

Universidad Católica de Santa María

Escuela de Postgrado

**Maestría en Salud Mental del Niño,
del Adolescente y de la Familia**



**RELACIÓN ENTRE HABILIDADES SOCIALES Y SÍNTOMAS
PSIQUIÁTRICOS EN MIGRANTES VENEZOLANOS DE LA CIUDAD
DE AREQUIPA 2019**

Tesis presentada por el Bachiller:

Echevarría Carlos, Héctor Marcelo

Para optar el grado académico de:

**Maestro en Salud Mental del Niño, del
Adolescente y de la Familia**

Asesora:

Dra. Chocano Rosas, Teresa

Arequipa – Perú

2020

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA
ESCUELA DE POSTGRADO
DICTAMEN APROBACIÓN DE BORRADOR DE TESIS

Arequipa, 10 de Septiembre del 2020

Dictamen: 000261-C-EPG-2020

Visto el borrador de tesis del expediente 000261, presentado por:

2018007441 - ECHEVARRIA CARLOS HECTOR MARCELO

Titulado:

**RELACION ENTRE HABILIDADES SOCIALES Y SINTOMAS PSIQUIATRICOS EN MIGRANTES
VENEZOLANOS DE LA CIUDAD DE AREQUIPA 2019**

Nuestro dictamen es:

APROBADO

**0190 - CHOCANO ROSAS DE VIZCARRA TERESA JESUS
DICTAMINADOR**



**5937 - ANCHANTE HERNANDEZ ELVA ELVIRA
DICTAMINADOR**



**1335 - ALVARADO ACO JOSE ELISEO
DICTAMINADOR**





Dedicado a papapo y mamananena que me enseñaron que las personas deben ganarse las cosas que quieren y que un vaso de agua o un plato de comida no se le niegan a nadie.



Un agradecimiento especial:

*A Oscar, Bruno, Gabriela, Ana Lucia y Juan
Pablo por su incansable trabajo en pro del
bienestar de los migrantes y refugiados.*

*A los participantes de esta investigación quienes
a pesar de su dolor me enseñaron el valor de la
libertad.*



Hiraeth (Gales):

La nostalgia por un hogar al que no puedes regresar.

INDICE GENERAL

	Pag.
RESUMEN	
ABSTRACT	
INTRODUCCIÓN	1
HIPÓTESIS	2
OBJETIVOS	2
CAPITULO I MARCO TEÓRICO	3
1. Síntomas psiquiátricos	4
2. Habilidades sociales	11
3. Migrantes	14
4. Relación de la migración con: salud mental, síntomas psiquiátricos, habilidades sociales y discriminación	18
CAPITULO II METODOLOGÍA	23
1. Técnica, instrumentos y material de verificación	24
2. Campo de verificación	26
3. Manejo metodológico	27
4. Estrategia de recolección de datos	28
CAPITULO III RESULTADOS Y DISCUSIÓN	30
1. Resultados	31
2. Discusión	50
CONCLUSIONES	56
RECOMENDACIONES	57
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	58
ANEXOS	63

ÍNDICE DE TABLAS

	Pag.
Tabla N° 1 Edades	31
Tabla N° 2 Participantes en la muestra por sexo	32
Tabla N° 3 Tiempo de tránsito y permanencia	33
Tabla N° 4 Edades de hijos de migrantes	34
Tabla N° 5 Niveles de Habilidades Sociales	35
Tabla N° 6 Niveles de sub indicadores Habilidades Sociales	36
Tabla N°7 Síntomas Psiquiátricos	39
Tabla N°8 Correlación entre Habilidades Sociales y Síntomas Psiquiátricos	41
Tabla N°9 Correlación entre Habilidades Sociales y Depresión, ansiedad y angustia	42
Tabla N°10 Correlación entre autoexpresión en situaciones sociales y total de síntomas psiquiátricos	43
Tabla N°11 Correlación entre autoexpresión en situaciones sociales y depresión, ansiedad y angustia	44
Tabla N°12 Correlación entre decir no y cortar interacciones y total de síntomas psiquiátricos	45
Tabla N°13 Correlación entre decir no y cortar interacciones y depresión ansiedad y angustia	46
Tabla N°14 Correlación entre iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto y síntomas psiquiátricos.	47
Tabla N°15 Correlación entre iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto y Depresión, ansiedad y angustia	48

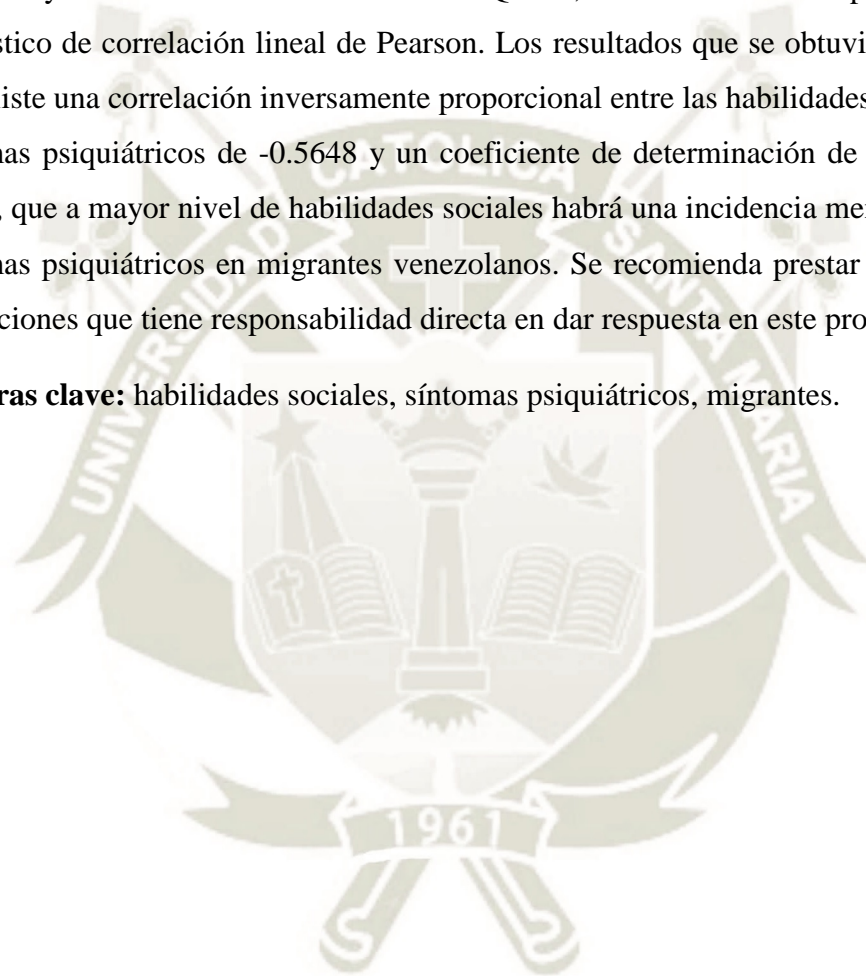
ÍNDICE DE GRAFICOS

	Pag.
Grafico N° 1 Edades	31
Grafico N° 2 Participantes en la muestra por sexo	32
Grafico N° 3 Tiempo de tránsito y permanencia	33
Grafico N° 4 Edades de hijos de migrantes	34
Grafico N° 5 Niveles de Habilidades Sociales	35
Grafico N° 6 Niveles de sub indicadores de Habilidades Sociales	38
Grafico N°7 Síntomas Psiquiátricos	40
Grafico N°8 Correlación entre Habilidades Sociales y Síntomas Psiquiátricos	41
Grafico N°9 Correlación entre Habilidades Sociales y Depresión, ansiedad y angustia	42
Grafico N°10 Correlación entre autoexpresión en situaciones sociales y total de síntomas psiquiátricos	43
Grafico N°11 Correlación entre autoexpresión en situaciones sociales y depresión, ansiedad y angustia	44
Grafico N°12 Correlación entre decir no y cortar interacciones y total de síntomas psiquiátricos	45
Grafico N°13 Correlación entre decir no y cortar interacciones y depresión ansiedad y angustia	46
Grafico N°14 Correlación entre iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto y síntomas psiquiátricos.	47
Grafico N°15 Correlación entre iniciar interacción positiva con el sexo opuesto y depresión, ansiedad y angustia	48

RESUMEN

La migración es un proceso que se da desde el principio de la humanidad, la presente investigación tiene como objetivo determinar la existencia de la correlación entre las habilidades sociales y los síntomas psiquiátricos en migrantes venezolanos en la ciudad de Arequipa en el año 2019. La metodología utilizada fue una investigación científica básica descriptiva relacional para la cual se utilizó la escala de habilidades sociales de Gismero y el cuestionario de síntomas SQR-18, los cuales fueron pasados por el estadístico de correlación lineal de Pearson. Los resultados que se obtuvieron muestran que existe una correlación inversamente proporcional entre las habilidades sociales y los síntomas psiquiátricos de -0.5648 y un coeficiente de determinación de 0.3190 lo que indica, que a mayor nivel de habilidades sociales habrá una incidencia menor en 32% en síntomas psiquiátricos en migrantes venezolanos. Se recomienda prestar atención a las instituciones que tiene responsabilidad directa en dar respuesta en este proceso social.

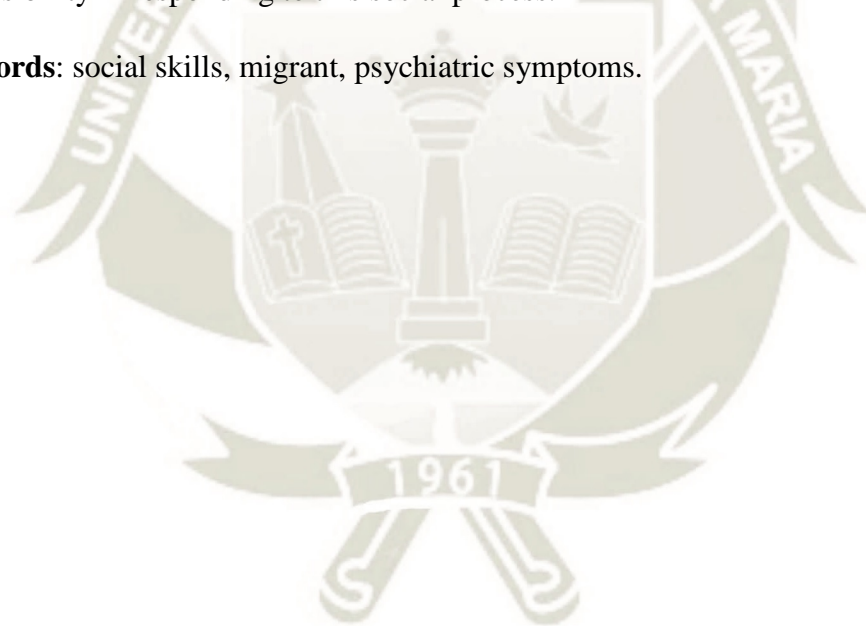
Palabras clave: habilidades sociales, síntomas psiquiátricos, migrantes.



ABSTRACT

Migration is a process that occurs from the beginning of humanity, this research aims to determine the existence of the correlation between social skills and psychiatric symptoms in Venezuelan migrants in the city of Arequipa in 2019. The methodology used was a basic relational descriptive scientific investigation for which the Gismero social skills scale and the SQR-18 symptom questionnaire were used, which were passed through the Pearson linear correlation statistic. The results obtained show that there is an inversely proportional correlation between social skills and psychiatric symptoms of -0.5648 and a coefficient of determination of 0.3190 , which indicates that at a higher level of social skills there will be a lower incidence in 32% in psychiatric symptoms in Venezuelan migrants. It is recommended to pay attention to the institutions that have direct responsibility in responding to this social process.

Keywords: social skills, migrant, psychiatric symptoms.



INTRODUCCIÓN

En la actualidad los organismos internacionales y nacionales han puesto la mira en la población migrante dado que su condición de vulnerabilidad los hace propensos a desarrollar con mayor facilidad enfermedades no sólo físicas, sino mentales, además que el proceso de adaptación a nuevas culturas les es difícil a la mayoría de personas.

Diversos autores han encontrado que las habilidades sociales son parte de factores protectores de los individuos ante situaciones de estrés, a su vez, facilitan los procesos de adaptación y ayudan a mantener la salud mental.

Además de esto, se ha intentado de varias formas poder evaluar los síntomas que influyen en el posible desarrollo de trastornos y condiciones mentales que puedan facilitar la prevención y detección.

Considero que la presente investigación tiene relevancia científica y social. Científica: porque al conocer cuál es la relación que guardan entre si las habilidades sociales y los síntomas psiquiátricos en migrantes, se podrá determinar si las habilidades sociales son un factor protector y su importancia en el proceso migratorio, además podrán servir para aportar nuevas estrategias y conocimientos para mejorar la salud mental. Social: porque tendremos una línea base para la realización de un trabajo de intervención en pro de la integración psicosocial con ésta población en el futuro cercano. Por lo antes fundamentado es que considero necesario realizar la presente investigación.

HIPÓTESIS

Dado que las habilidades sociales influyen de manera positiva en la salud mental y los procesos de adaptación:

Es probable que los venezolanos migrantes de la ciudad de Arequipa que tengan un mayor nivel de habilidades sociales presenten un menor nivel de sintomatología psiquiátrica.

OBJETIVOS

- Evaluar la existencia de correlación entre las habilidades sociales y los síntomas psiquiátricos en los venezolanos migrantes de la ciudad de Arequipa 2019.
- Identificar los niveles de habilidades sociales en los venezolanos migrantes de la ciudad de Arequipa 2019.
- Identificar la existencia de síntomas psiquiátricos en los venezolanos migrantes de la ciudad de Arequipa 2019



CAPITULO I
MARCO TEÓRICO

MARCO TEÓRICO

1. Síntomas psiquiátricos

1.1 Definición

La real academia de la lengua española nos dice que: *Síntoma*: es una manifestación reveladora de una enfermedad. Señal o indicio de algo que está sucediendo o va a suceder; y sobre *Psiquiátrico*: Es la ciencia que trata de las enfermedades mentales. (1)

La OMS nos refiere que un trastorno mental o del comportamiento se caracteriza por una perturbación de la actividad intelectual, el estado de ánimo o el comportamiento que no se ajusta a las creencias y las normas culturales. En la mayoría de los casos, los síntomas van acompañados de angustia e interferencia con las funciones personales (2).

Los trastornos mentales producen síntomas que son observables para la persona afectada o las personas de su entorno. Entre ellos pueden figurar:

- Síntomas físicos (dolores, trastornos del sueño).
- Síntomas afectivos (tristeza, miedo, ansiedad).
- Síntomas cognitivos (dificultad para pensar con claridad, creencias anormales, alteraciones de la memoria).
- Síntomas del comportamiento (conducta agresiva, incapacidad para realizar las tareas corrientes de la vida diaria, abuso de sustancias).
- Alteraciones perceptivas (percepción visual o auditiva de cosas que otras personas no ven u oyen) (2)

1.2 Estrés y duelo

A su vez es importante hablar de estrés y de duelo si tratamos el tema de la migración porque están relacionados con la salud mental de esta población (3). Por ese

motivo los definimos de la siguiente manera:

Según Lazarus y Folkman el estrés es la interrelación que se produce entre la persona y el contexto en el que está inserto. El estrés se produce cuando la persona

valora lo que sucede como algo que supera los recursos con los que cuenta y pone en peligro su bienestar personal. Por medio se encuentra la evaluación cognitiva que realiza el sujeto; pero además, tiene en cuenta el elemento emocional que conlleva esta situación (4).

Cabrerizo y Villacieros nos explican acerca del estrés asociado a la migración citando a Lazarus y Folkman quienes consideran que la migración es un estresor único, es decir uno de los más fuertes, al igual que la violencia y el terrorismo (5).

Además Achotegui refiere que “la vivencia de situaciones de estrés prolongadas e intensas afecta profundamente a la personalidad del sujeto y a su homeostasis, al eje hipotálamo-hipófisis-médula suprarrenal, al sistema hormonal y al muscular, etcétera, dando lugar a una amplia sintomatología que incluye síntomas del área depresiva (fundamentalmente tristeza y llanto), síntomas del área de la ansiedad (tensión, insomnio, pensamientos recurrentes e intrusivos, irritabilidad), síntomas del área de la somatización (fatiga, molestias osteoarticulares, cefaléa, migraña) y síntomas del área confusional que están relacionados con el incremento de cortisol y pueden ser erróneamente diagnosticadas como trastornos psicóticos” (3).

Además sabemos que se comprende el estrés como un acontecimiento que amenaza la integridad física o un peligro para la vida. Y toman en cuenta los siguientes factores de riesgo que producen estrés (5):

- Estrés en el país de origen: relacionado a posibles acontecimientos violentos o que dificulten su salida.
- Estrés en el viaje migratorio: dificultades de transporte, viajar con niños y los documentos.
- Estrés en el país de destino: el reacomodarse a la sociedad, conseguir una vivienda, pasar por la discriminación.

Así mismo, Furnham y Bochner son quienes acuñan el término de “estrés aculturativo” nombre que toma el estrés que se sufre en el país de destino, el cual tiene 3 factores (5):

- Estresores por las condiciones de vida.
- Estresores asociados a la documentación y a la ciudadanía.

- Estresores personales: este último con especial importancia en la incertidumbre sobre el proyecto migratorio y carecer de redes sociales al inicio.

La migración no causa trastornos mentales, más si puede ser un factor de riesgo para la salud mental, por ello se debe estar alerta a si la persona sufriese una enfermedad crónica o desarrolle una dentro del proceso de migración y a la existencia de estresores en el lugar de acogida como racismo, violencia, desastres naturales, guerra (3). Los peligros más inminentes para la humanidad son una guerra nuclear, incremento del efecto invernadero o un virus genéticamente modificado (6).

Y hablo de duelo como el estado en el que el individuo transmite o experimenta una respuesta humana natural que implica reacciones psicosociales y psicológicas a una pérdida real o subjetiva (personal, objeto, función, status, etc.) (7).

Se debe tomar en cuenta que el duelo es un proceso normal, más el duelo migratorio tiene características específicas (3):

- Es parcial, pues no hay una desaparición más bien una separación del país de origen lo cual puede ser reversible.
- Es recurrente, pues viene y va influenciado por el contacto a los estímulos culturales que evoquen al país natal.
- Arraigado a aspectos infantiles de la vida, construimos la personalidad en la infancia adaptándonos al contexto, al migrar debemos adaptarnos al nuevo medio.
- Cambios en la identidad.
- Se da en fases.
- Existen sentimientos de ambivalencia en donde se reconoce como positivo el país de origen y el país de acogida, a su vez, se hace fuerte crítica al país de origen y al país de acogida.
- Afecta a las personas que se quedan y a las personas que reciben, pues ambas tienen que aprender a convivir con el cambio que produce alejarse del migrante o recepcionarlo.
- Nunca se vuelve, siempre se va; al regresar al país de origen las relaciones con los seres queridos y la forma de entender la nuestra, ha cambiado.

- Transgeneracional, pues los hijos de los migrantes se ven afectados tanto a los que se quedan como los que van con los padres.

Para facilitar el entendimiento del duelo en el migrante Achotegui nos dice que son múltiples (los 7 duelos del migrante) (3):

1. **Duelo por la familia y los seres queridos:** Vivir sin soporte emocional directo.
2. **Duelo por la lengua:** El aprender una nueva lengua o incluso el tener la misma lengua pero los matices culturales que dan las jergas hacen difícil la comunicación.
3. **Duelo por la cultura:** La forma de entender el mundo en los hábitos, incluso el ocio puede ser distintos el lugar de acogida.
4. **Duelo por la tierra:** El olor, la temperatura, la humedad son añorados por el migrante.
5. **Duelo por el estatus social:** El trabajo, la vivienda, las oportunidades varían en el lugar de acogida.
6. **Duelo por el grupo de pertenencia:** Las personas nos identificamos con grupos de personas, al migrar estos grupos son abandonados, a su vez se puede sentir rechazo de parte de personas o actitudes xenofóbicas.
7. **Duelo por los riesgos físicos:** Los riesgos de viajar, vivir situaciones de exclusión que puedan dañar su integridad física.

Chapot y Mingorance hablan de duelo patológico, cuando este está especialmente caracterizado por la dificultad de aceptar la pérdida, así como por reacciones desmedidas. La tristeza es igual o mayor que en el proceso normal, pero se agrega la recurrencia de pesadillas y sueños de contenido traumático en referencia permanente al objeto perdido. (8)

“El Síndrome de Ulises no es una enfermedad; se ubica en el ámbito de la salud mental que es más amplio que el ámbito de la psicopatología. El Síndrome de Ulises vendría a ser un cuadro reactivo de estrés ante situaciones de duelo migratorio extremo que no pueden ser elaboradas. Es decir, el Síndrome de Ulises se halla inmerso en el área de la prevención sanitaria y psicosocial, más que en el área del tratamiento”. (3)

Las personas que pasen por estos procesos de forma inadecuada podrían caer en lo que (Kleespies, 2009, p15) define como *crisis* que es la pérdida del equilibrio psicológico o un estado de inestabilidad emocional que incluye características de la depresión y la ansiedad, la cual es causada por un evento externo en donde las personas no pueden afrontar con sus niveles usuales de capacidad (9).

1.3 Trastornos Asociados

Tomando en cuenta las áreas que evalúa el instrumento elegido para evaluar la variable Síntomas Psiquiátricos (depresión, ansiedad y angustia, trastorno psicótico, trastorno convulsivo, problemas relacionados al uso de alcohol) (10). Y basados en el (CIE-10) (11) los posibles trastornos que considero que podrían predecir en esta población son:

1.3.1. Trastornos de adaptación F43.2

Estados de malestar subjetivo acompañados de alteraciones emocionales que, por lo general, interfieren con la actividad social y que aparecen en el período de adaptación a un cambio biográfico significativo o a un acontecimiento vital estresante. El agente estresante puede afectar la integridad de la trama social de la persona (experiencias de duelo, de separación) o al sistema más amplio de los soportes y valores sociales (emigración, condición de refugiado). El agente estresante puede afectar sólo al individuo o también al grupo al que pertenece o a la comunidad (11).

Las manifestaciones clínicas del trastorno de adaptación son muy variadas e incluyen: humor depresivo, ansiedad, preocupación (o una mezcla de todas ellas); sentimiento de incapacidad para afrontar los problemas, de planificar el futuro o de poder continuar en la situación presente y un cierto grado de deterioro del cómo se lleva a cabo la rutina diaria. El enfermo puede estar predispuesto a manifestaciones dramáticas o explosiones de violencia, las que por otra parte son raras. Sin embargo, trastornos disociales (por ejemplo, un comportamiento agresivo o antisocial) puede ser una característica sobreañadida, en particular en adolescentes. Ninguno de los síntomas es por sí solo de suficiente gravedad o

importancia como para justificar un diagnóstico más específico. En los niños los fenómenos regresivos tales como volver a tener enuresis nocturna, utilizar un lenguaje infantil o chuparse el pulgar suelen formar parte del cortejo sintomático. Si predominan estas características debe recurrirse a F43.23. (11)

El cuadro suele comenzar en el mes posterior a la presentación del cambio biográfico o del acontecimiento estresante y la duración de los síntomas rara vez excede los seis meses, excepto para el F43.21, reacción depresiva prolongada.

F43.22 Reacción mixta de ansiedad y depresión: Tanto los síntomas de ansiedad como los depresivos son destacados, pero no mayores que en el grado especificado para el trastorno mixto de ansiedad y depresión (F41.2) u otro trastorno mixto por ansiedad (F41.3). (11)

1.3.2. Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos F40-49

Las formas más leves de estos trastornos se ven principalmente en asistencia primaria y en ellas son frecuentes las mezclas de síntomas (la coexistencia de angustia y depresión es, con mucho, la más frecuente). Aunque es necesario decidir en cada caso cuál es el síndrome que predomina, existe una categoría para aquellos casos en los cuales la mezcla de angustia y depresión haría artificial forzar la decisión (F41.2). (11)

1.3.3. Trastorno mixto ansioso-depresivo F41.2

Están presentes síntomas de ansiedad y de depresión, pero ninguno de ellos predomina claramente ni tiene la intensidad suficiente como para justificar un diagnóstico por separado. Una ansiedad grave, acompañada de depresión de intensidad más leve hace que deba utilizarse cualquiera de las categorías de trastorno de ansiedad o de ansiedad fóbica. Cuando ambas series de síntomas, depresivos y ansiosos, estén presentes y sean tan graves como para justificar un diagnóstico individual deben recogerse ambos trastornos y no debería usarse esta categoría. Si por razones prácticas de codificación sólo puede hacerse un diagnóstico, debe darse prioridad al de depresión. Algunos síntomas vegetativos (temblor, palpitaciones, sequedad de boca, molestias epigástricas, etc.) deben estar presentes aunque sólo sea de un modo intermitente. No debe utilizarse esta

categoría si sólo aparecen preocupaciones respecto a estos síntomas vegetativos. Si síntomas que satisfacen las pautas de este trastorno se presentan estrechamente relacionados con cambios biográficos significativos o acontecimientos vitales estresantes, debe utilizarse la categoría F43.2, trastornos de adaptación.

Este tipo de enfermos con una mezcla de síntomas comparativamente leves se ve con frecuencia en atención primaria y su prevalencia es aún mayor en la población general, pero la mayoría de los afectados rara vez demandan cuidados médicos o psiquiátricos. (11)

1.3.4. Trastorno psicótico F19.5

Trastorno que normalmente se presenta acompañando al consumo de una sustancia o inmediatamente después de él, caracterizado por alucinaciones (auditivas, pero que afectan a menudo a más de una modalidad sensorial), falsos reconocimientos, ideas delirantes o de referencia (a menudo de naturaleza paranoide o de persecución), trastornos psicomotores (excitación, estupor) y estados emocionales anormales, que van desde el miedo intenso hasta el éxtasis. Suele haber claridad del sensorio, aunque puede estar presente un cierto grado de obnubilación de la conciencia, que no llega al grado de un estado confusional grave. Lo característico es que el trastorno se resuelva parcialmente en un mes y de un modo completo en seis meses. (11)

1.3.5. Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicótropas F10-19

Trastornos cuya gravedad va desde la intoxicación no complicada y el consumo perjudicial hasta cuadros psicóticos y de demencia manifiestos. Todos ellos son secundarios al consumo de una o más sustancias psicótropas (aun cuando hayan sido prescritas por un médico).

Específicamente Trastorno mental y del comportamiento debido al consumo de alcohol (F10) Forma de consumo que afecta a la salud física o mental del que consume la sustancia. Forma de consumo que suele ser criticada por terceras personas. Da lugar a consecuencias sociales adversas. (11)

1.3.6. Convulsiones disociativas F44.5

Los movimientos de las convulsiones disociativas pueden imitar a los ataques epilépticos, pero en las convulsiones disociativas: la mordedura de la lengua, las contusiones debidas a las caídas y la incontinencia de orina son raras y no hay pérdida de la conciencia, sólo si acaso un estado de estupor o trance. (11)

2. Habilidades sociales

El término habilidades sociales corresponde a la conducta que emiten las personas en su interacción con otras, la cual es de forma asertiva y tiene en cuenta las normas sociales. Su importancia radica en que se utiliza en distintos ámbitos de la vida como son profesional, personal, académico familiar entre otros. La evidencia demuestra que el adecuado uso de esta destreza social es necesario para mantener un bienestar psicológico en las distintas áreas de nuestra vida. Existe evidencia de que las personas que tienen deficientes habilidades sociales se encuentran menos satisfechos, son menos populares y tienen menor éxito en sus relaciones interpersonales. (12)

La investigación realizada por la universidad de Penn State y Duke donde se evalúa las habilidades sociales de 800 niños de forma longitudinal, citada en el portal web de Vania (2015) nos dice que se examinaron las interacciones sociales de los niños como: escuchar a otros, cooperar, servir de ayuda a otros, prestar material, etc. Los resultados arrojaron que por cada incremento de un punto en la calificación, había un doble de probabilidad de tener el grado de bachiller para los 25 años; 54% eran más probables de haber obtenido un diploma escolar y 46% de haber obtenido un empleo a tiempo completo. Por otro lado, cada punto en contra significaba un 64% de contingencia con detención juvenil; 67% de contingencia con haber estado arrestado en la adultez temprana; 52% con un reciente exceso en consumo de alcohol, 82% con haber estado dentro o en lista de espera para alojamiento público.

Entre las ventajas de desarrollar habilidades sociales mencionadas en el portal web SkillsYouNeed, encontramos (13):

- Más y mejores relaciones: mayores relaciones pueden incrementar la felicidad, la autoestima y la satisfacción con la vida, y tener una mejor actitud ante la vida; mientras se reducen por otro lado los efectos del estrés y hacen nuevos amigos
- Mejor comunicación: Para el adecuado desarrollo de nuestra vida la capacidad de expresar ideas es una de las más importantes.
- Mayor rendimiento: Un adecuado repertorio de habilidades sociales nos ayuda a expresar de manera educada cuando queremos pasar el tiempo con una persona, más si uno es bueno lidiando con otras personas podemos evitar con mayor facilidad estar con gente que nos desagrada.
- Avanzar en prospectos laborales: En la actualidad los trabajos exigen habilidades como el de trabajo en equipo, la capacidad de influenciar y motivar a otros está relacionado con las habilidades sociales.
- Incremento de la felicidad en general: El agrandar y entender a las demás personas ayuda a abrir puertas en aspectos personales, poseer la confianza necesaria para iniciar una conversación ayuda a cumplir objetivos personales y laborales.

No hay dudas respecto a la importancia e influencia de las habilidades sociales en la vida de las personas. Sin embargo, ¿qué son precisamente las habilidades sociales? Existe un gran conflicto al momento de definir las puesto que es un término bastante amplio y con varias definiciones de acuerdo a los autores.

Es necesario entender la génesis del concepto y su evolución a través del tiempo pasando por la asertividad y la competencia Social para poder entender de lo que estamos hablando. De acuerdo con Gismero citado en el trabajo de Pades (14), se pueden encontrar los primeros estudios en habilidades sociales en los años 30. En el ámbito de la psicología social varios autores estudiaban la conducta social en niños bajo distintos aspectos que hoy en día se considerarían dentro de las HH.SS de desarrollo social (búsqueda de aprobación, ser simpático, responsable, entre otros) con el paralelo actual en asertividad.

Es importante mencionar las fuentes principales en el estudio sistemático del tema. Wolpe, citado por Pades (14), refiere que se comienza a utilizar el término de conducta asertiva para significar un sentimiento distinto a la ansiedad. Además, desde la década de los 50, incremento el interés por las habilidades sociales. Es por ello que en esa época se comenzó a evaluar su relación con la autoestima, el rendimiento académico

y el autoconcepto de niños. Una tercera fuente lo constituyen los trabajos de Phillips y Zigler, también citado por Pades (14), sobre la “competencia social” en adultos institucionalizados.

Podemos encontrar las siguientes definiciones de habilidades sociales:

Pades (14) cita la definición de Blanco como ejemplo: “la capacidad que el individuo posee de percibir, entender, descifrar y responder a los estímulos sociales en general, especialmente a aquellos que provienen del comportamiento de los demás”.

Kelly 1982, citado por Pades (14): “conjunto de conductas identificables, aprendidas, que emplean los individuos, en las situaciones interpersonales, para obtener o mantener el reforzamiento de su ambiente, mientras que al mismo tiempo maximiza las ganancias y minimiza las pérdidas en la relación con la otra persona (efectividad en la relación) y mantiene la propia integridad y sentido de dominio (efectividad en el respeto a uno mismo)”.

Corrobbles (15), quien ve a las habilidades sociales como la capacidad de percibir, entender, descifrar y responder a los estímulos sociales que los rodean especialmente aquellos que provienen de los demás.

Según López (16), las habilidades sociales es un complejo conjunto de habilidades que incluyen el desarrollo de comportamientos sociales eficaces, una conciencia de las normas sociales que afectan el comportamiento social en situaciones diversas, y la habilidad de seleccionar respuestas efectivas, de percibir una retroalimentación precisa de los demás, y de poder modificar el propio comportamiento social basado en la retroalimentación recibida.

Gismero, citado por Pades (14): “el conjunto de respuestas verbales y no verbales, particularmente independientes y situacionalmente específicas, a través de las cuales un individuo expresa en un contexto interpersonal sus necesidades, sentimientos, preferencias, opiniones o derechos sin ansiedad excesiva y de manera no aversiva, respetando todo ello en los demás, que trae como consecuencia el auto-reforzamiento y maximiza la probabilidad de conseguir refuerzo externo”. Esta última definición es la que usaremos en la presente investigación puesto que Gismero cuenta con una escala validada en Perú para la evaluación de las habilidades sociales.

Las habilidades sociales son factor protector y mejorador de la Salud Mental en los inmigrantes pues favorece a incrementar el capital social (3). Las destrezas sociales ayudan a mantener el bienestar psicológico (11). Incrementan la felicidad, la autoestima y la satisfacción con la vida (12).

3. Migrantes y refugiados

Achotegui (3) citando al Science, 2003 nos dice que la capacidad de emigrar es un recurso adaptativo muy importante de los seres vivos. En el caso de los humanos, constituye además una de la característica más relevante de nuestra especie y se considera que es una de las mejores explicaciones de nuestro éxito evolutivo.

Los migrantes eligen trasladarse no a causa de una amenaza directa de persecución o muerte, sino principalmente para mejorar sus vidas al encontrar trabajo o por educación, reunificación familiar, o por otras razones. A diferencia de los refugiados, quienes no pueden volver a su país de forma segura, los refugiados son personas que huyen de conflictos armados o persecución. (17)

Cada dos segundos una persona se ve obligada a abandonar su país, en todo el mundo hay más de 70 millones de desplazados. Más de 4 millos de personas han salido de Venezuela colocándola como la segunda crisis de refugiados en el mundo después de Siria (18).

Las causas que llevaron a que esto suceda es que para el 2019 Venezuela es el país con mayor índice de inflación del mundo con un 200.000%, debido a que el presidente sigue imprimiendo dinero con la intención de mantener el país en marcha. Otras acciones como fijar el costo de los alimentos, aunque el costo de producción de estos sea más elevado hace que los productores pierdan dinero; a esto se le suma la corrupción y la violencia. (18) Se tiene que tener en cuenta que Venezuela siendo un país anteriormente próspero y rico en petróleo, en la actualidad carece de adecuada asistencia médica y sufre hambre. Llevados a esta situación por sus líderes políticos como Hugo Chávez y Nicolás Maduro quienes critican duramente al capitalismo y dicen buscar reducir la desigualdad a partir de medidas comunistas. Pinker hace recuerdo que el comunismo es el culpable de las mayores hambrunas de la historia actual y que las formas de llegar a la igualdad son: las guerras de movilización masiva,

las revoluciones violentas, el colapso estatal y las pandemias letales. Todas estas sumen a la gran mayoría de la población en una miseria igualitaria. (19)

La Superintendencia nacional de migraciones del Perú (20), en su publicación *“Presencia de inmigrantes en situación de vulnerabilidad en el Perú”* nos dice lo siguiente: un dato importante que suma a la evolución de la cantidad de extranjeros en el Perú es la migración de ciudadanos venezolanos. En el caso peruano, como en otros países de Latinoamérica, debido al contexto socioeconómico de Venezuela, la migración proveniente de ese país se ha incrementado considerablemente.

Así, durante varios años (2014 al 2016) el ingreso al país de ciudadanos venezolanos fue de alrededor de 50 mil personas por año, pero para el 2017 se incrementó a más de 223 mil, en comparación con la cantidad de salidas del país (113,340). Esta diferencia entre el ingreso y las salidas ya se evidenciaba desde el 2016, puesto que existe una diferencia de más de 10 mil ciudadanos venezolanos que no habrían salido del país y probablemente estarían buscando una calidad migratoria que les permita permanecer en el territorio nacional.

Además, MIGRACIONES atendió la situación de desprotección de los ciudadanos venezolanos provenientes de la crisis humanitaria de su país al aprobar el Decreto Supremo N° 002-2017-IN, que establece medidas para el otorgamiento del Permiso Temporal de Permanencia - PTP para las personas de nacionalidad venezolana, siendo evidente que quienes acuden al servicio de atención al migrante en situación de vulnerabilidad son básicamente mujeres.

La Superintendencia nacional de migraciones del Perú (21), en su informe sobre *“Características sociodemográficas de ciudadanos venezolanos que tramitaron el Permiso Temporal de Permanencia-PTP en el Perú 2017-2018”* nos da la siguiente información respecto a los emigrantes venezolanos en Perú en el periodo de análisis del estudio comprende desde el 02 de febrero del 2017 hasta el 30 de setiembre del 2018.

Características migratorias

Con el total de 248 038 registros válidos se obtiene lo siguiente:

- El 58.3% son hombres y el 41.7% son mujeres

- El 88.5% se registró con Pasaporte, el 11% con Carnet de Identidad Personal y el 0.5% con Partida de Nacimiento.

Características de salud

Sobre un total de 51 017 registros válidos se observa lo siguiente:

- El 0.5% tiene algún tipo de discapacidad.
- El 61.8% de los que tienen algún tipo de discapacidad son hombres.
- El 44.9% de los que tienen algún tipo de discapacidad tienen entre 20 a 29 años.
- El 49.4% de los casos de discapacidad son de aspecto sensorial.
- El 0.8% declara tener alguna enfermedad.
- Las enfermedades relacionadas con padecimientos cardiacos representan el 13.5%.
- El asma representa el 6.2% de los casos.
- El 88.8% de los ciudadanos venezolanos recibió vacuna contra la fiebre amarilla.

Distribución por departamento de residencia en territorio peruano

Perú: ciudadanos venezolanos que ingresaron al país, según departamento de residencia en territorio peruano y sexo, 2017-2018 (En porcentaje por estructura)

- En la variable sexo el total de hombres es el 58.3% y las mujeres tiene el porcentaje del 41.7%.
- Analizando por departamento en Arequipa concentra el mayor porcentaje de mujeres con 43.6% y Lambayeque tiene el menor porcentaje de mujeres con un 38.9%. Para el caso de los hombres el departamento de Ica concentra el 62.1% y Arequipa el menor porcentaje con 56.4%.

Índice de densidad habitacional

- La categoría de una a dos personas por habitación tiene un peso porcentual de 42%, siendo en el departamento de Piura el porcentaje más alto siendo el 51%.
- Mientras que la categoría una persona por habitación tiene un porcentaje total de 20% y en el departamento de Arequipa tiene el porcentaje más alto llegando al 27%.

- En tercer lugar encontramos a la categoría de 2 a 3 personas por habitación este tiene un porcentaje de 20% siendo Lima el departamento donde tiene el mayor porcentaje llegando a ser 20.3%.

Ciudadanos venezolanos que ingresaron al país, según departamento de residencia en territorio peruano y sexo, 2017-2018 (en valores absolutos)

- Perú: 248038 = hombres 144720 + mujeres 103318 (%100)
- Arequipa 3076 (%1.2)= hombres 1736(%1.2) +mujeres 1340(%1.3)

En el documento *Condiciones de vida la Población Venezolana que reside en el País - ENPOVE 2018* (22)

- El 42,0 % de la población venezolana que reside en el país son jóvenes de 18 a 29 años de edad
- Más hombres que mujeres procedentes de Venezuela, ingresaron a Perú 52% son hombres y 48% mujeres.
- El 55,9 % de población venezolana que reside en el país tienen pareja conyugal
- El 76,8 % de la población venezolana ingresó a Perú en el año 2018
- El 97,8 % de personas venezolanas registraron su ingreso
- El 74,8 % ingresaron con pasaporte vigente
- El 26,7 % de la población venezolana residente en el país cuenta con Permiso Temporal de Permanencia
- El 94,7 % de población venezolana que reside en el país quiere quedarse en Perú
- El 91,5 % de la población venezolana residente en el país no cuenta con seguro de salud
- El 34,5 % de la población venezolana que padeció de problemas de salud se automedicaron
- El 57,9 % de la población venezolana de 15 y más años de edad tienen educación superior
- El 21,7 % de la población venezolana con educación universitaria estudiaron ingeniería
- Características de la vivienda de la población venezolana el 95,7 % viviendas alquiladas, el 62,4 % reside en viviendas particulares que tiene

una sola habitación, de las cuales el 58,9 % la usa exclusivamente para dormir y el 41,1 % tienen usos múltiples.

- El 20,0 % de la población venezolana tiene estudios carreras técnicas
- El 91,5 % de la población venezolana en edad de trabajar participa en la actividad económica
- El 78,3 % de la población venezolana que trabaja son dependientes
- El 75,5 % de la población ocupada venezolana trabaja en pequeñas empresas
- El 56,7 % de población venezolana ocupada se encuentra en el sector Servicios
- El 69,4 % de la población venezolana trabaja más de 51 horas a la semana
- Ingreso promedio mensual de población venezolana se ubica en 1 116 soles Según sexo, el ingreso promedio de los hombres se situó en 1 183 soles y el de las mujeres en 1 026 soles.
- El 71,0 % de población venezolana que reside en el país requiere ayuda médica

En promedio para el 2018-2019 el impacto neto de la población Venezolana en el PBI del Perú equivale a 0,08%, esto debido a la demanda de bienes y servicios. Lo que significa que tiene un impacto fiscal positivo. Se tiene que tener en cuenta que el impacto pudo ser mucho mayor pues en PBI potencial se vio afectado en casi un punto porcentual, como los migrantes no fueron empleados de forma adecuada esto no se cumplió. (23)

4. Relación de la migración con: salud mental, síntomas psiquiátricos, habilidades sociales y discriminación.

Adela Cortina nos habla de la discriminación y el rechazo pasando desde el individuo hasta las instituciones, basada en principios biológicos y morales para ella, nos explica de dónde viene la xenofobia y la importancia del término que ella acuñó aporofobia. (24)

El rechazo hacia las personas que son diferentes o percibimos como extrañas es algo que ha sucedido a lo largo de la historia de la humanidad a esto llamamos xenofobia, esto se debe a que desde el punto de vista biológico el trato con lo extraño produce incomodidad e inseguridad a diferencia del trato con lo familiar lo que nos da seguridad (24). La

evolución ha convertido a los homo sapiens en seres xenófobos, los cuales dividen a la humanidad en dos partes “ellos y nosotros”, nosotros compartimos idioma religión y costumbres, ellos apenas son humanos (24)

Pero actualmente es mucho más importante poner atención a la aporofobia el rechazo al pobre, pues lo que incómoda no es solo que una persona sea de una cultura distinta o que tenga rasgos físicos distintos a los nuestros, más bien incomoda que no tenga nada que dar, para explicarlo utiliza el término de cerebro reciprocador, puesto que la sociedad está constituida a partir del dar y recibir esta es clave para poder entender la conducta humana pues el dar para recibir es la forma más inteligente de sobrevivir que ha encontrado el hombre, las personas que emigran incomodan por el hecho de no tener nada que dar, ese es el pobre en cada ámbito de la vida social, es de aquí de donde nace la raíz biológica y social de la aporofobia, la percepción de que estas personas no tienen nada bueno que darnos para ayudarnos a sobrevivir (24).

Usando las teorías del desarrollo moral de Lawrence Kohlberg se explica de que existe una gran diferencia entre lo que plantean las instituciones y lo que se está haciendo en la sociedad, nos dice que gran parte de las instituciones están planteadas en el nivel de moral que se llama universal en el cual se da el respeto irrestricto a toda la vida humana y la naturaleza pero que las personas que trabajan muchas veces en estas instituciones se mantienen en los niveles primero y segundo en el cual se prioriza al individuo o al grupo lo cual crea una incongruencia y agrava un problema social (24).

Navarro-Lashayas (25) en su estudio sobre *Uso y abuso del alcohol y otras drogas en una muestra de personas migrantes sin hogar en Bilbao.*

Se realizaron 107 entrevistas en profundidad complementadas con cuestionarios psicométricos sobre abuso de sustancias, estrés aculturativo, impacto vital de la experiencia de dormir en la calle y sufrimiento psicológico. Los resultados muestran que el abuso de sustancias es minoritario entre las personas sin hogar entrevistadas. El 59,8% (n=64) de la muestra no consume nada de alcohol en la actualidad y el 67,3% (n=72) no consume ninguna droga. Sin embargo, casi la mitad de la muestra ha abusado del alcohol a lo largo de su vida y el 65,0% (n=32) cree que ello ha tenido influencia en su actual situación sin hogar. Las personas que siguen consumiendo alcohol en la actualidad

muestran mayores puntuaciones en sufrimiento psicológico y malestar emocional así como mayores cambios en la identidad personal producto de la experiencia de dormir en la calle. Además, el abuso de alcohol es una de las variables que más influye en la cronificación de la estancia en la calle que, a su vez, es un factor de riesgo para comenzar a beber o aumentar consumos previos.

Navarro-Lashayas (26) en su investigación sobre *Sufrimiento psicológico y malestar emocional en las personas migrantes sin hogar*

El artículo muestra las relaciones entre el sufrimiento psicológico y malestar emocional con variables sociodemográficas, estrés aculturativo, apoyo social, abusos de sustancias, sucesos vitales estresantes y cambios en la identidad en una muestra de 107 personas migrantes sin hogar. Los resultados muestran la importancia de los recursos materiales en el bienestar psicológico, así como la alta influencia de los sucesos vitales estresantes sufridos por la persona, el apoyo social recibido y otras variables vinculadas con la experiencia de exclusión social como la deshumanización, la falta de control sobre la propia vida y los cambios identitarios. Esta investigación nos invita a tomar mayor atención en estas variables y tener cuidado con el excesivo énfasis al diagnóstico psicopatológico.

Lahoz; Forns (27) en su artículo *Discriminación percibida, afrontamiento y salud mental en migrantes peruanos en Santiago de Chile*

Este estudio examina la discriminación percibida por la población migrante peruana asentada en Santiago de Chile, tanto grupal como personal, y su relación con las estrategias de afrontamiento y con la salud mental. A través de un muestreo de bola de nieve participaron 355 inmigrantes peruanos de entre 18 y 58 años. Los resultados muestran una mayor percepción de discriminación grupal que personal. Las personas que se sienten discriminadas utilizan en mayor medida estrategias de evitación cognitiva, las cuales no muestran relación con sintomatología. Se concluye que el uso de estas estrategias podría tener un rol protector ante los efectos de la discriminación personal percibida

Rihm; Sharim (28) en su investigación sobre *Migrantes colombianos en Chile: Tensiones y oportunidades en la Articulación de una Historia Personal*

Se utilizaron relatos de vida y creaciones visuales para producir datos. Los resultados evidenciaron la pluralidad de significaciones en torno a la migración, así como el proceso continuo de elaboración y evaluación que supone dar sentido a la experiencia, pues esta revela la naturaleza contingente de la identidad, el estilo de vida y las prácticas culturales. Los participantes tendieron a significar positivamente su experiencia migratoria, pero evidenciaron la presión por salir adelante con base en sus propios recursos, caracterizando la migración como un proyecto inherentemente personal, reflejando tendencias actuales a la individualización social.

María Elena Planas (29) en su publicación para el ministerio de salud del Perú

interculturalidad en salud mental: elementos para una intervención en zonas afectadas por la violencia política, límites del positivismo y el modelo biomédico: hacia una comprensión constitutiva de la cultura

En el marco de este paradigma biomédico, la realidad de la enfermedad depende cada vez menos, tanto de aquello que el ojo clínico es capaz de advertir como signo y evidencia de la dolencia del otro, como de aquello que el otro nos puede decir sobre su dolencia (Corin 1990:46). Esto es el reduccionismo biológico: reducir la enfermedad a la patología orgánica y no considerar que sea cual sea la naturaleza de la enfermedad y de sus causas, la enfermedad es siempre una experiencia física, psicológica, social y cultural. La enfermedad es algo que le sucede a la persona y a las relaciones de esta persona con otras personas. La enfermedad es social y cultural en su esencia. Las características más esenciales de la experiencia personal, el curso de la enfermedad así como su previsible evolución están mediadas por el contexto social y las significaciones locales (Good 1994).

Factores culturales relacionados al origen, curso y tratamiento de desórdenes psiquiátricos

Síndrome de Estrés Post Traumático (SEPT) pueden encontrarse en diferentes culturas, un núcleo central universal queda aún por ser establecido (Mollica et al. 1992:111). Numerosas investigaciones establecen que no hay una relación lineal simple entre experiencia social (violencia), estados emocionales individuales (tristeza, ira, etc.) y resultados verificables en categorías diagnósticas (SEPT). Se sabe también que la experiencia de sufrimiento se expresa en idiomas locales de aflicción: signos, síntomas y a veces categorías discretas de enfermedad que se articulan en malestares que pueden no ser equivalentes a las enfermedades biomédicas.

Zarowski (s/f) refiere cómo el trauma relacionado a la guerra y a la migración forzada, para somalíes refugiados en Etiopía, no es comprendido en términos de trauma psicológico individual sino en términos de una ira por el daño causado injustamente y la exigencia de reparación colectiva. Zarowski señala también cómo expresar ira por el daño sufrido a un miembro o al colectivo es una manera de validarse como buen somalí, y hace legítima la demanda de compensación. En este caso el campo estructurador de la experiencia traumática somalí no es el de la medicina psicológica sino el de la política. Y no es que los somalíes no reconozcan la experiencia emocional individual de malestar, sino que esa experiencia se organiza, se narra y se articula en el colectivo a partir de un lenguaje político.

En este sentido, y en relación a la aplicación de este diagnóstico en poblaciones afectadas por la violencia política, la principal limitación de aplicar el SEPT o cualquier noción de trauma entendida como psicopatología individual es el obscurecimiento de las causas estructurales y las consecuencias comunitarias de la angustia y el terror (Jenkins 1991).

Debemos tomar en cuenta la *guía para la intervención psicológica con inmigrantes y refugiados* la cual recomienda el entrenamiento en habilidades sociales para el abordaje de casos complicados tales como en el duelo patológico en adultos y niños puesto que el entrenamiento en habilidades comunicativas y asertivas sirven para la adaptación y la interacción con los iguales. Además, de incrementar la comprensión de las reglas sociales, y su acomodación al sistema cultural. (8)

Achotegui (3) Hablando desde el punto biológico nos menciona que puede haber una relación entre el sistema dopaminérgico y la tendencia a migrar puesto que éste nos lleva a buscar estímulos y experiencias nuevas. Además de ello menciona los investigadores Crawford y Campbell que encontraron una correlación simple entre el Gen receptor de dopamina DRD4, 7R y la distancia de desplazamiento de una población desde punto de origen

Además de ello investigaciones de correlación en la personalidad y la propensión a emigrar, nos dicen que las personas que emigran tienen altos puntajes en búsqueda de objetivos relacionada con tomar riesgos, estas personas suelen centrarse más en trabajar, y quizá un poco menos en la familia. Las mujeres comparten el deseo de logro al igual que los hombres, aunque presentan una mayor motivación afiliativa. En el caso de los hombres poseen mayor puntuación en neuroticismo y extraversión (3).



METODOLOGÍA

1. Técnica, instrumentos y material de verificación

Se empleará la aplicación de cuestionarios, para recoger información sobre habilidades sociales y síntomas psiquiátricos de migrantes venezolanos de la ciudad de Arequipa.

1.1 Para variable: Evaluación de síntomas psiquiátricos

- **Técnica:** Cuestionario

- **Instrumento:** *Cuestionario de síntomas SQR- 18* (10)

El “*cuestionario de síntomas SQR- 18*” que consta de 28 preguntas de respuesta “*si*” o “*no*” que evalúan sintomatología referida a 4 áreas:

- Depresión, ansiedad y angustia.
- Trastorno psicótico
- Trastorno convulsivo
- Problemas relacionados al uso de alcohol

Las primeras 18 preguntas se refieren a trastornos de *leve* o moderada intensidad como los depresivos, angustia o ansiosos y otros, nueve o más respuestas positivas en éste grupo determinan que el entrevistado tiene una alta probabilidad de sufrir enfermedad mental, y por lo tanto se le considera un "caso".

Las preguntas 19 a 22 son indicativas de un trastorno psicótico; una sola respuesta positiva entre éstas cuatro determina un "caso".

La respuesta positiva a la pregunta 23 indica alta probabilidad de sufrir un trastorno convulsivo.

Las preguntas 24 a 28 indican problemas relacionados con el consumo del alcohol; la respuesta positiva a una sola de ellas determina que la persona tiene alto riesgo de sufrir alcoholismo.

Cualquiera de estas posibilidades, o una combinación de las tres, indica que efectivamente se trata de un "caso".

Se estima que la aplicación se puede llevar a cabo entre 10 a 15 minutos.

1.2 Evaluación de habilidades sociales

- **Técnica:** Cedula de preguntas

- **Instrumento:** *Escala de Habilidades Sociales de Gismero* (30).

El cuestionario data del año 2000, siendo su autora Elena Gismero González de la Universidad Pontificia Comillas (Madrid), Facultad de Filosofía y Letras, sección Psicología. En el 2009, César Ruiz Alva realizó la adaptación para el Perú en una universidad de Trujillo en donde se concluyó que la escala posee una confiabilidad de 0.88., la cual es considerada como alta (Mejía, Paz & Zúñiga, 2014). Posteriormente se realizaron estudios sobre las propiedades psicométricas de la prueba en la localidad de Cartavio (La Libertad, Perú), en donde se trabajó con una muestra de 377 alumnos seleccionados mediante el muestreo probabilístico, llegando a la conclusión que la EHS de Elena Gismero es un instrumento que cuenta con validez, confiabilidad y baremos en la localidad de Cartavio (Quinteros, 2010).

La prueba tiene por objetivo la evaluación de la aserción y las habilidades sociales, podemos decir además que es aplicable para adolescentes, jóvenes y adultos, haciendo la diferencia entre hombres y mujeres en los baremos. Se estima que la aplicación se puede llevar a cabo entre 10 a 15 minutos. Consta de 6 indicadores:

- I. Autoexpresión en situaciones sociales
- II. Defensa de los propios derechos como consumidor
- III. Expresión de enfado o disconformidad
- IV. Decir no y cortar interacciones
- V. Hacer peticiones
- VI. Iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto

1.3 Evaluación de migrantes venezolanos

A los participantes de la investigación se les pidió sus datos personales.

CUADRO DE COHERENCIA

Variable	Indicador	Técnica	Instrumento	Estructura del instrumento
Síntomas psiquiátricos	1. Depresión, ansiedad y angustia.	Cuestionario	Cuestionario de síntomas SQR- 18	Ítems: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18.
	2. Trastorno psicótico			19, 20, 21, 22.
	3. Trastorno convulsivo			23.
	4. Problemas relacionados al uso de alcohol			25, 26, 27, 28.
Habilidades sociales	I. Autoexpresión en situaciones sociales	Cedula de Preguntas	Escala de Habilidades Sociales de Gismoero	Ítems: 1, 2, 10, 11, 19, 20, 28, 29.
	II. Defensa de los propios derechos como consumidor			3, 4, 12, 21, 30.
	III. Expresión de enfado o disconformidad			13, 22, 31, 32.
	IV. Decir no y cortar interacciones			5, 14, 15, 23, 24, 33.
	V. Hacer peticiones			6, 7, 16, 25, 26.
	VI. Iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto			8, 9, 17, 18, 27.

2 Campo de verificación

2.1 Ubicación espacial

La ubicación corresponde al ámbito específico de la región Arequipa, provincia de Arequipa.

2.2 Ubicación temporal

Se trata de un estudio coyuntural, es decir que está referido al presente 2019.

2.3 Unidades de estudio

Persona migrante venezolano en la ciudad de Arequipa

2.3.1 Universo

Está compuesto por personas migrantes de nacionalidad Venezolana que residen en la ciudad de Arequipa.

3. Manejo metodológico

3.1 Población Características

Migrantes venezolanos mayores de 16 años que residan en la ciudad de Arequipa

3.2 Población Accesible:

3.2.1. Población Cualitativa

A. Criterios de inclusión

- personas venezolanas mayores de 16 años
- residentes en la ciudad de Arequipa

B. Criterios de Exclusión

- Migrantes residentes en el Perú por más de 10 años
- Migrantes con problemas judiciales
- Migrantes que no acepten participar en el estudio.
- Menores de 16 años

3.2.2. Población Cuantitativa:

- Población finita pero no conocida
- **Muestra**
86 personas migrantes venezolanos que cumplieron los criterios de selección propuestos.
- **Muestreo**
Muestra representativa a partir de fórmula de muestreo probabilístico para correlación entre dos variables numéricas:

$$n = \left[\frac{z_{1-\alpha} + z_{1-\beta}}{\frac{1}{2} \ln \left(\frac{1+r}{1-r} \right)} \right]^2 + 3$$

Se trabajó con una muestra de 86 migrantes venezolanos con un 95% de nivel de confianza y 3% de margen de error.

4. Estrategia de recolección de datos

4.1 Organización

Para efecto de la recolección de datos se realizó coordinaciones con instituciones con acceso a esta población: ACNUR y Encuentros.

4.2 Recursos

4.2.1. Recursos Humanos

Investigador Psicólogo Héctor Echevarría Carlos

4.2.2 Recursos físicos

Se utilizará:

- Documento de consentimiento informado,
- Cuestionario de Síntomas sq-18
- Escala de habilidades sociales de Gismero.
- Lapiceros
- Tablas de apoyo
- Computadora

4.3 Validación del instrumento

Ambos instrumentos poseen validez en el Perú y en otros países de Sudamérica y el resto del mundo como se expone anteriormente en el apartado de “Instrumentos”.

4.4 Criterio para manejo de resultados

4.4.1 Análisis de variables

Uso de estadística descriptiva e inferencial

4.4.2 Plan de Procesamiento de los Datos:

Los datos registrados en el anexo, fueron luego codificados y tabulados para su análisis e interpretación.

Plan de clasificación

Se empleó una matriz de sistematización de datos en la que se obtuvieron en cada ficha para facilitar su uso. La matriz fue diseñada en una hoja de cálculo electrónica (Excel 2016).

Plan de codificación

Se procedió a la codificación de datos que contienen indicadores en la escala continua y categórica para facilitar el ingreso de datos.

Plan de recuento

El recuento de datos fue electrónico, en base a la matriz diseñada en la hoja de cálculo.

Plan de análisis estadístico

Se empleó estadística descriptiva con frecuencias absolutas y relativas para variables cualitativas y para variables cuantitativas con medidas de tendencia central y medidas de dispersión.

Además se empleó estadística inferencial con comparación de variables, la relación de variables se realizó aplicando el coeficiente de correlación lineal de Pearson.

Para el análisis de datos se empleó la hoja de cálculo Excel 2016 con su complemento analítico,



CAPITULO III
RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Tabla N° 1

Edades

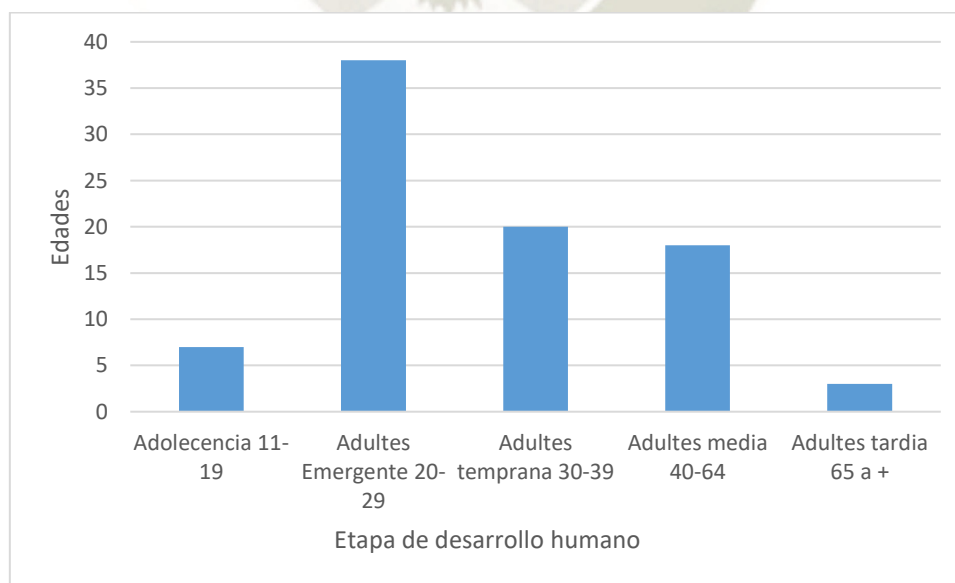
Años (Etapa de desarrollo humano)	Número	Porcentaje %	Media aritmética	Valor mínimo	Valor máximo
11-19 años (Adolescencia)	7	8%			
20-29 años (Adulthood Emergente)	38	44%			
30-39 años (Adulthood temprana)	20	23%			
40-64 años (Adulthood media)	18	21%	32	16	68
65 años a más (Adulthood tardía)	3	4%			
Total	86	100%			

Fuente: Instrumento elaborado por el investigador. Arequipa, 2019.

La tabla N°1 nos muestra que de los 86 participantes que representa el 100% de la muestra, 7 son adolescentes lo que equivale el 8%, 38 son adultos emergentes lo que equivale al 44%, 20 son adultos tempranos lo que equivale al 23%, 18 son adultos en edad media lo que equivale al 21% y por último 3 son adultos en edad tardía lo que equivale a 4%.

Grafico N° 1

Edades



Fuente Instrumento elaborado por el investigador. Arequipa, 2019.

Tabla N° 2

Participantes en la muestra por sexo

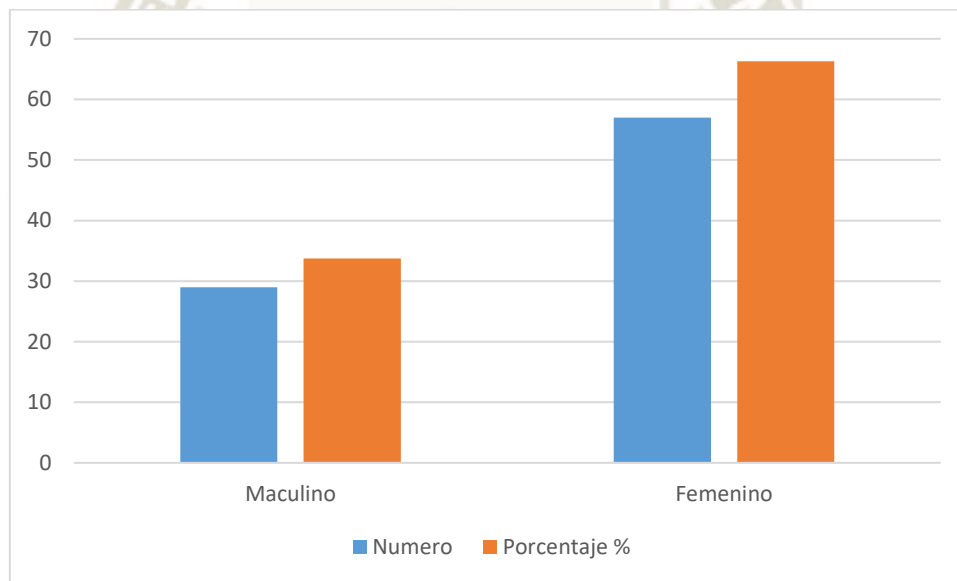
	Número	Porcentaje %
Masculino	29	33.72
Femenino	57	66.28
Total	86	100

Fuente: Instrumento elaborado por el investigador. Arequipa, 2019.

La tabla N°2 nos muestra que de los 86 participantes que representa el 100% de la muestra, 29 son de sexo masculino lo que equivale a 33.72% y 57 son del sexo femenino lo que equivale al 66.28%.

Grafico N° 2

Participantes en la muestra por sexo



Fuente: Instrumento elaborado por el investigador. Arequipa, 2019.

Tabla N° 3

Tiempo de tránsito y permanencia

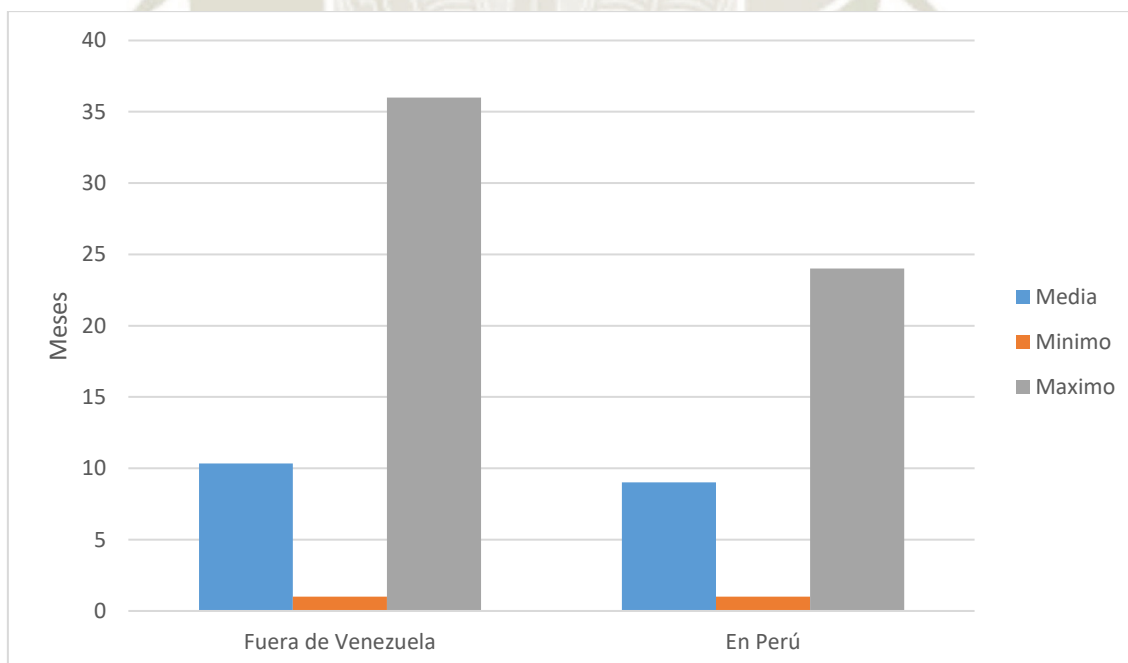
	Media aritmética	Valor mínimo	Valor máximo
Tiempo fuera de Venezuela	10.3455	1	36
Tiempo en Perú	9.01852	1	24

Fuente: Instrumento elaborado por el investigador. Arequipa, 2019.

La tabla N° 3 nos muestra que la media aritmética de tiempo de fuera de su país de origen es en promedio de 10 meses, con un valor máximo encontrado de 36 meses, un valor mínimo de 1 mes. Además muestra que la media aritmética de tiempo que están en Perú al momento de ser entrevistados es de 9 meses, con un valor máximo encontrado de 24 meses, un valor mínimo de 1 mes.

Grafico N° 3

Tiempo de tránsito y permanencia



Fuente: Instrumento elaborado por el investigador. Arequipa, 2019.

Tabla N° 4

Edades de hijos de migrantes

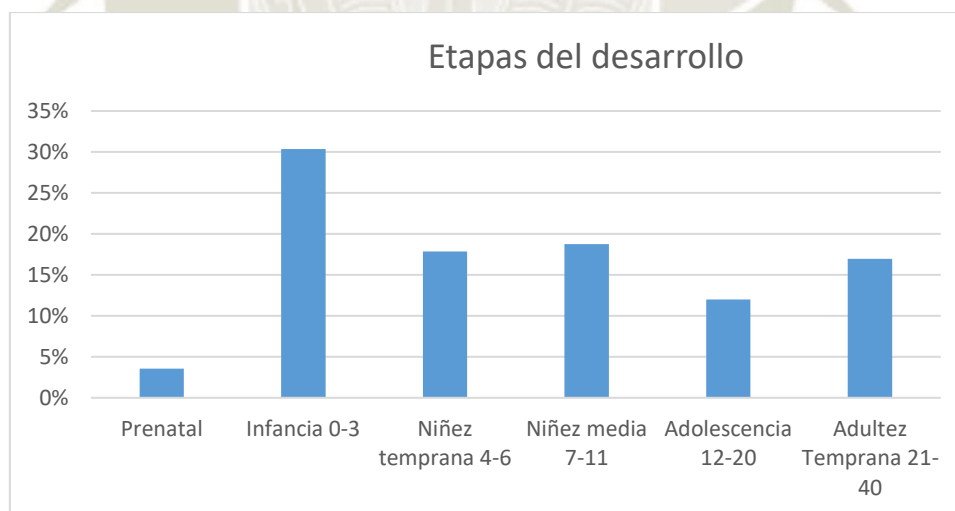
Etapas del desarrollo humano	Numero	Porcentaje %
Prenatal	4	4%
Infancia 0-3	34	30%
Niñez temprana 4-6	20	18%
Niñez media 7-11	21	19%
Adolescencia 12-20	14	12%
Adultez Temprana 21-40	19	17%
Total	112	100%

Fuente: Instrumento elaborado por el investigador. Arequipa, 2019.

La tabla N°4 nos muestra que el mayor porcentaje de los hijos de migrantes el 30% se encuentran en la etapa de la infancia y que el menor porcentaje el 12% son adolescente, además existe un 4% en etapa prenatal.

Grafico N° 4

Edades de hijos de migrantes



Fuente: Instrumento elaborado por el investigador. Arequipa, 2019.

Habilidades sociales

Tabla N° 5

Niveles de Habilidades Sociales

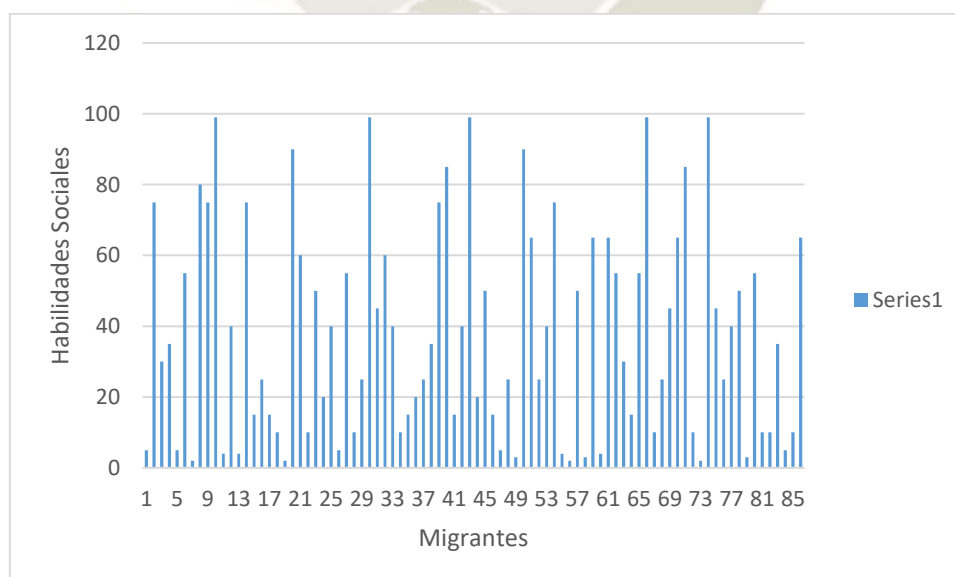
Indicadores	Media Aritmética	Valor Mínimo	Valor Máximo	Habilidades Sociales		
				Nivel	Numero	Porcentaje %
Habilidades Sociales	37.59	2	99	Baja	41	48%
				Medio	30	35%
				Alto	15	17%

Fuente: Instrumento elaborado por el investigador. Arequipa, 2019.

La tabla N°5 nos muestra que 41 personas de las 86 evaluadas obtuvieron un nivel bajo de habilidades sociales lo que representa el 48%, además, 30 personas obtuvieron un nivel medio lo que representa el 35% y por ultimo 15 personas obtuvieron un nivel alto lo que representa el 17%. Con un valor máximo encontrado de 99, un valor mínimo de 2 y una media aritmética 37.59.

Grafico N° 5

Niveles de Habilidades Sociales



Fuente: Instrumento elaborado por el investigador. Arequipa, 2019.

Tabla N° 6

Niveles de sub indicadores Habilidades Sociales

Sub-Indicadores	Sub indicadores Habilidades Sociales			Nivel	Numero	Porcentaje %
	Media Aritmética	Valor Mínimo	Valor Máximo			
I. Autoexpresión en situaciones sociales	48.48	1	98	Baja	31	36%
				Medio	25	29%
				Alto	30	35%
II. Defensa de los propios derechos como consumidor	33.83	1	98	Baja	46	54%
				Medio	33	38%
				Alto	7	8%
III. Expresión de enfado o disconformidad	31.85	1	99	Baja	51	59%
				Medio	23	27%
				Alto	12	14%
IV. Decir no y cortar interacciones	51.35	1	99	Baja	28	33%
				Medio	27	31%
				Alto	31	36%
V. Hacer peticiones	30.17	1	98	Baja	47	55%
				Medio	29	34%
				Alto	10	11%
VI. Iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto	44.17	2	98	Baja	30	35%
				Medio	34	39%
				Alto	22	26%

Fuente: Instrumento aplicado por el investigador. Arequipa, 2019.

En la tabla N°6 se encontró que en Autoexpresión en situaciones sociales 31 personas obtuvieron un nivel bajo lo que representa el 36%, además, 25 personas obtuvieron un nivel medio lo que representa el 29% y por ultimo 30 personas obtuvieron un nivel alto de habilidades sociales lo que representa el 35%. Con un valor máximo encontrado de 98, un valor mínimo de 1 y una media aritmética 48.48.

Defensa de los propios derechos como consumidor sociales 46 personas obtuvieron un nivel bajo lo que representa el 54%, además, 33 personas obtuvieron un nivel medio lo que representa el 38% y por ultimo 7 personas obtuvieron un nivel alto de habilidades

sociales lo que representa el 8%. Con un valor máximo encontrado de 98, un valor mínimo de 1 y una media aritmética 33.83.

Expresión de enfado o disconformidad sociales 51 personas obtuvieron un nivel bajo lo que representa el 59%, además, 23 personas obtuvieron un nivel medio lo que representa el 27% y por último 12 personas obtuvieron un nivel alto de habilidades sociales lo que representa el 14%. Con un valor máximo encontrado de 99, un valor mínimo de 1 y una media aritmética 31.85.

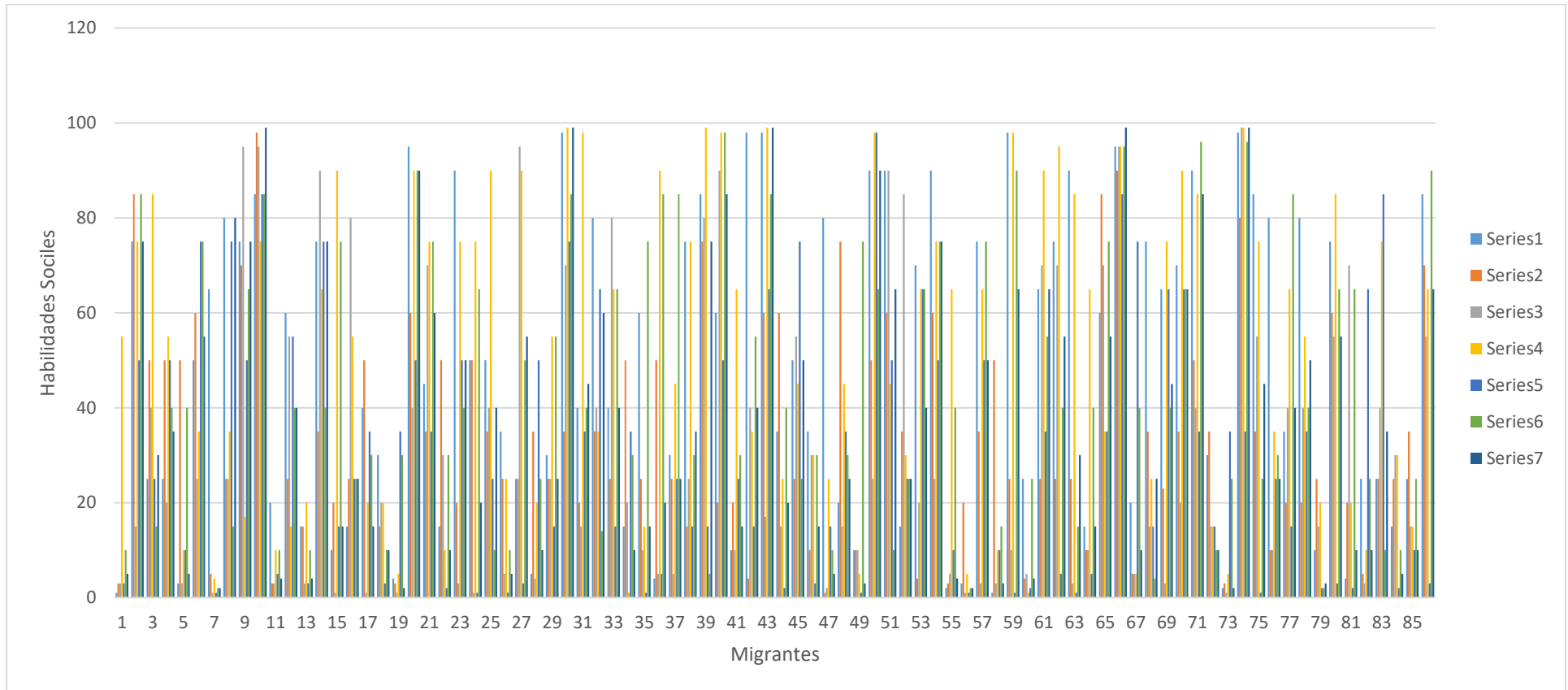
Decir no y cortar interacciones sociales 28 personas obtuvieron un nivel bajo lo que representa el 33%, además, 27 personas obtuvieron un nivel medio lo que representa el 31% y por último 31 personas obtuvieron un nivel alto de habilidades sociales lo que representa el 36%. Con un valor máximo encontrado de 99, un valor mínimo de 1 y una media aritmética 51.35.

Hacer peticiones sociales 47 personas obtuvieron un nivel bajo lo que representa el 55%, además, 29 personas obtuvieron un nivel medio lo que representa el 34% y por último 10 personas obtuvieron un nivel alto de habilidades sociales lo que representa el 11%. Con un valor máximo encontrado de 98, un valor mínimo de 1 y una media aritmética 30.17.

Iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto sociales 30 personas obtuvieron un nivel bajo lo que representa el 35%, además, 34 personas obtuvieron un nivel medio lo que representa el 39% y por último 22 personas obtuvieron un nivel alto de habilidades sociales lo que representa el 26%. Con un valor máximo encontrado de 98, un valor mínimo de 2 y una media aritmética 44.17

Grafico N°6

Niveles de sub indicadores de Habilidades Sociales



Fuente: Instrumento elaborado por el investigador. Arequipa, 2019.

Síntomas Psiquiátricos

Tabla N°7

Síntomas Psiquiátricos

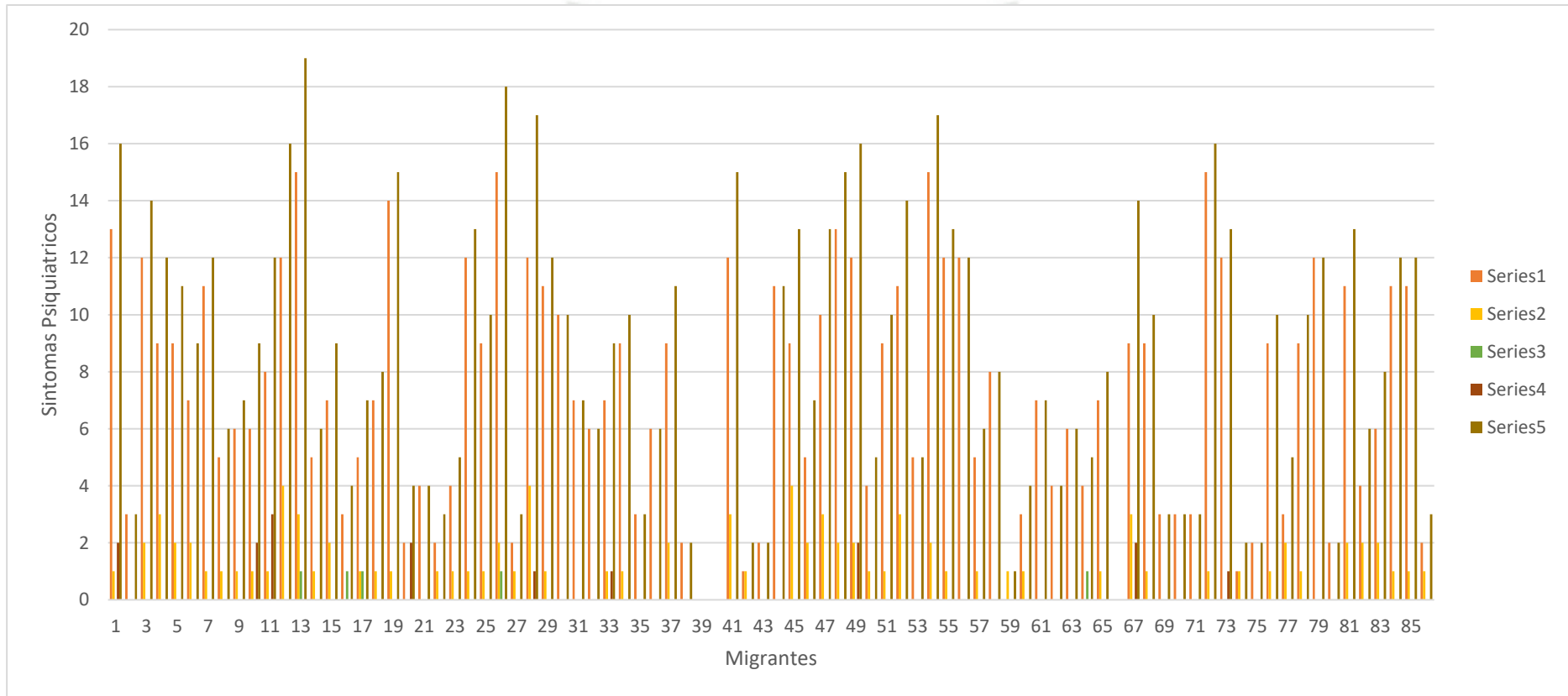
Síntomas Psiquiátricos						
	Media Aritmética	Valor Mínimo	Valor Máximo	Indicador	Numero	Porcentaje %
Depresión, ansiedad y angustia.	7.13	0	15	Caso	37	43%
				Negativo	49	57%
Trastorno psicótico	1.07	0	4	Caso	57	66%
				Negativo	29	34%
Trastorno convulsivo	0.06	0	1	Caso	5	6%
				Negativo	81	94%
Problemas relacionados al uso de alcohol	0.19	0	3	Caso	9	10%
				Negativo	77	90%
Total de Síntomas Psiquiátricos	8.44	0	19	86	100%

Fuente Instrumento elaborado por el investigador. Arequipa, 2019.

La tabla N°7 nos muestra que 37 personas de las 86 evaluadas obtuvieron una marcación de caso para *Depresión, ansiedad y angustia* lo que representa el 43%, Con un valor máximo encontrado de 15, un valor mínimo de 0 y una media aritmética de 7.13. Además 57 personas obtuvieron una marcación de caso en *Trastorno psicótico* lo que representa el 66%, con un valor máximo encontrado de 4, un valor mínimo de 0 y una media aritmética de 1.07. Así mismo, 5 personas obtuvieron una marcación de caso en *Trastorno convulsivo* lo que representa el 6%, con un valor máximo encontrado de 1, un valor mínimo de 0 y una media aritmética de 0.06. Por último, 9 personas obtuvieron una marcación de caso en *Problemas relacionados al uso de alcohol* lo que representa el 10%, con un valor máximo encontrado de 3, un valor mínimo de 0 y una media aritmética de 0.19.

Adicionalmente, observando el Total de Síntomas Psiquiátricos el valor máximo encontrado fue de 19, un valor mínimo de 0 y una media aritmética de 8.44.

Grafico N°7
Síntomas Psiquiátricos



Fuente: Instrumento elaborado por el investigador. Arequipa, 2019.

Correlación

A continuación se muestran las correlaciones que responde a los objetivos de esta investigación así como las más resaltantes, las demás correlaciones son adjuntadas en anexos.

Tabla N°8

Correlación entre Habilidades Sociales y Síntomas Psiquiátricos

Variables	Media Aritmética	Valor Mínimo	Valor Máximo	Coefficiente de Pearson	Coefficiente de Determinación R2
Habilidades Sociales	37.59	2	99	-0.5648	0.3190
Síntomas Psiquiátricos	8.44	0	19		

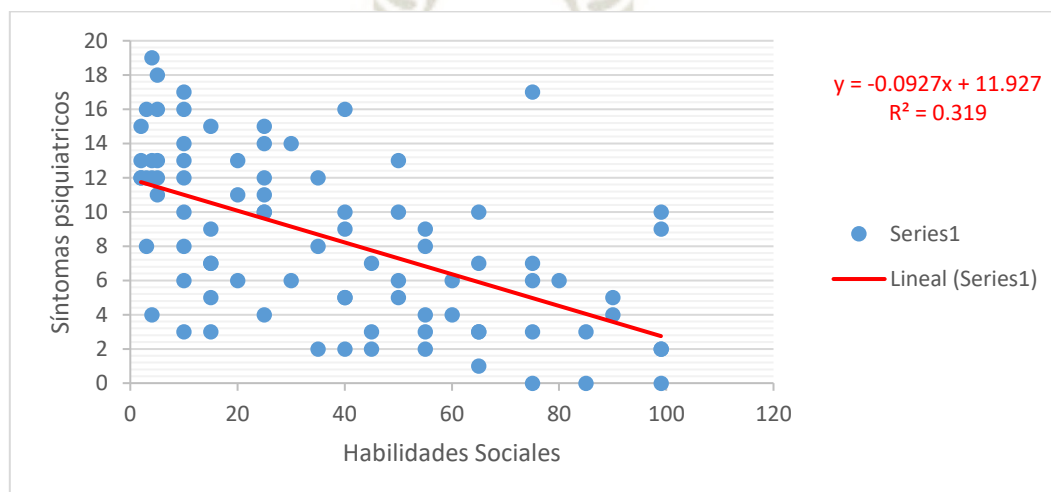
Fuente: Instrumento elaborado por el investigador. Arequipa, 2019.

La tabla N°8 muestra que el resultado del coeficiente de correlación entre las habilidades sociales y los síntomas psiquiátricos corresponde a -56.48, que significa una correlación negativa moderada, con un coeficiente de determinación de 0.3190 que indica que al incrementar una variable la otra tiende a disminuir en un 31.90 %.

Adicionalmente en habilidades sociales el valor máximo encontrado es de 99 y el valor mínimo es de 2, con una media aritmética 37.59; y en síntomas psiquiátricos el valor máximo encontrado es de 19 y el valor mínimo es de 0, con una media aritmética de 8.44.

Grafico N°8

Correlación entre Habilidades Sociales y Síntomas Psiquiátrico



Fuente: Instrumento elaborado por el investigador. Arequipa, 2019.

Tabla N°9

Correlación entre Habilidades Sociales y Depresión, ansiedad y angustia

Variables	Media aritmética	Valor Mínimo	Valor máximo	Coefficiente de Pearson	Coefficiente de determinación R2
Habilidades Sociales	37.59	2	99		
Depresión, ansiedad y angustia.	7.13	0	15	-0.5617	0.315473

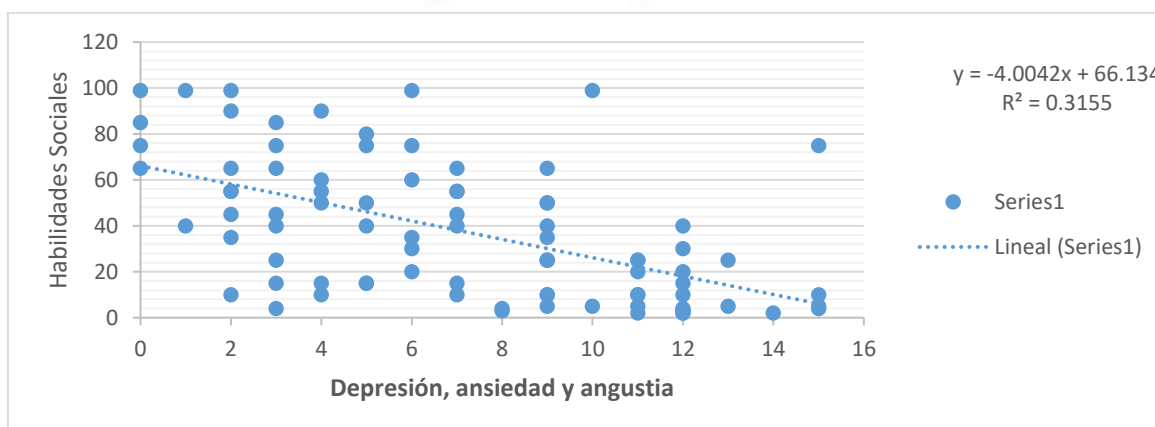
Fuente: Instrumento elaborado por el investigador. Arequipa, 2019.

La tabla N°9 muestra que el resultado del coeficiente de correlación entre las habilidades sociales y los síntomas de depresión, ansiedad y angustia el cual corresponde a -0.5617 que significa una correlación negativa moderada, con un coeficiente de determinación de 0.315473 que indica que al incrementar una variable la otra tiende a disminuir en un 31.55%.

Adicionalmente en habilidades sociales el valor máximo encontrado es de 99 y el valor mínimo es de 2, con una media aritmética 37.59; y en síntomas Depresión, ansiedad y angustia el valor máximo encontrado es de 15 y el valor mínimo es de 0, con una media aritmética de 7.13.

Grafico N°9

Correlación entre Habilidades Sociales y Depresión, ansiedad y angustia



Fuente: Instrumento elaborado por el investigador. Arequipa, 2019.

Tabla N°10

Correlación entre Autoexpresión en situaciones sociales y Total de Síntomas

Psiquiátricos

Variables	Media aritmética	Valor mínimo	Valor máximo	Coefficiente de Pearson	Coefficiente de determinación
I. Autoexpresión en situaciones sociales	48.48	1	98	-0.539844295	0.291431863
Total de Síntomas Psiquiátricos	8.44	0	19		

Fuente: Instrumento elaborado por el investigador. Arequipa, 2019.

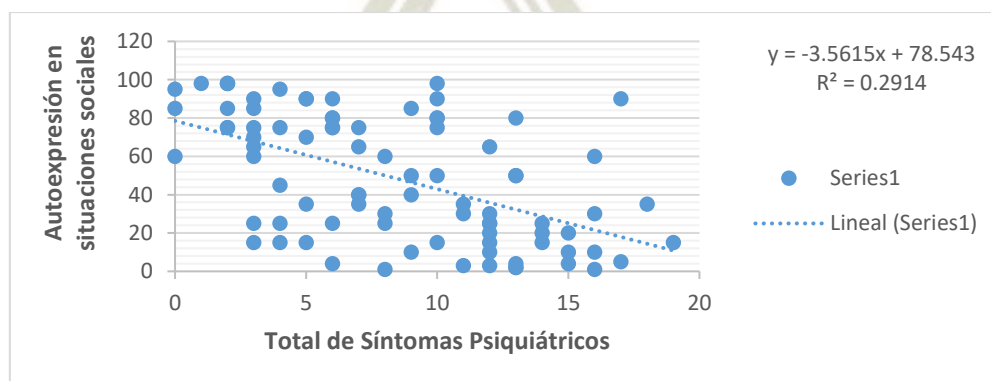
La tabla N°10 muestra que el resultados del coeficiente de correlación entre las Autoexpresión en situaciones sociales y los síntomas de Total de Síntomas Psiquiátricos el cual corresponde a -0.539844295 que significa una correlación negativa moderada, con un coeficiente de determinación de 0.291431863 que indica que al incrementar una variable la otra tiende a disminuir en un 29.14%.

Adicionalmente en Autoexpresión en situaciones sociales el valor máximo encontrado es de 98 y el valor mínimo es de 1, con una media aritmética 48.48; y en síntomas *Depresión, ansiedad y angustia* el valor máximo encontrado es de 19 y el valor mínimo es de 0, con una media aritmética de 7.13.

Grafico N°10

Correlación entre Autoexpresión en situaciones sociales y Total de Síntomas

Psiquiátricos



Fuente: Instrumento elaborado por el investigador. Arequipa, 2019.

Tabla N°11

Correlación entre Autoexpresión en situaciones sociales y Depresión, ansiedad y angustia

Variables	Media aritmética	Valor mínimo	Valor máximo	Coefficiente de Pearson	Coefficiente de determinación
I. Autoexpresión en situaciones sociales	48.48	1	98	-0.521297	0.2717503
Depresión, ansiedad y angustia	7.13	0	15		

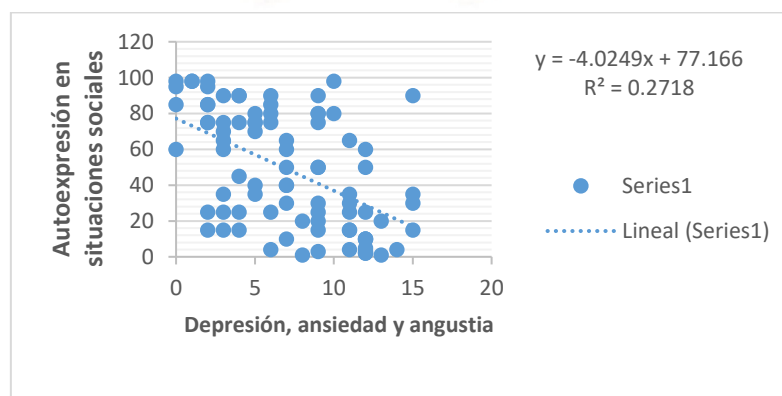
Fuente: Instrumento elaborado por el investigador. Arequipa, 2019.

La tabla N°11 muestra que el resultados del coeficiente de correlación entre las Autoexpresión en situaciones sociales y los síntomas de *Depresión, ansiedad y angustia* el cual corresponde a -0.521297 que significa una correlación negativa moderada, con un coeficiente de determinación de 0.2717503 que indica que al incrementar una variable la otra tiende a disminuir en un 27.18%.

Adicionalmente Autoexpresión en situaciones sociales el valor máximo encontrado es de 98 y el valor mínimo es de 1, con una media aritmética 48.48; y en síntomas *Depresión, ansiedad y angustia* el valor máximo encontrado es de 15 y el valor mínimo es de 0, con una media aritmética de 7.13.

Grafico N°11

Correlación entre Autoexpresión en situaciones sociales y Depresión, ansiedad y angustia



Fuente: Instrumento elaborado por el investigador. Arequipa, 2019.

Tabla N°12

Correlación entre Decir no y cortar interacciones y Total de Síntomas

Psiquiátricas

Variables	Media aritmética	Valor mínimo	Valor máximo	Coficiente de Pearson	Coficiente de determinación
IV. Decir no y cortar interacciones	51.35	1	99		
Total de Síntomas Psiquiátricas	8.44	0	19	-0.519489306	0.26986914

Fuente: Instrumento elaborado por el investigador. Arequipa, 2019.

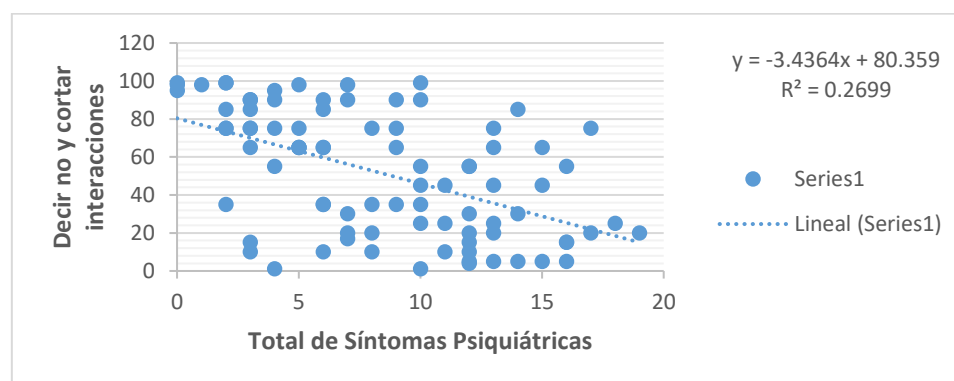
La tabla N°12 muestra que el resultados del coeficiente de correlación entre las Decir no y cortar interacciones y los Total de Síntomas Psiquiátricas el cual corresponde a -0.519489306 que significa una correlación negativa moderada, con un coeficiente de determinación de 0.26986914 que indica que al incrementar una variable la otra tiende a disminuir en un 26.99%.

Adicionalmente en Decir no y cortar interacciones el valor máximo encontrado es de 99 y el valor mínimo es de 1, con una media aritmética 51.35; y en síntomas Total de Síntomas Psiquiátricas el valor máximo encontrado es de 19 y el valor mínimo es de 0, con una media aritmética de 8.44.

Grafico N°12

Correlación entre Decir no y cortar interacciones y Total de Síntomas

Psiquiátricas



Fuente: Instrumento elaborado por el investigador. Arequipa, 2019.

Tabla N°13

Correlación entre Decir no y cortar interacciones y Depresión, ansiedad y angustia

Variables	Media aritmética	Valor mínimo	Valor máximo	Coefficiente de Pearson	Coefficiente de determinación
IV. Decir no y cortar interacciones	51.35	1	99	-0.491184	0.2412618
Depresión, ansiedad y angustia.	7.13	0	15		

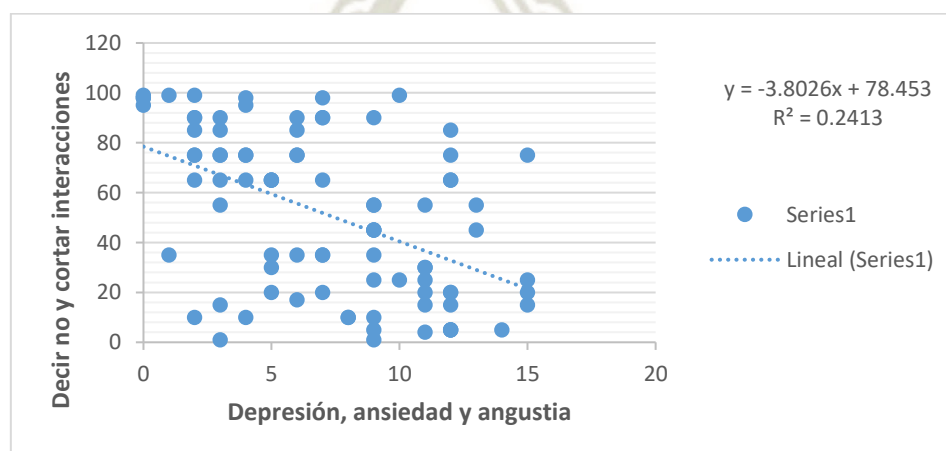
Fuente: Instrumento elaborado por el investigador. Arequipa, 2019.

La tabla N°13 muestra que el resultados del coeficiente de correlación entre las Decir no y cortar interacciones y los síntomas de *Depresión, ansiedad y angustia* el cual corresponde a -0.491184 que significa una correlación negativa moderada, con un coeficiente de determinación de 0.2412618 que indica que al incrementar una variable la otra tiende a disminuir en un 24.13%.

Adicionalmente en Decir no y cortar interacciones el valor máximo encontrado es de 99 y el valor mínimo es de 1, con una media aritmética 51.35; y en síntomas *Depresión, ansiedad y angustia* el valor máximo encontrado es de 15 y el valor mínimo es de 0, con una media aritmética de 7.13.

Grafico N°13

Correlación entre Decir no y cortar interacciones y Depresión, ansiedad y angustia



Fuente: Instrumento elaborado por el investigador. Arequipa, 2019.

Tabla N°14

Correlación entre Iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto y Síntomas Psiquiátricos

Variables	Media aritmética	Valor mínimo	Valor máximo	Coficiente de Pearson	Coficiente de determinación
VI. Iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto	44.17	2	98		
Total de Síntomas Psiquiátricos	8.44	0	19	-0.42406527	0.17983135

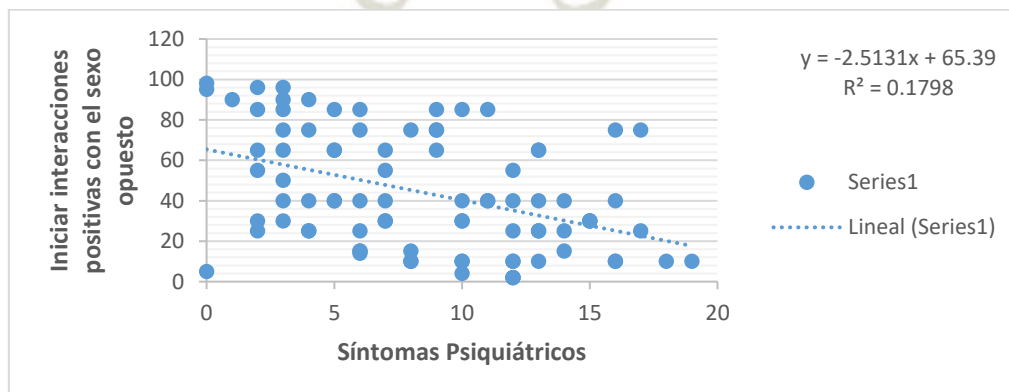
Fuente: Instrumento elaborado por el investigador. Arequipa, 2019.

La tabla N°14 muestra que el resultados del coeficiente de correlación entre las Iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto y el total Síntomas Psiquiátricos el cual corresponde a -0.42406527 que significa una correlación negativa moderada, con un coeficiente de determinación de 0.17983135 que indica que al incrementar una variable la otra tiende a disminuir en un 17.98%.

Adicionalmente en Iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto el valor máximo encontrado es de 98 y el valor mínimo es de 2, con una media aritmética 44.17; y en total Síntomas Psiquiátricos el valor máximo encontrado es de 19 y el valor mínimo es de 0, con una media aritmética de 8.44.

Grafico N°14

Correlación entre Iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto y Síntomas Psiquiátricos



Fuente: Instrumento elaborado por el investigador. Arequipa, 2019.

Tabla N°15

Correlación entre Iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto y Depresión, ansiedad y angustia

Variables	Media aritmética	Valor mínimo	Valor máximo	Coefficiente de Pearson	Coefficiente de determinación
VI. Iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto	44.17	2	98	-0.444249	0.197357
Depresión, ansiedad y angustia.	7.13	0	15		

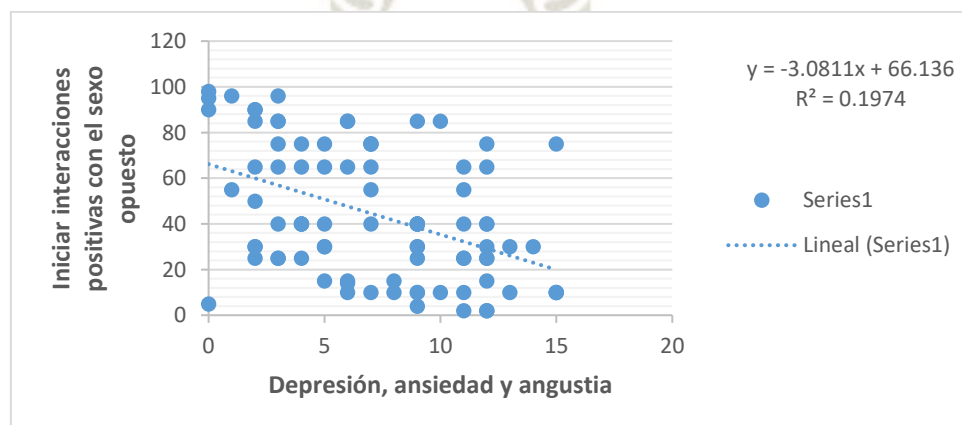
Fuente: Instrumento elaborado por el investigador. Arequipa, 2019.

La tabla N° 15 muestra que el resultados del coeficiente de correlación entre las Iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto y los síntomas de *Depresión, ansiedad y angustia* el cual corresponde a -0.444249 que significa una correlación negativa moderada, con un coeficiente de determinación de 0.197357 que indica que al incrementar una variable la otra tiende a disminuir en un 19.74%.

Adicionalmente en Iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto el valor máximo encontrado es de 98 y el valor mínimo es de 2, con una media aritmética 44.17; y en síntomas *Depresión, ansiedad y angustia* el valor máximo encontrado es de 15 y el valor mínimo es de 0, con una media aritmética de 7.13.

Grafico N°15

Correlación entre Iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto y Depresión, ansiedad y angustia



Fuente: Instrumento elaborado por el investigador. Arequipa, 2019.

Cualitativos a través de entrevista no estructurada

Al realizar la presente investigación se conversó de forma directa con cada una de las personas que conforma la muestra, se les dejó expresarse libremente y se les hizo preguntas con respecto a las ideas, sucesos, creencias que comentaban al comenzar o finalizar la evaluación, es de esta parte del proceso que extraemos las siguientes conclusiones que ayudarán a darle mejor sentido a los resultados cuantitativos antes presentados.

De las 86 personas evaluadas 21 refirieron que fueron agredidas verbal y físicamente por una persona peruana, recibiendo desde insultos pidiendo que se retiren del país, con lenguaje soez, hasta mandar a personas a que desfiguren a sus hijos (esta última recibió apoyo para salir del país porque su vida corría peligro). Además 9 personas refirieron haber sido agredidas por un familiar; dentro de este grupo seis refieren haber sido agredida por su ex pareja. Finalmente dos personas refieren que fueron agredidas por sus compatriotas.

También 8 personas refieren encontrarse angustiadas porque se encuentran enfermas o un familiar suyo se encuentra enfermo.

Algo también relevante es que hubo casos específicos los cuales refieren que vivieron circunstancias como ser atropellados, quedar inconsciente 40 min. después de dar a luz, estar 25 días caminando, que sus hijos fueron expuestos a violencia y a ver actos sexuales, sentirse culpable por el asesinato de su hermano debido la inseguridad en Venezuela, el fallecimiento de un padre, querer regresar a Venezuela, querer hablar con alguien, extrañar a amigos y entorno.

DISCUSIÓN

El relato de las características fundamentales (materia, energía, tiempo y espacio) de nuestro universo se llama física. El aglutinamiento de estas características fundamentales creó estructuras complejas llamadas átomos, que se combinaron creando moléculas, el relato de los átomos y las moléculas y su interacción es llamado química. Las moléculas se combinaron para formar estructuras particularmente grandes e intrincadas llamadas organismos, el relato de organismos se llama biología. Dentro de los organismos los llamados homo sapiens formaron estructuras aún más complejas a los cuales llamamos cultura. El desarrollo subsiguiente de esas culturas es llamado historia (31). Dentro de la historia que la humanidad está escribiendo hoy en día los procesos migratorios y como éstos siguen influyendo en la vida del hombre es algo que considero debe ser atendido desde la perspectiva de la salud mental.

Este es un intento de hacer un análisis lo más amplio posible para poder determinar parte de la realidad de la salud mental de los migrantes venezolanos en la ciudad de Arequipa, por esto analizaremos los resultados en 5 partes:

Comenzando como primera parte con los rangos de edades de los evaluados debo decir que el 8% son adolescentes, y se debe de tomar en cuenta que a diferencia de los adultos que procesan información emocional con el lóbulo frontal, los adolescentes procesan la información emocional con la amígdala, llevándolos a tomar juicios menos racionados a su vez el subdesarrollo de los sistemas corticales frontales relacionados con la impulsividad, la motivación y la adicción, los hacen tener tendencia a tomar riesgos. (7)

Además tomando en cuenta el desarrollo moral de Kohlberg los adolescentes cuestionan sus primeras opiniones morales en esta etapa sobre todo cuando se encuentran con personas cuyos valores, cultura y origen étnico son diferentes a los suyos. (7)

Así mismo es relevante lo planteado por Erickson quién nos dice que la mayor tarea en esta etapa es crear un sentido coherente del yo valorado por la sociedad, en esa etapa deben aplicar todo lo aprendido en la niñez, si es que no pueden aplicarlo tendrá muchas dificultades para decidir una identidad ocupacional y estarán en riesgo de presentar conductas negativas como actividades delictivas. (7)

Esto me hace dar cuenta que aparte del proceso migratorio que están viviendo estas personas, que de por sí ya tiene dificultades como el estrés y el duelo migratorio, también

se encuentran en transición biológica y moral, además de una búsqueda de su identidad, la cual es de suma importancia para su desarrollo.

El 44% de los evaluados son adultos emergentes y el 23% son adultos tempranos haciendo entre ambos el grupo más grande con un 67%. La adultez temprana es un espacio para experimentar un estilo de vida, el papel que uno quiere desempeñar de forma libre y sin presiones. Pero antes de poder hacerlo se debe en adultez emergente pasar por el llamado recentramiento, lo que significa pasar por un proceso gradual donde se va asumiendo la responsabilidad, el poder y la toma de decisiones sobre uno mismo, que implica el seguir con los vínculos familiares, pero quizá ya no estar inserto en la familia, así como, ir tomando decisiones sólidas sobre la carrera o el oficio al que se querrá dedicar, el estatus que se busca y si desea tener pareja o hijos. Además Erikson dice que una de las tareas cruciales en la adultez temprana es el desarrollo de relaciones íntimas. Asimismo debe redefinir la relación con sus padres para que ésta sea una relación entre dos adultos, tomando en cuenta que los adultos emergentes siguen necesitando la aceptación, empatía y apoyo de estos (7). Considero que este proceso que debe ser gradual se está dando de forma abrupta por el proceso migratorio, aumentando niveles de estrés y dificultando el desarrollo de esta población por las limitaciones que presenta para cumplir las tareas antes mencionadas.

El 21% de los evaluados se encuentran en edad media, la cual está fuertemente ligada a concepciones de cambio sobre todo sociales, tomando en cuenta lo descrito por Jung en esta etapa consta de dos tareas fundamentales: la renuncia de la imagen juvenil y reconocer la mortalidad, asimismo Erikson nos dice que buscan el mantenimiento o preservación del mundo y asumen un rol como si fuesen maestros con interés en los demás. (7)

Parte del bienestar psicológico en esta edad está relacionado con el tipo de vínculo que mantiene con sus seres queridos, es decir con su pareja, hijos y padres; con respecto a los padres se suele asumir de cuidador, el cual si bien puede generar cierto estrés también es satisfacción para muchos de ellos, pues se asume como madurez filial. (7)

Considero que el proceso migratorio hace que la cercanía y el vínculo con los seres queridos se vean deteriorados, así como aparece la angustia, al no poder estar presentes para poder cuidar de sus seres queridos que se encuentran alejados de ellos o enfermos

como fue expuesto en los resultados cualitativos, muchos de los participantes tuvieron que dejar a todos o parte de sus hijos, padres, hermanos, etc.

Por último el 3% de la población evaluada es de edad tardía, de acuerdo a Erikson existe un sentimiento de integridad consigo mismo, por la aceptación de lo vivido, así como, aceptación y conocimiento de la cercanía de la muerte (7).

Se tiene que tomar en cuenta que si estas personas tuvieron que migrar a estas edades posiblemente no haya una aceptación de la difícil realidad que tienen que vivir en su país, dificultando hacer este proceso de integridad consigo mismo debido a que están ocupados en sobrevivir.

Como segunda parte hablaré de las habilidades sociales, de los evaluados casi la mitad, es decir el 41% posee un nivel de habilidades sociales bajas. Esto significa que tienen severas dificultades para dar respuestas verbales y no verbales, particularmente independientes y situacionalmente específicas, a través de las cuáles expresen en un contexto interpersonal sus necesidades, sentimientos, preferencias, opiniones o derechos, realizándolas con una posible ansiedad excesiva o de manera aversiva, faltando el respeto a ellos mismos y a los demás (30). La soledad y el sentimiento de aislamiento es uno de los problemas más fuertes que tienen que enfrentar los migrantes pues debe crear nuevos vínculos como empezar desde cero (3). Lo que considero que incrementa aún más los riesgos en cuanto a salud mental de esta población.

Además el 59% obtuvo un puntaje bajo en la sub-escala III Expresión de enfado o disconformidad lo cual indica la dificultad para expresar discrepancias y el preferir callarse lo que a uno le molesta, con tal de evitar posibles conflictos con los demás. Pienso que esto se debe al temor de ser agredidos sabiendo que 21 vivieron agresiones por una persona peruana y 9 por familiares cercanos. Y tomando en cuenta que, la expresión de las emociones favorece la elaboración del duelo migratorio (3), es probable que un bajo nivel sea un factor de riesgo.

Así mismo el 55% obtuvo un puntaje bajo en la sub-escala V Hacer peticiones, lo que indicaría la dificultad para expresar peticiones de lo que queremos a otras personas. (Gismero). Es sabido que las habilidades sociales son un punto importante desde el ámbito afectivo y emocional pero no sólo cumple esta función además sirven para crear una red de contactos a los cuales acudir para pedir ayuda e incluso buscar un trabajo (3).

Terminando con este punto es interesante mencionar que los sub indicadores con nivel más alto fueron la sub-escala IV Decir no y cortar interacciones la cual obtuvo un 36% y la sub-escala I Autoexpresión en situaciones sociales con un 35%. Considero que esto podría ser un factor favorable para la adición en programas de inserción psicosocial.

Como tercera parte trataré el delicado tema de los síntomas psiquiátricos, comenzaré diciendo que en promedio los participantes presentan como media aritmética 8 síntomas de los 28 que se encuentran en el cuestionario de síntomas que se utilizó para esta investigación. Dentro de estos la escala de trastorno psicótico obtuvo 57 casos lo que representa al 66% de la población evaluada. Cifras que a mi consideración no representan la realidad de esta población, debido a que esta elevada puntuación pueda deberse a que dentro de los reactivos para esta área, la pregunta 19 dice “¿siente usted que alguien ha tratado de herirlo en alguna forma?” a la cual un gran número de los participantes respondieron que sí, dado que 21 personas evaluadas fueron agredidos por una persona peruana, 9 por familiares cercanos y 2 por un compatriota lo que suma un total de 32 personas que representa 37%. Sin embargo dentro de la población si hubo personas con notorios rasgos de psicosis que referían oír voces que no sabían lo que les decían, estar desubicados en tiempo y decir que recibían orden divinas. Detallamos este indicador para evitar el reduccionismo biológico: el reducir la enfermedad a la patología orgánica sin tomar en cuenta el origen y la interpretación personal que se hace de la enfermedad la cual es siempre una experiencia física, psicológica, social y cultura (29). Y también de los errores de atención y diagnóstico que menciona Achotegui en los cuales se suele clasificar al migrante como enfermo depresivo, psicótico o somático en vez de algún cuadro reactivo al estrés (3).

La segunda escala que obtuvo la mayor cantidad de casos es la de Depresión, ansiedad y angustia con 37 casos lo que representa el 43%. Cabrerizo y Villacieros nos dicen que es uno de los síntomas más comunes en esta población (5). Las situaciones de estrés prolongado e intenso como los que pueden darse en la migración afectan severamente el ser humano produciendo síntomas depresivos y ansiosos (3).

Problemas relacionados al uso de alcohol es la tercera escala en importancia con 9 casos que representan el 10%. Que es uno de los síntomas más comunes en esta población (5). Lo cual sería un problema si tomamos en cuenta la investigación de Navarro-Lashyas quienes encontraron que el consumo de alcohol influye en la situación sin hogar de esta

población así como mayor sufrimiento psicológico, malestar emocional y cambio de la identidad personal (26).

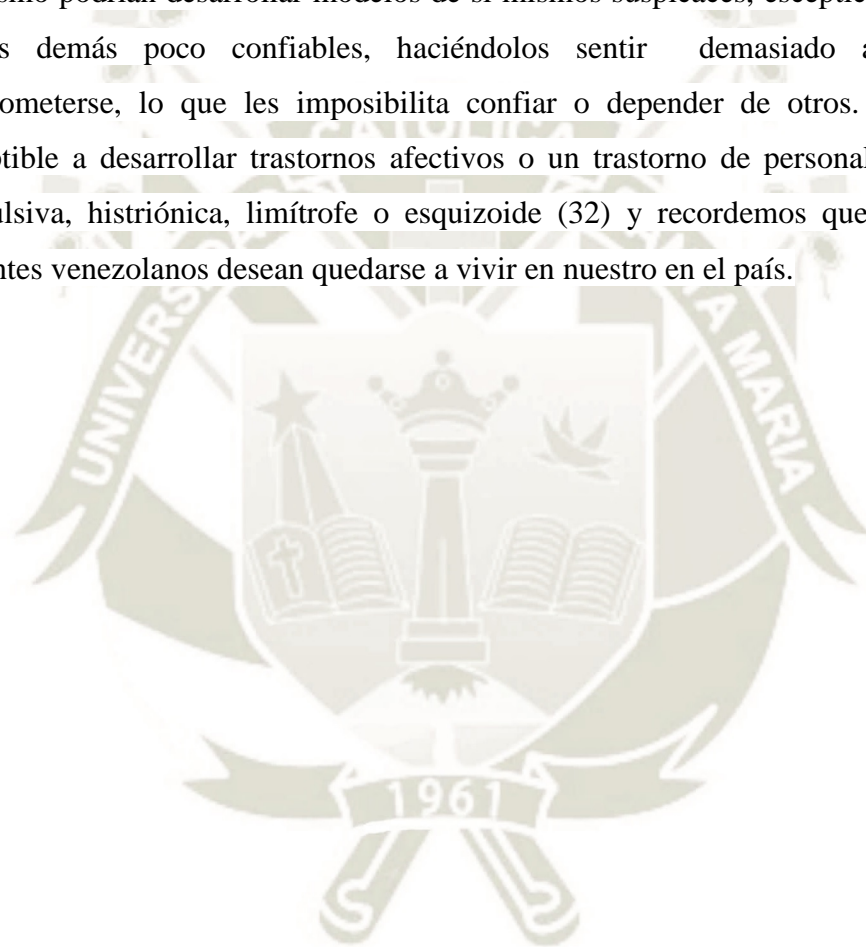
La última escala en importancia Trastorno convulsivo con 5 casos que representan el 6%. Una de las consecuencias del estrés prolongado es síntomas del área de la somatización (3). Lo cual podría ser una de las razones de la presencia de estos síntomas.

En la cuarta parte hablaremos de la correlación entre las habilidades sociales y los síntomas psiquiátricos en donde se encontró una correlación negativa moderada que indica que al incrementar las habilidades sociales disminuyen los síntomas psiquiátricos. Lo que reafirma la posición de las habilidades sociales como factor protector y mejorador de la Salud Mental en los migrantes pues favorece a incrementar el capital social (3). Las destrezas sociales ayudan a mantener el bienestar psicológico (12). Incrementan la felicidad, la autoestima y la satisfacción con la vida (13). El entrenamiento en habilidades sociales a adultos y niños migrantes que presenten duelo complicado o patológico favorece su salud mental puesto que sirven para la adaptación y la interacción con los iguales. Además, de incrementar la comprensión de las reglas sociales, y su acomodación al sistema cultural (8).

Así mismo al correlacionar los síntomas psiquiátricos con las subescalas de habilidades sociales se encontró un mayor coeficiente de correlación negativa con *Autoexpresión en situaciones sociales*, esto podría ser explicado si se vuelve a tomar en cuenta que la expresión de las emociones favorece la elaboración del duelo migratorio (3) así como las habilidades comunicativas y asertivas sirven para la adaptación y la interacción con los iguales (8); también se encontró esta correlación con *Decir no y cortar interacciones*, esto podría ser explicado debido a que las personas que se sienten discriminadas utilizan en mayor medida estrategias de evitación cognitiva (27) y finalmente se encontró esta correlación con *Iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto*, esto podría ser explicado debido a que la red de relaciones es fundamental para el bienestar de las personas. Con respecto a la subescala de síntomas psiquiátricos *depresión, ansiedad y angustia* es la que guardó mayor correlación negativa con las subescalas de habilidades sociales antes mencionadas, los cuales son los síntomas más comunes en el proceso migratorio (3) y en la exposición prolongada al estrés (5).

Finalizando con esta quinta parte, es importante tomar en cuenta a los hijos de los migrantes venezolanos de los cuales un 30% se encuentran en la infancia, etapa donde se

desarrolla el apego, cuando un niño no tiene un cuidador que responda de forma adecuada (atender, regular y de forma sincronizada el malestar del niño) a sus necesidades se desarrolla un apego inseguro (7). Entonces yo me pregunto ¿las persona que tienen síntomas de depresión, ansiedad y angustia o problemas con licor o psicosis, podrán desarrollar un apego seguro en sus hijos?, la respuesta a esta pregunta es que se les hará más difícil, ¿y por qué debería importarnos? Las personas con apego inseguro a partir de la frustración repetida podrían crear ideas negativas sobre el mundo y sobre ellos mismos, así mismo podrían desarrollar modelos de sí mismos suspicaces, escépticos, retraídos y de los demás poco confiables, haciéndolos sentir demasiado ansiosos para comprometerse, lo que les imposibilita confiar o depender de otros. Siendo más susceptible a desarrollar trastornos afectivos o un trastorno de personalidad obsesiva compulsiva, histriónica, limítrofe o esquizoide (32) y recordemos que el 94.7% de migrantes venezolanos desean quedarse a vivir en nuestro en el país.



CONCLUSIONES

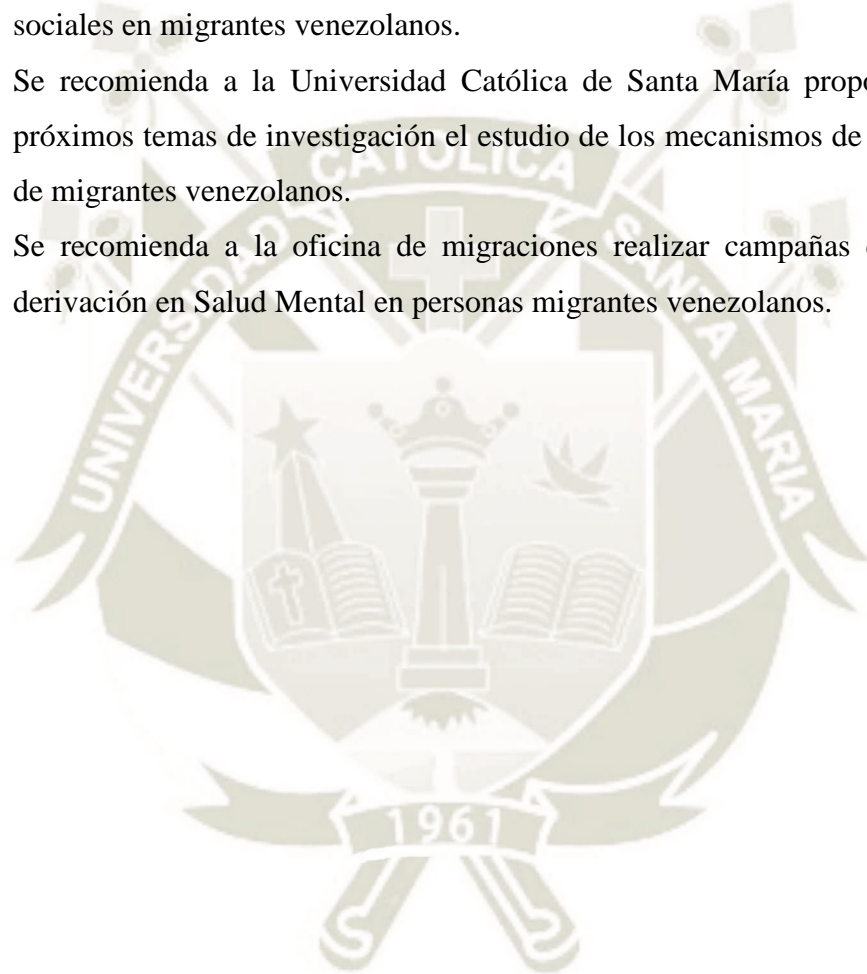
PRIMERA: Según el análisis de los datos estadísticos, estos muestran que existe una correlación inversamente proporcional entre las habilidades y los síntomas psiquiátricos en los migrantes venezolanos de la ciudad de Arequipa. A menor nivel de habilidades sociales, mayores serán los síntomas psiquiátricos en esta población.

SEGUNDA: Según el análisis de los datos estadísticos, los niveles de habilidades sociales en los migrantes venezolanos de la ciudad de Arequipa muestran que el 48% posee un nivel bajo, el 35% posee un nivel medio y el 16% posee un nivel alto.

TERCERA: Según el análisis de los datos estadísticos, este muestra que si existen síntomas psiquiátricos en los migrantes venezolanos de la ciudad de Arequipa. Siendo los más frecuente los de Trastorno psicótico y Depresión-ansiedad-angustia, y los menos frecuente los Trastorno convulsivo y Problemas relacionados al uso de alcohol.

RECOMENDACIONES

1. Se recomienda al Ministerio de salud del Perú realizar campañas de salud mental en las zonas de frontera de ingreso de migrantes venezolanos.
2. Se le recomienda a la municipalidad regional y provincial de la ciudad de Arequipa realizar campañas de inserción psicosocial basada en habilidades sociales en migrantes venezolanos.
3. Se recomienda a la Universidad Católica de Santa María proponer entre los próximos temas de investigación el estudio de los mecanismos de afrontamiento de migrantes venezolanos.
4. Se recomienda a la oficina de migraciones realizar campañas de tamizaje y derivación en Salud Mental en personas migrantes venezolanos.



REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Real Academia Española. Diccionario de la lengua española. [Online].; 2019 [cited 2019]. Available from: <http://dle.rae.es/?id=VR7ahaY>.
2. Salud OMDl. Organizacion Mundial de la Salud. [Online].; 2006 [cited 2019 Noviembre 27]. Available from: <https://www.who.int/features/qa/38/es/>.
3. Achotegui J. La Inteligencia Migratoria. primera ed. Rodríguez RH, editor. Madrid: Nuevos Emprendimientos Editoriales; 2017.
4. Lazarus , Folkman. Los moldes de la mente. [Online].; 2004 [cited 2020 Enero 7]. Available from: <http://www.moldesmentales.com/otros/mar.htm>.
5. Cabrerizo P, Villaceros I. Refugiados en Lima. Primera ed. Lima: Fondo editorial Univercidad Antonio Ruiz de Montoya ; 2017.
6. Hawking E. Breves respuestas a las grande preguntas. primera ed. Lima: Critica; 2018.
7. Papalia D, Feldman R. Desarrollo Humano. septima ed. Mexico: McGRAW-HILL/INTERAMERICANA EDITORES; 2012.
8. Aguilera A, Larroy C, Fouce J. Guía para la Intervención Psicológica con Inmigrantes y Refugiados. Guia. Madrid: Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid; 2016. Report No.: ISBN: 978-84-87556-66-1.
9. Kleespies. APA PsycNET. [Online].; 2009 [cited 2020 Enero 7]. Available from: <https://psycnet.apa.org/record/2009-00005-001>.
- 1 Climent C, Aragon Md. Manual de psiquiatria. 2nd ed. Cali: ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD ; 1996.
- 1 Organizacion Mundial de la Salud. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Diagnostic criterial for rescarch. 10th ed. Ibor JJJL, editor. Madrid: MEDITOR; 1992.
- 1 Tsang H&LD. Social Skill – Online International Encyclopedia of Rehabilitation.
2. [Online].; 2010 [cited 2016]. Available from: <http://cirrie.buffalo.edu/encyclopedia/en/article/45/>.
- 1 SkillsYouNeed. What are Social Skills?. [Online]. [cited 2016]. Available from: <https://www.skillsyouneed.com/ips/social-skills.html>.
- 3.
- 1 Pades A. Habilidades sociales en enfermería : Propuesta de un programa de intervención. [Online].; 2003 [cited 2019 Octubre 27]. Available from:
- 4.

<https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/9444/tapj1de1.pdf;jsessionid=B96221A9FE310B9EE78E6447253C5A33?sequence=1>.

- 1 Corrobles V. Evaluación de las habilidades sociales. Evaluación conductual: 5. Metodología y aplicaciones Madrid: Pirámide; 1986.
- 1 Lopez S. Social Skills. The Encyclopedia of Positive Psychology. [Online].; 2009
6. [cited 2015. Available from:
http://www.blackwellreference.com/public/tocnode?id=g9781405161251_chunk_g978140516125121_ss1-17#citation.
- 1 Edwards A. UNHCR-ACNUR la agencia de la ONU para los refugiados. [Online].;
7. 2016 [cited 2020 Abril 9. Available from:
<https://www.acnur.org/noticias/noticia/2016/7/5b9008e74/refugiado-o-migrante-cual-es-el-termino-correcto.html>.
- 1 Jencquel T, Kolb B. Deutsche Welle - DW. [Online].; 2020 [cited 2020 enero 17.
8. Available from: <https://www.youtube.com/watch?v=qAFrwG8V5YI>.
- 1 Pinker S. En defensa de la ilustración. Primera ed. Cambridge-Massachusetts: 9. Paidós; 2018.
- 2 Superintendencia Nacional de Migraciones del Perú. Presencia de inmigrantes en 0. situación de vulnerabilidad en el Perú. Lima: Superintendencia Nacional de Migraciones del Perú; 2018.
- 2 Superintendencia Nacional de Migraciones del Perú. Características 1. sociodemográficas de ciudadanos venezolanos que tramitaron el Permiso Temporal de Permanencia-PTP en el Perú 2017-2018. Lima: Superintendencia Nacional de Migraciones del Perú; 2018.
- 2 Calle NH. Condiciones de vida de la población Venezolana que reside en el Perú. 2. Resultados de encuesta. Lima: Instituto Nacional de Estadística e Informática, Demografía e Indicadores Sociales; 2019.
- 2 Perea H, Belapatiño V, Grippa F, Mendoza I. Inmigración venezolana a Perú: 3. características e impacto macroeconómico. Lima : BBVA, Research; 2019.
- 2 Cortina A. Aporofobia, el rechazo al pobre Madrid: Paidós; 2017.
- 4.
- 2 Navarro-Lashayas MA. Uso y abuso del alcohol y otras drogas en una muestra de 5. personas migrantes sin hogar en Bilbao. Revista española de drogodependencia. 2016.
- 2 Navarro-Lashayas MA. Sufrimiento psicológico y malestar emocional en las 6. personas migrantes sin hogar... Sufrimiento psicológico y malestar Revista de la asociación de española de neuropsiquiatría. 2014.

2 Sònia Lahoz B,MFS. Discriminación percibida, afrontamiento y salud mental en
7. migrantes peruanos en Santiago de Chile. Psicoperspectivas. 2016;(15).

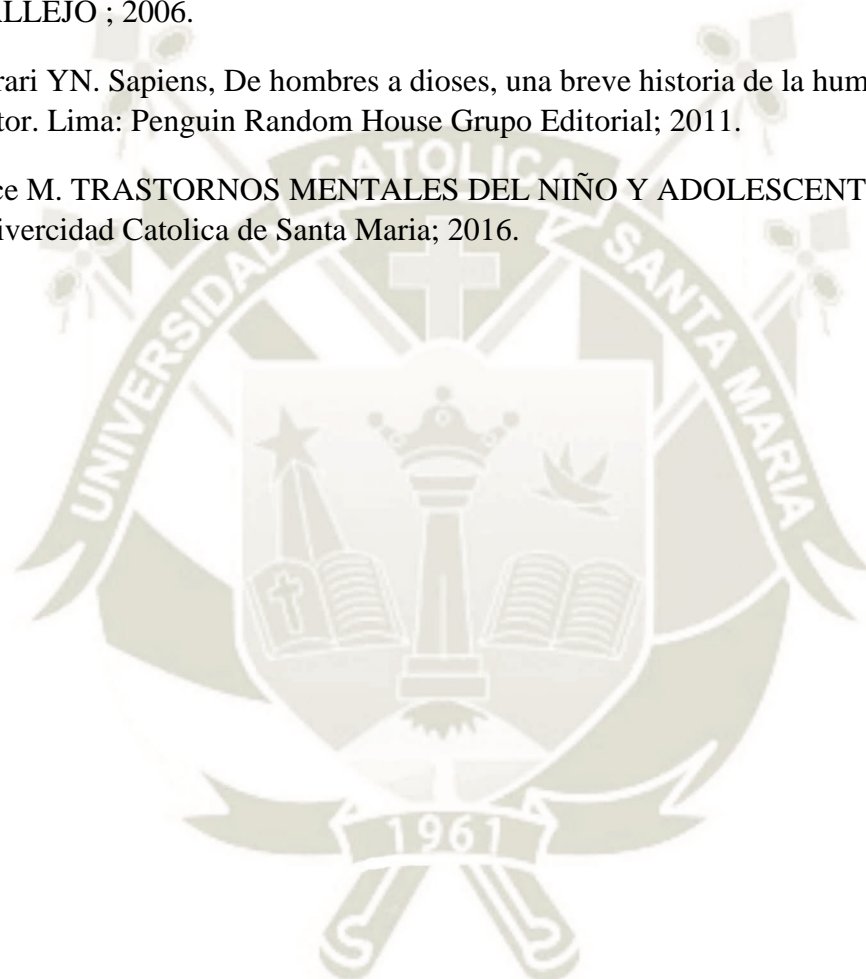
2 Kovalskys ARBDS. Migrantes colombianos en Chile: Tensiones y oportunidades en
8. la Articulación de una Historia Personal. Universitas Psychologica. 2017;(16).

2 Planas ME. Interculturalidad en Salud Mental: Elementos de una intervención en
9. zonas afectadas por la violencia política Lima : Ministerio de Salud.

3 ALVA CR. Escala de Habilidades Sociales Lima: UNIVERSIDAD CESAR
0. VALLEJO ; 2006.

3 Harari YN. Sapiens, De hombres a dioses, una breve historia de la humanidad Ros J,
1. editor. Lima: Penguin Random House Grupo Editorial; 2011.

3 Arce M. TRASTORNOS MENTALES DEL NIÑO Y ADOLESCENTE Arequipa:
2. Universidad Católica de Santa María; 2016.



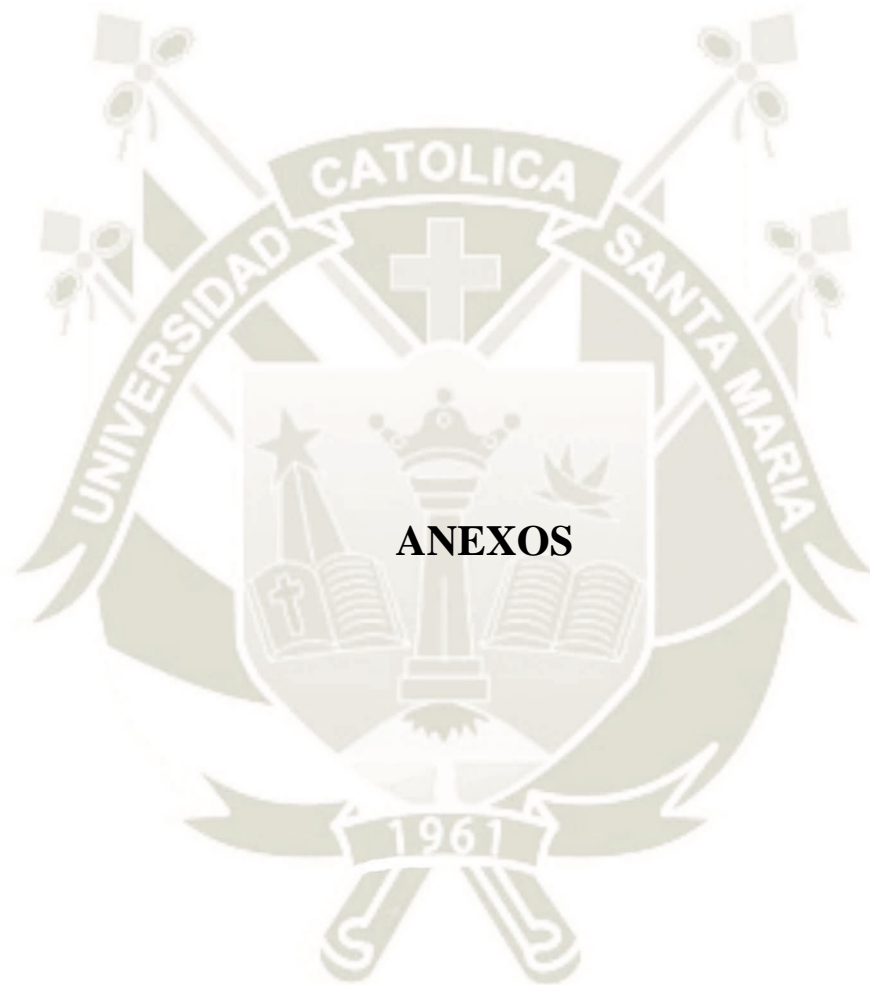


Tabla N°16

Correlación entre Habilidades Sociales y Trastorno psicótico

Variables	Media aritmética	Valor Mínimo	Valor máximo	Coefficiente de Pearson	Coefficiente de determinación
Total Habilidades Sociales	37.59	2	99	-0.301958	0.0911786
Trastorno psicótico	1.07	0	4		

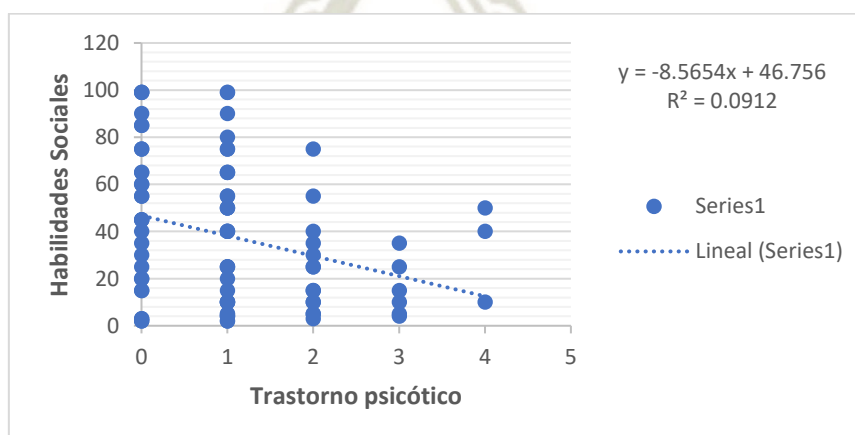
Fuente: Instrumento aplicado por el investigador. Arequipa, 2019.

La tabla N°16 muestra que el resultados del coeficiente de correlación entre las habilidades sociales y los síntomas de *Trastorno psicótico* el cual corresponde a -0.301958 que significa una correlación negativa baja, con un coeficiente de determinación de 0.0911786 que indica que al incrementar una variable la otra tiende a disminuir en un 9.12%.

Adicionalmente en habilidades sociales el valor máximo encontrado es de 99 y el valor mínimo es de 2, con una media aritmética 37.59; y en síntomas *Trastorno psicótico* el valor máximo encontrado es de 4 y el valor mínimo es de 0, con una media aritmética de 1.07.

Grafico N°16

Correlación entre Habilidades Sociales y Trastorno psicótico



Fuente: Instrumento aplicado por el investigador. Arequipa, 2019.

Tabla N°17

Correlación entre Habilidades Sociales y Trastorno convulsivo

Variables	Media aritmética	Valor mínimo	Valor máximo	Coefficiente de Pearson	Coefficiente de determinación
Total Habilidades Sociales	37.59	2	99	-0.208174	0.0433366
Trastorno convulsivo	0.06	0	1		

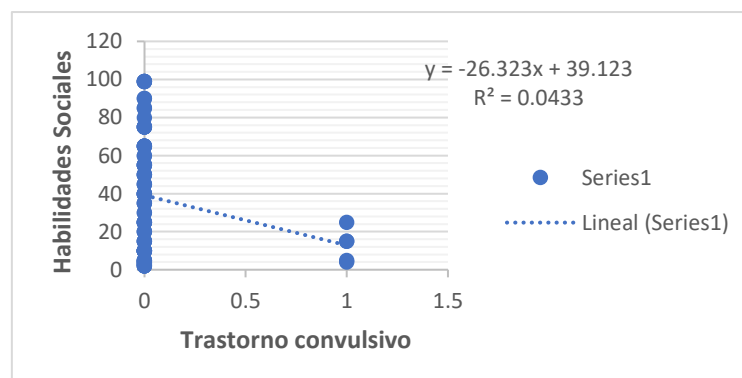
Fuente: Instrumento aplicado por el investigador. Arequipa, 2019.

La tabla N°17 muestra que el resultados del coeficiente de correlación entre las habilidades sociales y los síntomas de Trastorno convulsivo el cual corresponde a -0.208174 que significa una correlación negativa baja, con un coeficiente de determinación de 0.0433366 que indica que al incrementar una variable la otra tiende a disminuir en un 4.33%.

Adicionalmente en habilidades sociales el valor máximo encontrado es de 99 y el valor mínimo es de 2, con una media aritmética 37.59; y en síntomas Trastorno convulsivo el valor máximo encontrado es de 1 y el valor mínimo es de 0, con una media aritmética de 0.06.

Grafico N°11

Correlación entre Habilidades Sociales y Trastorno convulsivo



Fuente: Instrumento aplicado por el investigador. Arequipa, 2019.

Tabla N°18

Correlación entre Habilidades Sociales y Problemas relacionados al uso de alcohol

Variables	Media aritmética	Valor mínimo	Valor máximo	Coefficiente de Pearson	Coefficiente de determinación
Total Habilidades Sociales	37.59	2	99	-0.083533	0.0069778
Problemas relacionados al uso de alcohol	0.19	0	3		

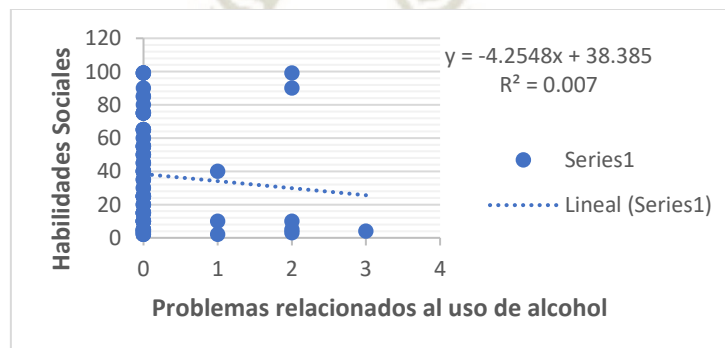
Fuente: Instrumento aplicado por el investigador. Arequipa, 2019.

La tabla N°18 muestra que el resultados del coeficiente de correlación entre las habilidades sociales y los síntomas de Problemas relacionados al uso de alcohol el cual corresponde a -0.083533 que significa una correlación negativa baja, con un coeficiente de determinación de 0.0069778 que indica que al incrementar una variable la otra tiende a disminuir en un 0.69%.

Adicionalmente en habilidades sociales el valor máximo encontrado es de 99 y el valor mínimo es de 2, con una media aritmética 37.59; y en síntomas Problemas relacionados al uso de alcohol el valor máximo encontrado es de 3 y el valor mínimo es de 0, con una media aritmética de 0.19.

Grafico N°18

Correlación entre Habilidades Sociales y Problemas relacionados al uso de alcohol



Fuente: Instrumento aplicado por el investigador. Arequipa, 2019.

Tabla N°19

Correlación entre Autoexpresión en situaciones sociales y Trastorno psicótico

Variables	Media aritmética	Valor mínimo	Valor máximo	Coefficiente de Pearson	Coefficiente de determinación
I. Autoexpresión en situaciones sociales	48.48	1	98	-0.311263	0.0968846
Trastorno psicótico	1.07	0	4		

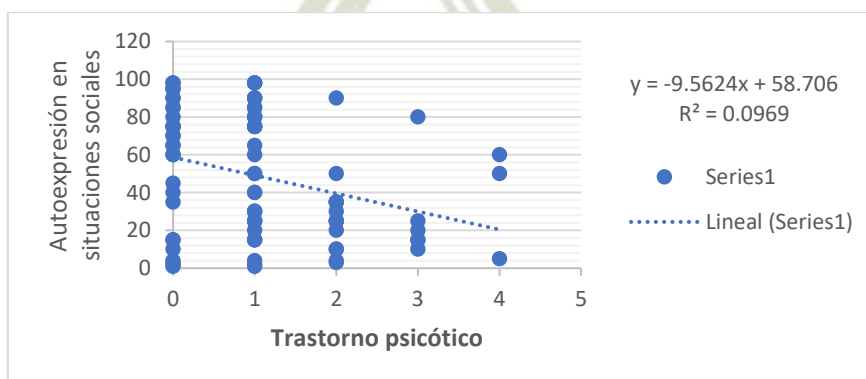
Fuente: Instrumento aplicado por el investigador. Arequipa, 2019.

La tabla N°19 muestra que el resultados del coeficiente de correlación entre las Autoexpresión en situaciones sociales y los síntomas de Trastorno psicótico el cual corresponde a -0.311263 que significa una correlación negativa baja, con un coeficiente de determinación de 0.0968846 que indica que al incrementar una variable la otra tiende a disminuir en un 9.69%.

Adicionalmente en Autoexpresión en situaciones sociales el valor máximo encontrado es de 98 y el valor mínimo es de 1, con una media aritmética 48.48; y en síntomas Trastorno psicótico el valor máximo encontrado es de 4 y el valor mínimo es de 0, con una media aritmética de 1.07.

Grafico N°19

Correlación entre Autoexpresión en situaciones sociales y Trastorno psicótico



Fuente: Instrumento aplicado por el investigador. Arequipa, 2019.

Tabla N°20

Correlación entre Autoexpresión en situaciones sociales y Problemas relacionados al uso de alcohol

Variables	Media aritmética	Valor mínimo	Valor máximo	Coficiente de Pearson	Coficiente de determinación
I. Autoexpresión en situaciones sociales	48.48	1	98	-0.154041	0.0237286
Problemas relacionados al uso de alcohol	0.19	0	3		

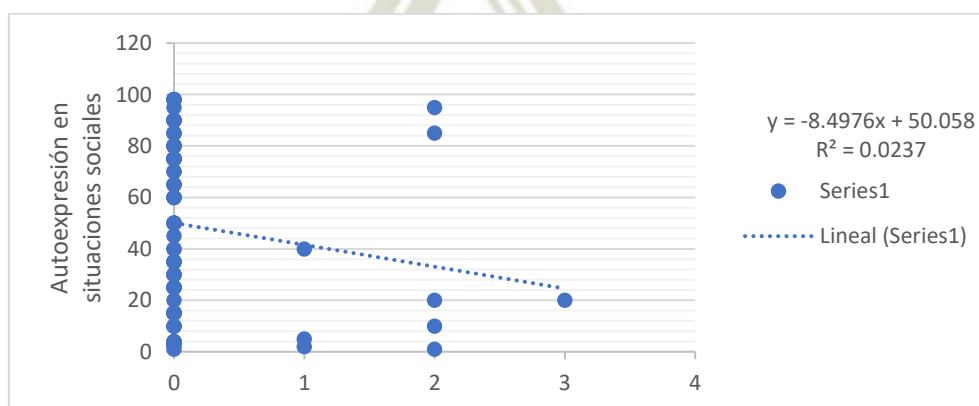
Fuente: Instrumento aplicado por el investigador. Arequipa, 2019.

La tabla N°20 muestra que el resultados del coeficiente de correlación entre Autoexpresión en situaciones sociales y los síntomas de Problemas relacionados al uso de alcohol el cual corresponde a -0.154041 que significa una correlación negativa muy baja, con un coeficiente de determinación de 0.0237286 que indica que al incrementar una variable la otra tiende a disminuir en un 2.37%.

Adicionalmente Autoexpresión en situaciones sociales el valor máximo encontrado es de 98 y el valor mínimo es de 1, con una media aritmética 48.48; y en Problemas relacionados al uso de alcohol el valor máximo encontrado es de 3 y el valor mínimo es de 0, con una media aritmética de 0.19.

Grafico N°20

Correlación entre Autoexpresión en situaciones sociales y Problemas relacionados al uso de alcohol



Fuente: Instrumento aplicado por el investigador. Arequipa, 2019.

Tabla N°21

Correlación entre Defensa de los propios derechos como consumidor y Total de Síntomas Psiquiátricos

Variables	Media aritmética	Valor mínimo	Valor máximo	Coefficiente de Pearson	Coefficiente de determinación
II. Defensa de los propios derechos como consumidor	33.83	1	98		
Total de Síntomas Psiquiátricos	8.44	0	19	-0.242898701	0.05899978

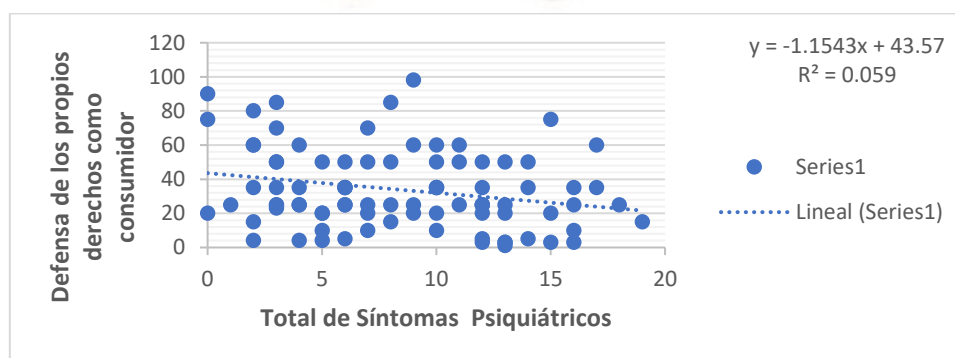
Fuente: Instrumento aplicado por la investigadora. Arequipa, 2019.

La tabla N°21 muestra que el resultados del coeficiente de correlación entre Defensa de los propios derechos como consumidor y los síntomas de Total de Síntomas Psiquiátricos el cual corresponde a -0.242898701 que significa una correlación negativa baja, con un coeficiente de determinación de 0.05899978 que indica que al incrementar una variable la otra tiende a disminuir en un 5.9%.

Adicionalmente en Defensa de los propios derechos como consumidor el valor máximo encontrado es de 98 y el valor mínimo es de 1, con una media aritmética 33.83; y en síntomas Total de Síntomas Psiquiátricos el valor máximo encontrado es de 19 y el valor mínimo es de 0, con una media aritmética de 8.44.

Grafico N°21

Correlación entre Defensa de los propios derechos como consumidor y Total de Síntomas Psiquiátricos



Fuente: Instrumento aplicado por el investigador. Arequipa, 2019.

Tabla N°22

Correlación entre Defensa de los propios derechos como consumidor y Trastorno psicótico

Variables	Media aritmética	Valor mínimo	Valor máximo	Coefficiente de Pearson	Coefficiente de determinación
II. Defensa de los propios derechos como consumidor	33.83	1	98	-0.154982	0.0240193
Trastorno psicótico	1.07	0	4		

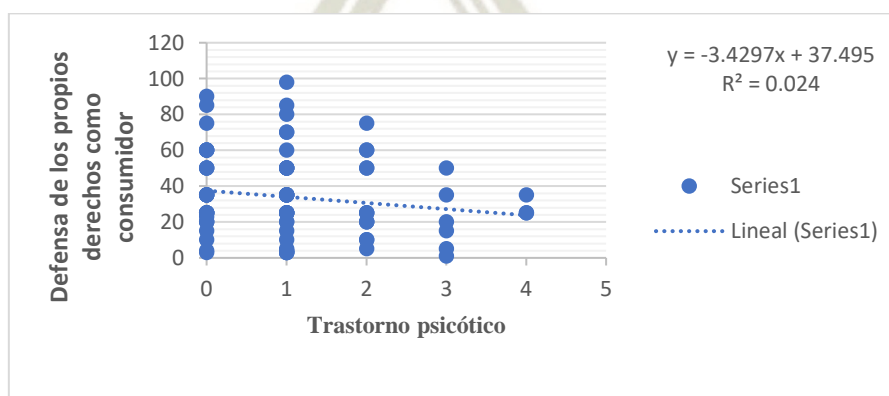
Fuente: Instrumento aplicado por el investigador. Arequipa, 2019.

La tabla N°22 muestra que el resultados del coeficiente de correlación entre Defensa de los propios derechos como consumidor y los síntomas de Trastorno psicótico el cual corresponde a -0.154982 que significa una correlación negativa muy bajo, con un coeficiente de determinación de 0.0240193 que indica que al incrementar una variable la otra tiende a disminuir en un 2.40%.

Adicionalmente en Defensa de los propios derechos como consumidor el valor máximo encontrado es de 98 y el valor mínimo es de 1, con una media aritmética 33.83; y en síntomas Trastorno psicótico el valor máximo encontrado es de 4 y el valor mínimo es de 0, con una media aritmética de 1.07.

Grafico N°22

Correlación entre Defensa de los propios derechos como consumidor y Trastorno psicótico



Fuente: Instrumento aplicado por el investigador. Arequipa, 2019.

Tabla N°23

Correlación entre Defensa de los propios derechos como consumidor y Trastorno convulsivo

VARIABLES	Media aritmética	Valor mínimo	Valor máximo	Coefficiente de Pearson	Coefficiente de determinación
II. Defensa de los propios derechos como consumidor	33.83	1	98	-0.094988	0.0090227
Trastorno convulsivo	0.06	0	1		

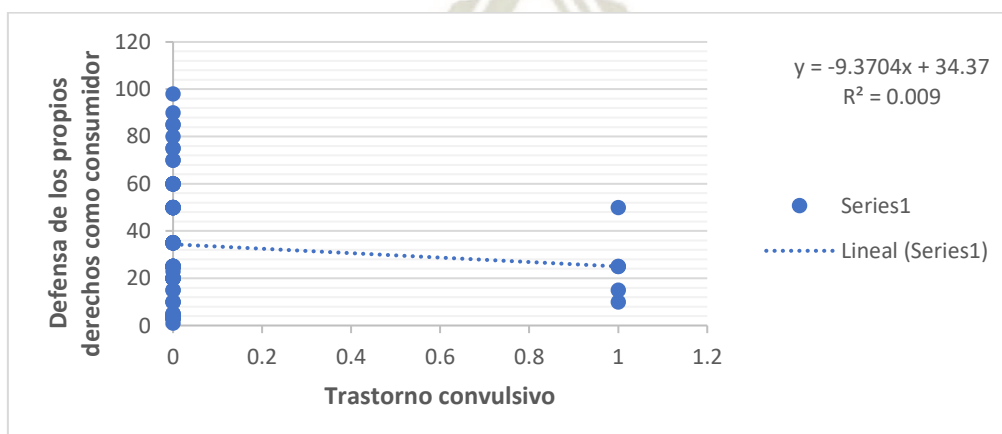
Fuente: Instrumento aplicado por el investigador. Arequipa, 2019.

La tabla N°23 muestra que el resultados del coeficiente de correlación entre Defensa de los propios derechos como consumidor y los síntomas de Trastorno convulsivo el cual corresponde a -0.094988 que significa una correlación negativa muy baja, con un coeficiente de determinación de 0.0090227 que indica que al incrementar una variable la otra tiende a disminuir en un 0.9%.

Adicionalmente en Defensa de los propios derechos como consumidor el valor máximo encontrado es de 98 y el valor mínimo es de 1, con una media aritmética 33.83; y en síntomas Trastorno convulsivo el valor máximo encontrado es de 1 y el valor mínimo es de 0, con una media aritmética de 0.06.

Grafico N°23

Correlación entre Defensa de los propios derechos como consumidor y Trastorno convulsivo



Fuente: Instrumento aplicado por el investigador. Arequipa, 2019.

Tabla N°24

Correlación entre Defensa de los propios derechos como consumidor y Problemas relacionados al uso de alcohol

Variables	Media aritmética	Valor mínimo	Valor máximo	Coefficiente de Pearson	Coefficiente de determinación
II. Defensa de los propios derechos como consumidor	33.83	1	98	-0.10163	0.0103286
Problemas relacionados al uso de alcohol	0.19	0	3		

Fuente: Instrumento aplicado por el investigador. Arequipa, 2019.

La tabla N°24 muestra que el resultados del coeficiente de correlación entre las Defensa de los propios derechos como consumidor y los síntomas de Problemas relacionados al uso de alcohol el cual corresponde a -0.10163 que significa una correlación negativa muy baja, con un coeficiente de determinación de 0.0103286 que indica que al incrementar una variable la otra tiende a disminuir en un 1.0%.

Adicionalmente en Defensa de los propios derechos como consumidor el valor máximo encontrado es de 98 y el valor mínimo es de 1, con una media aritmética 33.83; y en síntomas Problemas relacionados al uso de alcohol el valor máximo encontrado es de 3 y el valor mínimo es de 0, con una media aritmética de 0.19.

Grafico N°24

Correlación entre Defensa de los propios derechos como consumidor y Problemas relacionados al uso de alcohol



Fuente: Instrumento aplicado por el investigador. Arequipa, 2019.

Tabla N°25

Correlación entre Expresión de enfado o disconformidad y Total de Síntomas

Psiquiátricos

Variables	Media aritmética	Valor mínimo	Valor máximo	Coficiente de Pearson	Coficiente de determinación
III. Expresión de enfado o disconformidad	31.85	1	99		
Total de Síntomas Psiquiátricos	8.44	0	19	-0.351382299	0.12346952

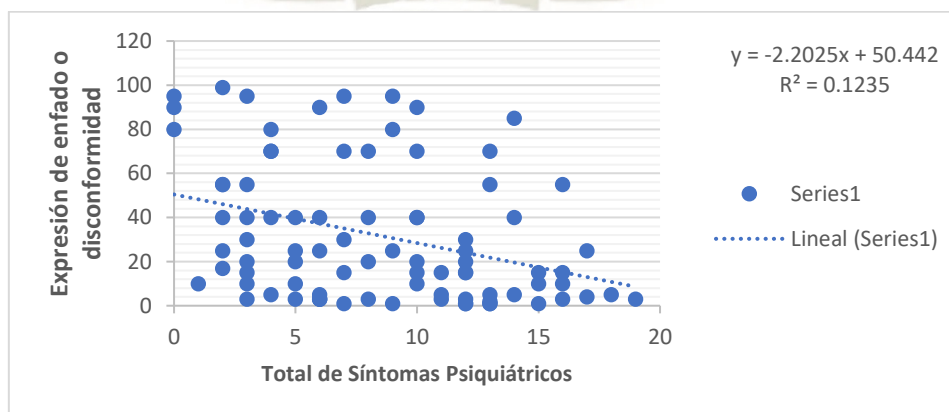
Fuente: Instrumento aplicado por el investigador. Arequipa, 2019.

La tabla N°25 muestra que el resultados del coeficiente de correlación entre las Expresión de enfado o disconformidad y los síntomas de Total de Síntomas Psiquiátricos el cual corresponde a -0.351382299 que significa una correlación negativo bajo, con un coeficiente de determinación de 0.12346952 que indica que al incrementar una variable la otra tiende a disminuir en un 12.35%.

Adicionalmente en Expresión de enfado o disconformidad el valor máximo encontrado es de 99 y el valor mínimo es de 1, con una media aritmética 31.85; y en síntomas de Total de Síntomas Psiquiátricos el valor máximo encontrado es de 19 y el valor mínimo es de 0, con una media aritmética de 8.44.

Grafico N°25

Correlación entre Expresión de enfado o disconformidad y Total de Síntomas Psiquiátricos



Fuente: Instrumento aplicado por el investigador. Arequipa, 2019.

Tabla N°26

Correlación entre Expresión de enfado o disconformidad y Depresión, ansiedad y angustia

Variabes	Media aritmética	Valor mínimo	Valor máximo	Coefficiente de Pearson	Coefficiente de determinación
III. Expresión de enfado o disconformidad	31.85	1	99	-0.366146	0.1340629
Depresión, ansiedad y angustia.	7.13	0	15		

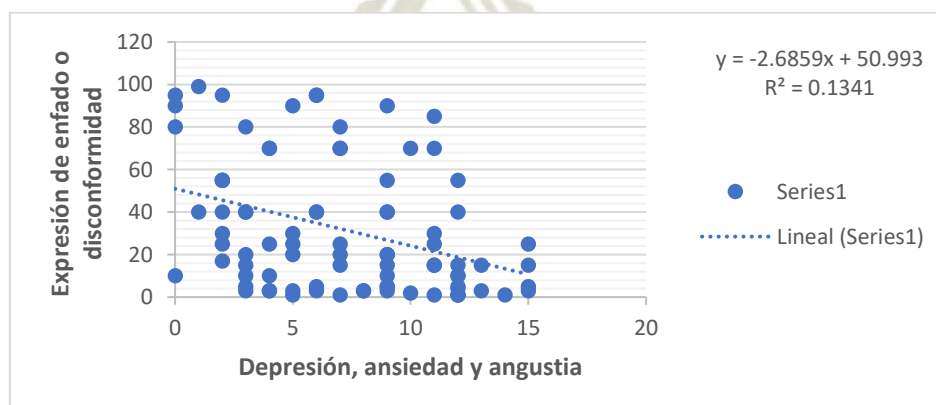
Fuente: Instrumento aplicado por el investigador. Arequipa, 2019.

La tabla N°26 muestra que el resultados del coeficiente de correlación entre las Expresión de enfado o disconformidad y los síntomas de *Depresión, ansiedad y angustia* el cual corresponde a -0.366146 que significa una correlación negativa baja, con un coeficiente de determinación de 0.1340629 que indica que al incrementar una variable la otra tiende a disminuir en un 13.41%.

Adicionalmente en Expresión de enfado o disconformidad el valor máximo encontrado es de 99 y el valor mínimo es de 1, con una media aritmética 31.85; y en síntomas *Depresión, ansiedad y angustia* el valor máximo encontrado es de 15 y el valor mínimo es de 0, con una media aritmética de 7.13.

Grafico N°26

Correlación entre Expresión de enfado o disconformidad y Depresión, ansiedad y angustia



Fuente: Instrumento aplicado por el investigador. Arequipa, 2019.

Tabla N°27

Correlación entre Expresión de enfado o disconformidad y Trastorno psicótico

Variables	Media aritmética	Valor mínimo	Valor máximo	Coficiente de Pearson	Coficiente de determinación
III. Expresión de enfado o disconformidad	31.85	1	99	-0.11719	0.0137334
Trastorno psicótico	1.07	0	4		

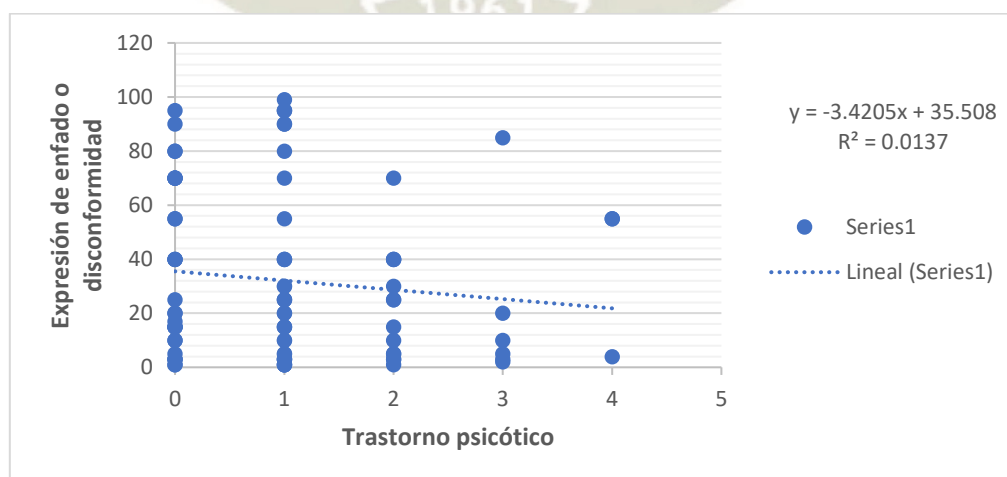
Fuente: Instrumento aplicado por el investigador. Arequipa, 2019.

La tabla N°27 muestra que el resultados del coeficiente de correlación entre Expresión de enfado o disconformidad y los síntomas de Trastorno psicótico el cual corresponde a -0.11719 que significa una correlación negativa muy baja, con un coeficiente de determinación de 0.0137334 que indica que al incrementar una variable la otra tiende a disminuir en un 1.37%.

Adicionalmente en Expresión de enfado o disconformidad el valor máximo encontrado es de 99 y el valor mínimo es de 1, con una media aritmética 31.85; y en síntomas Trastorno psicótico el valor máximo encontrado es de 15 y el valor mínimo es de 0, con una media aritmética de 1.07.

Grafico N°27

Correlación entre Expresión de enfado o disconformidad y Trastorno psicótico



Fuente: Instrumento aplicado por el investigador. Arequipa, 2019.

Tabla N°28

Correlación entre Expresión de enfado o disconformidad y Trastorno convulsivo

Variables	Media aritmética	Valor mínimo	Valor máximo	Coefficiente de Pearson	Coefficiente de determinación
III. Expresión de enfado o disconformidad	31.85	1	99	-0.098321	0.009667
Trastorno convulsivo	0.06	0	1		

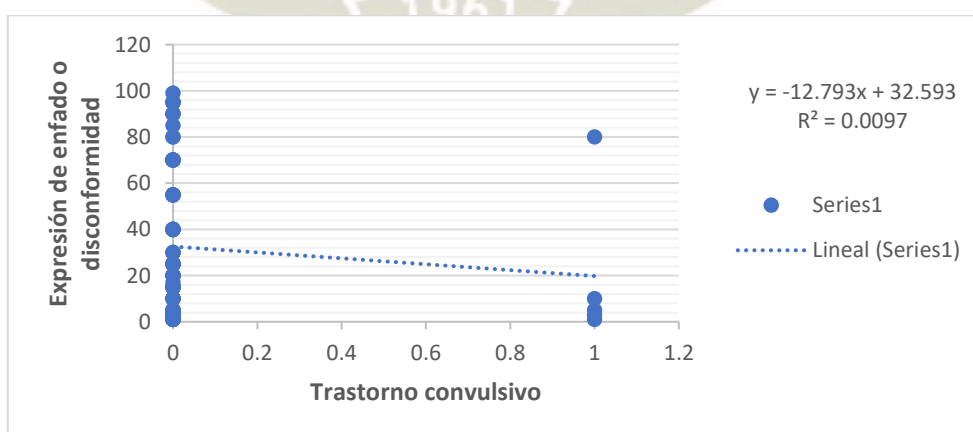
Fuente: Instrumento aplicado por el investigador. Arequipa, 2019.

La tabla N°28 muestra que el resultados del coeficiente de correlación entre las Expresión de enfado o disconformidad y los síntomas Trastorno convulsivo el cual corresponde a -0.098321 que significa una correlación negativa muy baja, con un coeficiente de determinación de 0.009667 que indica que al incrementar una variable la otra tiende a disminuir en un 0.97%.

Adicionalmente en Expresión de enfado o disconformidad el valor máximo encontrado es de 99 y el valor mínimo es de 1, con una media aritmética 31.85; y en síntomas Trastorno convulsivo el valor máximo encontrado es de 1 y el valor mínimo es de 0, con una media aritmética de 0.06.

Grafico N°28

Correlación entre Correlación entre Expresión de enfado o disconformidad y Trastorno convulsivo



Fuente: Instrumento aplicado por el investigador. Arequipa, 2019.

Tabla N°29

Correlación entre Expresión de enfado o disconformidad y Problemas relacionados al uso de alcohol

Variables	Media aritmética	Valor mínimo	Valor Máximo	Coefficiente de Pearson	Coefficiente de determinación
III. Expresión de enfado o disconformidad	31.85	1	99	-0.07204	0.0051897
Problemas relacionados al uso de alcohol	0.19	0	3		

Fuente: Instrumento aplicado por la investigadora. Arequipa, 2019.

La tabla N°29 muestra que el resultados del coeficiente de correlación entre las Expresión de enfado o disconformidad y los síntomas de Problemas relacionados al uso de alcohol el cual corresponde a -0.07204 que significa una correlación negativa muy bajo, con un coeficiente de determinación de 0.0051897que indica que al incrementar una variable la otra tiende a disminuir en un 0.52%.

Adicionalmente en Expresión de enfado o disconformidad el valor máximo encontrado es de 99 y el valor mínimo es de 1, con una media aritmética 31.85; y en síntomas Problemas relacionados al uso de alcohol el valor máximo encontrado es de 3 y el valor mínimo es de 0, con una media aritmética de 0.19.

Grafico N°29

Correlación entre Expresión de enfado o disconformidad y Problemas relacionados al uso de alcohol



Fuente: Instrumento aplicado por el investigador. Arequipa, 2019.

Tabla N°30

Correlación entre Decir no y cortar interacciones y Trastorno psicótico

Variables	Media aritmética	Valor mínimo	Valor máximo	Coficiente de Pearson	Coficiente de determinación
IV. Decir no y cortar interacciones	51.35	1	99	-0.355956	0.1267047
Trastorno psicótico	1.07	0	4		

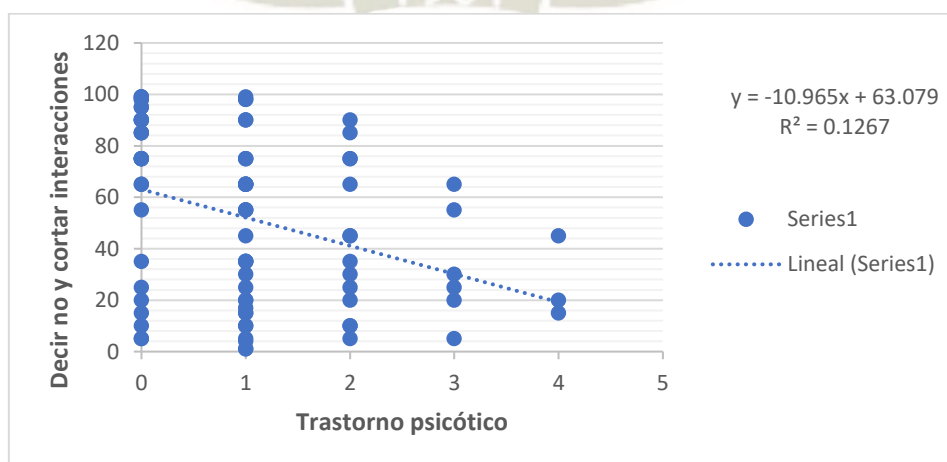
Fuente: Instrumento aplicado por el investigador. Arequipa, 2019.

La tabla N°30 muestra que el resultados del coeficiente de correlación entre las Decir no y cortar interacciones y los síntomas de Trastorno psicótico el cual corresponde a -0.355956 que significa una correlación negativa baja, con un coeficiente de determinación de 0.1267047 que indica que al incrementar una variable la otra tiende a disminuir en un 12.67%.

Adicionalmente en Decir no y cortar interacciones el valor máximo encontrado es de 99 y el valor mínimo es de 1, con una media aritmética 51.35; y en síntomas Trastorno psicótico el valor máximo encontrado es de 4 y el valor mínimo es de 0, con una media aritmética de 1.07.

Grafico N°30

Correlación entre Decir no y cortar interacciones y Trastorno psicótico



Fuente: Instrumento aplicado por el investigador. Arequipa, 2019.

Tabla N°31

Correlación entre Decir no y cortar interacciones y Trastorno convulsivo

Variables	Media aritmética	Valor mínimo	Valor máximo	Coefficiente de Pearson	Coefficiente de determinación
IV. Decir no y cortar interacciones	51.35	1	99	-0.110946	0.0123091
Trastorno convulsivo	0.06	0	1		

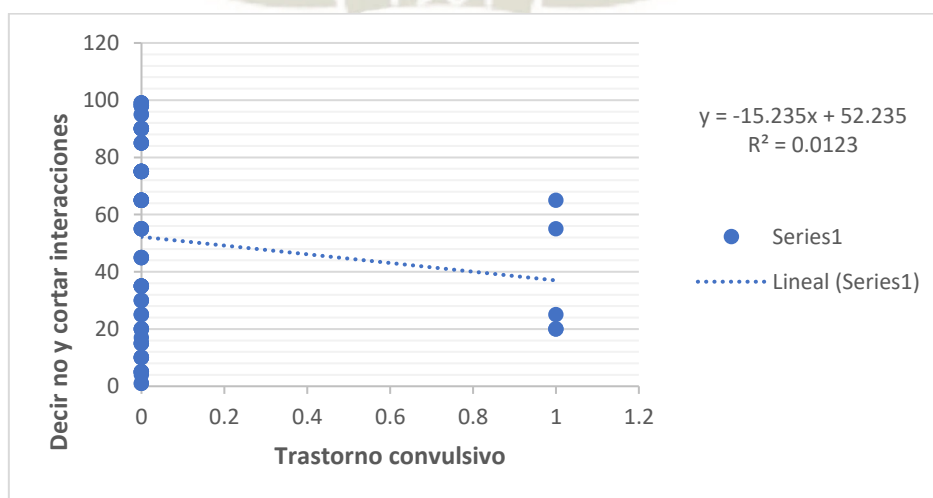
Fuente: Instrumento aplicado por el investigador. Arequipa, 2019.

La tabla N°31 muestra que el resultados del coeficiente de correlación entre las Decir no y cortar interacciones y los síntomas de Trastorno convulsivo el cual corresponde a -0.110946 que significa una correlación negativa muy baja, con un coeficiente de determinación de 0.0123091 que indica que al incrementar una variable la otra tiende a disminuir en un 1.23%.

Adicionalmente en Decir no y cortar interacciones el valor máximo encontrado es de 99 y el valor mínimo es de 1, con una media aritmética 51.35; y en síntomas Trastorno convulsivo el valor máximo encontrado es de 1 y el valor mínimo es de 0, con una media aritmética de 0.06.

Grafico N°31

Correlación entre Decir no y cortar interacciones y Trastorno convulsivo



Fuente: Instrumento aplicado por el investigador. Arequipa, 2019.

Tabla N°32

Correlación entre Decir no y cortar interacciones y Problemas relacionados al uso de alcohol

Variables	Media aritmética	Valor mínimo	Valor máximo	Coefficiente de Pearson	Coefficiente de determinación
IV. Decir no y cortar interacciones	51.35	1	99	-0.150486	0.0226459
Problemas relacionados al uso de alcohol	0.19	0	3		

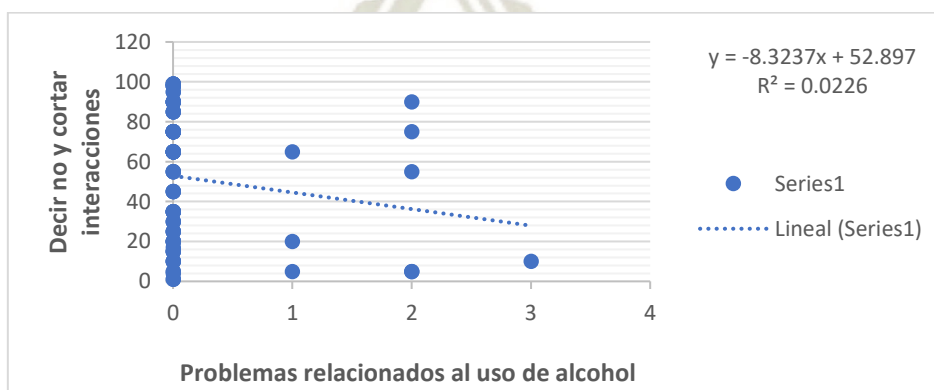
Fuente: Instrumento aplicado por el investigador. Arequipa, 2019.

La tabla N°32 muestra que el resultados del coeficiente de correlación entre las Decir no y cortar interacciones y los síntomas Problemas relacionados al uso de alcohol el cual corresponde a -0.150486 que significa una correlación negativa muy baja, con un coeficiente de determinación de 0.0226459 que indica que al incrementar una variable la otra tiende a disminuir en un 2.26%.

Adicionalmente en Decir no y cortar interacciones el valor máximo encontrado es de 99 y el valor mínimo es de 1, con una media aritmética 51.35; y en síntomas Problemas relacionados al uso de alcohol el valor máximo encontrado es de 3 y el valor mínimo es de 0, con una media aritmética de 0.19.

Grafico N°32

Correlación entre Decir no y cortar interacciones y Problemas relacionados al uso de alcohol



Fuente: Instrumento aplicado por el investigador. Arequipa, 2019.

Tabla N°33

Correlación entre Hacer peticiones y Total de Síntomas Psiquiátricos

Variables	Media aritmética	Valor mínimo	Valor máximo	Coefficiente de Pearson	Coefficiente de determinación
V. Hacer peticiones	30.17	1	98		
Total de Síntomas Psiquiátricas	8.44	0	19	-0.130999531	0.01716088

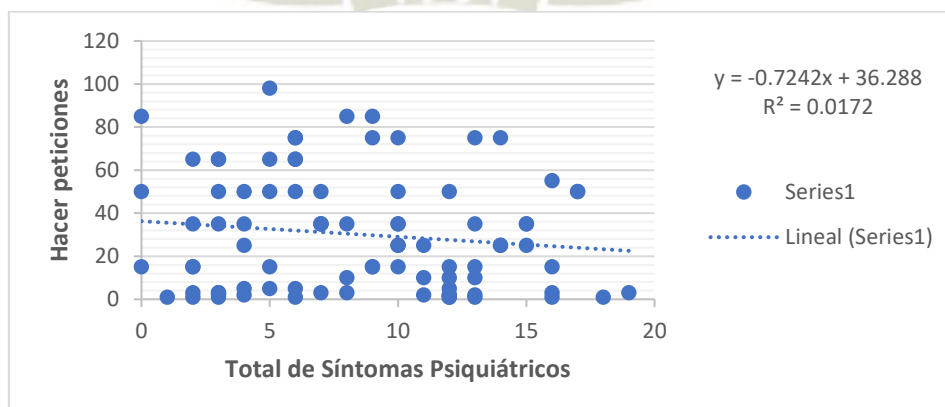
Fuente: Instrumento aplicado por el investigador. Arequipa, 2019.

La tabla N°33 muestra que el resultados del coeficiente de correlación entre las Hacer peticiones y los síntomas de Total de Síntomas Psiquiátricos el cual corresponde a -0.130999531 que significa una correlación negativa muy baja, con un coeficiente de determinación de 0.01716088 que indica que al incrementar una variable la otra tiende a disminuir en un 1.72%.

Adicionalmente en Hacer peticiones el valor máximo encontrado es de 98 y el valor mínimo es de 1, con una media aritmética 30.17; y en síntomas Total de Síntomas Psiquiátricas el valor máximo encontrado es de 19 y el valor mínimo es de 0, con una media aritmética de 8.44.

Grafico N°33

Correlación entre Hacer peticiones y Total de Síntomas Psiquiátricos



Fuente: Instrumento aplicado por el investigador. Arequipa, 2019.

Tabla N°34

Correlación entre Hacer peticiones y Depresión, ansiedad y angustia

Variables	Media aritmética	Valor mínimo	Valor máximo	Coficiente de Pearson	Coficiente de determinación
V. Hacer peticiones	30.17	1	98	-0.177229	0.03141
Depresión, ansiedad y angustia.	7.13	0	15		

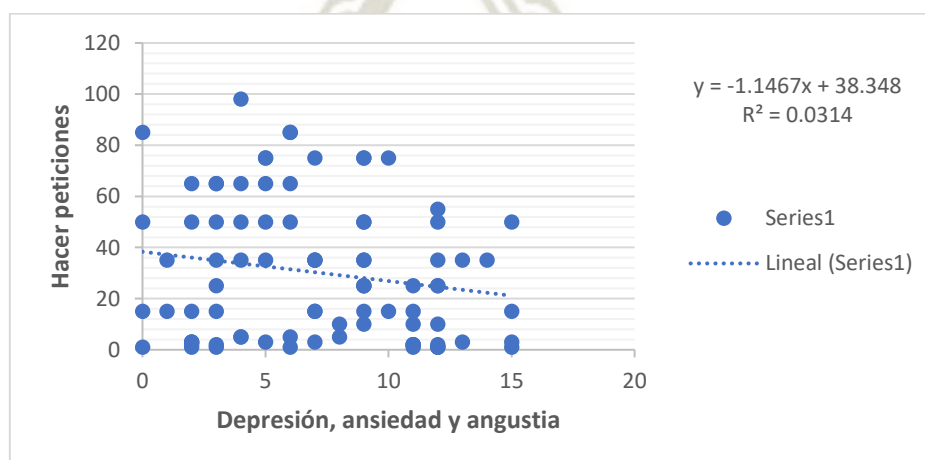
Fuente: Instrumento aplicado por la investigadora. Arequipa, 2019.

La tabla N°34 muestra que el resultados del coeficiente de correlación entre las Hacer peticiones y los síntomas de *Depresión, ansiedad y angustia* el cual corresponde a -0.177229 que significa una correlación negativa muy bajo, con un coeficiente de determinación de 0.03141 que indica que al incrementar una variable la otra tiende a disminuir en un 3.14%.

Adicionalmente en Hacer peticiones el valor máximo encontrado es de 98 y el valor mínimo es de 1, con una media aritmética 30.17; y en síntomas *Depresión, ansiedad y angustia* el valor máximo encontrado es de 15 y el valor mínimo es de 0, con una media aritmética de 7.13.

Grafico N°34

Correlación entre Hacer peticiones y Depresión, ansiedad y angustia



Fuente: Instrumento aplicado por el investigador. Arequipa, 2019.

Tabla N°35

Correlación entre Hacer peticiones y Trastorno psicótico

Variables	Media aritmética	Valor mínimo	Valor máximo	Coefficiente de Pearson	Coefficiente de determinación
V. Hacer peticiones	30.17	1	98	0.1041656	0.0108505
Trastorno psicótico	1.07	0	4		

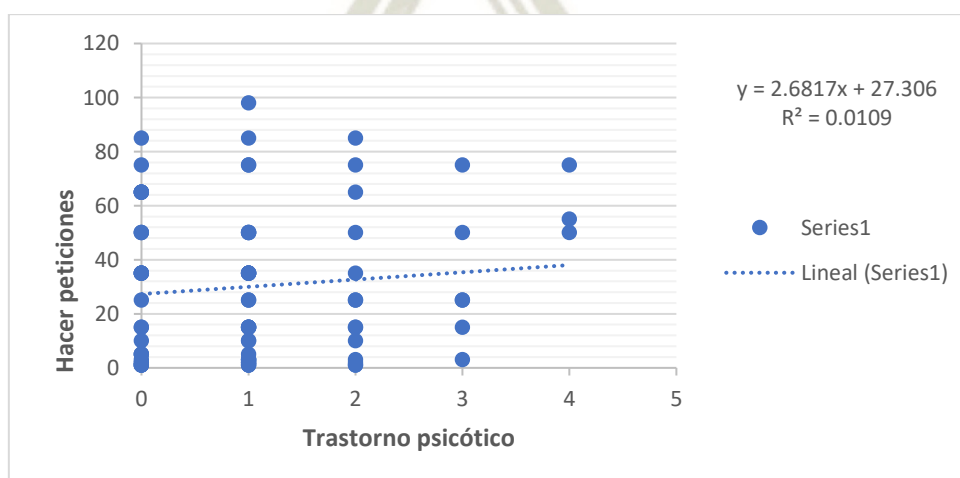
Fuente: Instrumento aplicado por el investigador. Arequipa, 2019.

La tabla N°35 muestra que el resultados del coeficiente de correlación entre las Hacer peticiones y los síntomas de Trastorno psicótico el cual corresponde a 0.1041656 que significa una correlación positiva muy baja, con un coeficiente de determinación de 0.0108505 que indica que al incrementar una variable la otra tiende a incrementar en un 1.09%.

Adicionalmente en Hacer peticiones el valor máximo encontrado es de 98 y el valor mínimo es de 1, con una media aritmética 30.17; y en síntomas Trastorno psicótico el valor máximo encontrado es de 4 y el valor mínimo es de 0, con una media aritmética de 1.07.

Grafico N°35

Correlación entre Hacer peticiones y Trastorno psicótico



Fuente: Instrumento aplicado por el investigador. Arequipa, 2019.

Tabla N°36

Correlación entre Hacer peticiones y Trastorno convulsivo

Variables	Media aritmética	Valor mínimo	Valor máximo	Coefficiente de Pearson	Coefficiente de determinación
V. Hacer peticiones	30.17	1	98	-0.15149	0.0229492
Trastorno convulsivo	0.06	0	1		

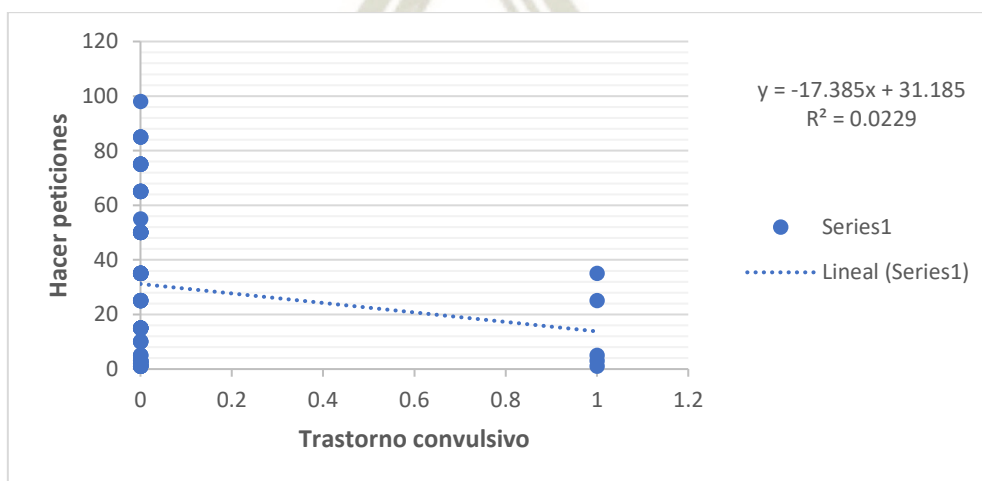
Fuente: Instrumento aplicado por el investigador. Arequipa, 2019.

La tabla N°36 muestra que el resultados del coeficiente de correlación entre las Hacer peticiones y los síntomas de Trastorno convulsivo el cual corresponde a -0.15149 que significa una correlación negativa muy bajo, con un coeficiente de determinación de 0.0229492 que indica que al incrementar una variable la otra tiende a disminuir en un 2.29%.

Adicionalmente en Hacer peticiones el valor máximo encontrado es de 98 y el valor mínimo es de 1, con una media aritmética 30.17; y en síntomas Trastorno convulsivo el valor máximo encontrado es de 1 y el valor mínimo es de 0, con una media aritmética de 0.06.

Grafico N°36

Correlación entre Hacer peticiones y Trastorno convulsivo



Fuente: Instrumento aplicado por el investigador. Arequipa, 2019.

Tabla N°37

Correlación entre Hacer peticiones y Problemas relacionados al uso de alcohol

Variabes	Media aritmética	Valor mínimo	Valor máximo	Coefficiente de Pearson	Coefficiente de determinación
V. Hacer peticiones	30.17	1	98	0.0448762	0.0020139
Problemas relacionados al uso de alcohol	0.19	0	3		

Fuente: Instrumento aplicado por el investigador. Arequipa, 2019.

La tabla N°37 muestra que el resultados del coeficiente de correlación entre Hacer peticiones y los síntomas de Problemas relacionados al uso de alcohol el cual corresponde a 0.0448762 que significa una correlación positiva muy baja, con un coeficiente de determinación de 0.0020139 que indica que al incrementar una variable la otra tiende a disminuir en un 0.2%.

Adicionalmente en Hacer peticiones el valor máximo encontrado es de 98 y el valor mínimo es de 1, con una media aritmética 30.17; y en síntomas Problemas relacionados al uso de alcohol el valor máximo encontrado es de 3 y el valor mínimo es de 0, con una media aritmética de 0.19.

Grafico N°37

Correlación entre Hacer peticiones y Problemas relacionados al uso de alcohol



Fuente: Instrumento aplicado por el investigador. Arequipa, 2019.

Tabla N°38

Correlación entre Iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto y Trastorno psicótico

Variables	Media aritmética	Valor mínimo	Valor máximo	Coficiente de Pearson	Coficiente de determinación
VI. Iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto	44.17	2	98	-0.180852	0.0327074
Trastorno psicótico	1.07	0	4		

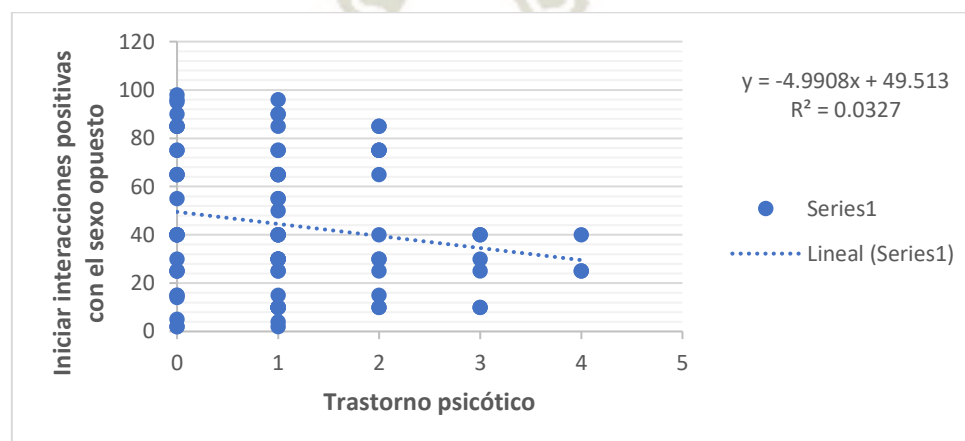
Fuente: Instrumento aplicado por el investigador. Arequipa, 2019.

La tabla N°38 muestra que el resultados del coeficiente de correlación entre las Iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto y los síntomas de Trastorno psicótico el cual corresponde a -0.180852 que significa una correlación negativa muy bajo, con un coeficiente de determinación de 0.0327074 que indica que al incrementar una variable la otra tiende a disminuir en un 3.27%.

Adicionalmente en Iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto el valor máximo encontrado es de 98 y el valor mínimo es de 2, con una media aritmética 44.17; y en síntomas Trastorno psicótico el valor máximo encontrado es de 4 y el valor mínimo es de 0, con una media aritmética de 1.07.

Grafico N°38

Correlación entre Iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto y Trastorno psicótico



Fuente: Instrumento aplicado por el investigador. Arequipa, 2019.

Tabla N°39

Correlación entre Iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto y Trastorno convulsivo

Variables	Media aritmética	Valor mínimo	Valor máximo	Coefficiente de Pearson	Coefficiente de determinación
VI. Iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto	44.17	2	98	-0.182751	0.0333981
Trastorno convulsivo	0.06	0	1		

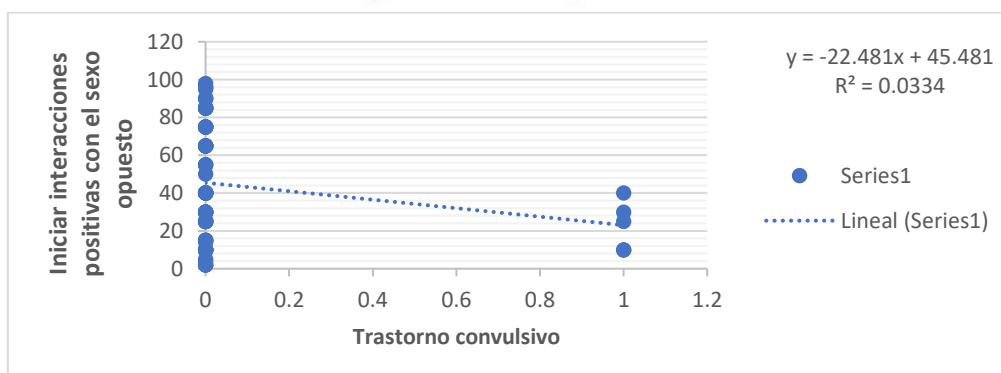
Fuente: Instrumento aplicado por la investigadora. Arequipa, 2019.

La tabla N°39 muestra que el resultados del coeficiente de correlación entre las Iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto y los síntomas de Trastorno convulsivo el cual corresponde a -0.182751 que significa una correlación negativa muy baja, con un coeficiente de determinación de 0.0333981 que indica que al incrementar una variable la otra tiende a disminuir en un 3.34%.

Adicionalmente en Iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto el valor máximo encontrado es de 98 y el valor mínimo es de 2, con una media aritmética 44.17; y en síntomas Trastorno convulsivo el valor máximo encontrado es de 1 y el valor mínimo es de 0, con una media aritmética de 0.06.

Grafico N°39

Correlación entre Iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto y Trastorno convulsivo



Fuente: Instrumento aplicado por el investigador. Arequipa, 2019.

Tabla N°40

Correlación entre Iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto y Problemas relacionados al uso de alcohol

Variables	Media aritmética	Valor Mínimo	Valor máximo	Coefficiente de Pearson	Coefficiente de determinación
VI. Iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto	44.17	2	98	0.0265677	0.0007058
Problemas relacionados al uso de alcohol	0.19	0	3		

Fuente: Instrumento aplicado por el investigador. Arequipa, 2019.

La tabla N°40 muestra que el resultados del coeficiente de correlación entre Iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto y los síntomas de Problemas relacionados al uso de alcohol el cual corresponde a 0.0265677 que significa una correlación positiva muy baja, con un coeficiente de determinación de 0.0007058 que indica que al incrementar una variable la otra tiende a disminuir en un 0.07%.

Adicionalmente en Iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto el valor máximo encontrado es de 98 y el valor mínimo es de 2, con una media aritmética 44.17; y en síntomas Problemas relacionados al uso de alcohol el valor máximo encontrado es de 3 y el valor mínimo es de 0, con una media aritmética de 0.19.

Grafico N°40

Correlación entre Iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto y Problemas relacionados al uso de alcohol



Fuente: Instrumento aplicado por el investigador. Arequipa, 2019.

Consentimiento informado

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación una clara explicación de la naturaleza de misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por Ps. Héctor Macelo Echevarría Carlos, Maestría de Salud Mental del Niño, el Adolescente y la Familia en la Universidad Católica Santa María, Arequipa, Perú.

Si usted accede a este estudio, se le pedirá participar en el llenado de 2 escalas y una ficha de datos personales, lo cual tendrá una duración aproximada de 30 a 40 minutos.

La participación en esta investigación es estrictamente voluntaria. La información se recoja será confidencial y no se usara para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Si tiene alguna duda puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación. Igualmente, puede retirarse en cualquier momento sin que eso lo perjudique de alguna forma. Si alguna de las preguntas le parece incomoda, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderla.

Desde ya se agradece su participación.

Nombre: _____

Firma

CUESTIONARIO DE SÍNTOMAS S.Q.R. -18

Nombre y apellido: _____

Fecha de nacimiento: _____ **edad:** _____ **sexo:** M F

Situación migratoria: _____ **profesión:** _____

N° de hijos: Venezuela: _____ Perú: _____ tiempo fuera de Venezuela _____ tiempo en Perú _____

- | | | | |
|---|----|----|--------------------------|
| 1. ¿Tiene dolores frecuentes de cabeza? | SI | NO | <input type="checkbox"/> |
| 2. ¿Tiene mal apetito? | SI | NO | <input type="checkbox"/> |
| 3. ¿Duerme mal? | SI | NO | <input type="checkbox"/> |
| 4. ¿Se asusta con facilidad? | SI | NO | <input type="checkbox"/> |
| 5. ¿Sufre de temblor de manos? | SI | NO | <input type="checkbox"/> |
| 6. ¿Se siente nervioso o tenso? | SI | NO | <input type="checkbox"/> |
| 7. ¿Sufre de mala digestión? | SI | NO | <input type="checkbox"/> |
| 8. ¿Es incapaz de pensar con claridad? | SI | NO | <input type="checkbox"/> |
| 9. ¿Se siente triste? | SI | NO | <input type="checkbox"/> |
| 10. ¿Llora usted con mucha frecuencia? | SI | NO | <input type="checkbox"/> |
| 11. ¿Tiene dificultad en disfrutar de sus actividades diarias? | SI | NO | <input type="checkbox"/> |
| 12. ¿Tiene dificultad para tomar decisiones? | SI | NO | <input type="checkbox"/> |
| 13. ¿Tiene dificultad en hacer su trabajo? | SI | NO | <input type="checkbox"/> |
| ¿Su trabajo se ha visto afectado? | | | |
| 14. ¿Es incapaz de desempeñar un papel útil en su vida? | SI | NO | <input type="checkbox"/> |
| 15. ¿Ha perdido interés en las cosas? | SI | NO | <input type="checkbox"/> |
| 16. ¿Se siente aburrido? | SI | NO | <input type="checkbox"/> |
| 17. ¿Ha tenido la idea de acabar con su vida? | SI | NO | <input type="checkbox"/> |
| 18. ¿Se siente cansado todo el tiempo? | SI | NO | <input type="checkbox"/> |
| 19. ¿Siente usted que alguien ha tratado de herirlo en alguna forma? | SI | NO | <input type="checkbox"/> |
| 20. ¿Es usted una persona mucho más importante que lo que piensan los demás? | SI | NO | <input type="checkbox"/> |
| 21. ¿Ha notado interferencias o algo raro en su pensamiento? | SI | NO | <input type="checkbox"/> |
| 22. ¿Oye voces sin saber de dónde vienen o que otras personas no pueden oír? | SI | NO | <input type="checkbox"/> |
| 23. ¿Ha tenido convulsiones, ataques o caídas al suelo con movimientos de brazos y piernas; con mordeduras de la lengua o pérdida del conocimiento? | SI | NO | <input type="checkbox"/> |
| 24. ¿Alguna vez le ha parecido a su familia, amigos, su médico o a su sacerdote que usted está bebiendo demasiado? | SI | NO | <input type="checkbox"/> |
| 25. ¿Alguna vez ha querido dejar de beber pero no ha podido? | SI | NO | <input type="checkbox"/> |
| 26. ¿Ha tenido alguna vez dificultades en el trabajo (o estudio) a causa de la bebida como beber en el trabajo o colegio o faltar a ellos? | SI | NO | <input type="checkbox"/> |
| 27. ¿Ha estado en riñas o lo han detenido estando borracho? | SI | NO | <input type="checkbox"/> |
| 28. ¿Le ha parecido alguna vez que usted bebía demasiado? | SI | NO | <input type="checkbox"/> |

ESCALA DE HABILIDADES SOCIALES

INSTRUCCIONES : A continuación aparecen frases que describen diversas situaciones, se trata de que las lea muy atentamente y responda en qué medida se identifica o no con cada una de ellas, si le describe o no . No hay respuestas correctas ni incorrectas, lo importante es que responda con la máxima sinceridad posible.

Encierre con un círculo la letra escogida a la derecha, en la misma línea donde está la frase que está respondiendo. Para responder utilice la siguiente clave:

A = No me identifico, en la mayoría de las veces no me ocurre o no lo haría.

B = No tiene que ver conmigo, aunque alguna vez me ocurra

C = Me describe aproximadamente, aunque no siempre actúe así o me sienta así

Muy de acuerdo, me sentiría así o actuaría así en la mayoría de los casos

1. A veces evito hacer preguntas por miedo a ser estúpido	A B C D
2. Me cuesta telefonar a tiendas , oficinas, etc. para preguntar algo	A B C D
3. Si al llegar a mi casa encuentro un defecto en algo que he comprado, voy a la tienda a devolverlo.	A B C D
4. Cuando en una tienda atienden antes a alguien que entro después que yo, me quedo callado.	A B C D
5. Si un vendedor insiste en enseñarme un producto que no deseo en absoluto , paso un mal rato para decirle que “NO”	A B C D
6. A veces me resulta difícil pedir que me devuelvan algo que deje prestado.	A B C D
7. Si en un restauran no me traen la comida como le había pedido, llamo al camarero y pido que me hagan de nuevo.	A B C D
8. A veces no se que decir a personas atractivas al sexo opuesto.	A B C D
9. Muchas veces cuando tengo que hacer un halago no se que decir.	A B C D
10. Tiendo a guardar mis opiniones a mi mismo	A B C D
11. A veces evito ciertas reuniones sociales por miedo a hacer o decir alguna tontería.	A B C D
12. Si estoy en el cine y alguien me molesta con su conversación, me da mucho apuro pedirle que se calle.	A B C D
13. Cuando algún amigo expresa una opinión con la que estoy muy en desacuerdo prefiero callarme a manifestar abiertamente lo que yo pienso.	A B C D
14. Cuando tengo mucha prisa y me llama una amiga por teléfono, me cuesta mucho cortarla.	A B C D
15. Hay determinadas cosas que me disgusta prestar, pero si me las piden, no se como negarme.	A B C D
16. Si salgo de una tienda y me doy cuenta de que me han dado mal vuelto , regreso allí a pedir el cambio correcto	A B C D
17. No me resulta fácil hacer un cumplido a alguien que me gusta.	A B C D
18. Si veo en una fiesta a una persona atractiva del sexo opuesto, tomo la iniciativa y me acerco a entablar conversación con ella.	A B C D
19. Me cuesta expresar mis sentimientos a los demás	A B C D
20. Si tuviera que buscar trabajo, preferiría escribir cartas de presentación a tener que pasar por entrevistas personales.	A B C D
21. Soy incapaz de regatear o pedir descuento al comprar algo.	A B C D
22. Cuando un familiar cercano me molesta , prefiero ocultar mis sentimientos antes que expresar mi enfado.	A B C D
23. Nunca se como “cortar “ a un amigo que habla mucho	A B C D
24. cuando decido que no me apetece volver a salir con una personas, me cuesta mucho comunicarle mi decisión	A B C D
25. Si un amigo al que he prestado cierta cantidad de dinero parece haberlo olvidado, se lo recuerdo.	A B C D
26. Me suele costar mucho pedir a un amigo que me haga un favor.	A B C D
27. Soy incapaz de pedir a alguien una cita	A B C D
28. Me siento turbado o violento cuando alguien del sexo opuesto me dice que le gusta algo de mi físico	A B C D
29. Me cuesta expresar mi opinión cuando estoy en grupo	A B C D
30. Cuando alguien se me” cuele” en una fila hago como si no me diera cuenta.	A B C D
31. Me cuesta mucho expresar mi ira , cólera, o enfado hacia el otro sexo aunque tenga motivos justificados	A B C D
32. Muchas veces prefiero callarme o “quitarme de en medio “para evitar problemas con otras personas.	A B C D
33. Hay veces que no se negarme con alguien que no me apetece pero que me llama varias veces.	A B C D