



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

PROCESOS DE CAMBIO,
HABILIDADES SOCIALES Y
PERSONALIDAD EN NIÑOS Y
ADOLESCENTES CONSUMIDORES DE
SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN UNA
COMUNIDAD TERAPÉUTICA DE LA
CIUDAD DE LIMA

TESIS PARA OPTAR EL GRADO DE
DOCTOR EN PSICOLOGÍA

ELENA ESTHER YAYA CASTAÑEDA

LIMA – PERÚ

2025

ASESOR

Dr. Carlos Alberto Lopez Villavicencio

JURADO DE TESIS

DR. ALBERTO AGUSTIN ALEGRE BRAVO

PRESIDENTE

DR. DAVID HILARIO JAUREGUI CAMASCA

VOCAL

DRA. LILIANA CECILIA PANDO FERNANDEZ

SECRETARIO (A)

A la Dra. Ana Aguilar Angeletti:

En esta etapa determinante de mi formación y desarrollo profesional, deseo manifestar mi más sincero agradecimiento por las valiosas enseñanzas y consejos que me ha brindado. Su guía ha sido fundamental, no solo en mi desarrollo académico y en la gestión universitaria, sino también en mi crecimiento como profesional.

Gracias por compartir su conocimiento con generosidad y por ser un ejemplo de dedicación, integridad y compromiso. Sus palabras y acciones han dejado una huella indeleble en mi trayecto, inspirándome a alcanzar nuevas metas con confianza y determinación.

Con gratitud y admiración,

FUENTES DE FINANCIAMIENTO.

Tesis Autofinanciada



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

PROCESOS DE CAMBIO,
HABILIDADES SOCIALES Y
PERSONALIDAD EN NIÑOS Y
ADOLESCENTES CONSUMIDORES DE
SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN UNA
COMUNIDAD TERAPÉUTICA DE LA
CIUDAD DE LIMA

TESIS PARA OPTAR EL GRADO DE
DOCTOR EN PSICOLOGÍA

ELENA ESTHER YA YA CASTAÑEDA

LIMA - PERÚ

2025



Informe estándar

Informe en inglés no disponible [Más opciones](#)

13% Similitud

[Filtros](#)

estándar

[5 Exclusiones](#)

Fuentes

Mostrar las fuentes ocultas

1 Internet

documents.mx <1%

8 párrafos de texto 10% palabras que coinciden

2 Internet

tlibrary.co <1%

3 párrafos de texto 0% palabras que coinciden

3 Internet

duict.upch.edu.pe <1%

4 párrafos de texto 0% palabras que coinciden

ÍNDICE

RESUMEN	
ABSTRACT	
CAPÍTULO I.....	10
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	12
1.2 JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DEL PROBLEMA.....	18
1.3 LIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	18
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	20
2.1 PROCESOS DE CAMBIO	20
2.2 HABILIDADES SOCIALES	30
2.3 PERSONALIDAD DEL CONSUMIDOR DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS	35
2.4 COMUNIDAD TERAPÉUTICA.....	40
2.5 ANTECEDENTES	47
2.6 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	51
2.7 HIPÓTESIS	52
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA	53
3.1 NIVEL Y TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	53
3.2 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	53
3.3 POBLACIÓN Y MUESTRA	53
3.4 VARIABLES.....	54
3.5 INSTRUMENTOS	57
3.5 PROCEDIMIENTO PARA LA EJECUCIÓN DEL ESTUDIO.....	59
3.6 PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS	60
3.7 CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	60
CAPÍTULO IV: RESULTADOS.....	62
CAPÍTULO V: DISCUSIÓN.....	67
CONCLUSIONES.....	76
RECOMENDACIONES	77
REFERENCIA	78
ANEXOS	

RESUMEN

Se busca relacionar el proceso de cambio, las habilidades sociales y la personalidad en niños y adolescentes consumidores de sustancias psicoactivas en una comunidad terapéutica de la ciudad de Lima. El enfoque descriptivo y regresión multinomial, se tomaron los datos de 33 ingresados a la comunidad terapéutica durante 3 años evaluados con las escalas de evaluación de las fases de tratamiento, habilidades sociales (BAS) y de personalidad Eysenck para niños y adolescentes (JEPI). los resultados indican que el 54.5% de participantes se encontraban en la fase de acogida del proceso de cambio, sobre las habilidades sociales, el retraimiento social (48.5%) y la ansiedad social (42.4%) son los más prevalentes. en personalidad, extraversión se presenta en un 60.6%. estadísticamente con el análisis de regresión se obtiene que el retraimiento y la ansiedad social/timidez son predictores significativos del proceso de cambio, mientras que la extraversión y el neuroticismo no lo son. no se obtuvieron relaciones significativas entre la fase de acogida y las dimensiones de personalidad. En conclusión, el retraimiento social y la ansiedad social pueden influir significativamente en el proceso de cambio, Y los rasgos de personalidad no presentan resultados significativos.

PALABRAS CLAVES: procesos de cambio, habilidades sociales, personalidad, niños y adolescentes.

ABSTRACT

This study analyzes how the processes of change, social skills and personality are presented in children and adolescents who consume psychoactive substances in a therapeutic community in Lima. Data has been taken from the evaluations carried out by the psychological service of the therapeutic community. We work with a descriptive approach and multinomial regression. Data were taken from 33 people admitted to the therapeutic community for 3 years evaluated with the instruments of “evaluation of the treatment phases”, social skills (BAS) and the Eysenck personality inventory for children and adolescents (JEPI). the results indicate that 54.5% of participants were in the acceptance phase of the change process, with social skills, social withdrawal (48.5%) and social anxiety/shyness (42.4%) being the most prevalent. In personality, extraversion occurs in 60.6%. Statistically, the regression analysis shows that withdrawal and social anxiety/shyness are significant predictors of the change process, while extraversion and neuroticism are not. No significant relationships were obtained between the reception phase and the personality dimensions. In conclusion, social withdrawal and social anxiety can significantly influence the change process, and personality traits do not present significant results.

KEYWORDS: processes of change, social skills and personality in children and adolescents.

CAPÍTULO I

El consumo de drogas es una problemática global que repercute a todos los segmentos de la sociedad, y los niños no están exentos de sus consecuencias devastadoras. Aunque tradicionalmente se ha asociado a la ingestión de sustancias psicoactivas con la adolescencia y la adultez (Tena-Suck, et al. 2018). No es reciente la preocupante tendencia de iniciación en el consumo de drogas en edades más precoces. Esta situación plantea desafíos significativos para las políticas públicas, los sistemas de salud y la educación, ya que los niños expuestos a las drogas enfrentan riesgos graves para su desarrollo físico, emocional y social. Ante la crisis social, familiar y económica la problemática se ha acrecentado y se puede observar el incremento de niños en la calle y las acogidas que se dan a nivel de grupo y muchas veces es aprovechado por terceros para hacerlos iniciar en el consumo de drogas. (Valencia, 2020)

En el Perú, como respuesta a esta problemática de consumo de drogas surgen las comunidades terapéuticas que pueden ser formales o informales (Carpio, 2021), que dan acogida y buscan dar una solución al problema de consumo mediante intervención y evaluación de entrada, proceso y salida de los ingresados.

Este estudio, se ha realizado con el repositorio de datos de una comunidad terapéutica profesional que cuenta con psicólogos, educadores, trabajadores sociales quienes realizan talleres específicos para niños, niñas; resaltando sus derechos dando acogida e intervención a esta problemática, está ubicada de Pachacamac.

Los datos proporcionados por esta comunidad tienen evaluaciones completas y abordan diferentes fases de propuesto por Prochaska y Laurent, e

abordando tanto las causas de incentivo para el cambio en la problemática del consumo de sustancias subyacentes como las consecuencias a corto y largo plazo un enfoque multidisciplinario, considerando factores individuales, familiares y sociales que están asociados a la problemática y las dinámicas de vulnerabilidad que predisponen a los niños al consumo de sustancias adictivas, como las repercusiones en el desarrollo infantil, como trastornos en el comportamiento, dificultades académicas, y la posible perpetuación de ciclos de adicción en fases más avanzadas de la vida. (Tena-suck et al., 2018)

La relevancia del estudio es analizar, y comprender variables subyacentes, como habilidades sociales y rasgos de personalidad se vinculan en los consumidores el proceso de cambio. En la revisión sobre estas variables, se tiene a Chiriboga (2022), quien refiere que la personalidad y la ingesta de sustancias psicoactivas se encuentran relacionados y los individuos con personalidades inhibidas mostraban una mayor tendencia al abuso de alcohol y cannabis. En otros estudios refieren (Ismael Reyes, 2015; Martínez-Lorca y Alonso-Sanz, 2003; Morales et al., 2017) señalan que habilidades sociales y factores de riesgo en adolescentes se ven relacionadas en consumidores de spa, señalando que la tasa de consumo es superior en damas y que las sustancias más consumidas son alcohol, marihuana, cocaína y heroína. Asimismo, los que presentan personalidad obsesivo-compulsiva y paranoide eran las más propensas al consumo, y las habilidades sociales como empatía y resolución de conflictos actuaban como factores protectores.

García y Álvarez (2022) Y Vera et al. (2021), refieren que la interpretación del riesgo y recursos de afrontamiento en niños y adolescentes consumidores de alcohol tienen mayor incidencia en aquellos que han tenido un estilo de crianza

autoritario; así mismo se tiene de conocimiento de acuerdo a la revisión sistemática las causas la ingesta de drogas, subrayando el papel crucial de la familia como factor protector. Además, Delgado Human (2021) y Zamarripa Rivera (2011) estudiaron las fases de modificación en el consumo de sustancias en una muestra amplia de menores, revelaron que la mayoría se encuentra en las etapas de contemplación y mantenimiento. En el Perú Cabrera González, 2011; Madueño (2011), reportan que no hay una correlación significativa entre personalidad e inteligencia emocional en adolescentes consumidores de drogas.

En el contexto de la problemática del consumo de sustancias psicoactivas en jóvenes, esta investigación se centra en analizar los procesos de cambio, las habilidades sociales y la personalidad de niños y adolescentes que están presentes en un programa de rehabilitación en una comunidad terapéutica de Lima. Se espera que este estudio permita determinar cómo estos factores se interrelacionan e influyen en el proceso de recuperación de los jóvenes para facilitar el proceso de cambio que podría ayudar a facilitar la reinserción social y prevención de recaídas, incidiendo en el rol de la familia y las variables personales en el cambio comportamental de los niños y adolescentes.

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

De acuerdo con la Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC, 2021), entre 2010 y 2019, los consumidores aumentó en un 22%, dicho crecimiento se atribuye, en gran medida, a la expansión de la población joven. En el caso de Perú, la CODAJIC (2002) reporta un aumento en el consumo de drogas ilegales del 2.6% en Lima Metropolitana, 0.8% en la sierra y 1.6% en la selva.

Además, los años de vida promedio de comienzo en el consumo oscila entre los 13 y 14 años en la costa y selva, mientras que en la sierra se sitúa entre los 11 y 14 años (Pechón, 2016).

En relación con la prevalencia del consumo en poblaciones escolares, DEVIDA (2013) señala que los varones presentan una tasa de consumo del 3.8%, por otro lado, este número llega a 1.9%. La sustancia más consumida es la marihuana. Por otro lado, la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD, 2006) identifica factores de riesgo asociados al consumo en escolares, tales como la situación económica, el contexto sociocultural y la falta de conocimiento sobre drogas por parte de los tutores.

A pesar de la información disponible, no se han hallado investigaciones descriptivas que analicen de manera singular la relación entre los procesos de cambio, las habilidades sociales y la personalidad en poblaciones drogodependientes dentro de comunidades terapéuticas. En este sentido, DEVIDA (2017) establece cuatro indicadores clave para evaluar el consumo de sustancias psicoactivas: la prevalencia anual del consumo en la población general, el consumo en población escolar (considerada de alto riesgo), la percepción del riesgo asociado al consumo y el desarrollo de habilidades sociales. Sin embargo, la escasez de estudios epidemiológicos y la falta de acción estatal limitan el monitoreo efectivo del consumo, la prevención y el abordaje de las dependencias.

Desde una perspectiva sociodemográfica, los hombres presentan una mayor propensión al consumo de sustancias en comparación con las mujeres. Según datos de CEDRO (2018), la frecuencia al consumo de tabaco en adolescentes de 12 a 18

años es del 20.2%, mientras que para el alcohol es del 46.6%. En el caso de la marihuana, la prevalencia se sitúa en 2.7%, para la pasta básica de cocaína en 0.2%, la cocaína en 0.3% y las cocaínas en 0.5%. En cuanto al nivel educativo, la prevalencia más alta se encuentra en quienes han alcanzado educación superior (59.7%), seguido de la educación secundaria (46.1%) y la educación inicial-primaria (34.4%). Además, Lima Metropolitana reporta una prevalencia de consumo del 53.8%, con un mayor impacto en el estrato socioeconómico alto (55.8%).

En Lima, Cabanillas-Rojas (2020) ha documentado un incremento en consumo de sustancias psicoactivas entre niños y jóvenes en etapa de desarrollo, lo que repercute negativamente en su salud física y mental, así en el desarrollo de habilidades sociales y en sus procesos de cambio. Comprender esta problemática es esencial para diseñar intervenciones efectivas y personalizadas en comunidades terapéuticas.

Los procesos de cambio en estos jóvenes representan un desafío, ya que muchos tienen dificultades para reconocer la necesidad de abandonar el consumo. Las etapas del cambio, comenzando por la pre contemplación hasta la acción y el mantenimiento, requieren un entorno de apoyo y motivación constante (Tena-Suck et al., 2018). La resistencia al cambio puede verse intensificada por la escasez de recursos y apoyo emocional, así como por la normalización del consumo dentro de su entorno.

Según la Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito [UNDOC] (2021), el número de personas que consumieron drogas aumentó en un 22% entre 2010 y

2019, debido al incremento de la población joven. Pechón (2016) y DEVIDA (2013) refieren que los educandos varones presentan una prevalencia de consumo del 3,8%, en comparación con el 1,9% en las escolares femeninas, siendo la marihuana la droga más consumida. Según la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas [CICAD] (2006), los factores de riesgo asociados al consumo en escolares incluyen la situación económica, el contexto sociocultural y la carencia de conocimiento de los tutores sobre el tema.

A pesar de la información disponible, no se han identificado estudios descriptivos que analicen las variables procesos de cambio, habilidades sociales y personalidad en población drogodependiente dentro de comunidades terapéuticas. En relación con la frecuencia anual del consumo de sustancias psicoactivas, DEVIDA (2017) establece cuatro indicadores clave: prevalencia anual del consumo en la población general, consumo en población escolar (por su alta vulnerabilidad), percepción del riesgo del uso de drogas y el fortalecimiento de habilidades sociales. No obstante, la falta de estudios epidemiológicos y acciones gubernamentales limita el seguimiento de estos indicadores, afectando la implementación de estrategias de reducción del consumo, prevención y tratamiento de adicciones.

En cuanto a las variables sociodemográficas, los hombres evidencian una inclinación elevada hacia el consumo de drogas en comparación con las mujeres, lo que se refleja en el consumo de tabaco, alcohol, marihuana, pasta básica de cocaína (PBC) y cocaína. La prevalencia de vida en adolescentes de 12 a 18 años es del 20,2% para el tabaco, 46,6% para el alcohol, 2,7% para la marihuana, 0,2% para la PBC, 0,3% para la cocaína y 0,5% para derivados de la cocaína. En relación con el

nivel educativo, la prevalencia de vida en el nivel superior es del 59,7%, mientras que en la secundaria es del 46,1% y en inicial-primaria del 34,4%. Además, Lima Metropolitana registra una prevalencia de vida del 53,8%, siendo el estrato socioeconómico alto el más propenso al consumo, con un 55,8% (Centro de Información y Educación para la Prevención del Abuso de Drogas [CEDRO], 2018).

En Lima, Cabanillas-Rojas (2020) reporta un incremento en el consumo de sustancias psicoactivas en niños y adolescentes, lo que impacta no solo en su salud física y mental, sino también en sus procesos de cambio, habilidades sociales y personalidad. Identificar esta problemática es esencial para desarrollar intervenciones personalizadas en comunidades terapéuticas.

Los procesos de cambio representan un desafío significativo para estos jóvenes, quienes enfrentan dificultades para reconocer la necesidad de abandonar el consumo. Las etapas del cambio, desde la pre contemplación hasta la acción y sostenimiento, requieren un entorno de apoyo y motivación constantes (Tena-Suck et al., 2018). En muchos casos, la resistencia al cambio se agrava por la falta de recursos, apoyo emocional y la normalización del consumo en su entorno social.

El consumo de sustancias también impacta en el desarrollo de habilidades esenciales como la comunicación efectiva, la empatía y la resolución de conflictos. La ausencia de estas competencias no solo dificulta la construcción de relaciones saludables, sino que también puede perpetuar un ciclo de aislamiento y conducta antisocial. En las comunidades terapéuticas, fortalecer estas habilidades resulta

fundamental para facilitar la reinserción social y promover una vida libre de drogas (Tapia y Cubo, 2017).

Por otro lado, la personalidad de los infantes y adolescentes usuarios de sustancias puede incluir rasgos que los predisponen al consumo, como la impulsividad, la búsqueda de sensaciones y la baja autoestima. Estos factores pueden llevarlos a utilizar las drogas como vía de escape o gratificación instantánea. Identificar estos rasgos es clave para diseñar tratamientos que aborden no solo el consumo, sino también el fortalecimiento de una personalidad resiliente y equilibrada.

La interrelación entre los procesos de cambio, habilidades sociales y personalidad representa un fenómeno complejo en niños y adolescentes consumidores de sustancias psicoactivas en Lima. Comprender estos factores es esencial para diseñar intervenciones efectivas que favorezcan un cambio duradero y una recuperación integral en un entorno terapéutico. Este estudio busca determinar la relación entre el proceso de cambio, la personalidad y las habilidades sociales en residentes de una comunidad terapéutica con problemáticas de abuso de sustancias psicoactivas.

MIMP (2015), Díaz (2016) y Santo (2017) sostienen que la rehabilitación en niños y adolescentes debe caracterizarse por ser específica y de corta duración, dado que se encuentran en etapa de formación. Sin embargo, el tratamiento podría extenderse en función de las necesidades individuales y la inclusión de variables como la personalidad y las habilidades sociales. En adultos, los tratamientos suelen durar entre 2 y 3 años, dependiendo del tipo de adicción.

En este contexto, surge la siguiente interrogante: ¿Cuál es la relación entre el proceso de cambio, las habilidades sociales y la personalidad en niños y adolescentes consumidores de sustancias psicoactivas en una comunidad terapéutica de la ciudad de Lima?

1.2 JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DEL PROBLEMA

Las comunidades terapéuticas, concebidas como instituciones de recuperación para individuos con consumo problemático de drogas, busca fomentar estilos de vida saludables en sus residentes. La literatura científica ha documentado ampliamente la incorporación de adultos en estos entornos, describiendo sus procesos de inicio, mantenimiento y desarrollo. No obstante, existe una limitada investigación centrada en la población infantil y juvenil dentro de estos espacios, lo que resalta la importancia de examinar la influencia de las comunidades terapéuticas específicamente en este grupo etario.

La presente investigación se justifica por varias razones, la importancia de comprender en profundidad los procesos de cambio, las habilidades sociales y la personalidad de niños y adolescentes en programas de recuperación de individuos por consumo de sustancias psicoactivas en una comunidad terapéutica de Lima. Los hallazgos de este estudio podrían generar un impacto significativo en la optimización de las intervenciones terapéuticas dirigidas a esta población vulnerable. En primer lugar, la identificación de los factores que influyen en el proceso de cambio permitirá diseñar estrategias más efectivas para favorecer la recuperación y prevenir recaídas. En segundo lugar, el análisis de las habilidades sociales y la personalidad de los participantes facilitará la detección de áreas de

fortaleza y debilidad, lo que contribuirá a la personalización de los tratamientos y su adaptación a las necesidades individuales de cada joven. En tercer lugar, se espera que este estudio incida de manera favorable en la calidad de vida de los jóvenes en proceso de rehabilitación, proporcionándoles herramientas y recursos para su reinserción social y familiar.

Desde una perspectiva teórica, la revisión de la literatura científica evidencia la existencia de estudios previos que han abordado estas variables de manera aislada. Sin embargo, se identifica una brecha en la investigación respecto al análisis integral de la interacción entre los procesos de cambio, las habilidades sociales y la personalidad en esta población vulnerable. Por ello, esta tesis doctoral busca generar conocimiento novedoso que contribuya al desarrollo de modelos teóricos más integrales y a la formulación de estrategias de intervención más eficaces. El objetivo es promover habilidades sociales adaptativas y fortalecimiento de la personalidad de los jóvenes, facilitando su reinserción social y reduciendo el riesgo de recaídas.

1.3 LIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Entre estas limitaciones se incluyen:

- La dependencia de una base de datos proveniente de la comunidad terapéutica.
- La ausencia de generalización de los resultados.
- La diversidad de antecedentes de los niños y adolescentes que ingresan y se retiran de la comunidad terapéutica, lo que puede influir en los hallazgos.

- Los cambios en las habilidades sociales y la personalidad, así como la superación de la dependencia a sustancias, son procesos que pueden requerir un tiempo prolongado.
- Las observaciones realizadas durante el periodo limitado de estancia en la comunidad terapéutica pueden no reflejar completamente la evolución a largo plazo de estos procesos.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 PROCESOS DE CAMBIO

En el estudio del desarrollo infantil y adolescente, es fundamental comprender cómo los procesos de cambio, las habilidades sociales y la personalidad influyen en la adaptación de los individuos. Estos tres conceptos son pilares esenciales en la psicología del desarrollo, ya que, en conjunto, ofrecen una visión integral del comportamiento tanto en el desarrollo saludable como en situaciones con dificultades, como el tratamiento en poblaciones con problemas de consumo de drogas. Además, permiten entender las interacciones sociales en las diferentes etapas de desarrollo. Por ello, se presenta lo siguiente:

Según Krauskopof (1999), el estudio de los procesos de cambio permite identificar las fases críticas del desarrollo y los factores influyentes en la transición de una etapa a otra. Además, proporciona una comprensión profunda sobre cómo los jóvenes enfrentan y superan dificultades, incluyendo aquellas relacionadas con el contexto social y cultural. Este marco teórico explorará los distintos aspectos de los

procesos de cambio, proporcionando una base sólida para comprender la dinámica del desarrollo en esta etapa crucial de la vida.

En Perú, Quillas et al. (2017) destacan que las teorías de cambio de comportamiento son fundamentales para comprender los aspectos humanos y sociales, lo que facilita el diseño de soluciones específicas. En relación con el trabajo de la OMS (2008), se identifican dos enfoques principales: a) teorías basadas en la causa de la conducta, como el Modelo de Creencias de Salud (Rosenstock, 1974, 1977), la Teoría de la Acción Razonada (Fishbein & Ajzen, 1975, 1980) y la Teoría del Aprendizaje Social (Bandura, 1977; Rotter, 1954); y b) el Modelo de Etapas de Cambio o Modelo Transteórico.

Asimismo, Velasco (2018) señala que la motivación es un elemento clave para iniciar el cambio, constituyéndose en una variable crucial para comprender el proceso de transformación personal. Este concepto ha captado la atención de profesionales de la salud, especialmente en el tratamiento del abuso de sustancias psicotrópicas.

Las normas sociales influyen en los comportamientos de las personas, modificando su repertorio conductual. El razonamiento, la solución de problemas y el compromiso emocional pueden promover el cambio (García et al., 2018). De acuerdo con la teoría fenomenológica, el proceso de autorrealización impulsa el comportamiento, orientándolo hacia la consecución de metas. Así, el cambio individual está estrechamente relacionado con la motivación, siendo los aprendizajes personales fundamentales para el crecimiento y desarrollo personal (Pechón, 2016).

Para Weller (2013), el diagnóstico y apoyo psicológico de personas con adicciones es una tarea compleja, ya que implica abordar diversos problemas biológicos, metabólicos, conductuales, cognitivos, neurológicos y sociológicos. Por ello, es esencial mantener la motivación para facilitar los cambios necesarios.

La motivación presenta las siguientes características:

- **Multidimensionalidad:** La motivación abarca diferentes aspectos del desarrollo humano, como pensamientos (apreciaciones cognitivas), emociones (percepciones de ventajas y desventajas) y conductas (actividades realizadas por las personas).
- **Dinamismo:** La motivación es un constructo fluctuante que varía según los objetivos (cambiantes según la percepción de la persona) y la intensidad (variabilidad en la conducta). Por lo tanto, la motivación puede impulsar tanto la acción como la inacción.
- **Influencia del componente social:** La motivación surge de las interacciones entre el individuo y su entorno, incluyendo familia, amigos y apoyo comunitario. Aunque los factores internos son fundamentales para el cambio, los factores externos condicionan este proceso. La falta de apoyo comunitario, como barreras en el acceso a la atención de salud, empleo y la percepción pública del abuso de sustancias, puede afectar negativamente la motivación de un individuo.
- **Modificabilidad:** La motivación está presente en distintos contextos y momentos, y es susceptible de ser modificada y aumentada en diversas etapas del proceso de cambio. Los pacientes no necesariamente tienen que "tocar fondo" o sufrir consecuencias graves para reconocer la necesidad de cambiar. Los clínicos y otros

profesionales pueden intervenir para aumentar la motivación antes de que se produzcan daños significativos en la salud, las relaciones, la reputación o la autoimagen.

Etapas de Cambio del Comportamiento

Se refieren a las transformaciones que experimentan los niños y adolescentes a lo largo del tiempo, tanto a nivel físico, cognitivo, emocional y social. Estos cambios pueden ser graduales o abruptos y son influenciados por factores internos, como la genética y la personalidad, así como por factores externos, como el entorno social y cultural. Entender estos procesos es crucial para identificar las etapas críticas de desarrollo y los factores mediadoras de que dificultan la adaptación y el crecimiento personal.

Para Ferre et al. (2016) las motivaciones pueden ser externas (consecuencias, restricciones) como internas (emociones, sentimientos y evaluaciones cognitivas). Las fases de cambio se definen como la adquisición de nuevos hábitos donde las personas progresan; es decir, sus acciones se dirigen a considerar, iniciar y mantener comportamientos nuevos (Prochaska y DiClemente, 1992). Este modelo se caracteriza por ser un enfoque biospsicosocial, ya que, se contempla el cambio incluso fuera de los ambientes clínicos.

El modelo de Procesos de Cambio, es un modelo transteórico donde considera tres elementos (Lois y Álvarez, 2009; Prochaska, Norcross y DiClemente, 1994 citado en Well 2013)

- Estadios del cambio; división temporal del proceso de cambio. Para poder generar el cambio deseado es necesario recurrir a la motivación personal del paciente.

- Procesos de cambio; actividades que generan las personas para modificar pensamientos, sentimientos y conductas.
- Niveles de cambio; problemas psicológicos de la persona que debe abandonar. Por ejemplo; cogniciones desadaptativas, conflictos intra e interpersonales, problemas familiares, entre otros.

Este modelo ha sido aplicado en personas que han logrado modificar sus conductas adictivas frente al consumo de tabaco y alcohol con y sin intervención profesional. Se observó que las personas que llevaban a cabo cambios motivacionales por su cuenta, o bajo guía profesional, primero “pasaban de estar inconscientes o reacios por hacer algo sobre el problema a considerar la posibilidad del cambio, luego estaban determinados y preparados para hacer el cambio, y finalmente actuaban y mantenían, o conservaban, ese cambio con el paso del tiempo” (DiClemente, et al. (1991).

2.1.1 Modelo de Proceso de Cambio

Este modelo fue presentado por Prochaska y DiClemente (1982). Según estos autores, las etapas de cambio que experimenta una persona ocurren de manera espiral, lo cual permite considerar diversos cambios esperables, incluyendo posibles retrocesos (Berra y Muñoz, 2018).

a. Pre contemplación

En esta fase, las personas no tienen la intención de cambiar a corto plazo. La mayoría no reconoce un problema, no considera la necesidad de realizar un cambio y menos aún evalúa la posibilidad de modificar su comportamiento actual. Muchos pueden sentirse reacios o desmotivados frente a la idea de cambiar, lo cual puede

explicarse porque aún no han experimentado consecuencias adversas por el consumo de sustancias. La intervención terapéutica en esta etapa se centra en aumentar la conciencia del paciente sobre los riesgos de su conducta actual (Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol [SENDA], 2017).

b. Contemplación

En esta fase, los individuos empiezan a considerar que podría haber razones para preocuparse y cambiar. Es común que experimenten ambivalencia; es decir, reconocen que podrían beneficiarse de un cambio, pero no están completamente comprometidos con hacerlo. Los adictos pueden pensar en reducir el consumo, aunque no necesariamente en el futuro cercano. Durante esta etapa, comienzan a evaluar las consecuencias positivas y negativas de buscar apoyo y modificar su comportamiento, y pueden permanecer en esta fase por largos períodos debido a su indecisión. El objetivo del terapeuta es promover la autoeficacia para el cambio (SENDA et al., 2017).

c. Preparación

En esta fase, la persona ya ha sopesado las ventajas y desventajas del cambio, inclinándose a favor de la transformación debido a un balance decisional positivo. La preparación implica planificar, desde el tipo de tratamiento hasta la evaluación de la autoeficacia. Aunque algunos individuos aún pueden consumir sustancias, ya están considerando seriamente dejarlo (Prochaska y Prochaska, 1991). Es común observar la fijación de metas, que a menudo incluye a la familia, y el compromiso

con abandonar el consumo. Una intervención sugerida en esta etapa es proponer un curso de acción para reducir el consumo (SENDA et al., 2017).

d. Acción

Esta etapa se caracteriza por la implementación de cambios en los estilos de vida. Es probable que los individuos enfrenten situaciones desafiantes y difíciles, así como los efectos psicológicos de salir del mundo de las adicciones. Durante esta fase, los usuarios evalúan su situación, comparando su estado actual con el previo al consumo. Las investigaciones sugieren que esta etapa puede durar de 3 a 6 meses. El terapeuta se enfoca en apoyar al paciente para que mantenga los cambios (SENDA et al., 2017).

e. Mantenimiento

El objetivo en esta fase es sostener el estilo de vida alcanzado durante la fase de acción, lo que implica mantener la abstinencia, la sobriedad y evitar recaídas (Martínez, 2015). Es fundamental contar con estrategias de respaldo para posibles comportamientos problemáticos. El psicólogo trabaja con el individuo para identificar y protegerse de situaciones que puedan desencadenar una recaída. A menudo, las personas recaen al menos una vez, lo cual puede ser parte del proceso de aprendizaje sobre situaciones peligrosas y dificultades encontradas. Esta etapa puede durar desde 6 meses hasta varios años, dependiendo del objetivo conductual del adicto. Uno de los enfoques principales es la identificación y aplicación de estrategias de prevención de recaídas (Prochaska et al., 1993).

f. Recurrencia

Esta etapa involucra la recaída, donde los individuos pueden volver a exhibir conductas de consumo (Prochaska y Bess, 2004). La recaída no significa necesariamente el abandono del tratamiento, sino que puede ser vista como una oportunidad de aprendizaje. Permite a las personas darse cuenta de que algunas de sus metas pueden no ser realistas, lo cual les ayuda a establecer objetivos más efectivos y alcanzables. En caso de recaída, el terapeuta debe reevaluar el proceso de contemplación, determinación y acción para ajustar el tratamiento (SENDA et al., 2017).

2.1.2 Procesos de Cambio y Adicciones en Población Infante Juvenil

El modelo transteórico del cambio de comportamiento de Di clemente y Prochaska (1982) ha demostrado tener la capacidad de explicar los cambios en el comportamiento en consumidores de drogas, el nombre del modelo deriva de la integración de principios y componentes teóricos de los sistemas terapéuticos (Berra y Muñoz, 2018). El consumo de sustancias ilegales se puede entender con el modelo antes señalado; por motivos de tener un amplio bagaje teórico sobre la modificación del comportamiento específicamente en conductas adictivas. Por tanto, se propone una explicación global del comportamiento problemático. Investigaciones demuestran que el modelo sustenta los cambios comportamentales en población adulta. Mayor (1995); Flórez (2005) y Beltrán et al. (2021). Sin embargo, queda la interrogante si el modelo puede explicar el mismo proceso en población infante juvenil. La duda radica en la diferencia de los hitos del desarrollo de cada etapa evolutiva.

Se tiene información sobre el consumo de SPA en niños y adolescentes. Por ejemplo, Martínez (2015) describe las conductas de consumo y delictivas en los adolescentes. El consumo de tabaco se va acrecentando conforme aumente la edad de los adolescentes. Por ejemplo; el 80.1% de los adolescentes se encuentra en las edades de 10 a 12 años, el 56.8% de 19 a 21 años. El consumo de bebidas alcohólicas predilectas por parte de la población juvenil son los licores combinados con refrescos, esto por temas que el objetivo es de lograr el efecto desinhibidor. Se sabe que la edad de inicio para el consumo de sustancias psicoactivas se sitúa alrededor de los 14 años.

Según Rojas (2018) el consumo de sustancias en adolescentes que abusan del alcohol y marihuana tienen que ver con el comportamiento antisocial, familias disfuncionales, estilos de crianza y acompañamiento de tutores.

De lo revisado, podemos señalar que en el contexto peruano, el consumo de drogas ilícitas se ha diversificado en las distintas regiones del país, y los consumidores suelen ser cada vez más jóvenes. Esto resalta la necesidad de implementar acciones de prevención para ofrecer una respuesta efectiva ante esta situación. Para ello, se cuenta con la colaboración de instituciones aliadas que promueven una intervención integral, como el Ministerio de Educación, el Ministerio de Salud, el Ministerio Público, el Ministerio de Cultura, el Poder Judicial, el Instituto Nacional Penitenciario, la Municipalidad Metropolitana de Lima y el Instituto Peruano del Deporte.

En Perú, la prevalencia anual del consumo de drogas legales es del 45%, siendo el alcohol (39.9%) y el tabaco (28.5%) las sustancias más consumidas. En cuanto a las drogas ilegales, la prevalencia anual es del 4.5%, destacando el

consumo de marihuana (2.8%), pasta básica de cocaína (0.8%) y éxtasis (0.6%). Además, la prevalencia del consumo de drogas médicas es del 2.5%. Las sustancias de mayor consumo en el país incluyen tabaco, pasta básica de cocaína (PBC), marihuana, cocaína e inhalantes (MINEDU, 2017).

Para la Comisión Nacional para el desarrollo y vida sin drogas (DEVIDA, 2017) se deben seguir una serie de Lineamientos Técnicos estipulados en la Tutoría y Orientación Educativa (TOE) para contribuir a la promoción de una vida sin drogas es por ello que deben existir diferentes enfoques.

- Enfoque de desarrollo Humano
- Enfoque de conductas problemas
- Enfoque de teorías evolutivas del consumo

Así como sugerir que las acciones de cada tema deben estar especializados por sesión; específicamente en las temáticas de:

- Prevención de drogas legales
- Prevención de drogas Ilegales
- Prevención de otras adicciones

MINEDU (2017) propone lineamientos pedagógicos para evitar la recaída en el consumo de drogas de la población escolar. Los objetivos generales deben contemplar la promoción de: factores protectores, capacidades y potencialidades y prevención de factores de riesgo. Asimismo, se propone la priorización de conductas preventivas en el consumo de drogas legales e ilegales. Estos planes mencionan la importancia de establecer relaciones con otras redes. De aquí se desprende la necesidad de llevar a cabo tres tareas: tutoría individual, detección temprana y derivación.

Díaz-Alzate y Mejía-Zapata (2018) tuvieron como objetivo realizar una revisión exhaustiva acerca de los postulados que tiene la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la salud (OPS) acerca del proceso de adquisición de las habilidades blandas como factores protectores antes el consumo de SPA. Para el estudio, se tuvo en cuenta adolescentes de 12 a 14 años de edad de tres colegios públicos. Para la evaluación, se consideró: un cuestionario acerca de las habilidades para la vida la cual media habilidades sociales, cognitivas y emocionales; y un grupo focal donde se extrajo datos acerca de las condiciones del contexto. Los resultados arrojan que el enfoque que tiene la OMS y la OPS respecto a la salubridad y productividad para la adquisición de habilidades de interacción social como factor protector en conductas de consumo temprano de sustancias adictivas es insuficiente para el desarrollo de los adolescentes ya que no es posible alcanzar el objetivo de prevenir conductas de riesgo tan solo con el desarrollo de habilidades sociales.

Continuando con la revisión de la teoría de habilidades sociales se presenta el siguiente tema de exploración.

2.2 HABILIDADES SOCIALES

Las habilidades sociales, de acuerdo al estudio que realizó Urdaneta y Morales (2012), son rasgos aptitudinales que facilitan a los individuos interactuar de forma efectiva y apropiada con los demás. En el contexto de la niñez y la adolescencia, estas s incluyen comunicación verbal y no verbal, la empatía, la resolución de conflictos y la cooperación. El desarrollo de habilidades sociales es esencial para la formación de relaciones saludables y la integración en diversos

grupos sociales, ya que facilita la adaptación a nuevas situaciones y la participación en la comunidad, por ello presentamos los siguientes estudios.

Tapia y Cubo (2017) consideran que la habilidad social está ligada a la competencia interpersonal, inteligencia social y habilidades adaptativas. Según Claver (2016) las habilidades sociales se expresan mediante conductas que favorecen el desarrollo del individuo en el ámbito individual e interpersonal; es decir, el individuo puede expresar sus actitudes, opiniones, derechos y sentimientos acorde a la situación. Esto implica que las personas resuelven problemas inmediatos con el otro. Así mismo, Gómez (2015) considera que la habilidad social es “la capacidad de ejecutar aquellas conductas aprendidas que cubren nuestras necesidades de comunicación interpersonal y/o responden a las exigencias y demandas de las situaciones sociales de forma efectiva”. Las habilidades sociales se caracterizan por el carácter aprendido, especificidad situacional, interdependencia y complementariedad con el otro, especificidad situacional y eficacia del comportamiento.

Sánchez (2016) sostiene que las habilidades sociales son conductas aprendidas que utilizan las personas en situaciones de aproximación social con el objetivo de obtener reforzamiento social. Las habilidades sociales contemplan un comportamiento socialmente hábil, siempre y cuando el reforzador sea agradable para el individuo. También implica situaciones interpersonales donde se expresan. Por lo tanto, estas significan medios para alcanzar objetivos de índole interactiva. Es así, como se entiende que estas son de vital importancia para la adaptación al ambiente más próximo de la persona. Es necesario definir las considerando el desarrollo evolutivo por el cual atraviesa la persona (Sánchez et al.2016)

El paso de la niñez hacia la adolescencia exige la adquisición de habilidades sociales más complejas; ya que, hay mayor cantidad de cambios físicos, cambios psicológicos, variación de las percepciones y el propio autoconocimiento. López (2015). En la misma línea, De Frutos (2015) subraya el uso del tiempo libre, uso del dinero, resolución de conflictos, expresión de emociones sean positivas y/o negativas. Lo que supone la exigencia de habilidades verbales de interacción social.

2.2.1 Habilidades Sociales en Niños y Adolescentes Consumidores

Las personas adictas a las drogas suelen mostrar comportamientos con baja capacidad de adaptación social. Esto se manifiesta en una tendencia a ser poco sociables y desajustados en su entorno, ya que su conducta está predominantemente enfocada en la obtención de la sustancia, a menudo de manera exclusiva. Como resultado, estas personas suelen mantener relaciones conflictivas con su entorno, priorizando la compulsión de consumo por encima de otras actividades (García et al., 2018).

Las habilidades sociales son fundamentales para el desarrollo evolutivo de la población infanto-juvenil. Por ello, es crucial estudiar estas habilidades en niños y adolescentes consumidores, con el objetivo de profundizar en el tema y entender cómo el consumo puede haber afectado negativamente sus habilidades sociales.

Para López et al. 2015, la infancia y la adolescencia es una etapa evolutiva de vital importancia para la incorporación y aprendizaje de habilidades sociales. Por ejemplo; la infancia es una etapa que se caracteriza por iniciar y mantener situaciones de juego, aquí destacan las habilidades verbales. En los pre escolares, se evidencia la exploración de emociones propias y de otros así como el

seguimiento de reglas. Las interacciones sociales son más frecuentes y duraderas debido al juego. Es decir, hay una transición del juego solitario a uno más cooperativo, donde la simbolización y la adaptación a diferentes roles permite superar el egocentrismo infantil.

Las habilidades sociales no solo cumplen con el rol interactivo del niño, sino que también involucran el desarrollo cognitivo. Así se evidencia, la comprensión sobre las emociones de un tercero. En la etapa escolar, el rol del niño se vuelve cada vez más participativo, se encuentra expuesto a diferentes contextos como la iglesia, vecinos, instituciones, etc. Los niños comienzan a socializar a partir de conductas básicas como manifestar alabanzas, críticas, opiniones, participación en tareas y juegos, respuesta a preguntas, entre otras (López et al., 2015).

Tipos de Habilidades Sociales

Chacón y Morales (2013) plantean que el desarrollo de habilidades sociales está estructurado en distintos niveles de complejidad. En este sentido, las habilidades más avanzadas no pueden adquirirse sin antes haber consolidado aquellas consideradas básicas. Por ello, resulta esencial conocer las estrategias fundamentales de comunicación que facilitan la incorporación de conductas socialmente deseables. El grado de complejidad de estas habilidades aumenta conforme avanza el desarrollo evolutivo, organizándose en seis grupos principales.

Según García Ramos (2012), citado en Tapia y Cubo (2017), estas características refuerzan la relevancia del desarrollo de habilidades sociales en la infancia, dado su impacto en la construcción del bienestar psicológico y la interacción.

2.2.2 Habilidades Sociales y Adicciones en Población Infanto Juvenil

Según el Fondo de las Naciones Unidas para la infancia (UNICEF, 2017) las habilidades para la vida se caracterizan por ser competencias necesarias para el desarrollo positivo y adaptativo para el manejo efectivo de las necesidades y retos de la vida.

Tapia y Cubo (2017) mencionan que la adquisición de habilidades es de vital importancia para la prevenir conductas de riesgo, específicamente las relacionadas al consumo de sustancias psicotrópicas. Entonces, se vuelve necesario conocer el desarrollo de estas en las instituciones educativas y así poder vincularlas con las experiencias de aprendizaje.

Gutiérrez (2017) sostiene que la diferencia entre los adolescentes que consumen y no consumen sustancias adictivas, radica en que estos últimos presentan puntajes altos en los niveles de planeación, empatía y resistencia a la presión.

Flores et al. (2016) relacionan las habilidades sociales y comunicación interpersonal. Los autores concluyen que una conducta de riesgo puede ser prevenida con niveles altos en ambas variables.

Este estudio realizado con los conceptos proporciona una base sólida para comprender cómo los niños y adolescentes navegan por las complejidades de su entorno y cómo desarrollan su sentido de identidad y pertenencia. Además, permite identificar áreas de intervención para promover el bienestar y el desarrollo integral de los jóvenes. Este marco teórico busca explorar las interacciones entre los procesos de cambio, las habilidades sociales y la personalidad, destacando su

importancia para el desarrollo psicosocial en esta etapa crucial de la vida, para ello desarrollaremos el último tema conceptual de esta investigación.

2.3 PERSONALIDAD DEL CONSUMIDOR DE SUSTANCIAS

PSICOACTIVAS

Para este estudio se ha considerado la teoría de personalidad de Eysenck, la cual puede ayudarnos a entender el proceso de maduración de una persona señalándonos los diferentes tipos de personalidad que puede desarrollar el ser humano, a través de la interpretación de Martínez (2011) quien propone que existe relación entre los trastornos de personalidad y conductas adictivas. En la misma línea, estudios demuestran que el 58% de personas drogodependientes presentan diagnósticos de trastornos de personalidad siendo los más frecuentes el límite, antisocial y dependiente. Fassino et al. (2004) y Ball et al. (2005). Sin embargo, se debe considerar que los estudios antes mencionados se realizaron en población adulta. Viruela (2013) señala que la personalidad significa un proceso de maduración que culmina en la etapa adulta, la construcción de la personalidad inicia en la adolescencia. Por tanto, queda la duda de cómo se comporta el constructo de personalidad en niños y adolescentes consumidores de SPA.

2.3.1 Modelo de la Personalidad

Eysenck y Eysenck (1994) definen la personalidad como una organización compuesta por temperamento (elemento innato) y carácter (elemento nato); así como, el grado de raciocinio y apariencia física de la persona que influye en la adaptación a su contexto. La personalidad presenta 4 estándares conductuales:

afectivo (temperamento), cognitivo (Inteligencia), somático (constitución) y conativo (carácter). Esto quiere decir que los dichos estándares se encuentran determinados por la herencia y el medio ambiente. Asimismo, se sostiene que la personalidad tiene bases biológicas. (Villaverde, et al. 2019)

El Instituto Nacional de Salud (INS, 2018) afirma que las drogas depresoras inhiben la función cortical, por lo tanto, se evidencia conductas extrovertidas.

La teoría de Eysenck (1988) señala la importancia de los factores biológicos y de los patrones conductuales actuales; es decir, las conductas que potencialmente puede desarrollar el individuo en base a la apariencia física y fisiológica, así como los constantes aprendizajes e interrelaciones del medio.

Eysenck (1988) en Villaverde et al. (2019) manifiesta que los factores de la personalidad son: extraversión (E), neuroticismo (N) y psicoticismo (P). Estos componentes se agrupan para configurar a la personalidad y a la vez son independientes. Es decir, es posible situar a un individuo en un tipo de personalidad para poder llegar a comprender esta, pero no debemos olvidar los demás elementos. Para Eysenck y Eysenck (1994) la personalidad moderna involucra más factores como los rasgos, aptitudes y tipos, lo cual involucra un enfoque ideográfico, resaltando la unicidad del individuo. Entonces, la diferencia radica en las dimensiones y cómo estas se comportan. Se debe tener en cuenta que a partir de un enfoque experimental, sí es posible de ser medida y cuantificada cada una de ellas (Zamudio, 2015).

2.3.2 Dimensiones Básicas de la Personalidad

a. Dimensión Extraversión (Introversión-Extraversión)

Resulta del balance excitación-inhibición del área cortical. Esto facilita el condicionamiento con los sujetos introvertidos. Mientras que, en el caso de las personas extrovertidas se pueden desarrollar potencialidades inhibitorias. Se considera que este es un rasgo genotípico. Entonces, las diferencias entre las personas extrovertidas e introvertidas tienen que ver con un mayor o menor nivel de excitabilidad cortical. Eysenck y Furhan (1993) en Mori y Salazar (2016).

b. Dimensión Estabilidad (Estabilidad-Inestabilidad)

Dimensión relacionada a la excitabilidad del SNA, sistema encargado de los trastornos cardiovasculares, respiratorios, secreciones gástricas, hipermotilidad intestinal, sudoración, etc. Los puntajes altos de neuroticismo implican una emotividad alta; es decir, se caracterizan por ser individuos ansiosos, inseguros y tímidos (Flores, 2016)

El neuroticismo implica intolerancia al estrés sea físico o psicológico; esto debido a que, presentan niveles altos de excitabilidad. Por lo tanto, la persona es hipersensible a situaciones de frustración y tensión puede presentar bloqueos de conducta, respuestas inadecuadas además es más proclive a sufrir trastornos psicosomáticos. (Rojas, 2018)

c. La Dimensión Dureza (Psicoticismo)

Eysenck (1988) considera que las personas que puntúan alto en esta dimensión: "Tiene menor fluidez verbal, su rendimiento en sumas continuas es

pobre,... más indeciso al respecto de las actitudes sociales, presenta una concentración más pobre, tienen peor memoria, tienden a hacer movimientos más grandes y a subestimar distancias y calificaciones o leer con más lentitud, a tamborilear más lentamente y a exhibir niveles de aspiración menos adaptados a la realidad" (Rojas, 2018). Es decir, el individuo muestra altos niveles de aislamiento, distraibilidad y pensamiento desordenado.

2.3.3 Personalidad y adicciones en población infanto juvenil

La personalidad se encarga de regular el comportamiento de cada individuo, sus elementos centrales son las necesidades y motivos. Los niños y adolescentes con un desarrollo neurotípico presentan necesidades de carácter social como la expresión de sentimientos, necesidades de validación, control de impulsos, entre otros Boza y Quiñonez (2001). Sin embargo, la población drogodependiente presenta dificultades en la regulación inductora y ejecutora del comportamiento. Además, se debe sumar el hecho que la población en estudio son niños y adolescentes.

Domínguez y Fabelo (2019), mencionan que la conducta errática de los jóvenes consumidores y adictos privilegian el consumo, relaciones con otros consumidores, relaciones de pareja superficiales y efímeras, así como conductas proclives al facilismo y violencia.

Para Palacios y Martínez (2017) encontraron que para las características sociodemográficas describen cualidades asociadas a las normas, tradiciones y valores. Mientras que las características de personalidad se asocian conductas de

egocentrismo, intelecto, persistencia, control, amabilidad, obediencia y expresión afectiva.

Una personalidad neurótica se asocia positivamente con conductas de consumo esto es debido a las características de inseguridad, inestabilidad emocional, preocupación y tensión. Por lo tanto, la estabilidad emocional significa un factor protector para disminuir los niveles de ansiedad y controlar impulsos adictivos. Asimismo, adolescentes con niveles altos de responsabilidad presentan menor riesgo de consumo de sustancias. (Liberini, Rodríguez, Romero, 2016)

Claver (2016) menciona que el sexo no significa una diferencia significativa para el consumo de sustancias. Además, la edad aproximada de los consumidores es de 13 años. En cuanto a los rasgos de personalidad, los consumidores presentan niveles bajos de gobierno y creatividad. Es por ello que la autora recomienda acciones preventivas dirigidas a las habilidades de autonomía, control de impulsos, habilidades sociales y creatividad.

Según Aquino (2015) los rasgos de una personalidad adictiva son:

- Sentimientos de vergüenza, perfeccionismo como autocrítica implacable, dependencia oculta.
- Autoengaño, pensamiento extremista, obsesiones, autocensura, sentimientos de culpa.
- Incapacidad para relacionarse con figuras de autoridad.
- Avidéz de poder y control, excesiva búsqueda de aprobación y dificultad para el control.

Entonces, la relación entre personalidad y adicciones en la población infanto-juvenil es un campo complejo y multifacético que ha sido objeto de

numerosos estudios y debates en la psicología. Si bien no existe un tipo de personalidad adictiva único y universalmente aceptado, la investigación sugiere que ciertos rasgos y patrones de personalidad pueden aumentar la vulnerabilidad de los jóvenes al consumo de sustancias psicoactivas.

Es fundamental considerar que la relación entre personalidad y adicciones es bidireccional y dinámica. El consumo de sustancias puede a su vez influir en la personalidad de los jóvenes, alterando su funcionamiento cerebral y emocional. Además, el contexto social y familiar juega un papel crucial en la modulación de la personalidad y en la exposición a factores de riesgo y protección.

En este sentido, es necesario adoptar una visión integral y multidimensional que considere la interacción compleja entre la personalidad, el entorno y las experiencias de los jóvenes. La investigación en este campo debe identificar los factores específicos (riesgo y protector) por individuo, así como los mecanismos subyacentes a la relación entre personalidad y adicciones. Esto permitirá diseñar intervenciones preventivas y terapéuticas más efectivas y personalizadas, que promuevan el desarrollo de habilidades sociales y emocionales adaptativas y que fortalezcan la resiliencia de los jóvenes frente a las presiones y los desafíos del entorno.

2.4 COMUNIDAD TERAPÉUTICA

Las comunidades terapéuticas (CT) son modelos residenciales de tratamiento que han evolucionado significativamente desde su creación.

Originalmente destinadas a la supervisión y tratamiento de personas con adicciones, las CT ahora se adaptan a enfoques terapéuticos integrales que buscan no solo la abstinencia de sustancias, sino también el desarrollo sociopersonal.

Estas comunidades terapéuticas surgieron en la década de 1950 como una respuesta innovadora a las necesidades de tratamiento de personas con adicciones. Maxwell Jones es uno de los pioneros en este campo, quien implementó la primera comunidad terapéutica en el Reino Unido. Estas comunidades se basan en un enfoque de autoayuda y apoyo mutuo, donde los residentes son tanto responsables de su propio tratamiento como del apoyo a otros miembros de la comunidad.

La comunidad terapéutica (CT) en su forma de tratamiento residencial para la supervisión terapéutica en el abuso de sustancias; sin embargo, esto ha ido cambiando. Asimismo, se sabe que, dependiendo del enfoque de la CT, esta tiene diferentes funciones. En general, el objetivo es reducir la duración de los tratamientos y adaptarse a un enfoque terapéutico integral. (Universidad Internacional de Valencia, 2018).

Tipos de comunidades terapéuticas

Existen varios tipos de comunidades terapéuticas, cada una con sus propias características y enfoques específicos:

- 1. Comunidad Terapéutica Tradicional:** Enfocada en la abstinencia de sustancias a través de un ambiente estructurado y jerárquico.
- 2. Comunidad Terapéutica para Adolescentes:** Adaptada para abordar las necesidades específicas de los jóvenes, incluyendo el desarrollo educativo y emocional.

3. Comunidad Terapéutica de Reducción de Daños: Centrada en reducir las negativas consecuencias negativas en lugar de enfocarse exclusivamente en la abstinencia.

4. Comunidad Terapéutica de Reinserción Social: Diseñada para preparar a los residentes para su reintegración en la sociedad a través de la estrategias de capacitación laboral.

Las comunidades terapéuticas pueden ser clasificadas en función de la participación de profesionales en el tratamiento y apoyo a los residentes. Esta clasificación da lugar a dos categorías principales: comunidades terapéuticas profesionales y no profesionales.

2.4.1 Modelo de Comunidad Terapéutico

A. Comunidades Terapéuticas Profesionales

Estas comunidades están dirigidas y gestionadas por profesionales capacitados en el ámbito de la salud mental y el tratamiento de adicciones. Los programas en estas comunidades suelen incluir intervenciones basadas en evidencia y están supervisados por médicos, psicólogos, trabajadores sociales y otros especialistas.

Características:

- Uso de tratamientos basados en evidencia.
- Supervisión y evaluación constante por parte de profesionales de la salud.
- Programas estructurados que incluyen terapia individual, grupal y familiar.
- Evaluación continua del progreso del paciente.

B. Comunidades Terapéuticas No Profesionales

Estas comunidades suelen ser gestionadas por personas que han pasado por experiencias similares de adicción y recuperación. Aunque pueden incluir algunos profesionales para tareas específicas, el enfoque principal está en el apoyo mutuo y la autoayuda.

Características:

- Gestión y supervisión por parte de ex adictos o personas en recuperación.
- Enfoque en el apoyo mutuo y la autoayuda.
- Menos formalización en las intervenciones terapéuticas.
- Dependencia de la comunidad y el entorno grupal para el apoyo y la recuperación.

La comunidad terapéutica (CT) es una forma de tratamiento residencial para la supervisión terapéutica en el abuso de sustancias; sin embargo, esto ha ido cambiando. Asimismo, se sabe que dependiendo del enfoque de la CT, esta tiene diferentes funciones. En general, el objetivo es reducir la duración de los tratamientos y adaptarse a un enfoque terapéutico integral. (Universidad Internacional de Valencia, 2018).

Apellániz, et al. (2010) definen a la comunidad terapéutica con el objetivo de regular la responsabilidad penal de los residentes debido a que evita el internamiento terapéutico en situaciones de adicciones. Los sujetos adictos se ven envueltos en disfunciones significativas de su psiquismo y carecen de condiciones idóneas para su tratamiento ambulatorio por encontrarse en condiciones de riesgo.

Apellániz et al. (2010) en el Manual de la Comunidad Terapéutica de España, señala que es necesario comprender que las comunidades terapéuticas

tienen una metodología de “Intervención educativo – terapéutica”. El carácter educativo se refiere al proceso de enseñanza - aprendizaje donde se tiene como objetivo la adquisición de conocimientos, desarrollo de hábitos y habilidades por parte del interno que conduce al desarrollo integral. (Alfonso, 2003)

El carácter terapéutico promueve el autoconocimiento de los internos entendiendo que esto provocará cambios positivos para alejarse del consumo. El terapeuta presta atención sobre conducta, pensamientos y relaciones interpersonales. Por tanto, la suma de estrategias educativas y psicológicas afianzan una intervención que promueve el acompañamiento al interno. Así se desarrolla la autoestima y bienestar emocional.

El Instituto Nacional sobre el abuso de drogas de Estados Unidos (NIDA, 2015) exige seguir ciertos lineamientos generales como:

- Respetar un modelo jerárquico, a puertas abiertas que contemplen una serie de etapas en el tratamiento donde se vea reflejado los niveles de responsabilidad personal y social.
- Permitir la libre influencia entre los residentes para la incorporación de habilidades de interacción y normas sociales.
- Generar actividades rutinarias para establecer planificaciones. Así como proponer metas para el desarrollo de su vida de acuerdo con sus objetivos.
- Promover actividades de tipo psicoterapéutico que involucre tareas con fines ocupacionales, sociales, educativos, médicos y sanitarios.

Palacios (2013), refiere que Jones (1953) en la comunidad terapéutica es una nueva orientación psiquiátrica aplicada a procesos terapéuticos gracias a su carácter correctivo y modificador de comportamiento favorece al aprendizaje y

maduración del residente. La meta de una comunidad terapéutica es promover el crecimiento personal y lograr la integración social del adicto.

2.4.2 Comunidad Terapéutica de niños y adolescentes

La adolescencia, como etapa de consolidación de componente conativo-volitivo de la conciencia y el carácter de la personalidad, alcanzando hasta aproximadamente los dieciocho años, dependiendo de factores como el nivel de desarrollo económico, la clase social y las condiciones del entorno familiar y comunitario.

El consumo de drogas como problema de salud pública a nivel global, siendo la marihuana la sustancia ilegal de mayor prevalencia. En los últimos años, su uso ha comenzado a edades más tempranas y ha mostrado un incremento en países, independientemente de su nivel de desarrollo. En el contexto peruano, las sustancias de mayor consumo entre adolescentes en edad escolar muy variadas, independientemente de su estatus legal, estas drogas afectan la capacidad volitiva, interfieren con los procesos cognitivos, incrementan el riesgo de la alteración del estado emocional y pueden contribuir a la ocurrencia de accidentes, conductas suicidas o fallecimientos. Asimismo, su consumo perpetúa ciclos de pobreza y subdesarrollo, impactando negativamente la estabilidad familiar debido al estrés parental y generando pérdidas económicas asociadas a la disminución de la productividad laboral. Además, el abuso de sustancias en la adolescencia se asocia con elevados costos en salud, tanto en tratamientos como en servicios de salud mental, y con un incremento de la criminalidad juvenil. La morbilidad en esta población aumenta significativamente cuando hay consumo de drogas, evidenciando una estrecha relación con la prevalencia de trastornos mentales.

En este contexto, los adolescentes que consumen marihuana e inhalantes constituyen un grupo de interés en la presente investigación. El estudio tiene como objetivo analizar sus características epidemiológicas y los factores asociados al consumo de estas sustancias, con énfasis en el papel de la familia en la formación de valores y su influencia en la prevención y tratamiento de las adicciones.

Un fenómeno estrechamente vinculado es el aumento de la delincuencia juvenil. Muchas bandas delictivas están conformadas por jóvenes que, durante su infancia, no fueron rescatados de situaciones de vulnerabilidad, como el abandono o la vida en la calle. Como respuesta a esta problemática, se creó una Comunidad Terapéutica con el propósito de brindar tratamiento a niños, niñas y adolescentes en situación de riesgo o afectados por el consumo de sustancias. Esta institución implementa un enfoque multidisciplinario orientado a la rehabilitación, capacitación e integración familiar y social. Desde su fundación, ha desarrollado programas de prevención del consumo de sustancias psicoactivas dirigidos a niños, adolescentes, familias y comunidades, además de brindar formación especializada a padres, docentes y líderes juveniles en prevención y rehabilitación. La comunidad pertenece a la Federación Mundial de Comunidades Terapéuticas y cuenta con estatus consultivo ante el Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas.

El modelo de intervención de esta Comunidad Terapéutica se fundamenta en la Convención sobre los Derechos del Niño, el Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia, así como en las Normas de Autorización, Funcionamiento y Supervisión de Centros de Atención a Personas Dependientes de Sustancias Psicoactivas del Ministerio de Salud. Su enfoque es profesional y cuenta con un equipo multidisciplinario de especialistas en salud cuyo objetivo es

promover el desarrollo integral de niños y adolescentes en situación de vulnerabilidad. A través de programas de prevención y rehabilitación, la institución busca fortalecer la intervención en esta población y garantizar igualdad de oportunidades en un entorno seguro y libre de violencia (IML, 2018).

Además de centrarse en la rehabilitación, la comunidad terapéutica enfatiza el papel de las relaciones interpersonales como un factor determinante en el proceso de recuperación. Se fomenta que los adolescentes adquieran nuevas estrategias emocionales y actitudinales, mejoren sus habilidades comunicativas y desarrollen patrones de conducta que favorezcan la autonomía y la participación activa en su proceso de rehabilitación.

Esta comunidad terapéutica es una organización no gubernamental (ONG) de carácter privado y sin fines de lucro que desarrolla dos programas principales: a) el Programa Niñas, que incorpora un enfoque de género en todas las fases del tratamiento, y b) el Programa Niños, orientado a la rehabilitación de menores con dependencia a sustancias. Debido a la vulnerabilidad de esta población, la comunidad terapéutica implementa estrategias que favorecen la construcción de proyectos de vida funcionales, con el objetivo de facilitar su reinserción social (IML, 2018).

2.5 ANTECEDENTES

En este subcapítulo se presentan diversas investigaciones, tanto a nivel nacional como internacional, que guardan relación con el estudio desarrollado.

Chiriboga (2022) llevó a cabo una investigación en Ecuador con adolescentes de entre 12 y 15 años de un centro nacional, explorando la relación entre el consumo

de sustancias psicoactivas (SPA) y la personalidad. Se utilizó un diseño descriptivo correlacional, empleando el Inventario Clínico Millon para Adolescentes (MACI) y el Cuestionario ASSIST de la OMS para evaluar el consumo de drogas. Los resultados mostraron que los adolescentes con rasgos de personalidad inhibida presentaban una mayor frecuencia de abuso de alcohol y cannabis.

En otro estudio realizado en Ecuador, Yaguana y Álvarez (2022) llevaron a cabo una revisión de investigaciones con el propósito de analizar la relación entre las habilidades sociales y los factores de riesgo en adolescentes consumidores de SPA. Los hallazgos indicaron que la prevalencia del consumo era mayor en mujeres, siendo el alcohol, la marihuana, la cocaína y la heroína las sustancias más utilizadas. Asimismo, se identificó que las personalidades más asociadas al consumo eran la obsesivo-compulsiva y la paranoide. En cuanto a las habilidades sociales, se destacaron la empatía, la resolución de conflictos, las relaciones interpersonales y las habilidades para la vida como factores protectores.

En México, Vera et al. (2021) analizaron la relación entre las habilidades sociales y el consumo de alcohol en 182 estudiantes de secundaria pertenecientes a una institución nacional. Mediante un diseño descriptivo correlacional, aplicaron diversos instrumentos, como la ficha sociodemográfica, el historial de consumo de alcohol y un cuestionario sobre factores de riesgo y protección ante el consumo de drogas en el ámbito de habilidades sociales. Los resultados evidenciaron relaciones negativas significativas ($r_s = -.243$, $p = .38$) entre el consumo de alcohol y habilidades como la empatía, la asertividad, el control de ira y el mantenimiento de relaciones interpersonales, consolidándose estos aspectos como factores protectores.

En Colombia, Perdomo (2020) realizó una revisión sistemática para examinar las causas del consumo de drogas, con un enfoque en las habilidades sociales. Los hallazgos indicaron que la falta de afecto, el temor al rechazo, el escaso apoyo familiar, la baja confianza y la influencia de pares eran factores determinantes en el consumo de alcohol. Se concluyó que la familia desempeña un rol fundamental como factor protector, ya que influye en la formación de valores, normas y creencias esenciales para la prevención del consumo de drogas.

Otro estudio en Colombia, llevado a cabo por Orellana (2019), exploró la relación entre la percepción del riesgo y los recursos de afrontamiento en niños de entre 9 y 11 años que consumían alcohol. A través de una metodología cualitativa con enfoque fenomenológico, se aplicaron cuestionarios de afrontamiento infantil y observación conductual. Los resultados evidenciaron que los niños percibían un alto riesgo en el consumo de drogas ilegales en comparación con las legales. Además, se observó que los estilos de crianza autoritarios basados en la agresión no favorecían el desarrollo de estrategias adecuadas de afrontamiento, lo que incrementaba la vulnerabilidad al consumo de alcohol.

Por su parte, Pulido (2019) investigó las habilidades sociales en menores de entre 11 y 15 años con factores de riesgo para el consumo de sustancias. Se encontró que la creatividad, la imaginación y la capacidad para resolver problemas favorecen una mejor autoestima, lo que a su vez fortalece el autoconocimiento, el análisis y la aceptación de fortalezas personales. Estos factores contribuyen al autocontrol, el equilibrio emocional, la motivación, el entusiasmo y la empatía, funcionando como elementos protectores ante el consumo de sustancias.

Núñez et al. (2019) analizaron las fases del cambio según el modelo transteórico en una muestra de 6,965 menores de entre 9 y 17 años de diversas instituciones educativas en Colombia. Se identificó que el 6% de los participantes se encontraba en la etapa de precontemplación, el 44% en contemplación, el 30% en preparación/acción y el 20% en mantenimiento. En cuanto al consumo de alcohol, el 36% de los adolescentes estaba en la fase de contemplación y el 46% en mantenimiento, mientras que para el consumo de tabaco, el 33% se encontraba en contemplación y el 51% en mantenimiento.

En España, González et al. (2016) examinaron la relación entre el consumo de sustancias y los rasgos de personalidad en 1,455 estudiantes de entre 13 y 18 años. Se utilizó el Inventario de Personalidad 16 PF-IPP y se evaluó el consumo de cocaína, alcohol y marihuana. Los hallazgos mostraron que ciertos rasgos de personalidad, como la calma y la confianza, influían en el consumo de sustancias, observándose diferencias en función del género.

En Perú, Quispe y Zela (2019) analizaron la relación entre la personalidad, la inteligencia emocional y el consumo de drogas en adolescentes de dos centros de rehabilitación. A través del Inventario de Personalidad NEO-FFI y el Inventario de Inteligencia Emocional ICE Baron, se determinó que no existía una relación significativa entre estas variables y el consumo de drogas.

Por otro lado, Abramonte (2019) estudió a 154 personas con adicción en cinco comunidades terapéuticas, empleando el Cuestionario de Riesgo de Recaída y la Escala de Evaluación del Cambio. Se identificó una relación negativa entre los riesgos de recaída y la motivación al cambio, sin que se encontraran diferencias

significativas en función del sexo, la edad, la frecuencia de recaída o el tipo de droga consumida.

Estos estudios aportan una visión amplia sobre la relación entre el consumo de sustancias psicoactivas, la personalidad y las habilidades sociales, así como sobre los factores de riesgo y protección asociados. La información obtenida resulta clave para el diseño de estrategias de intervención efectivas dirigidas a niños y adolescentes.

2.6 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

OBJETIVO GENERAL

Determinar la relación entre los procesos de cambio, habilidades sociales y personalidad en niños y adolescentes consumidores de sustancias psicoactivas en tratamiento de una comunidad terapéutica de la ciudad de Lima

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

A. Identificar la relación entre los procesos de cambios y las habilidades sociales en niños y adolescentes consumidores de sustancias psicoactivas en tratamiento de una comunidad terapéutica de la ciudad de Lima.

B. Identificar la relación entre los procesos de cambios y personalidad en niños según los estadios de cambio en adolescentes consumidores de sustancias psicoactivas en tratamiento de una comunidad terapéutica de la ciudad de Lima.

C. Identificar la relación entre las habilidades sociales y personalidad según los estadios de cambio en niños y adolescentes consumidores de sustancias psicoactivas en tratamiento de una comunidad terapéutica de la ciudad de Lima.

2.7 HIPÓTESIS

Hipótesis General

Existe relación positiva entre los procesos de cambio, habilidades sociales y personalidad en niños y adolescentes en tratamiento consumidores de sustancias psicoactivas de una comunidad terapéutica de la ciudad de Lima

Hipótesis Específicas

- A. Existe relación significativa entre los procesos de cambios y las habilidades sociales en niños y adolescentes consumidores de sustancias psicoactivas de una comunidad terapéutica de la ciudad de Lima.
- B. Existe relación significativa entre los procesos de cambios y personalidad en niños y adolescentes consumidores de sustancias psicoactivas de una comunidad terapéutica de la ciudad de Lima es significativa.
- C. Existe relación significativa entre la relación entre las habilidades sociales y personalidad en niños y adolescentes consumidores de sustancias psicoactivas de una comunidad terapéutica de la ciudad de Lima es significativa.

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1 NIVEL Y TIPO DE INVESTIGACIÓN

Este estudio sigue un enfoque cuantitativo y se basa en el análisis de una base de datos de pruebas psicológicas aplicadas a los participantes de una comunidad terapéutica. La metodología empleada se sustenta en los lineamientos propuestos por Hernández, Fernández y Baptista (2018).

3.2 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Retrospectivo, con un diseño no experimental - correlacional, siguiendo los lineamientos metodológicos descritos por Hernández et al. (2014) y Coolican (2014).

3.3 POBLACIÓN Y MUESTRA

Está conformada por 33 informes de niños y adolescentes varones albergados en una comunidad terapéutica, correspondientes al periodo 2015-2017, quienes cumplían con criterios de inclusión del estudio.

La base de datos utilizada contiene información de estos menores, quienes reciben tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas. La comunidad terapéutica evalúa diversos aspectos de los adolescentes, incluyendo su lugar de procedencia,

edad, nivel educativo, sustancias consumidas, tiempo de consumo y duración de su permanencia en el centro.

Dentro de la base de datos se recopilan variables sociodemográficas relevantes, como condición económica desfavorable, presencia o ausencia de apoyo familiar y consumo de sustancias psicoactivas, principalmente inhalantes y marihuana. Los datos y evaluaciones fueron registrados por psicólogos profesionales del centro.

- **Unidad de análisis:** Fichas de evaluación de los niños y adolescentes en fase de tratamiento dentro de la comunidad terapéutica.
- **Marco referencial;** las fichas de datos registradas y constan en los archivos de la comunidad.

Criterios de inclusión: registros de los datos y de las evaluaciones completas registradas de estadio de cambio, personalidad, habilidades sociales realizado por el área de psicología de los albergados en situación de abandono.

Criterio de exclusión: los residentes que tengan condición tutelar no de abandono (familia en separación)

Criterio de eliminación: Informe de los albergados que sean ilegibles en el registro.

3.4 VARIABLES

3.4.1 Definiciones conceptuales y operacionales de variables

A. Procesos de cambio

Definición conceptual

Las fases de cambio se representan en una rueda que tiene cinco partes, además se considera una salida final para la recuperación. Se entiende que el proceso es uno cíclico y dinámico. Los individuos podrían situarse en diferentes etapas pudiendo retroceder y avanzar cuantas veces suceda, cada persona pasar por las distintas etapas de acuerdo a su ritmo dependiendo de sus comportamientos y objetivos. Cabe resaltar que esta ficha es realizada por la institución para uso interno de la comunidad terapéutica. (IML, s.f.)

Definición Operacional

Será evaluado por instrumento de proceso de cambio, propuesto por la misma comunidad terapéutica en mención que evalúa el proceso de cambio en cada estadio. EL instrumento tiene:

Acogida - Fase I y II.- compuesta por 7 criterios, comportamiento adictivo (7 ítems), manejo del tiempo libre (2 ítems), comportamiento en talleres (5 ítems), comportamiento en sociedad (11 ítems), auto organización y organización de la casa (11 ítems), solución de problemas y tomas de decisiones (5 ítems); y esquemas o concepciones y pensamientos negativos (1 ítem). Asimismo, se propone evaluar familia a través de 4 ítems.

Pre comunidad – Fase I y II.- compuesta por 7 criterios: comportamiento adictivo (8 ítems), manejo del tiempo libre (4 ítems), comportamiento en talleres (9 ítems), comportamiento en sociedad (18 ítems), auto organización y organización de la casa (10 ítems), solución de problemas y tomas de decisiones (7 ítems); y esquemas

o concepciones y pensamientos negativos (4 ítem). Asimismo, se propone evaluar familia a través de 5 ítems.

Comunidad.- compuesta por 7 criterios: comportamiento adictivo (8 ítems), manejo del tiempo libre (5 ítems), comportamiento en talleres (7 ítems), comportamiento en sociedad (25 ítems), auto organización y organización de la casa (11 ítems), solución de problemas y tomas de decisiones (8 ítems); y esquemas o concepciones y pensamientos negativos (4 ítem). Asimismo, se propone evaluar familia a través de 7 ítems.

B. Habilidades Sociales

Definición conceptual

Son un conjunto de capacidades que facilitan la adaptación y el desempeño efectivo del individuo frente a diversas situaciones de la vida cotidiana. Estas habilidades permiten interactuar de manera adecuada en distintos contextos y afrontar desafíos sociales con competencia (Silva & Martorell, 1983, citado en Arévalo, 2002).

Definición operacional

Son capacidades que serán medidas empleará la Bateria de Socialización de Arévalo (2002). El objetivo de la prueba es medir la conducta social. El BAS – 3 cuenta con 5 escalas de socialización y una escala de sinceridad: consideración con los demás (*Co-14 ítems*), *autocontrol en las relaciones sociales (Ac-14 ítems)*, *retramiento social*

(Re- 14), ansiedad social / timidez (At-12 ítems), liderazgo (L1 – 12 ítems). Mientras que la escala de sinceridad está compuesta por 10 ítems.

3.5 INSTRUMENTOS

En la base de datos se obtuvo información de cada participante sobre: lugar de procedencia, edad, grado de instrucción, sustancia que consume, tiempo de consumo, fase de tratamiento y tiempo de permanencia en la comunidad.

Ficha técnica 1; esta ficha es realizada por la institución para uso interno de la comunidad terapéutica. Esta prueba tiene como nombre original: “Evaluación de las fases de tratamiento”. Utilizando por la institución para poder diagnosticar en qué fase del tratamiento se encuentra el menor de edad. Tomando los planteamiento de Prochaska y Di clemente.

El objetivo de la prueba es establecer la fase de tratamiento en la cual se encuentre el residente de la Comunidad Terapéutica.

Para evaluar la fase “Acogida - Fase I y II”. Está compuesta por 7 criterios: comportamiento adictivo (7 ítems), manejo del tiempo libre (2 ítems), comportamiento en talleres (5 ítems), comportamiento en sociedad (11 ítems), auto organización y organización de la casa (11 ítems), solución de problemas y tomas de decisiones (5 ítems); y esquemas o concepciones y pensamientos negativos (1 ítem). Asimismo, se propone evaluar familia a través de 4 ítems.

La fase “Pre comunidad – Fase I y II”. Está compuesta por 7 criterios: comportamiento adictivo (8 ítems), manejo del tiempo libre (4 ítems), comportamiento en talleres (9 ítems), comportamiento en sociedad (18 ítems), auto organización y organización de la casa (10 ítems), solución de problemas y tomas

de decisiones (7 ítems); y esquemas o concepciones y pensamientos negativos (4 ítem). Asimismo, se propone evaluar familia a través de 5 ítems.

La fase “Comunidad”. Está compuesta por 7 criterios: comportamiento adictivo (8 ítems), manejo del tiempo libre (5 ítems), comportamiento en talleres (7 ítems), comportamiento en sociedad (25 ítems), auto organización y organización de la casa (11 ítems), solución de problemas y tomas de decisiones (8 ítems); y esquemas o concepciones y pensamientos negativos (4 ítem). Asimismo, se propone evaluar familia a través de 7 ítems.

Para la primera sección compuesta por 46 ítems. Si el evaluado tiene de 0 a 22 puntos indica que no tuvo avance alguno; De 23 a 38 puntos, el paciente se encuentra en proceso de avance; sin embargo, se queda en la misma fase. De 39 a 46 puntos, el paciente está avanzando; por lo tanto, pasa a la siguiente fase.

Para la segunda sección compuesta por 65 ítems. De 0 a 32 puntos, el paciente no tuvo avance alguno. De 33 a 48 puntos, el paciente se encuentra en proceso de avance. De 49 a 65 puntos, el paciente está avanzando; por lo tanto, pasa a la siguiente fase.

Para la tercera sección compuesta por 75 ítems. De 0 a 36 puntos, el paciente no tuvo avance alguno. De 37 a 52 puntos, el paciente se encuentra en proceso de avance. De 53 a 75 puntos, el paciente está avanzando; por lo tanto, pasa a la siguiente fase.

Ficha técnica 2; está relacionada a las habilidades sociales (BAS) las pruebas empleadas, cuentan con adaptaciones y cumplen con las propiedades psicométricas información reportada por la comunidad terapéutica. El BAS – 3

cuenta con 5 escalas de socialización y una escala de sinceridad: consideración con los demás (Co-14 ítems), autocontrol en las relaciones sociales (Ac-14 ítems), retraimiento social (Re- 14), ansiedad social / timidez (At-12 ítems), liderazgo (L1 – 12 ítems). Mientras que la escala de sinceridad está compuesta por 10 ítems-

Ficha técnica 3; esta ficha de uso interno de la institución contiene los datos de la prueba del inventario de personalidad Eysenck para niños y adolescentes (JEPI) de Eysenck (1965). Sin embargo, la institución utiliza la adaptación de Varela (2017). El objetivo de la prueba es conocer las dimensiones básicas de la personalidad, extraversión – introversión, neuroticismo – estabilidad emocional.

La prueba JEPI está conformada por 60 ítems, cuenta con dos dimensiones: La escala extraversión – introversión compuesta por 24 ítems, la escala neuroticismo – estabilidad emocional compuesta por 24 ítems y la escala de mentiras compuesta por 12 ítems que funciona como control para evaluar si el individuo ha intentado falsear sus respuestas.

3.5 PROCEDIMIENTO PARA LA EJECUCIÓN DEL ESTUDIO

Primero, se obtuvo los permisos necesarios por la universidad para poder revisar y ejecutar el recojo de información de la comunidad terapéutica en mención.

Segundo, se realizaron las coordinaciones con la dirección con la comunidad terapéutica y el área de Psicología de la institución

Tercero, se analizó la base de datos considerando los criterios de inclusión y eliminación. Además, se vaciaron los datos correspondientes de los registros de

información a una ficha de recolección de datos, la cual no tomó en cuenta los nombres de los participantes para evitar que puedan ser identificados.

3.6 PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS

Para poder responder al objetivo general, se emplea estadística inferencial, empleando el análisis de regresión logística multinominal para correlacionar las tres variables.

Para poder responder a los objetivos específicos, donde se propone correlacionar dos variables, se hizo uso de la prueba de independencia de Chi cuadrado.

Se utilizó el programa IBM SPSS Statistics 21 en versión libre para el análisis de datos. Se emplea estadística descriptiva para la presentación de los resultados, estas serán visualizadas a través de tablas para su mejor entendimiento.

3.7 CONSIDERACIONES ÉTICAS

En este apartado se llegó a realizar una actividad en beneficio para la institución; ya que se realizó un informe de lo encontrado. En cuanto a los residentes, cuando se encontró situaciones de riesgo se propuso realizar una intervención terapéutica. Así como considerar apoyo psicológico.

Se tuvo en cuenta la autonomía, ya que la institución tuvo toda la facultad de entregar o no la base de datos solicitada para la investigación, así como entregarla o no con la totalidad de los casos.

En cuanto a la justicia, se trabajó con toda la base de datos que fue entregada por la institución. No hubo necesidad de eliminar algún participante.

En cuanto al principio de no mal eficiencia, siempre se veló por el anonimato de la información; ya que los datos fueron utilizados solo con fines académicos.

Además, se procedió a firmar una carta de confidencialidad entre la institución y la investigadora, con el compromiso de guardar absoluta reserva de los registros del centro terapéutico. Por último, se contó con los permisos de la universidad y constantes revisiones por parte de comité de ética y asesor.

CAPÍTULO IV: RESULTADOS

La presentación de resultados tiene dos partes una para el análisis descriptivo. en la tabla 1 se presenta la *tabla de frecuencias de las variables procesos de cambio, habilidades sociales y personalidad*, se observa en acogida el 54.50%, retraimiento 48.5 y extraversión

Tabla1.

Tabla de frecuencias de las variables procesos de cambio, habilidades sociales y personalidad

Variabes	F	%	Variabes	F	%	Variabes	F	%
Procesos			Habilidades sociales			Personalidad		
Acogida	18	54.50%	Retraimiento	16	48.50%	Neuroticismo	4	12.10%
Pre Comunidad	9	27.30%	Ansiedad	14	42.40%	Extraversión	20	60.60%
Comunidad	6	18.20%	Liderazgo	3	9.10%	Psicoticismo	9	27.30%
Total	33							100%

En la tabla 2 se presentan *procesos de cambio, habilidades sociales y personalidad según la variable edad*. para verificar la frecuencia distribuida entre los procesos de cambio, habilidades sociales y personalidad con la variable edad en niños y adolescentes consumidores de sustancias psicoactivas de una comunidad terapéutica de la ciudad de lima., encontrándose mayores números de sujetos entre 13 a 17 años en el proceso de cambio: acogida 10, en habilidades sociales en ansiedad 12 y en personalidad extraversión 13.

Tabla 2.

Tabla cruzada entre procesos de cambio, habilidades sociales y personalidad según la variable edad.

	Edades		Sub total
	11 a 12 años	13 a 17 años	

Procesos de cambio			
Acogida	8	10	18
Pre comunidad	2	7	9
Comunidad	1	5	6
Sub total	11	22	33
Habilidades sociales			
Retraimiento	7	9	16
Ansiedad	2	12	14
Liderazgo	2	1	3
Sub total	11	22	33
Personalidad			
Neuroticismo	0	4	4
Extraversión	7	13	20
Psicoticismo	4	5	9
Sub total	11	22	33

Al aplicar la estadística inferencial, el análisis de regresión logística multinomial, en el cual se está tomando en cuenta como variable endógena a la variable procesos de cambio. y como variables exógenas las variables de habilidades sociales y personalidad. además, en los siguientes modelos se considerará como categoría de referencia a comunidad (dimensión de procesos de cambio).

En la tabla 3, se presenta *modelo de regresión logística múltiple, categoría de referencia acogida (procesos 1de cambio)* se observa el primer modelo de regresión logística múltiple en el cual se está tomando en cuenta a la variable acogida como variable de comparación, las relaciones con la variable neuroticismo (personalidad) obtiene un coeficiente wald de 0; por lo que se entiende que no hay relación. respecto a los niveles de significancia, se evidencia que las dimensiones de personalidad (neuroticismo y extraversión) no son significativas para la variable

dependiente. para las variables de psicoticismo y liderazgo se sabe que el parámetro está considerado en 0 por ser redundante.

Sobre las predicciones, se sabe que tanto el retraimiento social como la ansiedad social predicen significativamente a la variable dependiente.

Tabla 3.
Modelo de regresión logística múltiple, categoría de referencia acogida (procesos Ide cambio)

	B	Wald	Sig.	Exp(B)
Intersección	19,505	85,014	,000	
Retraimiento social	-17,234	109,955	,000	3.28E-04
Ansiedad social	-19,347	93,428	,000	3.962E-09
Liderazgo	0 ^b			
Neuroticismo	19,451	0,000	0,998	280143027,1
Extraversión	0,038	0,001	0,974	1,039
Psicoticismo	0 ^b			

Nota. B: intercepto, Sig: nivel de significancia, Exp(B): Odd ratios, 0^b: parámetro redundante

En la tabla 4, se presenta el *Modelo de regresión logística múltiple, categoría de referencia pre comunidad (procesos de cambio)* Y se observa el segundo modelo de regresión logística múltiple en el cual se está tomando en cuenta la variable pre comunidad como variable de comparación. Se observa que las relaciones con la variable retraimiento (habilidades sociales) y neuroticismo (personalidad) obtiene un coeficiente Wald de 0; por lo que se entiende que no hay relación. Respecto a los niveles de significancia, se evidencia que las dimensiones de ansiedad social y extraversión no son significativas para la variable dependiente. Para las variables de psicoticismo y liderazgo se sabe que el parámetro está considerado en 0 por ser redundante.

Tabla 4.

Modelo de regresión logística múltiple, categoría de referencia pre comunidad (procesos de cambio)

	B	Wald	Sig.	Exp(B)
Intersección	20,286	1,620	,000	
Retraimiento social	-17,601	0,000		2.27E-05
Ansiedad social	-39,405	7,761,221	0,996	7.700E-15
Liderazgo	^{0b}			
Neuroticismo	39,421	0,000		1,319E+17
Extraversión	-1,525	1,555	0,327	0,218
Psicoticismo	^{0b}			

*Nota.*B: intercepto, Sig: nivel de significancia, Exp(B): Odd ratios, 0b: parámetro redundante

Para poder responder a los objetivos específicos. se he realizado la prueba de chi cuadrado en cada relación, se presenta la prueba de chi cuadrado entre las variables de procesos de cambio y habilidades sociales. en la tabla 5 se presenta la asociación entre los procesos de cambio y habilidades sociales

el coeficiente de chi cuadrado obtenido es 7,317 y el nivel de significancia es de 0,12. para valorar el tamaño del efecto se utilizó el coeficiente v de cramer, debido a que las variables tienen más de dos niveles. así se obtuvo un 0.33. esto quiere decir que las variables son independientes y que el efecto es moderado.

Tabla 5.

Prueba de chi cuadrado procesos de cambio y habilidades sociales

	Valor	Gl	P	V de Cramer
Chi cuadrado	7,317	4	0,12	0,33
Razón de verosimilitud	7,485	4	0,11	
Asociación lineal por lineal	1,258	1	0,26	

n:33

En la siguiente tabla 6, se presenta la prueba de chi cuadrado entre las variables de procesos de cambio y personalidad. El coeficiente de chi cuadrado

obtenido es 6,620 y el nivel de significancia es de 0,157 Para valorar el tamaño del efecto se utilizó el coeficiente V de Cramer, debido a que las variables tienen más de dos niveles. Así se obtuvo un 0.31. Esto quiere decir que las variables son independientes y que el efecto es mediano.

Tabla 6.
Prueba de chi cuadrado procesos de cambio y personalidad

	Valor	gl	P	V de Cramer
Chi cuadrado	6,620	4	0,157	0,31
Razón de verosimilitud	6,612	4	0,158	
Asociación lineal por lineal	0,089	1	0,765	

n:33

En la tabla 7, se presenta la prueba de chi cuadrado entre las variables de habilidades sociales y personalidad. El coeficiente de chi cuadrado obtenido es 5,308 y el nivel de significancia es de 0,257. Para valorar el tamaño del efecto se utilizó el coeficiente V de Cramer, debido a que las variables tienen más de dos niveles. Así se obtuvo un 0.28. Esto quiere decir que las variables son independientes y que el efecto es pequeño.

Tabla 7.
Prueba de chi cuadrado habilidades sociales y personalidad

	Valor	gl	P	V de Cramer
Chi cuadrado	5,308	4	0,257	0,28
Razón de verosimilitud	6,745	4	0,150	
Asociación lineal por lineal	0,776	1	0,378	

CAPÍTULO V: DISCUSIÓN

En relación con los niveles identificados en la población, se observa que la mayoría de los individuos (54.4%) se encuentran en la fase de acogida, mientras que el 27.3% se ubica en la etapa de precomunidad y el 18.2% en la fase de comunidad. Estos datos sugieren que los consumidores evaluados presentan dificultades en la gestión del tiempo, falta de planificación, un uso inadecuado del tiempo libre y limitaciones en la resolución de problemas. Tales factores podrían obstaculizar el proceso de cambio en los residentes, dado que no se identifica un elemento clave para la modificación de conductas adictivas: la motivación, como lo plantean Prochaska y DiClemente (1984). En esta misma línea, Weller (2013) sostiene que la motivación desempeña un papel fundamental en la promoción de cambios positivos en el ámbito del apoyo psicológico.

La presencia de dificultades en la gestión del tiempo y la falta de planificación afecta la capacidad de los individuos para establecer metas y prioridades, así como para organizar de manera efectiva sus actividades diarias. Estas deficiencias pueden reflejarse en el incumplimiento de tareas escolares, responsabilidades domésticas y compromisos sociales, lo que a su vez puede generar sentimientos de frustración, culpa y baja autoestima. Asimismo, la mala administración del tiempo libre representa un factor de riesgo para el consumo de sustancias psicoactivas (SPA), ya que el aburrimiento y la ausencia de actividades alternativas pueden incrementar la probabilidad de recurrir a estas sustancias como una vía de escape o entretenimiento.

En cuanto a las habilidades sociales, los datos muestran que el 48.5% de la población presenta retraimiento social, el 42.4% experimenta ansiedad social y solo el 9.1% demuestra habilidades de liderazgo. Este hallazgo coincide con lo reportado por Hurtado (2018), quien identificó que los adolescentes con conductas adictivas suelen mostrar altos niveles de agresión y una baja apertura emocional. En este sentido, el panorama de las habilidades sociales en la población estudiada no favorece el desarrollo de comportamientos saludables ni el fortalecimiento de la competencia social y la toma de decisiones.

Por otro lado, Yaguana y Álvarez (2022) señalan que los factores sociales, tanto individuales como relacionales, están asociados con el consumo de SPA. No obstante, su estudio se enfocó en adolescentes de entre 13 y 18 años consumidores de marihuana. De manera similar, Orellana (2019) destaca que los estilos de crianza influyen significativamente en el desarrollo de habilidades sociales, las cuales son esenciales para la capacidad de rechazar el consumo de SPA.

Los resultados obtenidos en la evaluación de habilidades sociales en la población de estudio evidencian una tendencia marcada hacia el retraimiento y la ansiedad social, con un porcentaje reducido de adolescentes que demuestran habilidades de liderazgo. Este hallazgo es consistente con la literatura científica que vincula el consumo de sustancias psicoactivas (SPA) con dificultades en el desarrollo y mantenimiento de habilidades sociales. Por ejemplo, Perdomo (2020) señala que la inteligencia emocional desempeña un papel clave en la prevención del consumo, ya que favorece el autocontrol frente a la presión social. De manera similar, Pulido (2019) ha identificado esta relación en adolescentes de 11 a 15 años, mientras que

Vera et al. (2021) reportan una correlación negativa entre las habilidades sociales y el consumo de SPA en estudiantes de secundaria.

El alto porcentaje de retraimiento social (48.5%) sugiere que una proporción considerable de adolescentes en la comunidad terapéutica enfrenta dificultades para iniciar y mantener interacciones sociales, así como para expresar de manera efectiva sus necesidades y emociones. Este retraimiento social podría ser tanto una consecuencia del consumo de sustancias, debido a su impacto en la regulación emocional y las relaciones interpersonales, como un factor de riesgo que predispone al consumo, ya que los adolescentes aislados o socialmente desconectados pueden recurrir a las drogas como vía de escape o alivio emocional.

Por otro lado, la ansiedad social representa otra problemática relevante en esta población. Los adolescentes que experimentan ansiedad social suelen manifestar un temor intenso al juicio o rechazo en situaciones de interacción, lo que los lleva a evitarlas. Este patrón de evitación limita su desarrollo personal y social, afectando su capacidad para establecer redes de apoyo y relaciones saludables.

Además, el bajo porcentaje de habilidades de liderazgo podría estar vinculado a las dificultades sociales previamente mencionadas. El liderazgo implica competencias como la comunicación efectiva, la toma de decisiones y la autoconfianza, las cuales pueden verse afectadas por el consumo de sustancias, así como por la presencia de retraimiento y ansiedad social. Es importante resaltar que el liderazgo no solo implica dirigir a un grupo, sino también influir positivamente en los demás y defender los propios derechos y necesidades.

En conjunto, estos hallazgos reflejan un perfil de habilidades sociales deficitario en los adolescentes consumidores de SPA dentro de la comunidad terapéutica, caracterizado por altos niveles de retraimiento y ansiedad social, así como una escasa capacidad de liderazgo. Esta situación resalta la necesidad de implementar intervenciones terapéuticas orientadas al fortalecimiento de las habilidades sociales, con el objetivo de favorecer su proceso de recuperación y su reintegración social.

En cuanto a la variable de personalidad, se observa que la alta prevalencia de extraversión (60.6%) podría indicar una búsqueda constante de estimulación y gratificación externa. La extraversión se asocia con rasgos como la sociabilidad, la impulsividad y la inclinación por experiencias novedosas e intensas, lo que en este contexto podría constituir un factor de riesgo para el consumo de SPA. No obstante, es importante señalar que la extraversión en sí misma no es negativa, pero en combinación con otros factores puede incrementar la vulnerabilidad al consumo de sustancias.

Asimismo, el 27.3% de la muestra presenta rasgos de psicoticismo, caracterizados por una mayor agresividad y una menor capacidad empática, lo que podría dificultar la construcción de relaciones interpersonales saludables y estar vinculado a patrones de consumo de sustancias. La coexistencia de extraversión y psicoticismo sugiere un perfil de personalidad con un mayor grado de predisposición a conductas de riesgo.

Por otro lado, el neuroticismo, identificado en el 12.1% de los participantes, se asocia con inestabilidad emocional, ansiedad y preocupación excesiva. Aunque es la dimensión menos representada en comparación con la extraversión y el

psicoticismo, su presencia indica que algunos adolescentes podrían recurrir al consumo de sustancias como un mecanismo de automedicación para afrontar dificultades emocionales. Es necesario profundizar en futuras investigaciones sobre la relación entre el neuroticismo y el consumo de SPA en esta población.

Si bien estos resultados ofrecen información valiosa, deben interpretarse con cautela debido a ciertas limitaciones del estudio, como el tamaño de la muestra y la especificidad del grupo evaluado. No obstante, los hallazgos preliminares subrayan la importancia de continuar explorando la influencia de los rasgos de personalidad en el consumo de sustancias en niños y adolescentes, con el fin de diseñar intervenciones terapéuticas más eficaces y personalizadas.

Finalmente, es fundamental reconocer que la personalidad no es el único factor determinante en el consumo de SPA. Elementos contextuales como el entorno social, familiar y cultural, así como experiencias traumáticas y la accesibilidad a las sustancias, también desempeñan un papel relevante. Por ello, se requiere un enfoque multidimensional que permita una comprensión integral y un abordaje efectivo del consumo de sustancias en esta población.

El alto nivel de extraversión observado en los residentes podría considerarse un factor positivo para el cambio, ya que facilita la apertura a relaciones interpersonales, lo cual contribuye al proceso de modificación conductual. En cuanto a los bajos niveles de neuroticismo hallados, estos representan un panorama favorable, dado que, según Liberini et al. (2016), la personalidad neurótica se asocia positivamente con conductas de consumo. Por ende, la estabilidad emocional actúa

como un factor protector, al reducir la ansiedad y mejorar el control de impulsos adictivos.

En esta misma línea, Claver (2016) señala que es esperable que los consumidores presenten niveles bajos en autonomía, control de impulsos, habilidades sociales y creatividad, lo que resalta la necesidad de intervenciones orientadas a fortalecer estas capacidades. Por su parte, Chiriboga (2022) indica que las personas inhibidas son quienes muestran una mayor frecuencia de abuso de alcohol y cannabis. Además, destaca que los consumidores de sustancias psicoactivas (SPA) suelen caracterizarse por rasgos como inhibición, egocentrismo, rudeza y oposicionismo.

Sin embargo, en el presente estudio se ha trabajado con niños y adolescentes en tratamiento, lo que podría influir en la expresión de su personalidad. Es posible que los participantes se muestren más extrovertidos como una estrategia de adaptación al entorno social de la comunidad terapéutica, buscando establecer vínculos y apoyo entre sus compañeros. Además, el contexto sociocultural de Lima podría influir en esta tendencia, ya que la extroversión es una característica valorada en ciertos entornos sociales, lo que podría llevar a los participantes a responder a expectativas culturales al mostrarse más sociables.

Otra explicación podría encontrarse en la etapa del desarrollo de los participantes. La adolescencia es un periodo de cambios y exploración, donde los jóvenes experimentan con distintos roles y comportamientos. Por lo tanto, la extroversión observada podría reflejar esta búsqueda de identidad y pertenencia, en lugar de ser un rasgo estable de personalidad.

En relación con el objetivo general del estudio, se encontró una relación significativa entre los procesos de cambio, habilidades sociales y personalidad en niños y adolescentes consumidores de SPA en una comunidad terapéutica de Lima. Se identificó que el retraimiento y la ansiedad social predicen de manera significativa los procesos de cambio. Esto sugiere que los jóvenes con estas características podrían tener dificultades para iniciar o mantener el proceso de rehabilitación, ya que el retraimiento limita la exposición a nuevas experiencias y aprendizajes, mientras que la ansiedad social dificulta la participación en actividades terapéuticas y la construcción de redes de apoyo.

Estos hallazgos coinciden con estudios previos que subrayan la importancia de las habilidades sociales en el tratamiento de adicciones. Investigaciones han demostrado que las intervenciones centradas en el desarrollo de habilidades como la comunicación asertiva, la resolución de problemas y el manejo emocional son eficaces para fomentar el cambio y reducir el riesgo de recaídas. En este sentido, se recomienda la implementación de programas de entrenamiento en habilidades sociales, incluyendo estrategias como la exposición gradual a situaciones sociales temidas, el role-playing y la práctica de habilidades comunicativas.

González et al. (2016) también han identificado una relación entre personalidad y consumo de sustancias, destacando que factores como confianza y calma tienen una influencia significativa en el consumo de alcohol, cannabis y cocaína. De acuerdo con su estudio, en mujeres consumidoras de alcohol los factores explicativos incluyen gregarismo, amigabilidad, sensibilidad, apertura a la experiencia, sociabilidad, perfeccionismo y calma; mientras que, para el cannabis, se destacan

gregarismo, confianza, apertura a la experiencia, perfeccionismo y calma. En varones, los factores de gregarismo, amigabilidad, confianza, apertura a la experiencia, perfeccionismo y calma resultaron significativos para el alcohol, mientras que para el cannabis influyeron gregarismo, confianza y calma.

Según Prochaska y DiClemente (1984), los procesos de cambio dependen de la intención y el comportamiento de la persona, lo que resalta el papel fundamental de las habilidades sociales y la personalidad en la modificación de conductas adictivas. De manera similar, DEVIDA (2017) enfatiza la importancia de integrar el desarrollo de la personalidad y las habilidades sociales en programas de prevención y rehabilitación.

En cuanto al objetivo específico de establecer la relación entre los procesos de cambio y las habilidades sociales en la población estudiada, no se encontró una relación significativa. Una posible explicación podría estar en las características particulares de la muestra, como su desarrollo psicosocial y trayectoria de consumo. Asimismo, el contexto terapéutico podría estar influyendo en la evolución de estas variables, independientemente de su relación intrínseca.

La ausencia de relación entre procesos de cambio y habilidades sociales no significa que estos aspectos sean irrelevantes en el tratamiento. Por el contrario, se debe continuar fortaleciendo las habilidades sociales de los jóvenes y promoviendo cambios en su percepción y actitud hacia el consumo de sustancias. Futuros estudios podrían explorar variables moderadoras como el tipo de sustancia consumida, el nivel de dependencia o la presencia de comorbilidades psiquiátricas.

En cuanto a la relación entre habilidades sociales y personalidad, tampoco se encontró una asociación significativa en esta investigación. Sin embargo, estudios previos han reportado hallazgos contradictorios, lo que podría explicarse por diferencias metodológicas y contextuales. Por ejemplo, Quispe y Zela (2019) encontraron resultados similares en adolescentes consumidores de sustancias, mientras que García y Álvarez (2022) identificaron una relación entre personalidad y habilidades sociales en consumidores de marihuana.

Estos resultados subrayan la complejidad del consumo de SPA en niños y adolescentes, destacando la necesidad de abordar la problemática desde una perspectiva integral. Futuras investigaciones podrían utilizar diseños longitudinales para examinar la evolución de estas variables a lo largo del tiempo y explorar otros factores como el contexto familiar y social. En síntesis, este estudio resalta la importancia de seguir investigando la relación entre personalidad, habilidades sociales y consumo de sustancias para diseñar intervenciones más eficaces en la prevención y el tratamiento de las adicciones en poblaciones juveniles.

CONCLUSIONES

- Se identificó una relación significativa entre los procesos de cambio, las habilidades sociales y la personalidad en niños y adolescentes que consumen sustancias psicoactivas dentro de una comunidad terapéutica en la ciudad de Lima.
- No se encontró evidencia de una relación entre los procesos de cambio y las habilidades sociales en esta población.
- Del mismo modo, no se observó una asociación entre los procesos de cambio y la personalidad en los niños y adolescentes en tratamiento.
- Asimismo, no se registró una relación entre las habilidades sociales y la personalidad en los participantes del estudio.

RECOMENDACIONES

- Considerar estudios comparativos donde se pueda conocer otras variables sociodemográficas que puedan estar interviniendo en los procesos de cambio de personas consumidoras de sustancias psicoactivas.
- Seguir con este tipo de investigaciones para poder establecer modelos explicativos de las conductas de riesgo en población infanto juvenil de una comunidad terapéutica.
- Llevar a cabo el estudio mediante la recopilación de información a través de instrumentos validados, en vez de recurrir a bases de datos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abramonte, K. (2019). *Motivación al cambio y riesgo de recaída en pacientes drogodependientes de cinco comunidades terapéuticas de Lima Sur*. [Licenciatura en Psicología, Universidad Autónoma del Perú]. Repositorio autonoma <http://repositorio.autonoma.edu.pe/handle/AUTONOMA/843>
- Alfonso Sánchez, I. (2003). Elementos conceptuales básicos del proceso de enseñanza-aprendizaje. *Acimed*, 11(6), 0-0.
- Apellániz, A. Gómez, M. Moreno, M. y Muñiz, L. (2010). La intervención educativo-terapéutica para menores con problemas de consumo de drogas en los centros residenciales. En Comas Arnau. (Eds.)
- Aquino, R. (2015). *Rasgos de la personalidad adictiva*. 1(1), 6.
- Arango, M. y Leyva, R. (2018). Habilidades sociales en los niños y niñas de 5 años de la institución educativa particular “El Shaddai” de San Clemente – Pisco 2016 (Tesis de segunda especialidad profesional de educación inicial, Universidad Nacional de Huancavelica). https://repositorio.unh.edu.pe/bitstream/handle/UNH/2230/TESIS-SEG-ESP-EDUC-2018_ARANGO%20y%20LEYVA.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Arresté, J. (2015). La educación de emociones básicas en niños y niñas de dos años (Trabajo fin de grado, Universidad Internacional de la Rioja). Recuperado de <https://reunir.unir.net/bitstream/handle/123456789/3212/ARESTE%20GR AU%2C%20JUDIT.pdf?sequence=1>

- Ávila, G., & Andehui, C. (2017). "Habilidades para la vida: factor protector contra las adicciones". 2017, 1(1), 2.
- Ball, S., Cobb-Richardson, P., Connolly, A., Bujosa, C. y O'Neill, T. (2005). Substance abuse and personality disorders in homeless drop-in center clients: symptom severity and psychotherapy retention in a randomized clinical trial. *Comprehensive Psychiatry*, 46, 371-379.
- Barrionuevo, J. (2017). *Adicciones: drogadicción y alcoholismo en la adolescencia*. http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/055_adolescencia1/material/archivo/adicciones.pdf
- Bastidas, J. A., y Ramírez, J. C. (2017). Habilidades para la vida de tipo social, un factor protector para las adicciones. *Boletín Informativo CEI*, 4(1). Recuperado a partir de <http://editorial.umariana.edu.co/revistas/index.php/BoletinInformativoCEI/article/view/1259>
- Beltrán, I. L., Pedroza-Cabrera, F. J., Martínez, K. I. M., & De la Roca Chiapas, J. M. (2021). Abuso de alcohol y funcionamiento familiar en el modelo transteórico y motivacional. *Investigación y Práctica en Psicología del Desarrollo*.
- Berra, E. B., y Muñoz, S. I. (2018). El modelo transteórico aplicado al cambio de conductas relacionadas con la reducción del peso corporal. *Revista Digital Internacional de Psicología y Ciencia Social*, 4(2), 153-70.

- Berra, E., & Muñoz, S. (2018). El modelo transteórico aplicado al cambio de conductas relacionadas con la reducción del peso corporal. 4(2), 1-18. <http://dx.doi.org/10.22402/j.rdipecs.unam.4.2.2018.165.153-170>
- Boza Y. y Quiñones J. (2001) Factores psicosociales que determinan la inserción del alcohólico joven en el proceso de rehabilitación [Tesis de Diploma]. La Habana: Facultad de Psicología. Universidad de La Habana.
- Cabanillas-Rojas, William. (2020). Consumo de alcohol y género en la población adolescente escolarizada del Perú: evolución y retos de intervención. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 37(1), 148-154. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2020.371.5151>
- Cabrera Gonzáles, M. (2011). Inteligencia emocional y rendimiento académico de los alumnos del nivel secundario de una institución educativa de la región Callao.
- Carpio, R. J. C. (2021). Quince días largos: la pandemia en una comunidad terapéutica para usuarios de drogas en Lambayeque (2020-2021). *La Colmena*, (14), 77-95.
- CEDRO. (2018). El problema de las drogas en el Perú 2018. 2018, 1(500), 1-217.
- Chacón I. y Morales, C. (2013). Desarrollo y Mantenimiento de Habilidades Sociales en el Deficiente Mental Adulto. En M. J. Gómez Torres (Ed.), *La atención a las personas mayores desde una aproximación multidisciplinar* (p. 127-133). Barcelona: Horsori Editorial S.L.
- Chávez, H. y Sánchez, A. (2016). *Rasgos de la Personalidad y su incidencia en el consumo de sustancias psicoactivas en los jóvenes internos en el “Hogar de Rehabilitación del Adicto” (HODERA) en el municipio de San Marcos*,

departamento de Carazo, durante el II semestre del 2016. [Licenciatura en Psicología, Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua].
Repositorio UNAN - Managua
<https://repositorio.unan.edu.ni/6735/2/11334.pdf>

Chiriboga, L. (2022). Tipos de personalidad y consumo de drogas en adolescentes de 12 a 15 años del centro acción Guambras mi patio de la ciudad de Quito en el primer semestre del 2022 (Tesis de licenciatura, Universidad Politécnica Salesiana). Recuperado de <https://dspace.ups.edu.ec/handle/123456789/23150>

CICAD (2006). Panorama global sobre el consumo de drogas en el mundo y en las Américas. Washington D.C. CICAD-SSM-OEA (2007). “Estudio del alcohol y drogas en población adolescente infractora”. Manual General de Procedimientos para Coordinadores Nacionales.

Claver, E. (2016). *Rasgos de personalidad implicados en el consumo de drogas en a. I(1), 1-11.*

Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas - DEVIDA (2013). IV Estudio Nacional Prevención y Consumo de Drogas en Estudiantes de Secundaria 2012. Lima: DEVIDA

Consejo Nacional de la Juventud (2002). Ley del Consejo Nacional de la Juventud. Lima: CONAJU. Cooper, M. L., Wood, P., K., Orcutt, H. K. & Albino, A. (2003). Personality and the predisposition to engage in risky or problem behavior during adolescence. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 390-410.

- De Frutos, J. (2015). Propuestas de mejora de la acción tutorial en centros educativos públicos de educación primaria (Trabajo fin de grado, Universidad de Valladolid). Recuperado de <https://uvadoc.uva.es/bitstream/10324/12372/1/TFG-B.662.pdf>
- Delgado Huaman, R. V. (2021). Autoeficacia y estadios motivacionales en adolescentes infractores participantes de dos programas de reinserción social del Poder Judicial de Lima Metropolitana.
- DEVIDA. (2017). Estrategia Nacional de Lucha Contra las Drogas 2017-2021. 2017, 1(2), 1-142.
- DEVIDA. (2017). Lineamientos técnicos del programa. Familias fuertes: amor y límites. Recuperado de <https://www.devida.gob.pe/documents/20182/25076/Actividades-Prevencion-del-Consumo-de-Drogas-en-el-Ambito-Familiar-y-Ambito-Educativo-PTCD.pdf>
- Díaz-Alzate, M. V. & Mejía-Zapata, S. I. (2018). La mirada de los adolescentes al modelo de habilidades para la vida. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 16(2), 709-718. doi:<https://doi.org/10.11600/1692715x.16205>
- DiClemente, C., Prochaska, J., Fairhurst, S., Velicer, W., Velasquez, M. and Rossi, J. (1991). The process of smoking cessation: an analysis of precontemplation, contemplation, and preparation stages of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 295- 305.

- Domínguez, L., y Fabelo, J. (2019). Personalidad, motivación y consumo indebido de drogas. *Revista del Hospital Psiquiátrico de La Habana*, 15(1). Recuperado de <https://revhph.sld.cu/index.php/hph/article/view/46/42>
- Eysenck, H. J. & Furnham, A. (1993). Personality and the Barron-Welsh Art Scale, *Perceptual and Motor Skills*, 76, 837-838.
- Eysenck, H.J. y Eysenck, S.B.G. (1994). *Manual of the Eysenck Personality Questionnaire*. California: EdITS/Educational and Industrial Testing Service.
- Fantin, M. B., (2006). Perfil de personalidad y consumo de drogas en adolescentes escolarizados. *Adicciones*, 18(3),285-292.[fecha de Consulta 12 de Noviembre de 2023]. ISSN: 0214-4840. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=289122031010>
- Fassino, S., Abbate, G., Delsedime, N., Rogna, L. y Boggio, S (2004). Quality of life and personality disorders in heroin abusers. *Drug and Alcohol Dependence*, 76, 73-80.
- Ferre, N., Martínez, A., Muro, A., & Nguyen, T. (2016). La motivación para el cambio de los agresores de pareja que realizan un programa formativo: Aplicación piloto del Plan de Intervención Motivacional (PIM). 1(1), 1-169.
- Flores E., Garcia M., Calsina , W. y Yapuchura A. (2016). Las habilidades sociales y la comunicación interpersonal de los estudiantes de la Universidad Nacional del Altiplano - Puno. *Comuni@cción*, 7(2), 05-14. Recuperado en 17 de mayo de 2019, de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2219-71682016000200001&lng=es&tlng=es.

- Flores, K. (2016). Dimensiones de la personalidad y autocontrol en estudiantes del 5to de secundaria de una institución educativa estatal, Chiclayo 2016 (Tesis de licenciatura, Universidad Señor de Sipán). Recuperado de <http://repositorio.uss.edu.pe/bitstream/handle/uss/3087/Tesis-%20Dimensiones%20de%20la%20Personalidad%20y%20Autocontrol.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Flórez, L. (2005). Evaluación de los procesos de cambio propuestos por el modelo transteórico, en estudiantes de secundaria y universitarios consumidores de alcohol. *Acta Colombiana de Psicología*, 8(1), 47-78. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-91552005000100004&lng=en&tlng=es.
- García, A., Torrens, M., Ramírez, I. y Garrido, G. (2018). Eficacia de la intervención Motivacional y la Terapia Cognitivo conductual para el tratamiento del Juego Patológico. 2018, 30(3), 219-224.
- Gómez, S. (2015). HABILIDADES SOCIALES DE LOS ESCOLARES Y PREVENCIÓN DEL CONFLICTO: PROGRAMA DE MEJORA DEL CLIMA ESCOLAR (Trabajo final de grado, Universidad Autónoma de Barcelona). Recuperado de <https://concepto.de/habilidades-sociales/>
- González A. (2017). Modelo transteórico del cambio II. Taller de Aprendizaje. Lea esto primero (Semana 4). Santiago: UNIACC.
- González, M., Espada, J., Guillen, A., Secades, R., & Orgilés, M. (2016). Asociación entre rasgos de personalidad y consumo de sustancias en adolescentes españoles. *adicciones*, 28(2), 108-115.

- Gonzálvez, M., Espada, J., Guillén, A., Secades, R. y Orgilés, M. (2016). Asociación entre rasgos de personalidad y consumo de sustancias en adolescentes españoles. *Adicciones*, 28(2),108-115.[fecha de Consulta 19 de Julio de 2021]. ISSN: 0214-4840. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=289145206006>
- Gutierrez, A. (2017). Guía de sesiones habilidades para la vida Para organizaciones juveniles. Recuperado de <http://www.cedro.org.pe/emprendimientojuvenil/images/pdf/habilidadesplavidaguiadesesiones.pdf>
- Hurtado, R. (2018). Habilidades sociales en estudiantes de quinto año de secundaria de una institución educativa particular de Lima Metropolitana, 2017 (Tesis de licenciatura, Universidad Inca Garcilaso de La Vega). Recuperado de http://repositorio.uigv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.11818/2210/TRAB.SUF.PROF._Rocio%20del%20Milagro%20Karla%20Hurtado%20Vidarte.pdf?sequence=2
- IML. (s. f.). Instituto Mundo Libre. Instituto Mundo Libre. Recuperado 20 de julio de 2021, de <https://www.mundolibre.org.pe/>
- Ismael Reyes, K. Y. (2015). *Habilidades sociales y uso de sustancias psicoactivas en adolescentes de cuarto y quinto año del Instituto Reino de Suecia de la ciudad de Estelí* (Doctoral dissertation).
- Krauskopof, D. (1999). El desarrollo psicológico en la adolescencia: las transformaciones en una época de cambios. *Adolescencia y salud*, 1(2), 23-31.

- Liberini, S., Rodriguez, G., & Romero, N. (2016). El rol de la autoestima, la personalidad y la familia en el consumo de alcohol en la adolescencia. *Buenos Aires*, 2(1), 27-37.
- Lopez, M. (2015). Fomento de Habilidades Sociales en alumnado con discapacidad intelectual leve (Trabajo fin de grado, Universidad de Granada). Recuperado de http://digibug.ugr.es/bitstream/handle/10481/41689/L%F3pez_Garz%F3n_Miguel_%C1ngel.pdf;jsessionid=F7505E57E2537B5EA9769CAD1A88B30B?sequence=1
- Lopez, M. (2015). Fomento de Habilidades Sociales en alumnado con discapacidad intelectual leve (Trabajo fin de grado, Universidad de Granada). Recuperado de http://digibug.ugr.es/bitstream/handle/10481/41689/L%F3pez_Garz%F3n_Miguel_%C1ngel.pdf;jsessionid=F7505E57E2537B5EA9769CAD1A88B30B?sequence=1
- Madueño, M. A. M. (2011). Identidad y abuso de drogas en adolescentes. *Avances en Psicología*, 19(1), 51-66.
- Manrique-Abril, F. G., Ospina, J. M., & Garcia-Ubaque, J. C. (2011). Consumo de alcohol y tabaco en escolares y adolescentes de Tunja, Colombia, 2009. *Revista de salud pública*, 13, 89-101.
- Martínez, J. (2015). Funcionamiento familiar y apoyo social en el consumo de drogas y las conductas delictivas de los adolescentes (Tesis doctoral, Universidad de Málaga). Recuperado de

https://riuma.uma.es/xmlui/bitstream/handle/10630/10089/TD_Martinez_Peralta.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Martínez, M. M. (2011). Drogodependencias y trastornos de la personalidad: variables relevantes para su tratamiento. *Papeles del psicólogo*, 32(2), 166-174.

Martínez-Lorca, M., & Alonso-Sanz, C. (2003). Búsqueda de sensaciones, autoconcepto, asertividad y consumo de drogas; Existe relación. *Adicciones*, 15(2), 145-158.

Mayor, L. I. (1995). El cambio en las conductas adictivas. *Revista de Psicología*, 13(2), 129-142.

MINEDU. (2015). Orientaciones pedagógicas para la prevención del consumo de drogas en población escolar del nivel de educación secundaria. Recuperado de <http://tutoria.minedu.gob.pe/assets/modulo-i.pdf>

MINEDU. (2019). Plan de tutoría, orientación educativa y convivencia escolar - 2019. Recuperado de https://www.ugel05.gob.pe/documentos/3_12marzo2019_PLAN_DE_TOECE_2019_IE_versi%C3%B3n_PDF.pdf

Morales, A. M. S., Sanchez, C. V. B., & Díaz, J. H. Q. (2017). Consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes universitarios del área de la salud. *Revista salud, historia y sanidad*, 12(2), 29-48.

Mori, D. y Salazar, A. (2016). "Dimensiones de la personalidad y estilos de aprendizaje en estudiantes de 4to y 5to año de secundaria - 2016." (PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE LICENCIADO EN PSICOLOGÍA, Universidad Señor de Sipán). Recuperado de

<http://repositorio.uss.edu.pe/bitstream/handle/uss/3089/TESIS%20MORI%20Y%20SALAZAR.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- NIDA. (2015). What Are Therapeutic Communities? (NOTA N.o 1; p. 1). Recuperado de National Institute on Drug Abuse website: <https://www.drugabuse.gov/es/publications/research-reports/therapeutic-communities/what-are-therapeutic-communities>
- NIH. (2018). Depresores del sistema nervioso central (SNC) de prescripción médica (pp. 1-5) [NOTA]. Recuperado de NIH website: <https://d14rmgtrwzf5a.cloudfront.net/sites/default/files/drugfacts-cnsdepressants-spanish.pdf>
- Núñez, O., Ramírez, R. y Correa, J. (2019). Etapas de cambio comportamental frente al consumo de sustancias psicoactivas en escolares de 9 a 17 años de Bogotá D.C., Colombia. *Revista de la Facultad de Medicina*, 67(1),29-35.[fecha de Consulta 19 de Julio de 2021]. ISSN: 2357-3848. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=576364220005>
- OMS. (2008). Glosario de términos de alcohol y drogas. Recuperado de https://www.who.int/substance_abuse/terminology/lexicon_alcohol_drugs_spanish.pdf
- Orellana, M. F. (2019). Percepción del riesgo y recursos de afrontamiento ante el consumo de alcohol y otras drogas en niños de 9 a 11 años (Tesis de licenciatura, Universidad de Guayaquil). Recuperado de <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/188/browse?type=subject&order=ASC&rpp=20&value=Consumo+y+Afrontamiento>

- Palacios, J. (2013). COMUNIDAD TERAPÉUTICA Una definición operativa. Recuperado de http://www.enlinea.cij.gob.mx/cursos/Hospitalizacion/pdf/Palacios_Juan.pdf
- Palacios, J., & Martínez, R. (2017). Descripción de características de personalidad y dimensiones socioculturales en jóvenes mexicanos. *Revista de Psicología*, 35(2), 453-484. doi:<http://dx.doi.org/10.18800/psico.201702.003>
- Pechón, C. (2016). Entrevista Motivacional. Recuperado de http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/entrevista_motivacion_al%20para%20congreso%20cipoletti%202018.pdf
- Perdomo, L. K. (2020). Investigación documental sobre el consumo de sustancias psicoactivas y habilidades sociales en adolescentes (Tesis de licenciatura, Universidad Cooperativa de Colombia). Recuperado de <https://repository.ucc.edu.co/items/5ef50d36-f061-4818-877e-a80244e25f3f>
- Pérez, M. del C. V. (2021, August 20). Habilidades Sociales y consumo de alcohol en adolescentes estudiantes de secundaria. Escudo UGTO. <http://repositorio.ugto.mx/handle/20.500.12059/5552>
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1982). Transtheoretical Therapy: Toward a More Integrative Model of Change. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 19, 276-288. <http://dx.doi.org/10.1037/h0088437>
- Prochaska, J. y Bess, M. (1994). The transtheoretical model: applications to exercise. *Advances in exercise adherence*. Dishman, R. (edit). Nueva York: Human Kinetics Publishers.

- Prochaska, J.O y Prochaska, J.M. (1993). Modelo transteórico de cambio para conductas adictivas. En: M.C. Brugué & M. Gossop (Eds.)
- Prochaska, J.O., DiClemente, C.C. y Norcross, J.C. (1992). In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47(9), 1102-1114
- Prochaska, J.O., Norcross, J.C. y DiClemente, C.C. (1994). *Changing for Good*. New York: Avon Books
- Pulido, M. L. (2019). Habilidades sociales desarrolladas en niños, niñas y adolescentes entre 11 y 15 años mediante los programas educativos ofrecidos en la Fundación Levántate y Anda de la localidad de Barrios Unidos entre el segundo semestre del año 2018 y primer semestre del 2019 (Tesis de licenciatura, Corporación universitaria minuto de Dios). <https://repository.uniminuto.edu/handle/10656/7750>
- Quillas R., Vásquez C. y Cuba, M. (2017). Promoción de cambios de comportamiento hacia estilos de vida saludable en la consulta ambulatoria. *Acta Médica Peruana*, 34(2), 126-131. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172017000200008&lng=es&tlng=es.
- Quispe, D. y Zela, R. (2019). *Rasgos de Personalidad e Inteligencia Emocional en pacientes drogodependientes internos de dos Centros de Rehabilitación de Lima Este* [Licenciatura en Psicología, Universidad Peruana Unión]. Repositorio UPeU. https://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/UPEU/1678/Diana_Tesis_Licenciatura_2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y

- Ramos, C. (2016). El cambio en mi adicción (Tesis de Maestría en Psicología Clínica y Psicoterapia, Universidad Iberoamericana Puebla). <https://repositorio.iberopuebla.mx/bitstream/handle/20.500.11777/1509/Ramos%20Rivera%20Claudia%20Isabel.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Rojas, H. (2018). Dominancia cerebral, dimensiones básicas de la personalidad y el aprendizaje académico en estudiantes de la Escuela Profesional de Educación de la UNJBG de Tacna (Tesis de doctorado, Universidad Nacional de Educación Enrique Guzmán y Valle). <http://repositorio.une.edu.pe/bitstream/handle/UNE/1681/TD%20%20CE%201682%20R1%20-%20Rojas%20Moscoso.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Rojas, H. (2018). Dominancia cerebral, dimensiones básicas de la personalidad y el aprendizaje académico en estudiantes de la Escuela Profesional de Educación de la UNJBG de Tacna (Para optar al Grado Académico de Doctor en Ciencias de la Educación, UNIVERSIDAD NACIONAL DE EDUCACIÓN Enrique Guzmán y Valle). <http://repositorio.une.edu.pe/bitstream/handle/UNE/1681/TD%20%20CE%201682%20R1%20-%20Rojas%20Moscoso.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Sanchez, L. (2016). Competencias personales y sociales en alumnos adolescentes y su relación con su afrontamiento de conflictos (Universidad Complutense de Madrid). <https://eprints.ucm.es/40525/1/T38162.pdf>
- Sánchez, S. (2016). Habilidades sociales. Recuperado de <https://www.sintesis.com/data/indices/9788490773208.pdf>

- SENDA. (2017, diciembre). Décimo segundo estudio nacional de drogas en población general de Chile, 2016. SENDA, Ministerio del Interior y Seguridad Pública. <https://www.senda.gob.cl/wp-content/uploads/2017/12/InformeENPG2016.pdf>
- Solano, C. (2017). Estilos de Afrontamiento y Riesgo de Recaída en adictos residentes en Comunidades Terapéuticas de Lima (Magíster en Psicología Con mención en Psicología Clínica y de la Salud, Universidad Nacional Mayor de San Marcos). <http://www.repositorio.cedro.org.pe/bitstream/CEDRO/360/1/Tesis%20Maestría%20Afrontamiento%20Riesgo%20Recaída%202017.pdf>
- Steibel, G., Ruiz-Olivares, R., Herruzo Cabrera J. (2016) Patrón de conducta Tipo A y B, y su relación con las adicciones conductuales. *Acción Psicológica*. 13: 1, 119-128.
- Tapia-Gutiérrez, C., & Cubo-Delgado, S. (2017). Habilidades sociales relevantes: percepciones de múltiples actores educativos. *Magis. Revista Internacional de Investigación en Educación*, 9 (19), 133-148.
- Tena-Suck, Antonio, Castro-Martínez, Guadalupe, Marín-Navarrete, Rodrigo, Gómez-Romero, Pedro, Fuente-Martín, Ana de la, & Gómez-Martínez, Rodrigo. (2018). Consumo de sustancias en adolescentes: consideraciones para la práctica médica. *Medicina interna de México*, 34(2), 264-277. <https://doi.org/10.24245/mim.v34i2.1595>
- UNICEF. (2017). HABILIDADES PARA LA VIDA Herramientas para el Buen Trato y la Prevención de la Violencia. Recuperado de

https://www.unicef.org/venezuela/spanish/Habilidades_Correcciones_Noviembre.pdf

Universidad VIU. (2018). ¿Qué es una comunidad terapéutica y qué características tiene? (nota N.o 1; p. 1). <https://www.universidadviu.com/una-comunidad-terapeutica-caracteristicas/>

Urdaneta, G., & Morales, M. (2012). Manejo de habilidades sociales e inteligencia emocional en ambientes universitarios. *REDHECS*, 14(8), 40-60.

Valencia, D. I. (2019). Programa de entrenamiento en Habilidades Sociales para el rechazo al consumo de drogas en adolescentes escolares de un colegio privado de Lurín (Tesis de maestría, Universidad Ricardo Palma). <https://repositorio.urp.edu.pe/handle/20.500.14138/3131>

Valencia, S. M. (2020). Crisis familiares: una oportunidad para transitar de la catástrofe y el caos, al despliegue de capacidades para el cambio. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 16(1), 169-180.

Velasco, Á. (2017). MOTIVACIÓN: FASES DEL CAMBIO. <https://www.unioviedo.es/psiquiatria/wp-content/uploads/2017/01/T6B.-Motivacion-y-fases-del-cambio.pdf>

Villaverde, Diego, Unda, Sara, Escotto, Eduardo A. y Flores, Rosa. (2019). Rasgos de personalidad predictores del Síndrome de Quemarse por el Trabajo en profesores mexicanos. *Propósitos y Representaciones*, 7(3), 41-56. <https://dx.doi.org/10.20511/pyr2019.v7n3.346>

Viruela, A. (2013). Desarrollo de la Personalidad: Estabilidad y cambio desde el inicio de la adolescencia al inicio de la etapa adulta (Doctoral dissertation, Universitat Jaume I).

- Weller, G. (2013). La motivación para el cambio en el tratamiento de adicciones (Trabajo Final Integrador, Universidad de Palermo). <http://dspace.palermo.edu/dspace/bitstream/handle/10226/1034/Weller%20C%20Gladys.pdf?sequence=3&isAllowed=y>
- Wille, F. (2011). Bases neurológicas de la dependencia a sustancias psicoactivas desde la mirada social. *Revista Costarricense de Psicología*, 30(45-46),77-94.[fecha de Consulta 19 de Julio de 2021]. ISSN: 0257-1439. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=476748709001>
- Yaguana García, J. A., y Álvarez Saquinaula, D. F. (2022). Técnica de entrenamiento en habilidades sociales y factores de riesgo en adolescentes con adicción a la marihuana: una revisión bibliográfica. *Pro Sciences: Revista De Producción, Ciencias E Investigación*, 6(42), 279-290. <https://doi.org/10.29018/issn.2588-1000vol6iss42.2022pp279-290>
- Zamarripa Rivera, J. I. (2011). Motivaciones y etapas de preparación para el cambio de comportamiento ante la actividad físico-deportiva en Monterrey (NL, México). *Proyecto de investigación*.
- Zamudio, A. (2015). Dimensiones de Personalidad y Conducta Infractora en Jóvenes de 16 a 20 años de edad, del Centro Juvenil de Diagnóstico y Rehabilitación de Lima (Para optar el Grado Académico de Magister en Psicología Con mención en Psicología Clínica y de la Salud, UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS). Recuperado de http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/4522/Zamudio_ra.pdf?sequence=1&isAllowed=y

ANEXOS

1. ANEXO 01 –FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS
2. ANEXO 02 – EVALUACIÓN DE LAS FASES DE TRATAMIENTO
3. ANEXO 03 – BATERÍA DE SOCIALIZACIÓN
4. ANEXO 04 – PRUEBA DE PERSONALIDAD DE EYSENCK
5. ANEXO 05 – CONFIDENCIALIDAD

ANEXO 01

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

**ESTUDIO DE PROCESOS DE CAMBIO, HABILIDADES SOCIALES Y
PERSONALIDAD EN NIÑOS Y ADOLESCENTES CONSUMIDORES DE
SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN UNA COMUNIDAD TERAPEUTICA DE LA
CIUDAD DE LIMA**

DATOS PERSONALES:

N° de Historia Clínica: _____

Lugar de Procedencia: _____

Edad: _____

Grado de instrucción: _____

Sustancia que consumía: _____

Tiempo de Consumo: _____

Fase de Tratamiento: _____

Tiempo de Permanencia en la Comunidad: _____

DATOS DE EVALUACION PSICOLOGICA:

FASE DE MOTIVACIÓN:

Pre contemplativa (Acogida)

Contemplativa y Preparación (Pre Comunidad)

Acción y Mantenimiento (Comunidad)

EVALUACIÓN DE HABILIDADES SOCIALES

Consideración con los demás.

Autocontrol en las relaciones sociales.

Retraimiento social.

Ansiedad social/ Timidez.

Liderazgo.

EVALUACIÓN DE PERSONALIDAD:

Neuroticismo

Extraversión

Psicoticismo o Dureza

Observación Clínica del área Psicológica:

ANEXO 02

EVALUACIÓN DE LAS FASES DE TRATAMIENTO

Nombre y Apellidos: _____ Edad: _____ Fecha Ingreso: _____

ACOGIDA – I y II

FECHA	CRITERIO					
COMPORTAMIENTO ADICTIVO						
01	Comenta su comportamiento adictivo en función a la vida en calle					
02	Reconoce las situaciones que la/o conducen a un consumo (estímulos discriminativos)					
03	Disminuye el uso de jergas de consumo y de calle					
04	Disminuye la postura de calle (incluye escrituras en la muñeca)					
05	Es capaz de comentar a un adulto cuando tiene pensamientos de consumo y de calle					
06	Aplica algunas técnicas para el control de los pensamientos de consumo					
07	Disminuye la conducta manipuladora					
MANEJO DEL TIEMPO LIBRE						
08	Participa de las actividades programadas (deportes, paseos, excursiones) acompañada/o de un adulto					
09	Cumple con la Programación del fin de semana (supervisado por un adulto)					
COMPORTAMIENTO EN TALLERES						
10	Asiste y permanece el tiempo programado					
11	Acaba los trabajos designados por el/la profesor(a)					
12	Es ordenada/o y limpia/o en las diferentes actividades que realiza					
13	Respeto la autoridad del o la profesora					
14	Respeto a sus compañeras de clase					
COMPORTAMIENTO EN SOCIEDAD						
15	Saluda por iniciativa propia a los miembros de la casa					
16	Formula sus propias exigencias o peticiones de manera adecuada (Por favor/gracias)					
17	Informa inmediatamente al adulto ante conflictos de los demás					
18	Pide ayuda inmediatamente ante sus conflictos personales e interpersonales					
19	Trata de superar su ansiedad social					
20	Es capaz de responder a una conversación					
21	Es capaz de mantener una conversación					
22	Disminución de conductas sexuales inadecuadas (metida de mano, mostrar genitales, frotación, rozar el cuerpo, etc.)					
23	Disminuye su conducta de prestar, regalar, intercambiar, comprar o vender sus pertenencias					
24	Disminuye la conducta de robo (violentar casilleros, ropa de compañera/os y/o material)					
25	Pide disculpas de sus actos inadecuados					
AUTO ORGANIZACIÓN Y ORGANIZACIÓN DE LA CASA						
26	Conoce las reglas y normas de la casa					
27	Cumple con las actividades (comisiones) programadas en la casa					
28	Asiste* y participa en las actividades a cargo de la/os educadora/es * sólo se considera para Acogida I					
29	Acepta la regulación de su dinero por parte de los adultos					
30	Acepta y realiza su higiene personal (supervisado por un adulto)					
31	Viste ropa limpia y buena dentro como fuera de la casa					
32	Cumple con el lavado de su ropa (supervisado por un adulto)					
33	Ordena su casillero (supervisado por un adulto)					
34	Mantiene limpio y ordenado su espacio de descanso					
35	Mantiene una conducta adecuada en el comedor					
36	Colabora en las actividades que se realizan en la casa (Iniciativa)					

SOLUCIÓN DE PROBLEMAS Y TOMA DE DECISIONES						
3	Pocas veces justifica sus actos y hechos inadecuados					
7	ante un adulto					
38	Acepta la orientación del adulto					
39	Trata de proponer alternativas de solución ante sus problemas					
40	Reconoce las consecuencias de sus actos adecuados					
41	Reconoce las consecuencias de sus actos inadecuados					
ESQUEMAS O CONCEPCIONES Y PENSAMIENTOS NEGATIVOS						
42	Tiene conocimiento que los pensamientos negativos influyen en su comportamiento					
LA FAMILIA						
4	Identifica al menos 01 factor disfuncional en la familia					
3						
4	Pide contacto con la familia					
4						
45	Desea que su familia conozca sobre sus dificultades y logros					
46	Identifica a una persona cercana que la/o apoye					

*La evaluación será mensual.

EVALUACIÓN DE LAS FASES DE TRATAMIENTO

Nombre y Apellidos: _____ Edad: _____ Fecha Ingreso: _____

PRE-COMUNIDAD – FASE I y II

CRITERIO	FECHA				
COMPORTAMIENTO ADICTIVO					
01	Explica su comportamiento adictivo en función a la vida en calle				
02	Reconoce las situaciones que la/o conducen a un consumo				
03	Controla la jerga de consumo y de calle				
04	Controla la postura de calle (incluye escrituras en la muñeca)				
05	Es capaz de comentar a un adulto cuando tiene pensamientos de consumo y de calle				
06	Controla su conducta manipuladora				
07	Aplica técnicas para el control de los pensamientos de consumo				
08	Evita situaciones que pudieran conducir a un consumo				
MANEJO DEL TIEMPO LIBRE					
09	<i>Es capaz de programar su tiempo libre con actividades saludables (supervisado)</i>				
10	<i>Cumple con la Programación de su tiempo libre (supervisado)</i>				
11	<i>Participa de las actividades programadas (paseos, excursiones)</i>				
12	<i>Motiva a sus compañeras (os) para que participen a las actividades programadas</i>				
COMPORTAMIENTO EN TALLERES					
13	<i>Es capaz de trabajar regularmente por periodos largos de tiempo</i>				
14	Asiste puntualmente a los talleres				
15	Acaba los trabajos que empieza por iniciativa propia				
16	Sigue los procedimientos con orden y limpieza				
17	Transmite ideas y opina sobre el tema o trabajo				
18	Cuida los materiales y equipos de los talleres				
19	Mantiene el Respeto a la autoridad del o el profesor(a)				
20	Respeto a su compañera/os de clase				
21	Apoya a su compañera/os				
COMPORTAMIENTO EN SOCIEDAD					
22	Comunica a un adulto cuando identifica la presión del grupo				
23	Se dirige a los adultos para expresar sus peticiones y opiniones de manera adecuada				
24	Se molesta ante la No satisfacción, pero escucha y mantiene la calma				
25	Reconoce al adulto como persona de autoridad (saludos y respeto)				
26	Mantiene un control de sus impulsos				
27	Inicia y mantiene conversación fluida por iniciativa propia				
28	Discute en forma no agresiva				
29	Esta informada/o adecuadamente acerca de la sexualidad (Embarazo, ETS y Aborto)				
30	Controla las conductas sexuales inadecuadas (punteo, mostrar genitales, etc)				
31	Controla la conducta de prestar, regalar, intercambiar, comprar o vender sus pertenencias				
32	Reconoce su autocompasión ante los adultos				

33	<i>Expresa sus propias opiniones de manera adecuada con sus compañera/os y adultos</i>					
34	<i>Asiste con regularidad y puntualmente a las actividades establecidas fuera de la casa (Colegio, CEO, etc.)</i>					
35	<i>Controla su ansiedad en ambientes inadecuados</i>					
36	<i>Reconoce que el ambiente influye en su comportamiento y pide orientación del adulto</i>					
37	<i>Controla la conducta de robo (violentar casilleros, ropa de compañera/os y materiales)</i>					
38	<i>Reconoce sus errores y pide disculpa de sus actos inadecuados a sus compañera/os</i>					
39	<i>Reconoce sus errores y pide disculpa de sus actos inadecuados a los adultos</i>					
AUTO ORGANIZACIÓN Y ORGANIZACIÓN DE LA CASA						
40	<i>Sigue las reglas y normas de la casa</i>					
41	<i>Participa adecuadamente en las actividades programadas en la casa (comisiones)</i>					
42	<i>Asiste y participa en las actividades a cargos de la/os educadora/es</i>					
43	<i>Acepta la regulación de su dinero por parte de los adultos</i>					
44	<i>Cuida los bienes de consumo</i>					
45	<i>Mantiene por iniciativa propia su aseo y vestido</i>					
46	<i>Demuestra conducta adecuada a la hora de ingerir sus alimentos(modales)</i>					
47	<i>Mantiene limpio y ordenado su espacio de descanso</i>					
48	<i>Acepta responsabilidades dentro de la casa dadas por los adultos (casa y colegio)</i>					
49	<i>Cumple con las indicaciones dadas por los adultos</i>					
SOLUCIÓN DE PROBLEMAS Y TOMA DE DECISIONES						
50	Controla la conducta violenta (física y verbal)					
51	<i>Acepta las consecuencias de su comportamiento</i>					
52	<i>Desarrolla la capacidad de planear objetivos y metas realizables</i>					
53	<i>Propone alternativas de solución ante sus problemas</i>					
54	<i>Enfrenta sus propios problemas</i>					
55	<i>Tiene la capacidad de asumir retos</i>					
56	<i>Identifica y desarrolla sus destrezas y habilidades</i>					
ESQUEMAS O CONCEPCIONES Y PENSAMIENTOS NEGATIVOS						
57	<i>Identifica sus pensamientos negativos</i>					
58	<i>Reconoce la relación entre sus pensamientos, emociones y conductas inadecuadas</i>					
59	<i>Controla su ansiedad social</i>					
60	<i>Tiene mejor manejo de las rabieta e insultos</i>					
LA FAMILIA						
61	Establece contacto y mantiene comunicación con la familia					
62	<i>Acepta la disfuncionalidad de la familia</i>					
63	<i>Intenta manejar la ansiedad generada por los problemas que presenta la familia</i>					
64	<i>Está de acuerdo que su familia conozca sobre sus dificultades y logros</i>					
65	<i>Realiza y cumple la programación de fin de semana con su familia</i>					

*La evaluación será mensual y con la presencia de la/os residentes a partir de Pre-II.

EVALUACIÓN DE LAS FASES DE TRATAMIENTO

Nombre y Apellidos: _____ Edad: _____ Fecha Ingreso: _____

COMUNIDAD

FECHA	CRITERIO					
COMPORTAMIENTO ADICTIVO						
01	Explica su comportamiento adictivo en función a la vida en calle					
02	Reconoce y maneja la presencia de estímulos discriminativos					
03	Mantiene el control de la jerga de consumo y de calle					
04	Mantiene el control de la postura de calle					
05	Es capaz de comentar a un adulto cuando tiene pensamientos de consumo y de calle					
06	Mantiene el control de la conducta manipuladora					
07	Aplica técnicas para el control de los pensamientos de consumo					
08	Evita situaciones que la/o pudieran conducir a consumo					
MANEJO DEL TIEMPO LIBRE						
09	Es capaz de programar su tiempo libre					
10	Participa de las actividades extras (paseos, excursiones) sin ningún tipo de presión					
11	Motiva a sus compañera/os para que participen en las actividades de la casa					
12	Motiva a sus compañera/os para que programen su tiempo libre					
13	Es capaz de dirigir una actividad de tiempo libre con sus compañera/os					
COMPORTAMIENTO EN TALLERES						
14	Asiste puntualmente a los talleres					
15	Termina los trabajos que empieza por iniciativa propia					
16	Sigue los procedimientos con orden y limpieza					
17	Transmite ideas y opina sobre el tema o trabajo					
18	Desarrolla su habilidad en un taller específico					
19	Colabora con él o la profesor(a) en el cumplimiento de las normas del taller					
20	Mantiene el Respeto a la autoridad del o la profesor(a)					
COMPORTAMIENTO EN SOCIEDAD						
21	Sabe decir NO ante situaciones de riesgo					
22	Rechaza la presión de pares					
23	Se dirige a un adulto para expresar sus peticiones y opiniones de manera adecuada					
24	Acepta y asume la no satisfacción de sus peticiones					
25	Reconoce al adulto como persona de autoridad (saluda y respeta)					
26	Controla sus impulsos					
27	Inicia y mantiene conversación fluida por iniciativa propia					
28	Culmina una conversación adecuadamente					
29	Discute en forma no agresiva					
30	Controla su frustración					
31	Acepta críticas					
32	Emite elogios					

33	Reconoce las consecuencias del Embarazo, ETS y Aborto					
34	Mantiene el control de las conductas sexuales inadecuadas (punteo, mostrar genitales, etc.)					
35	<i>Extingue la conducta de prestar, regalar, intercambiar, comprar o vender sus pertenencias</i>					
36	Controla su autocompasión ante los adultos					
37	Expresa sus opiniones de manera asertiva					
38	Mantiene el control de su ansiedad en ambientes inadecuados					
39	<i>Asiste con regularidad y puntualmente a las actividades establecidas fuera de la casa (Colegio, CEO, etc.)</i>					
40	Reconoce que el ambiente influye en su comportamiento y pide orientación del adulto					
41	Extinción de la conducta de robo (violentar casilleros, ropa de compañera/os y materiales)					
42	Reconoce sus errores y pide disculpas de sus actos inadecuados a sus compañera/os					
43	<i>Reconoce sus errores y pide disculpa de sus actos inadecuados a los adultos</i>					
44	Mejora en su Autoestima					
45	Se adapta a las normas sociales con facilidad (fuera de la casa)					
AUTO-ORGANIZACIÓN Y ORGANIZACIÓN DE LA CASA						
46	Aceptación de las pautas y reglas de la casa					
47	Cumple adecuadamente en las actividades programadas en la casa (comisiones)					
48	<i>Asiste y participa en las actividades a cargos de la/os educadora/es</i>					
49	Acepta la regulación de su dinero por parte de los adultos					
50	Programa adecuadamente el manejo de su dinero					
51	Mantiene el cuidado de los bienes de consumo					
52	Mantiene por iniciativa propia su aseo y vestido					
53	<i>Demuestra conducta adecuada a la hora de ingerir sus alimentos (modales)</i>					
54	Arregla su dormitorio de manera espontánea					
55	Acepta responsabilidades dentro de la casa (casa y colegio)					
56	Cumple con las indicaciones dadas por los adultos					
SOLUCIÓN DE PROBLEMAS Y TOMA DE DECISIONES						
57	Mantiene el control de la conducta violenta (física y verbal)					
58	Asume las consecuencias de su comportamiento					
59	Aplaza o posterga satisfacciones inmediatas asumiendo las consecuencias					
60	Emplea alternativas de solución ante sus problemas					
61	Enfrenta y maneja adecuadamente sus problemas					
62	Planifica actividades realizables					
63	Mantiene su capacidad de asumir retos					
64	Desarrolla sus habilidades y destrezas poniéndolas en práctica					
ESQUEMAS O CONCEPCIONES Y PENSAMIENTOS NEGATIVOS						
65	Controla sus pensamientos negativos					
66	Maneja la relación entre sus pensamientos, emociones y conductas inadecuadas					
67	Controla adecuadamente su ansiedad					
68	Mantiene el manejo de sus rabietas e insultos					
LA FAMILIA						
69	Reestablece y mantiene el vínculo con su familia					

70	<i>Tiene adecuado conocimiento de las distorsiones que existe en la familia</i>					
71	<i>Está de acuerdo que su familia conozca de sus dificultades y logros</i>					
72	<i>Pide que se ayude a su familia o algún miembro de ella</i>					
73	<i>Manifiesta a sus familiares las incomodidades que le causan o causaron</i>					
74	<i>Comparte varios días con su familia en casa</i>					
75	<i>Evalúa las condiciones familiares para su reinserción</i>					

*La evaluación será mensual con la/os residentes.

ANEXO 03

BAS - 3

BATERÍA DE SOCIALIZACIÓN – AUTOEVALUACIÓN

Apellidos y nombre

edad:

Sexo: V o M

centro:

Fecha de aplicación:

Instrucciones: A continuación, encontrarás una serie de frases. Después de cada una de ellas están las palabras sí y no. Lee cada frase atentamente y pon una cruz sobre la palabra SÍ en el caso de que la frase responda a tu manera de ser o actuar. Si la frase no corresponde a tu manera de ser o actuar, pon una cruz sobre la palabra NO. No hay respuestas buenas ni malas; todas sirven. Trabaja rápidamente: No te entretengas demasiado en una contestación.

1. Me dan miedo y me aparto de cosas que no dan miedo a los demás	SÍ	NO
2. Me gusta organizar nuevas actividades	SÍ	NO
3. Cuando estoy con una persona mayor hablo con ella, lo hago con respeto	SÍ	NO
4. Insulto a la gente	SÍ	NO
5. Suelo ser simpático con los demás	SÍ	NO
6. Me gusta dirigir actividades de grupo	SÍ	NO
7. Todas las personas me caen bien	SÍ	NO
8. Evito a los demás	SÍ	NO
9. Suelo estar solo	SÍ	NO
10. Los demás me imitan en muchos aspectos	SÍ	NO
11. Ayudo a los demás cuanto tienen problemas	SÍ	NO
12. Me preocupo cuando alguien tiene problemas	SÍ	NO
13. Soy terco:: hagan lo que hagan y digan lo que digan los demás voy a lo mío	SÍ	NO
14. Animo a los demás para que solucionen sus problemas	SÍ	NO
15. Llego puntual a todos los sitios	SÍ	NO
16. Entro en los sitios sin saludar	SÍ	NO
17. Hablo en favor de los demás cuanto veo que tienen problemas	SÍ	NO
18. Me cuesta hablar, incluso cuando me preguntan algo, me cuesta responder	SÍ	NO
19. Lloro con facilidad	SÍ	NO
20. Organizo grupos para trabajar	SÍ	NO
21. Cuando hay problemas, me eligen como árbitro o juez	SÍ	NO
22. Dejo a los demás trabajar o entretenerse sin molestarlos	SÍ	NO
23. Contribuyo para que el trabajo sea más interesante y variado	SÍ	NO
24. Algunas veces he hecho como que no oía cuando me llamaban	SÍ	NO
25. Soy alegre	SÍ	NO
26. Tomo la iniciativa a la hora de emprender algo nuevo	SÍ	NO

27.	Me preocupo para que nadie sea dejado de lado	SÍ	NO
28.	Me siento aletargado sin energía	SÍ	NO
29.	Me eligen como jefe en las actividades de grupo	SÍ	NO
30.	Me gusta hablar con los demás	SÍ	NO
31.	Juego más con los otros que solo	SÍ	NO
32.	Me gusta todo tipo de comida	SÍ	NO
33.	Tengo facilidad de palabra	SÍ	NO
34.	Soy violento y golpeo a los demás	SÍ	NO
35.	Me tienen que obligar a integrarme en un grupo	SÍ	NO
36.	Cuando quiero hablar, pido la palabra y espero mi turno	SÍ	NO
37.	Me gusta estar con los demás, me siento bien entre ellos	SÍ	NO
38.	Soy vergonzoso	SÍ	NO
39.	Soy miedoso ante cosas o situaciones nuevas	SÍ	NO
40.	Grito y chilló con facilidad	SÍ	NO
41.	Hago inmediatamente lo que me piden	SÍ	NO
42.	Cuando se trata de realizar actividades de grupo, me retraigo	SÍ	NO
43.	Soy tímido	SÍ	NO
44.	Soy mal hablado	SÍ	NO
45.	Sugiero nuevas ideas	SÍ	NO
46.	Cuando corrijo a alguien lo hago con delicadeza	SÍ	NO
47.	Me entiendo bien con los de mi edad	SÍ	NO
48.	Paso apuros cuando estoy con personas del otro sexo	SÍ	NO
49.	Corrijo a los demás cuando dicen palabrotas	SÍ	NO
50.	Espero mi turno sin ponerme nervioso	SÍ	NO
51.	Defiendo a otros cuando se les ataca o critica	SÍ	NO
52.	Intento estar en lugares apartados poco visible o concurridos	SÍ	NO
53.	Hablo y discuto serenamente sin alterarme	SÍ	NO
54.	Me asusto con facilidad cuando no se hacer algo	SÍ	NO
55.	Cuando me llaman la atención me desconcierto y no sé qué hacer	SÍ	NO
56.	Desafío a los mayores cuando me llaman seriamente la atención	SÍ	NO
57.	Cuando tengo que hacer algo, lo hago con miedo	SÍ	NO
58.	Cuando digo o hago algo mal, siempre pido disculpas	SÍ	NO
59.	Se escuchar a los demás	SÍ	NO
60.	Soy amable con los demás cuando veo que tienen problemas	SÍ	NO
61.	Soy considerado con los demás	SÍ	NO
62.	Me pondo nerviosos cuando tengo que decir algo delante de la gente	SÍ	NO
63.	Suelo estar apartado sin hablar con nadie	SÍ	NO
64.	Soy impulsivo me falta paciencia para esperar	SÍ	NO
65.	Protesto cuando me mandan hacer algo	SÍ	NO
66.	Cuando a alguien es rechazado por el grupo, me acerco e intento ayudarlo	SÍ	NO
67.	Recojo los papeles que otro tiran al suelo	SÍ	NO
68.	Me intereso por lo que les ocurre a los demás	SÍ	NO

69.	Permanezco sentado sin entrarme de nada durante mucho tiempo	SÍ	NO
70.	Hago nuevas amistades con facilidad	SÍ	NO
71.	Soy popular entre los demás	SÍ	NO
72.	Me aparto cuando hay muchas personas juntas	SÍ	NO
73.	Acepto sin protestar las decisiones de la mayoría	SÍ	NO
74.	Reparto todas mis cosas con los demás	SÍ	NO
75.	A veces soy brusco con los demás	SÍ	NO

ANEXO 04 - INVENTARIO EYSENCK DE PERSONALIDAD PARA NIÑOS:

Nombre: Sexo: Edad:

INSTRUCCIONES: Aquí hay algunas preguntas acerca de las maneras cómo tú te comportas, sientes y actúas. Después de cada pregunta tú puedes ver que hay una columna de **SI** y otra columna de **NO**. Trata de elegir el **SI** o el **NO**, de acuerdo con la manera en que generalmente actúas, sientes o te sucede. Marca tu respuesta con un aspa (**X**), en la columna que corresponda. Trabaja rápidamente y no demores mucho tiempo. Asegúrate de no dejar de responder ninguna pregunta.

ITEMS	SÍ	NO
1. ¿Te gusta que haya mucho ruido y alboroto alrededor tuyo?		
2. ¿Necesitas a menudo amigos o compañeros buenos, comprensivos que te den ánimo o valor?		
3. ¿Casi siempre tienes una contestación o respuesta rápida (al toque) cuando la gente conversa?		
4. ¿Algunas veces te pones malhumorado, de mal genio?		
5. ¿Eres triste?		
6. ¿Prefieres estar sólo en vez de estar acompañado de otros niños?		
7. ¿Pasan ideas por tu cabeza, que no te dejan dormir?		
8. ¿Siempre haces inmediatamente conforme a lo que te dicen o mandan?		
9. ¿Te gustan las bromas pesadas?		
10. ¿A veces te sientes infeliz, triste sin que haya ninguna razón especial?		
11. ¿Eres vivaz y alegre?		
12. ¿Alguna vez has desobedecido alguna regla de la escuela?		
13. ¿Te aburren o fastidian muchas cosas?		
14. ¿Te gusta hacer las cosas rápidamente?		
15. ¿Te preocupas por cosas terribles o feas que pudieran suceder?		
16. ¿Siempre puedes callar todo secreto que sabes?		
17. ¿Puedes tú hacer que una fiesta, paseo o juego, sean más alegres?		
18. ¿Sientes golpes en tu corazón?		
19. Cuando conoces nuevos amigos generalmente tú empiezas la conversación?		
20. ¿Has dicho alguna vez una mentira?		

ITEMS	SÍ	NO
21. ¿Te sientes fácilmente herido o apenado cuando la gente encuentra un defecto en ti o una falta en el trabajo que haces?		

22.	¿Te gusta cochinear (hacer bromas) y contar historias graciosas a tus amigos?		
23.	¿A menudo te sientes cansado sin razón?		
24.	¿Siempre terminas tus tareas antes de irte a jugar?		
25.	¿Estás generalmente alegre y contento?		
26.	¿Te sientes dolido ante ciertas cosas?		
27.	¿Te gusta juntarte con otros chicos?		
28.	¿Dices tus oraciones todas las noches?		
29.	¿Tienes mareos?		
30.	¿Te gusta hacer travesuras o jugarretas a otros?		
31.	¿Te sientes a menudo harto, fastidiado, hastiado?		
32.	¿Algunas veces alardeas (fanfarroneas) o tiras pana un poco?		
33.	¿Estás generalmente tranquilo y callado cuando estás con otros niños?		
34.	¿Algunas veces te pones tan inquieto que no puedes estar sentado en una silla mucho rato?		
35.	¿A menudo decides hacer las cosas de repente sin pensarlo?		
36.	¿Estás siempre callado y tranquilo en la clase, aun cuando la profesora está fuera del salón?		
37.	¿Tienes muchas pesadillas que te asustan?		
38.	¿Puedes tu generalmente participar y disfrutar de una fiesta o paseo alegre?		
39.	¿Tus sentimientos son fácilmente heridos?		
40.	¿Alguna vez has dicho algo malo, feo u ofensivo acerca de alguna persona o compañero?		
41.	¿Te consideras que eres feliz y suertudo (lechero)?		
42.	¿Si es que sientes que has aparecido como un tonto o has hecho el ridículo, te quedas preocupado?		
43.	¿Te gustan a menudo los juegos bruscos, desordenados, brincar, revolcarte?		
44.	¿Siempre comes todo que te dan en las comida?		
45.	¿Te es muy difícil aceptar que te digan "NO", te nieguen algo o no te dejen hacer algo?		
46.	¿Te gusta salir a la calle bastante?		
47.	¿Sientes alguna vez que la vida no vale la pena vivirla?		

ITEMS	SÍ	NO
48. ¿Has sido alguna vez insolente o malcriado con tus padres?		
49. ¿Las personas piensan que tú eres alegre y vivo?		
50. ¿A menudo te distraes o piensas en otras cosas cuando estás haciendo un trabajo o tareas?		
51. ¿Prefieres más estar sentado y mirar que jugar y bailar en las fiestas?		
52. ¿A menudo has perdido el sueño por tus preocupaciones?		
53. ¿Generalmente te sientes seguro de que puedes hacer las cosas que debes hacer?		
54. ¿A menudo te sientes solo?		
55. ¿Te sientes tímido de hablar cuando conoces una nueva persona?		
56. ¿A menudo te decides a hacer algo cuando ya es muy tarde?		
57. Cuando los chicos(as) te gritan, tú les gritas también		
58. ¿Algunas veces te sientes muy alegre y en otros momentos triste sin ninguna razón?		
59. ¿Encuentras difícil disfrutar y divertirse en una fiesta, paseo o juego alegre?		
60. ¿A menudo te metes en problemas o líos por qué haces las cosas sin pensar primero?		