

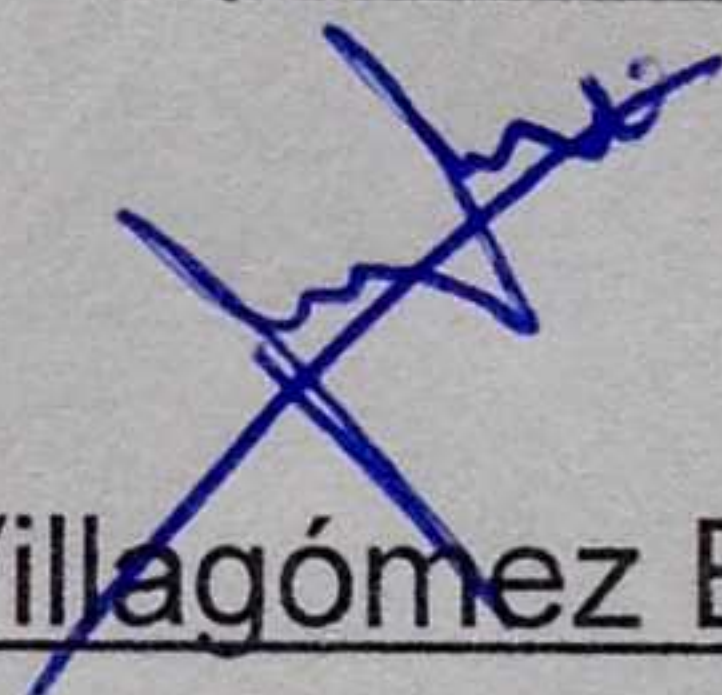
CARTA DE DICTAMEN DE LA EVALUACIÓN ESCRITA DEL EXAMEN DE GRADO

Mexicali, B.C. a, 31 de Mayo de 2017.

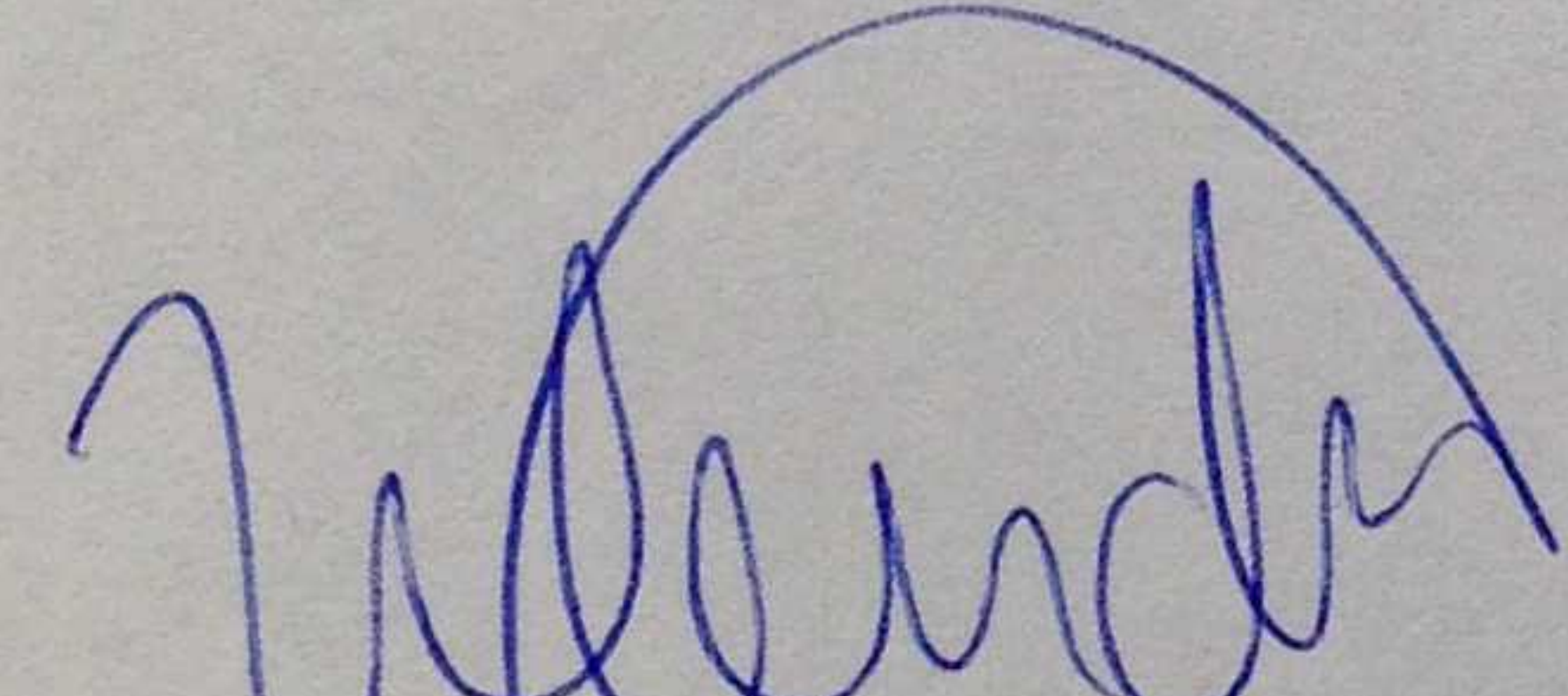
Los abajo firmantes, miembros del Jurado Dictaminador del documento escrito Denominado: “VALIDACIÓN AL ESPAÑOL DE LA ESCALA PARA LA AUTOEFICACIA EN LA EVITACIÓN DE DROGAS” para obtener el Diploma de Especialidad en Psiquiatría, presenta:

C. Yojana Irlanda Espinoza Gutiérrez

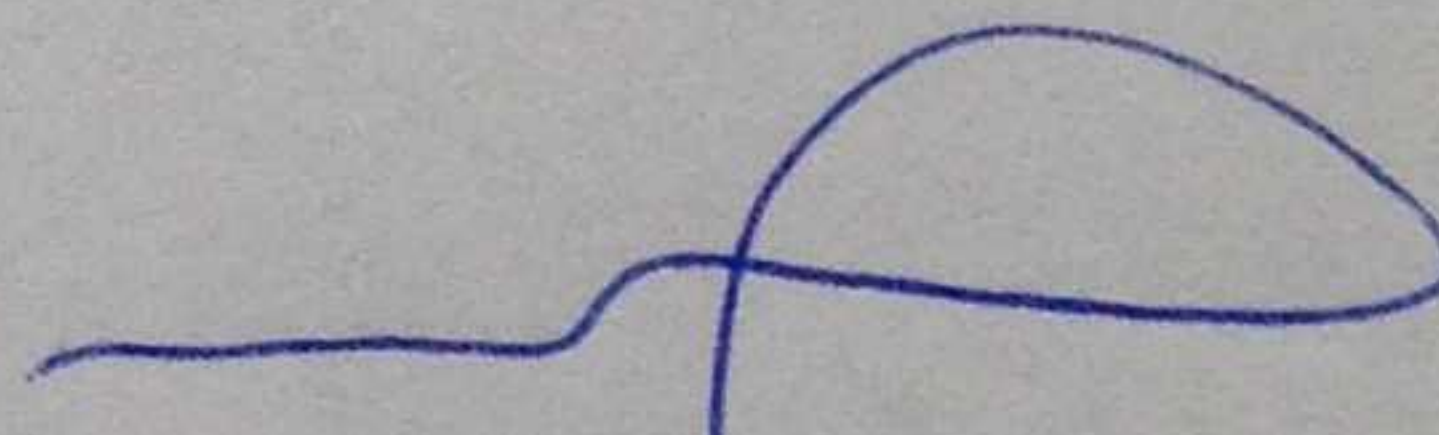
Realizada la evaluación resolvimos: Aprobado por unanimidad.


Rosa Isela Villagómez Bedolla

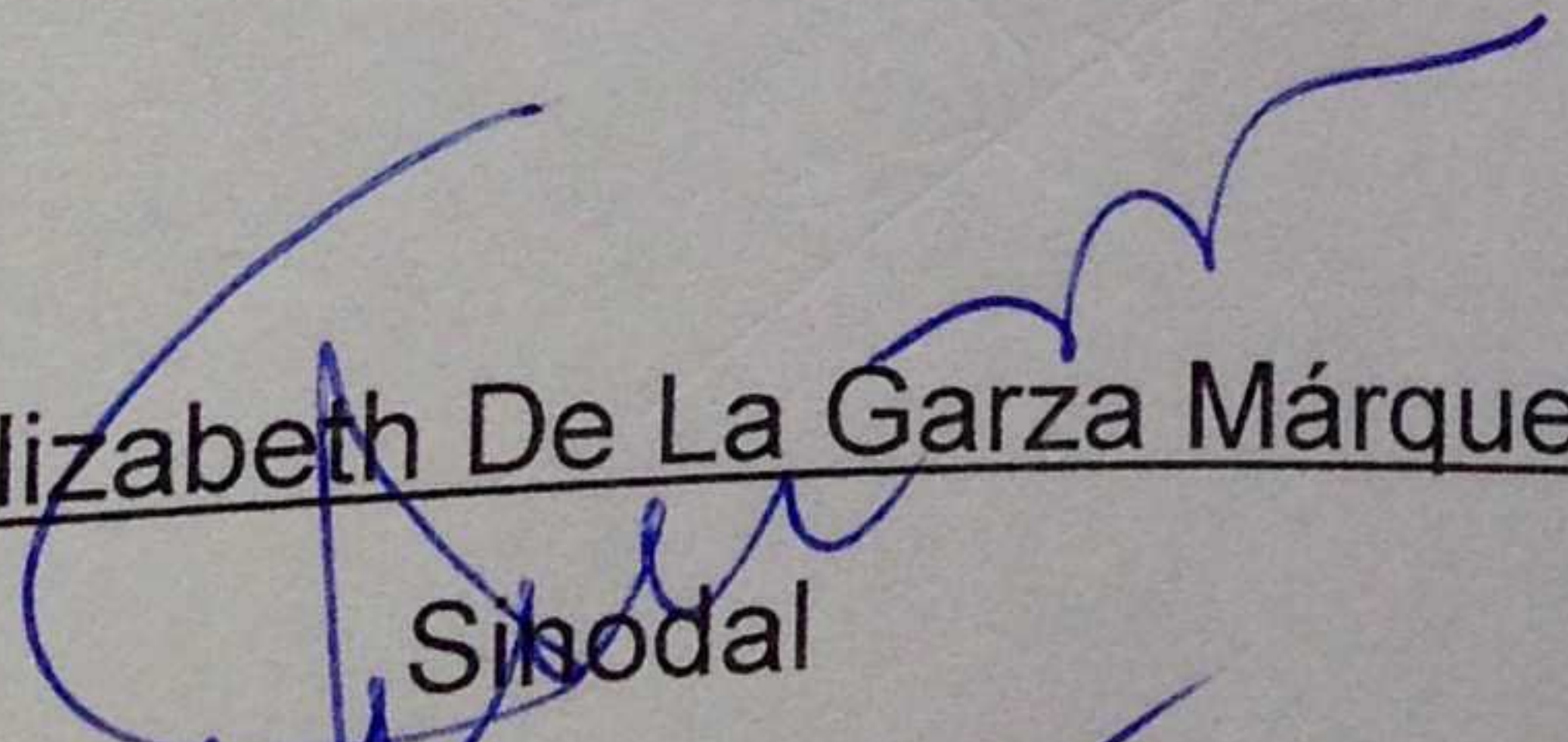
Presidente


Wendy Marleth Córdova Morales

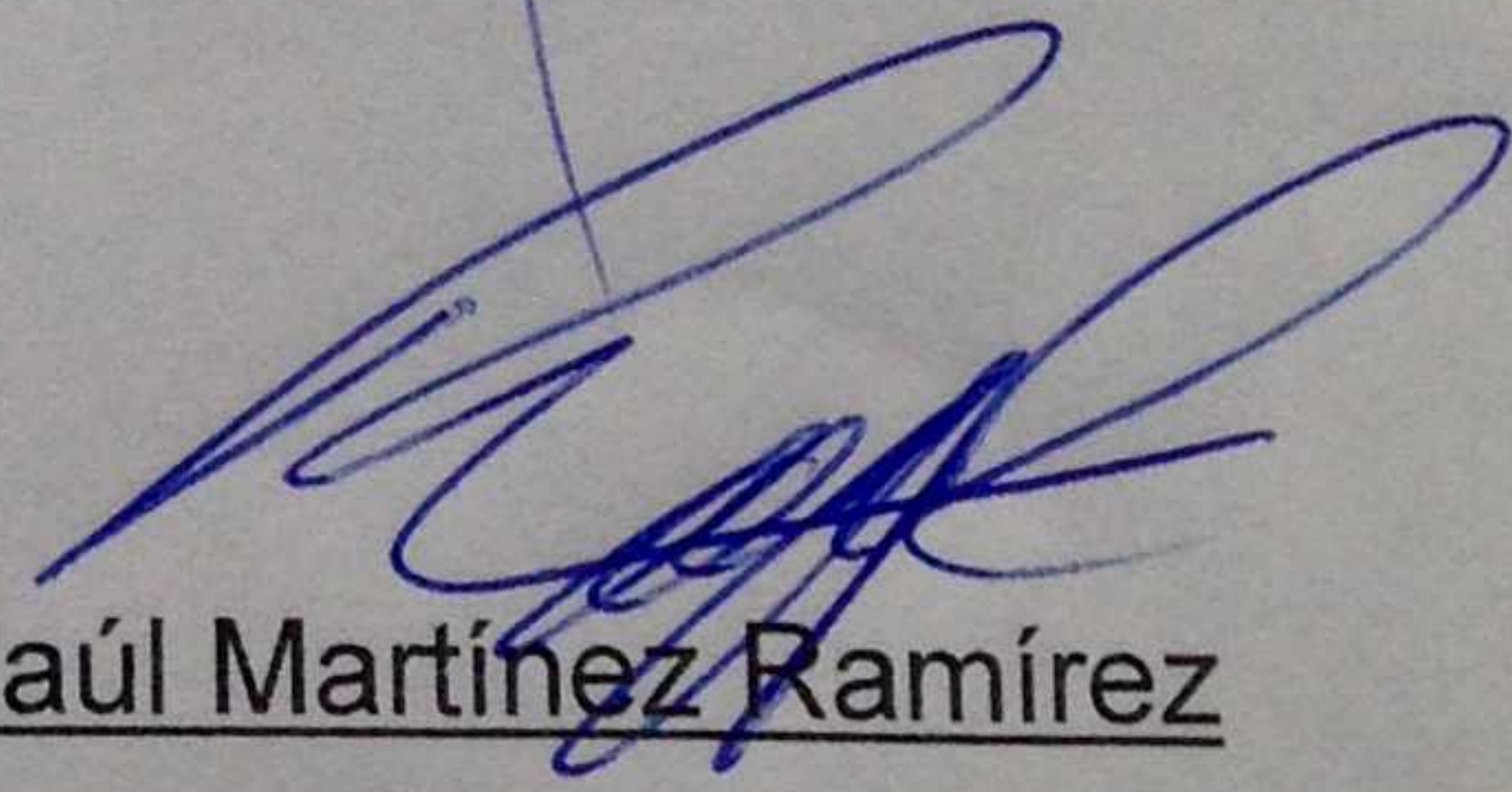
Sinodal


Lilian Valdés Maya

Sinodal


Gloria Elizabeth De La Garza Márquez

Sinodal


Raúl Martínez Ramírez

Secretario



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA
FACULTAD DE MEDICINA, CAMPUS MEXICALI



INSTITUTO DE PSIQUIATRÍA
DEL ESTADO DE BAJA CALIFORNIA

**VALIDACIÓN AL ESPAÑOL DE LA ESCALA PARA LA
AUTIOEFICACIA EN LA EVITACIÓN DE DROGAS**

**Tesis sobre Validación al Español de la Escala para la
Autoeficacia en la Evitación de Drogas como requisito para
obtener el título de Psiquiatra General**

PRESENTA:

Yojana Irlanda Espinoza Gutiérrez

ASESOR:

Rosa Isela Villagómez Bedolla

Mexicali, Baja California

Junio del 2017.

INDICE DE CONTENIDO

1.- INTRODUCCIÓN.....	3
2.- ANTECEDENTES.....	6
3.- MARCO TEÓRICO.....	9
3.1 CONFIABILIDAD Y VALIDEZ DE INSTRUMENTOS DE VALIDACIÓN.....	9
3.2 TRASTORNOS ADICTIVOS Y RELACIONADOS CON SUSTANCIAS.....	14
3.3 NEUROPSICOLOGÍA Y DROGODEPENDENCIA.....	22
3.4 EL CONCEPTO DE AUTOEFICACIA Y SU PAPEL EN LAS ADICCIONES.....	28
3.5 COMPORTAMIENTOS ADICTIVOS Y CAMBIO DE CONDUCTAS.....	36
4.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	43
5.- JUSTIFICACIÓN.....	45
6.- OBJETIVOS.....	48
6.1 OBJETIVO GENERAL.....	48
6.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	48
7.- METODOLOGÍA.....	49
7.1 DISEÑO DEL ESTUDIO.....	49
7.2 FUENTES PARA LA OBTENCIÓN DE PACIENTES.....	49
7.3 TIPO DE MUESTREO Y TAMAÑO DE MUESTRA.....	49
7.4 INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS.....	52
7.5 CRITERIOS.....	53
7.6 DEFINICIÓN DE VARIABLES.....	53

8.- PLAN DE ANÁLISIS.....	56
9.- RESULTADOS.....	57
10.- CONCLUSIONES.....	67
11.- BIBLIOGRAFÍA.....	69
12.- ANEXOS.....	73

1. INTRODUCCIÓN

Hoy en la actualidad existe una alta demanda de atención por parte del paciente consumidor de drogas; representa un problema de suma importancia para la salud pública por sus múltiples características, desde los riesgos a la salud que conlleva, la disfunción social y los altos costos que implican los diversos tratamientos del paciente.

El abuso de drogas es un problema especialmente complejo, ya que al ser modulado por factores de muy diversa índole, se dificulta su manejo y sobre todo rehabilitación. La comprensión de este problema requiere de un abordaje multidisciplinario, en especial de la genética, neurociencia, psicología y sociología (Vaughn, Beaver, DeLisi, Perron y Schelbe, 2009).

Definiremos a las drogas como sustancias que interfieren en el funcionamiento del sistema nervioso central (SNC), siendo su consumo un problema cuando la relación individuo-producto se hace extremadamente intensa, interfiriendo en la vida cotidiana de la persona, tanto en las relaciones existentes como en el establecimiento de nuevas relaciones, con pérdida de libertad y una alteración de la jerarquía de las prioridades de la persona que está usando/abusando de las drogas (Miguel, N., 2006).

El proceso de superar el abuso y dependencia a las drogas no es fácil, la mayoría de las veces se acompaña de síntomas de privación y sufrimiento emocional. Las personas que no son capaces de superar el malestar, tanto psicológico como físico, asociado a la abstinencia están en mayor riesgo de continuar de dichas sustancias (Daughters, Lejuez, Kahler, Strong y Brown, 2005).

La comunidad científica reconoce, cada vez más, que la dependencia a las drogas es una enfermedad crónica que requiere de atención y seguimiento a largo plazo (Hser et al., 2008).

Las intervenciones centradas en la abstinencia pueden ser efectivas para cierto grupo de personas, en cambio para otras, debido a la frecuencia de recaídas y rechazo a los tratamientos, los sistemas de salud han desarrollado diferentes operaciones para reducir riesgos, tanto inmediatos como a largo plazo, para los consumidores de drogas (MacCoun, 1998). Ejemplos de estas operaciones son la distribución de jeringas estériles, la educación al paciente sobre el cambio de área de aplicación de la droga, prescripción de sustitutos opiáceos, asesorías sobre enfermedades de transmisión sanguínea, etc (Broadhead, Kerr, Grund y Altice, 2002; Hurley, Jolley y Kalor, 1997; Ling, Huber y Rawson, 2001).

De los muchos factores ambientales y psicológicos que influyen en la rehabilitación de la drogodependencia, uno de los más importantes es la autoeficacia, es decir, el nivel de confianza que los consumidores tienen en sus propias capacidades para adoptar comportamientos destinados a mantener la abstinencia al consumo de drogas (Bandura, 1995, 1999).

Los individuos que intentan modificar estos comportamientos adictivos pasan a través de una serie de etapas. Diversas líneas de investigación apoyan las teorías sobre las mencionadas etapas de cambio (Prochaska, DiClemente, 1992), sobre todo las principales propuestas por los autores, las cuales son la precontemplación, contemplación, acción y mantenimiento, de las cuales se hablará de forma más detallada en el transcurso de esta investigación.

El desarrollo de instrumentos adecuados para el estudio y medición objetiva del paciente adicto, es cada vez más importante, puesto que debe permitir al investigador entender mejor el constructo evaluado y aumentar la eficacia de la intervención, siendo la drogodependencia una de las áreas que presentan carencias en ese aspecto (Lopes, Prieto, Delgado, Gamito y Trigo, 2010).

Con el presente trabajo, se intentará contribuir a una mejor comprensión de la importancia de la autoeficacia en la adicción a las drogas, validando en español la escala propuesta por Martin, Wilkinson y Poulos en 1995 para medir la autoeficacia del paciente en cuanto a la evitación al consumo de drogas.

2. ANTECEDENTES

La importancia de la drogodependencia en el mundo se pone de manifiesto en el Informe Mundial sobre las Drogas 2014, de la Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito (UNODC), en donde se calculó en el año 2012, que entre 162 y 324 millones de personas, es decir, del 3.5 al 7% de la población de entre 15 y 64 años, consumieron por lo menos una vez alguna droga ilícita. En ese mismo año, se informó de un total de 183, 000 muertes relacionadas al consumo de drogas, lo cual corresponde a una tasa de mortalidad de 40.0 muertes por millón de habitantes en el rango de edad mencionado (UNDOC, 2014).

Con respecto a las drogas intravenosas, la UNDOC, en conjunto con la OMS estiman que existen 12.7 millones de personas consumidoras de este tipo de drogas y lo cual corresponde a una prevalencia de 0.27% de la población de entre 15 y 64 años de edad. El problema es especialmente grave en Europa oriental y sudoriental, en donde la tasa de consumo de drogas intravenosas es 4.6 veces mayor al promedio mundial (UNDOC, 2014).

En México, el panorama epidemiológico es también alarmante. En la última Encuesta Nacional de Adicciones, realizada en 2011 y desarrollada por la Comisión Nacional Contra las Adicciones (CNCA) y la Secretaría de Salud (SSA), se señala que los resultados de los diferentes estudios recientes muestran incrementos significativo en el uso de drogas ilegales, especialmente en el uso de marihuana (ENA, 2011).

Con respecto a las metanfetaminas, su consumo se reportó por primera vez en los noventas y en su consumo se observan incrementos significativos (ENA, 2011).

Asimismo, centros de atención a usuarios han reportado un incremento en el consumo de heroína intravenosa así como el consumo de alcohol en la población joven. Por otra parte, el abuso de drogas de prescripción médica ha disminuido al igual que el consumo de tabaco (ENA, 2011). Cabe mencionar que la tolerancia social en cuanto al alcohol y tabaco se ha mantenido alta, es decir, su consumo sigue siendo socialmente aceptado (Villatorio et al, 2011).

Los resultados nacionales para la población general de entre 12 y 65 años, concluyen, respecto al consumo de cualquier droga en el último año, que la prevalencia pasó de 1.6% a 1.8%, aumento estadísticamente no significativo. El consumo de drogas ilegales se mantuvo en una prevalencia de 1.5% (ENA, 2011).

Con respecto a las drogas específicas, la marihuana se mantiene como la droga de mayor consumo, con una prevalencia del 1.2%, el aumento significativo se observó en los hombres, en quienes la prevalencia aumento del 1.7% al 2.2%, del 2008 a 2011. La siguiente droga de mayor prevalencia es la cocaína con un 0.5%. El consumo en el último año de las demás drogas sigue siendo mínimo con un 0.2% en la población general (ENA, 2011).

Al precisar la información de prevalencias por sexo, se observa una tendencia al incremento en los hombres, que pasa del 2.5% al 3.0%, en mujeres se mantiene en 0.7% (ENA, 2011).

En cuanto a las variaciones en edad de inicio del consumo de drogas, el promedio es de 18.8 años, los hombres se inician casi dos años antes que las mujeres (ENA, 2011).

Al analizar la demografía, se concluye que la región norte tiene las prevalencias más altas del consumo de cualquier droga con un 2.8% y de cualquier otra droga ilegal con un 2.3%. Las regiones centro y sur se mantienen en prevalencias de 1.7% y 1.2%, respectivamente. Igualmente se señala a la región norte como la zona con mayor prevalencia de dependencia a las drogas (ENA, 2011).

En 2011, se reportó que un 64.1% de hombres y un 70% de mujeres refirieron haber estado expuestos a algún programa de rehabilitación, principalmente en escuelas. Aquellos que han recibido prevención reportan también un menor consumo de drogas (ENA, 2011).

Los datos muestran que una de cada cinco personas dependientes a las drogas ha asistido a rehabilitación en el último año, con un porcentaje de tratamiento completo en un tercio de esta población. En relación al tipo de ayuda, entre los hombres destaca los grupos de autoayuda o ayuda mutua, seguidos por psiquiatras y de estos, psicólogos (ENA, 2011).

Los datos muestran la necesidad de reforzar las acciones desarrolladas para reducir la demanda de drogas, si bien el consumo general se ha estabilizado, es importante ampliar la política de prevención y tratamiento, así como dirigir más acciones hacia la población joven adulta.

3. MARCO TEÓRICO

3.1 CONFIABILIDAD Y VALIDEZ DE INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN

Getting citado por Méndez (2001), define la validez como el grado en que una prueba mide lo que se propone medir. Es decir, establecer la validez de una prueba implica descubrir lo que una prueba mide. La validez del instrumento está relacionada directamente con el objetivo del instrumento; según la manera como sea evaluada, hay varios tipos de validez como: validez de contenido, validez de criterio y validez de constructo (Hurtado 2000). El diseño de un instrumento de recolección de datos, exige dentro de las ciencias sociales el cumplimiento de dos condiciones a través de las cuales se garantice la pertinencia, coherencia y consistencia de los datos. El primer requisito al cual se hace referencia, está referido a la validez del instrumento, definida como “la eficiencia con que un instrumento mide lo que se pretende medir” (Sampieri, 2006). Un instrumento es válido, cuando mide aquello a lo cual está destinado (Bernal, 2000). De igual forma, se refiere al grado en que un instrumento mide la variable que pretende evaluar.

Validez de Contenido

Este tipo de validez no se expresa en resultados cuantitativos, ya que es una cuestión de juicio (Pelekais, 2007). El procedimiento frecuente se conoce como el Juicio de Expertos: Selección de expertos; Entrega de formato de información a validar; se recoge y analiza cada una de las informaciones aportadas por el experto, buscando las semejanzas y discrepancias, entre el total de expertos, con el fin de reformular el instrumento para proceder a validarlo.

Validez de Constructos

Este tipo de validez, según expresa Hernández y otros (2007) se refiere al grado en que una medición se relaciona de manera consistente con otras mediciones de acuerdo con hipótesis derivadas teóricamente y que concierne a los conceptos que se están midiendo. En consecuencia la validez constructo incluye tres etapas: Se establece y especifica la relación teórica entre los conceptos. Se correlacionan ambos conceptos y se analiza cuidadosamente la correlación. Se interpreta la evidencia empírica de acuerdo con el nivel en que clarifica la validez de constructo de una medición en particular.

Es de aclarar la necesidad de los diseños experimentales de tener validez, en una investigación de este tipo se refiere al grado en que los datos corresponden a los efectos de la variable independiente sobre la dependiente y no al efecto de variables extrañas o al efecto reactivo de los procedimientos experimentales. Los principios básicos del diseño de experimentos son aleatorización, repetición y bloqueo, los cuales tienen que ver directamente con lo que los datos obtenidos sean útiles para responder a las preguntas planteadas, es decir, la validez del análisis de los datos se apoya fuertemente en estos principios.

La Aleatorización consiste en hacer corridas experimentales en orden aleatorio y con material seleccionado también aleatoriamente; la Repetición, es correr el experimento más de una vez en un tratamiento dado. Las repeticiones permiten distinguir mejor que parte de la variabilidad total de los datos se deben al error aleatorio y cuál a los factores y Bloquear es controlar en forma adecuada a todos los factores que puedan afectar la respuesta observada de allí la necesidad de someter a contrastación cada una de las técnicas para comprobar su validez y confiabilidad.

El investigador debe establecer si los procedimientos lograrán captar efectivamente al problema investigado en toda su complejidad, y determinar la confiabilidad de los procedimientos, es decir determinar si la investigación ya está repetida o puede ser repetida por otros investigadores con el fin de determinar si los resultados de la investigación son muy similares a otras investigaciones.

En ese orden, toda investigación de tipo experimental debe dar a conocer sus métodos, técnicas e instrumentos normalizados para que sean viables y confiables ante la comunidad científica, el aplicar un diseño experimental pertinente a los objetivos planteados en la investigación le da credibilidad y permite su contrastación con otros estudios desde sus resultados.

La confiabilidad de un instrumento de medición, se refiere al grado en que su aplicación repetida al mismo sujeto u objeto, produce iguales resultados. De igual forma, la confiabilidad es grado a través del cual se obtienen resultados similares en distintas aplicaciones, es decir, es el grado de congruencia a través del cual se realiza la medición de una variable (Chávez, 2000). Por su parte, Rodríguez y Pineda (2003) expresan, que el proceso da cuenta de la capacidad del instrumento de registrar los mismos resultados en distintas ocasiones, bajo las mismas condiciones y sobre la misma selección muestral.

En pocas palabras, se define la confiabilidad de un instrumento como el grado en que la aplicación repetida del instrumento a las mismas unidades de estudio, en idénticas condiciones, produce iguales resultados (Hurtado, 2000). Dando por hecho que el evento medido no ha cambiado; en resumen La confiabilidad se refiere a la consistencia con la que un experimento da los mismos resultados cuando se repite. Repetir un experimento hace más sencillo observar si es confiable porque hay más puntos de datos que comparar. Un experimento no

confiable puede parecer confiable si sucede que da resultados consistentes las primeras dos o tres veces, pero con mayor repetición su poca confiabilidad se vuelve evidente. La validez se refiere al grado en el que esos resultados se confrontan con la realidad.

Proceso de validación

El método que más se utiliza para estimar la validez de contenido es el denominado Juicio de Expertos, el cual consiste en seleccionar un número impar (3 o 5) de jueces (personas expertas o muy conocedoras del problema o asunto que se investiga), quienes tienen la labor de leer, evaluar y corregir cada uno de los ítems del instrumento so pretexto de que los mismos se adecuen directamente con cada uno de los objetivos de la investigación propuestos.

Se consideran expertos o jueces aquellos sujetos que reúnan las siguientes consideraciones:

- a) Formación académica en el área y rama del quehacer científico al que diera lugar;
- b) Comprobada trayectoria experiencial de investigaciones realizadas en institutos y centros destinados para fines bien definidos;
- c) Desarrollo de una línea (o líneas) de investigación relacionada a intereses académicos;
- d) Poseer una amplia concepción epistemológica de la ciencia y de la investigación;
- e) Demostrar pleno dominio de la lengua castellana, pues la sintaxis, la semántica y la sindéresis son aspectos determinantes para dar forma interna y externa al instrumento.

Tomando como base estas características que se consideran las más deseables que debe tener un experto encargado de validar los instrumentos de recolección de datos, se hace saber que la validez de contenido permite al sujeto investigador lograr la aprehensión lo más objetiva posible de la esencia de los hechos y fenómenos que estudia, es decir, se establece un perfecto relacionamiento entre los propósitos de la investigación y el alcance en el campo real donde se experimentan los acontecimientos.

Una vez que se diseña el instrumento de recolección de datos a partir del desglosamiento de los objetivos específicos en su factor, definición, dimensiones e indicadores, el producto materializado en dicha herramienta se corresponde con lo que muy bien puede llamarse una primera versión, pues como se ha especificado antes debe procederse con la “calibración” donde el juicio de experto se corresponde con una de ellas.

En manos del experto, la primera versión del instrumento sufrirá cambios superficiales o profundos, los cuales son importantes que sean considerados por el investigador so pretexto de que el instrumento de recolección de datos alcance la configuración y calidad deseada. Dichos cambios pueden ser de índole de contenido, de redacción-semántica, sindéresis, correspondencia con los objetivos planteados, pertinencia con el tipo de investigación, relación estrecha con una realidad concreta.

Para proceder a la validación por juicio de expertos, es importante tener a la mano un instrumento / formato diseñado exclusivamente para servir de guía operativa a los especialistas, quienes lo emplearán para evaluar y valorar la primera versión del instrumento de recolección de datos.

3.2 TRASTORNOS ADICTIVOS Y RELACIONADOS CON SUSTANCIAS

Trastornos por consumo de sustancias

Los trastornos relacionados con sustancias engloban 10 clases diferentes de drogas: alcohol, tabaco, cannabis, alucinógenos, inhalantes, opiáceos, sedantes, hipnóticos y ansiolíticos, estimulantes, cafeína y otras sustancias. Todas las drogas que se consumen en excesos producen una activación directa general del sistema de recompensa cerebral, que está implicado en el esfuerzo compartamental y la producción de recuerdos (DSM 5, 2014). Esta activación del sistema de recompensa es tan intensa, que incluso se descuidan las actividades normales. En vez de obtener dicha estimulación a través de comportamientos adaptativos, las drogas de abuso activan directamente las vías de recompensa.

Los mecanismos farmacológicos por los que cada clase de drogas produce la recompensa son diferentes, aunque generalmente producen sentimientos de placer. A sí mismo, los individuos con menores niveles de autocontrol, que reflejan disfunciones en los mecanismos de inhibición cerebral, están más predispuestos a desarrollar trastornos por consumo de sustancias, lo que sugiere que, en algunas personas, se pueden evidenciar las raíces de estos trastornos a través de comportamientos que se instauran con bastante anterioridad al propio consumo de la sustancia (DSM 5, 2014).

Los trastornos relacionados con sustancias se dividen en dos grupos: trastornos por consumo de sustancias, y trastornos inducidos por sustancias (intoxicación, abstinencia y otros trastornos mentales).

La característica esencial del trastorno por consumo de sustancias es la asociación de síntomas cognitivos, comportamentales y fisiológicos que indican que la persona continúa consumiendo la sustancia a pesar de los problemas significativos relacionados con dicha sustancia.

Una particularidad importante del trastorno por consumo de sustancias es el cambio subyacente en los circuitos cerebrales que persiste tras la desintoxicación y que acontece especialmente en las personas con trastornos graves. Los efectos comportamentales de estos cambios cerebrales se muestran en las recaídas y en el deseo intenso de consumo cuando la persona se expone a estímulos relacionados con la droga (DSM 5, 2014).

Globalmente, el diagnóstico de trastorno por consumo de sustancias se basa en un patrón patológico de comportamientos relacionados con el consumo de sustancias. Los criterios diagnósticos se muestran a continuación:

1. La persona consume grandes cantidades de sustancia, o lo hace durante un tiempo más prolongado del previsto.
2. La persona manifiesta deseos insistentes de dejar o de regular su consumo y relata múltiples esfuerzos fallidos por disminuir o abandonar este.
3. La persona invierte una gran parte de su tiempo intentando conseguir la sustancia, consumiéndola o recuperándose de sus efectos.
4. En los casos más graves, es posible que las actividades diarias de la persona giren en torno a la sustancia.
5. Deseo intenso de consumo, manifestado por ansiedad o urgencia en cualquier momento, sobre todo en ambientes en donde la persona ha consumido o conseguido la sustancia.

6. El consumo recurrente de sustancias puede conllevar el incumplimiento de los deberes fundamentales en los ámbitos académico, laboral o doméstico.
7. La persona podría seguir consumiendo a pesar de tener problemas recurrentes, incluso en aquellas situaciones en las que ésta provoca un riesgo físico.
8. La persona consume de forma continuada a pesar de saber que padece un problema físico o psicológico recurrente o persistente que probablemente se puede originar o exacerbar por dicho consumo.
9. Hay presencia de tolerancia, mejor definida como el aumento significativo de las dosis de la sustancia para conseguir los efectos deseados, o como una reducción notable del efecto cuando se consumen las dosis habituales.
10. Ha presentado abstinencia, definida como un síndrome que ocurre cuando disminuyen las concentraciones de la sustancia en la sangre o los tejidos de una persona que ha sido gran consumidora de manera prolongada.

Cabe señalar que el grado en que se desarrolla la tolerancia varía en cada persona, además de para cada sustancia, e incluye una diversidad de efectos sobre el SNC. Los síntomas en la abstinencia difieren enormemente según la clase de sustancia, por lo que se han descrito conjuntos diferentes de criterios para cada droga (DSM 5, 2014).

Trastornos inducidos por sustancias

La categoría general de trastornos inducidos por sustancias incluye la intoxicación, la abstinencia, y otros trastornos mentales inducidos por sustancias o medicamentos.

La intoxicación se caracteriza por un síndrome específico y reversible debido a la ingesta reciente de la sustancia. Los cambios significativos problemáticos a nivel comportamental o psicológico, asociados a la intoxicación, se atribuyen a los efectos fisiológicos de la sustancia sobre el SNC, los cuales se desarrollan durante o al poco tiempo del consumo.

Los cambios más frecuentes en la intoxicación conllevan alteraciones de la percepción, la vigilia, la atención, el pensamiento, el razonamiento, la conducta motora y el comportamiento interpersonal.

Los criterios de abstinencia a una sustancia se incluyen en secciones específicas según el tipo de sustancia consumida. La característica esencial es el desarrollo de cambios significativos y problemáticos comportamentales, junto con cambios fisiológicos y cognitivos debidos al cese o a la reducción del consumo prolongado y frecuente de la sustancia. El síndrome específico produce malestar o un deterioro clínicamente significativo en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento (DSM 5, 2014). La abstinencia suele estar, aunque no siempre, asociada a un trastorno por consumo de sustancias, y la mayoría de las personas con abstinencia tienen una necesidad intensa de volver a administrarse la sustancia para reducir los síntomas.

Las vías de administración que producen una absorción en el torrente sanguíneo de una manera más rápida y eficiente, tienden a desembocar en una intoxicación más intensa y con mayor probabilidad de producir un patrón de escalada de consumo de la sustancia para la que aparece la abstinencia.

Las sustancias con una acción relativamente corta suelen conllevar un alto potencial de desarrollo de abstinencia en comparación con aquellas de acción prolongada.

Los análisis de laboratorio en muestras de sangre y orina pueden ayudar a determinar el consumo reciente y la sustancia específica implicada. Sin embargo, un resultado positivo en una prueba de laboratorio no indica por sí mismo que la persona presente un patrón de consumo de sustancia que reúna criterios diagnósticos de algún trastorno por consumo de sustancias o inducido. Un resultado negativo tampoco descarta el diagnóstico (DSM 5, 2014).

Las personas con edades comprendidas entre los 18 y 24 años presentan unas tasas relativamente elevadas de consumo de prácticamente todas las sustancias. La intoxicación suele ser el primer trastorno relacionado con el consumo de sustancias y frecuentemente comienza en la adolescencia. La abstinencia puede aparecer a cualquier edad siempre y cuando se haya consumido la droga principal en una dosis suficiente y durante un tiempo prolongado.

Trastorno mentales inducidos por sustancias

Los trastornos mentales inducidos por sustancias o medicamentos son síndromes potencialmente graves y frecuentemente temporales, aunque algunas veces son persistentes, que se desarrollan como consecuencias de los efectos del abuso de sustancias, de medicamentos o de algunas toxinas. Se diferencian del trastorno por consumo de sustancias en que un grupo de síntomas cognitivos, comportamentales y fisiológicos contribuyen al consumo continuado a pesar de los problemas significativos relacionados con la sustancia (DSM 5, 2014). Este tipo de trastornos pueden aparecer en cualquiera de las 10 clases de sustancias que

producen un trastorno por consumo, o en una gran diversidad de medicamentos empleados en tratamientos médicos. Todos los trastornos mentales inducidos por sustancias o medicamentos comparten ciertas características, es importante reconocer estos aspectos comunes para conseguir detectar estos trastornos. Estas características se describen a continuación:

- A. La alteración se presenta en forma de síntomas clínicamente significativos asociados a un trastorno mental relevante.
- B. Existen pruebas a partir de la historia clínica, la exploración física o los resultados de laboratorio de estos dos aspectos:
 - 1. Los síntomas se han desarrollado durante o en el primer mes tras la intoxicación o abstinencia de la sustancia o la administración del medicamento; y
 - 2. La sustancia o medicamento implicado puede producir ese trastorno mental.
- C. La alteración no se explica mejor por un trastorno mental independiente (que no sea inducido por sustancias o medicamentos). La evidencia de que existe un trastorno mental independiente puede conllevar lo siguiente:
 - 1. La alteración antecede al inicio de la intoxicación o abstinencia agudas o a la exposición al medicamento; o
 - 2. El trastorno mental completo persiste durante un tiempo considerable (al menos un mes) tras el cese de la intoxicación o abstinencia aguda de la administración de la medicación. Este criterio no se aplica a los trastornos neurocognitivos inducidos o a los trastornos perceptivos por alucinógenos, que persisten más allá del cese de la intoxicación o abstinencia agudas.
- D. El trastorno no aparece exclusivamente durante el transcurso de un delirium.
- E. La alteración o malestar produce malestar clínicamente significativo en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

Es posible establecer algunas generalidades con respecto a las categorías de las sustancias capaces de producir trastornos inducidos que se destaquen clínicamente. En general, las drogas más sedativas (sedantes, hipnóticos, ansiolíticos o alcohol) pueden causar trastornos depresivos importantes y clínicamente significativos durante la intoxicación, mientras que durante los síndromes de abstinencia de estas sustancias se suelen observar alteraciones ansiosas. Así mismo, durante la intoxicación, las sustancias más estimulantes (anfetaminas y cocaína) suelen asociarse a trastornos psicóticos y de ansiedad inducidos, mientras que los episodios depresivos mayores inducidos suelen aparecer durante la abstinencia. Por otra parte, es probable que tanto las drogas sedativas como las estimulantes produzcan alteraciones del sueño y sexuales significativas aunque temporales (DMS 5, 2014).

Las afecciones inducidas por medicamentos incluyen aquellas reacciones que son frecuentemente idiosincráticas del SNC o los casos extremos de efectos secundarios de una diversidad de medicamentos que se administran para los diferentes problemas médicos. Estas reacciones abarcan las complicaciones neurocognitivas de los anestésicos, antihistamínicos y antihipertensivos, y de una diversidad de medicamentos y toxinas (organofosfatos, insecticidas, monóxido de carbono, etc.).

En general, para realizar un diagnóstico de trastorno mental inducido por sustancias o medicamentos debe existir evidencia de que el trastorno no se puede explicar mejor por un trastorno mental independiente. Este último es más probable que aparezca si ya existía un trastorno mental antes de la intoxicación o abstinencia aguda, o antes de la administración de la medicación, o a excepción de los trastornos persistentes inducidos por algunas sustancias, si este continúa existiendo más de un mes después de cesar la abstinencia aguda, la intoxicación grave o la administración de medicamentos (DSM 5, 2014).

Existen algunas excepciones a la temporalidad de estos trastornos inducidos, que tienen lugar en los trastornos inducidos de larga duración: los trastornos neurocognitivos inducidos que se asocian a afecciones como el trastorno neurocognitivo inducido por el alcohol, por inhalantes, por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, y el trastorno perceptivo persistente por alucinógenos. No obstante, la mayoría de los trastorno mentales inducidos, independientemente de la gravedad de los síntomas, suelen mejorar rápidamente tras la abstinencia y, en general, no persisten de una manera clínicamente destacada más de un mes después de cesar el consumo.

3.3 NEUROPSICOLOGÍA Y DROGODEPENDENCIA

El abuso de drogas es un problema especialmente complejo, ya que está modulado por factores de muy diversa índole y se relaciona con la presencia de problemas médicos, familiares, sociales, laborales, económicos y psicológicos asociados a su uso. Hasta la actualidad, se ha venido desarrollando un sólido marco teórico y empírico sobre las conductas adictivas y su tratamiento, instrumentos de evaluación cada vez más específicos, e intervenciones cada vez más eficaces, a pesar de esto, aún quedan muchas cuestiones abiertas tanto para explicar su desarrollo como, sobre todo, para avanzar en el tratamiento eficaz del mismo.

Durante el estudio de dicha patología, se han explorado los efectos que puede causar el consumo de distintas drogas a nivel cerebral, se han investigado el papel de las alteraciones neuropsicológicas como un factor de vulnerabilidad o como consecuencia directa y mantenedora del consumo de drogas, así como la influencia de las alteraciones neuropsicológicas sobre la evaluación, prevención y éxito en el tratamiento.

A continuación se describen los trastornos por consumo de sustancias desde una perspectiva neuropsicológica.

Drogodependencia desde la perspectiva neuropsicológica

La adicción a drogas se caracteriza por un consumo abusivo y continuo de sustancias a pesar de las consecuencias negativas que provoca en el individuo, y una aparente pérdida de control sobre la conducta. Las personas con drogodependencia continúan consumiendo las sustancias a pesar de tener

conciencia de los problemas que aparecen causados por su consumo, y además, presentan un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo (DMS IV-TR).

El comportamiento normal depende de un sistema complejo de mensajes químicos entre neuronas del cerebro. Cada neurona se comunica químicamente con la siguiente mediante neurotransmisores (serotonina, dopamina, noradrenalina, etc.). Las drogas psicoactivas ejercen sus efectos aumentando o disminuyendo la actividad de estos neurotransmisores, por eso el entendimiento básico del SNC y de la actividad neuronal es esencial para la comprensión de la drogodependencia (Parrot, Morinan, Moss y Scholey, 2004).

Desde el punto de vista neuropsicológico, se sugieren posibles alteraciones en los mecanismos reguladores de la toma de decisiones y del control inhibitorio, apuntando específicamente, a alteraciones en el funcionamiento del lóbulo frontal y las funciones cognitivas asociadas (Yucel y Lubman, 2007).

Se postula la teoría de que el consumo de drogas desencadena cambios neuropsicológicos y neuroanatómicos que a su vez producen una neuroadaptación funcional en las funciones cognitivas, conductuales y emocionales que influyen finalmente en el funcionamiento psicosocial diario y calidad de vida de las personas dependientes de sustancias. Estas funciones alteradas tienen que ver con la capacidad de atención, concentración, integración, procesamiento de la información y ejecución de planes de acción (García, García y Secades, 2011).

Por un lado, los modelos clásicos han enfatizado el poder reforzante a corto plazo de las sustancias y el papel de la tolerancia, dependencia y evitación del

síndrome de abstinencia en el mantenimiento del consumo a largo plazo (Koob y LeMoal, 2011). Por otro lado, las alteraciones que producen las drogas en los sistemas que regulan el aprendizaje y la memoria, influyen en las estructuras que regulan el condicionamiento clásico y el aprendizaje de hábitos, facilitando que el consumo de drogas se desencadene automáticamente a partir de la exposición a señales asociadas a las drogas (Everitt, Dickinson y Robbins, 2001). En tercer lugar, el sistema motivacional y la sensibilización del sistema de recompensa cerebral se altera, de modo que el valor motivacional de la droga se vuelve mayor que el de cualquier otro reforzador natural y se vuelve fijo, dejando de estar en función de las necesidades del organismo (Robinson y Berridge, 2000).

Las funciones ejecutivas constituyen un conjunto de habilidades superiores de organización e integración que se han asociado neuroanatómicamente a diferentes circuitos neurales que convergen en los lóbulos prefrontales del córtex. Están implicadas en la anticipación y el establecimiento de metas, diseño de planes, inhibición de respuestas inapropiadas, la adecuada selección de conductas y su organización en el espacio y tiempo, la flexibilidad cognitiva en la monitorización de estrategias, la supervisión de conductas en función de estados motivacionales y afectivos, y la toma de decisiones (Verdejo-García, López-Torrecillas, Orózcó y Pérez-García, 2004).

Se han descrito diferentes circuitos funcionales dentro del córtex prefrontal implicados en estas funciones, como lo muestra la figura 1. Por un lado se encuentra el circuito dorsolateral, relacionado con actividades puramente cognitivas, como la memoria de trabajo, la atención selectiva, la formación de conceptos, etc. Por otros lado se encuentra el circuito ventromedial, asociado con el procesamiento de señales emocionales que guían nuestra toma de decisiones hacia alternativas éticas y prosociales (Struss y Alexander, 2000).

El consumo de drogas se ha asociado con alteraciones en los sistemas frontocorticales responsables de las funciones ejecutivas, llevando a alteraciones en el juicio y promoviendo la impulsividad (Bolla, 2004). Existen teorías neurobiológicas que explican la adicción como resultado del daño y descompensación entre el sistema motivacional y el sistema ejecutivo debido a los efectos de las drogas. Por una parte, el sistema motivacional realiza una evaluación exagerada de las propiedades de las drogas y devalúa el valor de otros reforzadores naturales, por ejemplo la comida, el sexo, las relaciones sociales, etc., y por otra, el sistema ejecutivo no es capaz de inhibir la conducta del consumo de drogas (García, García y Secades, 2011).

En resumen, parece que el consumo crónico de drogas produce alteraciones en circuitos cerebrales implicados en los procesos de recompensa, motivación, aprendizaje y mecanismos implicados en la toma de decisiones, cambios que a su vez, parecen jugar un papel importante en el mantenimiento de la adicción.

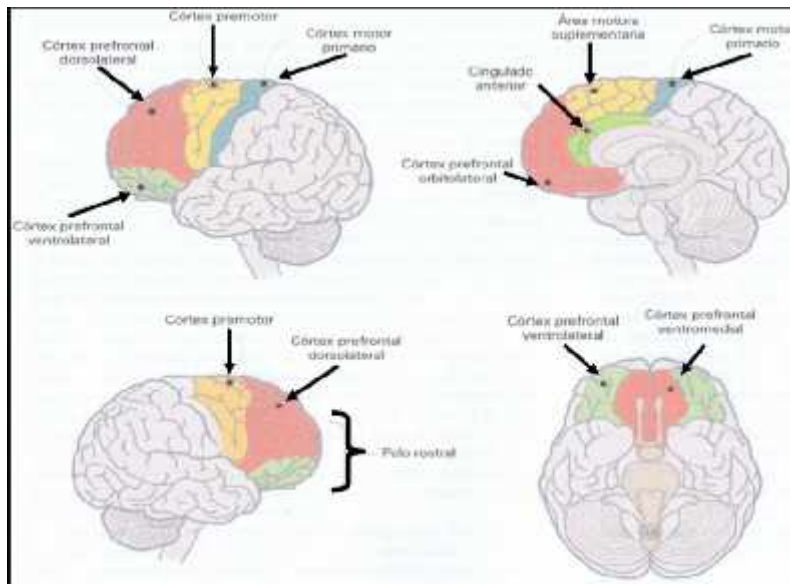


Figura 1. Subregiones del córtex prefrontal (Tirapu-Ustárroz, 2008).

Neuropsicología, psicología clínica y drogodependencia

La evaluación neuropsicológica de las personas que demandan tratamiento por consumo de drogas puede constituir un factor pronóstico importante. El deterioro de las funciones cognitivas se ha asociado, en el contexto de la rehabilitación de los pacientes adictos, a un menor porcentaje de finalización del tratamiento y a un mayor índice de recaídas. La inclusión de la evaluación neuropsicológica como una herramienta adicional en la evaluación pre-tratamiento podría ayudar a detectar a aquellos pacientes con mayor riesgo de abandono o recaída, lo que facilitaría la elección o adecuación del tratamiento a cada caso en particular, así como la identificación de factores de riesgo asociados a un peor pronóstico (García, García y Secades, 2011).

Paradójicamente, los tratamientos de elección en las adicciones utilizan estrategias que requieren de un adecuado funcionamiento de estas funciones ejecutivas. Este aspecto cobra relevancia conforme aumentan las demandas cognitivas de estos programas de tratamiento, teniendo en cuenta que los sujetos drogodependientes pueden tener considerables dificultades para tomar conciencia de su propio déficit, entender y razonar instrucciones complejas, inhibir respuestas impulsivas, planificar sus actividades diarias y tomar decisiones cotidianas (Tirapu, Landa y Lorea, 2003). Algunos autores subrayan cómo estas dificultades pueden llevar a la frustración y abandono prematuro del tratamiento (Aharonovich, Nunes y Hasin, 2003).

En concreto, para atender dichos déficits sería necesario elaborar adaptaciones específicas en las sesiones de evaluación y tratamiento: utilizar distintos soportes o materiales, ajustar la duración o frecuencia de las sesiones, planear un tiempo de descanso, hacer feedback y preguntar con más frecuencia a los pacientes. Se ha sugerido también aumentar el uso de role-playing para

practicar secuencias de conducta alternativas al consumo para facilitar su automatismo.

En la práctica clínica son tres los modelos de intervención los más utilizados para el manejo psicológico de pacientes con drogodependencia; la entrevista motivacional, la prevención de recaídas y el entrenamiento de habilidades. Estos modelos de intervención ayudan a mejorar la toma de decisiones, explorando los pros y contras del consumo de drogas (mejorando el circuito ventromedial), a reducir la probabilidad de recaídas desarrollando habilidades de rechazo a las drogas, y a manejar el craving mejorando el control inhibitorio (circuito dorsolateral) (García, García y Secades, 2011).

3.4 EL CONCEPTO DE AUTOEFICACIA Y SU PAPEL EN LAS ADICCIONES

Definición de autoeficacia

Bandura inicia el estudio de la autoeficacia en la década de los 70's, motivado por la importancia que tiene el pensamiento autorreferente en la conducta de las personas. El conocimiento que tiene cada persona de su capacidad, la estimula o inhibe a realizar una determinada acción. El autor define a la autoeficacia como los juicios de cada persona sobre sus capacidades, en base a los cuales organizará y ejecutará sus actos de modo que le permita alcanzar el rendimiento deseado (Cid, Orellana y Barriga, 2010).

La autoeficacia percibida, en el ámbito de la salud, cobra importancia en la prevención de conductas riesgosas y en la promoción de conductas que van en beneficio de las personas. Se ha observado que los cambios de conducta se realizan en forma activa cuando los profesionales de la salud motivan en las personas su capacidad de iniciarlos. La autoeficacia específica, definida como la creencia sobre el nivel de competencia en situaciones particulares, y en general, que se refiere a la sensación de competencia total de la persona que la habilita para enfrentar nuevas tareas y hacer frente a una gran variedad de situaciones difíciles (Grau, Salanova y Peiru, 2008).

Importancia de la autoeficacia en el consumo de sustancias

Bandura y Locke proporcionaron, en 2003, una revisión de 9 meta análisis que examinaban el papel de la autoeficacia en diversas esferas del funcionamiento comportamental. La autoeficacia mostró ser un fuerte predictor en la aparición de conductas de afrontamiento, nivel de desempeño y perseverancia en la resolución de problemas. Concluyeron que la autoeficacia es necesaria para

movilizar y mantener conductas de afrontamiento, notaron también que la autoeficacia puede afectar ciertas acciones, independientemente de conductas pasadas, así como haber identificado a la autoeficacia percibida como un mejor predictor en comparación a conductas pasadas (Kadden, 2011).

Numerosos estudios han mostrado una fuerte relación entre la autoeficacia y los resultados en diversos tratamientos para el consumo de sustancias. Bandura señala que las personas con habilidades necesarias y una alta autoeficacia percibida, son más propensas a movilizar el esfuerzo requerido para resistir con éxito situaciones de alto riesgo en cuanto al consumo de sustancias. En caso de recaídas, las personas con mayor autoeficacia se inclinan mayormente a considerar este evento como algo temporal y son capaces de restablecer el orden, el cambio, las personas con menor autoeficacia son más propensas a recaer en su totalidad.

Autoeficacia como predictor en el consumo de sustancias

Diversos estudios han mostrado a la autoeficacia como predictor en el resultado del tratamiento de este trastorno. En unos estudios se encontró que la autoeficacia resultó ser relativamente un fuerte predictor de la abstinencia después del tratamiento y la frecuencia del consumo de marihuana (Stephens, Wentz y Roffman, 1995). Se reportó una relación significativa entre las expectativas de autoeficacia durante el tratamiento en el consumo de alcohol en pacientes hospitalizados y varias variables de resultados relativos a la frecuencia de uso: la probabilidad de beber, el tiempo transcurrido hasta la primera bebida, y el tiempo hasta la recaída durante el primer año de tratamiento (Greenfield, Hufford, Vagge, Muenz, Costello y Weiss, 2000). Del mismo modo, para el tratamiento ambulatorio, se encontró que la autoeficacia, en pacientes alcohólicos post-tratamiento, fue un predictor de tiempo para recaídas (Allsop, Saunders y Phillips, 2010). En otro estudio se concluyó que los pacientes con mejor autoeficacia fueron más

propensos a mantener la abstinencia por más de 6 meses (Vielva e Iraurgi, 2009). Otros autores observaron que los pacientes con mejor autoeficacia lograban menores cifras de recaídas y cantidad del consumo en situaciones de alto riesgo (Brown, Seragarian, Tremblay, y Annis, 2002). En un estudio realizado en pacientes consumidores, se observó que los que presentaban mejor nivel de autoeficacia, mostraron menos episodios de consumo excesivo en un periodo de 3 meses, pero no a los cambios en el consumo total de alcohol (Blume, Schmalting y Marlatt, 2003).

A pesar de lo mencionado, no todos los estudios han demostrado que la autoeficacia sea un predictor de resultados positivos. En uno de los estudios se encontró que la autoeficacia para negarse al consumo de drogas no se relacionó con el tratamiento posterior (Demmel, Nicolai y Jenko, 2006). En otro se reportó que aunque la autoeficacia del paciente se incrementó durante el tratamiento contra el consumo de cocaína, la abstinencia previa y otras conductas evitativas resultaron ser el mejor predictor en cuanto a la abstinencia en un futuro (Wong, Anthony, Sigmon, Mongeon, Badger y Higgins, 2004).

A pesar de los pocos estudios que no encontraron efectos significativos en la autoeficacia sobre el consumo de drogas, la abrumadora mayoría de los estudios muestran a la autoeficacia del paciente como un predictor de resultados positivos.

La pregunta sigue siendo, sin embargo, en cuanto a si la autoeficacia es realmente un mecanismo de cambio de comportamiento en el abuso de sustancias, o simplemente un epifenómeno de cambio de comportamiento que ya ha ocurrido (o está en proceso de ocurrir). Con el fin de responder a esta pregunta dos condiciones deben cumplirse. En primer lugar, tiene que ser demostrado que

los tratamientos específicos aumentan la autoeficacia, mientras que los tratamientos de control no. En segundo lugar, se debe demostrar que la autoeficacia medía los efectos del tratamiento (Kadden, 2011).

Efectos de la autoeficacia sobre el tratamiento

Relativamente pocos tratamientos han sido diseñados para cambiar específicamente la autoeficacia del paciente. En la mayoría de los estudios, se muestra este concepto como análisis secundario en los resultados de tratamientos establecidos y concluidos.

En una revisión de la literatura, se identificaron 10 estudios que miden la autoeficacia tanto antes como después de la intervención, en el contexto de tratamiento para el consumo de tabaco, alcohol y otras sustancias. Aunque 7 de 10 de los estudios mencionados reportaron efectos positivos sobre la autoeficacia, estos efectos fueron producidos por un rango de diferentes intervenciones, evitando que los autores lograran el objetivo original, el cual era identificar la mejor manera de mejorar el nivel de autoeficacia en estos pacientes. Además de esto, solo 2 estudios mostraron un aumento significativo en el nivel de autoeficacia sobre conductas de riesgo, y estos mismos estudios fallaron en analizar si esta autoeficacia aumentada fue la mediadora de los cambios en dichas conductas (Kadden, 2011).

Mejora de la autoeficacia

Se ha postulado que un enfoque de tratamiento en el desarrollo o mejora de la autoeficacia puede ser una intervención clínica valiosa (Rondas-Bryant, Flynn y Craighead, 1997). Bandura, en 1986, identificó cuatro fuentes principales de creencias de eficacia:

1. Los logros de desempeño
2. Experiencias vicarias de observar el desempeño de los demás
3. Persuasión verbal para tratar de convencer a las personas que poseen ciertas capacidades
4. Estados fisiológicos en base a la cual la gente juzga a sus capacidades, fortalezas y vulnerabilidades

Entre estos, Bandura encontró a los logros de desempeño como la fuente más influyente en la eficacia: los más altos, más fuertes, y mayores incrementos generalizados en la autoeficacia, se desarrollaron a través de experiencias de éxito repetidas. También encontró que el aumento de los niveles de autoeficacia dio lugar progresivamente a logros de mayor rendimiento. Por lo tanto, la autoeficacia y el rendimiento se mejoran el uno al otro (Kadden, 2011).

Teóricamente, se espera que todos los tratamientos para el uso de sustancias mejoren los niveles de autoeficacia, ya sea directa o indirectamente. En este sentido, se afirmó que "el objetivo del tratamiento es llevar a cabo un aumento de la autoeficacia en todas las áreas de riesgo percibidas." Es decir, los tratamientos eficaces no sólo deben mejorar la capacidad de una persona para mantener la sobriedad frente a situaciones de alto riesgo, sino también ayudarles a reconocer la mejora en esta capacidad (Annis y Davis, 1988).

Hablando de otras áreas de estudio, se ha encontrado una mejora directa en la autoeficacia del paciente, cuando se trabaja con habilidades de afrontamiento. Estudios sobre pacientes diabéticos y cardiopatas, muestran resultados prometedores en cuanto a una mejora en su condición al mejorar también su nivel de autoeficacia. En un meta análisis realizado en Francia, se encontró que las mejores formas de mejorar la autoeficacia para la actividad física

eran a través de la entrega de información sobre el desempeño de los participantes y comparar su desempeño con el de otros similares (Ashford, y Edmunds, 2010).

Annis, Schober y Kelly, en 1996, postularon que tareas adaptadas a situaciones de alto riesgo en los individuos, es el método más poderoso para aumentar la autoeficacia. Identificaron seis aspectos que se espera que alteren la eficacia percibida, a lo largo de las líneas sugeridas por Bandura (1986):

1. Las tareas deben ser un reto
2. Deben requerir de un grado moderado de esfuerzo
3. Requieren poca ayuda externa
4. El éxito en las tareas debe ser percibido como parte de un patrón de mejora del rendimiento
5. Las asignaciones deberán aumentar la percepción de control personal y disminuir la dependencia de apoyos externos
6. Las asignaciones deben ser relevantes a las situaciones problema con las que se encuentra con frecuencia el paciente

Otros autores hacen hincapié en la importancia de individualizar las intervenciones destinadas a mejorar la autoeficacia, en lugar de aplicar intervenciones prediseñadas, y recomiendan mantener las tareas simples, para maximizar las posibilidades de éxito (Curry & Marlatt, 1987).

Se ha estudiado con interés si existe una mejora en el nivel de autoeficacia en el programa de los 12 pasos. En un estudio se observó un aumento en la autoeficacia para mantener una abstinencia más prolongada en relación a la asistencia a las sesiones del programa de AA (Alcohólicos Anónimos), así como

un fuerte predictor en futuras conductas para mantener dicha abstinencia (Bogenschutz, Tonigan y Miller, 2006).

En general, ha habido un considerable número de sugerencias sobre estrategias que se pueden utilizar para mejorar la autoeficacia. En algunos casos la evidencia no ha sido prometedora, sobre todo con el uso de las intervenciones cognitivo conductuales, pero hasta el momento no han habido pruebas coherentes suficientes, ni pruebas directas de mejora en la eficacia percibida, en la que basar recomendaciones seguras de estrategias clínicas que puedan ser eficaces para mejorar la autoeficacia. Sin embargo, en este momento, parece más probable que los tratamientos diseñados para mejorar los logros de rendimiento y proporcionar una sensación de dominio, tendrán una mejor oportunidad de mejorar la autoeficacia percibida del paciente.

Medición de la autoeficacia: operacionalización del constructo

Una cuestión que se desprende de la literatura sobre la autoeficacia es el medio por el que ha sido evaluada. Las diferencias en las técnicas de medición entre los estudios pueden afectar los resultados y conclusiones que se dibujan sobre la autoeficacia, y pueden dar lugar a algunas de las inconsistencias que se han observado.

Existen al menos 10 diferentes escalas validadas para la medición de la autoeficacia, algunas enfocadas en factores de riesgo, otras sobre la abstinencia, y otras elaboradas para la evaluación sobre alguna droga en específico. Teniendo en cuenta esta cantidad de variabilidad, y el pequeño número de estudios que utilizaron cada variante de un instrumento de evaluación en particular, sería difícil determinar el grado en que las inconsistencias entre hallazgos pueden deberse a las diferencias en las medidas utilizadas. Los intentos de identificar los factores

que podrían explicar parte de la variabilidad entre los hallazgos podría ser complicado por las diferencias en otras variables (Kadden, 2011).

En cierto modo, los medios actuales de evaluación de la autoeficacia, utilizando cuestionarios administrados con semanas o meses de diferencia, pueden ser profundamente defectuosos. Dichos cuestionarios ponen una prima sobre los recuerdos de los pacientes cuando se les pide que recuerden su nivel de confianza en situaciones de alto riesgo en las que se han encontrado. El resultado probable es que los entrevistados estén promediando sus niveles generales de confianza, o en otros casos especulando sobre sus reacciones futuras. En la medida que esto sucede, los cuestionarios pueden estar evaluando la autoeficacia más como una tendencia o una disposición, que como la evaluación situacional específica para la que se conceptualizó originalmente (Kadden, 2011).

3.5 COMPORTAMIENTOS ADICTIVOS Y CAMBIO DE CONDUCTAS

Cientos de estudios sobre psicoterapia han demostrado como las personas pueden exitosamente cambiar su conducta con ayuda de tratamientos profesionales. Numerosos estudios han demostrado también que las personas pueden modificar conductas problemáticas sin el beneficio de una psicoterapia formal (Marlatt, Baer, Donovan y Divlahan, 1988).

El auto cambio en las conductas adictivas a menudo es llamado, malamente, como remisión espontánea, pero tal cambio involucra influencias externas y compromiso individual (Orford, 1985). Estudios demuestran que la modificación intencional de las conductas adictivas ocurre tanto con la asistencia de un experto, como sin ella. Sin embargo, estos cambios involucran procesos aún no bien entendidos.

Etapas de cambio

Uno de los objetivos en las investigaciones sobre los resultados de los tratamientos, es establecer la eficacia de las intervenciones. Se ha observado que no todos los pacientes con trastornos adictivos mejoran con ellas, algunos abandonan el tratamiento, otros recaen poco después de empezarlo (Kanfer, 1986). Resultados negativos se esperan cuando ocurre una motivación inadecuada, resistencia a la psicoterapia, actitudes defensivas por parte del paciente o a técnicas inadecuadas o malas habilidades de relación por parte del terapeuta.

Individuos modificando conductas adictivas pasan por diversas etapas, desde la precontemplación al mantenimiento. Precursores de este modelo de

etapas pueden encontrarse en escritos de Horn y Waingrow (1966), Cashdan (1973) y Egan (1975). Diversas líneas de investigación apoyan este constructo de etapas de cambio (Prochaska y DiClemente, 1992). Estas etapas de cambio han sido corroboradas por dos diferentes métodos de auto reportes; una medida categórica discreta, la cual evalúa las etapas desde una serie de preguntas exclusivas, y una medida continua, la cual proporciona escalas separadas para cada etapa (McConaughy, 1983).

En la investigación original se identifican 5 etapas, lo siguiente es una descripción breve de cada una de estas etapas:

1. **Precontemplación.** Etapa en la cual no existe intención de cambiar la conducta en un futuro previsible. Muchos individuos en esta etapa son inconscientes de su problema. El autor Chesterton alguna vez dijo: no es que o puedan ver la solución, es que no ven el problema. Cuando individuos en esta etapa se presentan a psicoterapia, a menudo es por presión de terceros, incluso pueden demostrar cambios, siempre que la presión por parte otros siga. Una vez que dicha presión cesa, vuelven a las conductas previas. Las personas en esta etapa pueden incluso desear cambiar su conducta, pero esto está lejos de tener la intención verdadera de hacerlo. La resistencia a reconocer un problema o a cambiarlo es la característica principal de la precontemplación.

“Hasta donde yo sé, no tengo ningún problema que requiera de solución”.

2. **Contemplación.** La persona está consciente de que existe un problema y tiene serias intenciones de hacer algo al respecto pero aún no se han comprometido a tomar acciones. Algunas personas pueden quedarse estancadas en esta etapa durante mucho tiempo. Otro aspecto importante de los contempladores es el análisis de los pros y los contras del problema y la solución de este. Encuentran conflicto en la evaluación positiva de la conducta adictiva y la cantidad de esfuerzo, energía y pérdidas que

involucrara el afrontar el problema (DiClemente, 1991). El elemento central de la contemplación es la seria consideración sobre cambiar el problema.

“Tengo un problema y realmente creo que debo hacer algo al respecto”.

3. **Preparación.** Esta etapa combina intención y conducta. Los individuos en esta etapa tienen intenciones de tomar acciones en el siguiente mes y han fallado en estas acciones en el último año. A pesar de que han hecho reducciones en las conductas problema, las personas en esta etapa aún no han alcanzado acciones efectivas. Algunos autores lo llaman la etapa de toma de decisiones.

“Esta vez sí cambiaré, no caeré de nuevo”.

4. **Acción.** Es la etapa en la que los individuos modifican su conducta, experiencias o ambiente de modo que esto ayude a superar su problema. La acción involucra cambios de conducta y requiere de un compromiso considerable de tiempo y energía. Los individuos logran llegar a esta etapa cuando han hecho cambios exitosos en las conductas adictivas en un periodo de un día a seis meses. La característica principal de esta etapa son modificaciones verdaderas y esfuerzos exitosos para cambiar.

“Cualquiera puede hablar sobre cambiar, yo estoy realmente haciendo algo para lograrlo”.

5. **Mantenimiento.** En esta etapa la persona trabaja en prevenir recaídas y consolidar las ganancias obtenidas en la etapa de acción. Aún así, el mantenimiento es una continuación, no un cese de cambio. En cuanto a conductas adictivas, esta etapa se extiende desde los 6 meses hasta un periodo indeterminado desde el inicio de la acción inicial. Para algunos autores, esta etapa dura el resto de sus vidas. La capacidad de mantener conductas incompatibles con las adicciones es la característica esencial de esta etapa.

“Estoy aquí para evitar recaer en mi problema”.

Patrón espiral de cambio

Como es bien sabido, la mayoría de las personas que logran tomar acciones, no siempre logran mantener exitosamente las ganancias obtenidas en los primeros intentos. Autores han reportado un periodo de al menos 5 años antes de lograr llegar a la etapa de mantenimiento.

Una progresión lineal es un fenómeno posible pero relativamente inusual en los comportamientos adictivos. La figura 2 muestra un patrón en espiral que ilustra como la mayoría de las personas se mueven entre las etapas de cambio.

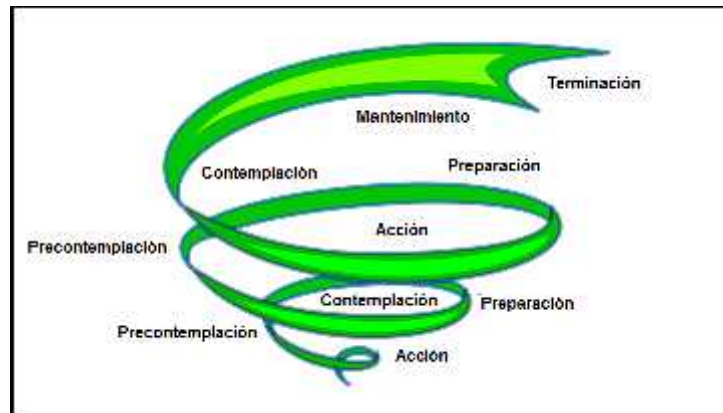


Figura 2. Modelo espiral de las etapas de cambio.

Afortunadamente, investigaciones indican que un 85% de los que han recaído, van de regreso a la etapa de contemplación o preparación, mientras que aprenden de sus esfuerzos recientes (Proshaska y DiClemente, 1984).

Implicaciones en el tratamiento

La gran mayoría de las personas adictas no se encuentran en la etapa de acción. Si una persona progresa de una etapa a otra en el primer mes de

tratamiento, pueden doblar sus oportunidades de llevar a cabo acciones durante los primeros 6 meses del programa. En otras palabras, los programas diseñados a ayudar al individuo a cambiar de una etapa a otra en el primer mes, muestra mejores oportunidades de éxito en un futuro no lejano (Proshaska y DiClemente, 1992).

Terapias de acciones dirigidas pueden ser efectivas para personas en las etapas de preparación o acción, estas mismas etapas pueden ser inefectivas en etapas como la precontemplación o contemplación.

En un estudio, se otorgo atención personal en hospitales y asesorías mensuales telefónicas durante 6 meses después de la hospitalización de un grupo de pacientes. De los pacientes que iniciaron el programa en la etapa de preparación y acción, un impresionante 94% se mantenía en abstinencia (Ockene, Ockene y Kristellar, 1988).

El proceso de cambio

Las etapas de cambio representan una dimensión temporal que nos ayuda a entender cuándo ocurren cambios particulares en actitudes, intenciones y conductas. El proceso de cambio es una segunda dimensión del modelo transteórico que nos permiten entender cómo es que estos cambios suceden. Los procesos de cambios consisten en diferentes categorías de técnicas y actividades basadas en diversas teorías de orientación. Estos procesos pueden ser aplicados en las sesiones, durante las sesiones o fuera de ellas.

A continuación, se muestran títulos, definiciones e intervenciones representativas de los procesos mencionados:

-) **Concientización.** Aumentar la información sobre uno mismo y el problema actual mediante observaciones, confrontaciones, interpretaciones y libroterapia.
-) **Autoreevaluación.** Valorar como se siente uno y piensa de sí mismo respecto a un problema mediante clarificación, imaginación y experiencia emocional correctiva.
-) **Autoliberación.** Escoger o comprometerse a actuar o creer en la habilidad de cambiar mediante terapia de toma de decisiones, resoluciones de año nuevo, técnicas de logoterapia y técnicas de reforzamiento de compromisos.
-) **Contracondicionamiento.** Sustituir alternativas a conductas problema mediante relajación, desensibilización, aserción y auto opiniones positivas.
-) **Control de estímulos.** Evadir estímulos que conllevan a conductas problema mediante reestructuración de nuestro ambiente, evitar situaciones de alto riesgo y técnicas de huida.
-) **Manejo de reforzadores.** Aceptar cuando otros hacen cumplidos a nuestros cambios mediante contingencia de contratos, reforzamiento abierto y encubierto y auto halago.
-) **Relaciones de ayuda.** Abrirse y confiar en otros a quienes les preocupa mediante alianza terapéutica, apoyo social y grupos de auto ayuda.
-) **Alivio dramático.** Sentir y expresar sentimientos sobre el problema de uno y las soluciones del mismo mediante psicodrama, role playing y duelo.
-) **Reevaluación ambiental.** Analizar como el problema de uno afecta físicamente el ambiente mediante entrenamiento empático, documentales.
-) **Liberación social.** Aumentar alternativas para conductas no problemáticas disponibles en la sociedad avocando por los derechos de los reprimidos, enforzamiento y políticas de intervención.

Conclusiones integrativas

Se ha determinado que un cambio eficaz en la persona depende de hacer las cosas correctas (procesos) en los tiempos correctos (etapas). Algunas de las inconsistencias observadas es que los individuos tratan de modificar conductas al hacerse más conscientes de la situación, una crítica común del psicoanálisis: el insight por sí mismo no necesariamente lleva a cambios de conducta. Otra inconsistencia se observa en los individuos que tratan de modificar estas conductas sin hacerse consciente de ello, crítica común del comportamiento radical: una acción encubierta sin insight probablemente lleve a un cambio temporal.

La mayoría de los pacientes decididos a cambiar y los pacientes que reciben psicoterapia pasaran de una etapa a otra en varias ocasiones antes de alcanzar el mantenimiento a largo plazo.

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Como se menciona en los antecedentes de esta investigación, el impacto social, económico y de salud que actualmente muestran los trastornos por consumo de sustancias ha trascendido en los últimos años, visto como un problema de salud pública a nivel mundial, sus repercusiones han sido importantes en todas las áreas mencionadas.

Estadísticamente muestra una prevalencia internacional de aproximadamente un 5% de la población mundial, lo que se traduce en que cerca de 243 millones de personas, de entre 15 y 64 años de edad (UNODC, 2014). Se reportaron alrededor de 27 millones de consumidores de drogas problemáticas, equivalente a grandes rasgos al 0.6% de la población adulta en el mundo, o lo que es lo mismo, una de cada 200 personas.

En un panorama nacional la prevalencia hace 4 años fue reportada con un 1.5% de la población mexicana en cuanto al consumo de cualquier droga ilícita en edades reproductivas. En la región noroccidental del país se reporta una prevalencia del 2.8% del consumo de drogas ilícitas (ENA, 2011), como lo muestra la figura 3.

En cuanto a estadística regional, hablando exclusivamente del estado de Baja California, la ciudad de Mexicali es la que reporta mayor índice de consumidores en los últimos años, como lo muestra la tabla 1. El porcentaje de jóvenes de 12 a 25 años que ha probado alguna vez drogas ilegales es 37%, superior al promedio nacional, principalmente en drogas ilegales como marihuana y estimulantes tipo anfetamínicos (PED, 2014).



Figura 3. Panorama estadístico nacional del consumo de drogas.

El Instituto de Psiquiatría del Estado de Baja California es uno de los principales centros de atención a pacientes con problemas de adicciones en la región noroeste del país. El concentrado de pacientes está formado por residentes tanto de este municipio como del resto del estado y de algunas ciudades de Sonora e incluso residentes de los estados aledaños de EUA. Actualmente no se cuenta con un programa de estadística específico para el seguimiento de este tipo de pacientes, por lo cual es necesario continuar estudiando y validando este tipo de problemas.

Año	Ensenada	Mexicali	Tecate	Tijuana	Playas de Rosarito	Estado
2008	35.11%	47.20%	27.75%	45.98%	35.84%	39.08%
2009	33.15%	45.65%	31.85%	40.05%	40.34%	39.67%
2010	46.71%	46.09%	39.34%	34.81%	37.92%	41.42%
2011	45.98%	46.82%	31.86%	40.22%	33.12%	39.44%
2012	32.36%	45.04%	25.78%	33.51%	31.29%	35.54%

Tabla 1. Consumo de sustancias adictivas por municipio.

5. JUSTIFICACIÓN

Es de suma importancia tratar y rehabilitar a estos pacientes pues además de ponerse en riesgo de contraer otras enfermedades, tanto mentales como físicas, constituyen un problema para las personas que los rodean, tanto en costos como en aspectos legales; afectando también a la sociedad por las implicaciones económicas, laborales y culturales.

En 1997, la OMS consideró definitivamente al cannabis como una droga que incide negativamente en la salud mental de una persona, ya que se considera, hoy en día, como un factor desencadenante de trastornos psiquiátricos primarios (Gallego, 2002). Los manuales diagnósticos de enfermedades mentales cuentan con apartados para diagnosticar pacientes cuya problemática principal es el consumo, tanto agudo, como crónico de drogas.

La mayoría de los pacientes consumidores de heroína lo hacen vía intravenosa, conducta riesgosa para contraer enfermedades infectocontagiosas como VIH o VHC. A sí mismo, el consumo de estimulantes se relaciona con conductas promiscuas, consideradas también como riesgosas; sin mencionar a la prostitución y abuso sexual como medio para traficar con sustancias ilegales.

El consumo a edades tempranas promueve la deserción escolar y problemas familiares, afectando la dinámica en todos los integrantes de la familia, con el individuo consumidor y entre los demás integrantes. Se agregan también problemas económicos por gastos no considerados en la economía habitual de la familia, como lo son internamientos en centros de rehabilitación, terapias costosas, medicamentos, etc. En ocasiones se presentan problemas legales, ya que la

familia puede requerir de la intervención de las autoridades o en casos más graves, por hurtos a la misma familia, asesorías respecto a la custodia de menores, etc.

En el aspecto laboral estos pacientes presentan problemas a la hora de mantener un empleo, pues las mismas conductas de urgencia, pobre autocontrol, síntomas de abstinencia, entre otros, los llevan a cumplir pobremente con los horarios y requisitos de algún trabajo. Por esta misma situación se les dificulta encontrar vacantes o puestos importantes para los que califiquen o requieran de mayor responsabilidad.

En nuestra sociedad se observa cada vez más una actitud de admiración y respeto hacia la narcocultura, promoviendo en los jóvenes el consumo y entregando un mensaje erróneo a la población sobre la participación, tanto activa, como pasiva, en este ámbito.

Existen diferentes programas de tratamiento para las adicciones, como la psicoterapia formal, la farmacoterapia, los grupos de autoayuda, grupo religiosos, etc. Para evaluar al paciente de forma integral se cuentan con diversas herramientas, entre ellas, cientos de escalas y cuestionarios que pueden ser aplicados por el profesional de la salud o por el mismo paciente. En la presente investigación se habla sobre una escala autoaplicable que evalúa la eficacia propia del paciente para evitar el consumo de drogas, validada en inglés para pacientes norteamericanos; en el transcurso de dicha investigación se tratará de validar la traducción al español de esta misma escala y aplicarla a pacientes mexicanos con el objetivo de que nuestra población se beneficie de ello.

Como en toda investigación, se consideran futuros inconvenientes y sesgos. Mencionado en el marco teórico, el paciente con trastorno por consumo de sustancias puede presentar alteraciones cognitivas que presenten dificultades para el entendimiento o llenado de la encuesta, esto entre otros aspectos en los cuales no profundizaremos, como la disponibilidad del paciente, el tiempo transcurrido, datos inconclusos, etc.

Con esto se resume la importancia de contar con instrumentos validados que puedan aplicarse a nuestra población para su beneficio en cuanto a una evaluación adecuada y un óptimo tratamiento del trastorno por uso de sustancias.

6. OBJETIVOS

6.1 OBJETIVO GENERAL

Validar la traducción al español de la Escala de Autoeficacia en la Evitación de Drogas en población mexicana.

6.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Los objetivos específicos de la presente investigación son los siguientes:

1. Traducir al español la escala original con la aprobación de al menos 3 tutores profesionales.
2. Traducir al inglés nuevamente la escala original traducida al español.
3. Retraducir al español la escala retraducida al inglés.

7. METODOLOGÍA

7.1 DISEÑO DEL ESTUDIO

La siguiente investigación es un estudio descriptivo, transversal y cuantitativo.

7.2 FUENTES PARA LA OBTENCIÓN DE PACIENTES

Se estudiará a la población de pacientes con diagnóstico de Trastorno por Consumo de Sustancias que acuden a la consulta externa en el Instituto de Psiquiatría del Estado de Baja California, de ambos sexos, de entre 18 y 65 años, seleccionados de manera aleatoria dentro del periodo de estudio.

7.3 TIPO DE MUESTREO Y TAMAÑO DE MUESTRA

Actualmente el Instituto de Psiquiatría del Estado de Baja California no cuenta con un departamento de estadística que lleve un registro detallado de los pacientes atendidos ambulatoriamente. En base a esto, para calcular el tamaño de la población, se revisaron las agendas de consulta externa, semanales y mensuales, obteniendo los siguientes datos:

Pacientes atendidos en consulta externa (subsecuentes) aproximadamente cada 6 semanas:

Semana	Registro de pacientes subsecuentes atendidos por día
1	26 pacientes subsecuentes atendidos al día
2	22 pacientes subsecuentes atendidos al día
3	20 pacientes subsecuentes atendidos al día
4	8 pacientes subsecuentes atendidos al día
5	27 pacientes subsecuentes atendidos al día
6	30 pacientes subsecuentes atendidos al día

Con una media de 22.16, se calcula un promedio de **133 pacientes subsecuentes** atendidos en consulta externa cada 6 semanas.

De igual manera se registraron los pacientes atendidos por primera vez al día, durante 6 semanas.

Semana	Registro de pacientes de primera vez atendidos por día
1	2 pacientes de primera vez atendidos al día
2	0 pacientes de primera vez atendidos al día
3	1 pacientes de primera vez atendidos al día
4	3 pacientes de primera vez atendidos al día
5	0 pacientes de primera vez atendidos al día
6	0 pacientes de primera vez atendidos al día

Con una media de 1.0, se calcula un promedio de **5 pacientes de primera vez** atendidos cada 6 semanas.

Esto nos da un total de **163 pacientes**, tanto subsecuentes como de primera vez, atendidos por adicciones cada 6 semanas en el Instituto.

Utilizando la siguiente fórmula general para calcular tamaño de muestra, sustituimos los valores:

$$n = \frac{N \cdot z^2 \cdot \sigma^2}{(N - 1) \cdot e^2 + z^2 \cdot \sigma^2}$$

n = tamaño de muestra

N = tamaño de la población, calculado en 163

= desviación estándar, la cual en este caso, fue de 0.5

= margen de error del 95%, equivalente a 1.96

e = error estandarizado del 9%, equivalente a 0.09

Sustituimos valores:

$$n = (163) (0.5)^2 (1.96)^2 / (163-1) (0.09)^2 + (0.5)^2 (1.96)^2$$

$$n = (163) (0.25) (3.84) / (162) (0.0081) + (0.25) (3.84)$$

$$n = 156.48 / 1.31 + 0.96$$

$$n = 156.48 / 2.27$$

$$n = 68.3$$

La muestra del estudio consiste en **68 pacientes** atendidos en consulta ambulatoria por trastornos de abuso de sustancias.

7.4 INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

Se inicia la investigación con la Escala de Autoeficacia para la Evitación de Drogas (Drug Avoidance Self Efficacy Scale, DASES) (Anexo 3), la cual es autouniforme, unidimensional, que contiene 16 ítems, respondidos en una escala tipo Likert de 7 puntos. Los ítems 2, 4, 7, 8, 10, 11, 12 y 16 se encuentran invertidos. La puntuación total de la escala se obtiene sumando los 16 ítems y caría entre 16 y 112 puntos. Se considera como una medida fiable, de consistencia interna buena, con un alfa de Cronbach de 0.91.

Para considerar como adecuada la traducción de una escala a otro idioma, esta debe ser traducida al idioma deseado (Anexo 4), posteriormente traducirla al idioma original (Anexo 5) y por último retraducida al idioma deseado (Anexo 6). Esto se conoce como series of back translations. Una vez retraducida, debe ser evaluada y autorizada por al menos 3 asesores o tutores profesionales en el ámbito de estudio, en este caso nombro a los mencionados:

- A. Dr. Álvaro Camacho, MD, Psychiatrist
Sun Valley Behavioral Medical Center, 2417 Marshal Rs Ste 1, Imperial Valley, CA 92251, USA
- B. Dr. Ignacio Reyes Torres
Anestesiología intervencionista y Medicina del Dolor
Hospital Christus Muguerza, Consultorio #234, Saltillo, Coahuila, México
- C. Dra. Aura Arce Rivas
Genética y Doctora en Ciencias
Facultad de Medicina, Campus Mexicali, UABC, Calle Humberto Torres Sanginés, Centro Cívico, Mexicali, Baja California, México

7.5 CRITERIOS

Criterios de inclusión

1. Pacientes de ambos sexos con diagnóstico clínico Trastorno por Consumo de Sustancias en base al M.I.N.I (Mini International Neuropsychiatric Interview) que acuden a consulta ambulatoria en el Instituto de Psiquiatría del Estado de Baja California
2. Mayores de 18 años y menores de 65 años
3. Saber leer y escribir
4. Aceptar participar en el estudio firmando el consentimiento informado

Criterios de exclusión

1. Comorbilidades en el Eje I y III, como trastornos psiquiátricos primarios o enfermedades metabólicas o infecciosas, agudas o crónicas que pudieran alterar las funciones cognitivas (por ejemplo secuelas por evento vascular cerebral, desnutrición, desequilibrio hidroelectrolítico, etc.)
2. Presencia de síntomas psicóticos durante la entrevista.

Criterios de eliminación

1. Pacientes que desistan de participar en el estudio
2. Información recabada incompleta

7.6 DEFINICIÓN DE VARIABLES

Definición conceptual de variables

- A. **Trastorno por consumo de sustancias.** Patrón desadaptativo de consumo de la sustancia que conlleva un deterioro o malestar

clínicamente significativos, expresado por tres (o más) de los ítems siguientes en algún momento de un período continuado de 12 meses:

1. Tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:
 - a. Necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.
 - b. El efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado.
2. Abstinencia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:
 - a. El síndrome de abstinencia característico para la sustancia.
 - b. Se toma la misma sustancia (o una muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.
3. La sustancia es tomada con frecuencia en cantidades mayores o durante un período más largo de lo que inicialmente se pretendía.
4. Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia.
5. Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia, en el consumo de la sustancia o en la recuperación de los efectos de la sustancia.
6. Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia.
7. Se continúa tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que parecen causados o exacerbados por el consumo de la sustancia.

B. Autoeficacia. Juicios que cada persona tiene sobre sus capacidades, en base a los cuales organizará y ejecutará sus actos de modo que le permita alcanzar el rendimiento deseado (Cid, Orellana y Barriga, 2010).

Definición operacional de variables

A. **Trastorno por Consumo de Sustancias.** Aplica cuando el paciente, mediante una evaluación médica integral, cumple con el mínimo de los

criterios requeridos para dicho trastorno en base al Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM 5, 2014).

B. **Autoeficacia.** Constructo dimensional que forma parte de las funciones ejecutivas del cerebro, específicamente, del lóbulo frontal.

Operacionalización de variables

Trastorno por Consumo de Sustancias

-) **Escala de medición:** dicotómica
-) **Unidad de medición:** presente/ausente
-) **Instrumento de medición:** criterios diagnósticos según el DSM 5.
-) **Fuente de aplicación directa:** aplicación de criterios diagnósticos para Trastorno por Consumo de Sustancias según el DSM 5.
-) **Instrumento:** entrevista clínica con el paciente y aplicación del M.I.N.I.

Autoeficacia

-) **Escala de medición:** nominal
-) **Unidad de medición:** numérica
-) **Instrumento de medición:** Escala de Autoeficacia para la Evitación de Drogas.
-) **Fuente de aplicación directa:** aplicación de la Escala de Autoeficacia para la Evitación de Drogas.
-) **Instrumento:** entrevista con el paciente para indicarle como realizar la escala autoaplicable.

8. PLAN DE ANÁLISIS

Se aplicará la escala retraducida al español sobre autoeficacia para la evitación de drogas a los pacientes seleccionados para el estudio, se interpretarán los resultados para obtener un puntaje final, se utilizará la estadística descriptiva y el paquete descriptivo del programa estadístico SPSS, versión 20.

9. RESULTADOS

Se inicia analizando los valores principales de las variables estudiadas, como la media y mediana resultante en cada una de las preguntas de la encuesta aplicada.

Descriptivos

		Estadístico	Error tip.	
Pregunta 1	Media	5.56	.233	
	Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	5.09	
		Límite superior	6.02	
	Media recortada al 5%	5.73		
	Mediana	7.00		
	Varianza	3.683		
	Desv. tip.	1.919		
	Mínimo	1		
	Máximo	7		
	Rango	6		
	Amplitud intercuartil	3		
	Asimetría	-1.170	.291	
	Curtosis	.246	.574	

Pregunta 2	Media	3.09	.262	
	Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	2.56	
		Límite superior	3.61	
	Media recortada al 5%	2.99		
	Mediana	2.00		
	Varianza	4.679		
	Desv. tip.	2.163		
	Mínimo	1		
	Máximo	7		
	Rango	6		
	Amplitud intercuartil	4		
	Asimetría	.640	.291	
	Curtosis	-1.031	.574	

Pregunta 3	Media		5.84	.188
	Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	5.46	
		Límite superior	6.21	
	Media recortada al 5%		5.99	
	Mediana		6.00	
	Varianza		2.406	
	Desv. típ.		1.551	
	Mínimo		2	
	Máximo		7	
	Rango		5	
	Amplitud intercuartil		2	
	Asimetría		-1.329	.291
	Curtosis		.619	.574

Pregunta 4	Media		2.19	.190
	Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	1.81	
		Límite superior	2.57	
	Media recortada al 5%		2.02	
	Mediana		1.50	
	Varianza		2.455	
	Desv. típ.		1.567	
	Mínimo		1	
	Máximo		7	
	Rango		6	
	Amplitud intercuartil		2	
	Asimetría		1.328	.291
	Curtosis		1.173	.574

Pregunta 5	Media		5.12	.278
	Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	4.56	
		Límite superior	5.67	
	Media recortada al 5%		5.24	
	Mediana		6.00	
	Varianza		5.240	
	Desv. típ.		2.289	
	Mínimo		1	
	Máximo		7	
	Rango		6	
	Amplitud intercuartil		4	
	Asimetría		-.780	.291
	Curtosis		-1.008	.574

Pregunta 6	Media		5.75	.246
	Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	5.26	
		Límite superior	6.24	
	Media recortada al 5%		5.94	
	Mediana		7.00	
	Varianza		4.131	
	Desv. típ.		2.032	
	Mínimo		1	
	Máximo		7	
	Rango		6	
	Amplitud intercuartil		3	
	Asimetría		-1.298	.291
	Curtosis		.072	.574

Pregunta 7	Media		3.24	.279
	Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	2.68	
		Límite superior	3.79	
	Media recortada al 5%		3.15	
	Mediana		2.00	
	Varianza		5.287	
	Desv. típ.		2.299	
	Mínimo		1	
	Máximo		7	
	Rango		6	
	Amplitud intercuartil		5	
	Asimetría		.652	.291
	Curtosis		-1.131	.574

Pregunta 8	Media		3.16	.261
	Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	2.64	
		Límite superior	3.68	
	Media recortada al 5%		3.07	
	Mediana		2.50	
	Varianza		4.615	
	Desv. típ.		2.148	
	Mínimo		1	
	Máximo		7	
	Rango		6	
	Amplitud intercuartil		5	
	Asimetría		.445	.291
	Curtosis		-1.342	.574

Pregunta 9	Media		5.24	.258
	Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	4.72	
		Límite superior	5.75	
	Media recortada al 5%		5.37	
	Mediana		6.00	
	Varianza		4.511	
	Desv. típ.		2.124	
	Mínimo		1	
	Máximo		7	
	Rango		6	
	Amplitud intercuartil		3	
	Asimetría		-.934	.291
	Curtosis		-.590	.574

Pregunta 10	Media		2.46	.236
	Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	1.99	
		Límite superior	2.93	
	Media recortada al 5%		2.29	
	Mediana		2.00	
	Varianza		3.774	
	Desv. típ.		1.943	
	Mínimo		1	
	Máximo		7	
	Rango		6	
	Amplitud intercuartil		2	
	Asimetría		1.189	.291
	Curtosis		-.037	.574

Pregunta 11	Media		2.37	.251
	Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	1.87	
		Límite superior	2.87	
	Media recortada al 5%		2.19	
	Mediana		1.00	
	Varianza		4.296	
	Desv. típ.		2.073	
	Mínimo		1	
	Máximo		7	
	Rango		6	
	Amplitud intercuartil		3	
	Asimetría		1.272	.291
	Curtosis		.056	.574

Pregunta 12	Media		2.34	.226
	Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	1.89	
		Límite superior	2.79	
	Media recortada al 5%		2.15	
	Mediana		1.00	
	Varianza		3.481	
	Desv. típ.		1.866	
	Mínimo		1	
	Máximo		7	
	Rango		6	
	Amplitud intercuartil		3	
	Asimetría		1.250	.291
	Curtosis		.469	.574

Pregunta 13	Media		5.38	.257
	Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	4.87	
		Límite superior	5.89	
	Media recortada al 5%		5.54	
	Mediana		6.00	
	Varianza		4.478	
	Desv. típ.		2.116	
	Mínimo		1	
	Máximo		7	
	Rango		6	
	Amplitud intercuartil		3	
	Asimetría		-1.048	.291
	Curtosis		-.423	.574

Pregunta 14	Media		5.75	.234
	Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	5.28	
		Límite superior	6.22	
	Media recortada al 5%		5.94	
	Mediana		7.00	
	Varianza		3.713	
	Desv. típ.		1.927	
	Mínimo		1	
	Máximo		7	
	Rango		6	
	Amplitud intercuartil		2	
	Asimetría		-1.323	.291
	Curtosis		.428	.574

Pregunta 15	Media		6.10	.199
	Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	5.71	
		Límite superior	6.50	
	Media recortada al 5%		6.33	
	Mediana		7.00	
	Varianza		2.691	
	Desv. típ.		1.640	
	Mínimo		1	
	Máximo		7	
	Rango		6	
	Amplitud intercuartil		1	
	Asimetría		-2.030	.291
	Curtosis		3.276	.574

Pregunta 16	Media		2.51	.223
	Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	2.07	
		Límite superior	2.96	
	Media recortada al 5%		2.37	
	Mediana		2.00	
	Varianza		3.388	
	Desv. típ.		1.841	
	Mínimo		1	
	Máximo		7	
	Rango		6	
	Amplitud intercuartil		2	
	Asimetría		1.019	.291
	Curtosis		-.134	.574

Al analizar la confiabilidad de los resultados obtenidos en la escala, nos da la siguiente cifra:

Resumen del procesamiento de los casos

		N	%
Casos	Válidos	68	100.0
	Excluidos ^a	0	.0
	Total	68	100.0

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
.700	16

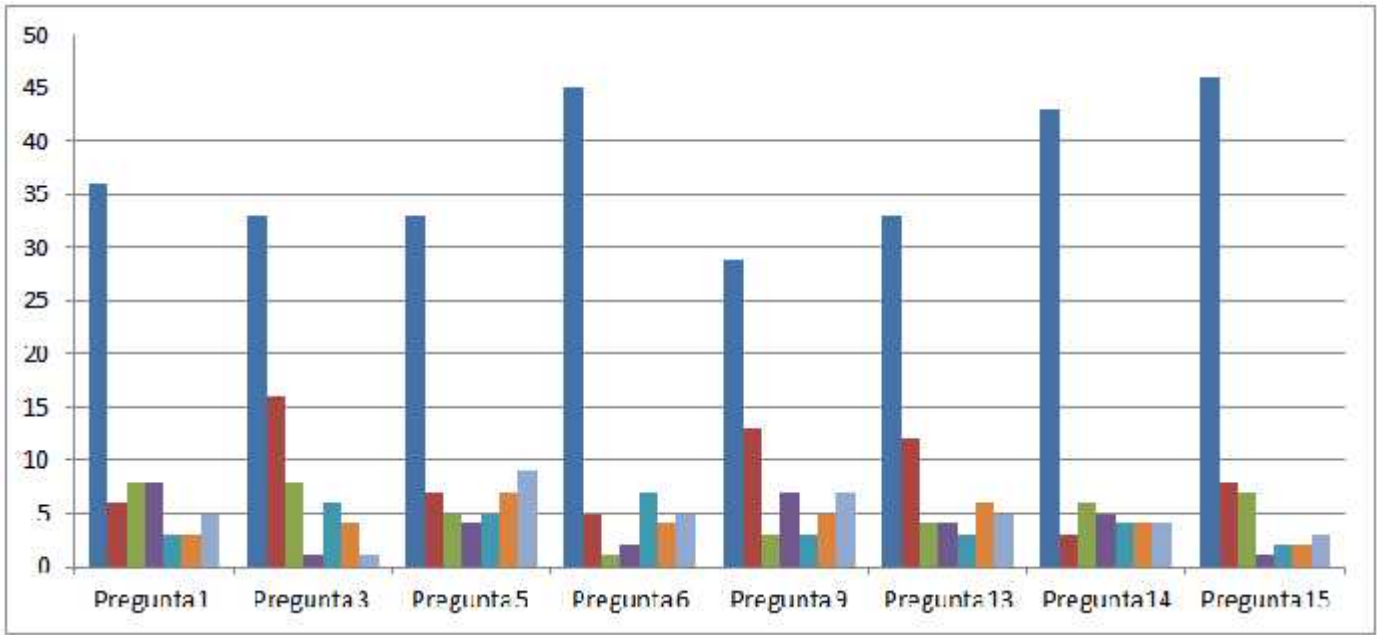
Al obtener una cifra mayor de 0.5 en el cálculo de fiabilidad de Cronbach se traduce en información confiable, ya que las preguntas realizadas fueron selectivas y dirigidas hacia el tema que se desea conocer.

Se aplica la misma estadística a cada una de las preguntas individualmente obteniendo los siguientes resultados:

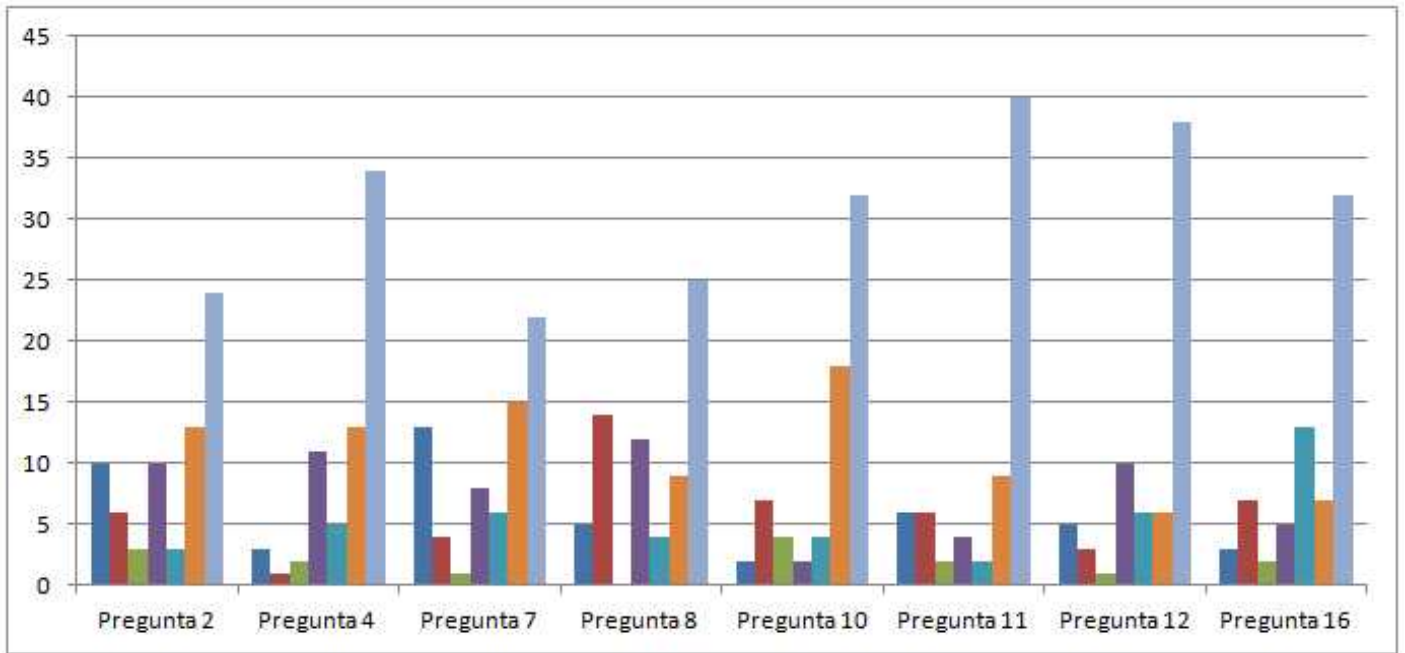
Estadísticos total-elemento

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
Pregunta 1	60.53	164.581	.296	.686
Pregunta 2	63.00	158.388	.364	.678
Pregunta 3	60.25	178.787	.040	.709
Pregunta 4	63.90	169.019	.279	.689
Pregunta 5	60.97	159.044	.322	.683
Pregunta 6	60.34	160.496	.354	.680
Pregunta 7	62.85	149.590	.497	.659
Pregunta 8	62.93	159.412	.347	.680
Pregunta 9	60.85	161.083	.320	.684
Pregunta 10	63.63	169.699	.185	.699
Pregunta 11	63.72	167.816	.200	.698
Pregunta 12	63.75	172.220	.146	.702
Pregunta 13	60.71	157.733	.388	.675
Pregunta 14	60.34	164.735	.291	.687
Pregunta 15	59.99	162.313	.427	.674
Pregunta 16	63.57	167.920	.242	.692

De las 16 preguntas de la encuesta, las preguntas número 1, 3, 5, 6, 9, 13, 14 y 15 cuestionan sobre la eficacia en la evitación de drogas, el resto de las preguntas antagonizan a las previamente comentadas y cuestionan la misma situación. Al graficarlas se obtuvieron los siguientes resultados en cuanto a la respuesta más seleccionada por los participantes.



- Ciertamente si
- En realidad no podría decir
- Muy probablemente no
- Muy probablemente si
- Probablemente no
- Ciertamente no
- Probablemente si



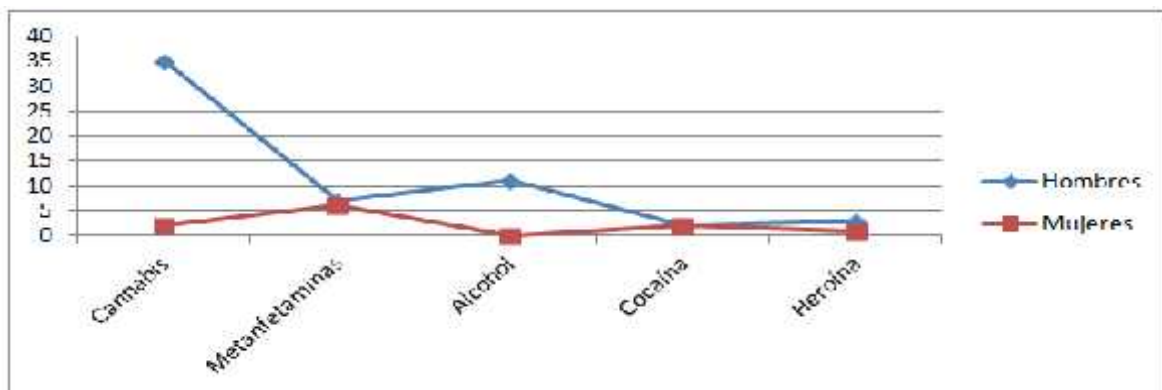
- Ciertamente si
- En realidad no podría decir
- Muy probablemente no
- Muy probablemente si
- Probablemente no
- Ciertamente no
- Probablemente si

Como se puede observar, las respuestas apuntan a una percepción positiva de la autoeficacia en cuanto a la evitación de drogas, ya que la mayoría de los encuestados contestaron ser capaces de abstenerse al consumo en situaciones de riesgo.

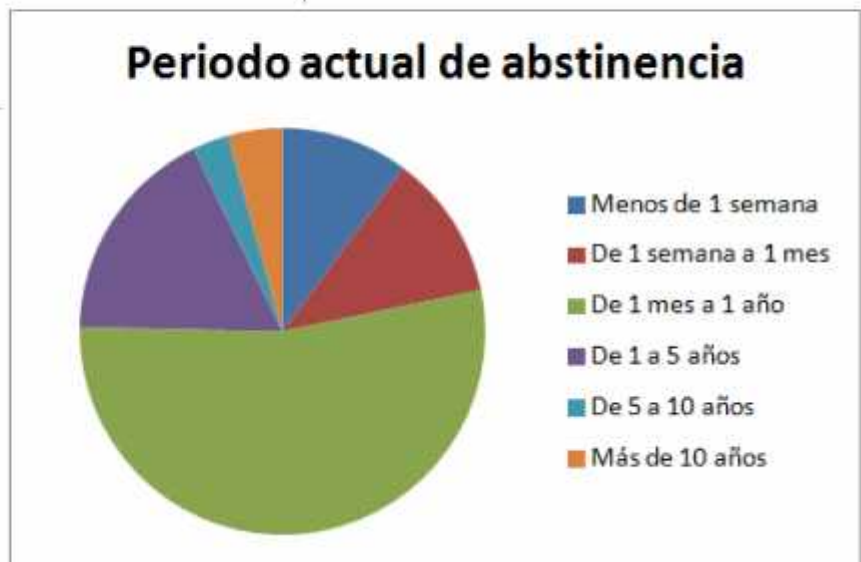
En cuanto a los datos recabados mediante la ficha de identificación se pudo concluir la siguiente información en cuanto a la edad de inicio de consumo, la droga de inicio, el tiempo de tratamiento y el periodo de abstinencia. Del total de encuestados (69), 11 fueron mujeres y 58 hombres.



Se puede observar que la mayoría de los usuarios iniciaron el consumo de sustancias durante su adolescencia. En la siguiente tabla se observa que la droga de inicio más común en los hombres fue el cannabis, a diferencia de las mujeres, que resultaron ser las metanfetaminas.



El tiempo de tratamiento para adicciones y el periodo de abstinencia actual de los encuestados se muestran en las siguientes tablas:



Se puede observar que en la mayoría de los usuarios que reciben tratamiento desde cierto tiempo determinado, este no coincide con el tiempo de abstinencia actual, lo que se traduce como antecedente de recaída.

10. CONCLUSIONES

Como se menciona repetidamente en este trabajo, las adicciones representan un problema de salud pública de suma importancia, perjudican tanto a la persona que padece esta enfermedad como a las personas que la rodean. Es una enfermedad que requiere de un tratamiento integral, que va desde la motivación del paciente para rehabilitarse hasta la disponibilidad y acceso a tratamientos de tipo psicológico y farmacológico. En el presente trabajo se estudia el constructo conocido como autoeficacia, mismo que constituye una parte muy importante en el mantenimiento dentro de la rehabilitación del paciente.

Se llevó a cabo un proceso de traducción a una de las herramientas de medición de dicho constructo, previamente validada, esto con la intención de ampliar las opciones de instrumentos de trabajo para el tratamiento de las adicciones ya que en nuestra población son pocos con los que se cuenta. Al analizar la estadística de los resultados de las encuestas aplicadas, se concluyó que la traducción realizada tiene validez como instrumento para investigación científica.

Tendiendo disponible dicho instrumento, es posible valorar la eficacia de los diferentes tratamientos aplicados al paciente adicto, ya que la escala mide el nivel de autoeficacia para evitar el consumo de drogas en situaciones de riesgo en diferentes etapas tanto de la enfermedad como del tratamiento.

Se sugieren pequeñas modificaciones a la redacción de las preguntas que forman la encuesta tratando de manejar un lenguaje más coloquial que le sea de mejor entendimiento al paciente y así sean menos las dudas y posibles errores que puedan haber al contestarla.

Los datos obtenidos en la ficha de identificación coinciden con los datos estadísticos recabados en estudios de la región noroeste del país, como son el género de mayor consumo, la edad de inicio y la droga de inicio.

El presente trabajo le da la oportunidad a otros investigadores de realizar nuevos proyectos de investigación en el ámbito de las adicciones y así poder mejorar el tratamiento pronóstico de los pacientes que padecen tal enfermedad.

11. BIBLIOGRAFÍA

- J Aharonovich, E., Amrhein, P. C., Bisaga, A., Nunes, E. y Hasin, D. S. (2008). Cognition, Commitment Language, and Behavioral Change Among CocaineDependent Patients. *Psychology of Addictive Behaviors*, 22, 557-562
- J Annis, Helen; Davis, Christine S. Self-efficacy and the prevention of alcoholic relapse: Initial findings from a treatment trial. *Assessment and treatment of addictive disorders* , (pp. 88-112). New York, NY, England: Praeger Publishers, xvi, 302 pp
- J Ashford, Stephanie, Jemma Edmunds, David P. French. What is the best way to change self-efficacy to promote lifestyle and recreational physical activity? A systematic review with meta-analysis. Volume 15, Issue 2 May 2010 Pages 265–288
- J Bandura, A. (1995). On rectifying conceptual ecumenism. En J. E., Maddux (Org). *Self-efficacy, adaption, and adjustment: theory, research, and application*. New York: Plenum Press, 347-375.
- J Bandura, A. (1999). A sociocognitive analysis of substance abuse: an agentic perspective. *Psychological Science*, 10, 214-217
- J Blume, Arthur W., Karen B. Schmaling, Alan G. Marlatt. Predictors of change in binge drinking over a 3-month period. *Addictive Behaviors* Volume 28, Issue 5, July 2003, Pages 1007–1012
- J Bogenschutz, Michael P., J. Scott Tonigan, William R. Miller. Examining the Effects of Alcoholism Typology and AA Attendance on Self-Efficacy as a Mechanism of Change. *Journal of Studies on Alcohol*, 67(4), 562–567 (2006)
- J Broadhead, R. S., Kerr, T. H., Grund, J. P. C. y Altice, F. L. (2002). Safer injection facilities in North America: Their place in public policy and health initiatives. *Journal of Drug Issues*, 32, 329-356
- J Brown, Thomas G., Peter Seraganian, Jacques Tremblay, Helen Annis. Process and outcome changes with relapse prevention versus 12-Step aftercare

programs for substance abusers. Volume 97, Issue 6
June 2002 Pages 677–689

- J Cid H. Patricia, Alda Orellana y Omar Barriga, Validación de la escala de autoeficacia general en Chile, Rev. méd. Chile v.138 n.5 Santiago mayo Rev Med Chile 2010; 138: 551-557
- J Curry, Susan G., Marlatt G. Alan. Treatment and Prevention of Alcohol Problems: A Resource Manual
- J Daughters, S. B., Lejuez, C. W., Kahler, C. W., Strong, D. R. y Brown, R. A. (2005). Psychological Distress Tolerance and Duration of Most Recent Abstinence Attempt Among Residential Treatment-Seeking Substance Abusers. *Psychology of Addictive Behaviors*, 19, 208-211
- J Demmel, Ralf, Jennifer Nicolai, Dagmar Maria Jenko. Self-Efficacy and Alcohol Relapse: Concurrent Validity of Confidence Measures, Self-Other Discrepancies, and Prediction of Treatment Outcome. *Journal of Studies on Alcohol*, 67(4), 637–641 (2006).
- J Encuesta Nacional de Adicciones, 2011.
- J Everitt, Barry J, Anthony Dickinson, Trevor W Robbins. The neuropsychological basis of addictive behaviour. *Brain Research Reviews* Volume 36, Issues 2–3, October 2001, Pages 129–138
- J Greenfield, M R Hufford, L M Vagge, L R Muenz, M E Costello, R D Weiss. The relationship of self-efficacy expectancies to relapse among alcohol dependent men and women: a prospective study. *Journal of Studies on Alcohol*, 61(2), 345–351 (2000)
- J Hser, Y.I., Evans, E., Huang, D., Brecht, M.L. y Li, L. (2008). Comparing the dynamic course of heroin, cocaine, and methamphetamine use over 10 years. *Addictive Behaviors*, 33, 1581-1589
- J Kadden Ronald M., Litt Mark D. The role of self-efficacy in the treatment of substance use disorders, *Addictive Behaviors* Volume 36, Issue 12, December 2011, Pages 1120–1126

- J Kanfer, Frederick H. Implications of a Self-Regulation Model of Therapy for Treatment of Addictive Behaviors. Chapter Treating Addictive Behaviors. Volume 13 of the series Applied Clinical Psychology pp 29-47
- J Koob, George F. Theoretical Frameworks and Mechanistic Aspects of Alcohol Addiction: Alcohol Addiction as a Reward Deficit Disorder. Behavioral Neurobiology of Alcohol Addiction Volume 13 of the series Current Topics in Behavioral Neurosciences pp 3-30
- J Lambert, G. y Lambert, M. (2001). Drogas ilícitas. En M. Lambert (Ed.), Drogas mitos e realidades (pp. 31-74). Rio de Janeiro: MEDSI.
- J Lopes, P., Prieto, G., Delgado, A., Gamito, P. y Trigo, H. (2010). Rasch-Modeling the Portuguese SOCRATES in a Clinical Sample. Psychology of Addictive Behaviors, 24, 355-359.
- J McConaughy, Eileen A.; Prochaska, James O.; Velicer, Wayne F. Psychotherapy: Theory, Research & Practice, Vol 20(3), 1983, 368-375. Stages of change in psychotherapy: Measurement and sample profiles.
- J Miguel, N. (2006). Da escuta atenta e interessada à elaboração de um olhar diferente. Toxicodependências, 12, 79-84
- J Parrot, A., Morinan, A., Moss, M., y Scholey, A. (2004). Understanding Drugs and Behaviour. London: John Wiley y Sons.
- J Prochaska, James O.; DiClemente, Carlo C.; Norcross, John C. In search of how people change: Applications to addictive behaviors. American Psychologist, Vol 47(9), Sep 1992, 1102-1114.
- J Söderpalm, Lennart Svensson, Peter Hulthe, Kenn Johannessen, Jörgen A. Engel. Evidence for a role for dopamine in the diazepam locomotor stimulating effect. Psychopharmacology, May 1991, Volume 104, Issue 1, pp 97–102
- J Terry E. Robinson, Terry E., Kent C. Berridge. The psychology and neurobiology of addiction: an incentive–sensitization view, View issue TO Volume 95, Issue 8s2, August 2000 , Pages 91–117

- J Tirapu-Ustárrroz, J., García-Molina, A., Luna-Lario, P., Roig-Rovira, T. y PelegrínValero, C. (2008). Modelos de funciones y control ejecutivo (I). *Revista de Neurología*, 46, 684-692.
- J Vaughn, Beaver ,DeLisi, Perron, Schelbe. Gene-environment interplay and the importance of self-control in predicting polydrug use and substance-related problems, *Addictive Behaviors*, Volume 34, Issue 1, January 2009, Pages 112–116
- J Verdejo-García, A., Torrecilas, F. L., Giménez, C. O. y Pérez-García, M. (2002). Impacto de los deterioros neuropsicológicos asociados al consumo de sustancias sobre la práctica clínica con drogodependientes. *Adicciones*, 14, 345-370.
- J Villatoro, Jorge, Ma. Elena Medina–Mora, Clara Fleiz Bautista, Midiam Moreno López, Natania Oliva Robles, Marycarmen Bustos Gamiño, Diana Fregoso Ito, María de Lourdes Gutiérrez López,Nancy Amador Buenabad. El consumo de drogas en México: Resultados de la Encuesta Nacional de Adicciones, 2011. *Salud Ment* vol.35 no.6 México nov./dic. 2012
- J Wong, Conrad J.; Anthony, Stacey; Sigmon, Stacey C.; Mongeon, Joan A. Examining Interrelationships Between Abstinence and Coping Self-Efficacy in Cocaine-Dependent Outpatients. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, Vol 12(3), Aug 2004, 190-199
- J Yücel, Dan I. Lubman, Nadia Solowij & Warrick J. Brewer. Understanding drug addiction: a neuropsychological perspective, *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, Volume 41, 2007 - Issue 12

12. ANEXOS



INSTITUTO DE PSIQUIATRÍA DEL ESTADODE BAJA CALIFORNIA



CONSENTIMIENTO INFORMADO

A _____ de _____ del 2015, Mexicali, Baja California.

Bajo el pleno uso de mis facultades, consiento a participar de manera voluntaria en el proyecto de investigación dirigido por la Dra. Yojana Irlanda Espinoza Gutiérrez, residente de la especialidad de Psiquiatría en el IPEBC y en colaboración con la Universidad Autónoma de Baja California, mediante el llenado de una ficha de identificación con mis datos y la realización de la Escala de Autoeficacia en la Evitación de Drogas, en donde toda información recabada se mantendrá en anonimato y será utilizada para fines meramente académicos.

Se me explicó ampliamente en qué consiste mi participación en el proyecto, y de tener cualquier duda puedo aclararla con el investigador principal. De igual manera se me indicó que de sentirme incomodo, o sin deseos de continuar en el proyecto, puedo desistir del mismo sin repercusión alguna en mi persona o tratamiento.

ATENTAMENTE

Nombre y firma del participante



INSTITUTO DE PSIQUIATRÍA DEL ESTADODE BAJA CALIFORNIA



FICHA DE IDENTIFICACIÓN

A _____ de _____ del 2015, Mexicali, Baja California.

Favor de llenar lo requerido y marcar con una "X" en donde corresponda.

Nombre: _____

Sexo: _____ Edad: _____

Fecha de nacimiento: _____

Estado civil: _____

Escolaridad: _____

Ocupación: _____

Religión: _____

¿A qué edad inicio usted el consumo de drogas? Si _____

¿Con qué drogas inició su consumo? _____

¿Qué drogas ha consumido? _____

¿Cuánto ha sido su periodo más prolongado libre de drogas? _____

¿Cuánto tiempo lleva libre de drogas? _____

¿Desde cuándo se encuentra bajo tratamiento psiquiátrico? _____

Gracias por su tiempo.

Drug Avoidance Self-Efficacy Scale (DASES)

The Drug Avoidance Self-Efficacy Scale (DASES) can only be used for the purpose of evaluating projects sponsored by Beat Drugs Fund Association. All other uses, reproduction and distribution of part or all of the work in any form without prior permission are prohibited. If a Beat Drugs Fund grantee chooses to adopt the inventory for use in its own practice, permission should be sought from the original author/copyright holder. Contact details are as follows:

Dr Garth Martin

Addiction Consulting Services, RR 1, Clarksburg, ON, Canada, N0H1J0

E-mail: garth_martin@live.com

Any publications concerning or using this scale should bear the full citation. For publications in the form of academic journal article, a copy should be sent to the original author/copyright holder. The following article should be cited as the source of the scale:

Martin, G.W., Wilkinson, D.A., & Poulos, C.X. (1995). The drug avoidance self-efficacy scale. *Journal of Substance Abuse, 7*(2), 151-163.

(Project Name / Activity Name)
Pre-activity evaluation questionnaire

Participant no.: _____

The following 16 situations may trigger someone's intention to take drugs. Please select a response for each question, indicating what you would be likely to do in each situation. Use the rating scale below.

This questionnaire is used for project evaluation only. All information will be kept confidential. Drug taking refers to the use of prohibited or legal psychotropic drugs e.g. ketamine, marijuana, "ice", ecstasy, cough medicine, thinner etc. without doctor's prescription.

7	6	5	4	3	2	1	
Certainly yes	Very likely yes	Probably yes	Really can't say	Probably no	Very likely no	Certainly no	
1. Imagine that you are going to a party where you will meet new people. You feel that drug use will relax you and make you more confident. Could you avoid drug use?	7	6	5	4	3	2	1
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Imagine that you have just blown a good job, you are home alone and depressed. Would you give in to the urge to take drugs which are in the house?	7	6	5	4	3	2	1
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Imagine that you are home with a loved one, and feeling angry after a fight. You want to make up, but at the same time you want to get stoned/loaded. Could you resist the urge to take drugs?	7	6	5	4	3	2	1
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Imagine that you are feeling good and have no responsibilities for a couple of days. The only thing you see against getting a bit stoned/loaded is that you have promised yourself you would go straight for 2 months, and you still have 3 weeks to go. Would you take drugs?	7	6	5	4	3	2	1
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Imagine it is late, you cannot sleep and drugs are available in the house. You have decided not to use drugs. Could you resist the urge to use drugs to help you get to sleep?	7	6	5	4	3	2	1
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Imagine that a new job is starting tomorrow, you are going out with friends and expecting a good time. Could you resist the urge to celebrate with drugs?	7	6	5	4	3	2	1
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Imagine that you are home with your loved one, and very angry after a fight. You are tempted to get back at your partner by getting stoned/loaded. Would you give in to the temptation?	7	6	5	4	3	2	1
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	7	6	5	4	3	2	1
	Certainly yes	Very likely yes	Probably yes	Really can't say	Probably no	Very likely no	Certainly no
8. Imagine that a very important relationship has just ended, and you are very depressed. Would you give in to the urge to take drugs?	7	6	5	4	3	2	1
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Imagine that you have run into 2 friends who are celebrating a win at horse racing with drugs. Could you resist their urging to join them in drug use?	7	6	5	4	3	2	1
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Imagine that you are at a party and feeling uptight. Most people seem to be having a good time. You are tempted to use drugs to loosen up. Would you?	7	6	5	4	3	2	1
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Imagine that you promised yourself to stay straight for 2 months but you have just blown your 5 week record with one hit or drink. Would this situation lead you to take a second one?	7	6	5	4	3	2	1
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Imagine that you had managed to stay straight for a near record time, but last night you blew it. Because of last night you are feeling weak. Would you take drugs tonight?	7	6	5	4	3	2	1
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Imagine that you are home alone and depressed. Could you resist the urge to go out and find some drugs?	7	6	5	4	3	2	1
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Imagine that a good friend has accused you of being insensitive. Now you are feeling hurt and tempted to use drugs. Could you resist?	7	6	5	4	3	2	1
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Imagine that a good friend is feeling miserable. He wants you to join him in heavy discussion and drug use to pick his spirits up. Could you resist the urge to take drugs?	7	6	5	4	3	2	1
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Imagine that you are home alone; it is a dull weekend with nothing in particular to look forward to. You are bored. Would you give in to the urge to get stoned/loaded?	7	6	5	4	3	2	1
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Gender: 1 Male 2 Female

Age: _____ years old

Cuestionario de evaluación pre-actividad (traducido)

Las siguientes 16 situaciones podrían desatar la intención de una persona de consumir drogas. Por favor seleccione una respuesta para cada pregunta, indicando qué es lo que más probablemente usted haría en cada situación. Use la escala de rango de abajo.

Este cuestionario se utiliza solamente para proyectos de evaluación. Toda la información se mantendrá confidencial. Consumo de drogas se refiere al uso prohibido o legal de psicotrópicos, por ejemplo, ketamina, marihuana, cristal, éxtasis, jarabe para la tos, solventes, etc, sin prescripción médica.

1.- Imagine que asistirá a una reunión en donde conocerá a nuevas personas. Usted siente que el consumir drogas lo relajará y hará sentirse más seguro de sí mismo. ¿Podría evitar consumir drogas?

Ciertamente si (7)	Muy probablemente si (6)	Probablemente si (5)	No podría saber (4)	Probablemente no (3)	Muy probablemente no (2)	Ciertamente no (1)

2.- Imagine que acaba de arruinar un buen empleo, se encuentra solo en casa y deprimido. ¿Cedería usted ante la tentación de consumir drogas que se encuentran en

Ciertamente si (7)	Muy probablemente si (6)	Probablemente si (5)	No podría saber (4)	Probablemente no (3)	Muy probablemente no (2)	Ciertamente no (1)

su propia casa?

3.- Imagine que se encuentra en casa con un ser querido, y se siente molesto después de una discusión. Usted desea reconciliarse, pero al mismo tiempo desea drogarse. ¿Podría resistir la tentación de consumir drogas?

Ciertamente	Muy	Probablemente	No podría	Probablemente	Muy	Ciertamente

si (7)	probablemente si (6)	si (5)	saber (4)	no (3)	probablemente no (2)	no (1)
--------	----------------------	--------	-----------	--------	----------------------	--------

4.- Imagine que se siente bien y no tiene responsabilidades durante un par de días. Lo único que impide que usted consuma un poco de drogas es la promesa que se había hecho a sí mismo de mantenerse limpio por 2 meses, y aún le faltan 3 semanas para cumplirlo. ¿Consumiría drogas?

Ciertamente si (7)	Muy probablemente si (6)	Probablemente si (5)	No podría saber (4)	Probablemente no (3)	Muy probablemente no (2)	Ciertamente no (1)

5.- Imagine que es tarde, no puede dormir y cuenta con drogas disponibles en casa. Usted ha decidido no consumir drogas. ¿Podría resistir la tentación de consumir drogas para ayudarlo a dormir?

Ciertamente si (7)	Muy probablemente si (6)	Probablemente si (5)	No podría saber (4)	Probablemente no (3)	Muy probablemente no (2)	Ciertamente no (1)

6.- Imagine que inicia un nuevo empleo mañana; tienes planes de salir con amigos y pasar un buen tiempo. ¿Podría resistir la tentación de celebrar con drogas?

Ciertamente si (7)	Muy probablemente si (6)	Probablemente si (5)	No podría saber (4)	Probablemente no (3)	Muy probablemente no (2)	Ciertamente no (1)

7.- Imagine que se encuentra en casa con su pareja, y muy molesto después de una discusión. Usted se encuentra tentado de vengarse de su pareja consumiendo drogas. ¿Cedería usted ante la tentación?

Ciertamente si (7)	Muy probablemente si (6)	Probablemente si (5)	No podría saber (4)	Probablemente no (3)	Muy probablemente no (2)	Ciertamente no (1)

8.- Imagine que una relación muy importante acaba de terminar, y usted está muy deprimido. ¿Caería en la tentación de consumir drogas?

Ciertamente si (7)	Muy probablemente si (6)	Probablemente si (5)	No podría saber (4)	Probablemente no (3)	Muy probablemente no (2)	Ciertamente no (1)

9.- Imagine que se acaba de encontrar con 2 amigos que están celebrando con drogas el haber ganado una carrera de caballos. ¿Podría resistir la presión de unirse a ellos a consumir drogas?

Ciertamente si (7)	Muy probablemente si (6)	Probablemente si (5)	No podría saber (4)	Probablemente no (3)	Muy probablemente no (2)	Ciertamente no (1)

10.- Imagine que se encuentra en una reunión y se siente tenso. La mayoría de la gente parece estar pasando un buen rato. Usted se siente tentado a consumir drogas para relajarse, ¿lo haría?

Ciertamente si (7)	Muy probablemente si (6)	Probablemente si (5)	No podría saber (4)	Probablemente no (3)	Muy probablemente no (2)	Ciertamente no (1)

11.- Imagine que usted se ha prometido a si mismo mantenerse limpio por 2 meses pero acaba de arruinar su record de 5 semanas con un trago o una inhalada. ¿Esta situación lo llevaría a consumir un segundo trago o inhalada?

Ciertamente si (7)	Muy probablemente si (6)	Probablemente si (5)	No podría saber (4)	Probablemente no (3)	Muy probablemente no (2)	Ciertamente no (1)

12.- Imagine que usted ha logrado mantenerse limpio por un tiempo casi record, pero anoche lo arruino. Por esa situación, usted se siente débil. ¿Consumiría drogas esta noche?

Ciertamente si (7)	Muy probablemente si (6)	Probablemente si (5)	No podría saber (4)	Probablemente no (3)	Muy probablemente no (2)	Ciertamente no (1)

13.- Imagine que se encuentra solo en casa y deprimido. ¿Podría resistir la tentación de salir a buscar algo de droga?

Ciertamente si (7)	Muy probablemente si (6)	Probablemente si (5)	No podría saber (4)	Probablemente no (3)	Muy probablemente no (2)	Ciertamente no (1)

14.- Imagine que un buen amigo lo acusó a usted de ser insensible. Ahora usted se siente herido y tentado a consumir drogas. ¿Podría resistir?

Ciertamente si (7)	Muy probablemente si (6)	Probablemente si (5)	No podría saber (4)	Probablemente no (3)	Muy probablemente no (2)	Ciertamente no (1)

15.- Imagine que un buen amigo se siente miserable. El desea que usted se le una en una fuerte discusión y consumir drogas para mejorar su ánimo. ¿Podría resistir la presión de consumir drogas?

Ciertamente si (7)	Muy probablemente si (6)	Probablemente si (5)	No podría saber (4)	Probablemente no (3)	Muy probablemente no (2)	Ciertamente no (1)

16.- Imagine que se encuentra solo en casa, es un fin de semana aburrido sin ninguna actividad en especial. Se encuentra aburrido. ¿Caería en la tentación de drogarse?

Ciertamente si (7)	Muy probablemente si (6)	Probablemente si (5)	No podría saber (4)	Probablemente no (3)	Muy probablemente no (2)	Ciertamente no (1)

Género: 1 masculino _____ 2 femenino _____

Edad: _____ años

¿Se ha unido a alguna de las siguientes actividades?

1.- _____

si _____ no _____

2.- _____

si _____ no _____

3.- _____

si _____ no _____

4.- _____

si _____ no _____

5.- _____

si _____ no _____

6.- _____

si _____ no _____

Questionnaire pre-activity assessment (back translated)

The following 16 situations could trigger the intent of a person using drugs. Please select an answer for each question indicating what you most likely do in every situation. Use the rating scale below.

This questionnaire is used only for evaluation projects. All information is kept confidential. Drug abuse refers to the use of banned or legal psychotropics, eg, ketamine, marijuana, crystal, ecstasy, cough syrup, solvents, etc, without a prescription.

1. Imagine attending a meeting where you will meet new people. You feel that the drugs will relax you and make you feel more confident. Could you avoid using drugs?

Certainly yes (7)	Very likely yes (6)	Probably yes (5)	Really can't say (4)	Probably no (3)	Very likely no (2)	Certainly no (1)

2. Imagine that just ruined a good job, is home alone and depressed. Do you give in to the temptation of drugs found in your own home?

Certainly yes (7)	Very likely yes (6)	Probably yes (5)	Really can't say (4)	Probably no (3)	Very likely no (2)	Certainly no (1)

3. Imagine yourself at home with a loved one, and is upset after an argument. You want to reconcile, but also want to get high. Could you resist the temptation to use drugs?

Certainly yes (7)	Very likely yes (6)	Probably yes (5)	Really can't say (4)	Probably no (3)	Very likely no (2)	Certainly no (1)

4. Imagine that you feel good and not have responsibilities for a couple of days. The only thing stopping you consume some drugs is the promise he had made to himself to stay clean for 2 months, and still missing three weeks to perform. ¿Consume drugs?

Certainly yes (7)	Very likely yes (6)	Probably yes (5)	Really can't say (4)	Probably no (3)	Very likely no (2)	Certainly no (1)

5. Imagine it's late, cannot sleep and have drugs available at home. You have decided not to take drugs. Could you resist the temptation to use drugs to help you sleep?

Certainly yes (7)	Very likely yes (6)	Probably yes (5)	Really can't say (4)	Probably no (3)	Very likely no (2)	Certainly no (1)

6. Imagine that you start a new job tomorrow; you have plans to go out with friends and have a good time. Could you resist the temptation to celebrate with drugs?

Certainly yes (7)	Very likely yes (6)	Probably yes (5)	Really can't say (4)	Probably no (3)	Very likely no (2)	Certainly no (1)

7. Imagine you are at home with your partner, and very upset after an argument. You are tempted to take revenge on their partner using drugs. Do you give in to temptation?

Certainly yes (7)	Very likely yes (6)	Probably yes (5)	Really can't say (4)	Probably no (3)	Very likely no (2)	Certainly no (1)

8. Imagine a very important relationship just ended, and you are very depressed. Do you would fall into the temptation of using drugs?

Certainly yes (7)	Very likely yes (6)	Probably yes (5)	Really can't say (4)	Probably no (3)	Very likely no (2)	Certainly no (1)

9. Imagine you just found with 2 friends who celebrate with drugs having won a race horse. Could you resist the pressure to join them to take drugs?

Certainly yes (7)	Very likely yes (6)	Probably yes (5)	Really can't say (4)	Probably no (3)	Very likely no (2)	Certainly no (1)

10. Imagine yourself in a meeting and feel tense. Most people seem to be having a good time. You're tempted to use drugs to relax, would you?

Certainly yes (7)	Very likely yes (6)	Probably yes (5)	Really can't say (4)	Probably no (3)	Very likely no (2)	Certainly no (1)

11. Imagine you've promised himself to stay clean for 2 months but just ruin his record of 5 weeks with a drink or inhaled. Does this situation would lead to consuming a second drink or inhaled?

Certainly yes (7)	Very likely yes (6)	Probably yes (5)	Really can't say (4)	Probably no (3)	Very likely no (2)	Certainly no (1)

12. Imagine that you have managed to stay clean for almost record time, but last night I screw. For this situation, you feel weak. ¿It will consume drugs tonight?

Certainly yes (7)	Very likely yes (6)	Probably yes (5)	Really can't say (4)	Probably no (3)	Very likely no (2)	Certainly no (1)

13. Imagine you are home alone and depressed. Could you resist the temptation to go find some dope?

Certainly yes (7)	Very likely yes (6)	Probably yes (5)	Really can't say (4)	Probably no (3)	Very likely no (2)	Certainly no (1)

14. Imagine that a good friend accused you of being insensitive. Now you feel hurt and tempted to use drugs. Could you resist?

Certainly yes (7)	Very likely yes (6)	Probably yes (5)	Really can't say (4)	Probably no (3)	Very likely no (2)	Certainly no (1)

15. Imagine that a good friend is miserable. He wants you to join her in a heated argument and using drugs to improve your mood. Could you resist pressure to use drugs?

Certainly yes (7)	Very likely yes (6)	Probably yes (5)	Really can't say (4)	Probably no (3)	Very likely no (2)	Certainly no (1)

16.-Imagine you are home alone, so is a boring week without any activity in particular. You feel bored. ¿Would fall into the temptation to get high?

Certainly yes (7)	Very likely yes (6)	Probably yes (5)	Really can't say (4)	Probably no (3)	Very likely no (2)	Certainly no (1)

Gender: 1 Male ____ 2 Female ____

Age: ____ years

Have you joined any of the following activities?

1. _____ yes ____ no ____

2. _____ yes ____ no ____

3. _____ yes ____ no ____

4. _____ yes ____ no ____

5. _____ yes ____ no ____

6. _____ yes ____ no ____

Cuestionario de evaluación pre-actividad (retraducido)

Las 16 siguientes situaciones podrían desencadenar la intención de una persona que usa drogas. Por favor seleccione una respuesta para cada pregunta indicando lo que más probable es que en todas las situaciones. Utilice la escala de calificación de abajo.

Este cuestionario se utiliza sólo para proyectos de evaluación. Toda la información se mantiene confidencial. El abuso de drogas se refiere al uso de psicotrópicos prohibidos o legales, por ejemplo, la ketamina, marihuana, cristal, éxtasis, jarabe para la tos, disolventes, etc, sin receta.

1. Imáginese asistir a una reunión donde se encontrará con gente nueva. Usted siente que los medicamentos relajarán y te hacen sentir más confianza. ¿Podría evitar el uso de drogas?

Ciertamente si (7)	Muy probablemente si (6)	Probablemente si (5)	En realidad no podría decir (4)	Probablemente no (3)	Muy probablemente no (2)	Ciertamente no (1)

2. Imagina que acaba de arruinar un buen trabajo, está solo en casa y deprimido. ¿Le da a la tentación de las drogas que se encuentra en su propia casa?

Ciertamente si (7)	Muy probablemente si (6)	Probablemente si (5)	En realidad no podría decir (4)	Probablemente no (3)	Muy probablemente no (2)	Ciertamente no (1)

3. Imáginese usted mismo en casa con un ser querido, y se siente mal después de una discusión. Usted quiere reconciliar, pero también quiere drogarse. ¿Podría resistir la tentación de consumir drogas?

Ciertamente si (7)	Muy probablemente si (6)	Probablemente si (5)	En realidad no podría decir (4)	Probablemente no (3)	Muy probablemente no (2)	Ciertamente no (1)

4. Imagine que usted se siente bien y no tienes responsabilidades por un par de días. La único que impide que usted consume drogas es la promesa que había hecho a sí mismo para mantenerse limpio durante 2 meses, y todavía faltan tres semanas para llevar a cabo. ¿Consumir drogas?

Ciertamente si (7)	Muy probablemente si (6)	Probablemente si (5)	En realidad no podría decir (4)	Probablemente no (3)	Muy probablemente no (2)	Ciertamente no (1)

5. Imagínese que es tarde, no puede dormir y tener los medicamentos disponibles en el hogar. Usted ha decidido no tomar drogas. ¿Podría resistir la tentación de utilizar medicamentos para ayudarle a dormir?

Ciertamente si (7)	Muy probablemente si (6)	Probablemente si (5)	En realidad no podría decir (4)	Probablemente no (3)	Muy probablemente no (2)	Ciertamente no (1)

6. Imagine que se inicia un nuevo trabajo mañana; usted tiene planes para salir con los amigos y pasar un buen rato. ¿Podría resistir la tentación de celebrar con drogas?

Ciertamente si (7)	Muy probablemente si (6)	Probablemente si (5)	En realidad no podría decir (4)	Probablemente no (3)	Muy probablemente no (2)	Ciertamente no (1)

7. Imagine que está en casa con su pareja, y muy molesto después de una discusión. Usted está tentado a vengarse de su pareja usando drogas. ¿Le da a la tentación?

Ciertamente si (7)	Muy probablemente si (6)	Probablemente si (5)	En realidad no podría decir (4)	Probablemente no (3)	Muy probablemente no (2)	Ciertamente no (1)

8. Imagínesse una relación muy importante que acaba de terminar, y usted está muy deprimido. ¿Es usted caería en la tentación de consumir drogas?

Ciertamente si (7)	Muy probablemente si (6)	Probablemente si (5)	En realidad no podría decir (4)	Probablemente no (3)	Muy probablemente no (2)	Ciertamente no (1)

9. Imagínesse que usted acaba de encontrar con 2 amigos que celebran con drogas después de haber ganado una carrera de caballos. ¿Podría resistir la presión para unirse a ellos a tomar drogas?

Ciertamente si (7)	Muy probablemente si (6)	Probablemente si (5)	En realidad no podría decir (4)	Probablemente no (3)	Muy probablemente no (2)	Ciertamente no (1)

10. Imagínesse en una reunión y se siente tenso. La mayoría de la gente parece estar teniendo un buen momento. Estás tentado a usar drogas para relajarse, ¿verdad?

Ciertamente si (7)	Muy probablemente si (6)	Probablemente si (5)	En realidad no podría decir (4)	Probablemente no (3)	Muy probablemente no (2)	Ciertamente no (1)

11. Imagínesse usted ha prometido a sí mismo para mantenerse limpio durante 2 meses, pero sólo arruinar su récord de 5 semanas con una copa o se inhala. ¿Esta situación llevaría a consumir una segunda copa o inhalado?

Ciertamente si (7)	Muy probablemente si (6)	Probablemente si (5)	En realidad no podría decir (4)	Probablemente no (3)	Muy probablemente no (2)	Ciertamente no (1)

12. Imagínese que usted ha logrado mantenerse limpia para el tiempo casi récord, pero anoche meto la pata. Por esta situación, se siente débil. ¿Se va a consumir drogas de esta noche?

Ciertamente si (7)	Muy probablemente si (6)	Probablemente si (5)	En realidad no podría decir (4)	Probablemente no (3)	Muy probablemente no (2)	Ciertamente no (1)

13 Imagina que estás en casa solo y deprimido. ¿Podría resistir la tentación de ir a buscar algo de droga?

Ciertamente si (7)	Muy probablemente si (6)	Probablemente si (5)	En realidad no podría decir (4)	Probablemente no (3)	Muy probablemente no (2)	Ciertamente no (1)

14 Imagina que un buen amigo le acusó de ser insensible. Ahora te sientes herido y la tentación de consumir drogas. ¿Podría resistir?

Ciertamente si (7)	Muy probablemente si (6)	Probablemente si (5)	En realidad no podría decir (4)	Probablemente no (3)	Muy probablemente no (2)	Ciertamente no (1)

15. Imagina que un buen amigo es miserable. Él quiere que se una a ella en una acalorada discusión y el uso de drogas para mejorar su estado de ánimo. ¿Podría resistir la presión de usar drogas?

Ciertamente si (7)	Muy probablemente si (6)	Probablemente si (5)	En realidad no podría decir (4)	Probablemente no (3)	Muy probablemente no (2)	Ciertamente no (1)

16.-Imagina que estás solo en casa, por lo que es una semana aburrida y sin ninguna actividad en particular. Se siente aburrido. ¿Sería caer en la tentación de drogarse?

Ciertamente si (7)	Muy probablemente si (6)	Probablemente si (5)	En realidad no podría decir (4)	Probablemente no (3)	Muy probablemente no (2)	Ciertamente no (1)

Género: 1 masculino _____ 2 femenino _____

Edad: _____ años

¿Se ha unido a alguna de las siguientes actividades?

1.- _____

si _____ no _____

2.- _____

si _____ no _____

3.- _____

si _____ no _____

4.- _____

si _____ no _____

5.- _____

si _____ no _____

6.- _____

si _____ no _____

Agradecimientos...

Primeramente y como en todos mis proyectos realizados, agradezco a mi familia por su gran e incondicional apoyo, a mi esposo por acompañarme de la mano en este camino hacia mi crecimiento personal y profesional a pesar de todos los obstáculos que se presentaron, a mis hijos por permitirme tomar el tiempo para recorrer este trayecto, a mis compañeros Alan e Inés por haberme dejado convercerlos de trabajar conmigo en esta cálida ciudad y haberse convertido en dos de mis mejores amigos y colegas, a mis pacientes quienes me permitieron aprender de ellos y por último a todo el personal que labora en el Instituto de Psiquiatría del Estado de Baja California por darme la oportunidad de ser parte de su equipo de trabajo, por todas sus enseñanzas y ser siempre bienvenida y bien recibida por ellos.

Mil gracias a todos.