



Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua

UNAN- LEON

Facultad de Ciencias Médicas

Centro de Investigación en Demografía y Salud

CIDS



**Tesis de Investigación para optar a título de Máster en ciencias de la salud
con énfasis en salud mental y adicciones**

TEMA:

Habilidades sociales y uso de sustancias psicoactivas en adolescentes de cuarto
y quinto año del Instituto Reino de Suecia de la ciudad de Estelí.

AUTOR:

Lic. Khaled Yamil Ismael Reyes

TUTORA:

Dra. Teresa Alemán Rivera

León, 2015

AGRADECIMIENTOS

A la Facultad de Ciencias Médicas y al Centro de Investigación en Demografía y Salud (CIDS), a todos los docentes de la Maestría de ciencias de la salud con énfasis en salud mental y adicciones, II Cohorte, que compartieron sus conocimientos y permitieron que creciera personal y profesionalmente.

A las autoridades del MINED, equipo de dirección y estudiantes del Instituto Reino de Suecia por su participación en este estudio, sin ellos no hubiese sido posible completar este estudio.

A todas las personas que fueron parte de este proceso de aprendizaje y crecimiento personal y profesional durante este periodo.

DEDICATORIA

Dedico esta tesis primeramente a Dios que me ha dado entendimiento y sabiduría para completar este proceso. A mi madre Isolina Reyes Torres por mostrarme luz, sabiduría y acompañarme en mis tormentas y locuras.

ACRONISMOS

AMUNIC	Asociación de Municipios de Nicaragua
ASSIST	Prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias
DAJUV	Dirección de Asuntos Juveniles
DSM-IV	Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales vr. IV
INJUVE	Instituto de Juventud de Nicaragua
MINED	Ministerio de Educación
MINSA	Ministerio de Salud
MINJUVE	Ministerio de Juventud

RESUMEN

Las habilidades sociales han mostrado tener relación con el consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes escolares. **OBJETIVO:** Determinar la relación existente entre habilidades sociales y el uso de sustancias psicoactivas en adolescentes de cuarto y quinto año del Instituto Reino de Suecia de la ciudad de Estelí. **METODOLOGÍA:** Este estudio fue de tipo descriptivo de corte transversal realizado a 132 estudiantes. Los instrumentos utilizados para la recolección de información incluyeron datos sociodemográficos, la prueba para la detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST, vr. 3.0), cuestionario de habilidades para la vida e inventario de ansiedad estado-rasgo (STAI). Se crearon tablas de frecuencia absoluta y porcentual, tablas de contingencias para establecer las relaciones. **RESULTADOS:** Se observa que la prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas es de un 62.9% en los últimos tres meses. El rango de edad de mayor consumo son los 16-17 años con un 71%. Las sustancias de mayor prevalencia son el alcohol con un 59.1%, tabaco con 31.1%, cannabis con 15.9%, sedantes con 12.9% e inhalantes con 7.6%. Los consumidores muestran niveles altos de ansiedad estados y rasgo (62.5% y 68.3% respectivamente), así como niveles muy altos de ansiedad estado y rasgo (70% y 66% respectivamente). El 61% de los consumidores muestran un nivel inadecuado de habilidades sociales.

CONCLUSION: El presente estudio muestra una relación significativa entre el consumo de sustancias psicoactivas y niveles inadecuados de habilidades sociales. De igual manera los consumidores mostraron niveles altos y muy altos de ansiedad estado y ansiedad rasgo.

Palabras Claves: Habilidades sociales, consumo de sustancia, ansiedad.

ÍNDICE

Contenido	Numero de Pagina
<i>Introducción</i>	6
<i>Antecedentes</i>	7
<i>Justificación</i>	8
<i>Planteamiento del problema</i>	9
<i>Objetivos</i>	10
<i>Marco Teórico</i>	11
<i>Materiales y Métodos</i>	20
<i>Resultados</i>	27
<i>Discusión</i>	31
<i>Conclusiones</i>	33
<i>Recomendaciones</i>	34
<i>Referencias</i>	36
<i>Anexos</i>	38

INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas se ha identificado la importancia de las habilidades sociales para el desarrollo integral de adolescentes en sus relaciones con las exigencias que le exige un mundo cambiante. Estas habilidades sociales se adquieren en todo el ciclo de vida permitiendo una adaptación al medio sociocultural.

De igual manera “Las influencias del contexto, sumado a la adolescencia como una época de experimentación natural, llevan al apareamiento de comportamientos de riesgo: inicio precoz de actividad sexual, ausencia de utilización de protección en el acto sexual, bajos niveles de actividad física, uso de alcohol y otras sustancias psicoactivas”¹.

Los jóvenes muestran tener una baja percepción de riesgo ante el consumo de sustancias psicoactivas y sobre todo, se menciona que la influencia de los pares y el no contar con habilidades necesarias para el rechazo de sustancias psicoactivas, les puede llevar a experimentar con sustancias.²

Hay investigaciones revisadas (Suelves JM, Sánchez-Turet M.; Anguiano SA, Vega Valero CZ, Nava C, Soria R.) que soportan el planteamiento cuando exponen que la etapa de la adolescencia es el periodo de inicio en el consumo de alcohol y otras drogas, y que su abuso y camino hacia sustancias ilícitas está íntimamente relacionado a la adquisición de habilidades sociales y su ejercicio en los diferentes escenarios donde se mueve el adolescente (Familia, Barrio, Escuela, Comunidad).

Este estudio busca obtener evidencia de la relación entre habilidades sociales y consumo de sustancias psicoactivas en la adolescencia y será de utilidad para la toma de decisiones en el diseño, implementación y evaluación de programas de prevención basados en las habilidades sociales.

ANTECEDENTES

Según el Informe Mundial sobre las drogas 2014 de UNODC (Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito) el consumo de drogas sigue causando daños considerables en las personas consumidoras y/o dependientes en diversas áreas de sus vidas, familias y a nivel socioeconómico.

Los adolescentes y los jóvenes son especialmente vulnerables al uso indebido de drogas. “El consumo abusivo de drogas de este colectivo es incluso más de dos veces superior al de todo el resto de la población”⁴. Existen diversos estudios que plantean una serie de factores de riesgo para que adolescentes experimenten y consuman drogas ilícitas, entre ellas se mencionan “una fuerte presión ejercida por las personas de su entorno que les incita a experimentar, especialmente entre sus pares, en estrecha relación con factores individuales como una autoestima baja, y no contar con información, o no la suficiente, sobre los riesgos de las drogas para su salud”⁵.

“Si estos adolescentes viven en contextos de pobreza este déficit en habilidades sociales tiene un mayor efecto negativo, pues acelera las posibilidades de introducirse en el uso y abuso de sustancias (Alcohol y drogas ilícitas) y la escuela es un lugar privilegiado de inclusión social donde se puede promover y prevenir”⁶.

De igual manera la falta de habilidades sociales en adolescentes conlleva al empleo de estrategias inadecuadas de resolución de conflictos y problemas de la vida cotidiana que frecuentemente tienen un carácter social⁶.

Se conviene en que los déficits en habilidades sociales actúan como un elemento concurrente en diversos problemas entre los que se halla la drogadicción y, por otro lado, la conformación de una identidad personal y social adaptativa al escenario vital puede actuar como elemento protector ante la dependencia de sustancias psicoactivas⁷.

JUSTIFICACIÓN

Existen una serie de programas de prevención de conductas de riesgo (Como adicciones, violencia, salud sexual y reproductiva) que se basen en la adquisición y ejercicio de habilidades sociales. Sin embargo, no se ha encontrado investigaciones sobre la relación entre habilidades sociales y consumo de sustancias en adolescentes en Nicaragua. Por tanto, es un nicho de investigación.

Aunque hay un sinnúmero de iniciativas en Nicaragua (Ejemplos de estas iniciativas: 1. Formación en Habilidades para la Vida, desarrollada por Fe y Alegría- UNICEF Nicaragua y Colombia, como una estrategia de la OMS desde el año 1993; Estrategia Educativa del Programa Voz Joven ejecutado por UNFPA) que desarrollan herramientas metodológicas y/o dentro de proyectos y programas de desarrollo, que integran el aprendizaje de habilidades sociales.

Estos programas en su mayoría parten de experiencias e iniciativas traídas desde EE. UU. u otros países e implementadas en Nicaragua sin tener clara evidencia de su aplicación en nuestros contextos. De igual no se encuentran investigaciones publicadas a partir de esas iniciativas que demuestren, en nuestros contextos y realidades, una relación entre el adquirir o no estas habilidades sociales y presentar conductas de riesgo para iniciar y mantener el consumo de sustancias psicoactivas.

Esta investigación será de utilidad para obtener evidencia de esa relación y así se podrá tomar decisiones para el diseño, implementación y evaluación de programas de prevención basados en habilidades sociales y dirigidas a adolescentes y jóvenes. De igual manera puede generar la oportunidad para desarrollar procesos de investigación similares en otros contextos y realidades de Nicaragua.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En los últimos 5-8 años se ha observado muchos programas de intervención, ejecutados desde Agencias de Desarrollo, Instituciones del Estado (Aunque en el MINED aún impera el desarrollo de competencias a nivel de áreas tradicionales como Español y Matemáticas) y Sociedad Civil (Entre ellos: UNFPA, UNICEF, Save The Childrens, MINJUVE, MINED, AMUNIC, Casas de Adolescentes y Jóvenes, Puntos de Encuentro, etc.), que proponen desarrollar modelos de prevención basados en la adquisición, por parte de adolescentes y jóvenes, de habilidades sociales, partiendo de la premisa de que al mejorar las competencias de los jóvenes en habilidades sociales estos tendrían menores probabilidades del uso y abuso de sustancias, violencia y temas relacionados.

Sin embargo, en el aspecto investigativo no se logra encontrar trabajos que permitan establecer, por una parte la relación que existe en la adquisición y ejercicio de habilidades sociales y como esto influye en el consumo de sustancias (drogas) por parte de adolescentes y jóvenes Nicaragüenses. Es un tema que se ha mantenido en la agenda de intervención, pero sin investigación conocidas para medir los impactos de estas intervenciones.

Esto no quiere decir que el trabajo de intervenciones basados en competencias y habilidades sociales sea descartado, ya que hay un sinnúmero de investigaciones a nivel internacional que avalan buenas prácticas y resultados positivos al desarrollar programas de este tipo (Hay referencias de Perú, Venezuela, Costa Rica, entre otros), y de igual manera hay investigaciones a nivel internacional que establecen la relación entre el uso y abuso de sustancias, y las habilidades sociales.

Este panorama deja este campo de investigación como un nicho de elevada importancia y poder tener más información sobre el tema de habilidades sociales. Por lo antes expresado se realiza la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la relación existente entre habilidades sociales y el uso de sustancias en adolescentes de cuarto y quinto año del Instituto Reino de Suecia de la ciudad de Estelí?

OBJETIVOS

Objetivo General:

- Determinar la relación existente entre habilidades sociales y el uso de sustancias psicoactivas en adolescentes de cuarto y quinto año del Instituto Reino de Suecia de la ciudad de Estelí.

Objetivos específicos:

- Describir las características sociodemográficas de los participantes del estudio.
- Determinar la prevalencia y edad de mayor consumo de sustancias en adolescentes.
- Valorar la relación entre el nivel de ansiedad (Ansiedad Estado-Rasgo) y el consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes.
- Identificar habilidades sociales de adolescentes y su relación con el consumo de sustancias psicoactivas.

Marco Teórico:

Aspectos Generales

Mediante multitud de contactos interpersonales se va (re)construyendo la identidad psicosocial, de ahí que es la interacción social el aspecto más importante de cualquier proceso formativo-socializador. Esta cuestión implica que los individuos deberían poseer unas adecuadas habilidades sociales e interpersonales que les permitan interactuar positiva y eficazmente con los demás. A pesar de esta premisa fundamental, en el aprendizaje individual hoy día se siguen potenciando sistemáticamente habilidades técnicas que no capacitan de forma adecuada a los adolescentes para resolver con eficacia sus relaciones con los otros, en el mismo proceso básico de interacción social, ya que se descuida el entrenamiento en habilidades de índole más psicosocial y de carácter optimizante de los recursos⁷.

Por tanto, el tema de las habilidades sociales toma importancia como aspecto formativo y adaptativo de los-as adolescentes y jóvenes en los procesos de interacción social. Sin embargo, delimitar el concepto de habilidades sociales puede ser no tan fácil ya que en la literatura se puede observar una variedad de conceptos del término Habilidades sociales, emocionales o habilidades para la vida (Según el término que usa la OMS desde 1993).

Cuando se habla de habilidades decimos que una persona es capaz de ejecutar una conducta; si hablamos de habilidades sociales decimos que la persona es capaz de ejecutar una conducta de intercambio con resultados favorables, entiéndase favorable como contrario de destrucción o aniquilación⁷. El término habilidad puede entenderse como destreza, diplomacia, capacidad, competencia, aptitud. Su relación conjunta con el término social nos revela una impronta de acciones de uno con los demás y de los demás para con uno (intercambio)⁷.

Otros reconocidos autores como Alberti Emmons consideran a las “habilidades sociales” como “la conducta que permite a una persona actuar según sus intereses más importantes, defenderse sin ansiedad inapropiada, expresar cómodamente sentimientos honestos o ejercer los derechos personales sin negar los derechos de los demás”. V. Caballo define las habilidades sociales como 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 esas conductas en los demás y que, generalmente resuelve los problemas inmediatos de la situación mientras minimiza la probabilidad de futuros problemas⁷.

Se parte de la consideración de que de las habilidades emocionales, competencias sociales o habilidades socio personal se deriva la capacidad de interactuar eficazmente siendo fundamentales para el desenvolvimiento vital. “A partir del intento de profundizar en cuestiones teórico-conceptuales se constata que existe poco consenso sobre qué son realmente las habilidades sociales, a pesar de lo cual se tiende a poner énfasis en una cierta eficacia en la relación con los otros como un criterio para la competencia”⁷.

Según la OMS estas habilidades son “aquellas aptitudes necesarias para tener un comportamiento adecuado y positivo, que nos permiten enfrentar eficazmente las exigencias y retos de la vida diaria”⁹.

Hablamos, pues, de una adaptación psicosocial saludable que se fundamenta en una adecuada autovaloración del propio sujeto que, a la par que incrementa su autoeficacia, genere adecuadas expectativas de éxito y control sobre los resultados de la conducta interaccional⁷.

Hemos de partir de la consideración de que las habilidades emocionales, competencias sociales o habilidades socio-personales se deriva la capacidad de interactuar eficazmente siendo fundamentales para el desenvolvimiento vital.

A pesar de tener una variedad de conceptos existen puntos de acuerdos⁷:

1. Se tiende a poner énfasis en una cierta eficacia en la relación con los otros como un criterio para la competencia.
2. Posee un elemento cognitivo.
3. Y un elemento emocional.

Clasificación de Habilidades Sociales

En este tema no existe consenso en la bibliografía consultada, algunos, entre ellos OPS, OMS las llaman “habilidades para la vida”, dentro de las cuales consideran⁹:

1. Habilidades sociales e interpersonales (incluyendo comunicación, habilidades de rechazo, agresividad y empatía)
2. Habilidades cognitivas (incluyendo toma de decisiones, pensamiento crítico y auto evaluación); y
3. Habilidades para manejar emociones (incluyendo el estrés y aumento interno de un centro de control).

Las diez habilidades para la vida según OMS:

A continuación, describimos brevemente las diez habilidades para la vida que son indispensables para que los adolescentes y jóvenes adquieran la capacidad de elegir estilos de vida saludables según la OMS⁹:

1. Autoconocimiento

Es la habilidad de conocer nuestros propios pensamientos, reacciones, sentimientos, qué nos gusta o disgusta, cuáles son nuestros límites, y nuestros puntos fuertes/débiles.

2. Empatía

Es la habilidad de ponerse en el lugar de la otra persona en una situación muy diferente de la primera. Esta habilidad ayuda al alumno a comprender mejor al otro y por tanto responder de forma consecuente con las necesidades y circunstancias de la otra persona.

3. Comunicación Asertiva

Es la habilidad para expresar con claridad y de forma adecuada los sentimientos, pensamientos o necesidades individuales.

4. Relaciones interpersonales

Es la habilidad de establecer, conservar e interactuar con otras personas de forma positiva, así como dejar de lado aquellas relaciones que impiden un desarrollo personal.

5. Toma de decisiones

Es la habilidad de evaluar las distintas posibilidades, teniendo en cuenta necesidades y criterios, y estudiando cuidadosamente las consecuencias que pueden acarrear las diferentes alternativas, tanto en la vida individual como ajena.

6. Solución de problemas y conflictos

Habilidad para buscar la solución más adecuada a un problema/conflicto, identificando en ello oportunidades de cambio y crecimiento personal y social.

7. Pensamiento creativo

Es la habilidad que permite buscar alternativas diferentes de manera original ayudando a realizar una toma de decisiones adecuada.

8. Pensamiento crítico

Es la habilidad que permite preguntarse, replantearse, analizar objetivamente la situación existente de la forma más objetiva posible para llegar a conclusiones propias sobre la realidad.

9. Manejo de emociones y sentimientos

Es la habilidad de reconocer las propias emociones y sentimientos y saber cómo influyen en el comportamiento, aprendiendo a manejar las emociones más difíciles como ira, agresividad, etc.

10. Manejo de tensiones y estrés

Es la habilidad de conocer qué provoca tensión y estrés en la vida y encontrar formas de canalizarlas para que no interfieran en nuestra salud.

En la adolescencia, como etapa de transición, se vive una serie de experiencias relacionadas a la concepción de uno mismo en relación a los cambios propios de esta etapa del ciclo vida. Estos cambios generan niveles de ansiedad que pudieran estar asociados en algún momento con el consumo de sustancias psicoactivas. “Cuando aparece en la adolescencia, esta relacionados con un mayor riesgo de consumo de sustancias psicoactivas y en específico con el consumo de alcohol. Mencionan que “...el control emocional y la capacidad social y cognitiva a los 18 años están significativamente asociados con un menor riesgo del uso de drogas...¹¹”. De igual manera “Se ha caracterizado a la persona con una alta ansiedad social por tener pocas habilidades sociales, escasa frecuencia de relaciones y con ello se asocia una pobre oportunidad de refuerzo positivo en el contacto con otros”¹¹.

Según el DSM IV la Ansiedad es “la anticipación aprensiva de un futuro peligroso o adversidad, acompañado por un sentimiento de disforia o síntomas somáticos de tensión. El foco del peligro anticipado puede ser interno o externo.¹²”

“La Ansiedad se conceptualiza como la respuesta afectiva, cognoscitiva y conductual expresada con sentimientos de activación, tendencia a la evitación, angustia y aprehensión, que resultan del temor a ser evaluado en forma negativa por lo cual se perciben las situaciones sociales como amenazantes”¹³.

La clasificación de la ansiedad, desde la perspectiva de la teoría de la personalidad puede dividirse en ansiedad Estado y Rasgo. “Desde el punto de vista de rasgo (personalidad neurótica), se presenta una tendencia individual a responder de forma ansiosa, es decir, se tiende hacia una interpretación situacional-estimular caracterizada por el peligro o la amenaza, respondiendo ante la misma con ansiedad”¹⁴.

Por otra parte, “la ansiedad entendida como estado se asimila a una fase emocional transitoria y variable en cuanto a intensidad y duración; ésta es vivenciada por el individuo como patológica en un momento particular, caracterizándose por una activación autonómica y somática y por una percepción consciente de la tensión subjetiva”¹⁴.

“La relación entre ambos puntos de vista es muy estrecha, pues un individuo con alto rasgo de ansiedad reaccionará con mayor frecuencia de forma ansiosa”¹³. Todo esto, indica que la ansiedad “se entiende como una respuesta normal y necesaria o como una respuesta desadaptativa; la solución para diferenciar ambas respuestas puede residir en que la ansiedad patológica se manifiesta con mayor frecuencia, intensidad y persistencia que la ansiedad normal, es decir, presenta diferencias cuantitativas respecto a aquella”¹⁴.

Fundamentos teóricos

Se ha determinado algunos fundamentos teóricos que respalda en tema de habilidades sociales. Diversas teorías provenientes de distintas disciplinas y áreas del conocimiento, relacionadas con el desarrollo humano, el comportamiento y el aprendizaje, entre otras, dan cuerpo a este enfoque⁹:

1. La teoría del aprendizaje social. También conocida como la teoría del Modelo Cognitivo de Aprendizaje Social, está basada en el trabajo de Bandura (1982). Este autor concluyó que los niños aprenden a comportarse tanto por medio de la instrucción como de la observación. Las influencias que ejerció sobre las habilidades que estamos exponiendo son:
 - a. La necesidad de proveer a los niños con métodos para enfrentar aspectos internos de su vida social, incluyendo reducción de estrés, autocontrol y toma de decisiones.
 - b. Para que este enfoque de habilidades para la vida sea efectivo hay que duplicar el proceso por el que los niños aprenden conductas, incluyendo observación y representaciones, además de la simple instrucción.
2. La teoría de la influencia social. Basada en el trabajo de Bandura y en la teoría de la inoculación psicosocial. Desde aquí se reconoce que los niños y adolescentes bajo presión, se involucrarán en conductas de riesgo. Este enfoque fue inicialmente usado por Evans (1976 y col.; 1978) conocido generalmente como “educación sobre la resistencia a los pares”.
3. La solución cognitiva de problemas. Basado en la teoría de que la enseñanza de habilidades interpersonales de solución cognitiva del problema en niños a temprana edad puede reducir y prevenir conductas negativas.
4. Teoría de las inteligencias múltiples de Howard Gardner, que postula que todos los seres humanos nacen con ocho inteligencias, pero que se desarrollan en grados distintos según las diferencias individuales y que al desarrollar habilidades o resolver problemas, los individuos usan sus inteligencias de formas diferentes.
5. Teoría de la resiliencia y riesgo de Bernard. Trata de explicar por qué algunas personas responden mejor al estrés y la adversidad que otras.
6. Psicología constructivista. Las teorías de Piaget y Vygotsky sugieren que el desarrollo cognitivo está centrado en el individuo y sus interacciones sociales.
7. Teoría del desarrollo infantil y adolescente (teorías sobre desarrollo humano). Los cambios biológicos, sociales y cognitivos que ocurren desde la infancia hasta la adolescencia constituyen la base de la mayoría de las teorías sobre desarrollo humano.

Relación con uso de sustancias en adolescencia

Precisamente, una gran parte de los problemas de adaptación psicosocial de los adolescentes hunde sus raíces en la ausencia o el inadecuado uso de deficientes habilidades sociales necesarias para afrontar ciertas situaciones y para hacer frente a ciertos problemas⁷. “De la no posesión o inadecuado uso de las mismas se deriva un comportamiento no adaptativo en respuesta a una gran variedad de situaciones estresantes, frustrantes o de presión encubierta o explícita”⁷.

Como desde el ámbito de la Psicología Social de la Salud apuntó Rodríguez Marín (1995), el hecho de que la conexión entre la posesión y el adecuado uso de una serie de habilidades sociales tenga implicaciones tan serias probablemente estribe en su estrecha relación con el apoyo social. Aquellos individuos que poseen unas más adecuadas habilidades sociales son precisamente los que obtienen más apoyo social de sus compañeros, lo que, a su vez, les hace sentirse más satisfechos y más seguros, de lo que se desprende una mejor integración en el grupo lo cual puede incidir sobre la productividad individual y grupal y el sentimiento de integración⁶. “La propia funcionalidad de las habilidades sociales ha sido demostrada, actuando como indicador inequívoco del ajuste sicosocial de los adolescentes”⁶.

Los conflictos personales e interaccionales derivados de la insuficiencia/inadaptación de las habilidades sociales de algunos adolescentes representan factores de riesgo para el consumo de drogas. “El suplir este déficit o mal aprendizaje de ciertas habilidades comunicacionales o de rechazo mediante el empleo de sustancias psicoactivas representa un recurso al que se acude con relativa frecuencia”⁷. “Se conviene en que los déficits en habilidades sociales actúan como un elemento concurrente en diversos problemas entre los que se halla la drogadicción y, por otro lado, la conformación de una identidad personal y social adaptativa al escenario vital puede actuar como elemento protector ante la dependencia de sustancias psicoactivas”⁷. Asimismo, un eficaz grado de competencia en las habilidades emocionales es fundamental para un satisfactorio funcionamiento social, lo cual influye en la adaptación⁷.

El uso de este enfoque de adquisición de habilidades para la vida dentro de la comunidad escolar permite abordar desde conflictos o violencia, con lo cual en el aula logramos un mejor clima de convivencia escolar, hasta la prevención de drogodependencias. Dota al alumno de unas herramientas básicas para la resolución de conflictos, control de estrés, manejo de situaciones peligrosas, etc.⁹

Estas habilidades podrían englobarse en habilidades sociales, cognitivas y para afrontar emociones, permitiéndonos así trabajar en los alumnos los factores de protección, que promuevan estilos de vida saludables, ya que son esenciales para el desarrollo del niño/a y para lograr buenas adaptaciones a los cambios evolutivos. Además, permite a las escuelas hacer frente a las múltiples demandas de programas de prevención en diferentes áreas puesto que es un enfoque integral y unificado⁹.

Desde la promoción de la salud, las habilidades sociales ayudan a que los adolescentes adquieran las competencias necesarias para un mejor desarrollo humano y para enfrentar en forma efectiva los retos de la vida diaria, así también permiten promover la competitividad necesaria para lograr una transición saludable hacia la madurez, favorecen la comprensión de la presión por parte de los pares y manejo de emociones. Por más de una década, la investigación de intervenciones que tienen que ver con estas áreas específicas ha demostrado su efectividad para promover conductas deseables, tales como socialización, mejor comunicación, toma efectiva de decisiones y solución de conflictos.

Las habilidades actúan sobre los determinantes de la salud (conjunto de condicionantes de la salud y de la enfermedad en individuos, grupos y colectividades) principalmente en los estilos de vida (consumo de alcohol y drogas, conductas violentas, relaciones sexuales precoces, entre otras). “Para lo cual, consideramos que lo medular consiste en lograr que el adolescente conozca y haga suyas determinadas habilidades y destrezas que, al ser empleadas en su vida cotidiana, le permitan tener estilos de vida más saludables”⁹.

MATERIALES Y MÉTODOS

Tipo de Estudio: Descriptivo de Corte Transversal.

Área de estudio: El estudio se realizó en el Instituto Público Reino de Suecia, ubicado de FAREM Estelí 1 cuadra al norte 1 cuadra al este, en el barrio El Rosario en la ciudad de Estelí, Cuenta con las modalidades de atención en los turnos matutino, vespertino, diurno y sabatino.



Población de Estudio: 373 Estudiantes de 15 a 19 años del Instituto Reino de Suecia.

Criterios de Inclusión y Exclusión:

Criterios de inclusión: Edad y año escolar que está cursando actualmente.

Criterios de exclusión: Se excluirá a estudiantes que presenten ansiedad estado-rasgo según el test STAI (Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo)

Unidad muestral: Estudiantes de 15 a 19 años del Instituto Público Reino de Suecia, que cursan el año académico 2015, que aceptaron participar en el estudio y que sus padres brindaron consentimiento informado.

Muestra: Se determina una muestra de 198, con un nivel de confianza de 95%, frecuencia prevista de 50% (Se usa este valor ya que no se conoce valores establecidos por estudios previos) y un 5% de error aceptable.

Fuente de información:

Fuentes de información primaria: Información recolectada de los y las estudiantes, por medio de cuestionarios.

Fuentes de información secundaria: Artículos científicos, tesis, Resúmenes, artículos en blog, revistas científicas.

Fuente de información e instrumento de recolección:

La recolección de la información se realizó a través de los siguientes cuestionarios y/o inventarios:

1. Cuestionario ASSIST (Prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias) sugerido por la Organización Mundial de la Salud. Se aplicará este instrumento para saber qué sujetos son consumidores de sustancias psicoactiva en cada grupo de estudio. Esta prueba es un cuestionario en versión papel y lápiz y debe ser administrado por un profesional. Este cuestionario consta de ocho preguntas y llenarlo toma aproximadamente entre 5-10 minutos. El diseño de la prueba es culturalmente neutral, por lo que puede utilizarse en una gran variedad de culturas para detectar el consumo de las siguientes sustancias: Tabaco, Alcohol, Cannabis, Cocaína, Estimulantes de tipo anfetamina, inhalantes, Sedantes, alucinógenos, opiáceos, otras drogas. Asimismo, el ASSIST proporcionara información sobre el consumo de sustancias a lo largo de la vida, así como el consumo y problemas relacionados en los últimos tres meses.
2. Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo, 8va edición año 2011. Autor: C.D. Spielberger, R.L.Gorsuch y R.E. Lushene. Adaptado por: G. Buela-Casal, A. Guillén-Riquelme y N. Seisdedos Cubero. El objetivo del cuestionario **STAI** es evaluar dos conceptos independientes de la ansiedad, cada una de ellas con 20 ítems. Se evalúa *Ansiedad como estado (A/E)*: evalúa un estado emocional transitorio, caracterizado por sentimientos subjetivos, conscientemente percibidos, de atención y aprensión y por hiperactividad del sistema nervioso autónomo. *Ansiedad como rasgo*

(A/R): señala una propensión ansiosa, relativamente estable, que caracteriza a los individuos con tendencia a percibir las situaciones como amenazadoras. Se puede aplicar individual o colectiva y duración de aplicación de 20 minutos promedio. Está dirigida a adolescentes y adultos.

3. Cuestionario sobre habilidades para la vida. Este instrumento está compuesto por una escala de actitud y aprobado por el Instituto Nacional de Salud Mental de la ciudad de Lima, Perú y se elaboró en el 2007. Presenta ítems y puntajes para cuatro categorías de habilidades sociales (Asertividad, Comunicación, Autoestima y Toma de decisiones). Consta de 50 ítems y se aplica de manera individual o colectiva. Este cuestionario será previamente pilotado para garantizar su validez utilizando el coeficiente de correlación de Spearman y su confiabilidad se medirá utilizando Alpha de Cronbach.

Recolección y procesamiento de la información:

Para la realización del estudio se presentó el protocolo de investigación a la dirección departamental de consejería escolar del Ministerio de Educación Estelí. Posteriormente se realizó la presentación con consejero escolar y con la dirección del centro educativo donde se analizó la importancia del estudio y se solicitó la debida aprobación de la directora y docentes del centro educativo Instituto Reino de Suecia.

Para aplicar el cuestionario se procedió a explicar el objetivo e importancia del estudio y se dio lectura al asentimiento informado con los estudiantes que decidieron participar en el estudio. Luego de la aprobación se realizó el levantamiento de la información y se procedió a procesar los datos declarados por los mismos en los cuestionarios.

La recolección de los datos fue analizados a través del programa estadístico SPSS versión 23 para Windows, se utilizó estadística descriptiva e inferencial para dar respuesta a los objetivos del estudio.

Plan de análisis:

Una vez recogidos todos los cuestionarios, el primer paso fue proceder a la eliminación de todos aquellos que no habían sido correctamente llenados o bien por no haber contestado todos los ítems necesarios para que los datos aportados fuesen veraces y objetivos.

Posteriormente se pasó a codificar todas las variables con sus alternativas de respuesta introduciendo los resultados mediante estadísticos descriptivos (frecuencia porcentual) a través del programa estadístico SPSS versión 23 para Windows. Los resultados se presentarán en tablas de frecuencia absoluta y porcentual. Se realizó un análisis de contingencia: estadístico prueba *Chi-cuadrado* para establecer la dependencia o independencia entre las variables: consumo de sustancias psicoactivas y habilidades sociales, y así poder demostrar al final del análisis, si las dos variables con las que se trabajó están o no relacionadas.

Sesgos

Los sesgos considerados para esta investigación son los siguientes:

Sesgos de selección de los participantes del estudio. Podría generarse este sesgo si el día de aplicación de los instrumentos no asisten a clases todos los estudiantes de la muestra. Esto puede generar menores posibilidades de selección. De igual manera será probable que algunos estudiantes se sientan presionados a ser parte del estudio, por estar en una población considerada “cautiva” y esto puede influenciar de alguna manera la motivación para mantener su motivación e interés real en ser parte del estudio.

Consideraciones éticas:

En este estudio se tomaron en cuenta las siguientes consideraciones para garantizar la seguridad de los estudiantes:

- La propuesta de la investigación se sometió al Comité de Ética para Investigaciones Biomédicas (CEIB) de la UNAN – León donde se obtuvieron sus comentarios, observaciones del estudio, una vez mejorado el documento fue aprobado para la realización del estudio.
- Se le informó a la Delegación Municipal del Ministerio de Educación, dirección de consejería escolar y a la dirección del centro educativo y docentes de los grados afectados la realización de la investigación, detallando los objetivos que se pretenden conseguir. Con el compromiso de entregar una copia de los principales hallazgos de la investigación.
- Se explico a los estudiantes los objetivos, importancia de la investigación, así como el asentimiento informado; aplicando el instrumento a aquellos estudiantes que accedieron a participar en el estudio y hayan firmado el asentimiento y consentimiento informado ellos y sus padres o tutores.
- Los cuestionarios que se aplicaron fueron el ASSIST, STAI y cuestionario de habilidades para la vida.
- Se garantizó en todo momento la confidencialidad y anonimato.
- Una vez que los estudiantes termino de llenar el cuestionario, este se depositó en una caja cerrada para evitar que los(as) estudiantes tuvieran temor de ser identificados.
- No se alteró ningún dato emitido por los estudiantes en los cuestionarios por parte del investigador.
- Se entregará el informe final del estudio al centro educativo con los resultados finales.
- Se respetó el derecho del estudiante cuando no deseó continuar con el estudio.
- Los datos obtenidos fueron utilizados confidencialmente y para fines de investigación.

Operacionalización de las variables

Variable	Definición	Indicador	Escala o valor
Aspectos sociodemográficos	Conjunto de características que se relacionan al desarrollo de un individuo a nivel biopsicosocial.	Edad	15-18 años 4to y 5to año secundaria
		Sexo	Hombre Mujer
		Estado civil	Soltero Unión de hecho estable Casado Divorciado
		Escolaridad	4to año de secundaria 5to año de secundaria
Consumo de sustancias psicoactivas	Experiencias sobre el consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias a lo largo de la vida y en los últimos tres meses.	ASSIST (Ítem 1)	No Sí
		ASSIST (Ítems 2-5)	Nunca Una o dos veces Mensualmente Semanalmente Diariamente o casi diariamente
		ASSIST (Ítems 6-8)	No, nunca Sí, en los últimos tres meses Sí, pero no en los últimos tres meses

Asertividad	Habilidad personal que nos permite expresar sentimientos, opiniones y pensamientos, en el momento oportuno, de la forma adecuada y sin negar ni desconsiderar los derechos de los demás. Medida a través de preguntas de un cuestionario.	Cuestionario sobre habilidades para la vida	Muy bajo Bajo Medio Alto Muy Alto
Comunicación	Capacidad de expresarse, tanto verbal como no verbal, en forma apropiada a la cultura y las situaciones. Medida a través de preguntas de un cuestionario.	Cuestionario sobre habilidades para la vida	Muy bajo Bajo Medio Alto Muy Alto
Autoestima	Sentimiento valorativo de nuestro ser, de nuestra manera de ser, de quienes somos nosotros, del conjunto de rasgos que configuran nuestra personalidad. Medida a través de preguntas de un cuestionario.	Cuestionario sobre habilidades para la vida	Muy bajo Bajo Medio Alto Muy Alto
Toma de decisiones	Manejar constructivamente las decisiones respecto a nuestras vidas y la de los demás analizando los aspectos favorables y desfavorables de las decisiones. Medida a través de preguntas de un cuestionario.	Cuestionario sobre habilidades para la vida	Muy bajo Bajo Medio Alto Muy Alto
Ansiedad	Respuesta afectiva, cognoscitiva y conductual expresada con sentimientos de activación, tendencia a la evitación, angustia y aprehensión, que resultan del temor a ser evaluado en forma negativa por lo cual se perciben las situaciones sociales como amenazantes.	Cuestionario STAI	Casi nunca/nada Algo/a veces Bastante a menudo Mucho/Casi siempre

RESULTADOS

A continuación, se exponen los resultados. En la **¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.** se observa que la población femenina ocupa el 64.4 por ciento y la población del sexo masculino ocupa el 35.6 por ciento. Las edades de los adolescentes se ubican mayoritariamente entre 15 y 16 años (56.8%), mientras que los jóvenes entre 17 y 18 años ocupan un 43.2 por ciento. El 63.6 por ciento de los estudiantes cursa quinto año y el 36.4 por ciento cursa cuarto año. Por último, el 59.8 por ciento viven con padre y madre, un 26 por ciento sólo con madre, 10.6 por ciento con otro familiar y un 3 por ciento sólo con padre.

Tabla 1. Características sociodemográficas de la población en estudio (n=132)

Variable		Frecuencia	Porcentaje
Sexo	Hombre	47	35.6
	Mujer	85	64.4
Edades	15-16 años	75	56.8
	17-18 años	57	43.2
Año de curso	Cuarto año	48	36.4
	Quinto año	84	63.6
Composición familiar	Con padre y madre	79	59.8
	Solo con madre	35	26.5
	Solo con padre	4	3.0
	Con otro familiar	14	10.6

Fuente: Elaboración propia en base a las encuestas

La prevalencia del consumo de sustancias psicoactivas se resume en la Tabla 2. Observe que el 62.9 por ciento de los estudiantes encuestados ha consumido alguna sustancia psicoactiva en los últimos tres meses. La sustancia más consumida es el alcohol con un 78 por ciento, seguido del tabaco con 41 por ciento, cannabis con 21 por ciento, sedantes con 17 por ciento e inhalantes con 10 por ciento. Las edades de mayor consumo de sustancias psicoactivas son los 16 y 17 años con un 40.8 y 34.2 por ciento respectivamente.

Tabla 2. Prevalencia del consumo de sustancias psicoactivas (n=132)

Variables	Frecuencia	Porcentaje
Prevalencia últimos tres meses		
No ha consumido	49	37,1
Sí ha consumido	83	62,9
Total	132	100
Prevalencia por tipo de sustancia psicoactiva		
Alcohol	78	59.1
Tabaco	41	31.1
Cannabis	21	15.9
Sedantes	17	12.9
Inhalantes	10	7.6
Cocaína	5	3.8
Estimulantes	2	1.5
Otras sustancias	2	1.5
Alucinógenos	1	0.8
Opiáceos	1	0.8
Prevalencia de consumo por edad		
15 años	12	15,8
16 años	31	40,8
17 años	26	34,2
18 años	7	9,2

Fuente: Elaboración propia en base a la encuesta

Los resultados del cuestionario STAI (Ansiedad estado-rasgo) se resume en la Tabla 3. Los resultados muestran que el 39.7 por ciento muestra un nivel de ansiedad-estado baja, un 26.7 por ciento media, 18.3 por ciento alta y un 15.3 por ciento muy alta. En relación a la ansiedad-rasgo un 16 por ciento muestra un nivel bajo de ansiedad, 12.2 por ciento medio, 31.3 por ciento alto y un 40.5 por ciento muy alto.

Tabla 3. Resultado STAI (n=131)

Nivel de ansiedad	Ansiedad Estado		Ansiedad Rasgo	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Baja	52	39,7	21	16,0
Media	35	26,7	16	12,2
Alta	24	18,3	41	31,3
Muy alta	20	15,3	53	40,5

Fuente: Elaboración propia en base a la encuesta

La Tabla 4 muestra que el 70 por ciento de los estudiantes que consumen alguna sustancia psicoactiva poseen un nivel muy alto de AE, el 62.5 por ciento un nivel alto, 65.7 por ciento muestran un nivel medio y el 57.7 un nivel bajo de AE. En relación con la AR el 66 por ciento los estudiantes que consumen algunas sustancias psicoactivas poseen un nivel muy alto, el 68.3 por ciento un nivel alto, el 50 por ciento, nivel medio y un 52.4 por ciento un nivel bajo en relación con los no consumidores.

Tabla 4. Nivel de ansiedad-estado y su relación con el consumo de sustancias psicoactivas últimos tres meses (n=131)

Nivel de ansiedad AE	Sí ha consumido		Nivel de ansiedad AR	Sí ha consumido	
	Frecuencia	Porcentaje		Frecuencia	Porcentaje
Baja	30	57.7%	Baja	11	52.4%
Media	23	65.7%	Media	8	50.0%
Alta	15	62.5%	Alta	28	68.3%
Muy alta	14	70.0%	Muy alta	35	66.0%

Fuente: Elaboración propia en base a la encuesta

La tabla 5 muestra el nivel de habilidad social general. El 44.7 por ciento de los estudiantes poseen un nivel inadecuado de habilidad social, mientras que el 55.3 por ciento muestra un nivel adecuado.

Tabla 5. Nivel de habilidades sociales (n=132)

Nivel de Habilidad	Frecuencia	Porcentaje
Inadecuado	59	44,7
Adecuado	73	55,3

Fuente: Elaboración propia en base a la encuesta

En la tabla 6 podemos observar que el 61.0 por ciento de los estudiantes que consumen sustancias psicoactivas poseen un nivel de HS inadecuado frente al 39 por ciento de los que no consumidores. Este resultado indica que los consumidores tienden mayoritariamente a poseer un nivel inadecuado de HS. Sin embargo, esta asociación no es estadísticamente significativa (valor $p=0.741$) y por tanto, no es posible afirmar el resultado anterior.

Tabla 6. Nivel de habilidad social y su relación con el consumo de sustancias psicoactivas últimos tres meses (n=132)

Nivel de Habilidad	No ha consumido		Sí ha consumido	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Inadecuado	23	39.0%	36	61.0%
Adecuado	26	35.6%	47	64.4%

Fuente: Elaboración propia en base a la encuesta

DISCUSIÓN

El presente estudio se realizó con el propósito de describir la relación existente entre habilidades sociales y el uso de sustancias psicoactivas en adolescentes de cuarto y quinto año en estudiantes de secundaria de 15 a 18 años del municipio de Estelí. En relación al consumo de sustancias psicoactivas la población de estudio muestra una prevalencia general de 62.9%; la literatura plantea que tradicionalmente, la adolescencia ha representado un periodo crítico en el inicio y experimentación en el consumo de sustancias psicoactivas (Adolescencia: Consumo de alcohol y otras drogas. Revista papeles del psicólogo, 23 (84), 9-17).

Al comparar el consumo de alcohol por rangos de edad se observaron que existe mayor prevalencia en adolescentes de 16-17 años (75%). Estos resultados a la luz de la literatura revisada, explica que las primeras edades de la adolescencia están relacionadas con un mayor riesgo de consumo psicoactivas y en específico con el consumo de alcohol.

En cuanto a la prevalencia general de ansiedad un 71.8% resulto con nivel alto o muy alto de ansiedad rasgo (AR), y un 33.6% mostraron estos niveles para ansiedad estado (AE). Al relacionarlo con las personas consumidores en los últimos tres meses se muestra que estos poseen niveles alto/muy alto de ansiedad (Rasgo y estado). La literatura evidencia que las personas que poseen alta ansiedad social tienden a tener mayor riesgo de consumo de sustancias.

En relación a las habilidades sociales se encuentra que un 44.7% de los adolescentes presentan un estado inadecuado de habilidades sociales. El 64.4% de las personas consumidoras muestran un nivel inadecuado de habilidades sociales.

La prevalencia del consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes y su relación con un nivel inadecuado de habilidades sociales se contraponen con otros estudios que muestran que los conflictos personales e interacción derivados de la insuficiencia de las habilidades sociales de adolescentes representan factores de riesgo para el consumo de sustancias, y actúan como un elemento concurrente en diversos problemas, entre los que se encuentra el uso de sustancias.

La relación entre consumo de sustancias psicoactivas y las habilidades sociales resulta concordante con otras investigaciones (González, 2008; Guzmán et al., 2009; Muñoz-Rivas et al., 2010).

En consecuencia, las habilidades sociales actúan sobre los determinantes de la salud, principalmente en los estilos de vida relacionados, entre otros, al consumo de sustancias psicoactivas (Quigley y Leonard, 2000).

Se puede señalar que estos resultados pueden ser relevantes para establecer la relación existente entre el consumo de sustancias psicoactivas y no haber desarrollado habilidades sociales adecuada como un factor determinante para iniciar y mantener el consumo en adolescentes. Esta relación debe ser abordada integralmente junto con otros factores y abordar estrategias integrales de prevención del consumo de sustancias buscando aumentar la efectividad de las intervenciones a nivel escolar (Muñoz-Rivas et al., 2010).

CONCLUSIONES

1. La población en estudio se caracterizó por ser mujeres el 60.9%, los participantes del estudio se encontraban dentro el rango de edad de los 15 a 16 años 53.9%.
2. La prevalencia de consumo de alcohol fue de 59.1 %, para los que habían consumido en los últimos tres meses, 31.1% para tabaco, 15.9% para cannabis, 12.9% para sedantes y 7.6 para inhalantes.
3. La prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas fue del 75% en el rango de 16-17 años.
4. El presente estudio muestra relaciones significativas entre consumo de sustancias psicoactivas y un nivel inadecuado de habilidades sociales, representado en el 61% de los consumidores. Igualmente se evidencia una relación entre los niveles de ansiedad y el consumo de sustancias psicoactivas, donde los consumidores poseen niveles altos y muy altos tanto para ansiedad estado como ansiedad rasgo.

RECOMENDACIONES

AL MINED:

- Diseñar modelos y estrategias de intervención para la prevención del consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes y jóvenes basadas en el enfoque ecológico y en la adquisición de competencias. En este sentido se recomienda retomar programas de prevención desarrolladas por otros actores y que han mostrado evidencia científica de sus resultados e impactos.
- Fortalecer al personal directivo, técnico y docentes vinculados a las direcciones de consejería escolar en herramientas (Metodologías, enfoques, etc.) buscando una implementación multinivel de las estrategias en habilidades sociales, como mecanismo para la prevención del consumo de sustancias psicoactivas. Este mecanismo multinivel mejoraría el seguimiento, monitoreo y evaluación de los procesos.
- Desarrollar una aplicación (Apps) para plataformas android con contenido que permita la formación en habilidades sociales. Una App permite gestionar mayores audiencias en adolescentes y jóvenes, y puede ser una herramienta complementaria para los docentes y un recurso valioso para la dirección de consejería escolar.

A LA DIRECCIÓN DEL CENTRO Y DOCENTES;

- Fortalecer las competencias del personal de dirección y docentes en la implementación de herramientas que permitan mejorar las habilidades sociales de estudiantes y padres, madres, tutores.
- De igual manera desarrollar acciones que permitan mejorar la sistematicidad en la implementación, monitoreo y seguimiento de las intervenciones realizadas con estudiantes desde el nivel municipal y/o departamental de educación a nivel de centro educativo.
- Fortalecer los procesos desarrollados desde el programa “Escuelas para padres, madres y tutores” retomando metodologías y herramientas pedagógicas que permitan focalizar las intervenciones acordes a los contenidos planteados en el programa.

A LOS PADRES, MADRES, TUTORES DE ESTUDIANTES;

-  Promover comunicación constante con los docentes del centro escolar y participar de manera activa en las actividades realizadas por el programa “Escuela para padres, madres y tutores” de tal manera que se fortalezcan las competencias de los adultos referentes para relacionarse con sus hijos e hijas y desarrollar una convivencia sana y armónica en el seno familiar.
-  Establecer un mecanismo de cooperación en red entre padres, madres, tutores que permita reflexionar y tomar medidas con relación a la promoción y formación de sus hijos e hijas en habilidades sociales; con apoyo de docentes y dirección del centro educativo.

REFERENCIAS

1. Osorio EA, Medina NMO, Pillon SC. Factores de riesgo asociados al uso de drogas en estudiantes adolescentes. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2004; Vol. 12 (número especial): 369-75.
2. INJUVE. Marco presupuestario de mediano plazo 2013-2016. Nicaragua. GRUN 2013.
3. Henao J. Informe de la evaluación de medio término del programa conjunto de Nicaragua. Vol 1. Nicaragua. MDGIF, 2011.
4. UNODC. World Drug Report 2014. New York. United Nations, 2014.
5. Asencio F, Cardemil PM, Betancour PM, et al. Prevalencia y factores asociados al uso de drogas, fármacos y otras sustancias por estudiantes de medicina para aumentar el rendimiento académico. *CIMEL*. 2009, Vol. 14: 87-92.
6. Contini EN. Las Habilidades Sociales en la adolescencia temprana: Perspectivas desde la psicología positiva. *CIUNT Psicodebate* 2003. Vol. 9: 45-63.
7. Moral MV, Ovejero A. Un programa de intervención psicosocial para la mejora de las habilidades sociales de adolescentes consumidores de alcohol y otras sustancias psicoactivas. *Apuntes de Psicología* 2005, Vol. 23: 3-26.
8. Choque R. Eficacia del programa educativo de habilidades para la vida en adolescentes de una institución educativa del distrito de Huancavelica. Perú. Universidad Peruana Cayetano Heredia. 2006, 2015. Disponible en <http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v11n2/v11n2a02>
9. Montoya I, Muñoz I. Habilidades para la vida. *COMPARTIM Revista de Formación del Professorat* 2009, Vol. 4: 1-5.
10. Latorre JM, Montañez J. Ansiedad, Inteligencia Emocional y Salud en la adolescencia. *Rev. Ansiedad y Estrés* 2004, Vol. 10: 111-125.
11. Camacho I. Consumo de alcohol en universitarios: Relación funcional con los factores sociodemográficos, las expectativas y la ansiedad social. *Acta Colombiana de Psicología*, 2005. Vol. 13: 91-119.
12. García B, Belarmino J, González G, García B. Trastornos de ansiedad y trastornos depresivos en atención primaria. Vol. 1 México. MASSON 2003

13. Sierra JC, Ortega V, Zubeidat I. Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista mal-estar e subjetividade* 2003. V 3: 10-59.
14. Fonseca-Pedrero E, Paino M, Sierra-Baigrie S, Lemos-Giráldez S, Muñiz J. Propiedades psicométricas del cuestionario de ansiedad Estado-Rasgo (STAI) en universitarios. *Behavioral Psychology* 2012, Vol. 20: 547-561

ANEXOS

Anexo 1. Asentimiento informado para estudiantes

Hola, a través de este documento solicitamos tu autorización para que participes en una investigación. Se te explicará en este documento sobre los objetivos, pasos, beneficios y riesgos de tu participación para que decidas libremente.

Esta investigación está siendo realizada por _____, para optar el grado de Magíster en Salud Mental y Adicciones en la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua UNAN León, a través del Centro de Investigación y Demografía en Salud –CIDS-

OBJETIVOS Y BENEFICIOS

El objetivo de este estudio es conocer cuánto sabes sobre la comunicación, tu autoestima y sobre como tomas decisiones.

PASOS

En esta investigación te daremos una encuesta para que contestes. En esta encuesta te preguntaremos sobre tu nombre y apellidos, tu edad, grado de estudios, sexo, actualmente con quienes vive, sobre tus habilidades de comunicación, autoestima y toma de decisiones.

Si encuentras alguna pregunta en la encuesta que no quieras responder puedes tranquilamente negarte a hacerlo y no habrá ningún problema.

RIESGOS, STRESS O INCOMODIDAD

Algunos estudiantes pueden sentirse algo incómodo cuando responden a una encuesta.

CONFIDENCIALIDAD Y PRIVACIDAD

Tu participación es confidencial. Se te dará un código. Sólo el investigador principal tendrá acceso a la lista de nombres con los códigos, esta lista será guardada bajo llave en un lugar seguro.

INFORMACION ADICIONAL

La participación en este estudio es totalmente voluntaria. Si no quieres participar puedes hacerlo sin ningún problema. También puedes retirarte del estudio cuando quieras. Lo importante es que estés cómodo y tranquilo.

AFIRMACION DEL PARTICIPANTE

Se me ha explicado acerca de esta investigación y decido participar en ella. Yo tengo la facultad de hacer preguntas. Si tengo alguna pregunta puedo comunicarme con _____ al teléfono _____ de Estelí.

Asimismo, puedo llamar al Dr. _____, _____ del CIDS-UNAN León, al teléfono _____ de la ciudad de León.

Estelí, ___ de ___ del 2015

Firma del estudiante

Investigador

Anexo 1. Cuestionario de Habilidades para la vida

Cuestionario sobre Habilidades para la Vida

Fecha de aplicación: _____

Código: _____

Estimado estudiante: El cuestionario que se le presenta a continuación es referente a la investigación sobre.... ..y Habilidades para la Vida. En ellos se le formulan preguntas sobre diferentes temas. Le agradeceremos responderlas del modo más honesto posible. Sus respuestas son absolutamente confidenciales. Si por alguna razón usted no desea responder este cuestionario, siéntase en libertad de informarlo a la persona que lo aplica en su aula de clase.

Sección 1: Aspectos Sociodemográficos

1. ¿Qué edad tienes?

2. ¿En qué grado de estudios del colegio estás?

4to año	
5to año	

3. ¿Cuál es su sexo?

Hombre	
Mujer	

4. ¿Actualmente con quienes vives?

Con padre y madre	
Solo con Madre	
Solo con Padre	
Con otro familiar	
Solo	

Sección 2: Habilidades para la vida

A continuación, encontrarás una lista de habilidades que las personas usamos en nuestra vida diaria, señala tú respuesta marcando con una X solo una casilla por pregunta. Recuerda que tú sinceridad es muy importante, no hay respuestas buenas ni malas, asegúrate de contestar todas.

		<i>Nunca</i>	<i>Rara vez</i>	<i>A veces</i>	<i>A menudo</i>	<i>Siempre</i>
1	Prefiero mantenerme callado (a) para evitarme problemas.					
2	Si un amigo (a) habla mal de mi persona le insulto.					
3	Si necesito ayuda la pido de buena manera.					
4	Si un amigo(a) se saca una buena nota en el examen no le felicito.					
5	Agradezco cuando alguien me ayuda.					
6	Me acerco a abrazar a mi amigo(a) cuando cumple años.					
7	Si un amigo (a) falta a una cita acordada le expreso mi amargura.					

8	Cuando me siento triste evito contar lo que me pasa.					
9	Le digo a mi amigo (a) cuando hace algo que no me agrada.					
10	Si una persona mayor me insulta me defiendo sin agredirlo, exigiendo mi derecho a ser respetado.					
11	Reclamo agresivamente con insultos, cuando alguien quiere entrar al estadio, piscina o coliseo sin hacer su cola.					
12	No hago caso cuando mis amigos (as) me presionan para consumir alcohol.					
13	Me distraigo fácilmente cuando una persona me habla.					
14	Pregunto cada vez que sea necesario para entender lo que me dicen.					
15	Miro a los ojos cuando alguien me habla.					
16	No pregunto a las personas si me he dejado comprender.					
17	Me deajo entender con facilidad cuando hablo.					
18	Utilizo un tono de voz con gestos apropiados para que me escuchen y me entiendan mejor.					
19	Expreso mis opiniones sin calcular las consecuencias.					
20	Si estoy "nervioso(a)" trato de relajarme para ordenar mis pensamientos.					
21	Antes de opinar ordeno mis ideas con calma.					

22	Evito hacer cosas que puedan dañar mi salud.					
23	No me siento contento con mi aspecto físico o con mi cuerpo.					
24	Me gusta verme arreglado (a).					
25	Puedo cambiar mi comportamiento cuando me doy cuenta que estoy equivocado.					
26	Me da vergüenza felicitar a un amigo(a) cuando realiza algo bueno.					
27	Reconozco fácilmente mis cualidades positivas y mis aspectos negativos.					
28	Puedo hablar sobre mis temores.					
29	Cuando algo me sale mal no sé cómo expresar mi cólera.					
30	Comparto mi alegría con mis amigos (as).					
31	Me esfuerzo para ser mejor estudiante.					
32	Puedo guardar los secretos de mis amigos (as).					
33	Rechazo hacer las tareas de la casa.					
34	Pienso en varias soluciones frente a un problema.					
35	Dejo que otros decidan por mí cuando no puedo solucionar un problema.					
36	Pienso en las posibles consecuencias de mis decisiones.					
37	Tomo decisiones importantes para mi futuro sin el apoyo de otras personas.					

38	Hago planes para mis vacaciones.					
39	Realizo cosas positivas que me ayudarán en mi futuro.					
40	Me cuesta decir no por miedo a ser criticado (a).					
41	Defiendo mi idea cuando veo que mis amigos(as) están equivocados (as).					
42	Si me presionan para ir al Internet o al estadio escapándome del colegio, puedo rechazarlo sin sentir temor y vergüenza a los insultos.					

Anexo 3. Instrumento STAI – ANSIEDAD-ESTADO

STAI – ANSIEDAD-ESTADO

Instrucciones

A continuación, encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación de 0 a 3 que indique mejor cómo se siente usted AHORA MISMO, en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente.

	Nada	Algo	Bastante	Mucho
1. Me siento calmado	0	1	2	3
2. Me siento seguro	0	1	2	3
3. Estoy tenso	0	1	2	3
4. Estoy contrariado	0	1	2	3
5. Me siento cómodo (Estoy a gusto)	0	1	2	3
6. Me siento alterado	0	1	2	3
7. Estoy preocupado ahora por posibles desgracias futuras	0	1	2	3
8. Me siento descansado	0	1	2	3
9. Me siento angustiado	0	1	2	3
10. Me siento confortable	0	1	2	3
11. Tengo confianza en mí mismo	0	1	2	3
12. Me siento nervioso	0	1	2	3
13. Estoy desasosegado	0	1	2	3
14. Me siento muy “atado” (Como oprimido)	0	1	2	3
15. Estoy relajado	0	1	2	3
16. Me siento satisfecho	0	1	2	3
17. Estoy preocupado	0	1	2	3
18. Me siento aturdido y sobreexcitado	0	1	2	3
19. Me siento alegre	0	1	2	3
20. En este momento me siento bien	0	1	2	3

STAI – ANSIEDAD-RASGO

Instrucciones

A continuación, encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación de 0 a 3 que indique mejor cómo se siente usted EN GENERAL, en la mayoría de las ocasiones. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa cómo se siente usted generalmente.

	Nada	Algo	Bastante	Mucho
21 Me siento calmado	0	1	2	3
22 Me canso rápidamente	0	1	2	3
23 Siento ganas de llorar	0	1	2	3
24 Me gustaría ser tan feliz como otros	0	1	2	3
25 Pierdo oportunidades por no decidirme pronto	0	1	2	3
26 Me siento descansado	0	1	2	3
27 Soy una persona tranquila, serena y sosegada	0	1	2	3
28 Veo que las dificultades se amontonan y no puedo con ellas	0	1	2	3
29 Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	0	1	2	3
30 Soy feliz	0	1	2	3
31 Suelo tomar las cosas demasiado seriamente	0	1	2	3
32 Me falta confianza en mí mismo	0	1	2	3
33 Me siento seguro	0	1	2	3
34 No suelo afrontar las crisis o dificultades	0	1	2	3
35 Me siento triste (Melancólico)	0	1	2	3
36 Estoy satisfecho	0	1	2	3
37 Me rondan y molestan pensamientos sin importancia	0	1	2	3
38 Me afectan tanto los desengaños que no puedo olvidarlos	0	1	2	3
39 Soy una persona estable	0	1	2	3
40 Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales me pongo tenso y agitado	0	1	2	3

Anexo 4. ASSIST vr. 3.1

Introducción

Las siguientes preguntas son acerca de su experiencia con el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas durante su vida y en los últimos tres meses. Estas sustancias se pueden fumar, tragar, esnifar, inhalar o inyectar.

Algunas de las sustancias que aparecen en la lista pueden haber sido recetadas por un médico (Por ejemplo, anfetaminas, sedantes, calmantes). En esta prueba **No** registraremos aquellos medicamentos usados **bajo prescripción médica**. No obstante, si usted tomara estos medicamentos por **otras** razones, o los tomara más frecuentemente o a dosis más altas que las prescritas o de una manera que no se pretendía que usted los usara, por favor sírvase informarnos.

Aunque nos interesa saber respecto a su uso de cualquier droga ilícita, le aseguramos que la información obtenida será tratada de manera estrictamente confidencial.

Pregunta 1

Durante toda su vida, ¿Cuál de las siguientes sustancias usó <u>alguna vez</u> ? (SOLAMENTE USO NO MEDICADO)	No	Sí
a. Tabaco (Cigarrillos, tabaco para mascar, cigarros, puros, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Bebidas alcohólicas (Cerveza, licor, vino, licores espirituosos, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Cannabis (Marihuana, pot, hierba, hachís, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Cocaína (Perico, piedras, crack, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Estimulantes anfetamínicos (Anfetamina, bato, éxtasis, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Inhalantes (Gases nitrosos, adhesivos, combustibles, solventes de pintura, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Sedantes o píldoras para dormir (Diazepam, alprozolam, flunitrazepan, midazolam, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Alucinógenos (LSD, ácido, hongos, trips, ketamina, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Opiáceos (Heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Otro tipo. Especificar:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pregunta 2

Durante los últimos tres meses. ¿Cuán a menudo usó las siguientes sustancias que mencionó anteriormente? (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, Etc.)	Nunca	Una o dos veces	Mensualmente	Semanalmente	Todos o casi todos los días
a. Tabaco (Cigarrillos, tabaco para mascar, cigarros, puros, etc.)					
b. Bebidas alcohólicas (Cerveza, licor, vino, licores espirituosos, etc.)					
c. Cannabis (Marihuana, pot, hierba, hachís, etc.)					
d. Cocaína (Perico, piedras, crack, etc.)					
e. Estimulantes anfetamínicos (Anfetamina, bato, éxtasis, etc.)					
f. Inhalantes (Gases nitrosos, adhesivos, combustibles, solventes de pintura, etc.)					
g. Sedantes o píldoras para dormir (Diazepam, alprozolam, flunitrazepan, midazolam, etc.)					
h. Alucinógenos (LSD, ácido, hongos, trips, ketamina, etc.)					
i. Opiáceos (Heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)					
j. Otro tipo. Especificar:					

Pregunta 3

Durante los últimos tres meses. ¿Cuán a menudo, sintió usted un fuerte deseo o una urgencia por consumir? (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, Etc.)	Nunca	Una o dos veces	Mensualmente	Semanalmente	Todos o casi todos los días
a. Tabaco (Cigarrillos, tabaco para mascar, cigarros, puros, etc.)					
b. Bebidas alcohólicas (Cerveza, licor, vino, licores espirituosos, etc.)					
c. Cannabis (Marihuana, pot, hierba, hachís, etc.)					
d. Cocaína (Perico, piedras, crack, etc.)					
e. Estimulantes anfetamínicos (Anfetamina, bato, éxtasis, etc.)					
f. Inhalantes (Gases nitrosos, adhesivos, combustibles, solventes de pintura, etc.)					
g. Sedantes o píldoras para dormir (Diazepam, alprozolam, flunitrazepan, midazolam, etc.)					
h. Alucinógenos (LSD, ácido, hongos, trips, ketamina, etc.)					
i. Opiáceos (Heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)					
j. Otro tipo. Especificar:					

Pregunta 4

Durante los últimos tres meses. ¿Cuán a menudo su consumo de (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, Etc.) lo llevó a tener problemas de salud, sociales, legales o financieros?	Nunca	Una o dos veces	Mensual-mente	Semanal-mente	Todos o casi todos los días
a. Tabaco (Cigarrillos, tabaco para mascar, cigarros, puros, etc.)					
b. Bebidas alcohólicas (Cerveza, licor, vino, licores espirituosos, etc.)					
c. Cannabis (Marihuana, pot, hierba, hachís, etc.)					
d. Cocaína (Perico, piedras, crack, etc.)					
e. Estimulantes anfetamínicos (Anfetamina, bato, éxtasis, etc.)					
f. Inhalantes (Gases nitrosos, adhesivos, combustibles, solventes de pintura, etc.)					
g. Sedantes o píldoras para dormir (Diazepam, alprozolam, flunitrazepan, midazolam, etc.)					
h. Alucinógenos (LSD, ácido, hongos, trips, ketamina, etc.)					
i. Opiáceos (Heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)					
j. Otro tipo. Especificar:					

Pregunta 5

Durante los últimos tres meses. ¿Cuán a menudo usted no hizo lo que se esperaba que hiciera debido a su consumo de (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, Etc.)?	Nunca	Una o dos veces	Mensual-mente	Semanal-mente	Todos o casi todos los días
a. Tabaco (Cigarrillos, tabaco para mascar, cigarros, puros, etc.)					
b. Bebidas alcohólicas (Cerveza, licor, vino, licores espirituosos, etc.)					
c. Cannabis (Marihuana, pot, hierba, hachís, etc.)					
d. Cocaína (Perico, piedras, crack, etc.)					
e. Estimulantes anfetamínicos (Anfetamina, bato, éxtasis)					
f. Inhalantes (Gases nitrosos, adhesivos, combustibles, solventes de pintura, etc.)					
g. Sedantes o píldoras para dormir (Diazepam, alprozolam, flunitrazepan, midazolam, etc.)					
h. Alucinógenos (LSD, ácido, hongos, trips, ketamina, etc.)					
i. Opiáceos (Heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)					
j. Otro tipo. Especificar:					

Pregunta 6

¿Alguna vez un pariente, un amigo o cualquier otra persona se han preocupado por su consumo de (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, Etc.)?	No, Nunca	Sí, en los últimos 3 meses	Sí, pero no en los últimos 3 meses
a. Tabaco (Cigarrillos, tabaco para mascar, cigarros, puros, etc.)			
b. Bebidas alcohólicas (Cerveza, licor, vino, licores espirituosos, etc.)			
c. Cannabis (Marihuana, pot, hierba, hachís, etc.)			
d. Cocaína (Perico, piedras, crack, etc.)			
e. Estimulantes anfetamínicos (Anfetamina, bato, éxtasis, etc.)			
f. Inhalantes (Gases nitrosos, adhesivos, combustibles, solventes de pintura, etc.)			
g. Sedantes o píldoras para dormir (Diazepam, alprozolam, flunitrazepan, midazolam, etc.)			
h. Alucinógenos (LSD, ácido, hongos, trips, ketamina, etc.)			
i. Opiáceos (Heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)			
j. Otro tipo. Especificar:			

Pregunta 7

¿Ha tratado alguna vez de reducir el consumo de (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, Etc.) pero no logró hacerlo?	No, Nunca	Sí, en los últimos 3 meses	Sí, pero no en los últimos 3 meses
a. Tabaco (Cigarrillos, tabaco para mascar, cigarros, puros, etc.)			
b. Bebidas alcohólicas (Cerveza, licor, vino, licores espirituosos, etc.)			
c. Cannabis (Marihuana, pot, hierba, hachís, etc.)			
d. Cocaína (Perico, piedras, crack, etc.)			
e. Estimulantes anfetamínicos (Anfetamina, bato, éxtasis, etc.)			
f. Inhalantes (Gases nitrosos, adhesivos, combustibles, solventes de pintura, etc.)			
g. Sedantes o píldoras para dormir (Diazepam, alprozolam, flunitrazepan, midazolam, etc.)			
h. Alucinógenos (LSD, ácido, hongos, trips, ketamina, etc.)			
i. Opiáceos (Heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)			
j. Otro tipo. Especificar:			

Pregunta 8

	No, Nunca	Sí, en los últimos 3 meses	Sí, pero no en los últimos 3 meses
¿Ha usado <u>alguna vez</u> una droga inyectable? (SOLAMENTE POR USO NO MEDICO)			