alterar la percepción de todo.

Conforme al Diccionario de la Real Academia Española (2014) precisa que la sustancia psicoactiva o “droga” como cualquier sustancia de origen natural sea mineral, vegetal o animal la cual es empleada para la medicina de las industrias. Así mismo plantea una segunda definición la cual es cualquier sustancia o medicamento preparado como un efecto estimulante, deprimente, narcótico y/o alucinógeno.

Como nos muestra la Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito (2013) utiliza el término de “nueva sustancia psicoactiva” (NSP) definiéndola como toda sustancia consumida en abuso sea de manera natural o preparada las cuales no están contraladas por las convenciones de 1961 ni la de 1971 siendo así una amenaza para el sistema público ya que estas sustancias han aparecido recientemente en el mercado.

Según la OMS (2004) define sustancia psicoactiva, como sustancias que siendo consumidas pueden modificar o alterar la conciencia, los estados de ánimos que estos puedan presentar durante el consumo y los procesos de pensamientos son perturbados durante el consumo. Así mismo también lo divide en tres categorías una de ellas es que usan las sustancias psicoactivas como medio de medicación aliviando así el dolor, el estado de sueño de las mismas personas, la lucidez y ayudando también a curar desordenes de los

estados de ánimos, en la actualidad la mayoría de estas sustancias psicoactivas son formuladas por prescripciones médicas mediante un sistema de recetas. Algunas sustancias también son utilizadas como “auto medicamentos” para poder aliviar daños producidos tanto física como mentalmente para contrarrestar los efectos secundarios de otros medicamentos. La segunda menciona un estatus ilegal o ilícito los cuales son los opiáceos, cannabis, alucinógenos, cocaína y estimulantes al igual que los hipnóticos y estimulantes. Siendo la tercera la última categoría en la cual la sustancia psicoactiva es ilegal ya que el usuario lo puede utilizar como mejor le convenga.

2.2.6.1. Clasificación de Sustancias Psicoactivas

Lorenzo, Madero, Leza y Lizasoain (2009) señalan que la ingesta de las sustancias psicoactivas produce distintos efectos físicos y psicológicos dependiendo de la sustancia la cuales se está consumiendo. Así mismo las drogas se clasifican de las siguientes maneras: depresoras, estimulantes y alucinógenos, no obstante, existen también las drogas de diseño que de acuerdo a la droga utilizada puede surgir los mismos efectos o hasta llegar al punto de combinar los efectos de estos mismos.

A continuación, se describirá los tipos de drogas de acuerdo a su clasificación:

1) Drogas depresoras: Se le asigna este nombre ya que inhibe los estados de alerta y ánimo además disminuye en gran cantidad las funciones mentales las cuales son: atención, juicio, razón y memoria. Dentro de esta clasificación encontramos a las siguientes drogas:

a) Alcohol: En este tipo de droga existen tres tipos, las cuales son: metílico, butílico las cuales afectan perjudicialmente la salud de las personas consumidoras y el etílico las cuales tienen bebidas alcohólicas. Si bien es cierto el alcohol etílico opera sobre el SNC. Aumenta el trabajo inhibitorio mediado por los receptores GABA-A al

igual que minoriza la actividad excitatoria de los receptores volviendo así que el alcohol se convierta en un sedante.

Es decir, la droga o en este caso el alcohol deprime aquellos centros nerviosos que controlan la conducta siendo así que la persona libera el control sobre sus propios juicios críticos y la misma racionalidad ejerciendo una depresión en el sistema nervioso. La extinción de esta sustancia es por medio de los riñones y los pulmones en otras palabras es por mediante el aliento y la orina. Las fases que genera esta droga son:

- La excitación.
- Presenta anestesia cutánea, incoordinación, débil visión y desequilibrio
- Tiene confusiones mentales donde el sujeto experimenta el miedo, agresividad, llanto, etc. además que se les hace difícil hablar.
- Tiene un fuerte desequilibrio ya que no puede mantenerse de pie, además que esto conlleva a los vómitos, incontinencia urinaria y se aproxima a quedar inconsciente.

b) Inhalantes: Esta sustancia está conformada por varios químicos de las cuales se encuentra como óxido nitroso, solventes volátiles y el nitrito alifático lo que producen efectos sobre el SNC y es usado generalmente por niños y adolescentes. Se dividen de la siguiente manera:

Disolventes volátiles: en definiciones son líquidos evaporizados a la temperatura del ambiente como por ejemplo los disolventes industriales o caseros es decir las pinturas, los líquidos para encendedores, lavado en seco y la gasolina de por sí. Además, algunos útiles de oficina también son consumidas como el líquido de los correctores, el líquido de los lapiceros productos para limpieza y pegamentos.

En lo que concierne a los aerosoles son disolventes o propulsores en otras palabras las sustancias que específicamente se usan son las pinturas pulverizadas, los productos que se utilizan para el cabello, los desodorantes, los protectores de tela, los productos que se usan para la limpieza de computadoras y los rociadores de aceite vegetal. En lo que se refiere a gases son de igual manera productos caseros o comerciales o anestésicos médicos como el éter, cloroformo, halotano y óxido nítrico y por último los nitritos orgánicos o alifáticos incluyen el “poppers” los cuales contienen tolueno, benceno, butano y estos son usados para incrementar el placer sexual.

En esta sustancia el modo de consumo es por vía oral o nasal es decir inhalando los vapores del envase o rociándolos de forma directa sobre la nariz o la boca o con algún trapo impregnado con estos inhalantes. Estas intoxicaciones producidas por estas drogas solamente duran unos cuantos minutos es por ello que inhalan repetitivamente para que el efecto dure por mucho más tiempo.

Las consecuencias de ante el consumo de esta sustancia es la eliminación del aire en los pulmones lesionando de tal manera las células corporales donde el cerebro recibe el más fuerte impacto. Además de daños físicos como la pérdida de audición, neuropatías periféricas, daño al Sistema Nervioso Central (SNC), al hígado y riñones hasta el punto de llegar a la muerte por asfixia, por pérdida de conciencia hasta incluso paro cardíaco.

c) Marihuana: La forma de consumo de esta droga es de forma de cigarro es decir le saca el tabaco al cigarro, lo rellenan con marihuana y lo envuelven con el “blunt” que es la hoja con la que se envuelve el cigarro, siendo así que estas dos sustancias tanto la nicotina como la marihuana se fusionan con otras sustancias más, donde la administración para el consumo de esta llega al punto de comida como son el brownies de marihuana o tomarlo como una taza de té.

Cuando ya es consumida la marihuana por vía oral pasa por los pulmones para ir hacia el torrente sanguíneo transportándolo así al cerebro y a varios órganos particulares del cuerpo, cuando su uso ya es muy prolongado puede llegar a formar una adicción conllevando a la exploración del uso obsesivo de estas sustancias psicoactivas sabiendo los efectos que esto puede producir en el área social, familiar, escolar, laboral y recreativo. Cuando el consumo es muy prolongado estos individuos presentan irritabilidad, además la falta de sueño, falta de apetito ansiedad y el deseo de seguir consumiendo. En lo que respecta a la salud estas personas padecen de problemas respiratorios como tos, producción crónica de flema e infecciones pulmonares.

- d) Heroína:** Es una droga hecha de morfina una sustancia natural extraída de la bellota de la amapola esto puede tener presentación de polvo blanco o polvo marrón o también como una sustancia negruzca parecido al alquitrán.

La ingesta se realiza por medio intravenosa en otras palabras es consumida por medio de la vena y es transmitida por jeringas o también de forma nasal como aspiración del polvo por la nariz y fumándolos hasta el punto de llegar a los pulmones.

Los efectos causados son sequedad bucal, la pesadez en extremidades y una confusión mental donde la persona se siente como dormido y despierto a la vez, pero estos efectos solo son comunes cuando el consumo es por medio intravenosa.

Las consecuencias causadas ante el consumo son enfermedades al hígado, reñones, pulmones y hasta incluso contraer el virus del VIH y la hepatitis. Ya cuando el consumo es muy frecuente el mismo cuerpo produce síntomas particulares como; la ansiedad, los dolores musculares y en los huesos, insomnio, diarrea, vómitos, escalofríos por querer consumir.

2) Drogas estimulantes: Aumentan el estado de conciencia, mientras actúan, el sujeto suele percibir de manera más intensa el exterior por consecuencia responde de forma más rápida a los estímulos propios.

a) Anfetaminas: Estos son sustancias que incrementan el estado de alerta y su administración es por vía oral. Esta droga es la base principal para elaborar drogas de diseño. Los efectos en bajo consumo son la euforia, hiperactividad, irritabilidad y la falta de sueño de los cuales logra demostrar un ritmo cardíaco anómalo, aumento de la respiración, una resequedad en la boca y una falta de apetito. Cuando la dosis ya es mucho mayor pueden producir algunos tipos de enfermedades o alteraciones en el organismo como; fiebres, convulsiones, coma, hemorragias cerebrales y en algunas ocasiones pueden llegar hasta la muerte.

Hay casos en los que las personas padecen de alguna enfermedad mental y al ser administrada estas drogas pueden presentar confusiones, tienden a ser agresivos, ansiosos, delirio, alucinaciones, paranoia, estado de pánico intenso, pensamientos suicidas/homicidio y ya pasando los efectos la persona presenta depresión y somnolencia fuerte.

b) Cafeína: Cuando el consumo es moderado o bajo los efectos suelen ser la fluidez en los pensamientos, un estado de alerta y una sensación de bienestar, pero ya cuando la dosis es mucho mayor produce insomnio, irritabilidad y trastornos vasculares. Pero cuando el consumo supera los límites en otras palabras es en exceso provoca irritabilidad, angustias intensas, hasta el punto de llegar a desarrollar una abstinencia donde provoca una dependencia física y psicológica.

c) Cocaína: Esta droga de por si es adictiva y va directamente al cerebro y suele venderse en calles bajo la forma de polvo blanco, cristalino o fino conocido como nieve, coca, bazuco, talco o dama blanca. La forma de administración o consumo es de forma inyectada, inhalada o vía

oral como ya es conocida la forma inyectada es de forma intravenosa, en lo que concierne a la forma de inhalación es la aspiración del polvo por la nariz donde pasada por las fosas nasales hasta llegar al torrente sanguíneo y la vía oral es como su propio nombre lo dice el consumo es por la boca donde la coca es fumada hasta que el humo llegue a los pulmones.

Los efectos que produce esta droga es la euforia, se sienten energéticos, conversadores y mentalmente alertas además de disminución del apetito y de la necesidad de dormir, con respecto a lo físico contrae los vasos sanguíneos, las pupilas se suelen dilatar, incremento de la temperatura, aumento de la frecuencia cardiaca y de la presión arterial, mayor irritabilidad, paranoia, ansiedad, vértigos, espasmos musculares y temblores.

d) Nicotina: Es una droga estimulante y que genera adicción, se absorbe por el torrente sanguíneo cuando se masca, inhalando, fumándolo. La nicotina como las demás drogas aumenta los niveles de dopamina. Cuando la persona no tiene acceso a esta droga presenta el síndrome de abstinencia donde las reacciones son irritabilidad, dificultad para prestar atención y sueño perturbado. Las personas que no son propensos o no son consumidoras pueden tener enfermedades del corazón, presentar problemas respiratorios y la reducción de la función pulmonar tan solo por el hecho de absorber el humo de la nicotina que otra persona cercana a ella/el este fumando sea en el hogar, en el trabajo y lugares públicos.

e) Alucinógenos: Estos tipos de drogas causan depresión o estimulación, en lo particular estas drogas hacen que las personas se dispersen de la misma realidad en la cual se encuentran por lo general ven imágenes, escuchan ruidos o voces y suelen experimentar sensaciones para ellos reales sin embargo estas realidades no existen.

- f) **LSD (Dietilamida del ácido lisérgico):** Estas es una de las drogas más potentes ante la alteración de los estados de ánimo y de la percepción los efectos que puede producir se basa específicamente en dos áreas o regiones del cerebro una de ellas que es en la corteza cerebral en la cual está involucrada los estados de ánimo, la cognición y percepción, otra de las partes afectadas es el locus cerules; lugar donde se recepcionan las señales sensoriales de todo el cuerpo. Los efectos suelen empezar entre 30 a 90 minutos después de haber consumido y esto puede durar hasta 12 horas.

Además, NIDA (2015) define las siguientes características del LSD como blanco, inodoro y soluble en agua, compuestos por derivados del hongo centeno. Es producida en primaria instancia en forma cristalina de las cuales se hacen tabletas, las cuales son llamadas micro-puntos o los cuadrados delgados de gelatina que se conocen como cristales de ventana.

- 3) **Drogas de Diseño:** Estas drogadas son usadas en combinación con otras en laboratorios clandestinos. Una de estas es:

- a) **Metanfetamina:** Manifiesta las mismas características que las anfetaminas en cuanto a su apariencia. Sus efectos cambian de diferentes formas en lo que se refiere en el funcionamiento del cerebro ya que presenta un descenso del rendimiento motor y un grave deterioro con respecto al aprendizaje verbal, también presentan modificaciones asociadas a las emociones y a la memoria. En cuanto a la salud se manifiestan otros efectos como alargar el estado de vigilia, el poco apetito, un aumento en la frecuencia cardiaca, la perdida extrema de peso, también se presentan estados de ansiedad, confusión, perturbaciones en estado de ánimo, lo más común es la agresividad.

- b) **PCP:** Esta droga se viene conociendo desde los años cincuenta como anestésicos donde los efectos son sedar a la persona es decir el

individuo que las toma experimenta la sensación de no estar dentro de su cuerpo e inclusive del lugar donde se puedan encontrar. Los efectos que pueden ocasionar son; respiración rápida y poco profunda, el aumento en la presión arterial, el ritmo cardiaco o la temperatura, cuando las cantidades consumidas de drogas son más elevadas los síntomas antes descritos suelen aparecer, pero ya acompañado con náuseas, visión borrosa, mareos, desplazamiento de dolor y contracciones musculares.

- c) **Ketamina:** NIDA (2015) define a esta sustancia como disociativa, en la actualidad esta sustancia se utiliza como un anestésico para las personas y en especial para los animales. Las ventas de esta sustancia usualmente se consiguen en las calles, pero específicamente en las veterinarias. La ketamina es evaporado hasta convertirlo en polvo donde es inhalado y lo comprimen en pastillas para ser vendido ilícitamente.

2.2.6.2. Consecuencias del abuso de sustancias psicoactivas en todas las edades

Según NIDA (2008) revela que las consecuencias de estas sustancias psicoactivas son perjudiciales para el desarrollo de las personas desde que es un bebé hasta que se vuelven adultos es por ello que esta institución lo define y los clasifica de esta manera:

- En los bebés el consumo a estas sustancias es catastrófico ya que el feto puede nacer con bajo de peso y prematuramente, además retrasa su desarrollo intelectual afectando de cierta manera el comportamiento cuando van creciendo.
- En los adolescentes cuando abusan de estas su comportamiento es negativo caso que lleva a un bajo rendimiento académico, abandono o dejadez del propio estudio, siendo más propensos a tener embarazos no deseados, sumergidos específicamente en la violencia y el pandillaje

hasta el punto también de poder contraer algún tipo de enfermedad de transmisión sexual (ITS).

- En los adultos se ve reflejado en el pensamiento ya que se les hace difícil o complicado pensar con claridad, recordar algún hecho en lo absoluto y prestar atención. Tanto así que desarrollan pobres relaciones sociales como resultado de la ingesta de sustancias psicoactivas llevando así un bajo rendimiento en el lado laboral y complicaciones con las personas que están cerca de ellos que en este caso vendría hacer sus familiares.
- En lo que concierne a los padres son una fuerte influencia para los hijos donde ellos mismos hacen que el hogar se torne tenso, pesado y lleno de estrés donde se ve el descuido ante los hijos menores estropeando el bienestar y el desarrollo de estos ya que estos establecen como base para que los niños sean propensos a estos tipos de consumos.

Consecuencias sociales, legales y económicas en el uso de drogas:

Específicamente estos problemas son perjudiciales más para el ámbito público ya que se ve como factor de riesgos y daños para la misma población. Se debe tener en claro el grado de conocimiento y experiencias que estas personas puedan tener en cuanto a las sustancias psicoactivas y el grado de motivación que puedan tener ante estas. Ante toda esta problemática el Instituto de Neurociencias (2012) lo divide de la siguiente forma:

a) Sociales

Eventualmente se ven a personas metidas en lo que vendría ser el consumo de sustancias psicoactivas o drogas como se quiera llamar donde se ve alarmante el uso de la agresión, desorden público, la marginación, etc. Cuando el sujeto se hace dependiente de estas sustancias puede malograr las relaciones familiares y amicales las cuales pueda poseer, dejando de lado las metas, planes propuestos y dejar de participar en el mismo ambiente donde se pueda encontrar, dejando que los mismos problemas lo ahoguen sin encontrar una solución y recurre a las drogas como una solución eficiente.

Esto también perjudica principalmente a la familia ya que abstienen de comprar algunas comodidades y satisfacciones necesarias para sobrevivir todos los días como por ejemplo ropa y comida. Esto también puede llevar a que el sujeto mate o robe por necesidad de consumir y cuando se refiere a mujeres embarazadas al consumir algunas drogas que no son recetadas por un profesional el recién nacido puede presentar malformaciones al momento del parto.

b) Legal

En este ámbito la venta y la ingesta de drogas que no son recetadas por el profesional de la salud calificado va contra la ley, y esto puede llevar al arresto y encarcelamiento derrumbando los planes que podría tener a futuro teniendo antecedentes penales que pueden malograr su hoja de vida. Cuando ya el consumo es incontrolado puede desencadenar violencia y provocar un crimen que no son perdonados por la ley.

c) Económicas

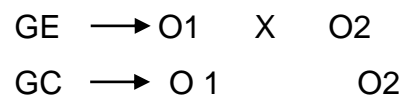
En la actualidad el tráfico y la venta de drogas esta al hacho de todos los días donde se crean bandas organizadas que compran estas sustancias lo cual hace que el mercado sufra una desestabilización económica. Cuando el consumo es muy continuo suele a aumentar el precio de las drogas y los costos se elevan en cientos o miles de soles por año es por eso que varias personas recurren a los crímenes como los asaltos, matanzas, etc.

**CAPÍTULO III:
MARCO METODOLÓGICO**

3.1. Tipo y diseño de investigación

Esta investigación es de tipo experimental porque busca manejar variables para manifestar el uso de las mismas en cuanto a dichas situaciones (Hernández, Fernández-Collado y Baptista, 2014).

Esta investigación muestra un diseño cuasi experimental en la medida que se caracteriza por emplear dos tipos de muestras la experimental y uno de control, realizando muestreo y controlando de manera moderada las variables extrañas. Diseño de dos grupos aleatorios con medición pre y post test:



En donde:

GE: Es el grupo experimental.

GC: Es el grupo control.

X: Programa de intervención de habilidades sociales.

O1: Medición pre test.

O2: Medición post test.

3.2. Población y muestra

3.2.1. Población

Conformaron la población referencial 70 sujetos varones, con edades que oscilaban los 14 y 21 años, los cuales son diagnosticados como dependientes a sustancias psicoactivas, los cuales se encuentran internados en el Instituto Peruano de Salud Mental (IPSAMEN), ubicado en el distrito de Pachacámac en Lima Sur.

3.3. Muestra

Muñoz y Bennassini (1998), alega que los estudios deben estar conformadas por una muestra mínima de 30 personas, esto les proporcionara la importancia debida a las investigaciones experimentales en las ciencias sociales, es por eso que, el grupo experimental y el grupo control tuvieron 30 sujetos para su realización. Para establecer quiénes pasaron a integrar los grupos respectivamente, se procedió a evaluar el nivel de habilidades sociales, para ello se aplicó el siguiente instrumento; Lista de Chequeo de Habilidades Sociales de Goldstein. Por lo tanto, aquellos que consiguieron puntajes bajos en esta prueba, conformaron la muestra. El tipo de muestreo empleado para esta investigación es no probabilístico intencional, dado que no todos tendrán la misma posibilidad de ser escogidos, para ello se utilizará un criterio para la elección (nivel de habilidades sociales). Se consideraron criterios de inclusión y exclusión:

a. Criterios de inclusión:

- a) Consumidores de sustancias psicoactivas.
- b) Tiempo de permanencia en el centro de rehabilitación: 3 meses mínimos.
- c) Adolescentes mayores de 14 años.
- d) Adolescentes que hayan cursado el nivel de educación primaria.

b. Criterios de exclusión:

- e) Menos de 3 meses internados en el centro de rehabilitación.
- f) Adolescentes menores de 14 años de edad.
- g) Adolescentes que tengan analfabetismo.
- h) Aquellos sujetos que no deseen participar.

3.4. Hipótesis

3.4.1. Hipótesis general:

H₀: El programa de destrezas sociales incrementa el nivel de Habilidades Sociales en adictos a sustancias psicoactivas de una comunidad terapéutica de Lima Sur.

H₀: El programa de destrezas sociales **no** incrementa el nivel de Habilidades Sociales en adictos a sustancias psicoactivas de una comunidad terapéutica de Lima Sur.

3.4.2. Hipótesis específicas:

H₁: El programa de destrezas sociales incrementa el nivel de la dimensión *Primeras habilidades sociales* de las Habilidades Sociales en adictos a sustancias psicoactivas de una comunidad terapéutica de Lima Sur.

H₀: El programa de destrezas sociales **no** incrementa el nivel de la dimensión *Primeras habilidades sociales* de las Habilidades Sociales en adictos a sustancias psicoactivas de una comunidad terapéutica de Lima Sur.

H₂: El programa de destrezas sociales incrementa el nivel de la dimensión *Habilidades sociales avanzadas* de las Habilidades Sociales en adictos a sustancias psicoactivas de una comunidad terapéutica de Lima Sur.

H₀: El programa de destrezas sociales **no** incrementa el nivel de la dimensión *Habilidades sociales avanzadas* de las Habilidades Sociales en adictos a sustancias psicoactivas de una comunidad terapéutica de Lima Sur.

H₃: El programa de destrezas sociales incrementa el nivel de la dimensión *Habilidades relacionadas con los sentimientos* de las Habilidades Sociales en adictos a sustancias psicoactivas de una comunidad terapéutica de Lima Sur.

H₀: El programa de destrezas sociales **no** incrementa el nivel de la dimensión *Habilidades relacionadas con los sentimientos* de las Habilidades Sociales en adictos a sustancias psicoactivas de una comunidad terapéutica de Lima Sur.

H₄: El programa de destrezas sociales incrementa el nivel de la dimensión *Habilidades alternativas a la agresión* de las Habilidades Sociales en adictos a sustancias psicoactivas de una comunidad terapéutica de Lima Sur.

H₀: El programa de destrezas sociales **no** incrementa el nivel de la dimensión *Habilidades alternativas a la agresión* de las Habilidades Sociales en adictos a sustancias psicoactivas de una comunidad terapéutica de Lima Sur.

H₅: El programa de destrezas sociales incrementa el nivel de la dimensión *Habilidades para hacer frente al estrés* de las Habilidades Sociales en adictos a sustancias psicoactivas de una comunidad terapéutica de Lima Sur.

H₀: El programa de destrezas sociales **no** incrementa el nivel de la dimensión *Habilidades para hacer frente al estrés* de las Habilidades Sociales en adictos a sustancias psicoactivas de una comunidad terapéutica de Lima Sur.

H₆: El programa de destrezas sociales incrementa el nivel de la dimensión *Habilidades de planificación* de las Habilidades Sociales en adictos a sustancias psicoactivas de una comunidad terapéutica de Lima Sur.

H₀: El programa de destrezas sociales **no** incrementa el nivel de la dimensión *Habilidades de planificación* de las Habilidades Sociales en adictos a sustancias psicoactivas de una comunidad terapéutica de Lima Sur.

3.6. Variables

3.6.1. Variable independiente

Programa de destrezas sociales.

- **Definición conceptual:**

Según Monjas (2007) un programa es un conjunto organizado de objetivos, contenidos, metodología, actividades y materiales fundamentados teóricamente y contrastados empíricamente.

- **Definición operacional:**

Datos obtenidos del Programa de Habilidades Sociales y Autocontrol de Golstein, Sprafki, Gershaw y Klein (1989).

- **Técnicas**

- Instrucciones.
- Modelamiento.
- Ensayo conductual.
- Reforzamiento.
- Retroalimentación del rendimiento conductual.

3.6.2. Variable dependiente:

Habilidades sociales

- **Definición conceptual**

Serie de rutinas-conductas, pensamientos y emociones, las cuales nos ayudan a poder interactuar y por lo tanto relacionarnos de manera interpersonal (Goldstein, Sprafkin, Gershaw y Klein, 1981).

- **Definición operacional**

Puntajes obtenidos de la Lista de Chequeo de Habilidades Sociales de Goldstein

- **Indicadores:**

- ✓ Habilidades sociales básicas.
- ✓ Habilidades sociales avanzadas.
- ✓ Habilidades relacionadas con los sentimientos.
- ✓ Habilidades de alternativas a la agresión.

- ✓ Habilidades para hacer frente al estrés.
- ✓ Habilidades de planificación.

3.6.3. Variable de control:

- Jóvenes dependientes a sustancias psicoactivas.
- Edad: 14 años a más.
- Grado de estudios: Primer grado de primaria como mínimo.
- Sexo: Varones.

3.7. Métodos e instrumentos de medición

3.7.1. Instrumento de recolección de datos

3.7.1.1. Lista de Chequeo de Habilidades Sociales de Goldstein

La Lista de Chequeo de Habilidades Sociales fue construida por el Doctor Arnold Goldstein en New York en el año 1978 y fue traducida al español inicialmente por Rosa Vásquez en 1983 y posteriormente la versión final la tradujo y adaptado Ambrosio Tomás en 1995, quien también confecciono los baremos eneaticos provisionales para una muestra de escolares de educación de nivel secundaria y para una muestra universitaria de estudiantes de la carrera de psicología.

Los ítems derivan de diferentes estudios psicológicos los cuales suministraron información sobre cuáles son las conductas acertadas que hacen que los individuos se desenvuelvan correctamente en el colegio, la casa, la universidad, con los compañeros, etc.

Por medio de este instrumento se evalúa en qué medida las personas son competentes o deficientes empleando alguna habilidad social, también se evalúa en qué tipo de situaciones lo son. Permite este instrumento obtener información específica y precisa sobre el nivel de habilidades sociales de un individuo.

La Lista de Chequeo de Habilidades Sociales la componen 50 ítems, agrupados en 6 áreas, estas se presentan en una escala graduada de 1 a 5 como se describe a continuación: 1) Nunca usa la habilidad; 2) Rara vez usa la habilidad; 3) A veces usa la habilidad; 4) A menudo usa la habilidad y 5) Siempre usa la habilidad.

El tiempo aproximado de aplicación es de 15 minutos, así mismo puede ser aplicado de forma individual o colectiva a personas de 12 años de edad hacia adelante.

Calificación del instrumento

La calificación es un procedimiento simple y directo que se ve facilitado por la estimación que hace el individuo de su grado competente o deficiente en que utiliza las habilidades sociales comprendidas en la Lista de Chequeo, el cual está indicando un valor cuantitativo.

La puntuación máxima que se puede obtener en un ítem es de 5 y el valor mínimo es de 1. Es posible obtener los siguientes puntajes de medidas del empleo competente o deficiente de las habilidades sociales al utilizar la escala:

1. El puntaje obtenido en el ítem, el cual va de 1 a 5. Permite identificar en qué medida el sujeto es competente o deficiente en el empleo de una habilidad social, así como el tipo de situación en la cual lo es. Las puntuaciones 1 y 2 nos indican, en general, un déficit en la habilidad.
2. El puntaje por áreas nos indica las deficiencias o logros del sujeto en un área exacta. Se obtiene por la sumatoria de los puntajes obtenidos en los ítems comprendidos en cada área del instrumento y comparándolo con los baremos correspondientes.
3. El puntaje total, el cual cambia en función al número de ítems que responde al sujeto en cada valor de 1 a 5. Este puntaje tiene un mínimo de 50 y como máximo de 250 puntos. Este tipo de puntaje nos sirve como indicador objetivo del éxito o progreso del programa de tratamiento

conductual cuando se aplica la prueba a manera de re-test luego del tratamiento.

Para facilitar la corrección se ha desarrollado un programa computarizado basado en QPRO 4.0, con el cual además se puede obtener un gráfico del perfil del rendimiento del sujeto.

Interpretación y diagnóstico

Los resultados individuales y su interpretación serán fácilmente apreciados mediante la hoja del perfil de la Lista de Chequeo de Habilidades Sociales. Se trata de un informe gráfico, que se obtiene al convertir los puntajes directos en eneatis, señalarlos en el recuadro del perfil y luego unirlos por medio de líneas rectas.

De este modo quedará así conformado un perfil de fácil interpretación. La significación de los niveles bajos (eneatis 1, 2 y 3), así como de los niveles medios (eneatis 4, 5 y 6) y de los niveles altos (eneatis 7, 8 y 9), para cada escala o área de la Lista de Chequeo y para el puntaje total, está consignada de manera clara en la línea superior de la tabla del perfil. Así tendremos:

- Eneatis 1: Deficiente nivel de Habilidades Sociales.
- Eneatis 2 y 3: Bajo nivel de Habilidades Sociales.
- Eneatis 4, 5 y 6: Normal nivel de Habilidades Sociales.
- Eneatis 7 y 8: Buen nivel de Habilidades Sociales.
- Eneatis 9: Excelente nivel de Habilidades Sociales.

Validez y Confiabilidad

Para precisar la validez del instrumento, Tomás (1995) realizó el análisis de ítems de la Lista de Chequeo de Habilidades Sociales hallando correlaciones significativas ($p < .05$, $.01$ y $.001$), quedando el instrumento intacto, es decir, con todos sus ítems completos ya que no hubo necesidad

de suprimir alguno. Del mismo modo, cada una de las sub - escalas componentes obtuvieron una correlación positiva y altamente significativa a un nivel de $p < .001$ con la Escala Total de Habilidades Sociales; es decir, todas contribuyen de una manera altamente significativa a la medición de las Habilidades Sociales.

Se recurrió a la prueba test-retest para corroborar el nivel de confiabilidad, la cual fue calculada mediante el Coeficiente de Correlación Producto-Momento de Pearson, obteniéndose una " r " = 0.6137 y una " t " = 3.011, la cual es muy significativa al $p < .01$. Pasaron 4 meses entre el test y el re-tes. Con propósitos de aumentar la precisión de la confiabilidad se calculó el Coeficiente Alpha de Cronbach, de consistencia interna, y se obtuvo un valor total " α " = 0.9244.

Todos estos valores nos demostraron la precisión y estabilidad de la Lista de Chequeo de Habilidades Sociales de Goldstein, en términos de validez y confiabilidad.

Baremos

Por último, Tomas (1995) estableció baremos o normas percentilares para los puntajes por dimensión y totales de las Habilidades Sociales provenientes de una muestra de escolares de educación secundaria de 1er a 5to grado de una institución educativa pública de Lima y de estudiantes de la carrera de psicología de una universidad pública.

Tabla 1

Normas eneáticas para la muestra de escolares de secundaria de 1º a 5º año

PUNTUACIÓN DIRECTA DE ESCALAS							
CALIFICACIÓN	I	II	III	IV	V	VI	TOTAL
9	34	27	31	41	52	40	209
8	31	25	29	38	49	37	199
7	29	23	27	36	45	35	189
6	27	22	25	33	42	32	179
5	25	20	23	31	39	30	169
4	23	18	21	29	36	27	159
3	21	16	19	26	33	25	149
2	18	14	17	24	29	23	139
1	0	0	0	0	0	0	0
N	150	150	150	150	150	150	150
X	26.01	20.63	23.59	32.14	40.57	31.11	174.04
DS	4.38	3.68	3.98	4.84	6.42	4.82	20.23

Tabla 2

Normas eneáticas para la muestra de estudiantes de psicología de 1º a 5º año académico

PUNTUACIÓN DIRECTA DE ESCALAS							
CALIFICACIÓN	I	II	III	IV	V	VI	TOTAL
9	38	28	33	43	56	40	228
8	35	26	31	41	53	38	216
7	33	24	29	38	49	35	204
6	30	22	26	36	46	33	192
5	28	21	24	33	42	31	181
4	26	19	22	31	39	28	169
3	23	17	20	29	35	26	157
2	21	15	17	26	32	23	145
1	0	0	0	0	0	0	0
N	200	200	200	200	200	200	200
X	29.27	21.55	25.29	34.59	43.98	31.82	186.50
DS	4.89	3.58	4.54	4.78	6.99	4.83	23.72

3.7. Procedimiento de ejecución para la recolección de datos

Al inicio realizamos la redacción de las cartas de presentación de parte de la Escuela de Psicología de la Universidad Autónoma del Perú, permitiéndome realizar la presente investigación, las cuales fueron presentadas y entregadas a las autoridades competentes de la comunidad terapéutica de drogodependientes.

El tiempo considerado para la aplicación de la prueba y el programa fueron cuatros meses, debido a que se dedicó aproximadamente una semana para poder obtener los permisos, dos semanas para la recepción y coordinación de fechas. Este proceso se realizó al iniciar las practicas pre profesionales de la carrera de Psicología.

En primera instancia, para la realización del estudio piloto de las propiedades psicométricas de la Lista de Chequeo de Habilidades Sociales de Goldstein, se escogieron diez jueces con una larga trayectoria o especialidad profesional en el área, los cuales valoraron la validez de contenido de la prueba. Posteriormente, con el objetivo de obtener la confiabilidad y los baremos respectivos, se aplicó este instrumento a 70 personas con problemas a sustancias psicoactivas en estado de rehabilitación.

Al finalizar el estudio piloto, se procedió a aplicar el instrumento con una muestra de 70 pacientes. Se acudió al centro de rehabilitación con la previa autorización de las personas encargadas. Se asistió tres veces al centro de rehabilitación, la primera fue para la recepción de la carta de presentación y para coordinar fechas específicas y horas asistidas para poder aplicar el instrumento. En nuestra segunda visita se coordinó la realización y aplicación del instrumento a los pacientes en rehabilitación y la tercera fue para la aplicación del programa, por consecuencia, asistir tres veces por semana para la realización de este.

Para la administración, se tomaron en cuenta los criterios de inclusión, se empleó una hora por sesión como tiempo estimado. Se solicitó el apoyo de

colegas y “hermanos mayores” dentro de la institución. Terminando así un aproximado de 4 meses el programa con los datos de pre test y el post test.

3.9. Procesamiento y análisis de datos

Primero, se procede a la codificación de cada prueba administrada al grupo control y al grupo experimental para la elaboración de la base de datos; a continuación, usando dicha base de datos se procesa en el Programa Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS) versión 23, y se procedió luego al análisis estadístico para obtener los resultados mencionados a continuación:

- a) Se procede a describir los datos de la variable dependiente calculando estadísticos descriptivos como son: promedio y la desviación estándar.
- b) Se realiza la aplicación de una prueba de bondad de ajuste para especificar si cada uno de los puntajes siguen o no la curva de distribución normal. Para esto se recurrió a la prueba de bondad de ajuste Shapiro – Wilk al ser los grupos menores a 50 sujetos.
- c) Finalmente se probaron las hipótesis, por medio del uso de la prueba “t” de Student, para muestras relacionadas, con un nivel de significación de 5%, comparando las mediciones antes y después de aplicado el programa respectivamente.

CAPÍTULO IV:
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

4.1. Características sociodemográficas de la muestra

En la tabla 3, con respecto a la distribución del grupo experimental y control según lugar de procedencia, se observa que el 96.7% (29) de los integrantes del grupo experimental son de la costa y el 3.3% (1) son de la sierra. Por lo contrario, el 100% (30) de integrantes del grupo control son de la costa.

Tabla 3

Distribución del grupo experimental y control según lugar de procedencia

Grupos	Procedencia	<i>f</i>	%
Experimental	Costa	29	96.7
	Sierra	1	3.3
	Total	30	100.0
Control	Costa	30	100.0
	Total	30	100.0

En la tabla 4 con respecto a la distribución del grupo experimental y control según grado de instrucción, se observa que el 43.3% (13) de integrantes del grupo experimental cuentan con grado de instrucción de secundaria, el 33.3% (10) superior-técnico y el 23.3% (7) han cursado estudios superior-universitarios. Por otro lado en lo que concierne a los integrantes del grupo control se aprecia que el 50.0% (15) poseen grado de instrucción de secundaria, el 36.7% (11) superior-técnico y el 13.3% (4) cuentan con estudios superior-universitarios.

Tabla 4

Distribución del grupo experimental y control según el grado de instrucción

Grupos	Grado de instrucción	<i>F</i>	%
Experimental	Secundaria	13	43.3
	Superior-Técnico	10	33.3
	Superior-Universitario	7	23.3
	Total	30	100.0
Control	Secundaria	15	50.0
	Superior-Técnico	11	36.7
	Superior-Universitario	4	13.3
	Total	30	100.0

En la tabla 5, respecto a la distribución del grupo experimental y control según distrito, se observa que el 20% (6) de integrantes del grupo experimental son del Callao, el 10% (3) son de Lima, el 10% (3) son del distrito de Surco, el 6.7% (2) son del distrito de Comas y el 3.3% son del distrito de San Borja. Del mismo modo, en cuanto a los integrantes del grupo control, el 23.3% (7) son de Lima, el 20% (6) son de Callao, el 10% (3) son del distrito de Surco y el 6.7% son del distrito de Villa el Salvador.

Tabla 5

Distribución del grupo experimental y control según el distrito

Grupos	Distrito	f	%
Experimental	Callao	6	20.0
	Lima	3	10.0
	Comas	2	6.7
	Surco	3	10.0
	San Borja	1	3.3
	Otros	15	50.0
	Total	30	100.0
Control	Callao	6	20.0
	Lima	7	23.3
	Surco	3	10.0
	Villa El Salvador	2	6.7
	Otros	12	40.0
	Total	30	100

En la tabla 6 con respecto a la distribución del grupo experimental y control según religión, apreciamos que un 63.3% (19) de los integrantes del grupo experimental son de religión católica, el 30% (9) son pertenecientes a otro tipo de religión y el 6.7% (2) son de religión Evangélica. En lo que respecta al grupo control, el 76.7% (23) de sus integrantes son de religión católica, el 20% (6) pertenecen a otro tipo de religión y el 3.3% (1) es de religión Evangélica.

Tabla 6

Distribución del grupo experimental y control según la religión

Grupos	Religión	f	%
Experimental	Católico	19	63.3
	Evangélico	2	6.7
	Otros	9	30.0
	Total	30	100.0
Control	Católico	23	76.7
	Evangélico	1	3.3
	Otros	6	20.0
	Total	30	100.0

En la tabla 7 con respecto a la distribución del grupo experimental y control según la cantidad de hermanos, se observa que el 36.6% (11) de los integrantes del grupo experimental tiene entre 1 a 3 hermanos, el 13.3% (4) tienen 4 hermanos y el 50.1% (15) tiene de 6 hermanos a más. Por otra parte, los integrantes del grupo control manifiestan que el 23.7% (7) tienen de 1 a 3 hermanos, el 16.7% (5) tiene 5 hermanos y el 59.9% (18) tienen de 7 hermanos a más.

Tabla 7

Distribución del grupo experimental y control según la cantidad de hermanos

Grupos	Nº de hermanos	f	%
Experimental	1 a 3	11	36.6
	4 -6	4	13.3
	6 a más	15	50.1
	Total	30	100.0
Control	1 a 3	7	23.7
	5	5	16.7
	7 a más	18	59.9
	Total	30	100.0

En la tabla 8 se observa la distribución del grupo experimental y control según sus edades, se aprecia que el 10% (3) de los integrantes del grupo experimental poseen de 11 a 13 años, siguiendo un 30% (9) de 14 a 16 años, y obteniendo un

60% (18) los que tienen entre 17 y 20 años. No obstante, en los participantes del grupo control se observa que la mayoría cuenta con edades entre 17 y 20 años arrojado un porcentaje de 63.3% (19), el 23.3% (7) se ubican entre las edades de 14 y 16 años y los integrantes entre 11 a 13 años alcanzan un porcentaje de 13.3% (4).

Tabla 8

Distribución del grupo experimental y control según edades

Grupos	Edad	f	%
Experimental	11 - 13 años	3	10.0
	14 - 16 años	9	30.0
	17 - 20 años	18	60.0
	Total	30	100.0
Control	11 - 13 años	4	13.3
	14 - 16 años	7	23.3
	17 - 20 años	19	63.3
	Total	30	100.0

4.2. Resultados de las Habilidades Sociales y sus dimensiones en condiciones pre – test

Previo a efectuar la aplicación sistemática del programa de destrezas sociales se comparó los puntajes de media de cada uno de las dimensiones y puntaje total de las Habilidades Sociales en ambos grupos.

En la tabla 9 se aprecian las medidas descriptivas: medias y desviación estándar en situación pre – test de cada una de las dimensiones y puntaje total de la variable dependiente para ambos grupos. Se puede apreciar que en el *grupo experimental* el promedio más alto lo obtuvo la dimensión Habilidades para hacer frente al estrés (M = 43.23; D.S. = 7.426), mientras que el promedio más bajo lo obtuvo la dimensión Habilidades sociales avanzadas (M = 23.07; D.S. = 3.704), respecto al puntaje total de Habilidades Sociales se obtuvo un promedio de 182.50, con una desviación estándar de 26.796. De igual forma, en el *grupo control* el promedio más alto lo obtuvo la dimensión Habilidades para

hacer frente al estrés (M = 40.47; D.S. = 9.522), entre tanto el promedio más bajo lo consiguió la dimensión Habilidades sociales avanzadas (M = 20.60; D.S. = 3.597), en cuanto al puntaje total de Habilidades Sociales se logró un promedio de 172.00, con una desviación estándar de 29.850.

Tabla 9

Medidas descriptivas de las habilidades sociales en condición pre – test para ambos grupos: experimental y control

Variables	Grupo experimental		Grupo control	
	M	D.S.	M	D.S.
Primeras habilidades básicas	28.70	5.200	27.50	4.932
Habilidades sociales avanzadas	23.07	3.704	20.60	3.597
Habilidades relacionadas con los sentimientos	24.17	5.370	24.83	5.140
Habilidades alternativas a la agresión	32.37	5.962	30.70	5.926
Habilidades para hacer frente al estrés	43.23	7.426	40.47	9.522
Habilidades de planificación	30.97	5.629	27.90	7.312
Habilidades Sociales	182.50	26.796	172.00	29.850

Inmediatamente, con el propósito de verificar la normalidad de los datos se procedió al análisis estadístico con una prueba de bondad de ajuste de Shapiro Wilk, la cual se usó porque cada grupo de comparación está compuesta por menos de 50 sujetos para este estudio.

La tabla 10 muestra los resultados de la prueba de bondad de ajuste de Shapiro Wilk. Se aprecia que las puntuaciones de cada una de las dimensión y puntaje total de Habilidades Sociales se aproximan a una distribución normal ($p > .05$); sin embargo, la dimensión Habilidades de planificación en el grupo experimental no evidencia una distribución normal ($p < .05$), por lo tanto, existen evidencias estadísticas suficientes para el empleo de pruebas paramétricas.

Tabla 10

Resultados de la prueba de bondad de ajuste Shapiro Wilk para Habilidades Sociales y sus dimensiones en condición pre – test para ambos grupos

Variables	Grupo experimental		Grupo control	
	S-W	P	S-W	p
Primeras habilidades básicas	.954 n.s.	.223	.945 n.s.	.126
Habilidades sociales avanzadas	.930 n.s.	.060	.958 n.s.	.276
Habilidades relacionadas con los sentimientos	.965 n.s.	.413	.958 n.s.	.273
Habilidades alternativas a la agresión	.955 n.s.	.137	.948 n.s.	.151
Habilidades para hacer frente al estrés	.966 n.s.	.426	.979 n.s.	.126
Habilidades de planificación	.900 (*)	.018	.951 n.s.	.177
Habilidades Sociales	.935 n.s.	.065	.965 n.s.	.414

Nota: (*) Significativa ($p < .05$); n.s; No significativo ($p > .05$)

4.3. Resultados de las Habilidades Sociales y sus dimensiones en condiciones post – test

La tabla 11 presente ahora las medidas descriptivas: medias y desviación estándar en situación post – test de cada una de las dimensiones y puntaje total de la variable dependiente para ambos grupos. Se puede apreciar que en el *grupo experimental* el promedio más alto lo obtuvo nuevamente la dimensión Habilidades para hacer frente al estrés ($M = 49.23$; $D.S. = 5.283$), mientras que el promedio más bajo lo obtuvo la dimensión Habilidades sociales avanzadas ($M = 25.07$; $D.S. = 2.900$), respecto al puntaje total de Habilidades Sociales se obtuvo un promedio de 206.10, con una desviación estándar de 19.134. Por otro lado, en el *grupo control* el promedio más alto lo obtuvo la dimensión Habilidades para hacer frente al estrés ($M = 36.83$; $D.S. = 6.978$), entre tanto el promedio más bajo lo consiguió la dimensión Habilidades sociales avanzadas ($M = 20.47$; $D.S. = 3.267$), en cuanto al puntaje total de Habilidades Sociales se alcanzó un promedio de 169.93, con una desviación estándar de 23.701.

Tabla 11

*Medidas descriptivas de las Habilidades Sociales en condición **post – test** para ambos grupos: experimental y control*

Variables	Grupo experimental		Grupo control	
	M	D.S.	M	D.S.
Primeras habilidades básicas	33.00	3.677	25.30	5.325
Habilidades sociales avanzadas	25.07	2.900	20.47	3.267
Habilidades relacionadas con los sentimientos	27.03	3.917	23.50	5.335
Habilidades alternativas a la agresión	37.27	4.906	29.03	7.907
Habilidades para hacer frente al estrés	49.23	5.283	36.83	6.978
Habilidades de planificación	34.50	3.758	26.80	4.992
Habilidades Sociales	206.10	19.134	169.93	23.701

4.4. Resultados en el grupo experimental comparando las condiciones pre y post – test

La tabla 12 presenta valores estadísticos básicos de la variable Habilidades Sociales y sus dimensiones para el grupo experimental en donde se procedió al cálculo de la “t” de Student para grupos relacionados. Tal como se puede apreciar, las puntuaciones de las dimensiones y puntaje total de las Habilidades Sociales demuestran que hay diferencias estadísticas significativas ($p < .05$), muy significativas ($p < .01$) y altamente significativas ($p < .001$) por acción del programa de destrezas sociales aplicado a los participantes de este grupo.

Tabla 12

*Habilidades Sociales y sus dimensiones para el **grupo experimental** en condiciones pre y post – test aplicado el programa de destrezas sociales*

Variables	Grupo experimental			
	Pre – test	Post - test	t	p
	M	M		
Primeras habilidades básicas	28.70	33.00	-5.550 (***)	.000
Habilidades sociales avanzadas	23.07	25.07	-3.464 (**)	.002
Habilidades relacionadas con los sentimientos	24.17	27.03	-2.750 (*)	.010
Habilidades alternativas a la agresión	32.37	37.27	-4.753 (***)	.000
Habilidades para hacer frente al estrés	43.23	49.23	-5.563 (***)	.000
Habilidades de planificación	30.97	34.50	-3.220 (**)	.003
Habilidades Sociales	182.50	206.10	-6.365 (***)	.000

Nota: *** Diferencias estadísticas altamente significativas ($p < .001$); ** Diferencias estadísticas muy significativas ($p < .01$); * Diferencias estadísticas significativas ($p < .05$)

4.5. Resultados en el grupo control comparando las condiciones pre y post test

La tabla 13 presenta los resultados de la prueba “t” de Student para grupos relacionados para la variable Habilidades Sociales y sus dimensiones en condiciones pre y post test con respecto al grupo control. Se observa que no existen diferencias estadísticas significativas ($p > .05$) para los puntajes de media conseguido en este grupo; ello debido a que no participaron de la aplicación del programa de destreza social.

Tabla 13

*Habilidades Sociales y sus dimensiones para el **grupo control** en condiciones pre y post – test sin la aplicación del programa de destrezas sociales*

Variables	Grupo control			
	Pre – test M	Post - test M	T	p
Primeras habilidades básicas	27.50	25.30	1.422 n.s.	.310
Habilidades sociales avanzadas	20.60	20.47	1.293 n.s.	.420
Habilidades relacionadas con los sentimientos	24.83	23.50	1.801 n.s.	.260
Habilidades alternativas a la agresión	30.70	29.03	2.078 n.s.	.214
Habilidades para hacer frente al estrés	40.47	36.83	2.838 n.s.	.068
Habilidades de planificación	27.90	26.80	1.293 n.s.	.117
Habilidades Sociales	172.00	169.93	2.261 n.s.	.073

Nota: n.s. Diferencias estadísticas no significativas ($p > .05$)

4.6. Resultados del estudio piloto del instrumento

4.6.1. Validez

4.6.1.1. Validez de contenido

La validez de contenido ha sido definida como el grado en que los ítems que constituyen la prueba son una muestra representativa del dominio de contenido que se mide. Esta forma de validez se ha determinado mediante la comparación sistemática de los ítems de la prueba con el dominio de contenido estudiado, este análisis es factible de ser llevado a cabo de 2 formas; primero, estudiar de manera lógica y racional los ítems explicitando el por qué se incluyen a la prueba; y segundo, con la ayuda de un grupo de jueces competentes y calificados se evalúa el grado en que los reactivos concuerdan con los planteamientos del constructor del instrumento, siendo denominada esta técnica como el criterio de jueces (Escurra, 1988). Es la

modalidad más común para realizar la validez de contenido, se calcula por medio de la prueba binomial o calculando el coeficiente de validez de Aiken.

Validación de contenido: V de Aiken

Los valores que se utilizan como criterio de media van de 0 a 1 y a medida que sea más elevado el valor computado el ítem tendrá una mayor validez de contenido tal como lo señala Ecurra (1988, p. 107) la fórmula utilizada para la validez de contenido fue la siguiente:

$$V = \frac{S}{(N(C - 1))}$$

En donde S, es igual a la sumatoria de Si (valor asignado por el Juez 1); N es el número de jueces y C, constituye el número de valores de la Escala, en este caso 2 (acuerdo y desacuerdo). Ecurra (1988, p. 107), afirma también que para que un ítem se considere válido de haber obtenido un nivel de significancia del 0.05 y es necesario contar con la aprobación de por lo mínimo 8 jueces si la prueba tuvo 10 jueces.

En la tabla 14, observamos los efectos de V de Aiken de la Lista de Chequeo de Habilidades Sociales de Goldstein. Se realizaron cambios en algunas preguntas, debido que la prueba fue adaptada en Perú en el año 1995 y existen términos que no se entienden a la actualidad. Se optó por cambiar los ítems: 4, 6, 10, 27, 38, 42, 45.

Tabla 14

Validez de Contenido de la Lista de Chequeo de Habilidades Sociales de Goldstein, según Coeficiente V de Aiken

ITEM	J1	J2	J3	J4	J5	J6	J7	J8	J9	J10	TOTAL	V DE AIKEN
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1.00
2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1.00
3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1.00
4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1.00
5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1.00
6	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1.00
7	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1.00
8	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1.00
9	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1.00
10	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1.00
11	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1.00
12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1.00
13	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1.00
14	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1.00
15	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1.00
16	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1.00
17	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1.00
18	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1.00
19	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1.00
20	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1.00
21	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1.00
22	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1.00
23	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1.00
24	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1.00
25	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1.00
26	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1.00
27	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1.00
28	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1.00
29	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1.00
30	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1.00
31	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1.00
32	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1.00
33	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1.00
34	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1.00
35	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1.00
36	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1.00
37	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1.00
38	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1.00
39	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1.00
40	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1.00

41	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1.00
42	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1.00
43	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1.00
44	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1.00
45	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1.00
46	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1.00
47	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1.00
48	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1.00
49	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1.00
50	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1.00

En la tabla 15, se observan los ítems modificados de la prueba original de la Lista de Chequeo de Habilidades Sociales de Goldstein. Se realizó los cambios correspondientes en las preguntas del instrumento para efectos del estudio.

Tabla 15

Ítems modificados de la Lista de Chequeo de Habilidades Sociales de Goldstein

Ítems Originales	Ítems Modificados
4: ¿Determina la información que necesita y se les pide a las personas adecuadas?	4: ¿Solicita información cuando lo necesita y lo hace a las personas más adecuadas?
6: ¿Se da a conocer a los demás por propia iniciativa?	6: ¿Se presenta a los demás por iniciativa propia?
10: ¿Elegir la mejor forma para integrarse en un grupo o participar en una determinada actividad?	10: ¿Elige la mejor forma para integrarse en un grupo o participar en una determinada actividad?
27: ¿Defiende sus derechos dando a conocer a los demás las cosas de la mano?	27: ¿Defiende sus derechos dando a conocer a los demás sus razones?
38: ¿Comprender la razón por la cual ha fracasado en una determinada situación y que puede hacer para tener más éxito en el futuro?	38: ¿Comprende la razón por la cual ha fracasado en una determinada situación y que puede hacer para tener más éxito en el futuro?
42: ¿Decida lo que quiere hacer cuando los demás quieren que haga una cosa diferente?	42: ¿Decide lo que quiere hacer cuando los demás quieren que haga una cosa diferente?
45: ¿Toma de decisiones realista sobre lo que es capaz de realizar antes de comenzar la tarea?	45: ¿Toma decisiones realista sobre lo que es capaz de realizar antes de comenzar la tarea?

Validez de contenido: Prueba binominal

Para obtener la interpretación de resultados de la Prueba Binomial, se establecieron las hipótesis nulas y alternas para el caso:

Ho: La proporción de los jueces es mayor de 0.05, por lo tanto, la prueba no tiene validez de contenido.

Ha: La proporción de los jueces es menor o igual de 0.05, por lo tanto, si hay concordancia entre los jueces y la prueba es válida.

Los datos de la tabla 16 muestran que todos los valores de la Lista de Chequeo de Habilidades Sociales de Goldstein son significativos debido a que $p < .001$, por tanto, hay concordancia entre los jueces y la prueba es válida.

Tabla 16

Validez de Contenido de la Lista de Chequeo de Habilidades de Goldstein según prueba Binominal

		Categoría	N	Prop. observada	Prop. de prueba	p
J1	Grupo 1	1.00	50	1.00	.50	.000
	Total		50	1.00		
J2	Grupo 1	1.00	50	1.00	.50	.000
	Total		50	1.00		
J3	Grupo 1	1.00	50	1.00	.50	.000
	Total		50	1.00		
J4	Grupo 1	1.00	50	1.00	.50	.000
	Total		50	1.00		
J5	Grupo 1	1.00	50	1.00	.50	.000
	Total		50	1.00		
J6	Grupo 1	1.00	50	1.00	.50	.000
	Total		50	1.00		
J7	Grupo 1	1.00	50	1.00	.50	.000
	Total		50	1.00		
J8	Grupo 1	1.00	50	1.00	.50	.000
	Total		50	1.00		
J9	Grupo 1	1.00	50	1.00	.50	.000
	Total		50	1.00		
J10	Grupo 1	1.00	50	1.00	.50	.000
	Total		50	1.00		

4.6.2. Confiabilidad

4.6.2.1. Consistencia interna

El análisis de Confiabilidad se realizó a partir de la Consistencia Interna, utilizando el Coeficiente de Alfa de Cronbach (α) para cada uno de los componentes y la escala total de la Lista de Chequeo de Habilidades Sociales de Goldstein de una muestra de 70 sujetos. En la tabla 17 se observa un valor de α de 0.852 para la dimensión Primeras habilidades básicas, 0.768 para la dimensión Habilidades sociales avanzadas, 0.732 para la dimensión Habilidades relacionadas con los sentimientos, 0.745 para la dimensión Habilidades alternativas a la agresión, 0.852 para la dimensión Habilidades para hacer frente a el estrés, 0.754 para la dimensión Habilidades de planificación y de 0.812 para la escala total, estableciendo así un alto nivel de consistencia interna.

Tabla 17

Confiabilidad por consistencia interna para la Lista de Chequeo de Habilidades Sociales: Coeficiente Alfa de Cronbach

	Nº de ítems	α	p
Primeras habilidades básicas	8	.852	.000
Habilidades sociales avanzadas	6	.718	.000
Habilidades relacionadas con los sentimientos	7	.732	.000
Habilidades alternativas a la agresión	9	.745	.000
Habilidades para hacer frente al estrés	12	.852	.000
Habilidades de planificación	8	.754	.000
Escala total	50	.812	.000

**CAPÍTULO V:
DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y
RECOMENDACIONES**

5.1. Discusión de los resultados

Se menciona que el interés por realizar esta investigación surge debido a los alarmantes resultados de estudios epidemiológicos sobre el consumo de sustancias psicoactivas en la población adolescente y adulta tanto en el mundo como en nuestro país, en la que se evidencian los principales factores de riesgo y la carencia de factores protectores que impidan un uso temprano o una dependencia clínica a determinadas drogas (Anicama, Briceño y Araujo, 2011).

Conviene aquí hacer mención de la teoría de la escala de consumo, también conocida como modelo evolutivo (Kandel, 1975), la cual explica cómo la ingesta de drogas en adolescentes evoluciona de forma progresiva y secuencial comenzando con las denominadas drogas de iniciación, que facilitan el paso del consumo de drogas ilegales. El consumo de drogas sigue una secuencia de consumo que comienza con el vino o cerveza, continua con las bebidas destiladas y tabaco a continuación con el cannabis y, por último con otras drogas ilegales. Aunque puede haber diferencias individuales en esta secuencia, el consumo de un sujeto en una de las fases aumenta la probabilidad de pasar a la siguiente etapa.

Muchos autores han hecho énfasis en desarrollar factores protectores para afrontar la problemática del consumo de sustancias psicoactivas, tales como las habilidades sociales, solución de problemas y manejo de emociones. Espada (2015) explica que el área social ha podido deteriorarse como efecto de la adicción. Es por ello que, en ocasiones, se pretende establecer nuevos círculos sociales que ayuden a fomentar intereses saludables. Otra razón de fomentar esta área es el potencial poder reforzante de la interacción social y el papel del apoyo social ante situaciones vitales difíciles. En algunos casos, un déficit social ha estado en la base como factor que ha podido contribuir a la adicción. Es por ello que la presente investigación se propuso determinar los efectos de un programa de destrezas sociales en pacientes de una comunidad terapéutica para drogodependientes.

Los resultados conseguidos nos permiten observar diferencias estadísticas significativas ($p < .05$), muy significativas ($p < .01$) y altamente significativas ($p <$

.001) entre las mediciones pre test y post test del grupo experimental respecto a las dimensiones y puntaje total de las Habilidades Sociales, lo cual confirmaría en primera instancia, que el programa de destrezas sociales empleado favorece el incremento del nivel de Habilidades Sociales, así como sus dimensiones tal como se postula en la hipótesis de investigación.

Estos resultados coinciden con la mayoría de investigaciones revisadas, en las cuales se evaluó el efecto de programas para entrenar las habilidades sociales y se corroboró la presencia de diferencias estadísticas significativas en el grupo experimental luego de aplicado el programa (Calderón, 2008; Arellano, 2012; Martín, 2010; Hernández et al., 2013; Fernández S, 2013). Es importante mencionar que las Habilidades Sociales están consideradas como un factor protector frente al consumo de sustancias psicoactivas en la población adolescente. En ese sentido, toda persona debe contar con repertorios sociales de interacción sólidos en grado suficiente como para ejecutarlos con habilidad y eficiencia en una situación de estrés o conflicto, siendo sus resultados altamente beneficiosos (Anicama, 1996).

Asimismo, al comparar el pre test y post test del grupo experimental, se lograron mejores resultados en las dimensiones: Primeras habilidades básicas, Habilidades alternativas a la agresión y Habilidades para hacer frente al estrés. Esta evidencia coincide con el estudio de Moral y Ovejero (2005), Arellano (2012) y Hernández et al. (2013), quienes obtuvieron mejores resultados e incremento de los niveles de Habilidades Sociales y componentes en el grupo que recibió el entrenamiento.

Finalmente, estudios como el presente permiten crear, validar y adaptar programas de entrenamiento para problemas tan críticos y de gran impacto social como es el consumo de sustancias psicoactivas. Admiten también un mejor conocimiento acerca de la población adolescente y adulta y tendrá como consecuencia dar información útil y pertinente para la proyección y planificación de políticas de salud psicológica que contribuyan de modo eficaz al mejoramiento del estándar y estilo de vida de la población adolescente de Lima.

5.2. Conclusiones

En relación a los objetivos manifestados llegamos a estas conclusiones:

1. Con lo que concierne al objetivo general, se concluye que el programa de destrezas sociales aplicado a pacientes drogodependientes de una comunidad terapéutica en el distrito de Pachacámac demostró cambios significativos ($p < .05$), muy significativos ($p < .01$) y altamente significativos ($p < .001$) en las diferentes dimensiones y puntaje total de la Lista de Chequeo de Habilidades Sociales.
2. Respecto al objetivo específico uno, se determina que en el *grupo experimental* se obtuvo un promedio de 182.50, con una desviación estándar de 26.796 para el puntaje total de Habilidades Sociales. En el *grupo control* se logró un promedio de 172.00, con una desviación estándar de 29.850 en cuanto al puntaje total de Habilidades Sociales **antes** de la aplicación del programa de destrezas sociales.
3. Respecto al objetivo específico dos, se determina que en el *grupo experimental* se obtuvo un promedio de 206.10, con una desviación estándar de 19.134 para el puntaje total de Habilidades Sociales. En cuanto al *grupo control* se alcanzó un promedio de 169.93, con una desviación estándar de 23.70 en el puntaje total de Habilidades Sociales después de la aplicación del programa de destrezas sociales.

5.3. Recomendaciones

1. Replicar la investigación en otras muestras vulnerables, de tal forma que el programa de destrezas sociales pueda seguir demostrando su efectividad en otros contextos clínicos.
2. Regular y entrenar a un grupo de psicólogos clínicos colaboradores constantes para la aplicación y evaluación del programa de destrezas sociales en los contextos clínicos donde se demanden.
3. Disponer de recursos materiales y de espacio para la adecuada aplicación del programa de destrezas sociales, permitiendo así mejores resultados y beneficios para los sujetos en situación experimental.

REFERENCIAS

Anicama, J. (1996). Efectos de un programa ART de sustitución y prevención de la violencia en menores de alto riesgo. *Revista Psicología Contemporánea*, 3(2), 12 – 21.

Anicama, J. Briceño, R. y Araujo, E. (2011). Estudio epidemiológico de violencia, consumo de sustancias psicoactivas y comportamientos asociados en estudiantes de secundaria de Lima – Sur. *Revista ESCIENCIA*, 1(1), 76-90. Recuperado de: https://issuu.com/universidadautonomadelperu/docs/revista_esciencia_online/77

Anguiano Serrano, S. A., Vega Valero, C. Z., Nava Quiroz, C., & Soria Trujano, R. (2010). Las habilidades sociales en universitarios, adolescentes y alcohólicos en recuperación de un grupo de alcohólicos anónimos (AA). *Liberabit*, 16(1), 17-26. Recuperado de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1729-48272010000100003&script=sci_arttext

Arellano, M (2012). *Efectos de un Programa de intervención psicoeducativa para la optimización de las habilidades sociales de alumnos de primer grado de educación secundaria del Centro Educativo Diocesano El Buen Pastor* (Tesis de Maestría). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú

Becoña, E. (28 de agosto de 2007). *Pasos a seguir para la puesta en marcha de un programa preventivo. La evaluación de la prevención*. [Diapositivas de Power Point]. Recuperado de <https://docplayer.es/13787225-Pasos-a-seguir-para-la-puesta-en-marcha-de-un-programa-preventivo-la-evaluacion-de-la-prevencion.html>

Beelmann, A. & Lösel, F. (2006). Child social skills training in developmental crime prevention: Effects on antisocial behavior and social competence. *Psicothema*, 18(3), 603-610.

Borile, M. (11 de junio de 2012) *Taller de fortalecimiento de Capacidades en atención Integral de Salud de Adolescentes y Jóvenes. Rol del facilitador*. [Diapositivas

de Power Point]. Recuperado de <http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/EI%20Rol%20del%20Facilitador.pdf>

Camacho, G. C., Camacho, C. M (2005) Habilidades sociales en adolescencia: un programa de intervención. *Revista profesional Española de Terapia Cognitivo-Conductual*, 3, 1-27.

Cohen Imach, S., Caballero, S. V., Mejail, S., y Hormigo, K. (2012). Habilidades sociales, aislamiento y comportamiento antisocial en adolescentes en contextos de pobreza. *Acta colombiana de Psicología*, 15(1), 11-20.

Caballo, V. (2005). *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. (6ª ed.). Madrid: Siglo XXI.

Caballo, V. (1993). *Manual de Evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. Madrid. Siglo XXI.

Camacho, G. C., Camacho, C. M (2005) Habilidades sociales en adolescencia: un programa de intervención. *Revista profesional Española de Terapia Cognitivo-Conductual*, 3, 1-27.

Calleja, N., Pick, S., Reidl, L., & González-Forteza, C. (2010). Programas de prevención de tabaquismo para mujeres adolescentes. *Salud mental*, 33(5), 419-427. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252010000500006

Cohen Imach, S., Caballero, S. V., Mejail, S., & Hormigo, K. (2012). Habilidades sociales, aislamiento y comportamiento antisocial en adolescentes en contextos de pobreza. *Acta Colombiana De Psicología*, 15(1), 11-20.

Choque, L. R., Chirinos, J.L.C. (2009) Eficacia del Programa de Habilidades para la vida en adolescentes escolares de Huancavelica. *Revista de salud pública*, 11, 169-181.

- Calderón, D (2008) *Programa para mejorar las habilidades psicosociales con técnicas creativas (Intervención para jóvenes en tratamiento por drogodependencia)* (Tesis de Maestría). Universidad de Córdoba, Córdoba, Argentina.
- Del Prette, Z. y Del Prette, A. (2008). Un sistema de categorías de habilidades sociales educativas. *Paidéia*, 18(41), 517-530.
- Dib, N. E., & Sturmey, P. (2007). The effects of verbal instruction, modeling, rehearsal, and feedback on correct posture during flute playing. *Behavior modification*, 31(4), 382-388.
- Espada, J, Orgiles, M, Mendez, X, García, J e Inglés C. (2008). Efectos del Programa Saluda sobre factores cognitivos relacionados con el consumo de drogas. *Salud y Drogas*, 8(1), 29-50. Recuperado de http://www.prevencionbasadaenlaevidencia.net/uploads/PrevEsp_PDF/IE_EfectosProgramaSaluda_Espada.pdf
- Espada, J. (2015). *Conductas adictivas en adolescentes*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Fernández, S (2013). *Programa de Habilidades Sociales para personas con drogodependencia* (Tesis de Maestría). Universidad de Almería, León, España.
- Fernández, P (2010) *Estudio de los factores de riesgo y protección del consumo de sustancias en adolescentes* (Tesis Doctoral). Universidad de Alcalá, Guadalajara, México.
- García Rojas, A. D. (2010). *Estudio sobre el asertividad y las habilidades sociales en el alumnado de educación social*. Recuperado de <http://rabida.uhu.es/dspace/bitstream/handle/10272/5352/b16450188.pdf?...2>
- Gazquez, M, Garcia, J y Espada, J. (2011). Eficacia diferencial de dos programas de prevención escolar sobre el consumo de tabaco, según el tipo de aplicador. *Psicothema*, 23, 537-543. Recuperado de <http://www.psicothema.com/pdf/3919.pdf>

- Gismero, E. (2000). *EHS Escala de habilidades sociales*. Madrid: TEA Publicaciones de Psicología Aplicada.
- Goldstein, A. (2000). *Habilidades sociales y autocontrol en la adolescencia un programa de enseñanza*. España. Martínez Roca.
- Hernández Serrano, O., Espada Sánchez, J. P., Piqueras Rodríguez, J. A., Orgilés Amorós, M., y García Fernández, J. M. (2013). *Programa de prevención del consumo de drogas Saluda: evaluación de una nueva versión en adolescentes españoles*. Recuperado de http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/35822/1/2013_Hernandez_et al_HealthandAddictions.pdf
- Iglesias, A. J., Rodríguez, M. D. C. M., Delgado, A. O., y Valverde, P. R. (2010). Una aproximación a la evaluación de la eficacia de un programa de prevención de drogodependencias en Educación Secundaria en Andalucía. *Adicciones*, 22(3), 253-266. Recuperado de <http://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/186/184>
- Jiménez, M. D. L. V. M., Bernal, A. O., Ruiz, C. S., & Díaz, F. J. R. (2005). Prevención e intervención psicosocial sobre el consumo juvenil de sustancias psicoactivas: Comparación de la eficacia preventiva de cuatro programas. *Intervención Psicosocial*, 14(2), 189-208. Recuperado de <http://www.copmadrid.org/webcopm/publicaciones/social/99051.pdf>
- Jordán Padrón, M., Pachón González, L., Blanco Pereira, M. E., y Achiong Alemañy, M. (2011). Elementos a tener en cuenta para realizar un diseño de intervención educativa. *Revista Médica Electrónica*, 33(4). Recuperado de <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202011/vol4%202011/ema17.htm>
- Kuri, S. E. R., Alcaráz, A. J. C., & Cáceres, M. D. C. F. (2015). Estudio comparativo del proceso de inserción social en hombres y mujeres usuarios de drogas en rehabilitación. *Health and Addictions/Salud y Drogas*, 15(1), 49-54.

- Lacunza, A. B., y de González, N. C. (2011). Las habilidades sociales en niños y adolescentes. Su importancia en la prevención de trastornos psicopatológicos. *Fundamentos en Humanidades*, 12(23), 159-182
- Lacunza, A. B., Castro, S. A. y Contini, N. (2009) Habilidades sociales preescolares: una escala para niños de contextos de pobreza. *Revista de Psicología*, 27(1), 3-28.
- Lorenzo, P. et al (2009). *Drogodependencias: Farmacologías. Patologías. Psicología. Legislación*. España: Panamericana.
- Martin. A (2010). *Evaluación y entrenamiento en competencia social con personas drogodependientes, año 2010 (Doctoral dissertation, Fundación Canaria para la Prevención e Investigación de las Drogodependencias)*. Gobierno de Canarias, Canarias, España.
- Martínez K. I., Salazar Garza, M. L., Pedroza Cabrera, F. J., Ruiz Torres, G. M., & Ayala Velázquez, H. E. (2008). Resultados preliminares del programa de intervención breve para adolescentes que inician el consumo de alcohol y otras drogas. *Salud mental*, 31(2), 119-127. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252008000200006
- Martínez K. I., Pedroza Cabrera, F. J., Muro, V., de los Ángeles, M., Jiménez Pérez, A. L., y Salazar Garza, M. L. (2008). Consejo breve para adolescentes escolares que abusan del alcohol. *Revista mexicana de análisis de la conducta*, 34(2), 247-264. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-45342008000200008
- Monjas, M^a I. (Dir.) (2007). *Cómo promover la convivencia: Programa de Asertividad y Habilidades Sociales (PAHS)*. Madrid: CEPE.
- Moral, M y Ovejero A. (2005). Un programa de intervención psicosocial para la mejora de las habilidades sociales de adolescentes consumidores de alcohol y otras

sustancias psicoactivas. *Colegio Oficial de Psicología de Andalucía Occidental*, 3, 1-26.

National Institute on Drug Abuse (2010). *Terapia cognitiva conductual (alcohol, marihuana, cocaína, metanfetamina y nicotina)*. Recuperado de <http://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/principios-de-tratamientos-para-la-drogadiccion/enfoques-con-base-cientifica-para-los-tratamientos-de-la-dro-10>

National Institute on Drug Abuse (2015) *Hallucinogens And Dissociative Drugs Including LSD, Psilocybin, Peyote, DMT, Ayahuasca, PCP, Ketamine, Dextromethorphan, and Salvia*. Recuperado de <https://d14rmgrtwzf5a.cloudfront.net/sites/default/files/hallucinogensrrs4.pdf>

Observatorio de drogas de Colombia (2015). *Sustancias Psicoactivas*. Recuperado de <http://www.odc.gov.co/CONSUMO-DE-DROGAS/Sustancias-psicoactivas>

Peñafiel, E. (2009). Factores de riesgo y protección en el consumo de sustancias en adolescentes. *Pulso*. 32, 147-173. Recuperado de: <https://revistas.cardenalcisneros.es/index.php/PULSO/article/view/90/67>

Real Academia Española (2014). *Diccionario de la Real Academia Española*. Recuperado de <https://www.rae.es/>

Rodríguez Kuri, S. E., Díaz Negrete, D. B., Gracia Gutiérrez de Velasco, S. E., Guerrero Huesca, J. A., y Gómez-Maqueo, E. L. (2011). Evaluación de un programa de prevención del consumo de drogas para adolescentes. *Salud mental*, 34(1), 27-35. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252011000100004

Sagñay J. (05 de junio de 2012). *¿Qué son las drogas? Las consecuencias de su uso*. Ecuador: Instituto de Neurociencias. Recuperado de <https://www.institutoneurociencias.med.ec/component/k2/item/845drogas-consecuencias>

- Tenera, L. A. C., & De Biava, Y. M. (2009). Habilidades sociales en estudiantes de psicología de una universidad privada de la Costa Caribe Colombiana. *Revista Iberoamericana de Psicología: Ciencia y Tecnología*, 2(1), 39-52.
- Van der Hofstandt, R. (2005). *El libro de las habilidades de comunicación: cómo mejorar la comunicación personal*. Madrid: Díaz de Santos.
- Varela, M. T. A., Cáceres, E. D. R., & José, C. T. R. (2010). Consumo de sustancias psicoactivas ilegales en jóvenes: factores psicosociales asociados. *Pensamiento Psicológico*, 3(8). Recuperado de <http://revistas.javerianacali.edu.co/index.php/pensamientopsicologico/article/viewFile/70/207>
- Volkow, N. (2008) *Las drogas, el cerebro y el comportamiento: La ciencia de la adicción*. Argentina: Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas.
- Wright, F. D., Newman, C. F., y Liese, B. S. (1999). *Terapia cognitiva de las drogodependencias*. Madrid: Paidós.
- Wilkinson, J. y Canter, S. (1982). *Social skills training manual: Assessment, programme design and management of training*. Chichester: Wiley.
- Zubia, V. Y. O. (2005). *Análisis y crítica de la metodología para la realización de planes regionales en el estado de Guanajuato*. Juan Carlos Martínez Coll. Guanajuato, Mexico: Eumed

Anexo 1: Sesiones del programa de destrezas sociales tomados de Goldstein y otros (1989)

Nº SESIÓN	TEMA	OBJETIVO	PROCEDIMIENTO	TÉCNICAS
1	<p>PRIMERAS HABILIDADES SOCIALES Nº 1: <i>ESCUCHAR</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> Adquirir la habilidad de escuchar de forma adecuada, para poder fortalecer así sus habilidades sociales y tomar conciencia ante un consumo de drogas. 	<ul style="list-style-type: none"> Presentación de los facilitadores y de igual manera a los integrantes del grupo experimental. Se establecerá reglas y condiciones al grupo tratante. Explicar los objetivos y lo que se quiere llegar con este programa. Instrucciones y modelado de las primeras habilidades sociales Nº 1: Escuchar Realizar juego de roles donde conlleve una situación relacionada a la habilidad mencionada y aplicada en la vida real. Reforzar de manera positiva a los integrantes del grupo experimental por la actividad realizada. Realizar una Retroalimentación, señalando los aspectos mejorables de la intervención de los integrantes del grupo experimental. Realizar una vez más el juego de roles con las mejoras ya mencionadas. Transferencia de la nueva habilidad social de escuchar. 	<ul style="list-style-type: none"> Instrucción Modelado Juego de Roles Retroalimentación Reforzamiento Transferencia de la conducta social

Nº SESIÓN	TEMA	OBJETIVO	PROCEDIMIENTO	TÉCNICAS
2	<p style="text-align: center;">PRIMERAS HABILIDADES SOCIALES Nº 2: <i>INICIAR UNA CONVERSACIÓN</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Adquirir la habilidad de iniciar una conversación de forma adecuada, para poder fortalecer así sus habilidades sociales y tomar consciencia ante un consumo de drogas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se realizará una revisión de la actividad anterior y se realizará una lluvia de ideas para iniciar la nueva habilidad social. • Presentación inicial de la nueva habilidad social, dando una pequeña introducción al tema y modelado de las primeras habilidades sociales Nº 2: Iniciar una conversación. • Instrucciones y Modelado por parte del facilitador con el cofacilitador de la primera habilidad social Nº2: Iniciar una conversación. • Realizar juego de roles donde conlleve una situación relacionada a la habilidad mencionada y aplicada en la vida real. • Reforzar de manera positiva a los integrantes del grupo experimental por la actividad realizada. • Realizar una Retroalimentación, señalando los aspectos mejorables de la intervención del grupo experimental. • Realizar una vez más el juego de roles con las mejoras ya mencionadas. • Transferencia de la nueva habilidad social de Iniciar una conversación 	<ul style="list-style-type: none"> • Instrucción • Modelado • Juego de Roles • Retroalimentación • Reforzamiento • Transferencia de la conducta social

Nº SESIÓN	TEMA	OBJETIVO	PROCEDIMIENTO	TÉCNICAS
3	HABILIDADES SOCIALES AVANZADAS Nº 3: <i>PARTICIPAR</i>	<ul style="list-style-type: none"> Adquirir la habilidad de participar de forma adecuada, para poder fortalecer así sus habilidades sociales y tomar consciencia ante un consumo de drogas. 	<ul style="list-style-type: none"> Se realizará una revisión de la actividad anterior y se realizará una lluvia de ideas para iniciar la nueva habilidad social. Presentación inicial de la nueva habilidad social, dando una pequeña introducción al tema y modelado de las habilidades sociales avanzadas Nº 3: Participar Instrucciones y Modelado por parte del facilitador con el cofacilitador de las habilidades avanzadas Nº3: Participar Realizar juego de roles donde conlleve una situación relacionada a la habilidad mencionada y aplicada en la vida real. Reforzar de manera positiva a los integrantes del grupo experimental por la actividad realizada. Realizar una Retroalimentación, señalando los aspectos mejorables de la intervención del grupo experimental. Realizar una vez más el juego de roles con las mejoras ya mencionadas. Transferencia de la nueva habilidad social de Participar 	<ul style="list-style-type: none"> Instrucción Modelado Juego de Roles Retroalimentación Reforzamiento Transferencia de la conducta social

Nº SESIÓN	TEMA	OBJETIVO	PROCEDIMIENTO	TÉCNICAS
4	<p>HABILIDADES SOCIALES AVANZADAS Nº 4: <i>DISCULPARSE</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Adquirir la habilidad de disculparse de forma adecuada, para poder fortalecer así sus habilidades sociales y tomar consciencia ante un consumo de drogas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se realizará una revisión de la actividad anterior y se realizará una lluvia de ideas para iniciar la nueva habilidad social. • Presentación inicial de la nueva habilidad social, dando una pequeña introducción al tema y modelado de las habilidades sociales avanzadas Nº 4: disculparse • Instrucciones y Modelado por parte del facilitador con el cofacilitador de las habilidades avanzadas Nº4: disculparse • Realizar juego de roles donde conlleve una situación relacionada a la habilidad mencionada y aplicada en la vida real. • Reforzar de manera positiva a los integrantes del grupo experimental por la actividad realizada. • Realizar una Retroalimentación, señalando los aspectos mejorables de la intervención del grupo experimental. • Realizar una vez más el juego de roles con las mejoras ya mencionadas. • Transferencia de la nueva habilidad social de participar 	<ul style="list-style-type: none"> • Instrucción • Modelado • Juego de Roles • Retroalimentación • Reforzamiento • Transferencia de la conducta social

Nº SESIÓN	TEMA	OBJETIVO	PROCEDIMIENTO	TÉCNICAS
5	<p style="text-align: center;">HABILIDADES RELACIONADA CON LOS SENTIMIENTOS Nº 3: <i>CONOCER LOS PROPIOS SENTIMIENTOS</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Adquirir la habilidad de conocer los propios sentimientos de forma adecuada, para poder fortalecer así sus habilidades sociales y tomar consciencia ante un consumo de drogas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se realizará una revisión de la actividad anterior y se realizará una lluvia de ideas para iniciar la nueva habilidad social. • Presentación inicial de la nueva habilidad social, dando una pequeña introducción al tema y modelado de las habilidades relacionadas con los sentimientos Nº 5: conocer los propios sentimientos • Instrucciones y Modelado por parte del facilitador con el cofacilitador de las habilidades relacionadas con los sentimientos Nº 5: conocer los propios sentimientos • Realizar juego de roles donde conlleve una situación relacionada a la habilidad mencionada y aplicada en la vida real. • Reforzar de manera positiva a los integrantes del grupo experimental por la actividad realizada. • Realizar una Retroalimentación, señalando los aspectos mejorables de la intervención del grupo experimental • Realizar una vez más el juego de roles con las mejoras ya mencionadas. • Transferencia de la nueva habilidad social de conocer los propios sentimientos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Instrucción • Modelado • Juego de Roles • Retroalimentación • Reforzamiento • Transferencia de la conducta social

Nº SESIÓN	TEMA	OBJETIVO	PROCEDIMIENTO	TÉCNICAS
6	<p>HABILIDADES SOCIALES AVANZADAS Nº 3: <i>RESOLVER EL MIEDO</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> Adquirir la habilidad de resolver el miedo, para poder fortalecer así sus habilidades sociales y tomar consciencia ante un consumo de drogas. 	<ul style="list-style-type: none"> Se realizará una revisión de la actividad anterior y se realizará una lluvia de ideas para iniciar la nueva habilidad social. Presentación inicial de la nueva habilidad social, dando una pequeña introducción al tema y modelado de las habilidades relacionadas con los sentimientos N° 5: Resolver el miedo. Instrucciones y Modelado por parte del facilitador con el cofacilitador de las habilidades relacionadas con los sentimientos N° 5: Resolver el miedo Reforzar de manera positiva a los integrantes del grupo experimental por la actividad realizada. Reforzar de manera positiva a los participantes por la actividad realizada. Realizar una Retroalimentación, señalando los aspectos mejorables de la intervención del grupo experimental. Realizar una vez más el juego de roles con las mejoras ya mencionadas. Transferencia de la nueva habilidad social de Participar 	<ul style="list-style-type: none"> Instrucción Modelado Juego de Roles Retroalimentación Reforzamiento Transferencia de la conducta social

Nº SESIÓN	TEMA	OBJETIVO	PROCEDIMIENTO	TÉCNICAS
7	<p style="text-align: center;">HABILIDADES ALTERNATIVAS A LA AGRASIÓN Nº 7: <i>AYUDAR A LOS DEMÁS</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Adquirir la habilidad de ayudar a los demás de forma adecuada, para poder fortalecer así sus habilidades sociales y tomar consciencia ante un consumo de drogas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se realizará una revisión de la actividad anterior y se realizará una lluvia de ideas para iniciar la nueva habilidad social. • Presentación inicial de la nueva habilidad social, dando una pequeña introducción al tema y modelado de las habilidades alternativas a la agresión Nº 7: Ayudar a los demás. • Instrucciones y Modelado por parte del facilitador con el cofacilitador de las habilidades alternativas a la agresión Nº 7: Ayudar a los demás. • Realizar juego de roles donde conlleve una situación relacionada a la habilidad mencionada y aplicada en la vida real. • Reforzar de manera positiva a los integrantes del grupo experimental por la actividad realizada. • Realizar una Retroalimentación, señalando los aspectos mejorables de la intervención del grupo experimental. • Realizar una vez más el juego de roles con las mejoras ya mencionadas. • Transferencia de la nueva habilidad social de ayudar a los demás. 	<ul style="list-style-type: none"> • Instrucción • Modelado • Juego de Roles • Retroalimentación • Reforzamiento • Transferencia de la conducta social

Nº SESIÓN	TEMA	OBJETIVO	PROCEDIMIENTO	TECNICAS
8	<p style="text-align: center;">HABILIDADES ALTERNATIVAS A LA AGRESIÓN Nº 8: <i>DEFENDER LOS PROPIOS DERECHOS</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Adquirir la habilidad de participar de defender los propios derechos, para poder fortalecer así sus habilidades sociales y tomar consciencia ante un consumo de drogas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se realizará una revisión de la actividad anterior y se realizará una lluvia de ideas para iniciar la nueva habilidad social. • Presentación inicial de la nueva habilidad social, dando una pequeña introducción al tema y modelado de las habilidades alternativas a la agresión Nº 8: Defender los propios derechos. • Instrucciones y Modelado por parte del facilitador con el cofacilitador de las habilidades alternativas a la agresión Nº 8: Defender los propios derechos. • Realizar juego de roles donde conlleve una situación relacionada a la habilidad mencionada y aplicada en la vida real. • Reforzar de manera positiva a los integrantes del grupo experimental por la actividad realizada. • Realizar una Retroalimentación, señalando los aspectos mejorables de la intervención del grupo experimental. • Realizar una vez más el juego de roles con las mejoras ya mencionadas. • Transferencia de la nueva habilidad social de defender los propios derechos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Instrucción • Modelado • Juego de Roles • Retroalimentación • Reforzamiento • Transferencia de la conducta social

Nº SESIÓN	TEMA	OBJETIVO	PROCEDIMIENTO	TÉCNICAS
9	<p>HABILIDADES PARA HACER FRENTE AL ESTRÉS Nº 9: <i>ARREGLARSELAS CUANDO LE DEJAN DE LADO</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> Adquirir la habilidad de participar de forma adecuada, para poder fortalecer así sus habilidades sociales y tomar consciencia ante un consumo de drogas. 	<ul style="list-style-type: none"> Se realizará una revisión de la actividad anterior y se realizará una lluvia de ideas para iniciar la nueva habilidad social. Presentación inicial de la nueva habilidad social, dando una pequeña introducción al tema y modelado de las habilidades para hacer frente al estrés Nº 9: Arreglárselas cuando lo dejan de lado Instrucciones y Modelado por parte del facilitador con el cofacilitador de las habilidades para hacer frente al estrés Nº 9: Arreglárselas cuando lo dejan de lado Realizar juego de roles donde conlleve una situación relacionada a la habilidad mencionada y aplicada en la vida real. Reforzar de manera positiva a los integrantes del grupo experimental por la actividad realizada. Realizar una Retroalimentación, señalando los aspectos mejorables de la intervención del grupo experimental. Realizar una vez más el juego de roles con las mejoras ya mencionadas. Transferencia de la nueva habilidad social de arreglársela cuando le dejan de lado. 	<ul style="list-style-type: none"> Instrucción Modelado Juego de Roles Retroalimentación Reforzamiento Transferencia de la conducta social

Nº SESIÓN	TEMA	OBJETIVO	PROCEDIMIENTO	TÉCNICAS
10	<p>HABILIDADES PARA HACER FRENTE AL ESTRÉS N° 10: <i>HACER FRENTE A LA PRESIÓN DE GRUPO</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> Adquirir la habilidad de hacer frente a la presión de grupo de forma adecuada, para poder fortalecer así sus habilidades sociales y tomar consciencia ante un consumo de drogas. 	<ul style="list-style-type: none"> Se realizará una revisión de la actividad anterior y se realizará una lluvia de ideas para iniciar la nueva habilidad social. Presentación inicial de la nueva habilidad social, dando una pequeña introducción al tema y modelado de las habilidades para hacer frente al estrés N° 10: Hacer frente a la presión de grupo. Instrucciones y Modelado por parte del facilitador con el cofacilitador de las habilidades para hacer frente al estrés N° 10: Hacer frente a la presión de grupo. Realizar juego de roles donde conlleve una situación relacionada a la habilidad mencionada y aplicada en la vida real. Reforzar de manera positiva a los integrantes del grupo experimental por la actividad realizada. Realizar una Retroalimentación, señalando los aspectos mejorables de la intervención del grupo experimental. Realizar una vez más el juego de roles con las mejoras ya mencionadas. Transferencia de la nueva habilidad social de hacer frente a la presión de grupo. 	<ul style="list-style-type: none"> Instrucción Modelado Juego de Roles Retroalimentación Reforzamiento Transferencia de la conducta social

Nº SESIÓN	TEMA	OBJETIVO	PROCEDIMIENTO	TÉCNICAS
11	<p>HABILIDADES DE PLANIFICACIÓN Nº 11: <i>ESTABLECER UN OJETIVO</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> Adquirir la habilidad de establecer un objetivo de forma adecuada, para poder fortalecer así sus habilidades sociales y tomar consciencia ante un consumo de drogas. 	<ul style="list-style-type: none"> Se realizará una revisión de la actividad anterior y se realizará una lluvia de ideas para iniciar la nueva habilidad social. Presentación inicial de la nueva habilidad social, dando una pequeña introducción al tema y modelado de las habilidades de planificación Nº 11: Establecer un objetivo Instrucciones y Modelado por parte del facilitador con el cofacilitador de las habilidades de planificación Nº 11: Establecer un objetivo Realizar juego de roles donde conlleve una situación relacionada a la habilidad mencionada y aplicada en la vida real. Reforzar de manera positiva a los integrantes del grupo experimental por la actividad realizada. Realizar una Retroalimentación, señalando los aspectos mejorables de la intervención del grupo experimental. Realizar una vez más el juego de roles con las mejoras ya mencionadas. Transferencia de la nueva habilidad social de establecer un objetivo 	<ul style="list-style-type: none"> Instrucción Modelado Juego de Roles Retroalimentación Reforzamiento Transferencia de la conducta social

Nº SESIÓN	TEMA	OBJETIVO	PROCEDIMIENTO	TÉCNICAS
12	<p style="text-align: center;">HABILIDADES DE PLANIFICACIÓN Nº 12: <i>TOMAR UNA DECISIÓN</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Adquirir la habilidad de tomar una decisión de forma adecuada, para poder fortalecer así sus habilidades sociales y tomar consciencia ante un consumo de drogas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se realizará una revisión de la actividad anterior y se realizará una lluvia de ideas para iniciar la nueva habilidad social. • Presentación inicial de la nueva habilidad social, dando una pequeña introducción al tema y modelado de las habilidades de planificación Nº 12: Tomar una decisión • Instrucciones y Modelado por parte del facilitador con el cofacilitador de las habilidades de planificación Nº 12: Tomar una decisión • Realizar juego de roles donde conlleve una situación relacionada a la habilidad mencionada y aplicada en la vida real. • Reforzar de manera positiva a los integrantes del grupo experimental por la actividad realizada. • Realizar una Retroalimentación, señalando los aspectos mejorables de la intervención del grupo experimental. • Realizar una vez más el juego de roles con las mejoras ya mencionadas. • Transferencia de la nueva habilidad social de tomar una decisión. 	<ul style="list-style-type: none"> • Instrucción • Modelado • Juego de Roles • Retroalimentación • Reforzamiento • Transferencia de la conducta social

ANEXO 2:

LISTA DE CHEQUEO DE HABILIDADES SOCIALES ARNOLD GOLDSTEIN

Edad: _____ Fecha: _____ Iniciales: _____

Marque con una "x" debajo del número que usted vea conveniente de acuerdo a la siguiente escala:

Marque 1 si nunca utiliza la habilidad
Marque 2 si muy pocas veces utiliza a habilidad
Marque 3 si alguna vez utiliza la habilidad
Marque 4 si a menudo utiliza la habilidad
Marque 5 si siempre utiliza la habilidad

Nº	PREGUNTAS	1	2	3	4	5
1.	¿Presta atención a la persona que está hablando y hace un esfuerzo para comprender lo que está diciendo?					
2.	Iniciar una conversación ¿Habla con los demás de temas poco importantes para pasar luego a los más importantes?					
3.	Mantener una conversación ¿habla con otras personas sobre cosas que interesan ambos?					
4.	Formular una pregunta ¿Solicita información cuando lo necesita y lo hace a las personas más adecuadas?					
5.	Dar las gracias ¿permite que los demás sepan que agradece favores?					
6.	Presentarse ¿Se presenta a los demás por iniciativa propia?					
7.	Presentar a otras personas ¿Ayuda a los demás que se conozcan entre sí?					
8.	Hacer un cumplido ¿Dice que le gusta algún aspecto de la otra persona o alguna de las actividades que realiza?					
9.	Pedir ayuda ¿Pide que le ayuden cuando tiene alguna dificultad?					
10.	Participar ¿Elige la mejor forma para integrarse en un grupo o participar en una determinada actividad?					
11.	Dar instrucciones ¿Explica con claridad a los demás como hacer una tarea específica?					

12.	Disculparse ¿Presta atención a las instrucciones, pide explicaciones, lleva adelante las instrucciones correctamente?					
13.	Disculparse ¿Pide disculpas a los demás por haber hecho algo mal?					
14.	Convencer a los demás ¿Intenta persuadir a los demás que sus ideas son mejores y serán de mayor utilidad que de las de otra persona?					
15.	Conocer los propios sentimientos ¿Intenta reconocer las emociones que experimenta?					
16.	Expresar los sentimientos ¿Permite que los demás conozcan lo que siente?					
17.	Comprender los sentimientos de los demás ¿Intenta comprender lo que sienten los demás?					
18.	Enfrentarse con el enfado del otro ¿Intenta comprender lo que sienten los demás?					
19.	Expresar afecto ¿Permite que los demás sepan que se preocupa o se interesa por ellos?					
20.	Resolver el miedo ¿Piensa por qué está asustado y hace algo para disminuir su miedo?					
21.	Auto recompensarse ¿Se dice a sí mismo o hace cosas agradables cuando se merece su recompensa?					
22.	Pedir permiso ¿Reconoce cuando es necesario pedir permiso para hacer algo y luego le pide a la persona indicada?					
23.	Compartir algo ¿Se ofrece para compartir algo que es apreciado por los demás?					
24.	Ayuda a los demás ¿Ayuda a quién necesita?					
25.	Negociar ¿Llegó a establecer un acuerdo que satisfaga tanto a sí mismo como a quienes tienen posturas diferentes?					
26.	Emplear auto control ¿Controla su carácter de modo que no se le escapen las cosas de la mano?					
27.	Defender los propios derechos ¿Defiende sus derechos dando a conocer a los demás sus razones?					
28.	Responder a las bromas ¿Se las arregla sin perder el control cuando los demás te hacen bromas?					

29.	Evitar los problemas con los demás ¿Se mantiene al margen de las situaciones que le pueden ocasionar problemas?					
30.	No entrar en peleas ¿Encuentra otras formas para resolver situaciones difíciles sin tener que pelearse?					
31.	Formular una queja ¿Les dice a los demás cuando han sido ellos los responsables de originar un determinado problema e intenta encontrar una solución?					
32.	Responder una queja ¿Intenta llegar a una solución justa ante la queja justificada de alguien?					
33.	Demostrar deportividad después de un juego ¿Expresa un cumplido sincero a los demás por la forma en que han jugado?					
34.	Resolver la vergüenza ¿Hace algo que le ayude a sentir menos vergüenza o a estar cohibido?					
35.	Arreglárselas cuando lo dejan de lado ¿Determina si lo han dejado de lado en alguna actividad y luego hace algo para sentirse mejor en esa situación?					
36.	Defender un amigo ¿Manifiesta a los demás que han tratado injustamente a un amigo?					
37.	Responder a la persuasión ¿Considera con cuidado la posición de la otra persona, comparándola con la propia, antes de decidir lo que hará?					
38.	Responder al fracaso ¿Comprende la razón por la cual ha fracasado en una determinada situación y que puede hacer para tener más éxito en el futuro?					
39.	Enfrentarse a los mensajes contradictorios ¿Reconoce y resuelve la confusión que se produce cuando los demás le explican una cosa y hacen otra?					
40.	Responder una acusación ¿Comprende lo que significa la acusación y por qué se la han hecho y luego piensa en la mejor forma de relacionarse con la persona que ha hecho la acusación?					
41.	Prepararse para una conversación difícil ¿Planifica forma de exponer su punto de vista antes de una conversación problemática?					

42.	Hacer frente a la presión del grupo ¿Decide lo que quiere hacer cuando los demás quieren que haga una cosa diferente?					
43.	Tomar iniciativas ¿Resuelve la sensación de aburrimiento iniciando una nueva actitud interesante?					
44.	Discernir sobre la causa de un problema ¿Reconoce si la causa de algún acontecimiento es consecuencia de alguna situación bajo su control?					
45.	Establecer un objetivo ¿Toma decisiones realista sobre lo que es capaz de realizar antes de comenzar la tarea?					
46.	Determinar las propias habilidades ¿Es realista cuando debe dilucidar como puede desenvolverse en una determinada tarea?					
47.	Recoger información ¿Resuelve lo que necesita saber y cómo conseguir la información?					
48.	Resolver los problemas según su importancia ¿Determina de forma realista cuál de los problemas es el más importante y solucionarlo primero?					
49.	Tomar una decisión ¿Considera las posibilidades y elige la que le hará sentirse mejor?					
50.	Concentrarse en una tarea ¿Se organiza y se prepara para facilitar la ejecución de su trabajo?					