

UNIVERSIDAD DE CUENCA



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

**“ESTUDIO COMPARATIVO DE HABILIDADES SOCIALES EN DOS GRUPOS
DE DROGODEPENDIENTES”**

*Trabajo de titulación previo a la obtención
del Título de Psicólogo/a Clínico/a*

AUTORES:

José Antonio Fernández Guartambel
C.I. 0105461396

Johanna Priscila Jara Bermeo
C.I. 0104409420

DIRECTOR:

Mst. Paola Vanessa Duque Espinoza
C.I. 0103666285

CUENCA – ECUADOR

2017



RESUMEN

La presente investigación tiene como propósito determinar el nivel de habilidades sociales en dos grupos de personas drogodependientes, con un estudio de corte descriptivo-comparativo con enfoque cuantitativo. El primer grupo está conformado por pacientes que se encuentran en sus primeras tres semanas de internamiento y el segundo por aquellos que están cursando las últimas tres semanas previas a su egreso. Además, busca determinar si existen diferencias significativas entre las habilidades sociales encontradas en dichos grupos. La muestra total está compuesta por 57 pacientes varones que se encontraban en 3 centros de rehabilitación diferentes en la ciudad de Cuenca, con edades comprendidas entre los 18 y 40 años. Para la valoración se utilizó como instrumento la Lista de chequeo de habilidades sociales de Goldstein, obteniendo como resultado que no existe una diferencia significativa entre los dos grupos. Sin embargo, se logró determinar que los pacientes que se encontraban próximos a su egreso, obtuvieron mejores puntuaciones en la escala aplicada.

Palabras clave: DROGODEPENDENCIA, HABILIDADES SOCIALES.



ABSTRACT

The main purpose of the present investigation is to identify the levels of social skills in two different groups of drug addicts. It was achieved through a descriptive-comparative cut with a quantitative approach. The first group was conformed with those who have been hospitalized for less than three weeks, and the second one by those who were in the last three weeks prior to finishing the rehabilitation program. Another aim in this investigation was to define if there's any significant differences between said groups. The total sample consisted of 57 male patients who were in 3 different rehabilitation centers in the city of Cuenca and that were between the ages of 18 and 40 years. The Goldstein Social Skills Checklist was used as the instrument to measure the social skills in the sample, resulting in no significant difference between the two groups. However, it was possible to conclude that the patients who were in the second group got better results in the scale.

Key words: DRUG ADDICTION, SOCIAL SKILLS.



ÍNDICE

RESUMEN	2
ABSTRACT	3
DEDICATORIA	9
AGRADECIMIENTO	10
INTRODUCCIÓN	11
METODOLOGÍA.....	15
RESULTADOS	19
DISCUSIÓN.....	26
CONCLUSIONES	28
RECOMENDACIONES	29
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	30
ANEXOS	34
CONSENTIMIENTO INFORMADO	37



CLÁUSULA DE DERECHOS DE AUTOR

Johanna Priscila Jara Bermeo, en calidad de autora y titular de los derechos morales y patrimoniales del trabajo de titulación “ESTUDIO COMPARATIVO DE HABILIDADES SOCIALES EN DOS GRUPOS DE DROGODEPENDIENTES”, de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Asimismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de este trabajo de titulación en el Repositorio Institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 06 de septiembre de 2017

Johanna Priscila Jara Bermeo

C.I: 0104409420



CLÁUSULA DE DERECHOS DE AUTOR

José Antonio Fernández Guartambel en calidad de autor y titular de los derechos morales y patrimoniales del trabajo de titulación “ESTUDIO COMPARATIVO DE HABILIDADES SOCIALES EN DOS GRUPOS DE DROGODEPENDIENTES”, de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Asimismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de este trabajo de titulación en el Repositorio Institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 06 de septiembre de 2017

José Antonio Fernández Guartambel

C.I: 0105461396



CLÁUSULA DE PROPIEDAD INTELECTUAL

José Antonio Fernández Guartambel, autor del trabajo de titulación “ESTUDIO COMPARATIVO DE HABILIDADES SOCIALES EN DOS GRUPOS DE DROGODEPENDIENTES”, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autor.

Cuenca, 06 de Septiembre de 2017

José Antonio Fernández Guartambel

C.I: 0105461396



CLÁUSULA DE PROPIEDAD INTELECTUAL

Johanna Priscila Jara Bermeo, autora del trabajo de titulación “ESTUDIO COMPARATIVO DE HABILIDADES SOCIALES EN DOS GRUPOS DE DROGODEPENDIENTES”, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autor.

Cuenca, 06 de Septiembre de 2017

Johanna Priscila Jara Bermeo

C.I: 0104409420



DEDICATORIA

Con todo mi amor, a mi madre María, esa mujer luchadora, que a pesar de todos los obstáculos que se le han atravesado en el camino, nunca supo darse por vencida. Con su fortaleza y perseverancia, me enseñó que en la vida no hay obstáculos insuperables. A esa hermosa mujer que me transmitió, que en la vida, el talento no es nada frente al esfuerzo y la perseverancia. Gracias madre mía por la paciencia y la fortaleza que has tenido.

A mi hermano Ángel, quien sin tener porque, asumió ese rol de padre, quien me enseñó que la sencillez y la honestidad son lo más importante para llegar a tener éxito.

A mi hermano Javier, quien a pesar de mi comportamiento siempre estuvo ahí, desde las sombras apoyándome, quien nunca juzgó o contrarió mis decisiones. Gracias hermano.

A mi hermana Fernanda, quien día a día llena de luz mi vida.

José

DEDICATORIA

Agradezco a Dios por ponerme a las personas perfectas en el camino, y esas personas perfectas son: mis padres, mis hermanas, mi esposo y mi compañero de tesis, a quienes debo mucho. Para ustedes con cariño y afecto.

Priscila



AGRADECIMIENTO

De forma sincera queremos agradecer a la Universidad de Cuenca y a la Facultad de Psicología por habernos impartido toda clase de conocimientos, que seguramente nos serán útiles a lo largo de nuestra vida profesional.

De manera especial agradecemos a la Mgt. Vanessa Duque, quien ha demostrado ser una excelente docente, persona y amiga. Gracias por todo el apoyo, la motivación, la confianza que nos supo brindar, las supervisiones y el tiempo que nos dedicó, aun estando fuera de su horario.

Gracias.

José Antonio Fernández

Johanna Priscila Jara

INTRODUCCIÓN

Las drogas han estado presentes desde que existe el hombre (Martínez & Rubio, 2002), ya sea con objetivos mágicos, religiosos, festivos o sanitarios (Gabantxo, 2001), sin embargo, en épocas recientes, el consumo de drogas ha tenido repercusiones en la salud pública. El uso de estas sustancias está ligado a una cuarta parte de las defunciones anuales que se producen en el continente Americano (Peruga, Rincón & Selin, 2002), además, el consumo de sustancias causa serios problemas en todas las áreas del funcionamiento del ser humano como: el área física, psicológica, familiar, laboral y social (Barragán, Flores, Morales, González, Martínez & Ayala, 2012).

El consumo de drogas puede generar una amplia variedad de problemas en las personas, razón por la cual el tema de las drogodependencias ha despertado gran interés en las comunidades académicas, lo que ha llevado al desarrollo de una terminología propia para esta temática, sin embargo, en muchas ocasiones algunos términos (uso, abuso, dependencia) son utilizados erradamente como sinónimos, razón por la cual es necesario definir algunos conceptos esenciales. Becoña & Cortés (2010) exponen que por *uso* se entiende el consumo esporádico de una sustancia. En cambio, el *abuso* hace referencia a un uso continuado de la sustancia, a pesar de las consecuencias negativas derivadas del mismo. Ahora, la dependencia también llamada drogodependencia, drogadicción o toxicomanía, hace referencia a un estado psicofísico, causado por la interacción continua de un organismo vivo con una droga, generalmente a causa de un impulso irreprimible, el cual genera alteraciones en el comportamiento (Barrionuevo, 2013). En esta misma línea de pensamiento la Organización Mundial de la Salud (1964) define a la dependencia como:

Estado de intoxicación periódica o crónica producida por el consumo repetido de una droga, que se caracteriza por: a) Compulsión: deseo invencible o una necesidad irreprimible de continuar consumiendo la droga; b) Tolerancia: tendencia al aumento de la dosis; c) Dependencia: de tipo psíquico y generalmente físico respecto a los efectos de la droga; d) Efectos perjudiciales: puede haber efectos perjudiciales para el sujeto, para la sociedad o para ambos.

Martin & Lorenzo (1998) describen esencialmente tres tipos de dependencia: 1. Física, también denominada neuroadaptación, la misma que se caracteriza por la necesidad de mantener ciertos niveles de droga en el organismo, se manifiesta por la tolerancia y el síndrome de abstinencia; 2. Psicológica, hace referencia al deseo irresistible de administrarse

la sustancia y 3. Social, caracterizada por la necesidad de consumir la droga como signo de pertenencia a un grupo social.

En busca de mejorar las condiciones de vida de las personas drogodependientes, se ha desarrollado una amplia variedad de tratamientos, siendo la terapia cognitivo conductual la que ha mostrado mayor eficacia (Becoña & Cortés, 2010). Las intervenciones dentro de esta corriente, tienen como objetivo el entrenamiento en determinadas habilidades, que permite a los individuos responder adecuadamente a los estímulos ambientales que mantienen esta conducta. El entrenamiento en habilidades sociales es una de las estrategias terapéuticas más utilizadas para el tratamiento de adicciones. El fundamento de este tipo de terapia, se basa en que el paciente carece de dichas habilidades para hacer frente a situaciones sociales. Estas deficiencias pueden llevar a la aparición de estrés y otras dificultades para resistir a la presión social, lo cual puede desembocar en el consumo de sustancias. Por lo tanto, estas intervenciones buscan que las personas adquieran destrezas que les ayuden a hacer frente a los eventos que puedan desencadenar el consumo de drogas (Villa, Rodríguez, Hermida & Crespo, 2007).

Las habilidades sociales se entienden como “aquellas conductas aprendidas que ponen en juego las personas en situaciones interpersonales para obtener o mantener reforzamiento del ambiente” (Kelly, 1987). Puesto que estas habilidades son destrezas aprendidas, no todas las personas las poseen. Hidalgo & Abarca (1990) describen 4 modelos que están relacionados con la etiología de la carencia de habilidades sociales: a) Déficit de habilidades, b) Inhibición de respuesta, c) Inhibición mediatizada y d) Fallas en la discriminación.

Como se ha expuesto anteriormente, las habilidades sociales son el resultado del aprendizaje y por lo tanto pueden ser objeto de enseñanza, por lo cual, Kelly (1987), describió un modelo básico de entrenamiento en habilidades sociales (EHS), la misma que consta de cinco fases 1) Instrucciones: consiste en brindar información general sobre la importancia de la habilidad que será objeto de atención durante la sesión; 2) Exposición a modelos: un modelo realiza la conducta que se trata de enseñar, esto permite que la persona aprenda a través de la observación, también denominado aprendizaje observacional; 3) Ensayo conductual: en esta fase el sujeto practica la conducta previamente modelada, lo cual permite

introducir nuevos repertorios en la conducta del cliente; 4) Feedback: consiste en brindar información sobre como realizó el ensayo conductual, con el objetivo de mantener y reforzar las conductas apropiadas durante la práctica y, por último, 5) Generalización: hace referencia al uso de conductas recién aprendidas en contextos que sean diferentes a la situación en la cual se aprendió.

Es necesario señalar que, el término habilidades sociales, abarca una amplia gama de comportamientos y por esta razón Goldstein, Sprafkin, Gershaw & Klein (1980) las clasifica en seis categorías:

1.- Primeras habilidades sociales: están compuestas por la capacidad para escuchar, iniciar y mantener una conversación, formular preguntas, dar gracias, presentarse, presentar a otras personas y hacer cumplidos.

2.- Habilidades sociales avanzadas: pedir ayuda, participar, dar instrucciones, seguir instrucciones, disculparse y convencer a los demás.

3.- Habilidades relacionadas con los sentimientos: poder reconocer, expresar y comprender los sentimientos propios como ajenos. Además de enfrentarse con el enfado de los otros, resolver el miedo y auto-recompensarse.

4.- Habilidades alternativas a la agresión: pedir permiso, compartir algo, ayudar a los demás, negociar, emplear el autocontrol, defender los propios derechos, responder a las bromas de manera adecuada, evitar los problemas con los demás y no involucrarse en peleas.

5.- Habilidades para hacer frente al estrés: formular y responder a una queja, resolver la vergüenza, arreglárselas cuando le dejan de lado, defender a un amigo, responder a la persuasión y al fracaso adecuadamente, enfrentarse a los mensajes contradictorios, prepararse para acusar y hacer frente a las acusaciones.

6.- Habilidades de planificación: tomar decisiones, discernir sobre la causa de un problema, establecer objetivos, determinar las propias habilidades, recoger información, resolver los problemas según su importancia y concentrarse en una tarea.



Bien, ahora con respecto a las habilidades sociales dentro del ámbito de las adicciones, se ha descrito que el déficit de las mismas constituye un factor de riesgo para el ingreso al mundo de las drogas (Cabanillas, 2012); además algunas investigaciones efectivamente han encontrado que las personas drogodependientes poseen habilidades sociales pobres en comparación con otros grupos (Serrano, Valero, Quiroz, & Trujano, 2010), especialmente aquellas relacionadas a los sentimientos, al igual que a las habilidades de planificación (Velín & Mireya, 2015). Como es el caso en la investigación realizada por Gonzálvez, Sánchez, Riquelme & Amorós (2014), en la cual se evidencia que aquellos adolescentes que poseen un adecuado manejo de las habilidades sociales consumen drogas en menor cantidad que quienes presentan dificultad en el desarrollo de las mismas. Para concluir, es necesario mencionar la investigación de Jones (2016), en la cual se demuestra que el EHS influye de manera positiva sobre la disminución en el consumo de drogas.

Como se ha señalado ya, la carencia de habilidades sociales constituyen un factor influyente en el inicio del consumo de drogas. Por lo tanto, el buen uso de las mismas se considera como un elemento fundamental en la recuperación de los drogodependientes, razón por la cual el modelo cognitivo conductual incluye en sus tratamientos un EHS, por medio del cual se busca mejorar destrezas como “habilidades para rechazar el consumo, habilidades de escucha y conversación, entrenamiento en solución de problemas, asertividad, comunicación no verbal, rechazo de peticiones, expresión de sentimientos y emociones, etc.” (Becona & Cortés, 2010).

METODOLOGÍA

Para el desarrollo del presente estudio se planteó la siguiente pregunta de investigación:

- ¿Existe diferencia entre el nivel de habilidades sociales de las personas drogodependientes que están ingresando a un centro de rehabilitación de aquellas que están egresando del mismo?

De igual manera, se establecieron los objetivos que se detallan a continuación:

Objetivo general:

- Determinar si existe diferencias significativas en las habilidades sociales de personas drogodependientes que ingresan a un centro de tratamiento para adicciones y aquellas que egresan de un centro de tratamiento para adicciones.

Objetivos específicos:

- Determinar el nivel de habilidades sociales de personas drogodependientes que ingresan a tratamiento en un centro para adicciones.
- Determinar el nivel de habilidades sociales de personas drogodependientes que egresan de un centro de tratamiento para adicciones.
- Comparar las habilidades sociales de personas drogodependientes que ingresan a un centro de tratamiento para adicciones y aquellas que egresan de un centro de tratamiento para adicciones.

Enfoque y tipo de investigación

Esta investigación se desarrolló bajo un enfoque cuantitativo a nivel descriptivo-comparativo puesto que describe los niveles de habilidades sociales de personas drogodependientes que ingresan y egresan de tratamiento en centros de adicciones, además se comparó a ambos grupos para conocer si existen diferencias significativas entre los mismos.

Participantes

Este estudio se realizó con 57 personas drogodependientes internadas en tres centros de rehabilitación de la ciudad de Cuenca. Los participantes se dividieron en dos grupos, 28 personas que se encontraban iniciando un tratamiento para adicciones y 29 que se encontraron finalizando un tratamiento. La edad media de la muestra fue 25.14 años y una desviación estándar de 6.23, con una edad mínima de 18 años y una edad máxima de 40 (Ver tabla 1). Para la selección de los participantes se utilizó un muestreo intencional o de conveniencia.

Tabla 1. Medidas de tendencia central de la edad de la muestra

	Edad
Media	25,14
Mediana	23,00
Desviación estándar	6,232
Rango	22
Mínimo	18
Máximo	40

Criterios de inclusión

- Drogodependientes mayores de 18 años
- No presentar un trastorno mental que impida la recolección de información
- Que no se encuentre más de tres semanas en tratamiento
- Que se encuentren cursando las últimas tres semanas de tratamiento
- Personas que hayan aceptado participar en esta investigación al dar su consentimiento informado

Criterios de exclusión

- Personas menores de 17 años



- Personas drogodependientes que se encuentren cursando un trastorno mental que impida su participación en la presente investigación
- Personas que no acepten o nieguen dar su consentimiento
- Personas que se encuentren más de tres semanas en tratamiento

Instrumentos

En esta investigación se utilizó la “Lista de chequeo de habilidades sociales de Goldstein”, la misma que está compuesta por 50 ítems, dividida en 6 subgrupos de habilidades sociales. Cada ítem se valora en una escala de 0 (nunca uso la habilidad) a 5 (siempre uso la habilidad). La puntuación total es la suma de los puntajes de cada uno de los ítems, obteniéndose como puntuación mínima 50 y como máxima 250. Además esta escala permite conocer el nivel de habilidades sociales según seis categorías: primeras habilidades sociales, habilidades sociales avanzadas, habilidades sociales relacionadas con los sentimientos, habilidades alternativas a la agresión, habilidades para hacer frente al estrés y habilidades de planificación. Es necesario señalar que en su validación esta escala obtuvo un Alpha de Cronbach de 0.92, lo cual demuestra su alta confiabilidad.

Procedimiento

La investigación se realizó durante los meses marzo-junio del 2017. En un primer momento se gestionó, con los directores de “12 Pasos”, “Centro de adicciones y reposo” y “Centeravid”, el acceso a la población de estudio; una vez aprobados los permisos respectivos se recolectó la muestra a lo largo del mes de marzo hasta inicios del mes de junio. Antes de evaluar a los posibles participantes de la investigación, se analizó junto con los Psicólogos de cada centro si los posibles participantes cumplían con los criterios de inclusión necesarios para formar parte del estudio. Finalmente se tuvo contacto con los sujetos de estudio a los cuales se les explicó los objetivos de la investigación, se les presentó el consentimiento informado y se procedió a aplicar la escala “Lista de Chequeo de habilidades sociales de Goldstein”.



Procesamiento de datos

Para el procesamiento de datos se utilizó el paquete estadístico SPSS 22. El análisis estadístico permitió obtener tablas cruzadas que facilitan la apreciación del nivel de habilidades sociales de los participantes, con lo cual se alcanzaron los dos primeros objetivos. Para conseguir el objetivo final, se realizó pruebas de normalidad de la muestra para conocer la conveniencia de aplicar pruebas paramétricas o no paramétricas. La muestra no cumplió con los criterios para el uso de pruebas paramétricas, razón por la cual se utilizó la U de Mann-Whitney, la cual permitió conocer si existen diferencias entre los grupos comparados.

RESULTADOS

Niveles de las Primeras Habilidades Sociales

Como se puede apreciar en la Tabla 2, mediante el análisis de los datos obtenidos durante la valoración, se logró determinar que de las 28 personas que se encontraban en las tres primeras semanas de tratamiento (grupo 1), 2 (7,1%) obtuvieron un nivel deficiente, 1 de ellas (3,6%) alcanzó un nivel bajo, 15 (53,6%) se ubicaron en un nivel normal, 8 (28,6%) consiguieron un nivel bueno y solamente 2 (7,1%) obtuvieron un nivel excelente.

Las 29 personas que se encontraban en las últimas tres semanas de internamiento y que conformaban el grupo 2 de estudio, obtuvieron los siguientes resultados: 2 (6,9%) nivel deficiente; 5 (17,2%) alcanzó un nivel bajo; 10 (34,5%) se ubicaron en un nivel normal; 9 participantes (31%) consiguieron un nivel bueno y 3 (10,3%) obtuvieron un nivel excelente.

También se logró determinar mediante este gráfico (Tabla 2) que la mayor parte de los participantes, tanto de aquellos que conforman el grupo 1 como el grupo 2, se ubican en los niveles normal, bueno o excelente de habilidades sociales. Sin embargo, es necesario resaltar que, de los pacientes que se encuentran ingresando al centro para el tratamiento de adicciones, 3 (10,7%) obtuvieron un nivel entre deficiente y bajo, en cambio, en el grupo que están próximos al egreso, el porcentaje de participantes que obtuvo un nivel deficiente o bajo de habilidades es mayor, equivalente al 24,1%.

Tabla 2. Nivel de las primeras habilidades sociales en relación al estado de internamiento

		Primeras habilidades sociales											
Estado de Ingreso	de Internamiento	Nivel Deficiente		Nivel Bajo		Nivel Normal		Nivel Bueno		Nivel excelente		Total	
Estado de Ingreso	de Internamiento	2	7,1%	1	3,6%	15	53,6%	8	28,6%	2	7,1%	28	100%
	Egreso	2	6,9%	5	17,2%	10	34,5%	9	31,0%	3	10,3%	29	100%
Total		4	7,0%	6	10,5%	25	43,9%	17	29,8%	5	8,8%	57	100%

Niveles de las habilidades sociales avanzadas

En relación a las habilidades sociales avanzadas, del grupo que se encontraba iniciando el tratamiento, 2 (7,1%) obtuvieron un nivel deficiente, 4 (14,3%) alcanzaron un nivel bajo, 11 (39,3%) se ubicaron en un nivel normal, 7 (25%) consiguieron un nivel bueno y 4 (14,3%) obtuvieron un nivel excelente. En cambio, en relación a las mismas habilidades sociales, del grupo que se encontraba finalizando el tratamiento, 1 (3,4%) obtuvo un nivel deficiente, 6 (20,7%) alcanzaron un nivel bajo, 9 (31%) se ubicaron en un nivel normal, 9 (31%) consiguieron un nivel bueno y 4 (13,8%) obtuvieron un nivel excelente.

En este subgrupo de habilidades sociales, se puede observar que la mayoría de participantes, también obtienen un nivel normal, bueno o excelente. Sin embargo, también se puede apreciar que en el grupo que ingresa a tratamiento 6 participantes (21,4%) obtuvieron un nivel deficiente o bajo. Este valor es dos veces mayor al encontrado dentro de la misma población en las primeras habilidades sociales (véase tabla 3).

Tabla 3. Nivel de las habilidades sociales avanzadas en relación al estado de internamiento

		Habilidades sociales avanzadas											
		Nivel Deficiente		Nivel Bajo		Nivel Normal		Nivel Bueno		Nivel excelente		Total	
Estado	Ingresa	2	7,1%	4	14,3%	11	39,3%	7	25,0%	4	14,3%	28	100%
	Egresas	1	3,4%	6	20,7%	9	31,0%	9	31,0%	4	13,8%	29	100%
Total		3	5,3%	10	17,5%	20	35,1%	16	28,1%	8	14,0%	57	100%

Nivel de las habilidades relacionadas con los sentimientos

De los participantes del grupo que ingresa, que fueron evaluados en habilidades sociales relacionadas con los sentimientos, 6 (21,4%) obtuvieron un nivel deficiente, 2 (7,1%)

alcanzaron un nivel bajo, 18 (64,3%) se ubicaron en un nivel normal, 1 (3,6%) consiguió un nivel bueno y 1 (3,6%) obtuvo un nivel excelente.

Por otra parte, el grupo 2, en valoración de estas mismas habilidades sociales, obtuvieron los siguientes resultados: 3 (10,3%) obtuvieron un nivel deficiente, 6 (20,7%) alcanzaron un nivel bajo, 11 (37,9%) se ubicaron en un nivel normal, 5 (17,2%) consiguieron un nivel bueno y 4 (13,8%) obtuvieron un nivel excelente (véase tabla 4).

Al comparar los resultados obtenidos en este grupo de habilidades sociales con aquellos encontrados del análisis de las primeras habilidades sociales y de las habilidades sociales avanzadas, apreciamos que los participantes que obtienen niveles deficientes o bajos, han aumentado.

Tabla 4. Nivel de las habilidades relacionadas con los sentimientos en relación al estado de internamiento

		Habilidades sociales relacionadas con los sentimientos											
		Nivel Deficiente		Nivel Bajo		Nivel Normal		Nivel Bueno		Nivel excelente		Total	
Estado de Internamiento	Ingresos	6	21,4%	2	7,1%	18	64,3%	1	3,6%	1	3,6%	28	100%
	Egresos	3	10,3%	6	20,7%	11	37,9%	5	17,2%	4	13,8%	29	100%
Total		9	15,8%	8	14,0%	29	50,9%	6	10,5%	5	8,8%	57	100%

Nivel de las habilidades alternativas a la agresión

En relación a las Habilidades Sociales Alternativas a la Agresión, se encontró que de los participantes que se encontraban iniciando el tratamiento de adicciones 4 (14,3%) obtuvieron un nivel deficiente, 6 (21,4%) alcanzaron un nivel bajo, 13 (46,4%) se ubicaron en un nivel normal y 5 (17,9%) consiguieron un nivel bueno. En cambio, en relación a las mismas habilidades sociales, del grupo que se encontraba finalizando tratamiento 2 (6,9%) obtuvieron un nivel deficiente, 7(24,1%) alcanzaron un nivel bajo, 11 (37,9%) se ubicaron en un nivel normal, 6 (20,7%) consiguieron un nivel bueno y 3 (10,3%) obtuvieron un nivel excelente (véase tabla 5).

Tabla 5. Nivel de las habilidades alternativas a la agresión en relación al estado de internamiento

			Habilidades sociales alternativas a la agresión											
			Nivel Deficiente		Nivel Bajo		Nivel Normal		Nivel Bueno		Nivel excelente		Total	
Estado de Internamiento	Ingresos		4	14,3%	6	21,4%	13	46,4%	5	17,9%	0	0,0%	28	100%
	Egresos		2	6,9%	7	24,1%	11	37,9%	6	20,7%	3	10,3%	29	100%
Total			6	10,5%	13	22,8%	24	42,1%	11	19,3%	3	5,3%	57	100%

Habilidades para hacer frente al estrés

De los participantes del grupo 1, que fueron evaluados en habilidades para hacer frente al estrés, 7 (25%) obtuvieron un nivel deficiente, 4 (14,3%) alcanzaron un nivel bajo, 11 (39,3%) se ubicaron en un nivel normal y 6 (21,4%) consiguieron un nivel bueno. En esta ocasión, ningún participante obtuvo un puntaje excelente.

Por otra parte, en el grupo 2 obtuvieron los siguientes resultados al valorar las mismas habilidades: 1 (3,4%) obtuvo un nivel deficiente, 10 (34,5%) alcanzaron un nivel bajo, 8 (27,6%) se ubicaron en un nivel normal, 5 (17,2%) consiguieron un nivel bueno y 5 (17,2%) obtuvo un nivel excelente (véase tabla 6).

Los resultados de este subgrupo de habilidades sociales nos permiten afirmar que, un 38,6% de todos los participantes, presentan déficits en las habilidades para hacer frente al estrés, lo cual podría considerarse un factor de riesgo importante para futuras recaídas.

Tabla 6. Nivel de habilidades para hacer frente al estrés en relación al estado de internamiento

			Habilidades para hacer frente al estrés											
			Nivel Deficiente		Nivel Bajo		Nivel Normal		Nivel Bueno		Nivel excelente		Total	
Estado de Internamiento	Ingresos		7	25,0%	4	14,3%	11	39,3%	6	21,4%	0	0,0%	28	100%
	Egresos		1	3,4%	10	34,5%	8	27,6%	5	17,2%	5	17,2%	29	100%
Total			8	14,0%	14	24,6%	19	33,3%	11	19,3%	5	8,8%	57	100%

Habilidades de Planificación

De los participantes que conforman el grupo 1, se obtuvieron los siguientes resultados al evaluar sus habilidades de planificación: 4 (14,3%) obtuvieron un nivel deficiente, 3 (10,7%) alcanzaron un nivel bajo, 12 (42,9%) se ubicaron en un nivel normal y 9 (32,1%) consiguieron un nivel bueno. Al igual que en el anterior subgrupo de habilidades, no existieron pacientes que obtengan un nivel excelente.

Por otra parte, del grupo 2, en la misma valoración se encontró que 4 (13,8%) de los participantes obtuvieron un nivel deficiente, 3 (10,3%) alcanzaron un nivel bajo, 10 (34,5%) se ubicaron en un nivel normal, 9 (31%) consiguieron un nivel bueno y 3 (10,3%) obtuvieron un nivel excelente (véase tabla 7).

Tabla 7. Nivel de habilidades de planificación en relación al estado de internamiento

			Habilidades de planificación											
			Nivel Deficiente		Nivel Bajo		Nivel Normal		Nivel Bueno		Nivel excelente		Total	
Estado de Internamiento	Ingresos		4	14,3%	3	10,7%	12	42,9%	9	32,1%	0	0,0%	28	100%
	Egresos		4	13,8%	3	10,3%	10	34,5%	9	31,0%	3	10,3%	29	100%
Total			8	14,0%	6	10,5%	22	38,6%	18	31,6%	3	5,3%	57	100%

Habilidades sociales generales

Luego de haber analizado las habilidades sociales por subgrupos, se procedió a realizar un análisis global de dichas habilidades. Como se puede apreciar en la Tabla 8, en el grupo conformado por los participantes con un máximo de 3 semanas de ingreso, 4 (14,3%) obtuvieron un nivel deficiente, 4 (14,3%) consiguieron un nivel bajo, 15 (53,6%) alcanzaron un nivel normal y 5 (17,9%) un nivel bueno.

Por otra parte, el grupo 2 obtuvo los siguientes resultados: 4 (13,8%) de los participantes obtuvieron un nivel deficiente, 4 (13,8%) alcanzaron un nivel bajo, 9 (31%) se ubicaron en un nivel normal, 8 (27,6%) consiguieron un nivel bueno y 4 (13,8%) obtuvieron un nivel excelente (véase tabla 8).

Tabla 8. Habilidades sociales generales en relación al internamiento

			Habilidades sociales generales									
			Nivel Deficiente		Nivel Bajo		Nivel Normal		Nivel Bueno		Nivel excelente	
Estado de Internamiento	Ingresos	Egresos	4	14,3%	4	14,3%	15	53,6%	5	17,0%	0	0,0%
			28	100%	4	13,8%	9	31,0%	8	27,6%	4	13,8%
			57	100%	8	14,0%	24	42,1%	13	22,8%	4	7,0%

Comparación de grupos

Para comparar los grupos se realizó la prueba estadística U de Mann-Whitney ya que uno de ellos no cumplió con los criterios necesarios para realizar una prueba T Student.

Para llevar a cabo la comparación de grupos, se adoptaron las siguientes hipótesis:

- **H₀.** El nivel de habilidades sociales no es diferente en las personas drogodependientes que ingresan a un tratamiento para adicciones de aquellas que egresan del mismo.
- **H₁.** El nivel de habilidades sociales es distinto en las personas drogodependientes que ingresan a un tratamiento para adicciones de aquellas que egresan del mismo.

Luego de realizar el análisis estadístico, se obtuvo un valor $p=0,257$, ya que este no sobrepasa el valor $p=0,05$ necesario para adoptar la hipótesis de investigación, se rechaza la misma y se conserva la hipótesis nula. Por lo tanto, se puede concluir que no hay diferencias significativas entre el nivel de habilidades sociales encontradas en personas drogodependientes que se encuentran en las tres primeras semanas de internamiento en un programa de tratamiento de adicciones, de aquellas que egresan del mismo (véase tabla 9).

Tabla 9. Comparación de Grupos

Grupos	
U de Mann-Whitney	335,000
W de Wilcoxon	741,000
Z	-1,134
Sig. asintótica (bilateral)	,257

DISCUSIÓN

En base a los objetivos planteados por la investigación se ha podido apreciar que del grupo de drogodependientes que se encuentra en la etapa de ingreso el 28,6% se encuentra entre un nivel de habilidades sociales deficientes o bajas, en cambio el resto de drogodependientes correspondientes a este mismo grupo (71,4%), mantienen un nivel normal o bueno. Resultados similares se obtuvieron en el grupo de reinserción social, en el cual el 27,6% se ubicó en un nivel deficiente o bajo y el 72,4% de los usuarios obtuvieron niveles normales, buenos o excelentes. Al comparar ambos grupos se concluyó que no existen diferencias significativas entre los grupos de estudio. Los resultados obtenidos en esta investigación son similares a los obtenidos por Cattán (2005), el cual encontró que en término general los usuarios que ingresan y egresan de tratamiento poseen unos niveles normales de habilidades sociales. Cattán en su estudio, al igual que en la presente investigación, no encontró diferencias significativas entre las habilidades sociales de personas que ingresan a tratamiento y aquellas que egresan. Es necesario indicar que, posiblemente la ausencia de diferencias entre estos grupos se deba a que los participantes de cada grupo eran distintos, posiblemente se hubieran conseguido resultados diferentes si se hubiera evaluado a la misma población al ingreso y egreso del tratamiento. Otro factor importante que podría explicar la ausencia de diferencias entre los grupos es que la adquisición de habilidades sociales requiere de un entrenamiento por periodos de tiempo prolongados, lo cual no se da en los centros para adicciones.

Por otra parte, Serrano, Valero, Quiroz, & Trujano (2010), realizaron una investigación en la cual, al igual que en el estudio antes detallado y en este trabajo, no se encontraron déficits severos de habilidades sociales en personas drogodependientes en recuperación; sin embargo, al compararlo con un grupo de universitarios y un grupo de adolescentes se hacían evidentes diferencias significativas entre estos grupos. De igual forma el estudio de Andrade, Pérez, Alfaro, Sánchez & López, (2009), pone de manifiesto como el nivel de habilidades sociales, para resistir a la presión de pares y pareja, en adolescentes, es diferente en grupos de consumidores y no consumidores. Este estudio muestra como entre consumidores de tabaco y alcohol no hay diferencias significativas en estas habilidades; no obstante, al comparar a los consumidores con los no consumidores, se puede apreciar cómo

se hacen evidentes las diferencias en estas destrezas. Utilizando como sustento las investigaciones antes detalladas, podemos apreciar que las habilidades sociales de personas drogodependientes son menores, en comparación a grupos de personas no consumidoras.

Al analizar las habilidades sociales por subtipos encontramos que en las habilidades relacionadas con los sentimientos el 29,8% de todos los participantes obtuvieron niveles deficientes o bajos, este porcentaje elevado se puede deber a que las personas drogodependientes muestran dificultades en el reconocimiento de emociones. Esta afirmación encuentra su fundamento en el estudio realizado por Ruiz & Verdejo (2012), en donde encontraron que los consumidores de sustancias, a diferencia de los no consumidores, poseían mayores niveles de alexitimia. La dificultad para reconocer emociones repercutiría sobre la expresión y manejo de las mismas; la búsqueda de alternativas a la expresión de una emoción también podría verse perjudicada, esto explicaría en parte porque el 33,3% de los participantes presentan niveles deficientes o bajos en las habilidades alternativas a la agresión.

En esta investigación se ha encontrado que el 38,6% de todos los participantes obtuvieron niveles deficientes o bajos en las habilidades para hacer frente al estrés. Esto concuerda con la investigación de González, González, Saiz & Bobes (1999), en la cual encontraron que las personas drogodependientes poseen un menor nivel de recursos para enfrentarse a las demandas del entorno. De esta manera estas investigaciones apoyan al modelo de vulnerabilidad psicosocial desarrollado por García (2015), en el cual expone que el estrés y la dificultad para manejarlo son un factor de riesgo importante para el consumo de drogas.

CONCLUSIONES

El entrenamiento en habilidades sociales de la psicoterapia cognitivo conductual, para personas adictas a sustancias, parte del supuesto de la falta o déficits de dichas habilidades en este grupo de personas. Estas carencias tomarían un papel importante en el uso de drogas; sin embargo, este estudio encontró que no todos los consumidores de sustancias poseen déficits o carencias en estas destrezas, siendo alrededor de una tercera parte la que posee dificultades con este ámbito, por lo cual es necesario señalar que estas destrezas son solo uno de los tantos factores de riesgo que pueden repercutir en el consumo de sustancias.

El nivel de habilidades sociales de personas adictas a sustancias que ingresan a tratamiento se encuentra en término promedio en niveles normales. Es necesario señalar que el 28,6% de los participantes de este grupo obtuvo un nivel entre deficiente y bajo; empero, al analizar los diferentes subtipos de habilidades, encontramos que hay mayores déficits en aquellas que están relacionadas con los sentimientos, alternativas a la agresión y el manejo de estrés.

Por otra parte, en el grupo que se encontraba egresando se encontró que el 27,6% obtuvo un nivel entre deficiente y bajo, de igual forma este grupo de participantes obtuvieron mayores déficits en las habilidades que están relacionadas con los sentimientos, alternativas a la agresión y el manejo de estrés.

Tanto en el grupo de ingreso como en el de egreso, se puede apreciar que, de todos los subtipos de habilidades sociales, las más afectadas son aquellas para hacer frente al estrés. Del total de participantes el 38,6% obtuvo un nivel deficiente o bajo de estas habilidades, lo cual efectivamente, en concordancia con García (2015), permite considerar los altos niveles de estrés y su inadecuado manejo como un factor de riesgo importante en la recaída del consumo de sustancias o drogas, debiendo ser este un eje central en los tratamientos psicológicos impartidos a personas drogodependientes.

La comparación del grupo de adictos que se encontró iniciando tratamiento y el que se encontró al finalizarlo, no evidenció diferencias estadísticamente significativas; las



personas que se encontraban egresando obtuvieron mejores puntuaciones que el grupo que se encontraba ingresando a tratamiento.

RECOMENDACIONES

La recomendación principal luego de la realización del presente estudio se basa en la implementación de programas de entrenamiento en habilidades sociales para las personas drogodependientes de los centros “12 Pasos”, “Centro de adicciones y reposo” y “Centeravid”. De esta manera los futuros estudios que puedan realizarse en base a esta temática tendrán una continuación a nuevas investigaciones, de igual manera se recomienda que se evalúe al mismo grupo de cada centro tanto al inicio como al final del tratamiento, esto permitiría apreciar de manera objetiva si es que existen diferencias significativas antes y después de un tratamiento.

Además, se recomienda que en futuras líneas de investigación se indague sobre las principales formas que tienen los drogodependientes de manejar o afrontar el estrés, puesto que en nuestra investigación son las habilidades más afectadas. También se recomienda como línea de investigación evaluar programas de entrenamiento en habilidades sociales y el tiempo que toma adquirir dichas destrezas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Andrade Palos, P., Pérez de la Barrera, C., Alfaro Martínez, L., Sánchez Oviedo, M., & López Montes de Oca, A. (2009). Resistencia a la presión de padres y pareja y consumo de tabaco y alcohol en adolescentes. *Adicciones*, 21(3), 243-250. DOI: <https://doi.org/10.20882/adicciones.235>
- Barragán, L., Flores, M., Morales, S., González, J., Martínez, M., & Ayala, H. (2012). *Programa de satisfactores cotidianos para usuarios con dependencia a sustancias adictivas: Manual del terapeuta*. México DF: Secretaría de Salud/Centro Nacional para la Prevención y el Control de las Adicciones. Recuperado de http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/publicaciones/prog_satisf_cotidianos.pdf
- Barrionuevo, J. (2013). Adicciones; drogadicción y alcoholismo en la adolescencia. *Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires*. Recuperado de http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/055_adolescencia1/material/archivo/adicciones_y_alcoholismo.pdf
- Becoña, E., & Cortés, M. (2010). Manual de Adicciones para Psicólogos especialistas en Psicología Clínica en Formación. Valencia: Martín Impresores. Recuperado de <http://www.fundacioncsz.org/ArchivosPublicaciones/270.pdf>
- Cabanillas, W. (2012). Factores de riesgo/protección y los programas preventivos en drogodependencias en el Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 29(1), 104-111.



Recuperado de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1726-46342012000100016&script=sci_arttext

Cattan, A. (2005). Estudio comparativo de autoestima y habilidades sociales en pacientes adictos de una comunidad terapéutica. *Salud y drogas*, 5(1), 139-164. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/839/83950108.pdf>

Gabantxo, K. (2001). Antecedentes históricos, situación actual y tendencias de consumo. *Osasunaz*, 4, 139-158. Recuperado de <http://www.euskomedia.org/PDFAnlt/osasunaz/04/04139158.pdf>

García del Castillo, J. A. (2015). Concepto de vulnerabilidad psicosocial en el ámbito de la salud y las adicciones. *Salud y drogas*, 15(1).
Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/839/83938758001.pdf>

Goldstein, A. P., Sprafkin, R.P., Gershaw, J., & Klein, P. (1980). *Habilidades sociales y autocontrol en la adolescencia*. Un programa de enseñanza. Madrid: Martínez Roca

Gonzálvez, M. T., Sánchez, J. P. E., Riquelme, A. G., & Amorós, M. O. (2014). ¿Consumen más drogas los adolescentes con déficit en habilidades sociales?. *Revista española de drogodependencias*, (4), 14-28. Recuperado de http://www.aesed.com/descargas/revistas/v39n4_1.pdf

González García, E. I., González García Portilla, M. P., Saiz Martínez, P. A., & Bobes García, J. (1999). Capacidad de control del drogodependiente. *Psicothema*, 11(2).
Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/727/72711213.pdf>

Hidalgo, C. G., & Abarca, N. (1990). Desarrollo de habilidades sociales en estudiantes universitarios. *Revista Latinoamericana de psicología*, 22(2), 265-282.



Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/805/80522205.pdf>

Jones Vintimilla, V. A. (2016). *Habilidades sociales en adolescentes con problemas de consumo de la Unidad Educativa Javeriano (Tesis de pregrado)*. Universidad del Azuay, Cuenca Ecuador. Recuperado de

<http://dspace.uazuay.edu.ec/bitstream/datos/5446/1/11788.pdf>

Kelly, R. A. (1987). *Entrenamiento de las habilidades sociales: guía práctica para intervenciones*. Desclée de Brouwer.

Martin Del Moral, M., & Lorenzo Fernández, P., (1998). Conceptos fundamentales en drogodependencias. Madrid (ES): *Medica Panamericana*. Recuperado de <http://media.axon.es/pdf/71675.pdf>

Martínez Ruiz, M., & Rubio Valladolid, G. (2002). *Manual de drogodependencias para enfermería*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos. Recuperado de https://books.google.com.ec/books?id=5CK5BgAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false

Peruga, A., Rincón, A., & Selin, H. (2002). El consumo de sustancias adictivas en las Américas. *Adicciones*, 14(2), 227-238. Recuperado de <http://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/505/500>.

Ruiz, E. V., & Verdejo-García, A. (2012). Procesamiento emocional, interocepción y funciones ejecutivas en policonsumidores de drogas en tratamiento. *Trastornos adictivos*, 14(1), 10-20. DOI: [https://doi.org/10.1016/S1575-0973\(12\)70038-7](https://doi.org/10.1016/S1575-0973(12)70038-7)

Serrano, S. A. A., Valero, C. Z. V., Quiroz, C. N., & Trujano, R. S. (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/pdf/liber/v16n1/a03v16n1.pdf>

Velín, V., & Mireya, V. (2015). *"Dependencia del alcohol y su Influencia en las habilidades Sociales de los Pacientes internos de la Comunidad Terapéutica recuperando la Vida (COTREVID) de la Ciudad del Puyo"*. Recuperado de <http://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/14689/2/Valladares%20Vel%C3%ADn%20c%20Valeria%20Mireya.pdf>

Villa, R. S., Rodríguez, O. G., Hermida, J. R. F., & Crespo, J. L. C. (2007). Fundamentos psicológicos del tratamiento de las drogodependencias. *Papeles del Psicólogo*, 28(1), 29-40. Recuperado de <http://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/1426.pdf>

World Health Organization. (1964). Evaluación de las drogas que causan dependencia: informe de un Grupo Científico de la OMS. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/37605/1/WHO_TRS_287_spa.pdf



ANEXOS

LISTA DE CHEQUEO DE HABILIDADES SOCIALES DE GOLDSTEIN

Nombre:

Edad:

Fecha:

INSTRUCCIONES

A continuación encontraras una lista de habilidades sociales que las personas como tú pueden poseer en mayor o menor grado y que hace que ustedes sean más o menos capaces.

Deberás calificar tus habilidades marcando cada una de las habilidades que se describen a continuación, de acuerdo a los siguientes puntajes.

Marca 1 si nunca utilizas bien la habilidad

Marca 2 si utilizas muy pocas veces la habilidad

Marca 3 si utilizas algunas veces bien la habilidad

Marca 4 si utilizas a menudo bien la habilidad

Marca 5 si utilizas siempre bien la habilidad

	Nunca	Muy pocas veces	Algunas veces	A menudo	Siempre
GRUPO I: PRIMERAS HABILIDADES SOCIALES					
1.- Prestas atención a la persona que te está hablando y haces un esfuerzo para comprender lo que te está diciendo					
2.- Inicias una conversación con otras personas y luego puedes mantenerla por un momento					
3.- Hablas con otras personas sobre cosas que interesan a ambos					
4.- Eliges la información que necesitas saber y se la pides a la persona adecuada					



5.- Dices a los demás que tú estás agradecida(o) con ellos por algo que hicieron por ti.					
6.- Te esfuerzas por conocer nuevas personas por iniciativa propia					
7.- Presentas a nuevas personas con otros(as)					
8.- Dices a los demás lo que te gusta de ellos o de lo que hacen					
GRUPO II: HABILIDADES SOCIALES AVANZADAS					
9.- Pides ayuda cuando la necesitas					
10.- Te integras a un grupo para participar en una determinada actividad					
11.- Explicas con claridad a los demás como hacer una tarea específica					
12.- Prestas atención a las instrucciones, pides explicaciones y llevas adelante las instrucciones correctamente					
13.- Pides disculpas a los demás cuando has hecho algo que sabes que está mal					
14.- Intentas persuadir a los demás de que tus ideas son mejores y que serán de mayor utilidad que las de las otras personas					
GRUPO III: HABILIDADES RELACIONADAS CON LOS SENTIMIENTOS					
15.- Intentas comprender y reconocer las emociones que experimentas.					
16.- Permites que los demás conozcan lo que sientes					
17.- Intentas comprender lo que sienten los demás					
18.- Intentas comprender el enfado de las otras personas					
19.- Permites que los demás sepan que tú te interesas o te preocupas por ellos					
20.- Cuando sientes miedo, piensas por qué lo sientes, y luego intentas hacer algo para disminuirlo					
21.- Te das a ti mismo una recompensa después de hacer algo bien					
GRUPO IV: HABILIDADES ALTERNATIVAS					
22.-Sabes cuándo es necesario pedir permiso para hacer algo y luego se lo pides a la persona indicada					
23.-Compartes tus cosas con los demás					
24.-Ayudas a quien lo necesita					
25.-Si tú y alguien están en desacuerdo sobre algo, tratas de llegar a un acuerdo que satisfaga a ambos					
26.-Controlas tu carácter de modo que no se te escapen las cosas de las manos					
27.-Defiendes tus derechos dando a conocer a los demás cuál es tu punto de vista					
28.-Conservas el control cuando los demás te hacen bromas					
29.-Te mantienes al margen de situaciones que te pueden ocasionar problemas					
30.-Encuentras otras formas para resolver situaciones difíciles sin tener que pelearse					
GRUPO V:HABILIDADES PARA HACER FRENTE AL ESTRÉS					
31.-Le dices a los demás de modo claro, pero no con enfado, cuando ellos han hecho algo que no te gusta					
32.-Intentas escuchar a los demás y responder imparcialmente cuando ellos se quejan por ti					
33.-Expresas un halago sincero a los demás por la forma en que han jugado					
34.-Haces algo que te ayude a sentir menos vergüenza o a estar menos cohibido					
35.-Determinas si te han dejado de lado en alguna actividad y, luego, haces algo para sentirte mejor en esa situación					



36.- Manifiestas a los demás cuando sientes que una amiga no ha sido tratada de manera justa					
37.- Si alguien está tratando de convencerte de algo, piensas en la posición de esa persona y luego en la propia antes de decidir qué hacer					
38.- Intentas comprender la razón por la cual has fracasado en una situación particular					
39.- Reconoces y resuelves la confusión que te produce cuando los demás te explican una cosa, pero dicen y hacen otra					
40.- Comprendes de qué y por qué has sido acusada(o) y luego piensas en la mejor forma de relacionarte con la persona que hizo la acusación					
41.- Planificas la mejor forma para exponer tu punto de vista, antes de una conversación problemática					
42.- Decides lo que quieres hacer cuando los demás quieren que hagas otra cosa distinta					
GRUPO VI: HABILIDADES DE PLANIFICACION					
43.- Si te sientes aburrido, intentas encontrar algo interesante que hacer					
44.- Si surge un problema, intentas determinar que lo causó					
45.- Tomas decisiones realistas sobre lo que te gustaría realizar antes de comenzar una tarea					
46.- Determinas de manera realista qué tan bien podrías realizar antes de comenzar una tarea					
47.- Determinas lo que necesitas saber y cómo conseguir la información					
48.- Determinas de forma realista cuál de tus numerosos problemas es el más importante y cuál debería solucionarse primero					
49.- Analizas entre varias posibilidades y luego eliges la que te hará sentirte mejor					
50 –Eres capaz de ignorar distracciones y solo prestas atención a lo que quieres hacer.					



CONSENTIMIENTO INFORMADO

UNIVERSIDAD DE CUENCA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

TRABAJO DE TITULACIÓN

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN

“Estudio comparativo de habilidades sociales en dos grupos de drogodependientes.”.

Las habilidades sociales son un factor fundamental en el desenvolvimiento de las personas en su medio, además la evidencia señala que las habilidades sociales son un elemento importante en el tratamiento de drogodependencias. Una mejora significativa en habilidades sociales, actúan como un factor protector para prevenir la recaída en el consumo de sustancias.

Al aceptar ser partícipe de esta investigación usted colaborará con nosotros para determinar si existe diferencia en las habilidades sociales de personas drogodependientes que ingresan a un centro de tratamiento para adicciones y personas drogodependientes que egresan de un centro de tratamiento para adicciones. Para ello le aplicaremos una escala que nos permitirá conocer sus habilidades sociales.

Cabe señalar que al participar, usted no correrá ningún riesgo.

- ❖ Su decisión de participar en el estudio es completamente voluntaria no habiendo ninguna consecuencia que puede ser considerada como desfavorable.
- ❖ El aceptar las condiciones de este informe no representará ningún gasto para usted ni pago por su participación.
- ❖ Toda la información recabada por el equipo de investigación se mantendrá en absoluta confidencialidad, siendo usada solo con fines académicos.



❖ Si todas sus dudas y la intención de esta investigación han quedado claras, le invitamos a firmar la carta de consentimiento informado anexa en la parte final de este documento.

CARTA CONSENTIMIENTO INFORMADO

He leído y comprendido toda la información anterior y mis preguntas han sido respondidas quedando satisfecho. He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio podrán ser publicados o difundidos con fines científicos. De manera que acepto participar en este estudio de investigación.

Nombre del participante: _____

Cedula de identidad: _____

Firma: _____

Fecha: _____

Gracias por su participación