

ARTÍCULO EN EDICIÓN – ARTICLE IN PRESS

Habilidades sociales y salud mental en jóvenes estudiantes de técnica y tecnológica¹

Social skills and mental health in young technical and technological students

Andrea Camila González Giraldo*

<https://orcid.org/0000-0002-1666-0578>

Juan Camilo Aguirre Rivera*

<https://orcid.org/0000-0002-0607-6271>

Valeria Garzón Rendón*

<https://orcid.org/0000-0001-9161-4355>

Diego Zuluaga Mejía*

<https://orcid.org/0000-0003-4856-7906>

Jaime Alberto Restrepo Soto*

<https://orcid.org/0000-0003-3181-5424>

Recibido: abril 29 de 2023

Aceptado: diciembre 1 de 2023

Correspondencia: jcaguirre66779@umanizales.edu.co

*Universidad de Manizales (Colombia)

Resumen

La depresión, ansiedad y los trastornos del comportamiento se encuentran entre las principales causas de enfermedad y discapacidad en población joven, de ahí la pertinencia de indagar por el estado de las habilidades sociales (HHSS) y la salud mental (SM). El tipo de investigación es cuantitativa no experimental, descriptiva-relacional, con una muestra de 179 estudiantes (116 mujeres y 53 hombres), entre 16 y 24 años, de 12 programas técnicos y de tecnología. Se aplicaron los instrumentos SCL-90-R y la Escala de Evaluación de Habilidades

¹ Este artículo, resultado de investigación, se desprende del macro-proyecto de investigación sobre habilidades sociales y salud mental en jóvenes que cursan educación superior en el eje cafetero, proyecto inscrito en la Dirección de Investigaciones de la Universidad de Manizales y del cual se desprenden esta investigación en jóvenes de técnica y tecnológica, realizado entre los meses de mayo a diciembre de 2022. La primera autora es magister en psicología clínica y todos los integrantes hacen parte del semillero de investigación en habilidades para la vida.

ARTÍCULO EN EDICIÓN – ARTICLE IN PRESS

Sociales en Adolescentes (EEHSA), realizando una normalización de los datos desde la teoría clásica de medida. Se detectó que, cuando existen HHSS precarias, aumentan los factores de riesgo relacionados con la SM, especialmente en la ansiedad, depresión y las obsesiones, además de encontrar que existen HHSS puntuales que están más relacionadas con ciertas afectaciones en SM; sin embargo, a pesar de un buen desarrollo en estas, los niveles de riesgo son altos. Se concluye que la relación entre HHSS y SM es compleja y multifacética, siendo necesario realizar investigaciones que comprendan los diversos factores contextuales, económicos, familiares, académicos, culturales y de género para generar estrategias de detección temprana y/o promoción-prevención acordes a cada contexto educativo.

Palabras claves: Habilidades Sociales, Salud Mental, Adolescentes, Jóvenes, Educación Superior.

Abstract

Depression, anxiety and behavioral disorders are among the main causes of illness and disability in young people, hence the relevance of investigating the state of social skills (HHSS) and mental health (MH). The type of research is quantitative non-experimental, descriptive-relational, with a sample of 179 students (116 females and 53 males), between 16 and 24 years old, from 12 technical and technology programs. The SCL-90-R and the Evaluation Scale of Social Skills in Adolescents (EEHSA) instruments were applied, performing a normalization of the data from the classical measurement theory. It was detected that, when there are precarious HHSS, the risk factors related to SM increase, especially in anxiety, depression and obsessions, in addition to finding that there are specific HHSS that are more related to certain affectations in SM; however, despite a good development in these, the risk levels are high. It is concluded that the relationship between HHSS and MS is complex and multifaceted, being necessary to conduct research that understands the various contextual, economic, family, academic, cultural and gender factors in order to generate early detection and/or promotion-prevention strategies according to each educational context.

Keywords: Social Skills, Mental Health, Adolescents, Youth, Higher Education.

Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2022) asevera que la salud es un concepto de carácter integral que abarca las esferas física, mental y social, considerando al ser humano desde un enfoque bio-psico-social. Uno de los factores asociados a la esfera social es la capacidad de las personas para crear vínculos y conexiones con otros para así enriquecer

ARTÍCULO EN EDICIÓN – ARTICLE IN PRESS

sus vidas. Por ello, dicha organización postula que una buena salud mental implica mayores habilidades para relacionarse, desenvolverse, afrontar dificultades y prosperar, logrando enfrentar efectivamente el estrés cotidiano, trabajar de forma productiva y contribuir al funcionamiento de su comunidad.

Según sus estadísticas se reporta que 1 de cada 7 jóvenes padece algún tipo de trastorno, suponiendo el 13% de la carga mundial de morbilidad en dicho grupo, incrementando en algunos estudios hasta un 20% (Olivari y Mellado, 2019). Así, la depresión, la ansiedad y los trastornos del comportamiento se encuentran entre las principales causas de enfermedad y discapacidad en dicha población, sumado al suicidio, la cuarta causa de muerte entre los adolescentes. En ese contexto, se presume que la falta de atención en salud mental genera repercusiones en las esferas física y social y hasta obstáculos que limitan las posibilidades de llevar una existencia plena, consecuencias que se extienden a la adultez (OMS, 2022; OMS, 2021).

De otro lado, el estudio de las Habilidades Sociales (HHSS) ha sido un tema de interés para la psicología en los últimos 50 años, debido a su relación con la salud mental. Autores clásicos como Bandura (1982) proponen los primeros conceptos de HHSS en su teoría del aprendizaje social, donde la relación entre la persona y el ambiente está mediada por procesos de aprendizaje (modelado y moldeamiento) que pueden capacitar al sujeto para actuar de un modo socialmente competente a medida que aumentan sus conocimientos procedimentales y de cómo responder a las múltiples demandas de la realidad cotidiana (Lacunza, 2012).

ARTÍCULO EN EDICIÓN – ARTICLE IN PRESS

Es así que Caballo (1988) afirma que las HHSS son un conjunto de conductas emitidas por un individuo en un contexto interpersonal que expresa sus sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de un modo adecuado a la situación, respetando las conductas de los otros, resolviendo problemas inmediatos y minimizando la probabilidad de nuevos inconvenientes; lo cual, en consonancia a lo planteado, contribuye a una buena competencia social y a la efectividad de las interacciones que se establecen con los demás (Reyes, 2016; Del Prette y Del Prette, 2008). Por ello, Roca (2014) concibe cinco componentes primordiales de la misma: autoestima, asertividad, toma de decisiones, empatía y manejo de emociones.

A su vez, las HHSS tienen implicaciones en diversos ámbitos: laboral, educativo, clínico, evolutivo, entre otros (Vizcarro, 1994). La esencia misma de estas implicaciones radica en la facilidad de comunicación que conlleva a una auténtica calidad de las relaciones interpersonales, lo cual habilita, en lo laboral, mejores relaciones con colegas y superiores, lo que lleva a un mejor rendimiento laboral, satisfacción en el trabajo y oportunidades de promoción; en lo educativo, facilita la emergencia de ambientes de aprendizaje colaborativos y respetuosos, mejorando la participación en clase y la reducción de problemas como el acoso escolar. En lo clínico, dichas habilidades son un componente clave en el abordaje de trastornos como la ansiedad, la depresión y del espectro autista, cuyo déficit puede ser tanto un síntoma como un factor de riesgo; ya en lo evolutivo estas habilidades son claves para el desarrollo social y emocional del infante, lo cual determinará las formas de relacionamiento a futuro y su adecuado proceso de integración social.

Así, estas conductas buscan obtener o mantener refuerzos del ambiente para el establecimiento de relaciones sociales (Kelly, 2002). Gresham (2011) define las HHSS como

ARTÍCULO EN EDICIÓN – ARTICLE IN PRESS

“comportamientos aprendidos y socialmente aceptables que permiten al individuo interactuar efectivamente con otros y evitar comportamientos no aceptables que resulten en interacciones sociales negativas” (p. 21). En contraste, aquellas respuestas conductuales que permiten resolver habilidosamente una interacción, de carácter interpersonal, son precedidas por una serie de sucesos cognitivos y ambientales que interactúan entre sí, afectando así las conductas emitidas (Olaz, 2012).

En concordancia a lo anterior, Segrin y Taylor (2007) y Gómez et al. (2020) enfatizan el vínculo entre salud mental, HHSS y educación al exponer que ciertas enfermedades tienen gran impacto en los jóvenes que inician su vida universitaria pues dicha etapa de adaptación, donde se establecen relaciones interpersonales significativas mediante lazos afectivos fuera de la familia (Holst et al., 2017), puede limitar el progreso de su educación o impedir el ingreso a la vida laboral dado el deterioro físico y mental que suponen determinados trastornos (Alarcón, 2019), especialmente los de tipo disruptivo, los ansiosos y los depresivos (De la Barra, 2012). En el caso de Colombia, Cuenca et al., (2020) y Gómez et al. (2015) reportan que los factores de riesgo prevalentes de salud mental en niños, adolescentes y jóvenes sobresale la carencia de estas habilidades, la baja autoestima y las familias disfuncionales.

En tanto Ríos Saldaña (2014) manifiesta que las personas dedican gran parte de su tiempo a establecer relaciones, ya sea entre individuos o grupos sociales donde, en ocasiones, no es posible que dichas interacciones sean saludables, positivas y armónicas y, en esa lógica, el entrenamiento en HHSS ha demostrado su eficacia en la disminución de problemas conductuales asociados a las conductas adictivas (alcoholismo, drogadicción y tabaquismo) o inadaptadas (antisociales, delictivas, agresivas).

ARTÍCULO EN EDICIÓN – ARTICLE IN PRESS

Así, al profundizar en los conceptos de salud mental y HHSS en jóvenes de educación superior, surgen interrogantes frente a la relación entre el desarrollo de estas con una mejor salud mental, donde Rosentreter (1996) encuentra que enseñar dichas habilidades a quienes no las han adquirido puede constituir una base para el afrontamiento o prevención (de ser posible) de problemas psicosociales, donde las dificultades a nivel emocional y afectivo en ambientes académicos van ligadas con un mayor nivel de estrés pues la educación supone retos y exigencias en función de elementos de orden psicológico, físico y comportamental (Clinciu, 2013; Chau y Saravia, 2014; Chau y Vilela, 2017).

A raíz de ello, se encuentran diferentes estudios donde se ha buscado la relación entre dichos factores en el contexto de la educación superior, donde se ha encontrado una relación directamente proporcional entre altos y moderados los niveles de ansiedad generalizada (Angeles y Perez, 2023), de ansiedad social (Albornoz y Herrera, 2022; Lourdes, 2019), depresión (Berrío y Toro, 2018; Rondón, Cardozo y Lacasella, 2018; Padilla-Romero y Ortega-Blas, 2017), consumo de sustancias psicoactivas (SPA) (Cometa, 2018; Muñoz, Sandstede y Klimenko, 2016) y, en sí, de prácticas y creencias saludables (Gómez-Acosta, 2018) con bajos niveles de desarrollo en habilidades sociales. No obstante, ninguno de los estudios mencionados hasta el momento ha abordado dichas variables y su relación en la educación terciaria de tipo técnica o tecnológica.

Resulta, pues, urgente que las entidades educativas actúen desde diversos frentes a fin de mitigar esta situación que parece afectar a, por lo menos, una cuarta parte de la población estudiantil (Alarcón, 2019), tratando de brindar un ambiente acogedor, ameno, sano y orientado al bienestar anímico, espiritual e intelectual estudiantil, resaltando la prevención

ARTÍCULO EN EDICIÓN – ARTICLE IN PRESS

como eje central en el abordaje de la salud mental de los adolescentes (Cuenca, 2020), donde un tratamiento integral oportuno enfocado en el bienestar físico y psíquico dentro de los parámetros es vital para los diagnósticos tempranos e intervenciones psicológicas efectivas.

En este orden de ideas, el presente estudio se orientó a la prevención de trastornos mentales a través de la exploración del estado de la salud mental y las HHSS de adolescentes y jóvenes que inician educación superior. El objetivo fue entender la relación existente entre ambos factores para así generar un sustento teórico que permitiera demostrar que el fortalecimiento de estas habilidades cuenta con las condiciones suficientes para representar una estrategia de prevención significativa y viable en los contextos educativos colombianos.

Método

Tipo

Se empleó un diseño cuantitativo no experimental de corte descriptivo-relacional, observando las variables tal como se dieron en su contexto sin ser manipuladas (Sampieri y Mendoza, 2018), siguiendo el interés por indagar el estado de la salud mental y las HHSS de los aprendices de una institución de educación terciaria técnica con el fin de identificar algún tipo/nivel de relación entre ambas categorías. El Sistema Nacional de Educación Terciaria (SNET) se concibe como “una organización de los diferentes niveles de educación post-media, el cual comprende dos rutas o dos opciones educativas diferenciadas según su orientación académica u ocupacional, ordenadas según grados de complejidad y especialización y, con posibilidades de tránsito y reconocimiento entre ellas” (Ministerio de

ARTÍCULO EN EDICIÓN – ARTICLE IN PRESS

Educación Nacional, 2021), dichas rutas son la educación universitaria y la formación profesional (técnica).

Muestra

Partiendo de un tipo de muestreo no aleatorio por conveniencia en pro de priorizar la libre participación y autenticidad de las respuestas dadas a los instrumentos, la conformación de la muestra tuvo como criterios de inclusión que los participantes fueran estudiantes de educación superior a nivel técnico o tecnológico, pertenecientes a cualquier programa y con edades entre los 16 y 24 años. Así, la muestra estuvo conformada por 179 estudiantes (116 mujeres y 63 hombres) de primer año de estudio de diversos programas de tecnología, con un rango de edad entre los 16 y 24 años. Se tuvo como criterios de exclusión el ser mayor o menor a dicha edad o no desear participar del estudio en cualquier fase de esta.

Procedimiento

Se solicitó autorización a los directivos de un centro de formación con carreras técnicas y tecnológicas del departamento de Caldas. Posteriormente, se planificó la aplicación de los instrumentos en los diversos grupos de la entidad. El proceso tuvo una duración promedio de 60 minutos, llevándose a cabo de manera presencial. Luego, se elaboró un directorio de datos en Excel para facilitar la interpretación de datos, iniciando con el descarte de aquellas pruebas incompletas (3), obteniendo así un total de 179. Posteriormente, se llevó a cabo el proceso de normalización gracias a una interpretación referida de las normas para cada una de las pruebas.

ARTÍCULO EN EDICIÓN – ARTICLE IN PRESS

En el inventario SCL-90-R se categorizó la prueba en las nueve dimensiones primarias y sus tres índices globales. Para ello, se trabajaron las puntuaciones naturales promediadas de cada participante (dado que los baremos originales utilizan números decimales). La normalización empleó transformaciones no lineales, por lo que fue necesario conocer la puntuación, frecuencia relativa y acumulada, la frecuencia acumulada en el punto medio, la proporción y el percentil. Al determinar la proporción se calcularon las Z-normalizadas. Finalmente, se obtuvo el puntaje T-normalizado ($T = 50 + 10Z$). A partir de esto, se llegó a un resultado y una tabla de baremos para cada uno de los instrumentos utilizados (Martínez et al., 2014). Es de aclarar que el mismo proceso fue realizado con los seis factores de la Escala de Evaluación de Habilidades Sociales en Adolescentes (EEHSA) y su índice total de respuestas mediante números enteros.

Instrumentos

Para la variable salud mental se aplicó la adaptación de Casullo y Pérez (2008) del Cuestionario de 90 Síntomas Revisado (Symptom Checklist-90-R, SCL-90-R) del autor Derogatis (1994). Este evalúa el nivel de riesgo en que se encuentra una persona mediante nueve dimensiones de la salud mental como son: *Somatizaciones (SOM)*, *Obsesiones y compulsiones (OBS)*, *Sensitividad Interpersonal (SI)*, *Depresión (DEP)*, *Ansiedad (ANS)*, *Hostilidad (HOS)*, *Ansiedad Fóbica (FOB)*, *Ideación Paranoide (PAR)*, *Psicoticismo (PSIC)* y 3 índices globales: *Índice Global de Severidad (IGS)*, *Índice total de Síntomas Positivos (TSP)* e *Índice de Malestar Sintomático Positivo (IMSP)* (Gempp y Avendaño, 2008).

ARTÍCULO EN EDICIÓN – ARTICLE IN PRESS

El inventario está compuesto por 90 ítems de los cuales 83 responden a las dimensiones primarias y siete a alteraciones adicionales; consta de una escala tipo Likert con cinco opciones de respuesta: nada, muy poco, poco, bastante y mucho, puntuándose en un rango de 0 a 4 respectivamente. El inventario es aplicable a población de 11 a 24 años, lo cual la convierte en una herramienta práctica de evaluación en población adolescente/joven (Casullo y Pérez, 2008). La revisión bibliográfica indica que el instrumento muestra alta validez y que representa una alta consistencia interna, convergencia, concurrencia y capacidad predictiva (Rivera et al., 2013).

La variable HHSS se abordó mediante la Escala de Evaluación de Habilidades Sociales para Adolescentes (EEHSA) de la autora Refugio Ríos (2014); esta permite identificar en población joven entre 11-25 años, mediante 50 ítems que componen seis factores (Tabla 1), posibles déficits relacionados a problemas de interacción social disfuncional, pudiendo tener implicaciones negativas en otras esferas vitales al adoptar conductas incompatibles con las normas sociales (Ríos, 2014). El formato de la prueba corresponde a un auto reporte tipo Likert de cinco opciones de respuesta: nunca, raras veces, algunas veces, frecuentemente y siempre, puntuadas de 1 a 5.

Tabla 1

Factores y reactivos de HHSS de la prueba

Factores	Nº Reactivos	Reactivos/Habilidades	
1. Habilidades Iniciales Básicas (HIB)	8	12) Seguir instrucciones. 7) Presentar a otras personas. 22) Pedir permiso.	24) Ayudar a otros cuando lo solicitan. 5) Agradecer. 43) Motivación intrínseca.

ARTÍCULO EN EDICIÓN – ARTICLE IN PRESS

		1) Escuchar.	21) Lograr un permiso.
2. Habilidades Sociales de Comunicación (HSC)	7	3) Mantener una conversación. 6) Presentarse. 23) Ofrecer ayuda a otros de manera voluntaria. 11) Dar instrucciones.	2) Iniciar una conversación. 10) Participar en grupo o equipo. 41) Expresar tu punto de vista en una conversación.
3. Habilidades Sociales para el manejo de los Sentimientos (HSS)	7	16) Expresar sentimientos (positivos y negativos). 15) Conocer los sentimientos propios 9) Pedir ayuda. 13) Disculparse.	17) Comprender los sentimientos de los demás (empatía). 18) Expresar afecto. 8) Hacer cumplidos.
4. Habilidades Alternativas a la Agresión (HAA)	10	36) Defender a un amigo. 20) Autorrecompensarse. 31) Reclamar de forma adecuada. 14) Convencer a los demás. 25) Negociar.	34) Afrontar la vergüenza. 35) Afrontar la frustración. 27) Defender los derechos propios. 39) Aclarar un mensaje confuso. 33) Expresión de opiniones honestas en situación de juego.
5. Habilidades de Afrontamiento del Estrés (HAE)	7	26) Emplear autocontrol. 30) Mantenerse fuera de peleas. 19) Enfrentar el miedo. 40) Responder a una acusación (reclamar).	28) Afrontar la burla. 29) Evitar problemas con los demás. 32) Responder a una queja.
6. Habilidades de Planeación y Toma de Decisiones (HPTD)	11	45) Decidir de forma real lo que se puede hacer antes de iniciar una tarea. 49) Tomar decisiones por orden de importancia. 38) Afrontar el fracaso. 48) Resolver los problemas según su importancia. 37) Responder a la persuasión. 41) Preguntar.	46) Reconocer las propias capacidades. 50) Planear actividades antes de realizarlas. 47) Obtener información. 44) Discernir sobre la causa de un problema. 42) Resistir a la presión de grupo.

Fuente: tomado del manual de Ríos Saldaña “Escala de Evaluación de Habilidades Sociales en Adolescentes” (p. 5-6).

ARTÍCULO EN EDICIÓN – ARTICLE IN PRESS

Análisis de datos

Para los resultados obtenidos se eligió el programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) en su versión 28.0 por su fácil control y por permitir trabajar desde la estadística descriptiva, correlacional y avanzada mediante los estadígrafos que dispone. En el análisis estadístico de los datos se empleó un intervalo de confianza de 95%.

Aspectos éticos de la investigación

Para efectos de esta investigación se tuvo en cuenta lo regulado por la resolución 8430 de 1993 (concerniente a la investigación con humanos), la Ley 1090 de 2006 (referente al código deontológico del psicólogo) y la Ley 1616 de 2013 (respecto a la salud mental). Por lo anterior, se siguieron las siguientes acciones: primero, dar información clara, concisa y precisa sobre la investigación a directivos y profesores y funcionarios de bienestar universitario de la institución; así mismo, a los y las estudiantes participantes de la investigación.

En segundo lugar, se hizo uso del consentimiento informado por el cual los y las participantes dieron su libre y voluntaria autorización para hacer parte del proyecto, donde se especificaba que el manejo de los datos recolectados sería de carácter confidencial y que serían empleados con fines netamente académicos y de salud mental; a su vez, dicho consentimiento contenía un correo de contacto en caso de que alguno o alguna de las participantes tuviese alguna inquietud, molestia o quisiera desistir del proceso en sí. Finalmente, se realizó un informe de socialización con directivos y funcionarios de bienestar universitario con el propósito de reflexionar sobre las acciones en salud mental y bienestar que desarrolla la institución con respecto a la comunidad estudiantil.

ARTÍCULO EN EDICIÓN – ARTICLE IN PRESS

Resultados

La muestra final (179 personas) estuvo conformada por 116 mujeres (64.8%) y 63 hombres (35.2%), los cuales se consideraron en la misma proporción de sexo masculino (n= 63) y femenino (n= 116), con un rango de edad entre los 16 a 25 años (\bar{X} = 19.60). Con respecto a los programas de formación, los instrumentos fueron aplicados a 12 tecnologías: Control de calidad en la industria de alimentos (7.8%), Gestión de empresas agropecuarias (8.9%), Gestión de empresas pecuarias (10.1%), Gestión de proyectos económicos y sociales (4.5%), Gestión de recursos naturales (5.0%), Prevención y control ambiental (4.5%), Procesamiento de alimentos (7.3%), Procesos biotecnológicos (3.4%), Producción agropecuaria ecológica (8.4%), Producción ganadera (36.3%), Química aplicada a la industria (2.8%) y Vigilancia y control ambiental (1.1%).

Se encuentra que un 20.1% de la muestra proviene de zona rural y 79.9% del sector urbano, donde el 81.6% refiere ser estudiante y el 18.4% ser estudiante y laborar simultáneamente; el 1.7% se reconoció como Afro, 2.2% como Originario, 0.6% como Raizal y 95.5% no se reconoció en ningún grupo. Es de aclarar que la formación en esta institución es de carácter trimestral, por ende, fueron seleccionados los aprendices que se encontraran en su primer año de formación; así, quienes cursaban el primer y segundo trimestre fueron tomados como estudiantes de primer semestre (78.2%), y quienes hacían parte del tercer y cuarto trimestre se ubicaron como estudiantes de segundo (21.8%). El nivel educativo de los aprendices estuvo compuesto por los niveles de formación tecnológica (96.1%), universitaria

ARTÍCULO EN EDICIÓN – ARTICLE IN PRESS

incompleta (2.8%) y universidad completa (1.1%). Por otro lado, el 88.8% refirió ser soltero, 1.7% casado, 1.1% separado y 8.4% en unión libre.

Frente a los instrumentos aplicados, los criterios de riesgo de la prueba SCL-90-R fueron los siguientes: aquellas personas que obtenían una puntuación T mayor a 60, se les situaba en un riesgo alto (RA); puntuaciones entre los rangos T 40 y 60, fueron indicativas de un riesgo medio (RM); en tanto puntajes iguales o inferiores a 39 indicaban riesgo bajo (RB) de afectación. De este modo, a través del análisis estadístico de los datos se obtuvieron las siguientes puntuaciones de riesgo para las dimensiones e índices de la prueba (tabla 2).

Tabla 2

Puntuaciones obtenidas en las dimensiones e índices de la prueba SCL-90-R según nivel de riesgo

	SOM	OBS	SI	DEP	ANS	HOS	FOB	PAR	PSIC	IGS	TPS	IMSP
RB	15,6%	19,6%	17,9%	12,9%	12,3%	16,2%	22,9%	16,2%	18,4%	16,8%	15,6%	12,8%
RM	69,9%	64,8%	67%	73,1%	73,2%	72,1%	63,7%	70,4%	67,6%	70,9%	68,8%	69,8%
RA	14,5%	15,6%	15,1%	14%	14,5%	11,7%	13,4%	13,4%	14%	12,3%	15,6%	17,3%

Fuente: elaboración propia.

Por su parte, la prueba EEHSA identifica si el sujeto es hábil, medianamente hábil o no hábil en cada uno de los seis factores, o lo mismo, si el nivel de desarrollo de dichas habilidades es bajo, medio o alto. Así, a partir de un puntaje T mayor a 60 se considera un nivel de desarrollo de la habilidad alto (NDA); si el puntaje T se encuentra entre los rangos 40 y 60 se consideran niveles de desarrollo medios (NDM); en cambio, un puntaje T inferior

ARTÍCULO EN EDICIÓN – ARTICLE IN PRESS

a 40 indica un nivel de desarrollo bajo (NDB). Las puntuaciones obtenidas se exponen en la siguiente tabla:

Tabla 3

Puntuaciones obtenidas en los factores dimensiones de la prueba EEHSA según nivel de desarrollo

	HIB	HSC	HSS	HAE	HAA	HPDT
NDB	10,1%	7,8%	10,1%	9,5%	17,3%	10,1%
NDM	81,6%	81,6%	79,3%	79,3%	62%	79,9%
NDA	8,4%	10,6%	10,6%	11,2%	20,7%	10,1%

Fuente: elaboración propia.

Al cruzar estos resultados con las variables sociodemográficas, empleando los estadígrafos chi-cuadrado (χ^2) para indagar la correlación entre variables y del *Phi* y *V de Cramer* para la intensidad de estas empleando el intervalo de confianza del 95%, se encontró que, en cuanto a sexo, los hombres evidenciaron mejor desempeño en los factores HSS y HAE. Ello en la medida de que, para el primer factor, 20,6% de los hombres (h) logró un puntaje alto frente al 5,2% de las mujeres (m). Para el segundo factor, la proporción fue de 20,6% (h) y 6% (m) con una significación bilateral de χ^2 y una intensidad de *Phi* y *V de Cramer* de 0.006. Ello permite inferir que, frente al sexo, se perciben diferencias significativas para las habilidades que componen los factores HSS y HAE. Frente a la prueba SCL-90-R, la tabla 4 resume las diferencias encontradas.

Tabla 4

ARTÍCULO EN EDICIÓN – ARTICLE IN PRESS

Puntuaciones obtenidas en las dimensiones e índices de la prueba SCL-90-R según nivel de riesgo

	SOM	OBS	SI	DEP	ANS	HOS	FOB	PAR	PSIC	IGS	TPS	IMSP
Mujeres	21,6%	19,8%	20,7%	16,4%	19,8%	13,8%	19,8%	16,4%	16,4%	16,4%	19,8%	21,6%
Hombres	1,6%	7,9%	4,8%	9,5%	4,8%	7,9%	1,6%	7,9%	9,5%	4,8%	7,9%	9,5%

Fuente: elaboración propia.

Como es posible apreciar, las mujeres obtuvieron en todas las dimensiones e índices de la prueba un puntaje mayor que los hombres, indicando mayores niveles de riesgo en éstas. Por otro lado, las significaciones bilaterales e intensidades de los estadígrafos fueron <0.001 en nueve de las 13 dimensiones/índices, indicando una confiabilidad muy alta de la correlación en cuestión; para las cuatro restantes las proporciones fueron: ANS ($\chi^2/\text{Phi}/V=0.006$), HOS ($\chi^2/\text{Phi}/V=0.012$), PSIC ($\chi^2/\text{Phi}/V=0.027$) e IMSP ($\chi^2/\text{Phi}/V=0.018$).

Además del sexo, la ocupación fue la única variable sociodemográfica que mostró una correlación e intensidad significativa con alguna de las dimensiones/índices/factores de las pruebas; a saber, su relación con el índice IMSP, donde 20,5% de las personas que estudian mostraron un nivel de riesgo alto frente a 3% de personas que estudian y laboran en dicha dimensión ($\chi^2/\text{Phi}/V=0.048$). Ello puede interpretarse en relación con que aquellas personas que sólo estudian tienden a magnificar sus síntomas de malestar en comparación con aquellos que estudian y laboran.

De igual forma, se encontraron otras diferencias que, si bien a la luz de los estadígrafos aplicados no demostró un nivel de correlación significativo, resultan importantes de exponer. Así, respecto al factor semestre, se resaltan las diferencias dadas en la dimensión DEP (12.1%

ARTÍCULO EN EDICIÓN – ARTICLE IN PRESS

de primer semestre en riesgo alto frente al 20.5% de segundo semestre en dicho riesgo) resaltando que, a medida que se escala en los semestres, esta dimensión tiende a aumentar sus niveles de riesgo. Así mismo, en el caso de las HHSS, las diferencias sólo fueron considerables en el factor HAA (19.3% frente a 25,6%) indicando que, probablemente, a medida que se avanza en los semestres, estos factores se ven alterados y reducidos de alguna forma.

Frente a la ocupación se obtuvo, respecto a las HHSS, un mejor desempeño en aquellos estudiantes que laboran en los factores HAA (17.8% de aquellos que solamente estudian frente a 33.3% de quienes estudian y laboran) y HS TOTAL (9.6% frente a 15.2%). Respecto a las dimensiones del SCL-90-R, se observó un mayor riesgo general en aquellos que estudian frente a quienes estudian y laboran, exceptuando TSP (15% frente a 17,9%). Por otro lado, al indagar las discrepancias dadas por el lugar de procedencia, se evidencian diferencias en las dimensiones OBS respecto a obtener un puntaje de alto riesgo (8,3% para aquellos que provienen de zona rural y 17.5% de zona urbana), DEP (8.3% frente a 15.4%) e IMSP (11.1% frente a 18.9%). En las HHSS, se encontraron diferencias para los factores HSS (nivel de desarrollo alto en 19.4% de las personas de procedencia rural frente a 8.4% de zonas urbanas), HAE (19.4% frente a 9.1%) y HPTD (2.8% frente a 11.9%).

De otro lado, están los resultados arrojados al realizar una agrupación por edades (16 a 20 años, n= 133; 21 a 25 años, n= 46). Así, en HIB, 6,8% de los estudiantes menores a 21 años tuvieron un nivel de desarrollo alto, frente a 13% de estudiantes mayores a 20 años. Para HSS, se observó 5,2% frente a 20,6%. En HAA, se encontró 16,4% frente a 28,6%. Para HAE, se identificó 9,8% frente a 15,2%. En la salud mental, se halló diferencias significativas para

ARTÍCULO EN EDICIÓN – ARTICLE IN PRESS

las dimensiones SOM (17,3% de los estudiantes menores a 21 años tuvieron un nivel de riesgo bajo frente a 10,9% de estudiantes mayores a 20 años), SI (16,5% frente a 21,7%), ANS (10,5% frente a 17,4%), FOB (21,8% frente a 26,1%), PAR (18% frente a 10,9%) y PSIC (15,8% frente a 26,1%).

Ahora bien, para el nivel de análisis relacional se empleó el coeficiente de correlación de Pearson (ρ) dado el tamaño de la muestra y la distribución normal de los datos. Así, al realizar análisis correlacionales bivariados entre el factor TOTAL de HHSS y los factores totales de las dimensiones e índices del SCL-90-R, se obtuvieron estos resultados: SOM ($\rho = -0.246$), OBS ($\rho = -0.414$), SI ($\rho = -0.321$), DEP ($\rho = -0.404$), ANS ($\rho = -0.286$), HOS ($\rho = -0.232$), FOB ($\rho = -0.349$), PAR ($\rho = -0.339$), PSIC ($\rho = -0.259$), IGS ($\rho = -0.365$), TSP ($\rho = -0.330$) e IMSP ($\rho = -0.248$). El nivel de significación bilateral fue de <0.001 en todos los casos a excepción de HOS ($= 0.002$).

Por consiguiente, es posible inferir que las HHSS tienen una relación inversamente proporcional con las alteraciones en salud mental. Es decir, a mayor desarrollo de estas habilidades, menor es el riesgo de presentar algún tipo de alteración mental, pues la significación demuestra que dicha inferencia es altamente confiable para los casos <0.001 . Bajo dicho modelo explicativo, se correlacionaron en la Tabla 2 todos los factores con todas las dimensiones e índices para encontrar cuáles factores de las HHSS tienen una mayor o menor relación con la salud mental.

Tabla 5

Factores de la prueba EEHSA y su potencial protector frente a las dimensiones del SCL-90-R

ARTÍCULO EN EDICIÓN – ARTICLE IN PRESS

Dimensión	Factores HHSS	Nivel de Correlación	Nivel de Significación
SOM	HSS, HAA, HPTD*	-0.179 / -0.197 / -0.250*	0.17 / 0.008 / <0.001*
OBS	HSC*, HSS*, HAA*, HAE*, HPTD*	-0.260* / -0.269* / -0.349* / -0.309* / -0.421	<0.001* / <0.001* / <0.001* / <0.001* / <0.001*
SI	HSS, HAA*, HAE, HPTD*	-0.171 / -0.314* / -0.213 / -0.348*	0.022 / <0.001* / 0.004 / <0.001*
DEP	HIB, HSC, HSS*, HAA*, HAE, HPTD*	-0.150 / -0.178 / -0.285* / -0.317* / -0.238 / -0.361*	0.045 / 0.017 / <0.001* / <0.001* / 0.001 / <0.001*
ANS	HSC, HSS, HAA, HAE, HPTD*	-0.154 / -0.167 / -0.230 / -0.192 / -0.289*	0.040 / 0.26 / 0.002 / 0.010 / <0.001*
HOS	HAA*, HAE, HPTD	-0.254* / -0.184 / -0.189	<0.001* / 0.014 / 0.011
FOB	HIB, HSC, HSS, HAA, HAE, HPTD*	-0.159 / -0.209 / -0.184 / -0.235 / -0.180 / -0.272*	0.033 / 0.005 / 0.014 / 0.002 / 0.016 / <0.001*
PAR	HSC, HSS, HAA*, HAE*, HPTD*	-0.165 / -0.203 / -0.331* / -0.270* / -0.252*	0.028 / 0.006 / <0.001* / <0.001* / <0.001*
PSIC	HSS, HAA*, HAE, HPTD*	-0.172 / -0.300* / -0.214 / -0.329*	0.021 / <0.001* / 0.004 / <0.001
IGS	HSC, HSS, HAA*, HAE*, HPTD*	-0.213 / -0.228 / -0.300* / -0.295* / -0.371*	0.004 / 0.002 / <0.001* / <0.001* / <0.001*
TSP	HSC, HSS, HAA, HAE, HPTD*	-0.163 / -0.220 / -0.243 / -0.242 / -0.379*	0.029 / 0.003 / 0.001 / 0.001 / <0.001*
IMSP	HSS, HAA*, HAE, HPTD	-0.203 / -0.270 / -0.205 / -0.182	0.006 / <0.001* / 0.006 / 0.015

Nota: Aquellos datos marcados con * indican que obtuvieron los mayores niveles de correlación negativa. *Fuente:* elaboración propia

En consecuencia, los valores permiten aseverar que todas las correlaciones encontradas fueron de índole negativa y que cerca de la mitad de las correlaciones obtuvieron un índice de significación muy confiable (<0.001). Esto indica que, aquellas personas evaluadas que poseen un alto nivel de desarrollo de los factores abordados, serían menos

ARTÍCULO EN EDICIÓN – ARTICLE IN PRESS

propensas a presentar algún nivel de riesgo medio o alto en las dimensiones nombradas. Además, a la luz de la hipótesis inicial, se puede afirmar que las HHSS se relacionan de alguna manera con ciertas afectaciones a nivel de salud mental, pues son factores específicos los que se vinculan con afectaciones puntuales de esta variable. A partir de este hallazgo, se procedió a detallar qué habilidades en concreto (Tabla 1) podrían demostrar una mayor relación con la salud mental de la muestra en cuestión (Tabla 3).

Tabla 6

Habilidades sociales concretas y su factor protector frente a las afectaciones mentales abordadas

Dimensión	Habilidad Social Específica
Somatizaciones (SOM)	12 (HIB); 2, 3*, 6, 23, 41 (HSC); 9*, 15*, 16* (HSS); 14, 20, 27, 31*, 34 (HAA); 19*, 26 (HAE); 38, 41, 45, 46, 47, 49, 50 (HPDT)
Obsesiones y Compulsiones (OBS)	1, 5, 12, 24, 43 (HIB); 2, 3*, 6, 10, 11, 23*, 41 (HSC); 9*, 13, 15*, 16*, 18* (HSS); 20*, 25, 27*, 31*, 33, 34*, 35, 39 (HAA); 19*, 26*, 28*, 29 (HAE); 37, 38*, 41, 42, 44, 45*, 46*, 47*, 49*, 50* (HPDT)
Sensitividad Interpersonal (SI)	5, 43 (HIB); 2*, 3*, 6, 23, 41 (HSC); 9, 13, 15, 16, 18* (HSS); 20*, 25, 27*, 31*, 33*, 34*, 35 (HAA); 19*, 26, 28*, 32 (HAE); 37, 38*, 41, 42, 44, 45, 46, 47, 49*, 50 (HPDT)
Depresión (DEP)	1, 12*, 43 (HIB); 2, 3, 6*, 10, 11, 23, 41 (HSC); 9*, 15*, 16*, 18 (HSS); 20*, 25, 27*, 31*, 33, 34*, 35 (HAA); 19*, 26, 28* (HAE); 37, 38*, 41, 45, 46, 47*, 49*, 50* (HPDT)
Ansiedad (ANS)	12 (HIB); 2, 3, 6, 11, 23, 41 (HSC); 9*, 15*, 16 (HSS); 20*, 25, 27, 31, 34 (HAA); 19*, 26, 28* (HAE); 37, 38*, 41, 46*, 47*, 49, 50 (HPDT)
Hostilidad (HOS)	12 (HIB); 2, 3* (HSC); 9, 13, 16 (HSS); 20*, 25, 31, 34, 35 (HAA); 19, 28, 29, 32 (HAE); 38, 45, 46, 47, 49, 50 (HPDT)
Ansiedad Fóbica (FOB)	1, 12, 43 (HIB); 2*, 3*, 6*, 11, 23, 41* (HSC); 9*, 15*, 16, 18 (HSS); 20, 25, 27, 31*, 34, 39 (HAA); 19*, 26, 28* (HAE); 38, 41*, 42, 44, 45, 46*, 47, 49, 50 (HPDT)

ARTÍCULO EN EDICIÓN – ARTICLE IN PRESS

Ideación Paranoide (PAR)	1, 5, 12 (HIB); 2, 3, 10*, 23 (HSC); 9, 15, 16, 18 (HSS); 20, 25, 27, 31, 33, 34* (HAA); 19*, 26, 28, 32 (HAE); 38, 45, 46, 47, 49, 50 (HPDT)
---------------------------------	---

Psicoticismo (PSIC)	5, 12, 43 (HIB); 3, 23 (HSC); 9*, 15, 16 (HSS); 14, 20, 25, 27, 31*, 33, 34* (HAA); 19*, 26, 28 (HAE); 37, 38, 45, 46, 47*, 49 (HPDT)
----------------------------	---

Nota: aquellos datos marcados con * indican que obtuvieron los mayores niveles de correlación negativa. Fuente: elaboración propia

De acuerdo con los datos expuestos, es posible aseverar que las HHSS que más contribuyen a una óptima salud mental son: “Mantener una conversación” (3), “Expresar sentimientos (positivos y negativos)” (16), “Enfrentar el miedo” (19), “Autorrecompensarse” (20), “Reclamar de forma adecuada” (31), “Afrontar la vergüenza” (34), “Afrontar el fracaso” (38), “Reconocer las propias capacidades” (46), “Obtener información” (47) y “Tomar decisiones por orden de importancia” (49), habilidades relacionadas con las nueve dimensiones abordadas. A esto se suman habilidades como “Iniciar una conversación” (2), “Pedir ayuda” (9), “Seguir instrucciones” (12), “Conocer los sentimientos propios” (15), “Negociar” (25), “Emplear autocontrol” (26), “Defender los derechos propios” (27), “Afrontar la burla” (28), “Decidir de forma real lo que se puede hacer antes de iniciar una tarea” (45) y “Planear actividades antes de realizarlas” (50), relacionadas a ocho dimensiones.

Así, en este estudio sobre habilidades sociales y salud mental en estudiantes de técnica y tecnológica de Caldas, Colombia, los resultados destacan la correlación negativa entre habilidades sociales y problemas de salud mental. Un mayor desarrollo de habilidades como la asertividad, la empatía y la resolución de conflictos se asocia con menores riesgos en varias afectaciones mentales, tales como las obsesiones, la paranoia y la depresión. Se observaron

ARTÍCULO EN EDICIÓN – ARTICLE IN PRESS

diferencias significativas en habilidades sociales y salud mental entre distintos grupos demográficos, lo que sugiere la necesidad de enfoques educativos personalizados. Estos hallazgos resaltan la importancia de integrar programas de desarrollo de habilidades sociales en la educación técnica y tecnológica para mejorar la salud mental y el bienestar de los estudiantes, subrayando la relevancia de investigaciones futuras en esta área.

Discusión

El presente estudio identificó que existe una correlación entre el fortalecimiento de las HHSS y un mayor nivel de salud mental en los jóvenes. En efecto, tal como lo expresan diversos autores, cuando los estudiantes tienen mayores HHSS, presentan más y mejores formas de enfrentar situaciones diversas, por lo que se acepta la hipótesis en torno a que existe una relación inversamente proporcional entre las HHSS y la salud mental (Del Prette y Del Prette, 2008-2013; Cuenca et al., 2019; Chau y Vilela, 2017; Rosentreter, 1996; Acela et al., 2019).

En este orden de ideas, se corrobora que desarrollar competencias en estas habilidades permite a los estudiantes no solo comprometerse con sus actividades académicas, sino también crear una base sólida sobre la cual sustentar su desempeño en diferentes aspectos de la vida y enfrentar con éxito las situaciones adversas, o sea, ser más funcionales en términos de salud mental (Gavin et al., 2020; Del Prette y Del Prette, 2008-2013). Pese a ello, cabe resaltar que la variable DEP mostró mayores niveles de prevalencia en estudiantes de semestres superiores.

ARTÍCULO EN EDICIÓN – ARTICLE IN PRESS

Por tanto, los datos señalan que, probablemente, a medida que se escala en la vida académica, este tipo de alteraciones se vuelven más constantes, lo cual es coherente con el hecho de que, en función de los retos intelectuales, los discentes necesitan de herramientas para afrontar no solo dichos desafíos de la mejor manera, también los inmersos en la vida social, familiar o los que tengan que ver la salud física y mental. Ello coincide con las investigaciones que caracterizan la etapa de formación superior como una etapa altamente estresante debido a las demandas académicas, financieras y sociales que enfrentan los jóvenes (Brougham et al., 2009; Dusselier et al., 2005; Chau y Van den Broucke, 2005; Stallman, 2010).

Así, de acuerdo con los hallazgos, se evidenció que existen diferencias en el desarrollo de las HHSS entre hombres y mujeres en las que, de acuerdo con el sexo, se fortalecen más determinadas habilidades que otras. La razón: los hombres presentan puntajes mayores en habilidades sociales cercanas con el manejo de los sentimientos (HSS) y el afrontamiento del estrés (HAE), difiriendo con ciertas investigaciones. Por ejemplo, en un estudio en la Universidad Autónoma de México, Acela et al. (2019) dicen que las mujeres mostraron resultados ligeramente mayores que los hombres, lo cual contrasta con lo hallado por Holst et al. (2017) quienes, en una comparación entre escolares de la Universidad Nacional Autónoma de México y de la Facultad de Estudios Superiores de Zaragoza, encontraron que los varones tienen mayores HHSS que las mujeres, principalmente en el área de la comunicación.

Quizá la explicación de dichas conclusiones radique en las demandas del estereotipo de género como un aspecto que repercute en la conducta de las personas; frente a las

ARTÍCULO EN EDICIÓN – ARTICLE IN PRESS

demandas, destaca el deber impuesto como cuidadoras, como amas de casa y como futuras madres, lo cual puede afectar y limitar la elección de una profesión (Ureña y Quito, 2021, Ramírez, Manosalvas y Cárdenas, 2019; Farkas y Leaper, 2016) y privilegiar la empatía y la gentileza de ellas, en tanto en ellos se privilegia la asertividad, (Rojas, 2022; Rojas, 2021; Holst et al., 2017). Luego se tiene que, para Caballo (1991), ello se debe a que los hombres tienen mayor facilidad para manifestar comportamientos asertivos, permitiéndoles ser más prácticos que las mujeres en el control de sus emociones y mayores capacidades para trabajar bajo presión, aspectos esperados por la sociedad.

En cuanto a los resultados en salud mental, respecto al sexo, los datos presentaron un comportamiento similar. Las mujeres obtuvieron puntajes mayores a los hombres en todas las dimensiones e índices de la prueba, indicando presencia de riesgo. Ciertos autores coinciden con dicha información como es el caso de Gempp y Avendaño (2008), quienes explican que es un hecho ampliamente demostrado que la prevalencia de malestar psicológico y síntomas psicopatológicos es mayor en las mujeres, patrón que se tiende a confirmar en los estudios con el SCL-90-R, donde la evidencia empírica parece comprobarlo tanto en las dimensiones sintomáticas como en los índices generales (Derogatis, 1994).

Al respecto Casullo (2004), a partir de la revisión de las respuestas dadas a los ítems de la prueba, se tiene que las mujeres tienden a mostrar síntomas relacionados con la inseguridad frente a la toma de decisiones, la tristeza, el dolor y sentirse poco valoradas a pesar de los esfuerzos; en tanto los hombres manifiestan síntomas comunes relacionados con el nerviosismo, la falta de calma y la inestabilidad psicomotora. Por su parte, Caparrós-Caparrós et al. (2007) trae a colación una serie de hipótesis que buscan explicar dicha

ARTÍCULO EN EDICIÓN – ARTICLE IN PRESS

diferencia, una de ellas es la hipótesis biologicista, por la cual se sostiene que “los cambios orgánicos son responsables de la mayor presencia de sintomatología en las mujeres” (p. 792); otras hipótesis parten en las diferencias de género en la expresión de las emociones o por los factores que se relacionan con procesos de socialización, mismos que se centran en los contenidos de los roles asignados por la cultura a hombres y mujeres.

Lo anterior se relaciona con lo expuesto por Rivera et al. (2013), donde dichas diferencias en los resultados podrían ser abordados desde aspectos o discrepancias culturales centradas en distintos modos de expresividad de los síntomas o divergencias culturales en la intensidad de cómo se afrontan o experimenta situaciones estresantes. Un dato llamativo es que en el área de salud mental se evidenciaron puntajes más altos en la dimensión OBS, DEP e IMSP en personas de procedencia urbana a personas provenientes del sector rural, generando así la inquietud sobre cuáles podrían ser los factores detonantes de que los habitantes urbanos tiendan a ser más obsesivos, depresivos y magnificar sus malestares en comparación a los habitantes del campo.

Una posible explicación, a nivel sociocultural, puede hallarse en el hecho de que la vida en la ciudad es altamente acelerada, requiriendo mayores niveles de atención al detalle (OBS), generando malestares a nivel psíquico que se manifiestan en síntomas de depresión (DEP), lo cual es acorde con lo dicho por la OMS (2021) al exponer que la depresión es la principal causa mundial de discapacidad a nivel mundial. Adicionalmente, dicho malestar puede deberse a estilos de afrontamiento deficientes, o lo mismo, repertorios conductuales que no responden a las exigencias del medio y los diferentes contextos que habita el ser humano.

ARTÍCULO EN EDICIÓN – ARTICLE IN PRESS

A partir de dicho planteamiento, Morales, Benítez y Agustín (2013) argumentan que las diferencias contextuales, principalmente las económicas, culturales y sociales, hacen que la zona rural enfrente condiciones sociales deficientes, limitando el desarrollo tanto de habilidades sociales como de habilidades para la vida en sus jóvenes. Luego, desde el aspecto de la salud mental, Loubat y Cuturrufo (2007) encuentran que, frente a una situación de enfermedad mental (brotos psicóticos en sus hijos e hijas), las personas del área urbana intentan sacar lo positivo de la situación para así resignificarla, en tanto las personas del área rural tienden, de lleno, a negar tal situación.

En suma, con todo lo ya expuesto, fue posible inferir que las correlaciones encontradas son de naturaleza negativa (en otras palabras, inversamente proporcionales) porque los índices de significación demuestran la confiabilidad de dicho hallazgo. Más allá de lo anterior, teniendo en cuenta la hipótesis inicial, es posible afirmar que, en el nivel de desarrollo de las HHSS, si bien en su conjunto se relacionan de alguna manera con ciertas afectaciones a nivel de salud mental, existen factores/habilidades específicas que se asocian con afectaciones puntuales en salud mental.

Entre las publicaciones que sustentan lo anterior y exponen que el hecho de desarrollar HHSS adecuadas incide directamente en la salud mental de universitarios, se destacan los estudios de Bolsoni-Silva y Lourerio (2015; 2014), en los cuales se sugiere que dicha relación se explica en el impacto de tienen las HHSS en las interacciones sociales con amigos, amigas y miembros de la familia, pues sin dicho estímulo social se generan complicaciones a futuro, mayormente desde las dificultades para hablar en público que, luego, derivan en problemas para manifestar sus afectos y emociones, disminuyendo notablemente su rendimiento en

ARTÍCULO EN EDICIÓN – ARTICLE IN PRESS

términos de interacciones sociales y la búsqueda de apoyo social y familiar (Mogollón-Canal, Villamizar-Carrillo y Padilla-Sarmiento, 2016), contribuyendo a manera de factor de riesgo en la ansiedad generalizada y la depresión, a lo cual se suma el factor de la estigmatización y el prejuicio social (Angélico, Crippa y Loureiro, 2012), condicionando aún más la manifestación del malestar negativo de la persona en cuestión.

Después de estas consideraciones, es posible aseverar que existen factores de riesgo importantes en la muestra abordada, donde las principales alteraciones se encuentran en la salud mental, tales como las dificultades familiares, la baja autoestima, las dificultades para expresar de forma libre y asertiva sus decires y sentires, el estrés frente a la carga académica y las exigencias alternas al medio educativo y contextual, como puede ser laborar de forma simultánea mientras se estudia. Por supuesto, si bien culturalmente se sabe que el tránsito de la vida estudiantil a la laboral supone una serie de retos y adaptaciones, esta muestra específica de estudiantes que laboran mostró mejores niveles en prácticamente todas las áreas de las HHSS y salud mental. Tal vez ello se deba a que, al ser parte de un contexto laboral, no han de enfrentarse a la incertidumbre de graduarse e iniciar la búsqueda de un empleo para generar ingresos lo más pronto posible, preocupación que es frecuente en el caso de los netamente estudiantes (Chau y Saravia, 2014).

Por estas razones, se hace necesario llevar a cabo actividades de detección y prevención de factores de riesgo en los contextos de educación superior, promocionando la salud mental y el fortalecimiento de estas habilidades en pro de contribuir e incrementar el bienestar de los estudiantes y/o mitigar los posibles riesgos relacionados con los resultados obtenidos. Esto porque diferentes autores, por citar Rosentreter (1996), Alarcón (2019) y

ARTÍCULO EN EDICIÓN – ARTICLE IN PRESS

Cuenca (2020), sugieren que enseñar HHSS termina por ser un factor protector de la salud mental de los jóvenes estudiantes y una estrategia de prevención de la psicopatología.

Ello se ancla a lo expresado por la OMS (2020) y la UNICEF (2012) desde la formación de niños, niñas y adolescentes en “habilidades para la vida”, un deber de la familia y de la educación en todos sus niveles, contribuyendo a la prevención de múltiples problemas de salud y para la vida misma, tales como: violencias, embarazos inoportunos, abuso de sustancias, bajo rendimiento académico y deserción escolar. Dicho concepto, creado por Botvin (1996, 1999), orienta las habilidades sociales ya no solo hacia la importancia de una comunicación asertiva, sino que busca la promoción de aquellas habilidades (sociales, emocionales y cognitivas) que permiten a la persona enfrentarse de manera exitosa a las exigencias y desafíos que hacen parte de la vida cotidiana para así alcanzar un verdadero desarrollo humano.

Es dicho conjunto de habilidades las que contribuyen a la promoción de la salud mental, en términos de mejoramiento del bienestar y de la calidad de vida en este grupo poblacional; es una relación inversamente proporcional en la que, a medida que se fortalecen las habilidades sociales, se adquieren importantes competencias que se convierten en habilidades para la vida, disminuyendo el riesgo de psicopatología tal y como lo concibe Derogatis (1977, 1986, 1993, 1994, 2011) que, aplicado a los hallazgos de este artículo, puede verse en los resultados obtenidos frente a la obsesión, depresión, paranoia y ansiedad.

Puntualmente, las instituciones de educación superior colombianas han de concebir el hecho de que gran parte de sus estudiantes, frente a la vulnerabilidad en torno a la salud

ARTÍCULO EN EDICIÓN – ARTICLE IN PRESS

mental, no se perciben susceptibles a ello, razón por la cual se involucran en conductas de riesgo y no buscan apoyo social ni familiar, hecho preocupante cuando se encuentran índices en los cuales los estudiantes observan que los problemas psicológicos afectan “bastante” (46,7%, n= 390) y “mucho” (33%, n= 276) sus vidas (Mogollón-Canal, Villamizar-Carrillo y Padilla-Sarmiento, 2016); siendo pertinente la divulgación en estos contextos de términos como acompañamiento, formas de ayudar, conocer la enfermedad, salud mental y enfermedad mental (Herrera, 2021).

Por todo lo anterior, se hace necesario redimensionar el concepto de salud mental pensado desde la formación en la escuela, un concepto de salud escolar que involucre a todos los actores que tiene influencia sobre la vida de los niños, las niñas y los jóvenes (Flórez y Vélez, 2020). Es posible educar en la expresión de habilidades sociales tales como: la asertividad, el conocimiento de sí mismo, el manejo de las tensiones y las capacidades de afrontamiento, entre otras habilidades sociales; así, deberían privilegiarse la enseñanza y el aprendizaje de las HHSS en el contexto educativo antes de tener que llegar a costosos tratamientos en el consultorio de los profesionales en salud mental.

Finalmente, destacar cuatro limitaciones del estudio: 1) el tamaño de la muestra abordada, factor que limita la generalización de los resultados y, con ello, la validez estadística de los datos; 2) la falta de homogeneidad en cuanto a variables sociodemográficas, lo cual puede conducir a resultados que no son completamente representativos de todas las subpoblaciones; 3) no contar con baremos colombianos para los instrumentos empleados hace que los resultados no reflejen con precisión las particularidades culturales y sociales de esta población, limitando la capacidad de explicación de los hallazgos a otros contextos o

ARTÍCULO EN EDICIÓN – ARTICLE IN PRESS

grupos poblacionales colombianos; 4) no se abordaron las dinámicas contextuales ni culturales que podrían estar contribuyendo a un mayor nivel de riesgo en salud mental de la población en cuestión, lo cual podría resultar en una comprensión incompleta de cómo estos elementos influyen en las variables centrales del estudio.

Conclusiones

Se analizó el estado de la salud mental y las habilidades sociales de los estudiantes de un centro de formación en educación terciaria del departamento de Caldas, con la intención de que los resultados obtenidos fuesen insumo para la reflexión en torno a las estrategias y proyectos bienestar orientados en la institución analizada en pro a la detección temprana de factores de riesgo o que sirvieran de pretexto para la implementación de actividades de promoción y prevención de los riesgos psicosociales en los estudiantes. Con ello, sin perder de vista las limitaciones del estudio, y apoyados en los hallazgos de Rojas (2022), Rojas (2021), Ureña y Quito (2021), Ramírez, Manosalvas y Cárdenas (2019), Holst et al. (2017), Farkas y Leaper (2016) y Caballo (1991), es posible inferir que, en HHSS, ambos géneros presentan puntuaciones altas en factores específicos, concluyendo así que existen habilidades sociales en las que los hombres son más “hábiles” o “diestros” que las mujeres de acuerdo, principalmente, a su género.

También se evidencia que existen alteraciones significativas de salud mental en los estudiantes del centro en cuestión, encontrando una mayor presencia de riesgo en personas del género femenino. Consecuentemente, a pesar del óptimo nivel de desarrollo que presentó

ARTÍCULO EN EDICIÓN – ARTICLE IN PRESS

la muestra en sus HHSS, su salud mental manifiesta niveles de riesgo considerables que, de tomar la hipótesis inicial, deberían ser bajos. Ello puede explicarse, retomando a la OMS (2022), debido a la multiplicidad de determinantes que influyen en la salud mental, donde la adecuada competencia en dichas habilidades es tan solo un factor protector más de toda una amplia gama de consideraciones a abordar en futuras investigaciones en torno al tema.

Entre estos temas están las dificultades económicas y la falta de acceso a recursos básicos, mismos que pueden aumentar significativamente el estrés y la ansiedad en los estudiantes, incluyendo no solo recursos financieros, sino también de acceso a servicios de salud mental adecuados; otro tema es el ambiente familiar y las dinámicas relacionales, que pueden jugar un papel crucial en la salud mental, hecho que enarca la importancia de indagar dicho aspecto en los y las estudiantes dado que, las familias de carácter disfuncionales, donde se presentan conflictos domésticos o la falta de un sistema de apoyo emocional robusto, pueden contribuir al deterioro de la salud mental.

A esto se aúna la presión por obtener buenos resultados académicos que, junto con las altas expectativas de los profesores, padres y la sociedad, pueden generar niveles elevados de malestar psíquico. A su vez, es sabido que durante la etapa educativa muchas y muchos jóvenes atraviesan procesos complejos de formación de identidad y autoestima, donde la lucha por la autoaceptación y la gestión de la imagen corporal emergen como factores estresantes significativos, mismos que pueden verse afectados por factores culturales y de género, donde los roles tradicionales y las expectativas culturales pueden influir en cómo los estudiantes

ARTÍCULO EN EDICIÓN – ARTICLE IN PRESS

experimentan y manejan su salud mental afectando, por ejemplo, la expresión de emociones o la búsqueda de ayuda.

Finalmente, la exposición a situaciones de violencia o abuso, ya sea en el hogar, la escuela o la comunidad, es una cuestión de vital importancia a abordar por los impactos negativos y duraderos en la salud mental de los jóvenes. Por todo ello, queda abierta la posibilidad, por un lado, de generar investigaciones enfocadas a las dinámicas contextuales y culturales que puedan estar contribuyendo a un mayor nivel de riesgo en salud mental de la población en cuestión; por otro, la posibilidad de continuar con la investigación en otros centros de formación de la región con el fin de abarcar una mayor población, obtener datos más precisos y poder ejecutar planes de promoción, prevención e intervención en los programas de acompañamiento estudiantil de las IES que contribuyan a la promoción de la salud mental de los y las jóvenes.

Referencias

- Alarcón, R. (2019). La Salud Mental de los estudiantes universitarios. *Revista Médica Herediana*, 30(4), 219-221. <https://doi.org/10.20453/rmh.v30i4.3655>
- Albornoz, J. F. y Herrera, S. P. (2022). Ansiedad social y habilidades sociales en estudiantes de psicología clínica de la Universidad del Azuay [Tesis de pregrado, Universidad del Azuay]. Repositorio Institucional. <http://dspace.uazuay.edu.ec/handle/datos/11521>
- Angeles, Y. N. y Perez, S. L. (2023). *Ansiedad y Habilidades Sociales en estudiantes del primer año de la Escuela de Educación Superior Técnica Profesional de la Policía Nacional del Perú Huancayo – Junín 2022* [Tesis de pregrado, Universidad Continental]. Repositorio Institucional Continental. <https://hdl.handle.net/20.500.12394/13257>
- Angélico, A. P., Crippa, J. A. & Loureiro, S. R. (2012). Utilização do Inventário de Habilidades Sociais no Diagnóstico do Transtorno de Ansiedade Social. *Reflexão e Crítica*, 25(3), 467-476. <https://www.scielo.br/j/prc/a/TK49DsqQWR3qRxGKNn8LmbF/?format=pdf&lang=pt>

ARTÍCULO EN EDICIÓN – ARTICLE IN PRESS

- Arias, M. R., Lloreda, M.V. y Lloreda, M. J. (2014). *Psicometría*. Alianza Editorial.
- Bandura, A. y Rivièrè, Á. (1982). *Teoría del aprendizaje social*. Espasa-Calpe.
- Morales, M., Benítez, M. y Agustín, D. (2013). Habilidades para la vida (cognitivas y sociales) en adolescentes de una zona rural. *Revista Electrónica de Investigación Educativa*, 15(3), 98-113. <http://redie.uabc.mx/vol15no3/contenido-moralesetal.html>
- Berrío, N. G. y Toro, A. A. (2018). Asertividad en practicantes de psicología de una institución colombiana de educación superior. *PSICOESPACIOS*, 12(21), 60-75. <https://doi.org/10.25057/issn.2145-2776>
- Bolsini-Silva, A. T., & Loureiro, S. R. (2015). Anxiety and Depression in Brazilian Undergraduate Students: The Role of Sociodemographic Variables, Undergraduate Course Characteristics and Social Skills. *British Journal of Applied Science & Technology*, 5(3), 297-307. <https://journalcjast.com/index.php/CJAST/article/view/517>
- Bolsoni-Silva, A. T. & Loureiro, S. R. (2014). The Role of Social Skills in Social Anxiety of University Students. *Paidéia*, 24(58), 223-232. <https://doi.org/10.1590/1982-43272458201410>
- Botving, G. (1996). *Life Skills Training: Teacher's Manual for middle/Junior High School*. Princeton Teacher's Health Press.
- Botving, G. (8-10 de septiembre de 1999). *Skills Life* [Conferencia]. Reunión de la Expertos en Habilidades para Vivir. Cede Central de la OEA, Washington, Estados Unidos.
- Brougham, R. R., Zail, C. M., Mendoza, C. M. & Miller, J. R. (2009). Stress, Sex Differences, and Coping Strategies Among College Students. *Current Psychology*, 28, 85-97. <https://doi.org/10.1007/s12144-009-9047-0>
- Caballo, V. E. (1991). El entrenamiento en habilidades sociales. En V.E. Caballo (Ed.), *Terapia y modificación de conducta* (pp. 403–443). Siglo Veintiuno.
- Caballo, V. E. y Carroble, J. A. (1988). *Teoría, evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. Promolibro.
- Caparrós-Caparrós, B., Villar-Hoz, E., Juan-Ferrer, J. & Viñas-Poch, F. (2007). Symptom Check-List-90-R: fiabilidad, datos normativos y estructura factorial en estudiantes universitarios. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(3), 781-794. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33770314>
- Casullo, M. M. (5 de mayo 2004). *SCL-90-R. Adaptación UBA CONICET*. <https://www.fundacionforo.com/pdfs/inventariodesintomas.pdf>
- Casullo, M. M. y Pérez, M. (4 de abril 2008). *SCL-90-R. Adaptación UBA*. http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/070_psicoterapias1/material/inventario_sintomas.pdf

ARTÍCULO EN EDICIÓN – ARTICLE IN PRESS

- Casullo, M. M. (2006). Síntomas psicopatológicos en adultos urbanos. *Psicología y Ciencia Social*, 6(1), 49-57. <https://www.redalyc.org/pdf/314/31406105.pdf>
- Chau, C. y Saravia, J. C. (2014). Salud percibida y adaptación a la vida universitaria. *Revista Colombiana de Psicología*, 23(2), 269-284. <https://doi.org/10.15446/rcp.v23n2.41106>
- Chau, C. y Vilela, P. (2017). Variables asociadas a la salud física y mental percibida en estudiantes universitarios de Lima. *Liberabit*, 23(1), 82-102. <https://doi.org/10.24265/liberabit.2017.v23n1.06>
- Cliniciu, A. I. (2013). Adaptation and Stress for the First Year University Students. *Procedia, Social and Behavioral Sciences*, 78, 718-722. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2013.04.382>
- Cometa, J. A. (2018). *Habilidades sociales para la prevención del consumo de sustancia psicoactivas* [Tesis de pregrado, Universidad Cooperativa de Colombia]. Repositorio Institucional. <https://repository.ucc.edu.co/server/api/core/bitstreams/1ca020ff-2c50-403f-aa9d-667381a2c0e0/content>
- Cuenca, N., Robladillo, L., Meneses, M. y Suyo, J. (2020). Salud Mental en adolescentes universitarios Latinoamericanos: Revisión sistemática. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*, 39(6), 689-695. <https://doi.org/105281/zenodo.4403731>
- De la Barra, M. F., Vicente, P. B., Saldivia, B. S. y Melipillán, A. R. (2012). Estudio de epidemiología psiquiátrica en niños y adolescentes en Chile. Estado actual. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 23(5), 521-529. [https://doi.org/10.1016/S0716-8640\(12\)70346-2](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(12)70346-2)
- Del Prette, Z. A. y Del Prette, A. (2008). Un sistema de categorías educativas de habilidades sociales. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 18(41), 517-530. <https://doi.org/10.1590/S0103-863X2008000300008>
- Derogatis, L. R. (1977). *SCL-90-R: administration, scoring & procedures manual*. Clinical Psychometric Research.
- Derogatis, L. R. (1986). *SCL-90-R administration, scoring & procedures manual II for the revised version and other instruments of the psychopathology rating scale series*. Clinical Psychometric Research.
- Derogatis, L. R. (1993). *BSI, Brief Symptom Inventory: administration, scoring & procedures manual*. National Computer Systems.
- Derogatis, L. R. (1994). *SCL-90-R: symptom checklist-90-R: administration, scoring & procedures manual* (3rd ed.). National Computer System.
- Derogatis, L. R. (2011) *SCL-90-R, Test de los 90 síntomas*. Pearson.
- Dusselier, L., Dunn, B., Wang, Y., Shelley II, M. C. & Whalen, D. F. (2005). Personal, health, academic, and environmental predictors of stress for residence hall students.

ARTÍCULO EN EDICIÓN – ARTICLE IN PRESS

- Journal of American college health*, 54(1), 15-24. <https://doi.org/10.3200/JACH.54.1.15-24>
- Farkas, T. & Leaper, C. (2016). Chivalry's double-edged sword: How girl's and boys' paternalistic attitudes relate to their possible family and work selves. *Sex Roles: A Journal of Research*, 74(5-6), 202-230. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1007/s11199-015-0556-z>
- Flórez, L. A. y Vélez, H. B. (2020). *Competencia Social y Salud Escolar: Un Modelo de Trabajo basado en el Proceso Motivacional Humano*. Manual Moderno.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (2014). *Habilidades para la Vida, Herramientas para el Buen Trato y la Prevención de la Violencia*. UNICEF. <https://www.unicef.org/venezuela/media/431/file/Habilidades>
- Gavín-Chocano, Ó., Molero, D., Ubago Jiménez, J. L. & García Martínez, I. (2020). Emotions as Predictors of Life Satisfaction among University Students. *International journal of environmental research and public health*, 17(24), 1-14. <https://doi.org/10.3390/ijerph17249462>
- Gemp, R. F. y Avendaño, C. B. (2008). Datos Normativos y Propiedades Psicométricas del SCL-90-R en Estudiantes Universitarios Chilenos. *Terapia psicológica*, 26(1), 39-58. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082008000100004>
- Gómez-Acosta, C. A. (2018). Factores psicológicos predictores de estilos de vida saludable. *Revista de Salud Pública*, 20(2), 155-162. <https://doi.org/10.15446/rsap.V20n2.50676>
- Gómez Restrepo C, Auli J., Tamayo, N., Gil, F., y Casas, G. (2016). Prevalencia y factores asociados a trastornos mentales en la población de niños colombianos. Encuesta Nacional de Salud Mental (ENSM) 2015. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 45(S1), 39-49. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rcp.2016.06.010>
- Gómez Restrepo, C., Malagón, N. R., Eslava Schmalbach, J., Ruiz, R. y Gil, J. F. (2021). Factores asociados al reconocimiento de trastornos y problemas mentales en adolescentes en la Encuesta Nacional de Salud Mental, Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 50(1), 3-10. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2019.09.002>
- Gresham, F. M. (2011). Análise do comportamento aplicada às habilidades sociais. En A. Del Prette y Z.A.P. Del Prette (Eds.), *Psicologia das habilidades sociais: Diversidade teórica e suas implicações* (2da ed., pp. 17-66). Petrópolis: Vozes.
- Herrera, L. L. (2021). Representaciones sociales de los términos salud mental y enfermedad mental em uma instituição de educação superior em Colombia. *Revista Iberoamericana de Psicología*, 15(2), 85-96. <https://doi.org/10.33881/2027-1786.rip.15208>
- Holst, I., Galicia, Y., Gómez, G. y Degante, A. (2017). Las habilidades sociales y sus diferencias

ARTÍCULO EN EDICIÓN – ARTICLE IN PRESS

- en estudiantes universitarios. *Vertientes*, 20(2), 22-29.
<https://www.medigraphic.com/pdfs/vertientes/vre-2017/vre172c.pdf>
- Kelly, J. (2002). *Entrenamiento de las Habilidades Sociales*. Descleé de Brower.
- Lacunza, A. B. (2012). Las intervenciones en habilidades sociales: revisión y análisis desde una mirada salugénica. *Psicodebate*, 12, 63-84. <https://doi.org/10.18682/pd.v12i0.367>
- Ley 1090 de 2006. Por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de Psicología, se dicta el Código Deontológico y bioético y otras disposiciones. 6 de septiembre de 2006. D.O. No. 46383.
<https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=66205>
- Ley1616 de 2013. Por medio de la cual se expide la ley de salud mental y se dictan otras disposiciones. 21 de enero de 2013. D. O. No. 48680.
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-1616-del-21-de-enero-2013.pdf>
- Loubat, M. O. y Cuturrufo, N. A. (2007). Estrategias de afrontamiento de padres respecto de los primeros brotes psicóticos de sus hijos y su relación con la adhesión a tratamiento. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 45(4), 269-277.
<https://www.scielo.cl/pdf/rchnp/v45n4/art02.pdf>
- Lourdes, M. T. (2019). Procesos psicológicos en los entornos virtuales. *Espacio Abierto*, 28(3), 91-107. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12264369006>
- Mogollón-Canal, O. M., Villamizar-Carriloo, D. J. y Padilla-Sarmiento, S. L. (2016). Salud mental en la educación superior: una mirada desde la salud pública. *Revista ciencia y Cuidado*, 13(1), 103-120.
<https://revistas.ufps.edu.co/index.php/cienciaycuidado/article/view/738>
- Muñoz, C. E., Sandstede, M. J. y Klimenko, O. (2017). Factores de riesgo y de protección para el consumo de drogas en los estudiantes del Instituto de Filosofía de la Universidad de Antioquia, 2016. *Revista Virtual de Ciencias Sociales y Humanas "Psicoespacios"*, 11(18), 149-170. <http://revistas.iue.edu.co/index.php/Psicoespacios>
- Olaz, F. O. (2012) *Escala de Autoeficacia Social para Universitarios (EAS-U): Estudios Psicométricos y Bases Conceptuales*. Editorial Académica Española.
- Olivari, C. & Mellado, C. (2019). Recognition of mental disorders in schooled adolescents: a descriptive study. *Medwave*, 19(3), 1-7.
<http://doi.org/10.5867/medwave.2019.03.7617>
- Organización Mundial de la Salud (4 de abril 2021). *Boletín virtual de salud mental del adolescente*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>

ARTÍCULO EN EDICIÓN – ARTICLE IN PRESS

- Organización Mundial de la Salud (5 de agosto 2022). *Informe mundial sobre salud mental: transformar la salud mental para todos. Panorama general.* <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240050860>
- Padilla-Romero, C. y Ortega-Blas, J. (2017). Adicción a las redes sociales y sintomatología depresiva en universitarios. *CASUS*, 2(1), 47-53. <https://hdl.handle.net/20.500.14095/252>
- Ramírez, R. F., Manosalvas, M. I. y Cárdenas, O. S. (2019). Estereotipos de género y su impacto en la educación de la mujer en Latinoamérica y el Ecuador. *Revista Espacios*, 40(41), 29-35. <https://www.revistaespacios.com/a19v40n41/19404129.html>
- Resolución 8430 de 1993 [Ministerio de Salud]. Por el cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. 4 de octubre de 1993. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>
- Restrepo, J. A. (2009/2012). *Desarrollo Humano y Habilidades para Vivir*. Universidad de Manizales.
- Reyes, A. S., Castillo, L. O. y Saldaña, M. R. R. (2019). Habilidades sociales básicas y su relación con la ansiedad y las estrategias de afrontamiento en estudiantes de medicina. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 22(2), 834-856. <https://www.revistas.unam.mx/index.php/repi/article/view/70134>
- Reyes, M. (2016). Relación entre Habilidades Sociales y Desempeño Docente desde la percepción de estudiantes adultos de universidad privada en Lima, Perú. *Revista Digital de Investigación en Docencia Universitaria*, 10(2), 17-31. <http://dx.doi.org/10.19083/ridu.10.465>
- Rivera, L. y Abuín, M. R. (2012). *LSB-50: Listado de Síntomas Breve*. TEA ediciones.
- Rivera Ledesma, A., Caballero, N. P., Pérez, I. N. y Montero López, M. (2013). SCL-90 R: Distrés psicológico, género y conductas de riesgo. *Universitas Psychologica*, 12(1), 105-118. <https://www.redalyc.org/pdf/647/64728729011.pdf>
- Ríos, M. (2014). *Manual de Interpretación de la Escala de Evaluación de Habilidades Sociales para Adolescentes EEHSA*. Editorial El Manual Moderno.
- Roca, E. (2014). *Cómo Mejorar Tus Habilidades Sociales*. ACDE Ediciones.
- Rojas, A. T. (2021). *Estereotipos de género y liderazgo en trabajadores de una empresa privada prestadora de servicios de salud de la ciudad del Cusco-2018* [Tesis de pregrado, Universidad Andina del Cusco]. Repositorio Digital Institucional. <https://repositorio.uandina.edu.pe/handle/20.500.12557/4668>
- Rojas, E. C. (2022). *Habilidades sociales y su relación con el parentizaje del área de desarrollo comunicación de los estudiantes del 2°do grado “A y B” de educación primaria en la institución*

ARTÍCULO EN EDICIÓN – ARTICLE IN PRESS

- educativa N°65117 Mario Denise Pezo Villacorta Distrito de Manantay, 2021* [Tesis de pregrado, Universidad Nacional de Ucayali]. Repositorio Institucional. <http://repositorio.unu.edu.pe/handle/UNU/5816>
- Rosentreter, Z. J. (1996). Habilidades sociales y salud mental. Un enfoque comunitario *Última Década*, (4), 1-21. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=19500413>
- Sampieri, R. H. y Mendoza, C. (2018). *Metodología de la investigación: las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. McGraw Hill.
- Segrin, C. & Taylor, M. (2007). Positive interpersonal relationships mediate the association between social skills and psychological well-being. *Personality and Individual Differences*, 43(4), 637-646. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2007.01.017>
- Stallman, H. M. (2010). Psychological distress in university students: A comparison with general population data. *Australian Psychologist Society*, 45(4), 249-257. <https://doi.org/10.1080/00050067.2010.482109>
- Ureña, L. M. y Quito, J. V. (2021). *Estereotipos de género e inteligencia emocional en adolescentes de la escuela de educación básica “Víctor Manuel Albornoz”*. Cuenca, 2020 [Tesis de Maestría, Universidad Politécnica Salesiana]. Repositorio Institucional. <https://dspace.ups.edu.ec/handle/123456789/21188>
- Vizcarro, C. (1994). Evaluación de las habilidades sociales. En Fernández Ballesteros, R. (Ed.), *Evaluación conductual hoy: un enfoque para el cambio en psicología clínica y de la salud* (pp. 347-384). Editorial Pirámide.
- World Health Organization (2020). *Life skills education school handbook. Prevention of noncommunicable diseases*. World Health Organization. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/331948/9789240004849-eng.pdf?isAllowed=y&sequence=1>