

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE HONDURAS

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA



TESIS

“PREVALENCIA DE CONSUMO DE DROGAS Y ALCOHOL, Y SU RELACIÓN CON LA RESILIENCIA Y EL ESTRÉS EN LOS ESTUDIANTES DE LA CARRERA DE PSICOLOGIA Y LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE HONDURAS EN EL PERÍODO DE 2021”

Presentado por

FREDY ADOLFO PINEDA GARCÍA

Para optar al grado de Máster en Psicología Clínica

Asesor

MÁSTER ROGERS EDUARDO CABRERA

Tegucigalpa, M.D.C., Honduras, C.A.

Diciembre de 2022

LISTADO DE AUTORIDADES UNIVERSITARIAS

Doctor Francisco José Herrera Alvarado

Rector Interino

Máster Belinda Flores de Mendoza

Vice-Rectora Académica

Abogada Emma Virginia Rivera Mejía

Secretaria General

Máster Magda Elsy Hernández

Directora de Docencia

Doctor Armando Euceda

Director Sistema de Estudios de Postgrado

Doctora Carmen Julia Fajardo

Decana Facultad de Ciencias Sociales

Máster María José Irías Escher

Coordinadora General Postgrados Facultad de Ciencias Sociales

Máster Andrea Castillo

Jefa de la Escuela de Ciencias Psicológicas

Máster Yaraní Echenique

Coordinadora Académica Maestría en Psicología Clínica

Doctor Miguel Landa Blanco

Coordinador de Investigación y Vinculación de la Maestría en Psicología Clínica

Agradecimientos

En este apartado quiero agradecer muy profundamente a Dios pues sin el nada es posible, a las personas que han sido parte del apoyo académico para el desarrollo de mi formación como maestrante y la realización de esta investigación, estas personas fueron parte del proceso desde el inicio del desarrollo de esta tesis hasta el final. Estas personas fueron nuestra coordinadora de maestría la máster Yaraní Echenique la cual desde que tomo el cargo a estado a nuestra disposición ayudándonos en nuestras consultas, dudas y todo lo que estuvo en su disposición, siempre de manera muy atenta y cordial. Mi asesor de tesis el máster Rogers Eduardo Cabrera el cual con mucha dedicación y paciencia a guiado de forma muy profesional todo el proceso de esta investigación.

Quisiera hacer un énfasis especial en el Doctor Miguel Landa el cual aparte de ser parte de la coordinación de la maestría es un amigo al cual admiro no solo por su gran capacidad como docente e investigador sino también por gran calidad humana.

Agradecer a todos los docentes que nos impartieron cada módulo, a algunos compañeros que fueron de mucho apoyo moral en los momentos más difíciles de este proceso. Mil gracias a todos que el Señor bendiga grandemente sus vidas.

Dedicatoria

Quisiera dedicar este logro primeramente a Dios, pues él ha transformado lo rechazado por las personas en un profesional de nivel superior y ha cambiado el lamento en gozo. Seguidamente agradecer a mis padres Fredy Fernando Pineda y Elsa Ondina García por el esfuerzo de toda una vida en darnos lo mejor, en remar contra la pobreza económica de este país, y brindarnos a mí y mis hermanos, un techo, alimento y educación hasta donde sus recursos lo permitieron, pero sobre todo valores fundamentales para lograr ser personas de bien.

Resumen

El consumo de drogas es un problema de índole social que abarca casi todos los aspectos de la actividad humana, no discrimina nivel económico, intelectual ni institucional. En este estudio se investigará su prevalencia en estudiantes de la carrera de Psicología y de la Facultad de Medicina y su relación con los niveles de resiliencia y estrés, esto ya ha sido objeto de varias investigaciones en muchos países. La resiliencia es la capacidad para recuperarse y conservar una conducta adaptativa después de sufrir estrés intenso o experiencias traumáticas, está relacionada con conductas problema, como el consumo de drogas; de igual manera, la presencia de estrés está asociada al consumo de drogas, puesto que constituyen una forma fácil y rápida para experimentar sensaciones placenteras, modificar los sentimientos asociados al malestar emocional, reducir los trastornos emocionales, mitigar la tensión, afrontar los cambios y presiones del entorno por sus efectos sobre el sistema nervioso. Este estudio compara los niveles de resiliencia y estrés presentes en los estudiantes universitarios, con el objetivo de determinar si existe relación entre dichos niveles y la prevalencia del consumo de drogas. La recolección de los datos se llevó a cabo por medio de un instrumento que constaba de 3 escalas: La Escala de Resiliencia de Wagnild y Young, La Escala de Estrés Percibido y La Prueba de Detección de Consumo de Alcohol, Tabaco y Otras Drogas (ASSIST, por sus siglas en inglés), las cuales proporcionaron datos de las variables, la población estudiada se conformó por una muestra de 291 estudiantes de la Facultad de Medicina y 294 de la carrera de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras, del campus Ciudad Universitaria. Los resultados para la muestra completa mostraron que los individuos presentan una capacidad de resiliencia de niveles medio y elevado, un nivel medio de estrés percibido y que el 57.3% han consumido drogas recientemente sin presentar riesgo de alto consumo.

Palabras clave: droga, resiliencia, estrés, consumo de drogas y alcohol

Abstract

Drug use and its relationship with the levels of resilience and stress in students has been the object of study of several investigations in many countries. Resilience is the ability to recover and maintain adaptive behavior after suffering intense stress or traumatic experiences and it is related to problem behavior, such as drug use. The presence of stress is associated with drug use since it constitutes an easy and fast way to experience pleasant sensations, modify the feelings associated with emotional discomfort, reduce emotional disorders, mitigate tension, stress and face changes and pressures in the environment because of its effects on the nervous system. This study compares the levels of resilience and stress present in university students, in order to determine whether there is a relationship between these levels and the prevalence of drug use the data collection was carried out by an instrument that consisted of 3 scales: Resilience Scale of Wagnild & Young, Stress Perception Scale and the Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test. The studied population was determined by a sample that was made of 291 students from the Medical School and 294 students that belong to the carrier of Psychology; both schools in the main campus of the Universidad Nacional Autónoma de Honduras in Tegucigalpa. The obtained results of the complete sample revealed that there is a capacity of resiliency of medium and high level on the individuals, there is also a medium level of stress considered, and furthermore 57.3% of the population used illicit drugs without representing a high level of consumption.

Keywords: drugs, resilience, stress, drug use

Tabla de Contenido

Capítulo 1: Planteamiento del Problema	14
1.1 Construcción del objeto de estudio	14
1.2 Preguntas de Investigación	19
1.3 Objetivos	20
1.3.1 Objetivo General	20
1.3.2 Objetivos Específicos	20
1.4 Justificación	21
Capítulo 2: Marco Teórico	24
2.1 Las Drogas: concepto, historia, clasificación y teorías sobre el consumo	24
2.1.1 Conceptualización del consumo de drogas	24
2.1.2 Historia de las drogas	26
2.1.3 Clasificación de las drogas	27
2.1.4 Teorías sobre el consumo	29
2.2 La Resiliencia: Conceptualización y Planteamientos Teóricos.	31
2.2.1 Conceptualización de Resiliencia	31
2.2.2 Planteamientos Teóricos sobre Resiliencia	32
2.3 Estrés: Conceptualización y planteamientos Teóricos.	34
2.3.1 Conceptualización del Estrés	34
2.3.2 Planteamientos teóricos sobre el estrés	35
2.4 Relación entre consumo de drogas y alcohol, resiliencia y estrés	36
Capítulo 3: Marco Contextual	42
3.1 Normativas y Postulados Internacionales sobre las drogas	42
3.2 Normativa y Postulados Hondureños sobre las drogas	45
3.3 Normativa y Postulados de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras sobre el consumo de drogas	46
Capítulo 4: Metodología de la Investigación	50
4.1 Enfoque, Alcance y Diseño de la Investigación	50
4.2 Técnicas de Recolección de Información	50
4.2.1 Escala de Resiliencia de Wagnild y Young	50
4.2.2 La Escala de Estrés Percibido 2.0	51
4.2.3 Prueba de detección de consumo de alcohol tabaco y sustancias (ASSIST)	52
4.3 Población y Muestra	54

4.4 Consideraciones Éticas	55
4.5 Plan de Análisis	55
Capítulo 5: Resultados.....	56
5.1 Análisis de La Escala de Resiliencia de Wagnild y Young	56
5.2 Análisis de La Escala de Estrés Percibido	56
5.3 Análisis Consumo de Sustancias.....	57
Capítulo 6: Discusión.....	68
Bibliografía	75
ANEXOS.....	81

DEGT-UNAH

Índice de Anexos

1. Consentimiento informado.....	82
2. Escala de Resiliencia de Waignild y Young.....	83
3. Escala de Estrés Percibido 2.0.....	85
4. Test de Assist de Detección de Drogas	87

DEGT-UNAH

Índice de figuras

Figura 1.	Análisis de resiliencia de ambas carreras.....	56
Figura 2.	Análisis de estrés percibido en ambas carreras.....	56
Figura 3.	Consumo de alcohol en la vida de ambas carreras.....	57
Figura 4.	Consuma de drogas y alcohol en los últimos tres meses en ambas carreras....	57
Figura 5.	Consumo de riesgo de tabaco en ambas carreras.....	58
Figura 6.	Riesgo de consumo de alcohol en ambas carreras.....	58
Figura 7.	Riesgo de consumo de cannabis en ambas carreras.....	59
Figura 8.	Riesgo de consumo de cocaína en ambas carreras.....	59
Figura 9.	Riesgo de consumo de anfetaminas en ambas carreras.....	60
Figura 10.	Riesgo de consumo de inhalantes en ambas carreras.....	60
Figura 11.	Riesgo de consumo de pastillas en ambas carreras.....	61
Figura 12.	Riesgo de Alucinógenos.....	61
Figura 13.	Riesgo de Opiáceos.....	62
Figura 14.	Diagrama de dispersión entre el uso de TICs y la relación resiliencia estrés...	63
Figura 15.	Porcentaje de Hombre y mujeres que consumieron drogas.....	67

Índice de Tablas

Tabla 1. Correlación entre el estrés y la resiliencia de la población total.....	63
Tabla 1. Correlación entre el estrés y la resiliencia en estudiantes de psicología.....	64
Tabla 2. Correlación entre el estrés y la resiliencia en estudiantes de medicina.....	64
Tabla 4. Correlación estrés, resiliencia y consumo de drogas en estudiantes de psicología.....	65
Tabla 5. Correlación estrés, resiliencia y consumo de drogas en estudiantes de medicina.....	65
Tabla 6. Correlación entre el consumo de drogas de estudiantes de ambas carreras.....	66
Tabla 7. Correlación de consumo de drogas en estudiantes de psicología.....	66
Tabla 8. Correlación de consumo drogas en estudiantes de medicina.....	67
Tabla 9. Porcentaje de Hombre y mujeres que consumieron drogas	67

Introducción

Con el objetivo de desarrollar una tesis para optar al grado de Master en Psicología Clínica orientada en investigación se realizó un estudio correlacional con el fin de determinar la prevalencia del consumo de drogas y alcohol y su relación con la resiliencia y el estrés en estudiantes de la carrera de Psicología y la Facultad de Medicina en el periodo de 2021. La muestra consto de 585 estudiantes de ambas carreras, 294 de Psicología y 291 de Medicina.

En la primera etapa de nuestra investigación se construyó nuestro objeto de estudio, partiendo de la creación de un marco teórico el cual sirvió de guía teórica valga la redundancia, luego proseguimos con nuestro marco contextual el cual se convertiría en nuestro marco de referencia de información sobre las investigaciones de este tipo realizadas en población hondureña universitaria.

Tomando en cuenta que el consumo de drogas es un problema que concierne a muchas instituciones gubernamentales y no gubernamentales por el amplio nivel poblacional que abarca en todo el mundo, diversas instituciones dirigen recursos y esfuerzos al estudio, prevención y socialización de impacto negativo de este en las sociedades. En Honduras, se han realizado varios estudios sobre este tema, específicamente en el caso de consumo de sustancias en estudiantes universitarios, estos estudios fueron tomados en cuenta en esta investigación por ser un marco de referencia de la población en cual basamos dicha investigación.

Seguidamente se elaboraron los objetivos generales y los objetivos específicos. Estos fueron definidos en base a las variables y la población a la cual estaba dirigido en estudio. Habiendo determinado los aspectos teóricos y delimitado nuestra muestra se definió el diseño y la metodología que se debería seguir. Los métodos de recolección de datos que se

seleccionaron fueron, La Escala de Resiliencia de Wagnild y Young la cual presenta los resultados en niveles desde bajo, medio y alto nivel de resiliencia; La Escala de Estrés Percibido la cual también presenta escalas de estrés desde bajo, medio y alto, y la Prueba de Detección de Consumo de Alcohol, Tabaco y Otras Drogas (ASSIST por sus siglas en inglés), la cual clasifica niveles de riesgo y dicho nivel de riesgo en tipos de drogas. Dichas escalas fueron incorporadas en la creación de un instrumento final, el cual sería aplicado a la población para su posterior puntuación, análisis de datos y interpretación.

Es importante mencionar que de manera general se presentaron variables que fueron limitantes para la realización de esta investigación, como ser el acceso a la muestra, la de variedad de investigaciones hondureñas relacionadas, y la mayor de todas las crisis generadas por la pandemia del Covid19.

Capítulo 1: Planteamiento del Problema

1.1 Construcción del objeto de estudio

En las últimas décadas el consumo de drogas y alcohol se ha convertido en un fenómeno social y multicultural, esto ha traído consigo un sin número de problemas tanto individuales como colectivos en las personas y comunidades. Esto representa actualmente una de las preocupaciones más importantes de la sociedad (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, 2015).

En general, una droga es una sustancia de efecto estimulante, deprimente, narcótico o alucinógeno que puede producir un hábito; en la definición del término droga se puede observar una evolución conceptual que corresponde a diferentes momentos históricos. En la farmacología tradicional se utilizó el término droga para designar a un medicamento en estado bruto, tal como aparece en la naturaleza, después apareció como un producto que se deriva de algún tipo de manipulación química. En 1969, la Organización Mundial de la Salud (OMS) define el término manteniendo un criterio clínico como “cualquier sustancia que, introducida en un organismo vivo, puede modificar una o varias de sus funciones” (p. 1), de este modo viene a ser sinónimo de fármaco. De igual manera, en 1982, la OMS intentó delimitar las sustancias que producían dependencia y apareció el concepto de Droga de abuso como aquella de uso no médico con efectos psicoactivos (capaz de producir cambios en la percepción, el estado de ánimo, la conciencia y el comportamiento) y susceptible de ser auto administrada (Lucena, 2013).

Actualmente y desde el punto de vista científico, existen distintas sustancias que pueden categorizarse como drogas, debido a que introducidas en un organismo vivo son capaces de alterar o modificar una o varias funciones psíquicas de éste (carácter psicótropo o psicoactivo). Provocan en las personas que las toman la repetición de su administración, por el placer que generan (acción reforzadora positiva). El cese de su consumo puede dar lugar a un gran malestar somático y/o psíquico (dependencia física y/o psicológica). No tienen ninguna implicación médica y si la tienen, pueden utilizarse para fines no terapéuticos (Martín y Lorenzo, citado por Lucena, 2013). Desde esta perspectiva, el alcohol cabe en la categoría de droga.

Por lo general, la decisión inicial de consumir drogas o alcohol es voluntaria. Sin embargo, cuando se convierte en abuso de drogas o alcoholismo, la capacidad individual para ejercer el auto control se vuelve sumamente deficiente (Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, 2008).

Conforme con la Oficina de las Naciones Unidad contra la Droga y el Delito (2018) unos 275 millones de personas en todo el mundo, es decir, aproximadamente el 5,6% de la población mundial en edades entre 15 y 64 años, consumió drogas en al menos una ocasión en 2016. Más de 30 millones de individuos que consumen drogas han presentado trastornos originados de dicho consumo, esto indica que el consumo es nocivo hasta al punto de necesitar tratamiento en muchas ocasiones. Según la Organización Mundial de la Salud, en 2015 fallecieron aproximadamente 450,000 personas a consecuencia del consumo de drogas, de esta cantidad casi 163,000 fueron relacionadas directamente con trastornos por consumo de drogas (principalmente sobredosis). El resto de los decesos podían atribuirse indirectamente al consumo de drogas, y entre ellas figuraban las relacionadas con la transmisión de enfermedades de contagio que son el resultado de prácticas de inyección inseguras (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, 2018).

De acuerdo con la investigación realizada por Sánchez (2018), el consumo de alcohol ha sido recurrentemente asociado a motivos sociales, como estrategia de afrontamiento para soportar las emociones negativas, por ende, así también con puntuaciones bajas en la capacidad de resiliencia de las personas.

El término resiliencia proviene originalmente de otras disciplinas, en física se refiere a la resistencia que opone un cuerpo (metal) a la ruptura por choque o percusión, en otras palabras, es la capacidad de los metales de no deformarse ante la aplicación de fuerzas externas sobre estos; en osteología se ha usado el término para expresar la capacidad que tienen los huesos para crecer de manera adecuada luego de una fractura. Este término fue aplicado luego a las ciencias sociales para describir a los individuos que a pesar de nacer y vivir en condiciones sociales adversas y de alto riesgo, se desarrollan social y psicológicamente con éxito. La resiliencia se dinamiza en la adversidad, superando los factores de riesgo y fortaleciéndose ante las dificultades (Puerta & Vásquez, 2012).

La mayoría de los autores definen la resiliencia como un proceso dinámico que tiene como objetivo final la adaptación positiva en contextos de gran adversidad. Desde los primeros estudios los autores se han orientado a un enfoque evolutivo de la resiliencia. El ser humano está cambiando constantemente como resultado de las circunstancias del ciclo vital. En este sentido se plantea que la resiliencia es un rasgo humano, en tanto este se constituye en la interacción social. Desde esta perspectiva se incluyen 3 componentes en el concepto de resiliencia: noción de adversidad o amenaza al desarrollo humano; adaptación positiva o superación de adversidad y proceso que considera los factores de riesgo y protección a diferentes niveles (Galarza, 2019).

Los seres humanos somos seres bio-psico-sociales, por ende, a lo largo de la vida todos los factores involucrados en estas áreas resultan en factores de riesgo y protección que influyen de manera general en cada aspecto de la vida. Restrepo, Vinaccia, Quinceno & Japcy (citado por Galarza, 2019) describen los factores de riesgo como aquellos que incrementan las probabilidades de obtener respuestas negativas ante la adversidad; los factores de protección serían las condiciones capaces de favorecer el desarrollo de individuos o grupos y en muchos casos de disminuir los efectos de circunstancias desfavorables. Los factores de riesgo y protección intervienen tanto en la resiliencia como en el consumo de drogas y alcohol.

De igual manera, en un estudio realizado por Tomasini (2012, citado en Galarza, 2019, p.13) se estableció una lista de factores de riesgo y de protección agrupados en tres categorías: individual, familiar y social. Estos factores fueron identificados de las diferentes investigaciones sobre resiliencia y donde se puede observar un resumen de los mismos. Los factores individuales son circunstancias que conforman a un sujeto único las cuales estarán relacionadas con estrategias de afrontamiento específicas, que se adquirirán con su interacción con el ambiente y de esta manera desarrollando un perfil resiliente. Los principales factores individuales analizados como predictores en cuanto al consumo de sustancias son: edad, género, identidad, estado emocional, recursos que dispone, valores y autoestima, la expectativa hacia el uso de sustancias psicoactivas, entre otros.

Así mismo, se ha determinado que existen situaciones familiares específicas que están asociadas con una mayor probabilidad de consumo de sustancias psicoactivas. Se identificaron una serie de aspectos como la estructura y composición familiar, conductas familiares hacia el consumo, relaciones afectivas y de comunicación, disciplina familiar, entre otros. No obstante, una de las influencias más importantes en cuanto al consumo de sustancias psicoactivas son los diferentes espacios sociales, en este sentido suele establecerse

una categorización que distingue entre influencias de tipo micro social y aquellas de tipo macrosocial (Galarza, 2019, p.15).

Según el estudio de Sánchez (2018):

Entre los aspectos psicosociales que se han asociado generalmente a la conducta saludable, denominados “dimensión psicológica de la prevención” e identificados como predictores de la disminución del consumo de alcohol, se encuentran: la información, la toma de decisiones, el compromiso personal en torno a una conducta, el manejo del estrés (estrategias para afrontar situaciones evaluadas como difíciles), las habilidades de resistencia y la autoestima. El principal resultado hallado en este estudio, indica que existe una relación inversa, moderada y significativa entre el nivel de resiliencia y el abuso de alcohol en jóvenes estudiantes, esto quiere decir que mientras más elevado es el nivel de resiliencia, menor es el consumo riesgoso y perjudicial de alcohol en los jóvenes (p.22).

El problema de consumo de drogas y alcohol aumenta en la población día a día, por lo tanto, constituye un tema de relevancia de la salud pública y de todos los gremios involucrados en dicho tema. El Instituto Hondureño para la Prevención del Alcoholismo, Drogadicción y Farmacodependencia (2008) reportó que 25% de la población de universitarios usan algún tipo de droga. En la Universidad Nacional Autónoma de Honduras se realizó un estudio y se encontró que de los estudiantes 3,8% reportó el uso de estimulantes o pastillas para no dormir; entre las drogas de mayor consumo están las bebidas alcohólicas siendo estas las lícitas y de uso recreacional. Del total de estudiantes, en la actualidad el 2.2% continúan consumiendo estimulantes. Es importante mencionar que las responsabilidades a nivel universitario generan estrés en sus alumnos, y que también la institución no presenta alternativas que enseñen como enfrentar esta situación (Buchanan & Pillon, 2008). Se debe

tomar en cuenta que la normativa interna de la UNAH prohíbe y penaliza el consumo de drogas y alcohol dentro de sus previos y plantea en su manual de seguridad del 2019, la detención y entrega de los sujetos que son encontrados consumiendo a las autoridades correspondientes (Universidad Nacional Autónoma de Honduras, 2019).

Por esta razón en la presente investigación se analizará la Prevalencia del consumo de drogas y alcohol y su relación con los niveles de resiliencia de los estudiantes de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras en el periodo establecido entre 2020 – 2021 con el fin de identificar los patrones de consumo, estrategias de afrontamiento y resiliencia, y en un futuro generar políticas internas funcionales en la institución que ayuden a disminuir los factores de riesgo de consumo y a fortalecer los factores de protección en los estudiantes.

1.2 Preguntas de Investigación

- ¿Cuál es la prevalencia del consumo de drogas y alcohol de los estudiantes de la carrera de Psicología y la Facultad de Medicina de La Universidad Nacional Autónoma de Honduras, en el periodo de 2020-2021?
- ¿Cuáles son los niveles de resiliencia de los estudiantes de la carrera de Psicología y Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras, en el periodo de 2020-2021?
- ¿Cuáles son los niveles de estrés de los estudiantes de la carrera de Psicología y la Facultad de Medicina de La Universidad Nacional Autónoma de Honduras, en el periodo de 2020-2021?
- ¿Cuál es la relación entre el consumo de drogas y la resiliencia en los estudiantes de la carrera de Psicología y la Facultad de Medicina de La Universidad Nacional Autónoma de Honduras, en el periodo de 2020-2021?

- ¿Cuál es la relación entre el consumo de drogas y el estrés en los estudiantes de la carrera de Psicología y la Facultad de Medicina de La Universidad Nacional Autónoma de Honduras, en el periodo de 2020-2021?
- ¿Qué diferencia existe en la prevalencia de consumo de drogas y alcohol, en función de las variables demográficas de los estudiantes de la carrera de Psicología y la Facultad de Medicina de La Universidad Nacional Autónoma de Honduras, en el periodo 2020-2021?

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo General

Analizar la relación entre la prevalencia del consumo de drogas, la resiliencia y el estrés en los alumnos de la Facultad de Ciencias Médicas y la carrera de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras durante el período de 2021.

1.3.2 Objetivos Específicos

- Describir la prevalencia del consumo de drogas y alcohol en los estudiantes de la Facultad de Ciencias Médicas y la carrera de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras durante el período de 2021.
- Establecer los niveles de resiliencia de los estudiantes de la Facultad de Ciencias Médicas y la carrera de Psicología la Universidad Nacional Autónoma de Honduras durante el período de 2021.
- Establecer los niveles de estrés de los estudiantes de la Facultad de Ciencias Médicas y la carrera de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras durante el período de 2021.

- Determinar la relación entre la prevalencia del consumo de drogas y alcohol, la resiliencia y el estrés en los estudiantes la Facultad de Ciencias Médicas y la carrera de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras durante el período de 2021.
- Determinar la relación entre la prevalencia del consumo de drogas y alcohol y las variables sociodemográficas en los estudiantes de la Facultad de Ciencias Médicas y la carrera de Psicología la Universidad Nacional Autónoma de Honduras durante el período de 2021.

1.4 Justificación

Desde una visión de salud pública, el consumo de drogas y alcohol ocupa un importante papel en la causalidad de discapacidad, enfermedades y muerte en las sociedades de todo el mundo. También contribuye de forma importante a la disfunción familiar, la violencia y los trastornos psiquiátricos. Con el crecimiento global de la producción, el comercio y la comercialización del alcohol, y la falta de efectividad de los gobiernos para combatir el narcotráfico, se hace evidente que la política de control del alcohol y el abordaje del consumo de drogas necesita entenderse no únicamente desde una perspectiva nacional, sino también global (Organización Panamericana de la Salud, 2010).

En las últimas semanas, en Ciudad Universitaria se decomisaron cantidades significativas de cigarrillos, estupefacientes y alcohol que son ingresados supuestamente por estudiantes para su comercio y consumo ilegal de los mismos, informó este lunes una fuente de la máxima casa de estudios. Kevin Girón, jefe de seguridad de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH), dijo que ya han comenzado a combatir la venta ilegal de cigarros, supuesta droga y alcohol que se está ingresando en el campus universitario, ya que supuestos estudiantes han querido ingresar de forma ilegal al centro universitario con el fin de

vender sustancias ilegales que no son permitidas por la ley, mucho menos en la universidad. Según lo que se ha informado, hay jóvenes que ingresan con bebidas alcohólicas a Ciudad Universitaria, otros que venden cigarrillos y en medio de libros se ha encontrado supuesta marihuana (Medina, 2019). Esto nos indica que, aunque no es una problemática reciente, no existen medidas a nivel preventivo y de intervención funcionales por parte de las instituciones, y que las autoridades universitarias abordan el problema de consumo de drogas y alcohol de manera superficial.

Un estudio descriptivo de corte transversal que se realizó en La Escuela Universitaria de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Valle de Sula (EUCS-UNAH/VS) en 2015, con una muestra estratificada de 278 estudiantes se encontró que 198 (71%) no consumían drogas, mientras un 80 (29%) consumían algún tipo de sustancias. Las razones por las que los estudiantes seguían consumiendo drogas fueron: estrés 38 (47.5%), no puede dejarlo 12 (15%), por influencias 11 (13.8%), ambiente familiar 10 (12.5%) y no quiere dejarlo 9 (11.2%). De los 80 estudiantes que consumían drogas, 49 (62%) eran de medicina, y según la carrera que cursaban; se encontró que, de los 143 estudiantes de medicina, 49 (34%) consumían drogas (Licon Rivera, Arita Chávez, & Diaz Torres, 2015).

El consumo de drogas entre los estudiantes universitarios va en aumento, así como en la población general, constituyendo un problema de salud pública. En los últimos años, el consumo de sustancias psicoactivas entre los jóvenes ha incrementado ostensiblemente y es verdaderamente preocupante, la droga legal más consumida es el alcohol y la ilegal es la marihuana. Las Drogas realizan cambios en el organismo de las personas que las consumen ya sea en sus condiciones físicas y/o mentales alterando su funcionamiento, lo que puede llevar a alteraciones en el Sistema nerviosos central, su comportamiento y su conciencia (Gómez, 2021).

Entre los efectos crónicos sobre la salud se identifican, enfermedades por daño a órganos, impacto que deriva en enfermedades como ansiedad, depresión, además de los efectos sociales como los daños a las relaciones familiares, relaciones interpersonales, pérdida de trabajo, abandono de sus estudios, entre otros. Por todo lo anteriormente expuesto es necesario que las autoridades universitarias aúnen mayores esfuerzos con los programas de prevención y abandono del consumo de drogas entre los estudiantes, en este momento a través de la VOA E, en su Área de Manejo y Resolución de Conflictos Estudiantiles hace la labor de captar a los estudiantes con problemas de consumo de Drogas que son encontrados en posesión o consume de Drogas dentro de la Universidad y derivados al Área de Salud-VOAE a la Clínica Antitabaco y Farmacodependencia donde son atendidos ya sea en su programa de prevención o en el abandono del consume de Drogas (Gómez, 2021).

La presente tesis servirá de insumo para la toma de decisiones sobre prevención y tratamiento del uso y abuso de drogas y alcohol en el contexto universitario, de manera específica los resultados podrán ser de utilidad para las clínicas de atención psicológica que brindan asistencia dentro del campus universitario. De igual forma será apto para servir de referencia bibliográfica y actualizada para nuevos estudios sobre la temática y como una ayuda para la planeación de la prevención y tratamiento del problema. Cabe mencionar que será el primer estudio de este tipo realizado en Ciudad Universitaria.

Capítulo 2: Marco Teórico

2.1 Las Drogas: concepto, historia, clasificación y teorías sobre el consumo

2.1.1 Conceptualización del consumo de drogas

Una droga es una sustancia psicoactiva que las personas consumen para cambiar la manera en que se sienten, piensan o comportan. Esta definición incluye al alcohol y el tabaco, así como a otras drogas naturales o artificiales (Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia, 2015). Del mismo modo, la Organización Mundial de la Salud (1982, citado en Fuentes, 2004) delimita el concepto de droga a sustancias que son capaces de generar dependencia psíquica o física generando luego malestar en el individuo y que en la mayoría de los casos generan un deterioro psicorgánico, social, familiar, etc.

En el pasado, la mayoría de las drogas que se utilizaban provenían de plantas, es decir, se cultivaban plantas y luego se las convertía en drogas como la cocaína, la heroína y el cannabis (marihuana). En el siglo XX, las personas encontraron la forma de hacer drogas a partir de productos químicos. Éstas son las llamadas drogas artificiales o sintéticas, y comprenden éxtasis, LSD, entre otras. Como se mencionó anteriormente, el consumo de drogas es un problema de índole mundial. El uso indebido de drogas es un fenómeno social que va más allá de la simple prevalencia entre los jóvenes. Durante las últimas dos décadas, países de todo el mundo se han percatado de un inquietante incremento de la incidencia del uso indebido de drogas entre los sectores más productivos y fundamentales de sus poblaciones (Oficina de las Naciones Unidas de Fiscalización de Drogas y Prevención del Delito, 2002).

Dado que, desde una perspectiva cultural, distintas sociedades tienen un criterio propio sobre el uso, abuso y dependencia de sustancias a lo largo de los años la Organización Mundial de la Salud junto con otras asociaciones médicas se han unido para lograr el consenso actual (Moral & Lorenzo, 1999). De acuerdo con el manual de criterios diagnósticos para las enfermedades mentales (DSM-V) destaca el abuso de sustancias psicoactivas como un patrón desadaptativo de consumo de sustancias que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por dos o más de los síntomas siguientes y durante un periodo de al menos doce meses.

Así mismo, entre los criterios se encuentran: consumo de grandes cantidades por tiempos prolongados, fracaso al dejar o regular el consumo de drogas, pese a reiterados esfuerzos, inversión de mucho tiempo para conseguir y/o consumir la droga, intenso deseo de consumo, notorio incumplimiento de las obligaciones en el ámbito familiar, doméstico, laboral o académico, continuación del consumo a pesar de los graves problemas recurrentes causados por la adicción, abandono de actividades familiares, sociales, laborales o recreativas, consumo recurrente con riesgos evidentes para la salud corporal, consumo a sabiendas que puede exacerbar problemas psicológicos y/o físicos, tolerancia y síndrome de abstinencia. Clasificando con nivel de severidad Leve (hasta 3 criterios), Moderado (4-5 criterios) y Grave (6 o más criterios) (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

Por otro lado, el sistema CIE-10 (1992) define como consumo perjudicial como aquella “forma de consumo que está afectando ya a la salud física o mental (daño para la salud)” (citado en Organización Mundial de la Salud, 1994, p. 60). Los criterios que se señalan para su diagnóstico son: el consumo de una sustancia ha causado (o contribuido sustancialmente a) un daño físico o psicológico, incluido el deterioro de la capacidad de juicio o alteraciones del comportamiento, la naturaleza del daño debe ser claramente identificable, la forma de consumo ha persistido por lo menos un mes o se ha presentado

reiteradas veces en un período de doce meses y el trastorno no cumple criterios para ningún otro trastorno mental o del comportamiento relacionado con la misma sustancia en el mismo período de tiempo (OMS, 1994).

2.1.2 Historia de las drogas

El consumo de drogas no es algo reciente, a lo largo de la historia el hombre ha consumido sustancias que alteran el funcionamiento normal del sistema nervioso central. Hace aproximadamente 7,000 años se comenzaron a utilizar los opiáceos y el alcohol siendo los primeros psicoactivos usados con este fin. En China hace un estimado de 4,000 años se cultiva el cannabis sativa. En la América precolombina, Los Incas recogían 3 cosechas al año de hojas de coca, las cuales tenían una función analgésica y energizante de uso diario, principalmente por la fatiga producida por la altura. Igualmente, en la sociedad azteca se consumían hongos como el teonanacati y cactus como el peyote con fines religiosos. Ya sea con fines religiosos, por incapacidad de resolver los problemas, o por simples fines recreativos el hombre ha usado plantas o productos químicos a lo largo de la historia que se categorizan como drogas. Siempre existieron un sin número de sustancias psicoactivas que se han utilizado a lo largo del tiempo, pero que más se ha extendido su uso son la cafeína, el tabaco, el alcohol, el cannabis, la cocaína y los opiáceos (Carvalho, 2008).

Por otro lado, descubrimientos arqueológicos revelan que desde el desarrollo de las técnicas neolíticas hace 10,000 años, con el nacimiento de la alfarería, ya existían las vasijas, y que aproximadamente hace 7,000 años eran usadas para almacenar miel. Del mismo modo, hipótesis plantean que la miel fermentada y diluida en agua (aguamiel o hidromiel) haya sido el primer vino y bebida alcohólica para consumo humano. Desde entonces el alcohol se volvió parte de la vida cotidiana y un importante producto comercial en las sociedades humanas a lo largo del tiempo. Por último, durante el siglo pasado, especialmente después de

la Segunda Guerra Mundial, hubo un cambio global de los patrones de consumo, cuando la bebida alcohólica deja de estar relacionada con las comidas y el nuevo patrón de consumo pasa a ser la ingesta de grandes cantidades en cortos espacios de tiempo, asociada a actividades de ocio (Carvalho, 2008).

2.1.3 Clasificación de las drogas

Conforme su efecto sobre el Sistema Nervioso Central, según Velásquez (2012) las drogas se clasifican en:

- a. Drogas depresoras: son las que inhiben el funcionamiento del sistema nervioso central, volviendo más lenta la actividad nerviosa y el ritmo de las funciones corporales. Entre las principales drogas depresoras están, el alcohol, la heroína, la morfina, codeína, la metadona, y algunos psicofármacos, como los benzodiacepinas o los barbitúricos.
- b. Drogas estimulantes: son aquellas que excitan la actividad nerviosa, dando lugar a un aumento de las funciones corporales. Entre ellas se encuentran la cocaína, las anfetaminas, la nicotina y la cafeína.
- c. Drogas alucinógenas: Estas provocan un estado de alterado de la conciencia, distorsionan la percepción y producen alucinaciones. Sus representantes más comunes son la Marihuana (*Cannabis sativa*), el ácido lisérgico (LSD), mezcalina del peyote, psilocibina de hongos alucinógenos.

Ruiz (2010) (citado en Galarza, 2019) diferencia cinco tipos de conductas relacionadas con la frecuencia de consumo de sustancias psicoactivas:

- a. Abstinente, no consume ninguna sustancia
- b. Experimental, consumo fortuito, durante un periodo limitado o cantidad reducida

- c. Ocasional, consumo intermitente de cantidades a veces importantes cuya principal motivación es la integración grupal
- d. Habitual, consumo compulsivo con trastorno del comportamiento que da a lugar a una serie de consecuencias sociales
- e. Dependiente, el propósito del consumo es mantener el funcionamiento basal y aliviar los síntomas de abstinencia que aparecen al dejar de consumir.

Cada sustancia puede tener una interacción diferente con el organismo dependiendo de varios factores como ser la dosis utilizada, el lugar, estado de ánimo en que se consumen y la vía de administración, por lo cual de acuerdo con estos elementos serán los efectos y riesgos que produzcan en el cuerpo y la mente. González (2013) menciona las principales vías de administración que se utilizan para consumir diferentes sustancias psicoactivas:

- a. Inyectada: de acuerdo con el lugar de liberación de la dosis puede ser subcutánea, intramuscular e intravenosa. Es la vía de administración más peligrosa y la más vinculada a sobredosis, ya que puede producir infecciones, abscesos, coágulos, etc.
- b. Inhalada: se aspira la sustancia por lo que se transporta por las paredes nasales hasta el torrente sanguíneo. Esta vía de administración genera un mayor patrón de consumo compulsivo, debido a su rápida acción.
- c. Fumada: los efectos de la sustancia suelen ser un poco más lentos, sin embargo, son más intensos dependiendo de la sustancia y dosis. En esta vía de administración se le aplica fuego o calor a la sustancia, ya sea en pipa, cigarro u otro dispositivo.
- d. Ingerida: implica un alto riesgo de sobredosis, ya que en muchas ocasiones los individuos ingieren grandes cantidades para sentir los efectos los cuales se demoran debido al proceso de digestión.

- e. Transdérmica: se utiliza la permeabilidad de la piel para la absorción de la sustancia simplemente frotando en la superficie de esta.
- f. Rectal o Vaginal: se introduce la sustancia al interior del recto o vagina lo cual produce riesgo de irritación o infección. Su administración es similar a la ingesta, pero sus efectos son más intensos.
- g. Sublingual: se coloca la sustancia debajo de la lengua, ya que existen varias vías que transportan la sustancia absorbida al torrente sanguíneo.

2.1.4 Teorías sobre el consumo

Existen un sin número de teorías sobre el origen del problema de consumo de drogas que tratan de responder a cuestiones referentes a la adquisición del hábito, a la continuación de dicho hábito y a la existencia o no de factores predisponentes, entre otras. Dichas teorías no son ni mucho menos excluyentes entre sí, al contrario, pueden complementarse, al respecto la Teoría Biopsicosocial busca recopilar y reducir las características de las diferentes teorías vinculadas a los modelos clásicos de la psicología en relación con este tema (Romero, 2015). A continuación, se mencionarán algunas teorías con ciertas de sus características.

Los factores genéticos-hereditarios también conocidos como "factores biológicos" se refieren a las teorías que aseguran que el consumo de drogas tiene una cierta etiología genética y/o hereditaria. Bombín, Martínez y Rodríguez (1991) (citados en Romero, 2015) realizaron una investigación en el Hospital Clínico Universitario de Valladolid con sujetos alcohólicos, en el cual el 38,5% del total de sujetos tenían un padre alcohólico, 39,39% de los varones y 31,74% de las mujeres, un porcentaje mucho más alto que en la población general.

Los factores sociales entre los que se encuentran los macrosituacionales y los microsituacionales (Romero, 2015). Los factores macrosituacionales se refieren a las

actitudes sociales pro-alcohol o pro-consumo y entre estas se encuentra la disponibilidad (bajo precio, proximidad al punto de venta) y medios de comunicación. Entre los factores microsituacionales engloban las condiciones ambientales y psicosociales más próximas al consumo. El contexto concreto dentro del cual se utilizan las drogas influye en la aparición de problemas derivados con su abuso.

Desde el punto de vista de las Teorías del Aprendizaje explican que la posibilidad de ocurrencia de una conducta (en este caso la de consumir una droga) está establecida por sus consecuencias. Cualquier estímulo que aumente la posibilidad de una conducta se llama reforzador, el consumo puede tener por consecuencia un estado de bienestar psicológico bien por su propio efecto o por la evitación o reducción de un estado emocional negativo. Las teorías más clásicas del aprendizaje plantean que la conducta de consumir drogas se alcanza mediante reforzamiento positivo y se conservan por reducción de reforzamiento negativo (Romero, 2015).

Seguidamente, los postulados psicoanalíticos sobre el alcoholismo, a pesar de que no dedicó ningún trabajo al específico al alcoholismo, fueron realizados en primera instancia por Freud; a lo largo de su obra se evidencian muchas referencias a esta patología. Fue el primero que pensó que el alcoholismo era el resultado de fuertes influencias orales de la infancia. El alcohol altera el estado de ánimo y reorienta los procesos mentales, que alcanzan niveles regresivos y persiguen gratificaciones derivadas de un pensamiento no relacionado con la lógica. El alcohol proporciona así una huida de la realidad (Romero, 2015).

2.2 La Resiliencia: Conceptualización y Planteamientos Teóricos.

2.2.1 Conceptualización de Resiliencia

Según el diccionario de la Real Academia Española (2014), la resiliencia se define como la capacidad humana de asumir con flexibilidad situaciones límite y sobreponerse a ellas. Como se menciona anteriormente el término "resiliencia" proviene originalmente de disciplinas como la física y la osteología, posteriormente este término fue aplicado a las ciencias sociales para describir a los individuos que a pesar de nacer y vivir en condiciones sociales adversas y de alto riesgo, se desarrollan social y psicológicamente con éxito. La resiliencia se vuelve dinámica en la adversidad, superando los factores de riesgo y fortaleciéndose ante las dificultades (Puerta & Vásquez, 2012).

Durante situaciones de adversidad el individuo debe ser capaz de desplegar determinadas características y capacidades con las que cuenta acorde con su nivel de resiliencia, tales como conductas vitales positivas, temperamento especial y habilidades cognitivas (García M. , 2011). En sus estudios Wolin y Wolin (1993) citados en (García Quiroga & Morales, 2014) proponen los 7 pilares de la resiliencia los cuales son cualidades protectoras desarrolladas internamente por el individuo que ayudan a superar las adversidades, y estos son:

- a. La introspección: es la facultad de estar al tanto, de conocer lo que pasa en torno de uno mismo y es primordial para entender las situaciones y adaptarse a ellas.
- b. La independencia: se manifiesta en comportamientos tales como no involucrarse o no implicarse en circunstancias o contextos conflictivos.
- c. La capacidad de interacción: esta capacidad está presente en la habilidad para reclutar pares y de establecer redes sociales de apoyo.
- d. La capacidad de iniciativa: aparece en la inclinación al estudio, la práctica de deportes y en realizar actividades extraescolares, como trabajos voluntarios, comunitarios y hobbies.

- e. La creatividad: esta capacidad se expresa en el desarrollo de habilidades artísticas.
- f. La ideología personal: en la adolescencia se desarrollan valores propios y se establecen juicios en forma independiente de los padres. Se desarrolla el sentido de la compasión, justicia y lealtad.
- g. El sentido del humor: contribuye al sostén de las identificaciones grupales.

2.2.2 Planteamientos Teóricos sobre Resiliencia

En relación con la resiliencia existen diversos planteamientos teóricos y diversas investigaciones que intentan explicar cómo se desarrollan los factores que la fortalecen, es decir, los factores protectores. Este conjunto de trabajos se ha desarrollado a lo largo del tiempo y se han agrupado en 4 etapas, de las cuales la cuarta ha sido influenciada por el modelo ecológico de Bronfenbrenner (1979, citado en Cortez, 2014), postulan un rol preponderante de los sistemas - familias, servicios, grupos y comunidades - frente a la adversidad. Específicamente, la resiliencia se entiende como un proceso dinámico, producto de la interacción mutua entre individuo y el entorno. Por esta razón, se hace hincapié en los recursos ambientales que influyen en el proceso de resiliencia, como son: acceso a cuidados tempranos, recursos físicos, materiales y acciones profesionales. En esta etapa, los investigadores reconocieron claramente la relevancia de los sistemas en las explicaciones causales de la resiliencia. El énfasis está en lo relacional.

Por otra parte, se encuentra el Modelo del Desafío planteado por Richardson (1990) citado en (Ruiz Parraga & López Martínez, 2012), el cual propone que las personas tienen la opción consciente o inconscientemente de elegir cual será el resultado que obtendrán después de experimentar el sufrimiento. Según estos resultados pueden categorizarse como: reintegración resiliente, homeostasis, pérdida y reintegración disfuncional. La reintegración resiliente implica experimentar crecimiento a través de las crisis. En la reintegración que

vuelve al homeostasis la persona dejaría pasar la crisis sin detenerse demasiado a aprender de ella.

Recuperarse con pérdida significa que las personas están motivadas, tienen esperanzas y energía para enfrentar a las demandas de las situaciones de la vida, si bien al principio lleva consigo respuestas disfuncionales de estrés con una posterior recuperación natural.

La reintegración disfuncional sucede cuando las personas que consumen sustancias exhiben conductas o medios dañinos para ellos mismos o los demás, y afrontan los cambios vitales de manera inadecuada. Muchos individuos que reintegran disfuncionalmente tienen incapacidad para la introspección y requieren terapia". Desde este modelo, la reintegración resiliente es la más efectiva y contribuiría a incrementar la fortaleza del individuo, que iría disminuyendo progresivamente en las restantes fases (Ruiz Parraga & López Martínez, 2012).

Seguidamente, en la tercera generación de investigación se enfoca la resiliencia desde el Modelo Positivo de Salud Mental. En dicho modelo se establece una perspectiva de relatividad cultural, es decir, que el comportamiento de los individuos varía de acuerdo al lugar, tiempo, cultura y expectativas sociales (Barradas Alarcón, Guzmán Ibáñez, Balderrama, & Sánchez, 2012). Por lo tanto, se analizan factores individuales, familiares, comunitarios y culturales asociados a la construcción de la resiliencia.

Finalmente, la actual etapa de investigación sobre la resiliencia se basa en los últimos hallazgos de las neurociencias. Según Feder, Nestler y Charney (2009) la capacidad de resiliencia de una persona estaría determinada por modificaciones de funcionamiento de circuitos neuronales frente a situaciones de estrés y adversidad

Como también Paulus, Simmons, Potterat y Swain (2010, citado en Cortez, 2014) señalan que un buen funcionamiento de la amígdala y la corteza insular sería un factor importante en la respuesta resiliente, debido a que ambas áreas emplean los procesos de la

capacidad de procesamiento neuronal y las capacidades cognitivas y de aprendizaje para la adaptación.

2.3 Estrés: Conceptualización y planteamientos Teóricos

2.3.1 Conceptualización del Estrés

En la actualidad el estrés es uno de los problemas de salud que principalmente afecta a nuestra sociedad. Este se encuentra presente en todos los contextos tanto el laboral, el familiar, como el académico sin importar el género o rango de edad. Se trata de un fenómeno multivariable, en el cual se hace referencia a ciertos eventos o circunstancias a los que el individuo se enfrenta, con fuertes demandas que agotan sus recursos de afrontamiento y ponen en riesgo su bienestar (Hinojosa García, Da Silva Gherardi, & Alonso Castillo, 2017).

Existen varias definiciones sobre lo que es el estrés, una muy básica sería que es un sentimiento de tensión física o emocional, puede derivar de cualquier situación o pensamiento que genere frustración, furia o nerviosismo. La OMS lo define como el conjunto de reacciones fisiológicas que prepara al organismo para la acción, la misma organización en trabajos más recientes propone que el estrés es el desequilibrio entre exigencias y presiones a las que se enfrenta el individuo, por un lado, y sus conocimientos y capacidades por el otro ; distintos autores plantean conceptos más complejos concordando en la idea del estrés como procesos fisiológicos y psicológicos que se desarrollan cuando se presenta demandas ambientales que subjetivamente u objetivamente parecen superar las capacidades del individuo para poder satisfacerlas, y cuando fracasar en lograrlas tiene resultados significativos desde el punto de vista del sujeto (Organización Mundial de la Salud, 2004).

Hay diferentes respuestas de estrés dependiendo como se manifiestan los mismos, por ejemplo; el eustrés, el cual representa una apropiada activación necesaria para culminar de buena forma una determinada prueba o situación complicada. Esto nos indica que el estrés es normal, es la reacción natural del organismo en respuesta a un desafío físico y/o emocional. Por otra parte, el distrés se refiere a los resultados perjudiciales de una excesiva activación psicofisiológica, es decir, cuando la situación excede la capacidad de control del sujeto, surgiendo principalmente irritabilidad y ansiedad (Ministerio de Salud Gobierno de El Salvador, 2016).

Cuando hablamos de estrés, debemos tomar en cuenta tres factores; el entorno, como percibe el sujeto dicho entorno y la percepción de la persona sobre sus propios recursos. También se deben mencionar las causas del estrés como las exógenas o ambientales; ruidos, polución, fluctuaciones de temperatura y cambios en la alimentación, consumo de sustancias, etc. y las endógenas o del organismo como la frustración, la ansiedad y sobrecarga emocional. La anticipación y la imaginación de situaciones o hechos también desencadenan reacciones de estrés (Ministerio de Salud Gobierno de El Salvador, 2016).

2.3.2 Planteamientos teóricos sobre el estrés

El estrés se concibe desde tres puntos de vista: el primero es el ambiental, que se enfoca en los acontecimientos vitales estresores; el segundo, el psicológico, que involucra la experiencia subjetiva y respuesta emocional ante los estresores; y el tercero, el biomédico, que estudia la respuesta y los sistemas fisiológicos implicados en el afrontamiento de las situaciones vitales. En el área de la salud y la investigación, el conocimiento sobre los estresores es importante, ya que existe una relación intrínseca entre estos y la susceptibilidad, el curso y el pronóstico de varias problemas y enfermedades de distintos orgánicas (Campos Arias, Oviedo, & Herazo, 2014).

En la actualidad existe un auge de teorías interaccionistas que plantean que la presencia del estrés resulta de la interacción entre los rasgos de la persona y las demandas del medio. Se considera que una persona está en una situación estresante o bajo un estresor cuando debe hacer frente a situaciones que conllevan demandas conductuales que implican dificultades para la práctica o satisfacción (Tam Phun & Benedita Dos Santos, 2010).

Oblitas en 2004 se refiere a diversos juicios teóricos y como estos entienden el término estrés. Este expone que las perspectivas fisiológicos y bioquímicos se centran en las respuestas del organismo que se presentan en la persona cuando afronta a una situación percibida como amenazante. Por su parte, los enfoques psicosociales enfatizan en factores externos; es decir, en los estímulos y eventos generadores de estrés. Los enfoques con orientación cognitiva señalan que el estrés surge a partir de la evaluación cognitiva que la persona realiza tomando en cuenta aspectos internos y ambientales. Al mismo tiempo, los enfoques más integradores consideran la comprensión del estrés desde una perspectiva más amplia, en tanto en este converjan e interactúen muchas variables (Naranjo, 2009).

2.4 Relación entre consumo de drogas y alcohol, resiliencia y estrés

Aplicada en el campo del abuso de drogas, la resiliencia juega un papel importante, pues se refiere a la capacidad de los individuos de recuperarse de eventos traumáticos ya sea en su infancia como ser el divorcio de sus padres, la muerte de un padre, abuso sexual, estar sin hogar o evento catastrófico y otro tipo de adversidades para llegar a un eventual restablecimiento o mejora del funcionamiento competente o en su adultez tener la habilidad para resistir el estrés crónico, la pobreza crónica o las limitaciones de vivir en un barrio de alto riesgo y para sostener un funcionamiento adecuado a pesar de las continuas condiciones de vida adversas (Velásquez, 2012). Si el individuo no es capaz de sobreponerse a las dificultades antes mencionadas existe la posibilidad que busque salida con conductas desadaptadas como el consumo de drogas y/o alcohol.

En lo que se refiere a resiliencia y consumo de drogas, en ambos casos existen los factores de riesgo que son aquellos que aumentan las probabilidades de tener respuestas negativas ante la adversidad; y los factores de protección los cuales representan las condiciones que pueden favorecer el desarrollo adecuado de individuos o grupos y en muchos casos de reducir los efectos de circunstancias desfavorables (Galarza, 2019). Por consiguiente, una persona que no es capaz de superar sus factores de riesgo a nivel de resiliencia está expuesto a mayor riesgo y vulnerabilidad para consumir drogas.

La resiliencia como proceso es considerada una destreza o resultado de un ajuste exitoso al medio, a pesar de los riesgos y amenazas, y permite a los individuos obtener las habilidades necesarias para dejar atrás los problemas; incluso en condiciones muy desfavorables y difíciles, hacen frente a los retos de la vida y las circunstancias estresantes y son menos propensos a comportamientos destructivos como el consumo de sustancias. Desde esta perspectiva y debido a que esta característica se puede incrementar con el adiestramiento, podemos mejorar la salud mental de las personas propensas a la adicción entrenando los componentes de resiliencia y, por lo tanto, podemos prevenir la predisposición a la adicción y al abuso de sustancias (Habibi, Naziemi, & Jebraeili, 2019).

La Oficina de las Naciones Unidas de Fiscalización de la Droga y el Delito (2002) enuncian en el Manual sobre Programas de Prevención del uso indebido de drogas en jóvenes los distintos factores de riesgo y protección que intervienen en la probabilidad del consumo de drogas. Entre los factores de riesgo se encuentran los factores personales como ser género, edad, problemas mentales, facultades personales no desarrolladas o subdesarrolladas; y factores ambientales entre las cuales se pueden mencionar patrones familiares de consumo, amistades consumidoras, valores culturales y/o religiosos que alientan el uso indebido de sustancias, vivencia de situaciones traumáticas, limitadas oportunidades educativas, salud y empleo, etc.

Por otra parte, entre los factores protectores contra el uso indebido de sustancias se pueden mencionar los factores personales, es decir, actitudes personales desarrolladas para afrontar situaciones adversas como ser auto concepto sano, capacidad para comunicarse, habilidad para resolver problemas, toma de decisiones, valores, compromiso personal. Del mismo modo, factores ambientales entre ellos buenas relaciones personales, recursos para satisfacer las necesidades físicas y emocionales, leyes que regulen el uso de sustancias, programas de prevención comunitario, etc. (Oficina de las Naciones Unidas de Fiscalización de Drogas y Prevención del Delito, 2002).

Jiménez et al. (2009, citado en Galarza, 2019) menciona que frente a las sustancias psicoactivas se tiene una sensación de control de consumo, el denominado mito de control, lo que hace que reduzca más la percepción de daño. De acuerdo con lo mencionado se reconoce que la percepción de un daño establece un proceso cognitivo individual, que se desarrolla bajo la subjetividad, y una vez procesado se convierte en evidencia para el sujeto.

Teóricamente, se espera que si se aumenta la resiliencia las personas quedarían invulnerables para el consumo de drogas. Igualmente, la resiliencia parte de la importancia de la necesidad de identificar cuáles son los factores de protección en situaciones poco favorables y potenciarlos en contrapeso con los factores de riesgo. Las personas resilientes insertos en problemas tienen la capacidad de emplear aquellos factores protectores para superar a la adversidad, crecer y madurar apropiadamente, llegando a desarrollarse como adultos competentes, pese a los pronósticos desfavorables. De modo que la relevancia de la resiliencia se centra en aquellas personas que estando en situaciones de alto riesgo no desarrollan conductas problema, como consumir alcohol o drogas ilegales (Velásquez, 2012). De ahí que hay factores evolutivos en la persona que se vinculan con no pasar a una conducta desadaptada cuando teóricamente existen posibilidades de que eso suceda.

En sus investigaciones Sánchez (2018) asegura que existe una correlación moderada y significativa entre el nivel de resiliencia y el abuso de alcohol en jóvenes estudiantes de la carrera de Psicología de la Universidad Mayor de San Andrés, la relación encontrada a nivel estadístico indica una relación inversa, esto quiere decir que mientras una de las variables aumenta, la otra disminuye. El principal resultado hallado en este estudio, indica que mientras más elevado es el nivel de resiliencia, menor es el consumo riesgoso y perjudicial de alcohol en los jóvenes.

Así mismo en distintos estudios se ha encontrado relación entre las variables demográficas con la resiliencia y consumo de drogas. La mayoría de las investigaciones plantean que pertenecer al género femenino es una variable protectora a nivel de resiliencia, en relación a la mayor vulnerabilidad que presenta pertenecer al género masculino, aunque en un porcentaje mínimo se han presentado resultados en que los hombres son más resilientes que las mujeres, por lo que la relación entre el género y la resiliencia es una variable a observar (Velásquez, 2012).

El abuso de las drogas es un fenómeno que se relaciona con diferentes factores tanto internos como externos, estos combinados podrían aumentar la vulnerabilidad en el consumo y abuso de sustancias. En búsqueda de respuestas para el origen del consumo de sustancias, ciertos estudios han demostrado que algunas experiencias que producen estrés elevado se asocian con un mayor consumo de drogas como el alcohol y tabaco en los adolescentes que han pasado dichas experiencias (Villegas , Alonzo, & Guzman, 2014).

Investigaciones realizadas exponen que las diferentes actividades académicas son fuentes que originan estrés en los estudiantes universitarios. El estrés no controlado por la falta de capacidades de adaptación, producto del acelerado cambio de vida actual, produce mucha frustración y bloqueo mental como única forma de evadir una realidad que no son capaces de enfrentar, ni comprender. Debido a esto, instituciones como la Comisión

Interamericana para el control del abuso de drogas (CICAD-OEA) dedican esfuerzos para su identificación y para el planteamiento y la difusión de nuevas alternativas frente a los nuevos retos derivados por el consumo de alcohol, drogas y otras sustancias psicoactivas consideradas de gran importancia para disminuir los daños asociados al estrés (Tam Phun & Benedita Dos Santos, 2010).

La presencia de estrés en jóvenes universitarios está relacionada con el consumo de drogas, ya que estas son una manera cómoda y rápida para experimentar sensaciones satisfactorias, alterar los sentimientos asociados a las emociones negativas, disminuir los trastornos emocionales, mitigar la tensión y el estrés y enfrentar los cambios y amenazas del ambiente por sus efectos sobre el sistema nervioso (Cáceres, Salazar, & Varela, 2006).

Con frecuencia la conducta de consumo de alcohol es considerada un mecanismo inadecuado de afrontamiento de los estados emocionales negativos ocasionados, quizá, por situaciones de la vida que originan estrés, y como una búsqueda de un estado de ánimo positivo que disminuya la sensación de tristeza. No obstante, las secuelas de la alta prevalencia de consumo de alcohol causan graves problemas físicos, sociales y familiares. En los jóvenes universitarios las consecuencias por el consumo de alcohol en el organismo provocan una seria dificultad en el área intelectual, y en la posibilidad de presentar problemas de salud (Almendáriz, Villar, & Alonso Castillo, 2012).

Los mecanismos relacionados con el estrés agudo y crónico desempeñan un papel significativo en el progreso de la adicción y su naturaleza crónica y repetitiva. Los ajustes de múltiples sistemas en el cerebro, el cuerpo, la conducta y la función social pueden favorecer a un estado fisiológico desregulado que se mantiene más allá del rango homeostático. Además, el abuso crónico de sustancias conduce a un punto de ajuste alterado en múltiples sistemas. Los retos persistentes para un organismo a través del uso crónico de sustancias pueden, en

última instancia, llevar a un punto de ajuste alterado en múltiples sistemas. Esta suposición es sólida con la evidencia que sugiere adaptaciones en los sistemas de recompensa y estrés del cerebro, y la fisiología local puede contribuir a los procesos adictivos. Los antojos o impulsos, la disminución del autocontrol y la participación compulsiva en conductas poco saludables caracterizan a los pacientes con adicción (Alim & Lawson, 2012).

En relación con la dependencia del alcohol, mejorar la resiliencia influiría en el control cognitivo y emocional frente al estrés, lo que resultaría en la capacidad de resistir los deseos sin consumir alcohol, la atención plena para ser consciente del comportamiento impulsivo y evitar potencialmente las conductas impulsivas asociados con el consumo de alcohol, y el desarrollo de acciones prosociales y relaciones interpersonales que puedan servir de apoyo al individuo frente al estrés y prevenir el consumo de alcohol (Alim & Lawson, 2012).

Capítulo 3: Marco Contextual

3.1 Normativas y Postulados Internacionales sobre las drogas

La elaboración, consumo, comercialización y tráfico ilegal de drogas, establecen una importante problemática social después que el ser humano descubrió que el consumo de algunas sustancias (drogas) alteraba su estado de conciencia; no obstante, el consumo de drogas en la antigüedad estaba asociado exclusivamente al uso en rituales místicos y religiosas de los diversos pueblos y culturas (Estado Plurinacional de Bolivia Ministerio de Gobierno, 2015).

Los países miembros de las Naciones Unidas aprobaron una serie de instrumentos de intervención internacional para hacer frente a la situación generada por el uso indebido de drogas ya sean legales o ilegales, estableciendo mecanismos de penalización legal para ambos casos (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, 2015).

La Convención Única sobre Estupefacientes, en 1961, es considerada un acontecimiento histórico en los esfuerzos por fiscalizar todos los aspectos relacionados con el consumo de estupefacientes. Esta tuvo por objetivo codificar todas las leyes existentes sobre el uso de drogas en un solo tratado internacional, crear una normativa estándar y aplicada a todas las áreas (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, 2015).

El convenio de 1961 solo permitía la fiscalización de los estupefacientes, por lo tanto, en 1971 se aprobó el Convenio sobre Sustancias Psicotrópicas que sometió a esas sustancias a la fiscalización del derecho internacional. En relación con este convenio que entró en vigor el 16 de agosto de 1976, el sistema internacional de fiscalización de drogas amplió considerablemente la inclusión un conjunto más extenso de sustancias exceptuando de su prohibición un pequeño grupo de sustancias con fines científicos y médicos. Seguidamente, en el protocolo de 1972 se planteó la necesidad de acrecentar los esfuerzos para impedir la

producción ilícita, el tráfico y el uso de estupefacientes. También se enfatizó en la necesidad de facilitar tratamiento y rehabilitación a quienes hacen un uso indebido de estupefacientes (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, 2015).

Posteriormente, se realizó en 1984 la Declaración sobre la Lucha contra el Narcotráfico y el Uso Indebido de Drogas, en la cual se describe el tráfico y el uso indebido de drogas como una actividad criminal internacional que exige atención urgente y máxima prioridad y la producción ilegal, la demanda, el consumo y el comercio ilegal de drogas obstaculizan el progreso económico y social, constituyen una grave amenaza a la seguridad y el desarrollo de los países y deben ser combatidos por todos los medios morales, legales e institucionales, a nivel nacional, regional e internacional (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, 2015).

En 1998, hubo período extraordinario de sesiones de la Asamblea General dedicado a la acción común para contrarrestar el problema mundial de las drogas, donde se consensuó que las drogas afectaban todos los sectores de la sociedad de todos los países; esta declaración abarcó un periodo de 10 años desde 1991 a 2000. Posteriormente, hubo períodos extraordinarios para tratar el tema de 2009 a 2011 y en 2013 se crearon los estándares internacionales de la prevención del uso de drogas en los cuales se reunió a 85 expertos en el campo de la prevención a nivel mundial, entre investigadores, políticos, profesionales, ONGs y representantes de organismos internacionales (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, 2015).

La Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, reconoce cinco "consecuencias no intencionadas" del tráfico sistematizado de drogas que son: a) la creación de un mercado ilegal y criminal que ofrece grandes ganancias; b) el alejamiento de políticas de salud a un término secundario, por detrás de la justicia penal; c) el desplazamiento

geográfico de los centros de producción y distribución de drogas, también conocido como «efecto globo» (porque cuando se presiona en una parte, el aire va hacia otra); d) el desplazamiento de sustancias, de una controlada a otras con efectos similares para el usuario; e) la mala percepción por parte de las autoridades nacionales de las personas que consumen drogas, quienes frecuentemente son excluidas y marginadas y son víctimas de un estigma moral que las aleja del sistema de salud (Barra, 2015).

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), el tabaco es causa la muerte a más del 50 % de sus usuarios y más de siete millones de personas anualmente (Organización Mundial de la Salud, 2019). América Latina concentra toda la producción global de hoja de coca, pasta base de cocaína y clorhidrato de cocaína del mundo, además de una producción de marihuana que se aumenta a distintas zonas y países, destinada tanto al consumo interno como a la exportación. En relación con el tráfico, el Caribe sigue siendo la ruta más común para el tráfico de drogas hacia Estados Unidos, sin embargo, la ruta del Pacífico, cruzando por América Central, ha ganado importancia relativa. Frecuentemente, el consumo de sustancias afecta en mayor porcentaje a la población masculina juvenil en relación al sexo femenino (CEPAL, 2000).

En Colombia, en 2016 se llevó a cabo “El Tercer Estudio Epidemiológico Andino sobre Consumo de Drogas en la Población Universitaria de Colombia 2016”, este es la segunda replica que se elaboró con la misma población e igual metodología que en 2009 y 2012. Los resultados de este estudio indican que cerca del 40% de los universitarios de ese país ha usado una droga ilícita por lo menos una vez en la vida, La marihuana es la sustancia más usada por esta población y más del 50% de los estudiantes consumió alcohol al menos una vez durante los últimos 30 días, también 1 de cada 4 estudiantes declararon el uso de alcohol que califican como riesgoso o perjudicial en el último año, con una significativa

proporción mayor entre los hombres (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, 2020).

3.2 Normativa y Postulados Hondureños sobre las drogas

La Legislación Hondureña, el 23 de noviembre 1989, publicó la Ley sobre el Uso Indebido y Tráfico Ilícito de Drogas y Sustancia Psicotrópicas en la cual considera que la producción, tráfico y consumo de sustancias estupefacientes, psicotrópicas y otras drogas peligrosas, provoca daños irreparables en la sociedad hondureña, especialmente en la juventud. (Congreso Nacional de Honduras, 1989) Dicha ley consta de 48 artículos entre los cuales se encuentran y citan los siguientes:

Artículo 1. La presente ley tiene como objetivo crear y establecer un sistema para controlar, prevenir, combatir y sancionar la producción, tráfico, tenencia y consumo ilícito de drogas, estupefacientes y psicotrópicas, y sus disposiciones son de orden público y de aplicación preferente a otras normas jurídicas nacionales que se refieren a la materia.

Artículo 2. La presente Ley sanciona las actividades ilícitas de producción, fabricación, comercio, uso ilegal, posesión y tráfico ilícito de estupefacientes, psicotrópicos y drogas peligrosas y cualquier otro producto que sea considerado como tal por los organismos técnicos y científicos de la Secretaría de Salud Pública, la Organización Mundial de la Salud y los convenios internacionales.

Artículo 7. Prohíbese en todo el territorio nacional, la siembra, cultivo, producción, recolección, cosecha y explotación de plantas de los géneros: Amapola, adormidera (*Papaver Somniferum* L), marihuana (*Cannabis Sativa*; variedad índica y variedad americana), arbusto de coca (*Erythroxylon novogranatense* morris), plantas alucinógenas como Peyote (*psilocibina* mexicana) y demás plantas y partes de plantas que posean principios considerados como estupefacientes y sustancias controladas.

Artículo 10. La Secretaría de Estado en el Despacho de Salud Pública, podrá en casos excepcionales, autorizar a la Universidad Nacional Autónoma de Honduras, aquellas actividades que de manera general se prohíben en los Artículos 8 y 9 de esta Ley.

Artículo 16. La persona que ilícitamente siembre, plante, cultive o coseche plantas estupefacientes o partes de plantas de las señaladas en el Artículo 7 de la presente Ley, será sancionada con la pena de nueve a doce años de reclusión y una multa de cinco mil a veinticinco mil lempiras.

Sin embargo, a pesar de las aprobaciones de dichas leyes, de acuerdo con la Organización Mundial de Salud (2008) en el informe Alcohol y Salud Pública en las Américas, Honduras posee la desfavorable estadística de ser el país en que el patrón de consumo de alcohol por individuo fue el más elevado en todo Latinoamérica. El problema de consumo de drogas y alcohol aumenta en la población día a día, por lo tanto, constituye un tema de relevancia de la salud pública y de todos los gremios involucrados en dicho tema. El Instituto Hondureño para la Prevención del Alcoholismo, Drogadicción y Farmacodependencia (2008) reportó que 25% de la población de universitarios usan algún tipo de droga.

3.3 Normativa y Postulados de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras sobre el consumo de drogas

En la Universidad Nacional Autónoma de Honduras se realizó un estudio y se encontró que de los estudiantes de la carrera de medicina 3,8% reportó el uso de estimulantes o pastillas para no dormir; entre las drogas de mayor consumo están las bebidas alcohólicas siendo estas las lícitas y de uso recreacional. Del total de estudiantes, en la actualidad el 2.2% continúan consumiendo estimulantes. Es importante mencionar que las responsabilidades a

nivel universitario generan estrés en sus alumnos, y que también la institución no presenta alternativas que enseñen como enfrentar esta situación (Buchanan & Pillon, 2008).

De acuerdo con otros estudios realizados por IHADFA el 59% de las personas entrevistadas expresaron que la droga con la que inician es el alcohol, seguidamente iniciaron con el consumo del tabaco y en tercer lugar con marihuana. Lo cual muestra que el alcohol y el tabaco continúan siendo drogas de entrada o inicio para el consumo de otras drogas como la marihuana y cocaína (Banegas, 2013).

Del mismo modo, según la investigación llevada a cabo por el Instituto Hondureño para la Prevención de Alcoholismo, Adicciones y Farmacodependencia (IHADFA) en instituciones de educación secundaria, en el año 2012, presenta que un 46.6% de los estudiantes inició el consumo de alcohol por curiosidad o desafío a lo prohibido; un 21.9% por encontrar nuevas experiencias; un 4.6% debido a frustraciones; el 9.0% por invitación familiar; el 3.9% por presión de los amigos, el resto por otras razones y el 1.1% por imitación. Los resultados indican que el 51.3% inició el consumo de tabaco, por curiosidad o desafío a lo prohibido, el 19.6% por encontrar nuevas experiencias, un 17.7% por frustración, el 4.4% por presión de los amigos y el 3.2% por invitación familiar (Madrid, 2017).

Con el objetivo de describir y cotejar el consumo de alcohol en estudiantes de medicina de ambos sexos que cursan las asignaturas de Farmacología I y II el primer semestre del año 2017 en la Escuela Universitaria de Ciencias de la Salud en la Universidad Nacional Autónoma de Honduras en el Valle de Sula (EUCS/ UNAH-VS) se llevó a cabo un estudio cuantitativo de alcance descriptivo con una muestra de 56 estudiantes (28 mujeres y 28 hombres). Los resultados del estudio revelaron que el 73% de la muestra (41) consumía alcohol. Al mismo tiempo se reveló un mayor consumo en mujeres 43% (24) que en hombres 30% (17) (González & Reyes, 2018).

Otro estudio sobre prevalencia de consumo de drogas en estudiantes de Ciencias Básicas de la Escuela Universitaria de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Valle de Sula (EUCS-UNAH/VS) ejecutado en el primer semestre del 2015, reveló que 80(29%) consumían algún tipo de drogas, entre ellas; alcohol 39 (48.8%), bebidas energizantes 13 (16.3%), marihuana 8 (10%). Conjuntamente, en cuanto a la distribución por carreras, se encontró que de los 143 estudiantes de medicina 49 (34%) consumían drogas, de los 80 de odontología 19 (24%) lo practicaban y de los 55 de enfermería 12 (22%) también consumían algún tipo de estas sustancias (Licona Rivera , Arita Chavez, & Diaz Torres , 2015).

Por lo tanto y debido a lo anterior se concluyó que un alto porcentaje de los estudiantes de ciencias básicas de la salud consumen algún tipo de drogas principalmente alcohol, siendo esta práctica más común entre los jóvenes de la carrera de medicina y realizándolo con mayor frecuencia en el hogar (Licona Rivera , Arita Chavez, & Diaz Torres , 2015).

La Universidad Nacional Autónoma de Honduras es la principal casa de estudio del país y registra la mayor población estudiantil. Durante el primer periodo de 2019 cuenta con 86,007 estudiantes nivel nacional y 55,084 en el campus de Ciudad Universitaria en Tegucigalpa (Universidad Nacional Autónoma de Honduras, 2019). La Licenciada Carolina Torres, jefa de prensa institucional de la UNAH, expresó recientemente que la universidad es un lugar de reunión de muchas personas que representan a la población Hondureña con todos los problemas sociales, la falta de empleo, falta de seguridad, de salud, y todas las frustraciones y ansiedades que esto conlleva, volviendo a los estudiantes más vulnerables ante el consumo de drogas y alcohol (Torres, 2019).

Con el fin de asegurar el bienestar del estudiante, en el año de 1959 fue aprobada por el Consejo Universitario de la UNAH la creación del Programa de Asistencia Médica con un fondo asignado al Departamento de Bienestar Universitario para ayudar con los gastos de servicios de salud de los estudiantes en los centros regionales de San Pedro Sula y en el año de 1969 en La Ceiba. En 1976 el Departamento de Bienestar Universitario se reestructuró y se creó la Dirección de Servicios Estudiantiles (Duarte, Sabillon, & Green, 2018)

Se debe tomar en cuenta que la normativa interna de la UNAH prohíbe y penaliza el consumo de drogas y alcohol dentro de sus previos y plantea en su manual de seguridad del 2019, la detención y entrega de los sujetos que son encontrados consumiendo a las autoridades correspondientes (Universidad Nacional Autónoma de Honduras, 2019).

Capítulo 4: Metodología de la Investigación

4.1 Enfoque, Alcance y Diseño de la Investigación

Con el objetivo de determinar la relación entre resiliencia, estrés y la prevalencia de consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en estudiantes de la carrera de Psicología y la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras se realizó una investigación de enfoque cuantitativo pues se usó la recolección de datos para probar hipótesis, con base en la medición numérica y el análisis estadístico, para establecer patrones de comportamiento correlacional lo que supone la medición de dos variables entendiéndose y evaluándose la relación estadística entre ellas sin influencia de ninguna variable extraña, será una investigación de campo y transversal ya que se realizará en un periodo corto de tiempo (2020 – 2021).

4.2 Técnicas de Recolección de Información

4.2.1 Escala de Resiliencia de Wagnild y Young

La variable de Resiliencia será estimada por medio de la aplicación de La Escala de Resiliencia de Wagnild y Young (1993), utilizando la versión traducida y adaptada por Novella 2002 (ver anexo pag.82). La escala evalúa las dimensiones de Ecuanimidad, Sentirse bien solo, Confianza en sí mismo, Perseverancia y Satisfacción. Como también, considera una escala total. Está compuesta por 25 ítems, los cuales puntúan en una escala tipo Likert de 7 puntos. Los reactivos están redactados positivamente y entre las afirmaciones se pueden encontrar: “Dependo más de mí mismo que de las personas”, “Puedo enfrentar las dificultades porque las he experimentado anteriormente”, “El creer en mí mismo me permite atravesar tiempos difíciles” y “Generalmente puedo ver una situación de varias maneras”. Para el análisis de la consistencia interna existente en las respuestas de los sujetos a cada uno de los 25 ítems de la Escala de Resiliencia, fue usado el coeficiente alfa de Cronbach,

evidenciándose un nivel de fiabilidad de la escala ($\alpha = .826$). Así, se puede considerar que esta escala presenta una alta fiabilidad en esta población de estudiantes universitarios. Por otra parte, los valores encontrados se asemejan a los del estudio original de Wagnild y Young en 1993.

La prueba piloto tuvo una confiabilidad calculada por el método de consistencia interna con el coeficiente de alfa de Cronbach de 0.89 y en los estudios de la escala original citados por Wagnild y Young dieron confiabilidades de 0.76 a 0.85. Así mismo, la validez concurrente se da al correlacionar altamente con mediciones bien establecidas de constructos vinculados con la resiliencia como ser: Depresión con $r = -0.36$, satisfacción de vida $r = 0.59$, moral $r = 0.54$, autoestima $r = 0.57$ y percepción al estrés $r = -0.67$. De igual manera, para valorar la calidad individual de los reactivos se calculó el índice de correlación de Pearson mostrando significancia mayor a 0.20 por lo que no se eliminó ningún reactivo (García S. M., 2015).

La escala de resiliencia consta de 25 ítems que oscilan desde 1=totalmente en desacuerdo, a 5=totalmente de acuerdo. El puntaje total se obtiene por la suma de los puntajes de la escala y los valores teóricos van desde 25 a 175. Los valores superiores a 147 muestran mayor capacidad de resiliencia; entre 121-146, moderada resiliencia; y valores menores a 121, poca resiliencia (Rodríguez, Pereyra, & Gil, 2009)

4.2.2 La Escala de Estrés Percibido 2.0

La variable estrés se medirá por medio de La Escala de Estrés Percibido 2.0 (EEP), la cual es la más destacada en la cuantificación de estrés emocional en investigaciones clínicas y epidemiológicas (ver anexo en pag.84). La evaluación psicométrica de EEP en diversos ámbitos y poblaciones permite que se cuente en la actualidad con diferentes versiones de este instrumento de medición. Entre las diferentes versiones encontramos la original, compuesta por 14 ítems que tienen 5 opciones de respuesta las cuales son; nunca, casi nunca, de vez en

cuando, a menudo y muy a menudo. Algunas de las preguntas de esta versión (EEP-14) son; "En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado afectado por algo que ha ocurrido inesperadamente?", ". En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que ha afrontado efectivamente los cambios importantes que han estado ocurriendo en su vida?" y " En el último mes, ¿con qué frecuencia ha pensado sobre las cosas que le quedan por hacer?" entre otras. Nuevas versiones de esta escala son el resultado de un proceso continuo de refinamiento; las puntuaciones se obtienen de la suma el puntaje total de los 14 ítems. La puntuación directa obtenida (que va de 0 a 56) indica que a una mayor puntuación corresponde un mayor nivel de estrés percibido. Se dice que un nivel de estrés moderado fluctúa entre 20 y 25, más allá de estos puntajes, el estrés se considera elevado. La consistencia interna de dicha escala se ha observado entre 0.74 y 0.91 (Campos Arias, Oviedo, & Herazo, 2014).

4.2.3 Prueba de detección de consumo de alcohol tabaco y sustancias (ASSIST)

Con respecto a la variable de Consumo de Drogas y Alcohol, se utilizará la prueba ASSIST, significando sus siglas en ingles Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test, desarrollada por la Organización Mundial de la Salud (ver anexo en pag.86). El cuestionario consta de ocho preguntas y llenarlo toma aproximadamente entre 5 y 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 o pastillas para dormir (benzodiacepinas), alucinógenos, opiáceos y otras drogas.

La prueba proporciona información sobre el consumo de sustancias a lo largo de la vida, así como el consumo y los problemas relacionados en los últimos tres meses. Así mismo, la puntuación obtenida permite clasificar a los individuos según el nivel de riesgo

para cada sustancia en bajo, moderado o alto. Entre las preguntas realizadas están: “¿cuáles sustancias han consumido alguna vez a lo largo de la vida?”, “¿con qué frecuencia se ha consumido sustancias en los últimos tres meses, lo que indica las sustancias más importantes para el estado de salud actual?” y “si se ha intentado alguna vez reducir o eliminar el consumo de sustancia y no se ha logrado y qué tan reciente ha sido”. La puntuación final se obtiene por medio de la suma de las puntuaciones de las preguntas 2 a la 7. Tal como dispuso en el cuestionario ASSIST, cada usuario tendrá 10 puntos de riesgo, es decir: puntuación de riesgo para tabaco de 0 – 31, puntuación de riesgo para alcohol de 0 – 39, puntuación de riesgo para cannabis de 0 – 39, puntuación de riesgo para cocaína de 0 – 39, puntuación de riesgo para estimulantes de tipo anfetamina de 0 – 39, puntuación de riesgo para inhalantes de 0 - 39, puntuación de riesgo para sedantes de 0 - 39, puntuación de riesgo para alucinógenos de 0 - 39, puntuación de riesgo para opiáceos de 0 – 39, puntuación de riesgo para ‘otras’ drogas de 0 - 39 (Organizacion Panamericana para la Salud, 2011).

Estudios internacionales que han evaluado la efectividad de ASSIST cuando es administrada por un profesional han reportado valores aceptables de fiabilidad. El coeficiente de fiabilidad para el test global (de las preguntas 1 a 8) fue 0.87; incluyendo únicamente las preguntas 2 a 7, fue 0.85 y una consistencia interna de 0.80. La validez concurrente se correlacionaron las puntuaciones de la subescala de alcohol de la prueba ASSIST con la prueba AUDIT, la subescala de tabaco con la prueba FTND, y la escala de sustancias con la DAST-20 siendo todas significativas (Tiburcio Sainz, y otros, 2016).

4.3 Población y Muestra

La población objetivo estuvo conformada por los estudiantes de la Facultad de Medicina que cuenta con 6,255 y de la carrera de Psicología que cuenta con 1,654 estudiantes del campus de Ciudad Universitaria de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras, de acuerdo con las estadísticas realizadas durante el primer período académico del año 2021 (Universidad Nacional Autónoma de Honduras, 2021). Siendo únicamente el criterio de inclusión que el estudiante este matriculado actualmente en la universidad.

Se recabo una muestra representativa y seleccionada de manera aleatoria. El tamaño de la muestra se calculó por medio de la siguiente formula (Arrazola & Zavala, 2014)

$$\text{Con } n = \frac{n_0}{1 + \frac{n_0}{N}} \quad \text{donde } n_0 = \frac{Z^2 p(1-p)}{e^2}.$$

El valor Z representa el valor en la distribución normal estándar que garantizo un nivel de confianza prefijado, N represento el tamaño del marco muestral, P indico la estimación de la proporción poblacional y E es el margen de error utilizando un nivel de confianza del 95% y un margen de error del 5%.

Luego se procedió a determinar el marco muestra. Este estuvo distribuido proporcionalmente entre las 2 facultades de la universidad, tomando el número de secciones, que se imparten en dicho período, de cada carrera y del mismo modo la cantidad de estudiantes adscritos en cada sección. El tipo de muestreo utilizado fue no probabilístico accidental. Siendo la unidad primaria las carreras, la unidad secundaria las secciones y la terciaria los estudiantes de cada sección.

Primeramente, se realizó un estudio piloto utilizando 40 estudiantes y a partir de la información recabada se efectuó el cálculo final de la muestra. El tamaño de la muestra dependió del número de estudiantes matriculados en el período que se realizó la recolección

de la información, para dicha recolección de datos se aplicó una encuesta de manera virtual la cual fue dirigida a las poblaciones de dichas carreras.

4.4 Consideraciones Éticas

La investigación se llevó a cabo bajo las medidas éticas establecidas en el Código de Ética del Psicólogo Hondureño y bajo la supervisión de los coordinadores de la Maestría en Psicología Clínica orientada a la investigación. Los participantes de dicha investigación fueron informados sobre los objetivos y el alcance de dicha investigación, su participación fue voluntaria respaldada por un consentimiento informado (véase anexo en la página 81), garantizando el bienestar del participante, su confidencialidad y anonimato (Junta Directiva del Colegio de Psicólogos, 2016).

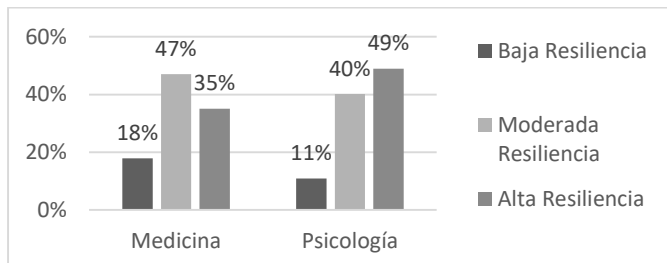
4.5 Plan de Análisis

Los datos obtenidos por medio de nuestro instrumento digital se trasladaron a una plantilla de Excel para luego por medio del programa estadístico SPSS 25 se realizó un análisis de validez y confiabilidad de La Escala de Resiliencia de Wagnild y Young, La Escala de Estrés Percibido 2.0 y la Prueba ASSIST determinando la consistencia interna de ambas por medio del coeficiente alfa de Cronbach. Luego, se determinó el coeficiente de correlación de Pearson entre las tres variables. Como también, se realizó análisis estadísticos descriptivos de las variables de resiliencia, estrés, consumo de drogas y variables sociodemográficas. De esta forma pudimos corroborar si existe o no relación entre la prevalencia del consumo de drogas y alcohol, la resiliencia y el estrés en los estudiantes la Facultad de Ciencias Médicas y la carrera de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras durante el período de 2021, y si existe correlación entre las variables internas que mide cada escala.

Capítulo 5: Resultados

5.1 Análisis de La Escala de Resiliencia de Wagnild y Young

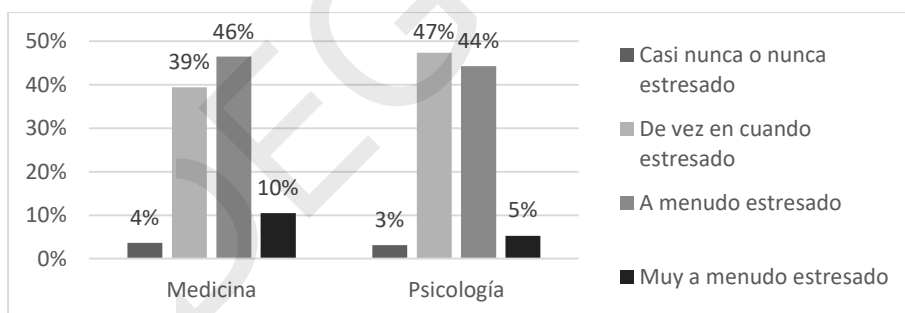
Figura 1. Niveles de Resiliencia en ambas carreras



Los datos obtenidos por el instrumento nos indican en la figura 1 una resiliencia moderada de 47% en los estudiantes de medicina y de 40% en los estudiantes de psicología, a su vez se presentó una baja resiliencia de 11% en los estudiantes de psicología y de 18% en los estudiantes de medicina, de manera general un 49% de los estudiantes de Psicología presentan la resiliencia más alta de la muestra. Las puntuaciones van desde 25 a 175; los valores superiores a 147 muestran mayor capacidad de resiliencia; entre 121-146, moderada resiliencia; y valores menores a 121, poca resiliencia.

5.2 Análisis de La Escala de Estrés Percibido

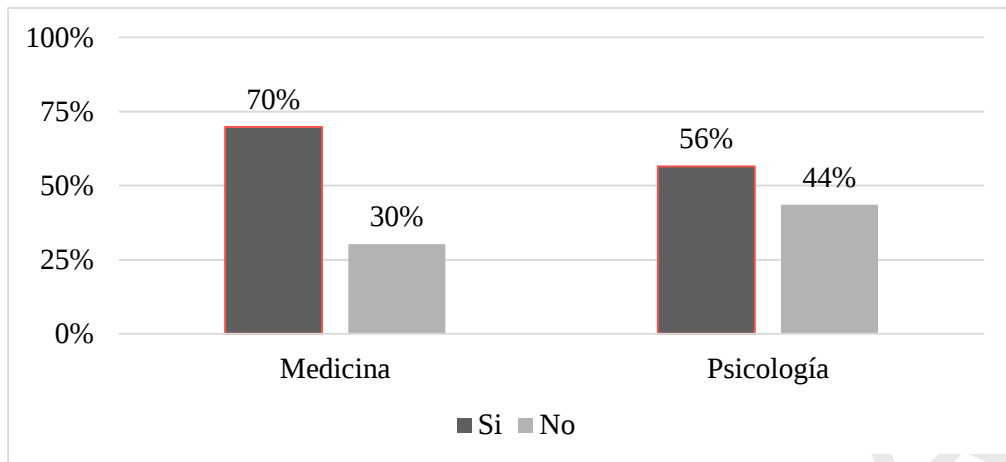
Figura 2. Niveles de Estrés en ambas carreras



La figura 2 nos indica que los estudiantes de ambas carreras se manifiestan como "a menudo estresados" con un 46% en medicina y 44% en psicología, y "de vez en cuando estresados" con 39% y 47% respectivamente "muy estresados" con un 10% en medicina y un 5% en psicología. La puntuación directa obtenida (que va de 0 a 56) indica que a una mayor puntuación corresponde un mayor nivel de estrés percibido, el nivel de estrés moderado fluctúa entre 20 y 25, más allá de estos puntajes, el estrés se considera elevado.

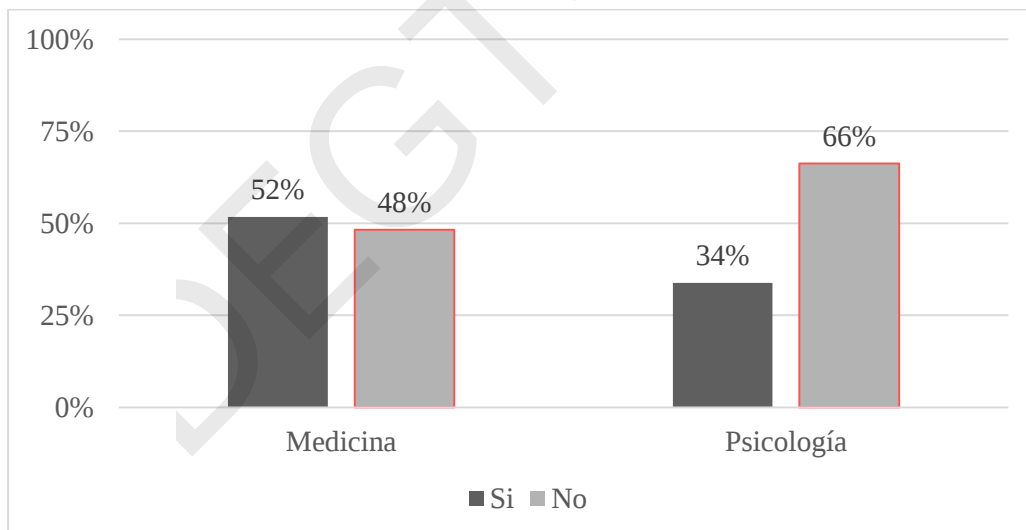
5.3 Análisis Consumo de Sustancias

Figura 3. Consumo drogas y alcohol en la vida.

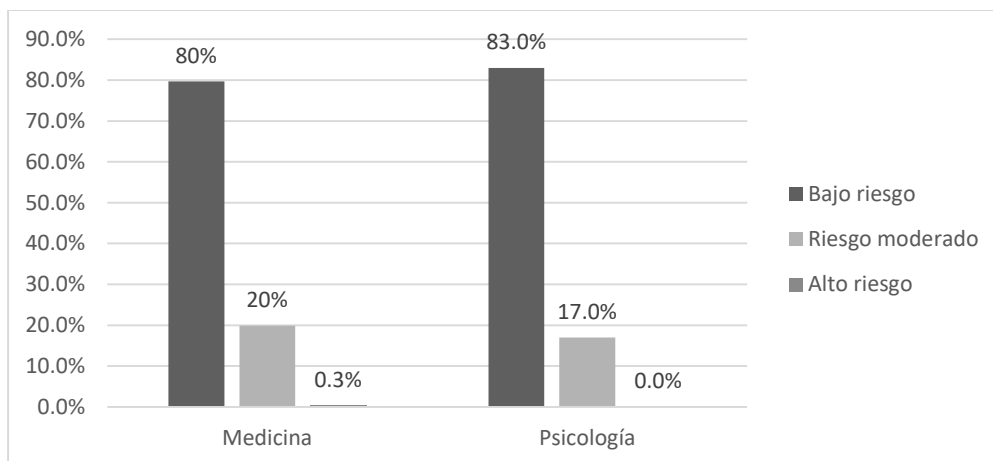


Se puede observar en la figura 3 que a lo largo de la vida un 70% de los estudiantes de medicina que se sometieron al estudio indicio haber consumido drogas o alcohol en algún momento de su vida, a su vez, un 56% de los estudiantes de psicología reporto haber consumido alguna sustancia.

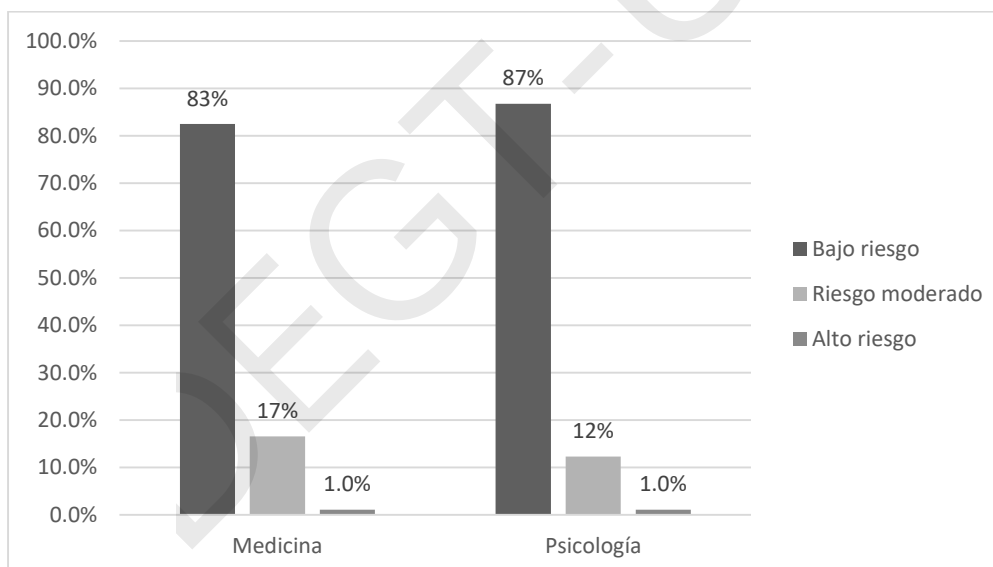
Figura 4. Consumo drogas y alcohol en los últimos tres meses.



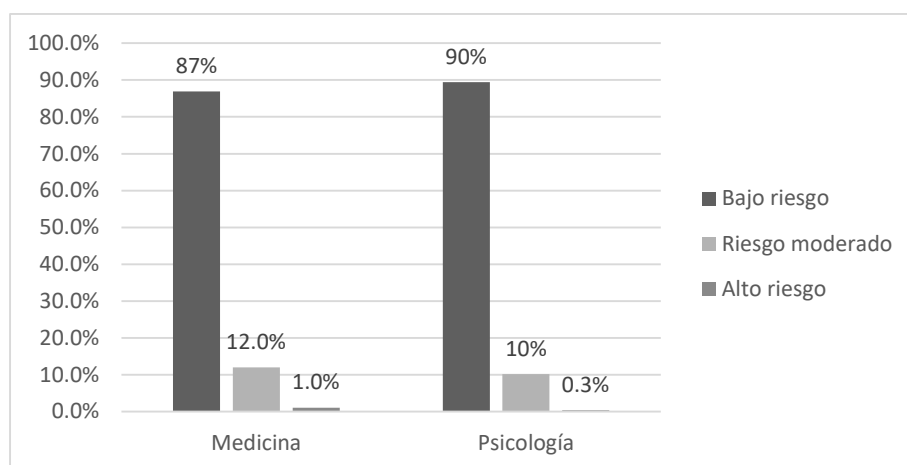
Como se observa en la figura 4, los estudiantes de medicina son quienes reportan con mayor frecuencia 52% en los últimos 3 meses han consumido alcohol o algún tipo de drogas, en la misma línea se observa que un 34% de los estudiantes de psicología respondieron afirmativamente a dicha premisa.

Figura 5. Riesgo de consumo de tabaco

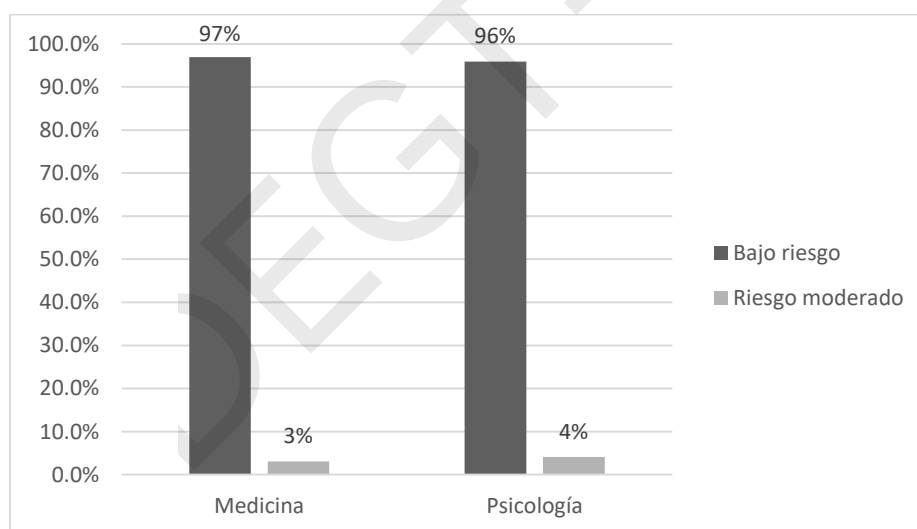
Basados en los datos obtenidos en la figura 5 se observa que los estudiantes de medicina con 20% y los de psicología 17% presentan un riesgo moderado en relación al consumo de tabaco, siendo notable el hecho que en ambas carreras los estudiantes no presentaron alto riesgo a dicho consumo. Puntuación de riesgo para tabaco de 0 – 31.

Figura 6. Riesgo de consumo de alcohol

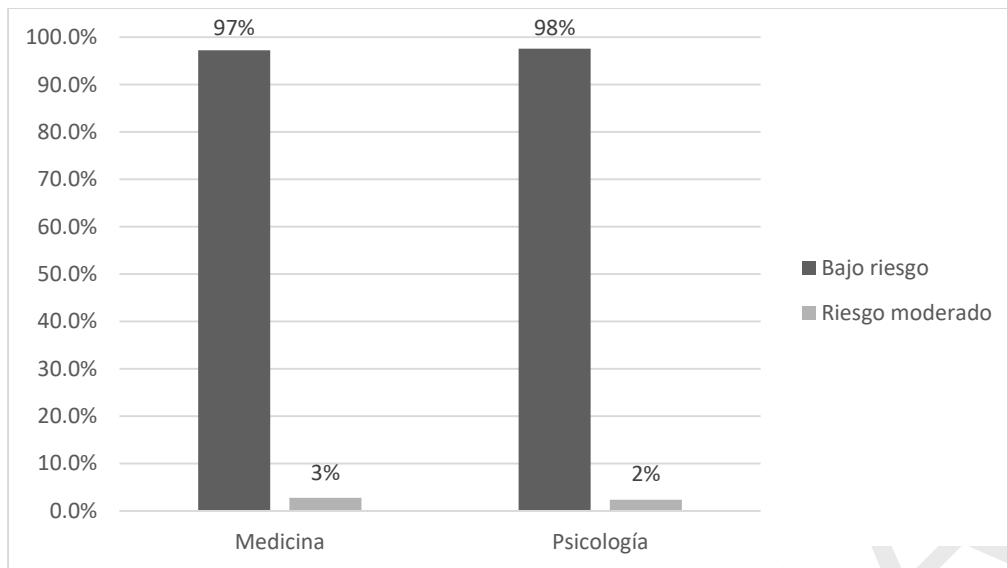
En cuanto al riesgo de consumo de alcohol (ver figura 6) podemos observar que en un rango moderado los estudiantes de psicología muestran un riesgo de 12% en relación con los estudiantes de medicina 17%, la mayor parte de la población sometida a la investigación de ambas carreras presentaron un bajo riesgo de consumo de esta sustancia. Puntuación de riesgo para alcohol de 0 – 39.

Figura 7. Riesgo de consumo de cannabis

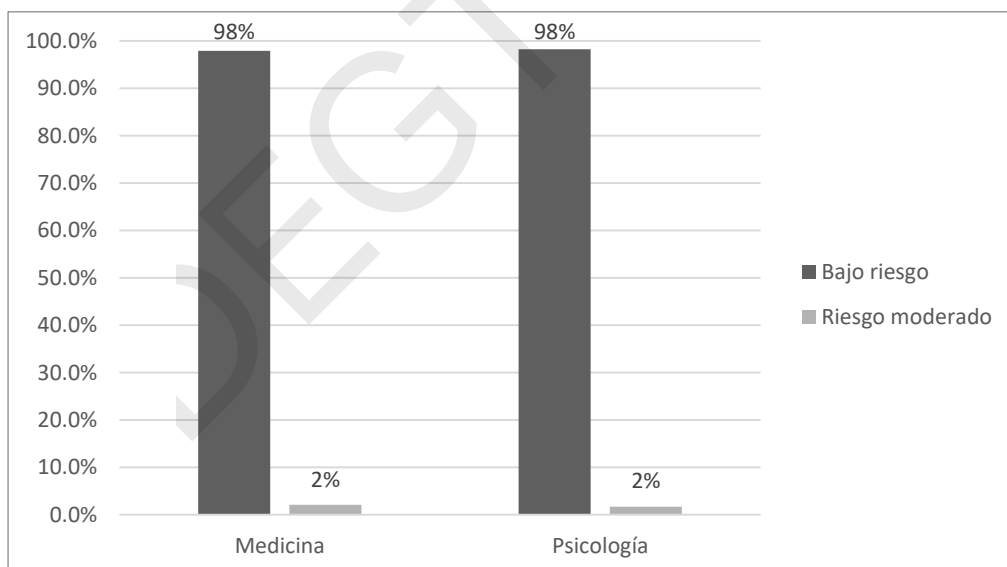
En relación al consumo de cannabis la figura 7 nos muestra que los estudiantes de medicina presentaron un riesgo moderado con un 12%, a su vez el riesgo moderado en los estudiantes de psicología fue de un 10%. En ambas carreras el alto riesgo es inferior al 1%. Puntuación de riesgo para cannabis de 0 – 39.

Figura 8. Riesgo de consumo de cocaína

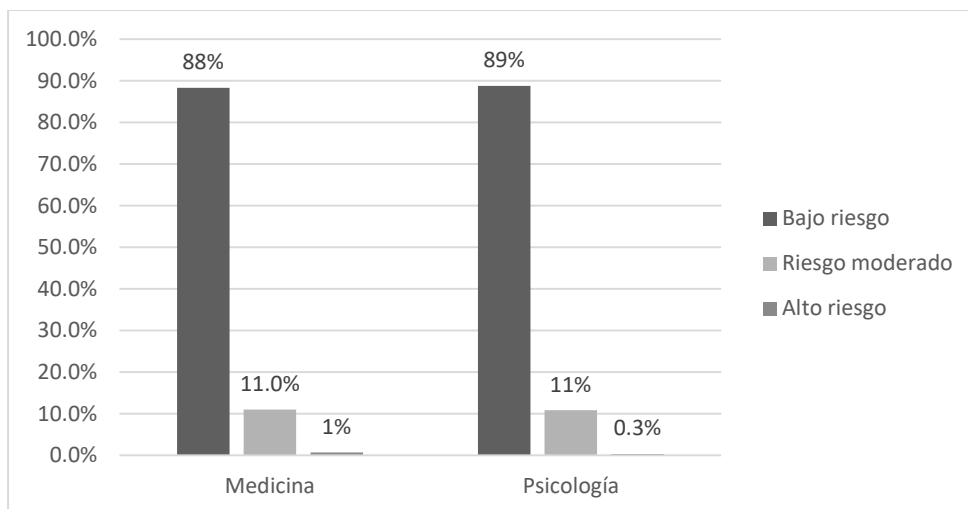
Los datos arrojados por la figura 8 indican que existe un riesgo moderado en cuanto al consumo de cocaína en los estudiantes de medicina con un 3%, con un porcentaje similar, los estudiantes de psicología mostraron riesgo moderado de 4%. Es importante mencionar que en ambos grupos de estudiantes no existe riesgo alto en cuanto al consumo de esta sustancia. Puntuación de riesgo para cocaína de 0 – 39.

Figura 9. Riesgo de consumo de anfetaminas

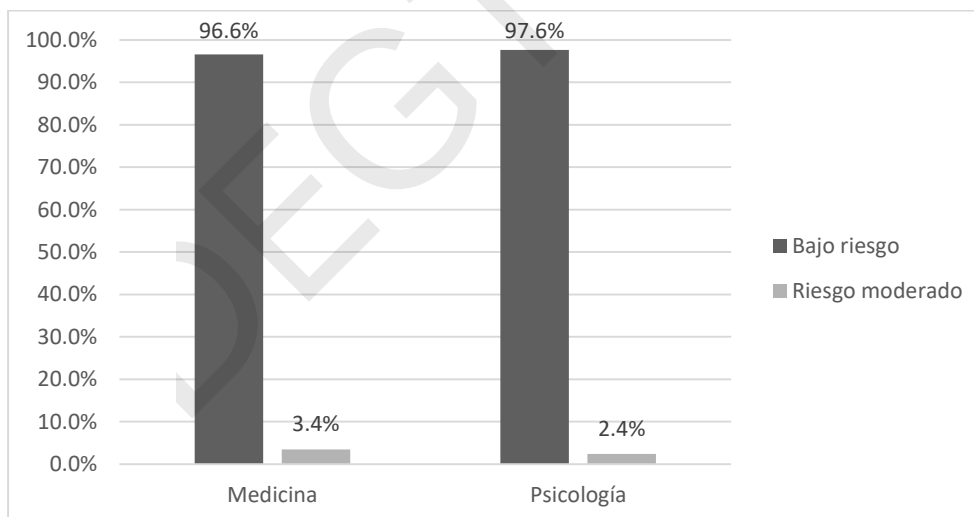
La figura 9 nos indica que el riesgo moderado es notablemente bajo de 3% en medicina y 2% en psicología, de la misma manera el riesgo bajo tiene mayor prevalencia en ambas carreras 97% en medicina y 98% en psicología. Puntuación de riesgo para estimulantes de tipo anfetamina de 0 – 39.

Figura 10. Riesgo de consumo de inhalantes

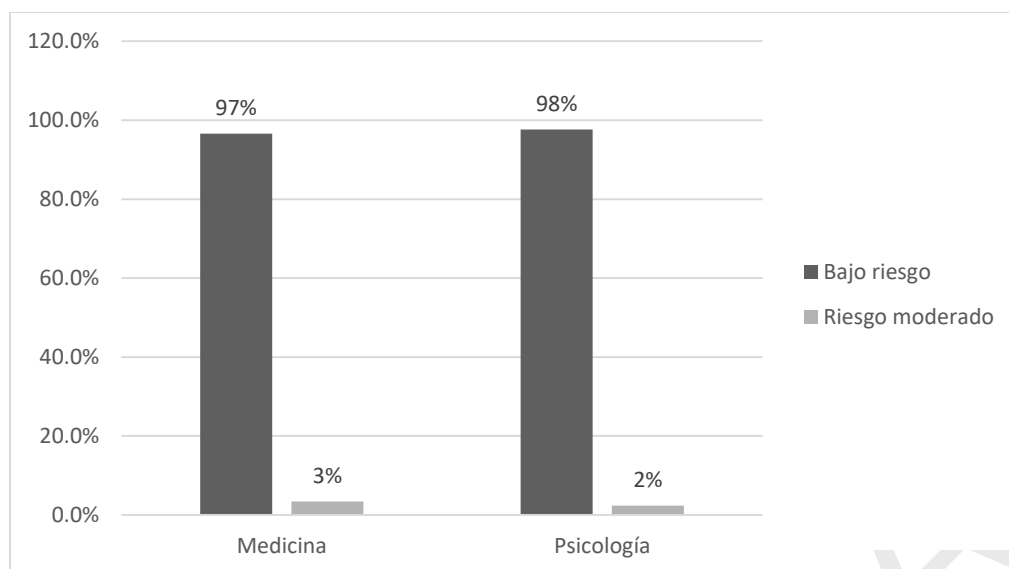
Se observa en la figura 10 que en cuanto al riesgo de consumo de inhalantes podemos observar en la figura x que tanto en los estudiantes de psicología como de medicina es muy bajo 98% en ambas carreras, cabe mencionar que no existe presencia estadística de alto riesgo en una u otra carrera. Puntuación de riesgo para inhalantes de 0 - 39.

Figura 11. Riesgo de pastillas

Los datos encontrados en la figura 11 manifiestan un riesgo moderado de 11% en los estudiantes de medicina y psicología, al mismo tiempo observamos un bajo riesgo de 88% en medicina y 89% en psicología, todo esto relacionado con el consumo de pastilla. puntuación de riesgo para pastillas de 0 – 39.

Figura 12. Riesgo de Alucinógenos

La figura 12 nos indica la presencia de un riesgo moderado en cuanto al consumo de alucinógenos de 3% en medicina y de 2% en psicología, a su vez podemos observar que no existe el riesgo alto en ambas carreras en cuanto al consumo de esta sustancia. Puntuación de riesgo para alucinógenos de 0 – 39.

Figura 13. Riesgo de Opiáceos

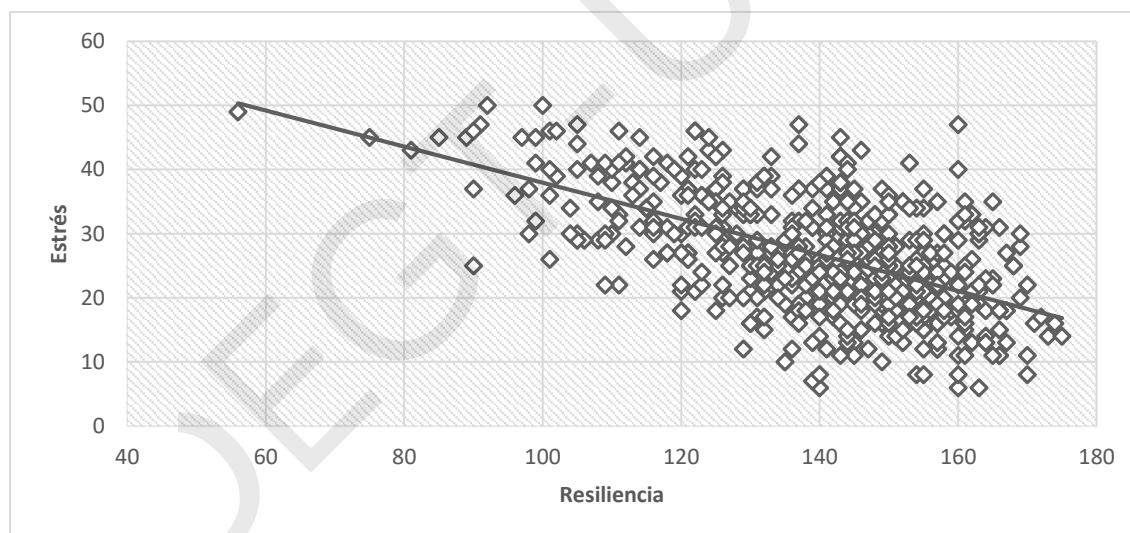
En cuanto al riesgo de consumo de opiáceos la figura 13 nos presenta una prevalencia de un riesgo moderado de 3% en medicina y 2% en psicología con una ausencia de alto riesgo para ambas carreras en cuanto a este tipo de droga. Puntuación de riesgo para opiáceos de 0 – 39.

Tabla 3. Correlación entre el estrés y la resiliencia de la población total

		Resiliencia	Estrés
Resiliencia	Correlación de Pearson	1	-.570**
	Sig. (bilateral)		.000
	N	585	585
Estrés	Correlación de Pearson	-.570**	1
	Sig. (bilateral)	.000	
	N	585	585

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Como se detalla en la tabla 1, la correlación que existe entre las variables estrés y resiliencia es moderada, negativa y significativa ($r = -0.570$, $\text{sig.} = .000$) lo que comprueba la hipótesis planteada: A mayor estrés, menor resiliencia en estudiantes de psicología y medicina de la UNAH. Dichos resultados se representan de forma gráfica mediante la figura 14.

Figura 14. Diagrama de dispersión entre el uso de TICs y la relación resiliencia y estrés.

La figura 14 nos muestra un diagrama de dispersión en el cual observamos la correlación moderada y negativa que existe entre la resiliencia y el estrés en el cual notamos que, a mayor nivel de estrés en la población los niveles de resiliencia disminuyen y, al contrario.

Tabla 4. Correlación entre el estrés y la resiliencia en estudiantes de psicología.

		Resiliencia	Estrés
Resiliencia	Correlación de Pearson	1	-.566**
	Sig. (bilateral)		.000
	N	294	294
Estrés	Correlación de Pearson	-.566**	1
	Sig. (bilateral)	.000	
	N	294	294

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

En la tabla 2 podemos observar que existe una correlación moderada, negativa y significativa entre las variables estrés y resiliencia ($r = -0.566$, sig. = 000) esto evidencia de nuevo que la hipótesis planteada que a mayor estrés menor resiliencia en estudiantes de psicología de la UNAH es acertada.

Tabla 5. Correlación entre el estrés y la resiliencia en estudiantes de medicina

		Resiliencia	Estrés
Resiliencia	Correlación de Pearson	1	-.574**
	Sig. (bilateral)		.000
	N	291	291
Estrés	Correlación de Pearson	-.574**	1
	Sig. (bilateral)	.000	
	N	291	291

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Al igual que en el caso anterior la correlación entre resiliencia y estrés en los estudiantes de Medicina de la UNAH fue moderada, negativa y significativa ($r = -0.574$, sig.=000) lo que termina de confirmar la hipótesis mencionada en las tablas anteriores.

Tabla 4. Correlación estrés, resiliencia y consumo de drogas en psicología

		Correlaciones					
		Estrés	Resiliencia	Pastillas	Cannabis	Alcohol	Tabaco
Estrés	Correlación	1	-.566**	.258**	.166**	.152**	.151**
	Sig.		.000	.000	.004	.009	.010
Resiliencia	Correlación	-	1	-.143*	-.188**	-.082	-.091
		.566**					
	Sig.	.000		.014	.001	.159	.120

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).
 * . La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

Los resultados arrojados por los estudiantes de psicología presentan una correlación moderada, positiva y significativa entre el estrés y consumo de pastillas ($r = 0.258$, sig.=0.000), estrés y consumo de cannabis ($r = 0.166$, sig.= 0.004), estrés y consumo de alcohol ($r = 0.152$, sig.=0.009) y estrés y consumo de tabaco ($r = 0.151$, sig.=0.010) respectivamente. A su vez se presentó una correlación moderada, negativa entre la resiliencia y el consumo de pastillas ($r = -0.143$, sig.=0.014) y entre la resiliencia y el consumo de cannabis ($r = -0.188$, sig.=0.001). Estos resultados obtenidos de una muestra de 294 alumnos.

Tabla 5. Correlación estrés, resiliencia y consumo de drogas en estudiantes de medicina

		Correlaciones					
		Estrés	Resiliencia	Pastillas	Cannabis	Alcohol	Tabaco
Estrés	Correlación	1	-.574**	.232**	-.006	.150*	-.017
	Sig.		.000	.000	.912	.010	.767
Resiliencia	Correlación	-	1	-.172**	-.070	-.039	.041
		.574**					
	Sig.	.000		.003	.236	.507	.485

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).
 * . La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

En cuanto a los 291 estudiantes de medicina se presentó una correlación moderada, positiva y significativa entre el estrés y el consumo de pastillas ($r = 0.232$, sig.=0.000) y entre el estrés y el consumo de alcohol ($r = 0.150$, sig.= 0.010).

Tabla 6. Correlación entre el consumo de drogas en ambas carreras

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1. Alcohol	1	.621**	.419**	.209**	.250**	.115**	.185**	.160**	.160**
2. Tabaco	.621**	1	.469**	.334**	.229**	.203**	.161**	.298**	.298**
3. Cannabis	.419**	.469**	1	.417**	.224**	.256**	.172**	.385**	.385**
4. Cocaína	.209**	.334**	.417**	1	.585**	.711**	.276**	.764**	.764**
5. Anfetaminas	.250**	.229**	.224**	.585**	1	.618**	.197**	.608**	.608**
6. Inhalantes	.115**	.203**	.256**	.711**	.618**	1	.256**	.736**	.736**
7. Pastillas	.185**	.161**	.172**	.276**	.197**	.256**	1	.343**	.343**
8. Alucinógenos	.160**	.298**	.385**	.764**	.608**	.736**	.343**	1	1.000**
9. Opiáceos	.160**	.298**	.385**	.764**	.608**	.736**	.343**	1.000**	1

Nota. 1=Alcohol, 2=Tabaco, 3=Cannabis, 4=Cocaína, 5= Anfetaminas, 6=Inhalantes, 7=Pastillas, 8=Alucinógenos, 9=Opiáceos.

Encontramos que en la tabla 6, la cual presenta los resultados de la muestra total de 485 alumnos de ambas carreras existe una correlación significativa en relación con el tabaco como sustancia que consumen los estudiantes de la muestra que usan otras drogas, mencionaremos las que presentan mayor correlación; tabaco con alcohol ($r=.621$), tabaco con cannabis ($r=.469$), tabaco con cocaína ($r=.334$) en este orden. A su vez se encontró una correlación significativa entre el uso de opiáceos, alucinógenos, anfetaminas, posiblemente por estar categorizadas como pastillas en el instrumento.

Tabla 7. Correlación de consumo de drogas en estudiantes de psicología

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Alcohol	1	.582**	.286**	.240**	.348**	.137*	.290**	.190**	.190**
Tabaco	.582**	1	.324**	.394**	.274**	.279**	.273**	.362**	.362**
Cannabis	.286**	.324**	1	.459**	.227**	.261**	.262**	.428**	.428**
Cocaína	.240**	.394**	.459**	1	.563**	.694**	.331**	.801**	.801**
Anfetaminas	.348**	.274**	.227**	.563**	1	.573**	.209**	.600**	.600**
Inhalantes	.137*	.279**	.261**	.694**	.573**	1	.269**	.741**	.741**
Pastillas	.290**	.273**	.262**	.331**	.209**	.269**	1	.355**	.355**
Alucinógenos	.190**	.362**	.428**	.801**	.600**	.741**	.355**	1	1.000**
Opiáceos	.190**	.362**	.428**	.801**	.600**	.741**	.355**	1.000**	1

Nota. 1=Alcohol, 2=Tabaco, 3=Cannabis, 4=Cocaína, 5= Anfetaminas, 6=Inhalantes, 7=Pastillas, 8=Alucinógenos, 9=Opiáceos.

Con respecto al consumo de drogas en alumnos de Psicología podemos observar que existes algunas correlaciones leves y moderadas que asumen que el fenómeno de consumo de una sustancia aumenta o actúa sobre el consumo de otra sustancia. Encontramos una correlación moderada entre el consumo de entre el consumo de alcohol y tabaco ($r=.582$), de la misma forma la correlación es moderada entre los inhalantes y la cocaína ($r=.694$), y finalmente encontrando una alta correlación entre el consumo de alucinógenos y cocaína ($r=.801$).

Tabla 8. Correlación de consumo drogas en estudiantes de medicina

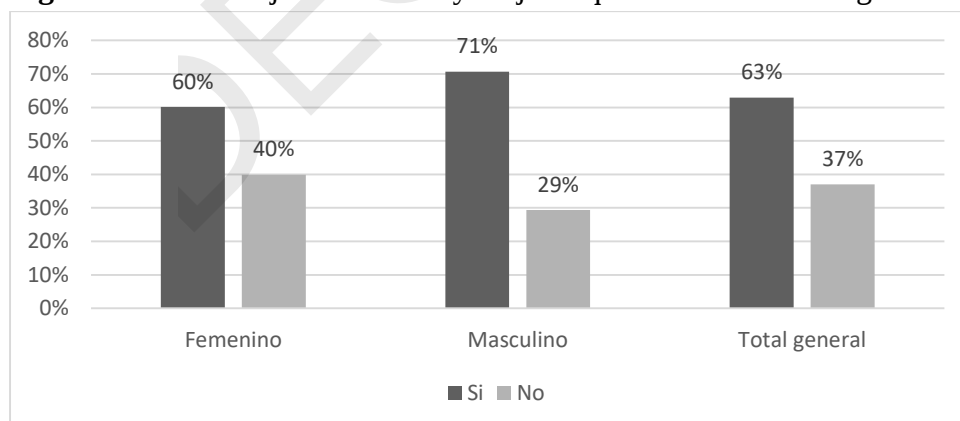
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Alcohol	1	.647**	.529**	.196**	.137*	0.109	0.089	.131*	.131*
Tabaco	.647**	1	.574**	.329**	.240**	.155**	0.077	.256**	.256**
Cannabis	.529**	.574**	1	.401**	.270**	.303**	0.085	.344**	.344**
Cocaína	.196**	.329**	.401**	1	.671**	.780**	.198**	.703**	.703**
Anfetaminas	.137*	.240**	.270**	.671**	1	.808**	.202**	.684**	.684**
Inhalantes	0.109	.155**	.303**	.780**	.808**	1	.266**	.776**	.776**
Pastillas	0.089	0.077	0.085	.198**	.202**	.266**	1	.330**	.330**
Alucinógenos	.131*	.256**	.344**	.703**	.684**	.776**	.330**	1	1.000**
Opiáceos	.131*	.256**	.344**	.703**	.684**	.776**	.330**	1.000**	1

Nota. 1=Alcohol, 2=Tabaco, 3=Cannabis, 4=Cocaína, 5= Anfetaminas, 6=Inhalantes, 7=Pastillas, 8=Alucinógenos, 9=Opiáceos.

De igual forma que en Psicología, los alumnos de medicina presentan correlaciones significativas en relación con el consumo de tabaco y alcohol $r=.647$ y con la marihuana $r=.574$, de igual forma la correlación es significativa entre los consumos de cocaína y alucinógenos, opiáceos y anfetaminas.

Tabla 9. Porcentajes de hombres y mujeres que consumieron y no consumieron drogas

Género	Ha consumido drogas		No ha consumido drogas	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	273	60%	181	40%
Masculino	118	71%	49	29%
Total general	391	63%	230	37%

Figura 15. Porcentaje de Hombre y mujeres que consumieron drogas

La tabla 9 y la figura 15 nos indica que de 391 estudiantes que consumieron drogas, 273 eran mujeres (60% de toda la población femenina) y 118 hombres (71% de toda la población masculina). Los porcentajes de la población total fueron de un 63% de estudiantes que han consumido y un 37% que no consumieron drogas nunca.

Capítulo 6: Discusión

En este capítulo daremos interpretación a los resultados arrojados por la investigación, argumentando las implicaciones prácticas y teóricas de los descubrimientos, y comparamos nuestros hallazgos con nuestros marcos de referencia. Comúnmente el consumo de sustancias es considerado un mecanismo incorrecto de afrontamiento de estados emocionales negativos ocasionados por situaciones de la vida que producen estrés, y como una búsqueda de un estado de ánimo positivo que reduzca la sensación de incomodidad. Sin embargo, las consecuencias de la alta prevalencia de consumo de alcohol y otras sustancias causan graves problemas físicos, sociales y familiares. En los jóvenes universitarios las consecuencias por el consumo de sustancias en el organismo provocan una seria dificultad en el área intelectual, y en la eventual pérdida de la salud (Almendáriz, Villar, & Alonso Castillo, 2012)

Investigaciones realizadas muestran que las distintas actividades académicas son causas de estrés en los estudiantes universitarios. El estrés no controlado por la falta de capacidades de adaptación o resiliencia, originado por el acelerado cambio de vida actual, produce mucha frustración y bloqueo mental, y como única forma de evadir una realidad que no son capaces de enfrentar, ni comprender, volviéndose este (estrés) un factor de riesgo a favor del consumo de sustancias (Tam Phun & Benedita Dos Santos, 2010).

El estrés en jóvenes universitarios está relacionado con el consumo de drogas, puesto que esta es una forma fácil y rápida para experimentar sensaciones placenteras, alterar los sentimientos asociados a las emociones negativas, reducir los trastornos emocionales, mitigar la tensión y el estrés y enfrentar los cambios y amenazas del ambiente por sus efectos sobre el sistema nervioso (Cáceres, Salazar, & Varela, 2006).

Con respecto a la resiliencia, los estudiantes de Psicología y Medicina presentaron niveles de moderados a altos, siendo notable un mínimo porcentaje de baja resiliencia en estudiantes de una y otra carrera, al mismo tiempo, los estudiantes de ambas carreras presentaron en su mayoría niveles de estrés moderados. Un dato importante fue que se observó una correlación negativa entre el estrés y la resiliencia, lo que indica que el aumento en una variable provoca que la otra disminuya. Esto concuerda con varias investigaciones citadas en nuestro marco teórico las cuales concluyen básicamente que, a mayores niveles de resiliencia, menores niveles de estrés y viceversa (Sanchez, 2018).

Fortalecer la resiliencia ayuda en el control de los pensamientos y emociones frente al estrés, lo que resultaría en la capacidad de abstenerse de consumir, la atención plena para ser consciente de conductas impulsivas y evitar los comportamientos potencialmente impulsivos asociados con el consumo de sustancias, el desarrollo de acciones prosociales y relaciones interpersonales que puedan servir de ayuda al individuo frente al estrés y prevenir el consumo de sustancias (Alim & Lawson, 2012).

En ambas carreras se reportó más del 50% de estudiantes que han consumido alguna droga a lo largo de su vida. Los estudiantes de medicina son quienes reportan con mayor frecuencia 52% en los últimos 3 meses han consumido alcohol o algún tipo de drogas, en la misma línea se observa que un 34% de los estudiantes de psicología respondieron afirmativamente a dicha premisa. Una investigación similar a esta que se realizó en La Escuela Universitaria de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Valle de Sula en 2015 arrojó resultados similares. La razón por la que los estudiantes seguían consumiendo drogas fue en mayor grado el estrés y al igual que en nuestra investigación se encontró que un porcentaje más alto de estudiantes de medicina consumían drogas en relación a estudiantes de otras carreras (Licona Rivera, Arita Chávez, & Diaz Torres, 2015).

En relación con el consumo de drogas, los estudiantes de ambas carreras presentaron en un alto porcentaje un bajo riesgo de consumo en todos los tipos de sustancias. En la carrera de Psicología se encontró que la variable estrés presenta correlación moderada y positiva con el consumo de pastillas, cannabis, alcohol y tabaco; lo que nos indica que cuando los niveles de estrés aumentan, aumenta el consumo de estas sustancias. En los estudiantes de medicina la variable estrés al elevarse aumenta de manera moderada el riesgo de consumo de alcohol y pastillas según los resultados.

Ambos grupos de estudiantes parecen estar en tres de cinco tipos de conductas relacionadas con la frecuencia de consumo de sustancias psicoactivas las cuales son; experimental, en la cual el consumo es fortuito, durante un tiempo limitado o cantidad reducida, ocasional en el cual el consumo es intermitente y cuya principal motivación es la integración grupal y finalmente el uso habitual en el cual el consumo es regular, siendo esta la conducta de consumo anterior a la adicción Ruiz (2010) (citado en Galarza, 2019).

A nivel general en ambas carreras existe una correlación moderada entre el consumo de tabaco con el consumo de alcohol y de marihuana. En los estudiantes de Psicología y medicina existe una correlación elevada entre el consumo de cocaína con alucinógenos y opiáceos, al mismo tiempo, en los estudiantes de Psicología también se encontró una correlación moderada entre el consumo de anfetaminas e inhalantes y anfetaminas y alucinógenos. Finalmente se encontró una alta correlación entre el consumo de opiáceos y alucinógenos en ambas carreras.

Estas correlaciones existen, a pesar que como se mencionó anteriormente el riesgo de consumo de todas las sustancias que mide el instrumento es mínimo o muy bajo estadísticamente en la muestra, esto concuerda con nuestro marco contextual, puesto que los niveles de resiliencia y estrés fueron de moderados a altos en los resultados, y la teoría plantea una correlación negativa entre estas dos últimas variables y el consumo de drogas, por consiguiente se concluye que debido a los niveles moderados de estrés y de altos a moderados de resiliencia provocan en la muestra un bajo riesgo de consumo de sustancias.

Siguiendo con el consumo de sustancias un aspecto a tener en cuenta es la percepción del daño por los problemas físicos, psicológicos y sociales que conlleva. Estudios demuestran que ante el uso de drogas se mantiene una sensación de control sobre el consumo, el llamado "Mito de control" lo que hace que se reduzca aún más la percepción del daño (Galarza, 2019).

En su mayoría las investigaciones plantean que pertenecer al género femenino es una variable protectora a nivel de resiliencia, en relación a la mayor fragilidad que presenta pertenecer al género masculino, aunque en un porcentaje mínimo se han presentado resultados en que los hombres son más resilientes que las mujeres, por lo que la relación entre el género y la resiliencia es una variable a observar (Velásquez, 2012). La presente investigación muestra resultados similares ya que un 60% del total de estudiantes mujeres consumieron drogas en relación a un 71% del total estudiantes varones y finalmente, un 55 % de la muestra estuvo entre los 19 y 25 años de edad.

6.1 Recomendaciones

- Establecer programas eficientes y eficaces los cuales brinden información cuantitativa fidedigna sobre qué cantidad de alumnos y personal universitario que presenta problemas de uso y abuso de sustancias. Estos programas deben estar conformados por las instancias de interés sobre el tema (áreas de salud de VOAEE, carrera de Psicología, facultad de Ciencias médicas) entre otros.
- Creación por parte de las autoridades universitarias de campañas de sensibilización sobre los mecanismos de afrontamiento de dificultades (académicas, laborales y personales) o la aplicación de programas ya existentes como "El programa de formación resiliente en hábitos y actitudes hacia el estudio en alumnos universitarios de Piura, 2018" (Uriarte, 2020) además de concientizar sobre los riesgos y consecuencias que conlleva el no saber sobrellevar las múltiples vicisitudes que acarrea la vida académica.
- Promover desde la academia la investigación de este tema (consumo de drogas) para obtener información fidedigna y utilizarla para la planificación de futuros proyectos que beneficien a toda la comunidad universitaria, ya sea sobre tratamiento del estrés, mecanismos de resiliencia y consumo de drogas.
- Abordar el temas como de abuso de sustancias, la resiliencia y el estrés desde el modelo terapéutico Cognitivo – Conductual el cual ha evidenciado ser eficaz para el abordaje de un sinnúmero de trastornos psiquiátricos y psicológicos, entre estos el abuso de sustancias (Giusti, 2010).
- Tener por parte de las autoridades universitarias una perspectiva integral y preventiva de las adicciones enfocada en el individuo y en la problemática que le rodea, ya que hay ciertas áreas o factores biológicos propios que inclinan al individuo hacia el

consumo de sustancias. De la misma forma, se encuentran elementos que promueven o previenen el uso y abuso de sustancias, y que se les ha nombrado factores de riesgo y de protección (Banegas & Martinez , 2010).

6.2 Limitantes

- Una de las principales limitantes que se presentaron para realizar esta investigación fue la crisis provocada por la pandemia del Covid 19 la cual fue una limitante para toda actividad humana durante el tiempo que ha estado presente.
- Esta investigación estaba diseñada para ser realizada con toda la población de ciudad universitaria, con la intención que los resultados pudieran ser estadística y cualitativamente más amplios, pero debido a la pandemia del Covid 19 la muestra debió ser reducida a la población de la Facultad de Medicina y la carrera de Psicología.
- La falta de diversas investigaciones también se presentó como una limitante en esta investigación, pues si bien existes estudios que nos sirvieron como marco contextual, no se encontraban en grandes cantidades por lo que nuestros marcos de referencia fueron limitados.
- Otra dificultad fue la falta de acceso a la información institucional, pues fue de mucha dificultad y requería de varios protocolos burocráticos acceder a entrevistas con encargados de la clínica antitabaco, jefe de seguridad entre otros y al mismo tiempo las bases de datos no contaban con información significativa para nuestra investigación.
- La modalidad de auto reporte como forma de recolección de datos se presenta como una limitante pues en cierto grado la información no es tan objetiva como lo sería con

una prueba de detección de drogas u otras pruebas o formas más confiables de medir el consumo de sustancias en estudiantes.

6.3 Futuras Investigaciones

- Para futuras investigaciones se propone de ser posible, poder abarcar una muestra mayor, posiblemente una muestra que represente toda ciudad universitaria.
- De igual manera para futuras investigaciones, deben tomarse en cuenta las limitaciones presentadas en el inciso anterior, para poder evitarlas y lograr una mayor eficiencia en el proceso
- Se puede incluir población de postgrados para futuras investigaciones.

Bibliografía

- Alim, T., & Lawson, W. (2012). Resilience to Meet the Challenge of Addiction. *Alcohol Research*, 506-515. Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3860393/>
- Almendáriz, N. A., Villar, L., & Alonso Castillo, M. (2012). Eventos estresantes y su relación con el consumo de alcohol en estudiantes universitarios. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 14(2), 97-112. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/1452/145226758007.pdf>
- Arrazola, J. R., & Zavala, J. C. (2014). Diseño metodológico para la selección de una muestra representativa de estudiantes universitarios. *Central American Journals Online*. doi:<https://doi.org/10.5377/eya.v5i1.4318>
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales V* (5 ed.). Editorial Medica Panamericana.
- Banegas, R. E. (2013). Vigilancia Epidemiológica en Adicciones. *Revista de Investigaciones del Ihadfa*, 2.
- Barra, A. (enero - febrero de 2015). Política de drogas en América Latina: obstáculos y próximos pasos. *Nueva Sociedad*. Obtenido de <https://nuso.org/articulo/politica-de-drogas-en-america-latina-obstaculos-y-proximos-pasos/>
- Barradas Alarcón, M., Guzmán Ibáñez, M., Balderrama, J., & Sánchez, J. M. (2012). Factores De Salud Mental Positiva En Estudiantes De Psicología. *Revista Iberoamericana para la Investigación y el Desarrollo Educativo*, 1(2). Obtenido de https://www.ride.org.mx/index.php/RIDE/article/view/19?fbclid=IwAR1RlebjRVMntmnvb5gMyR29iU3FizLX_2IKxCfw8dwPJRI9jSPy8H5TJiA
- Buchanan, J., & Pillon, S. (Julio de 2008). Uso de drogas entre estudiantes de medicina, Tegucigalpa, honduras. *Revista Latinoamericana de enfermería*, 16. doi:[doi:10.1590/S0104-11692008000700015](https://doi.org/10.1590/S0104-11692008000700015)
- Cáceres, D., Salazar, I., & Varela, M. (2006). Consumo de drogas en jóvenes universitarios y su relación de riesgo y protección con los factores psicosociales. *Universitas Psychologica*, 5(3). Obtenido de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-92672006000300008
- Campos Arias, A., Oviedo, H. C., & Herazo, E. (2014). Escala de Estrés Percibido-10: Desempeño psicométrico en estudiantes de medicina de Bucaramanga, Colombia. *Revista de la Facultad de Medicina*, 62(3), 407-413. doi:10.15446/revfacmed
- Carvalho, J. T. (30 de octubre de 2008). *Salud Publica Virtual*. Obtenido de <http://saludpublicavirtual.udea.edu.co/cvsp/politicaspUBLICAS/historia%20drogas.pdf>

- CEPAL. (octubre de 2000). *Comisión Económica Para el Desarrollo de América Latina y el Caribe*. Obtenido de <https://www.cepal.org/es/publicaciones/5974-produccion-trafico-consumo-drogas-america-latina>
- Congreso Nacional de Honduras. (5 de septiembre de 1989). *poder judicial*. Obtenido de <http://www.poderjudicial.gob.hn/CEDIJ/Leyes/Documents/LeyUsoIndebidoTraficoIlicitoDeDrogasYSustanciasPsicotropicas.pdf>
- Cortez, C. P. (octubre de 2014). Resiliencia psicológica. *Summa Psicológica*, 11(2), 19 - 33. Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4953998>
- Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. (Febrero de 2008). *DrugAbuse*. Recuperado el Mayo de 2019, de https://www.drugabuse.gov/sites/default/files/soa_spanish.pdf
- Duarte, R., Sabillon, R., & Green, I. (2018). *La educación superior en Honduras y sus líneas estratégicas de desarrollo*. Informe de Investigación, Tegucigalpa. Obtenido de [http://des.unah.edu.hn/dmsdocument/5996-la-educacion-superior-de-Honduras-y-sus-lineas-estrategicas-de-desarrollo%20\(1\).pdf](http://des.unah.edu.hn/dmsdocument/5996-la-educacion-superior-de-Honduras-y-sus-lineas-estrategicas-de-desarrollo%20(1).pdf)
- Editorial Oceano. (1991). *Diccionario Enciclopedico Ilustrado*. Barcelona: editorial oceano .
- Estado Plurinacional de Bolivia Ministerio de Gobierno. (2015). *Oficina de las Naciones Unidad contra la Droga y el Delito*. Obtenido de https://www.unodc.org/documents/bolivia/Prev_Problematika_de_las_drogas.pdf
- Galarza, B. (2019). Resiliencia y consumo de sustancias en adolescentes. *Repositorio institucional de la Universidad de Azuay*. Obtenido de <http://dspace.uazuay.edu.ec/handle/datos/8661>
- Galarza, B. (2019). *Universidad de Azuay*. Obtenido de <http://dspace.uazuay.edu.ec/bitstream/datos/8661/1/14322.pdf>
- Galarza, B. (2019). *Universidad de Azuay*. Obtenido de Link: <http://dspace.uazuay.edu.ec/bitstream/datos/8661/1/14322.pdf>
- García Quiroga, E., & Morales, C. (2014). Estrategias de Psicología Positiva. *Psicología del bienestar y la felicidad*, 2. Obtenido de <https://institutosalamanca.com/blog/7-pilares-resiliencia/>
- García, M. (2011). Pilares de Resiliencia en el Programa de Adultos Mayores. Obtenido de <https://dspace.palermo.edu:8443/dspace/bitstream/handle/10226/806/Garcia%20Santilan%20Mercedes.pdf?sequence=3&isAllowed=y>
- García, S. M. (2015). CARACTERÍSTICAS RESILIENTES PRESENTADAS POR LOS OFICIALES DE LA PROCURADURÍA DE LOS DERECHOS HUMANOS DE GUATEMALA, ANTE LA ATENCIÓN DE DENUNCIAS. Obtenido de <http://recursosbiblio.url.edu.gt/tesiseortiz/2015/05/42/Garcia-Samuel.pdf>

- Giusti, E. (2010). Descubriendo las fortalezas y construcción de resiliencia con terapia cognitiva, un modelo en 4 pasos. *Psicodebate*, 9, 105– 126.
doi:<https://doi.org/10.18682/pd.v9i0.411>
- Gómez, C. (28 de Abril de 2021). Consumo de drogas en estudiantes de la UNAH 2021. (F. A. Pineda, Entrevistador)
- González, V., & Reyes, M. (2018). Consumo de Alcohol entre estudiantes de medicina que cursan asignaturas de farmacología I y II. *Revista Científica de la Escuela Universitaria de las Ciencias de la Salud*, 5(1). doi:DOI:
<https://doi.org/10.5377/rceucs.v5i1.7199>
- Gonzalez, B. (2013). *Espolea*. Obtenido de
<http://www.espolea.org/uploads/8/7/2/7/8727772/ddt-viasdeadministracion.pdf>
- Habibi, M., Naziemi, A., & Jebraeili, H. (Abril de 2019). Mediating role of resilience and tendency to addiction regarding the effect of gender on substance use. *Journal of Research and Health*, 9(3), 236-245. doi:10.29252/jrh.9.3.236
- Hinojosa García, L., Da Silva Gherardi, E., & Alonso Castillo, M. (2017). Estrés académico y consumo de alcohol en universitarios de nuevo ingreso. *journal health npeps*, 2, 133-144. Obtenido de <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/03/1053061/1615-6313-4-pb.pdf>
- Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia. (2015). *Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia*. Obtenido de
https://www.iafa.go.cr/images/descargables/Drogas-y-sus-efectos-15_junio_2015.pdf
- Junta Directiva del Colegio de Psicólogos. (2016). *Código de Ética del Profesional de la Psicología de la República de Honduras*. Honduras: ZT.
- Jurado, V. L. (2013).
- Licona Rivera, T., Arita Chavez, R., & Diaz Torres, E. (2015). Caracterización del consumo de drogas por estudiantes universitarios de ciencias básicas de la salud. *Revista Científica Universitaria*, 2, 21-29. Obtenido de
<http://www.bvs.hn/RCEUCS/pdf/RCEUCS2-2-2015-5.pdf>
- Licona Rivera, T. S., Arita Chávez, J. R., & Diaz Torres, E. L. (2015). Caracterización del consumo de drogas por estudiantes universitarios de ciencias básicas de la salud. *Revista científica de la escuela universitaria de ciencia de la salud*, 2(2). Obtenido de
<http://www.bvs.hn/RCEUCS/pdf/RCEUCS2-2-2015-5.pdf>
- Lucena, V. (2013). *IDEP*. Recuperado el Mayo de 2019, de
<https://helvia.uco.es/xmlui/bitstream/handle/10396/10760/803.pdf?sequence=1>
- Madrid, F. S. (2017). *Repositorio de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua*. Obtenido de <http://repositorio.unan.edu.ni/8377/1/t980.pdf>

- Medina. (2019). *RadioAmerica*. Recuperado el Mayo de 2019, de http://www.radioamerica.hn/cantidades-significativas-cigarrillos-droga-alcohol-decomisados-la-unah/?fbclid=IwAR2XAVAfNvp70bUuUH_x4oYBxtfD2WJC94kSQQ0Itl8tXrU6XbXYaANnUcw
- Ministerio de Salud Gobierno de El Salvador. (2016). *Ministerio de Salud Gobierno de El Salvador*. Obtenido de https://www.salud.gob.sv/archivos/pdf/seguridad_ocupacional_2016_presentaciones/presentacion09082016/MANEJO-DEL-ESTRES-TALENTO-HUMANO-EN-SALUD.pdf
- Moral, M., & Lorenzo, P. (1999). *Drogodependencias*. Editorial Panamericana. Obtenido de <https://docplayer.es/3217189-Conceptos-fundamentales-en-drogodependencias.html>
- Naranjo, M. (2009). Una revisión teorica sobre el estrés y algunos aspectos relevantes de esté en el ámbito educativo . *Revista Educacion*, 33, 171-190. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/440/44012058011.pdf>
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. (2015). *Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito*. Obtenido de https://www.unodc.org/documents/bolivia/Prev_Problematika_de_las_drogas.pdf
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. (2015). *Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito*. Obtenido de https://www.unodc.org/documents/wdr2015/WDR15_ExSum_S.pdf
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. (2018). *UNODC RESEARCH*. Recuperado el Mayo de 2019, de https://www.unodc.org/wdr2018/prelaunch/WDR18_ExSum_Spanish.pdf
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. (2020). Obtenido de <https://www.unodc.org/colombia/es/press/2017/octubre/estudio-consumo-de-drogas-en-poblacion-universitaria.html>
- Oficina de las Naciones Unidas de Fiscalización de Drogas y Prevención del Delito. (2002). *Oficina de las Naciones Unidas contra las Drogas y el Delito*. Obtenido de https://www.unodc.org/documents/drug-prevention-and-treatment/S_handbook.pdf?fbclid=IwAR38f5sADuTJeFgDvt2YEU_nIJPEGIr3yrRDYW6iF-bhEK9HfVV8owRCkfA
- Organizacion Mundial de la Salud. (1994). *Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10 : clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: Editorial Medica Panamericana. Obtenido de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42326/8479034920_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

- Organización Mundial de la Salud. (2004). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de https://www.who.int/occupational_health/publications/pwh3sp.pdf
- Organizacion Mundial de la Salud. (2008). *Organizacion Mundial de la Salud*. Obtenido de https://www.who.int/substance_abuse/publications/alcohol_public_health_americas_spanish.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (29 de mayo de 2019). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>
- Organizacion Panamericana de la Salud. (2008). *Organizacion Panamericana de la Salud*. Obtenido de https://www.who.int/substance_abuse/publications/alcohol_public_health_americas_spanish.pdf
- Organización Panamericana de la Salud. (2010). *Organización Panamericana de la Salud*. Recuperado el Mayo de 2019, de <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/2836/El%20Alcohol.pdf?sequence=1&fbclid=IwAR2rrUoXsYT1HgCgwdLEx96jDpt4hs2Zhdvw10jPPue3KhLyYP6ShA-YMVC>
- Organizacion Panamericana para la Salud. (2011). *Organizacion Panamericana de la Salud*. Obtenido de <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2011/consumo-sustancias-Assist-manual.pdf>
- Puerta, E., & Vásquez, M. (octubre de 2012). Caminos para la Resiliencia. *Previva*, 1(2), 1. Obtenido de http://www.udea.edu.co/wps/wcm/connect/udea/8053e5b2-7d04-4997-9dc0-4dcada70658f/BoletA%CC%83%C2%ADn+2_Concepto+de+Resiliencia.pdf?MOD=AJPERES
- Real Academia Española. (2014). *Diccionario de la Real Academia Española*. Obtenido de <https://drae.es/palabras/resiliencia>
- Rodríguez, M., Pereyra, M., & Gil, E. (2009). Propiedades psicométricas de la escala de resiliencia versión argentina. *Laboratorio de Evaluación Psicológica y Educativa*, 9, 72-82. Obtenido de https://pdfs.semanticscholar.org/ad1f/f139c6b9be47621d3e897e15a88e80559be1.pdf?fbclid=IwAR0vdyvc1bTSoi0NZfE426BsCCvKB3lWNhKWlPa1q7bOzGxn5JRLxRXT_4c
- Romero, P. G. (2015). *Gredos*. Obtenido de https://gredos.usal.es/bitstream/handle/10366/128336/DPETP_Gonz%E1lezRomeroP_Evaluaci%F3ncl%EDnica.pdf?sequence=1
- Ruiz Parraga, G. T., & López Martínez, A. E. (2012). Resiliencia psicológica y dolor crónico. *Escritos de Psicología*, 5(2), 4. doi:10.5231/psy.writ.2012.1001

- Sánchez, C. (Diciembre de 2018). Conducta resiliente y abuso de alcohol en estudiantes de Psicología de la UMSA. *Revista de investigacion psicologica*, 20, 11-27. Recuperado el Mayo de 2019, de http://www.scielo.org.bo/pdf/rip/n20/n20_a03.pdf
- Sanchez, C. N. (2018). 20, 11-27. Obtenido de http://www.revistasbolivianas.ciencia.bo/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2223-30322018000200003&lng=en&nrm=iso&tlng=es
- Tam Phun, E., & Benedita Dos Santos, C. (2010). El consumo de alcohol y el estrés entre estudiantes del. *Revista latino-americana de enfermagem*, 496-503. Obtenido de <https://www.scielo.br/pdf/rlae/v18nspe/a03v18nspe.pdf>
- Tiburcio Sainz, M., Rosete-Mohedano, M., Natera Rey, G., Martínez Vélez, N., Carreño García, S., & Pérez Cisneros, D. (2016). Validez y confiabilidad de la prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST) en estudiantes universitarios. *Adicciones*, 28(1). Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/2891/289144321003.pdf>
- Torres, C. (junio de 2019). Consumo de Drogas y Alcohol en la UNAH. (F. A. Pineda, Entrevistador) Tegucigalpa.
- Universidad Nacional Autónoma de Honduras. (2019). *portal de estadística UNAH*. Obtenido de <https://estadistica.unah.edu.hn/dmsdocument/7741-matricula-i-pac-2019-preliminar>
- Universidad Nacional Autónoma de Honduras. (2019). *UNAH*. Obtenido de <https://www.unah.edu.hn/dmsdocument/7611-manual-de-seguridad-unah-2019-pdf>
- Universidad Nacional Autónoma de Honduras. (2021). *Portal UNAH*. Obtenido de <https://estadistica.unah.edu.hn/dmsdocument/9594-matricula-i-pac-2020-preliminar>
- Uriarte, F. B. (3 de diciembre de 2020). Programa de formación resiliente en hábitos y actitudes hacia el estudio en estudiantes universitarios. *Delectus*, 3(2). Obtenido de <http://portal.amelica.org/ameli/jatsRepo/390/3901775002/html/index.html>
- Velásquez, Y. A. (Julio de 2012). *Universidad Autonoma de Madrid*. Obtenido de https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/11254/56166_velasquez_ula_%20merida_yarima.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Villegas, M., Alonzo, M., & Guzman, F. (2014). Eventos estresantes y la relación con el consumo de alcohol y tabaco en adolescentes. *Ciencia y Enfermería*, 20(1). doi:10.4067/S0717-95532014000100004

ANEXOS



Consentimiento Informado



La presente investigación trata sobre la Prevalencia de Consumo de Drogas y Alcohol, y su relación con la Resiliencia en los estudiantes de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras en el período 2020 – 2021. Dicha investigación tiene fines académicos siendo parte de la Maestría de Psicología Clínica orientada en investigación.

Si decide colaborar en la investigación, se le administrarán dos instrumentos uno es La Escala de Resiliencia de Wagnild y Young y la otra es la Prueba ASSIST desarrollada para determinar el consumo de sustancias. Dicho procedimiento no le tomará más de 15-20 minutos, así mismo, la información proporcionada será utilizada con fines de investigación, no involucran ningún riesgo personal y es de manera anónima, por lo tanto, se garantiza la confidencialidad de los datos que se obtengan. Su participación es de manera voluntaria y no obtiene ningún beneficio más que la satisfacción de haber contribuido a la investigación.

Afirmo que se me dio suficiente información sobre los aspectos éticos y legales que involucran mi participación y que puedo obtener más información en caso de que lo considere necesario con el Lic. Fredy Pineda investigador responsable del estudio y estudiante de la maestría antes mencionada, contactándolo por medio de su correo ofo3.14neda@gmail.com y número telefónico 8909-0658.

Fecha _____

Firma del participante _____

Escala de Resiliencia de Wagnild y Young

Datos Sociodemográficos

Sexo: _____ Edad: _____ Carrera: _____ Fecha: _____

Instrucciones:

A continuación, se presenta la Escala de Wagnild y Young, la misma posee el objetivo de identificar características resilientes de una persona. Para llevarla a cabo deberá responder las siguientes preguntas marcando 1 punto en caso se encuentre en total desacuerdo con el enunciado escrito, mientras que utilizará una puntuación máxima de 7 puntos si se encuentra en completo acuerdo con el postulado correspondiente. Las puntuaciones pueden darse en un rango de 1 a 7. De antemano se agradece su participación.

Ítems	En Desacuerdo				De Acuerdo		
1. Cuando planeo algo lo realizo.	1	2	3	4	5	6	7
2. Generalmente me las arreglo de una manera u otra.	1	2	3	4	5	6	7
3. Dependo más de mí que de otras personas.	1	2	3	4	5	6	7
4. Es importante para mí mantenerme interesado en las cosas.	1	2	3	4	5	6	7
5. Puedo estar solo si tengo que hacerlo.	1	2	3	4	5	6	7
6. Me siento orgullosa de haber logrado cosas en mi vida.	1	2	3	4	5	6	7
7. Usualmente veo las cosas a largo plazo.	1	2	3	4	5	6	7
8. Soy amigo de mí mismo.	1	2	3	4	5	6	7

9. Siento que puedo manejar varias cosas al mismo tiempo.	1	2	3	4	5	6	7
10. Soy decidida.	1	2	3	4	5	6	7
11. Rara vez pregunto cuál es la finalidad de todo.	1	2	3	4	5	6	7
12. Tomo las cosas una por una.	1	2	3	4	5	6	7
13. Puedo enfrentar las dificultades porque las he experimentado anteriormente.	1	2	3	4	5	6	7
14. Tengo autodisciplina.	1	2	3	4	5	6	7
15. Me mantengo interesado en las cosas.	1	2	3	4	5	6	7
16. Por lo general encuentro algo de que reírme.	1	2	3	4	5	6	7
17. El creer en mí mismo me permite atravesar tiempos difíciles.	1	2	3	4	5	6	7
18. En una emergencia soy una persona en quien se puede confiar.	1	2	3	4	5	6	7
19. Generalmente puedo ver una situación de varias maneras.	1	2	3	4	5	6	7
20. Algunas veces me obligo a hacer cosas aunque no quiera.	1	2	3	4	5	6	7
21. Mi vida tiene significado.	1	2	3	4	5	6	7
22. No me lamento de las cosas por las que no puedo hacer nada.	1	2	3	4	5	6	7
23. Cuando estoy en una situación difícil generalmente encuentro una salida.	1	2	3	4	5	6	7
24. Tengo la energía para hacer lo que debo.	1	2	3	4	5	6	7
25. Acepto que hay personas a las que yo no les agrado.	1	2	3	4	5	6	7

Versión española (2.0) de la *Perceived Stress Scale* (PSS) de Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983), adaptada por el Dr. Eduardo Remor.

Escala de Estrés Percibido - *Perceived Stress Scale* (PSS) – versión completa 14 ítems.

Las preguntas en esta escala hacen referencia a sus sentimientos y pensamientos durante el **último mes**. En cada caso, por favor indique con una “X” cómo usted se ha sentido o ha pensado en cada situación.

	Nunca	Casi nunca	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo
1. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado afectado por algo que ha ocurrido inesperadamente?	0	1	2	3	4
2. En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido incapaz de controlar las cosas importantes en su vida?	0	1	2	3	4
3. En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido nervioso o estresado?	0	1	2	3	4
4. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha manejado con éxito los pequeños problemas irritantes de la vida?	0	1	2	3	4
5. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que ha afrontado efectivamente los cambios importantes que han estado ocurriendo en su vida?	0	1	2	3	4
6. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado seguro sobre su capacidad para manejar sus problemas personales?	0	1	2	3	4
7. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que las cosas le van bien?	0	1	2	3	4
8. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que no podía afrontar todas las cosas que tenía que hacer?	0	1	2	3	4
9. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha podido controlar las dificultades de su vida?	0	1	2	3	4
10. En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido que tenía todo bajo control?	0	1	2	3	4
11. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado enfadado porque las cosas que le han ocurrido estaban fuera de su control?	0	1	2	3	4
12. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha pensado sobre las cosas que le quedan por hacer?	0	1	2	3	4

13. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha podido controlar la forma de pasar el tiempo?	0	1	2	3	4
--	---	---	---	---	---

14. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que las dificultades se acumulan tanto que no puede superarlas?	0	1	2	3	4
--	---	---	---	---	---

DEGT-UNAH

OMS - ASSIST

ENTREVISTADOR

PAÍS

CLÍNICA

N° PARTICIPANTE

FECHA

INTRODUCCIÓN (Léalo favor al participante)

Gracias por aceptar a participar en esta breve entrevista sobre el alcohol, tabaco y otras drogas. Le voy hacer algunas preguntas sobre su experiencia de consumo de sustancias a lo largo de su vida, así como en los últimos tres meses. Estas sustancias pueden ser fumadas, ingeridas, inhaladas, inyectadas o consumidas en forma de pastillas (muestre la tarjeta de drogas).

Algunas de las sustancias incluidas pueden haber sido recetadas por un médico (p.ej. pastillas adelgazantes, tranquilizantes, o determinados medicamentos para el dolor). Para esta entrevista, no vamos a anotar fármacos que hayan sido consumidos tal como han sido prescritos por su médico. Sin embargo, si ha tomado alguno de estos medicamentos por motivos distintos a los que fueron prescritos o los toma más frecuentemente o a dosis más altas a las prescritas, entonces díganoslo. Si bien estamos interesados en conocer su consumo de diversas drogas, por favor tenga por seguro que esta información será tratada con absoluta confidencialidad.

NOTA: ANTES DE FORMULAR LAS PREGUNTAS, ENTREGUE LAS TARJETAS DE RESPUESTA A LOS PARTICIPANTES

Pregunta 1

(al completar el seguimiento compare por favor las respuestas del participante con las que dio a la P1 del cuestionario basal. Cualquier diferencia en esta pregunta deben ser exploradas)

A lo largo de su vida, ¿cuál de las siguientes sustancias ha consumido <u>alguna vez</u> ? (SOLO PARA USOS NO-MÉDICOS)	No	Si
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0	3
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)	0	3
c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)	0	3
d. Cocaína (coca, farlopa, crack, base, etc.)	0	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	3
f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.)	0	3

g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	3
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)	0	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	3
j. Otros - especifique:	0	3

Compruebe si todas las respuestas son negativas:
“¿Tampoco incluso cuando iba al colegio?”

Si contestó "No" a todos los ítems, pare la entrevista.

Si contestó "Si" a alguno de estos ítems, siga a la Pregunta 2 para cada sustancia que ha consumido alguna vez.

Pregunta 2

¿Con qué frecuencia ha consumido las sustancias que ha mencionado en los <u>últimos tres meses</u>, (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)?	Nunca	ó 2 veces	Cada mes	Cada semana	A diario o casi a diario
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0	2	3	4	6
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)	0	2	3	4	6
c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)	0	2	3	4	6
d. Cocaína (coca, farlopa, crack, etc.)	0	2	3	4	6
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	2	3	4	6
f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.)	0	2	3	4	6
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	2	3	4	6
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)	0	2	3	4	6
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	2	3	4	6
j. Otros - especifique:	0	2	3	4	6

Si ha respondido "Nunca" a todos los ítems en la Pregunta 2, salte a la Pregunta 6.

Si ha consumido alguna de las sustancias de la Pregunta 2 en los últimos tres meses, continúe con las preguntas 3, 4 & 5 para cada una de las sustancias que ha consumido.

Pregunta 3

En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia ha tenido deseos fuertes o ansias de consumir (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)?	Nunca	ó 2 veces	Cada mes	Cada semana	A diario o casi a diario
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0	3	4	5	6
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)	0	3	4	5	6
c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)	0	3	4	5	6
d. Cocaína (coca, farlopa, crack, etc.)	0	3	4	5	6
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	3	4	5	6
f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.)	0	3	4	5	6
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	3	4	5	6
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)	0	3	4	5	6
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	3	4	5	6
j. Otros - especifique:	0	3	4	5	6

Pregunta 4

En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia le ha llevado su consumo de (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC) a problemas de salud, sociales, legales o económicos?	Nunca	ó 2 veces	Cada mes	Cada semana	A diario o casi a diario
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0	4	5	6	7
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)	0	4	5	6	7
c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)	0	4	5	6	7
d. Cocaína (coca, farlopa, crack, etc.)	0	4	5	6	7

e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	4	5	6	7
f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.)	0	4	5	6	7
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	4	5	6	7
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)	0	4	5	6	7
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	4	5	6	7
j. Otros - especifique:	0	4	5	6	7

Pregunta 5

En los <u>últimos tres meses</u> , ¿con qué frecuencia dejó de hacer lo que se esperaba de usted habitualmente por el consumo de (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)?	Nunca ó 2 veces	Cada mes	Cada semana	A diario o casi a diario	
a. Tabaco					
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)	0	5	6	7	8
c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)	0	5	6	7	8
d. Cocaína (coca, farlopa, crack, etc.)	0	5	6	7	8
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	5	6	7	8
f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.)	0	5	6	7	8
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	5	6	7	8
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)	0	5	6	7	8
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	5	6	7	8
j. Otros - especifique:	0	5	6	7	8

Haga las preguntas 6 y 7 para todas las sustancias que ha consumido alguna vez (es decir, aquellas abordadas en la Pregunta 1)

Pregunta 6

¿Un amigo, un familiar o alguien más <u>alguna vez</u> ha mostrado preocupación por su consume de (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)?	No, Nunca	Si, en los últimos 3 meses	Si, pero no en los últimos 3 meses
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0	6	3
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)	0	6	3
c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)	0	6	3
d. Cocaína (coca, farlopa, crack, etc.)	0	6	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	6	3
f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.)	0	6	3
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	6	3
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)	0	6	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	6	3
j. Otros - especifique:	0	6	3

Pregunta 7

¿Ha intentado <u>alguna vez</u> controlar, reducir o dejar de consumir (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC) y no lo ha logrado?	No, Nunca	Si, en los últimos 3 meses	Si, pero no en los últimos 3 meses
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0	6	3
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)	0	6	3
c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)	0	6	3
d. Cocaína (coca, farlopa, crack, etc.)	0	6	3

e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	6	3
f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.)	0	6	3
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	6	3
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)	0	6	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	6	3
j. Otros - especifique:	0	6	3

Pregunta 8

	No, Nunca	Si, en los últimos 3 meses	Si, pero no en los últimos 3 meses
¿Ha consumido <u>alguna vez</u> alguna droga por vía inyectada? (ÚNICAMENTE PARA USOS NO MÉDICOS)	0	2	1

NOTA IMPORTANTE:

A los pacientes que se han inyectado drogas en los últimos 3 meses se les debe preguntar sobre su patrón de inyección en este período, para determinar los niveles de riesgo y el mejor tipo de intervención.