

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN  
FACULTAD DE ENFERMERÍA  
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



PERCEPCIÓN DE AUTOEFICACIA Y CONSUMO DE DROGAS  
EN PERSONAS QUE RECIBEN TRATAMIENTO

Por

LIC. GUSTAVO PADRÓN DELGADO

Como requisito parcial para obtener el grado de  
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA  
Con Énfasis en Salud Comunitaria

JULIO, 2005



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN  
FACULTAD DE ENFERMERÍA  
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



PERCEPCIÓN DE AUTOEFICACIA Y CONSUMO DE DROGAS  
EN PERSONAS QUE RECIBEN TRATAMIENTO

Por

LIC. GUSTAVO PADRÓN DELGADO

Asesor Estadístico

MARCO VINICIO GOMEZ MEZA PhD

Como requisito parcial para obtener el grado de  
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA  
Con Énfasis en Salud Comunitaria

JULIO, 2005

PERCEPCIÓN DE AUTOEFICACIA Y CONSUMO DE DROGAS EN PERSONAS  
QUE RECIBEN TRATAMIENTO

Aprobación de Tesis

---

MSP. Lucio Rodríguez Aguilar

Director de Tesis

---

MSP. Lucio Rodríguez Aguilar

Presidente

---

MCE. Santiago E. Esparza Almanza

Secretario

---

MSP. María Magdalena Alonso Castillo

Vocal

---

MSP. María Magdalena Alonso Castillo

Subdirector de Posgrado e Investigación

## Agradecimientos

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT), por la oportunidad de ser becario lo cual me permitió superarme profesionalmente.

A la Universidad Autónoma de Nuevo León y la Facultad de Enfermería por la oportunidad de realizar la Maestría en Ciencias de Enfermería y desarrollarme profesionalmente.

A la Escuela de Enfermería Dr. Santiago Valdés Galindo (U.A.deC.) por el impulso al desarrollo profesional. Muchas gracias.

Al personal directivo y administrativo de los Centros de Integración Juvenil (CIJ), por la facilidades brindadas para la realización del estudio.

Al personal docente que participó en mi formación por toda su enseñanza y ayuda para el logro de la meta alcanzada. Muchas gracias.

A mi director de tesis MSP. Lucio Rodríguez Aguilar por compartir conmigo sus conocimientos, experiencia, tiempo y dedicación, muchas gracias por el apoyo brindado para la realización del trabajo de investigación.

A la MSP. María Magdalena Alonso Castillo, MCE. Santiaga E. Esparza Almanza por sus comentarios y aportaciones para enriquecer el presente estudio.

## Dedicatoria

A Dios

Por llevarme siempre de su mano, por fortalecerme en todo momento, por guiarme por el buen camino y sobre todo por seguir dándome la oportunidad de crecer día con día, Gracias padre mío.

A mis padres

Por haber sido instrumento de dios para darme la vida, porque sin ella no hubiera sido posible lograr lo que soy, Gracias por todo el apoyo y comprensión que siempre he recibido para superarme, porque sin ella no lo hubiera logrado.

A mis hermanos

Claudia Elizeth, Estefanía, Hugo Armando y Jacqueline por estar siempre a mi lado y por apoyarme siempre, Gracias los quiero mucho.

A la MCE. Elda Gloria Montemayor , gracias por el apoyo y la oportunidad que me brindo para realizar la Maestría en Ciencias de Enfermería.

A la Lic. Iris Yadira Garza Rodríguez, gracias por escucharme y ayudarme porque sin ti hubiera sido más difícil, gracias por formar parte de mi vida y vivir este proceso a mi lado.

A todas aquellas personas que me dieron un consejo, una palabra alentadora y que me motivaron a seguir adelante gracias por ser parte de ustedes.

## RESUMEN

Gustavo Padrón Delgado  
Universidad Autónoma de Nuevo León  
Facultad de Enfermería

Fecha de Graduación: Julio 2005

Título del Estudio: PERCEPCIÓN DE AUTOEFICACIA Y CONSUMO DE  
DROGAS EN PERSONAS QUE RECIBEN TRATAMIENTO

Número de Páginas: 54

Candidato para Obtener el Grado de  
Maestría en Ciencias de Enfermería con

Área de Estudio: Salud Comunitaria

Énfasis en Salud Comunitaria

**Propósito y Método del Estudio:** El propósito del estudio fue describir la percepción de autoeficacia en las personas que reciben tratamiento por uso de drogas. El estudio se fundamentó en la teoría de Autoeficacia (Bandura, 1977) en la categoría de acción. El diseño fue descriptivo y de correlación. El muestreo fue no probabilístico por conveniencia y la muestra se calculó para la prueba paramétrica t de Student para muestras relacionadas, con un nivel de confianza del 95%, con un tamaño de efecto medio de .5 y una potencia del 87%, el tamaño de muestra fue de 91 personas en tratamiento. Los instrumentos utilizados fueron el Cuestionario de Confianza de Uso de Drogas [DTCQ] (Annis, Sklar & Turner, 1997) el cual mostró consistencia interna de .96 y una Encuesta de Historial de Consumo de Drogas (EHCD).

**Contribuciones y Conclusiones** El estudio permitió verificar empíricamente las diferencias en la percepción de autoeficacia según consumo o no consumo de drogas durante el tratamiento, además las diferencias de la percepción de autoeficacia por la droga de impacto. La muestra presentó una media de edad de 23.3 años y una media 9.9 años de escolaridad. La principal droga de impacto fue la cocaína con el 40.6%. El 34.7% de la muestra refirió consumo de drogas durante el tratamiento, las de mayor consumo fueron el alcohol y la cocaína con el 15.4% y 14.3% respectivamente. El índice de autoeficacia general presentó diferencia significativa con el consumo de droga durante el tratamiento ( $U = 680.0, p = .018$ ) con una mediana mayor para los participantes que no consumen ( $Mdn = 65$ ) además se encontraron diferencias significativas en algunas de las subescalas de autoeficacia con el consumo y no consumo de drogas durante el tratamiento como emociones no placenteras ( $U = 683.0, p = .019, Mdn = 82$ ), impulsos y tentaciones ( $U = 704.5, p = .029, Mdn = 80$ ), conflictos con otros ( $U = 718.0, p = .039, Mdn = 88$ ), presión social ( $U = 705.5, p = .029, Mdn = 80$ ) y momentos placenteros con otros ( $U = 603.0, p = .003, Mdn = 88$ ). No se encontraron diferencias significativas en el índice general de autoeficacia por tipo de droga de impacto ( $H = 5.371, p = .251$ ), sin embargo se encontró diferencia significativa en las subescalas; conflictos con otros presentando una media mayor el alcohol ( $H = 9.895, p = .042$ ) y emociones placenteras con una media mayor para otras drogas (Crack y Ketamina) ( $H = 23.430, p = .001$ ). Como hallazgo adicional se encontró diferencia significativa de la droga de impacto y el consumo de droga durante el tratamiento ( $\chi^2 = 92.790, p = .001$ ).

FIRMA DEL DIRECTOR DE TESIS \_\_\_\_\_

## Tabla de Contenido

Contenido	Página
Capítulo I	
Introducción	1
Marco Teórico Conceptual	5
Estudios Relacionados	7
Preguntas de Investigación	11
Definición de Términos	11
Capítulo II	
Metodología	13
Diseño del Estudio	13
Población, Muestreo y Muestra	13
Instrumentos	14
Procedimiento de Recolección de Datos	15
Consideraciones Éticas	16
Análisis de Datos	17
Capítulo III	
Resultados	18
Confiabilidad del Instrumento de Estudio	18
Estadística Descriptiva	19
Resultados de la Prueba de Normalidad	22
Estadística Inferencial	23
Hallazgos Adicionales	29
Capítulo IV	
Discusión	31

Contenido	Página
Conclusiones	34
Recomendaciones	35
Referencias	36
Apéndices	39
A Encuesta Sobre Historial de Consumo de Drogas	40
B Cuestionario de Confianza de Uso de Drogas	42
C Consentimiento Informado para Participantes	46
D Consentimiento Informado para Padres de Familia	47
E Autorización del Estudio	48
F Carta Gráfica para Cuestionario de Uso de Drogas DTCQ	49
G Frecuencias y Porcentajes del Cuestionario de Confianza de Uso de Drogas DTCQ	50

## Lista de Tablas

Tablas	Página
1 Coeficiente de confiabilidad alpha de cronbach	18
2 Datos de identificación de pacientes que reciben tratamiento	19
3 Historial del consumo de drogas en personas que reciben tratamiento	20
4 Consumo de drogas en personas que reciben tratamiento	21
5 Situaciones en que las personas refieren poca confianza para resistir el deseo de usar drogas	21
6 Descripción de variables y prueba de normalidad Kolmogorov – Smirnov	22
7 Prueba U de Mann – Whitney para autoeficacia y consumo de droga durante el tratamiento	23
8 Prueba U de Mann – Whitney para emociones no placenteras y consumo de drogas durante el tratamiento	24
9 Prueba U de Mann – Whitney para impulsos y tentaciones y consumo de drogas durante el tratamiento	25
10 Prueba U de Mann – Whitney para conflictos con otros y consumo de drogas durante el tratamiento	25
11 Prueba U de Mann – Whitney para presión social y consumo de drogas durante el tratamiento	26
12 Prueba U de Mann – Whitney para momentos placenteros con otros y consumo de drogas durante el tratamiento	26
13 Prueba Kruskal – Wallis para autoeficacia por tipo de droga de impacto	27

Tablas	Página
14 Prueba de Kruskal – Wallis para conflictos con otros por tipo de droga de impacto	28
15 Prueba de Kruskal – Wallis para emociones placenteras por tipo de droga de impacto	28
16 Chi cuadrada de Pearson para droga de impacto y consumo de droga durante el tratamiento	29
17 Droga de impacto y consumo de drogas durante el tratamiento	30

## RESÚMEN AUTOBIOGRÁFICO

Candidato para obtener el Grado de Maestría en Ciencias de Enfermería con Énfasis en  
Salud Comunitaria

Tesis: PERCEPCIÓN DE AUTOEFICACIA Y CONSUMO DE DROGAS  
EN PERSONAS QUE RECIBEN TRATAMIENTO

Área de Estudio: Salud Comunitaria

Biografía: Nacido en el Estado de Nuevo León, Galeana el 08 de Agosto de 1981,  
hijo del Sr. Venancio Padrón Camarillo y la Sra. Blanca Hidalía  
Delgado Rodríguez.

Educación: Egresado de la Escuela de Licenciatura en Enfermería Dr. Santiago Valdés  
Galindo de la Universidad Autónoma de Coahuila (U.A.deC.) con grado de Lic. en  
Enfermería en el año 2002. Becario del (CONACYT) Consejo Nacional de Ciencia y  
Tecnología en la Maestría en Ciencias de Enfermería durante el periodo que comprende  
2003 – 2005.

E-mail. [padrón\\_087@hotmail.com](mailto:padrón_087@hotmail.com)

## Capítulo I

### Introducción

El abuso y dependencia a sustancias adictivas es un problema que no es exclusivo de nuestra época ni de nuestro país. Desde tiempos remotos el ser humano ha hecho uso de una o varias sustancias con fines religiosos, médicos y ceremoniales. En las tres últimas décadas esta práctica se ha extendido a grandes sectores de la población mundial y en la mayoría de los países representa un grave problema social y de salud pública que afecta preponderantemente a la población joven. Se reconoce que el consumo de drogas es causa de daños a la salud, afecta en el rendimiento académico, la productividad en el empleo y la desintegración en la familia. También se conoce que las drogas se asocian de manera directa o indirecta con la ocurrencia de accidentes, actos violentos y delictivos, homicidios y suicidios (Centro de Integración Juvenil [CIJ], 2003).

Por estas razones el uso y abuso de las drogas es sumamente complejo dado los problemas asociados que ocasiona en las personas que las consumen como; trastornos físicos, dependencia psicológica, enfermedades mentales, además de las consecuencias de tipo laboral y social que hacen que los trastornos adictivos sean mucho más difíciles de tratar (National Institute of Drugs Abuse [NIDA], 2003).

La adicción a las drogas es un trastorno cerebral mediado neuro-biológicamente en el sistema mesocórtico-límbico dopaminérgico, lugar donde se genera el circuito de la recompensa que al ser estimulado provoca una sensación de placer; su acción es fundamental; y cuando este es estimulado por el uso de drogas se convierte en la base de la adicción, estableciendo la necesidad de la droga y la dependencia a la misma (Nestler & Malenka, 2004). Por lo tanto el uso de sustancias adictivas representa un desorden recurrente que requiere de tratamiento especializado, que incluya un conjunto de servicios y de intervenciones que satisfagan las múltiples necesidades del individuo. El

tratamiento de las adicciones es un proceso prolongado y difícil, por medio del cual se pretende reducir o eliminar el consumo de drogas lícitas e ilícitas; la atención en México se ofrece en centros especializados, hospitales para el tratamiento de cuadros agudos, en comunidades terapéuticas, en consultorios privados y en grupos de ayuda mutua. El tipo de tratamiento es individualizado y depende del tipo de droga impacto, de la historia de consumo y de las necesidades del paciente (Guisa, 2003).

En México, se ha documentado sobre las principales características sociodemográficas de las personas que reciben tratamiento, de acuerdo a los datos que se reportan los hombres son los que más solicitan atención, con una razón de 5.9 por cada mujer, la edad promedio es de 24.5 años, sin embargo un 29.8% de los usuarios tienen de 15 a 19 años de edad. El 60.1% refirió ser soltero, el 23.2% casado y el 10.1% vivir en unión libre. El 45.3% afirmó cursar o haber cursado algún grado de instrucción secundaria, el 20.3% instrucción primaria y con estudios de nivel profesional el 6.9%. En relación con la ocupación el 51.8% refirió trabajar, y el 25.2% estar desocupado (CIJ, 2000).

La edad de inicio al uso de drogas lícitas (tabaco y alcohol) que reportaron fue en promedio a los 14.8 años de edad y para el consumo de drogas ilícitas fue a los 17 años de edad. Las principales drogas de inicio fueron el tabaco con 35.8%, alcohol (32.4%), marihuana (13.5%), solventes inhalables (9.1%), cocaína (5.2%) y en proporciones menores se ubicó el crack, los tranquilizantes, las metanfetaminas y el rohypnol. La principal droga de impacto, la cual se refiere a la droga que les ha producido mayor daño a su salud o afectado seriamente el área familiar, legal o laboral y que fue el motivo por el que solicitan atención en los centros de tratamiento fue la cocaína (28.5%), marihuana (18.1%), alcohol (14.7%), solventes inhalables (10.8%), crack (8.8%) y el tabaco (8%) (CIJ, 2003).

Por otra parte se ha observado que los principales problemas que presentan las personas durante el tratamiento son los estados emocionales negativos como estar

deprimido por cosas en general, sentirse confundido sobre lo que debe hacer, empezar a sentirse culpable por algo; el conflicto interpersonal como estar tenso o intranquilo por la presencia de alguien, tener problemas con los compañeros de trabajo; y por último la presión social como salir con amigos y que sugieran usar drogas. Estas situaciones provocan que un porcentaje considerable de personas que reciben atención no terminen su tratamiento, y las que logran este objetivo cuando llega el momento de dejar el centro de tratamiento se sienten abrumadas por emociones contradictorias, el miedo a volver a la adicción activa quizá sea la más importante, (Secretaría de salud, 2003).

Una teoría que se ha abordado y analizado para explicar las modificaciones de las conductas adictivas es la teoría de autoeficacia propuesta por Bandura (1977), y ha sido definida como la creencia subjetiva de la persona acerca de su capacidad para realizar o modificar una conducta específica y producir cierto resultado.

Las creencias de las personas en relación a la percepción de autoeficacia desempeñan un rol importante en el mejoramiento de la salud, permite a la persona ejercer cierto control conductual sobre la calidad de su salud e influyen en cada una de las tres fases básicas del cambio personal, estas son: la iniciación de esfuerzos para modificar los hábitos de la salud, la movilización de la autoeficacia necesaria para obtener éxitos y el mantenimiento sostenible de los cambios logrados (Bandura, 1997).

Se ha documentado también que la percepción de autoeficacia desempeña un papel único en el área de las conductas adictivas y que tales creencias de autoeficacia pueden influir en el proceso de modificación de la conducta; la que conlleva al cese de tales hábitos y al mantenimiento de la abstinencia o consumo moderado de la sustancia (Marlatt, Baer & Quigley, 1995). Algunos estudios realizados en población norteamericana y europea en personas que reciben tratamiento por uso de drogas han reportado que aquellos con consumo grave de alcohol tienen significativamente menos autoeficacia que los que no consumen. También se ha encontrado que existe un efecto significativo de género con la autoeficacia, los pacientes del sexo masculino perciben

menos autoeficacia que las mujeres al momento de estar expuestos a situaciones riesgosas. Otros estudios han reportado relación de alta autoeficacia con el bajo consumo de alcohol y mariguana; así mismo la dificultad percibida para suspender el consumo de drogas se ha asociado con la baja autoeficacia (Goldbeck, Myatt & Aitchison, 1997; Sklar & Turner, 1999, Skutle, 1999<sup>b</sup>).

En México los estudios que se han realizado no han sido en poblaciones bajo tratamiento, se ha estudiado el concepto de autoeficacia percibida en trabajadores de la salud y en jóvenes universitarios y han encontrado relación negativa y significativa de la autoeficacia percibida con el consumo de alcohol, reportando que a mayor autoeficacia percibida menor consumo de alcohol (Lozano, 2001; Maya, 2002). Sin embargo no se localizaron estudios donde se haya explorado el concepto de autoeficacia en personas que estén bajo tratamiento por consumo de drogas lícitas e ilícitas, por lo que resultó importante realizar un estudio en pacientes que estuvieran en tratamiento para describir en ellos la autoeficacia y el consumo de drogas lícitas e ilícitas. También se ha reportado en algunos estudios que durante el tratamiento continua el consumo de drogas lo que muestra la presencia de baja autoeficacia y desencadenar sentimientos de inseguridad para resistir el deseo de consumir drogas (Rodríguez, 2004; Rounds, Flynn & Craighead, 1997).

Por todo lo anterior el propósito del presente estudio fue describir la percepción de autoeficacia en las personas que reciben tratamiento por uso drogas en instituciones gubernamentales del área metropolitana de Monterrey, N.L; para tal efecto se realizó un estudio descriptivo.

El estudio contribuye en aportar datos epidemiológicos, así como ampliar y profundizar el conocimiento de la percepción de autoeficacia en las personas que reciben tratamiento de acuerdo a la droga de impacto. En un futuro se espera que los hallazgos del presente estudio sean incorporados en el desarrollo de estrategias de intervención.

### *Marco Teórico Conceptual*

El sustento teórico del presente estudio se deriva de la teoría cognitivo-social de Bandura (1977), la cual señala que los individuos poseen un sistema interno propio que sirve de referencia en el control de sus pensamientos, sentimientos, motivaciones y conductas. El individuo interpreta los resultados de sus acciones a través del análisis de su propia conducta y del medio ambiente, derivando de ello o constituyendo sus creencias personales que a su vez le permiten conjeturar de su desempeño posterior.

La teoría de autoeficacia propone que los cambios positivos en el comportamiento son resultado de una expectativa de alta eficacia personal, que consolida la confianza de las personas para manejar las situaciones de alto riesgo. La imposibilidad para manejar las situaciones de alto riesgo se ha observado como un predictor frecuente de la recaída en el tratamiento de las adicciones.

La autoeficacia, concepto propuesto por Bandura (1977), ha sido definido ampliamente como la creencia subjetiva de la persona acerca de su capacidad para realizar o modificar una conducta. Dada la complejidad del concepto, los estudios sobre las conductas adictivas han sugerido la diferenciación de autoeficacia (Bandura, 1999), propone las siguientes cinco categorías de autoeficacia las cuales son autoeficacia de resistencia, para la reducción del mal, de acción, de manejo y de recuperación.

Para el presente estudio se utilizó el concepto percepción de autoeficacia en la categoría de acción, la cual es referida como la confianza en las propias capacidades de la persona para alcanzar la meta deseada de la abstinencia o del consumo controlado. La autoeficacia de acción puede evaluarse tanto en los individuos que tratan cambiar sin ayuda, como en aquellos que participan en grupos de auto-ayuda o los que solicitan atención profesional en instituciones especializadas de tratamiento por uso de drogas.

Las drogas según la Secretaria de Salud (1999) se definen como aquellas sustancias que modifican la percepción, la sensación, el estado de ánimo y la actividad tanto física como mental del individuo y se clasifican en lícitas e ilícitas. El tabaco y

alcohol; son sustancias legalizadas para su consumo en todo el territorio nacional por personas mayores de edad y éstas pueden crear adicción. El tabaco es una sustancia que se considera lícita la cual se obtiene de la planta nicotina tabacum y sus sucedáneos. En su forma natural o modificada para las diferentes presentaciones, que se utilizan para fumar, masticar o aspirar.

La sustancia activa del tabaco es la nicotina, la cual produce efectos estimulantes del sistema nervioso central y se asocia con múltiples repercusiones en la salud del individuo, afectando además sus ámbitos social y económico; para su venta y uso legal en México se ha reglamentado que sea en personas mayores de 18 años de edad (Secretaría de salud, 1999).

Respecto al consumo de alcohol, esta es una sustancia que se incluye en la clasificación de droga por sus propiedades farmacológicas, psicotrópicas y su potencialidad adictiva. Las bebidas alcohólicas son aquellas que contienen alcohol etílico en una proporción de 2% hasta el 55% en volumen, provocan alteraciones metabólicas, fisiológicas y de la conducta debido a que el alcohol tiene una acción depresora en el sistema nervioso central y sus efectos pueden provocar múltiples repercusiones en la salud del individuo y en los ámbitos social y económico (Tapia, 2001).

En cuanto a las drogas ilícitas son sustancias que alteran alguna función mental o física que tiene la posibilidad de dar origen a una adicción y originar cuadros psicóticos; las cuales pueden ser de uso médico, industrial, natural y de diseño se incluyen drogas alucinógenas como la marihuana; estimulantes del sistema nervioso central como la cocaína y los inhalables; drogas depresoras del sistema nervioso central como la heroína, su uso esta prohibido en todo el territorio nacional.

Para este estudio se considera la droga de inicio y la droga de impacto. La droga de inicio se refiere a la sustancia consumida por primera vez por el paciente, la droga de impacto es la droga cuyo uso refieren las personas les ha producido mayor

daño a su salud o afectado seriamente en el área familiar, legal o laboral y es la droga por la que se demanda el tratamiento.

### *Estudios Relacionados*

En el siguiente apartado se describen en primer lugar los estudios sobre autoeficacia en personas que reciben tratamiento por consumo de alcohol, en segundo lugar estudios sobre autoeficacia en personas que reciben tratamiento de alcohol y drogas ilícitas, y por último estudios sobre autoeficacia y consumo de alcohol en población de trabajadores.

Skutle (1999<sup>a</sup>) realizó un estudio sobre la relación que existe entre autoeficacia y gravedad del abuso de alcohol, en una muestra de 203 varones en tratamiento por consumo de alcohol en Bergen, Noruega, la edad promedio de los participantes fue 42.8 años ( $DE = 8.9$ ). En relación con los años de escolaridad el promedio fue de 10.5 años. Con respecto al estado civil y ocupación, 65% eran solteros y el 49% contaban con empleo. La gravedad del abuso de alcohol estuvo significativamente asociada con la autoeficacia ( $F [2, 201] = 4.5, p < 0.05$ ). El análisis de Bonferroni demostró que las personas con un consumo grave de alcohol tenían significativamente menos autoeficacia que los que no consumen.

Goldbeck et al. (1997) estudiaron la autoeficacia en personas con problemas en su manera de beber en un centro de tratamiento en los Estados Unidos, la muestra estuvo conformada por 63 pacientes, la edad promedio fue de 44 años ( $DE = 9.4$  años). En relación al género 62% eran del sexo masculino y 38% del sexo femenino. El 43% refirió vivir sólo, 76% eran solteros, separados, divorciados o viudos y un 24% casados. El 25% tenían alguna forma de empleo, la edad promedio de inicio de consumo de alcohol fue de 21 años, el 91% habían recibido tratamiento previo por su problema con el alcohol y 11% tuvieron contacto continuo con el programa de alcohólicos anónimos antes de la admisión. Obteniendo como resultado que los pacientes con mayor

autoeficacia tuvieron mayor capacidad para abstenerse del consumo de alcohol ( $r_s = 0.27, p < 0.001$ ), con menos necesidad de ayuda ( $r_s = -0.25, p < 0.01$ ) y con menor dificultad para resistir el consumo de alcohol ( $r_s = -0.30, p < 0.001$ ).

Skutle (1999<sup>b</sup>) con el objetivo de determinar la importancia del género y el estado civil con la autoeficacia en consumidores de alcohol que asistían a centros de tratamiento en Bergen, Noruega; realizó un estudio transversal, la muestra estuvo compuesta por 256 pacientes voluntarios de los cuales el 78% eran del sexo masculino y 22% del femenino. La media de edad de los participantes del sexo masculino fue de 42.6 años ( $DE = 8.8$ ) y para el sexo femenino fue de 40.7 años ( $DE = 9.3$ ), el 68% de los participantes eran solteros y el 32% eran casados. Los resultados a través del análisis multivariado mostró efecto significativo de género con la autoeficacia ( $F [1, 258] = 2.26, p < 0.05$ ), los pacientes del género masculino tenían perceptiblemente menos autoeficacia en las subescalas estados emocionales negativos, ( $F [1, 258] = 8.3, p < 0.05$ ) y estados emocionales agradables, ( $F (1, 258) = 5.6, p < 0.05$ ). El análisis de varianza demostró una diferencia significativa de autoeficacia y género ( $F [1, 258] = 4.1, p < 0.05$ ) las mujeres presentaron mayor autoeficacia que los hombres.

Sklar y Turner (1999) realizaron un estudio sobre autoeficacia y el consumo de alcohol, marihuana y cocaína en 713 personas en tratamiento que se encontraban internados en una institución especializada en la ciudad de Toronto, Canadá; las drogas motivo del internamiento fueron; por alcohol (48.2%), cocaína (35.5%), heroína (7.4%) marihuana (6%) y otras (2.8%). El 33.4% de los participantes era la primera vez que solicitaban tratamiento. El 75.9% eran del sexo masculino y 24.1% del sexo femenino. Los pacientes que ingresaron por consumo de alcohol contaban con mayor edad que los que ingresaron por consumo de drogas ilícitas ( $t = 8.78, p < 0.01$ ). El 34.5% eran casados, 39% solteros y el 25.8% divorciados o separados. Los niveles más altos de autoeficacia se asociaron con el bajo consumo de alcohol y marihuana

( $r_s = -0.25$ ,  $r_s = -0.36$ ;  $p < 0.001$ ). Los niveles más bajos de autoeficacia se asociaron con la baja capacidad de resistirse al consumo de cocaína ( $r_s = -0.42$ ,  $p < 0.001$ ), es decir, que las personas que reportan niveles más bajos de autoeficacia presentan mayor dificultad para manejar el deseo de consumo de cocaína.

Rounds et al. (1997) estudiaron la relación que existe entre la autoeficacia y el consumo de drogas en 294 personas en rehabilitación por consumo de cocaína en Nueva York, EUA. Las personas pertenecientes a la muestra en su mayoría eran del sexo masculino (67%), con una media de edad de 32 años y 12 años de escolaridad; los resultados mostraron correlación negativa de la autoeficacia con la frecuencia de consumo de cocaína al mes de tratamiento ( $r = -0.22$ ,  $p < .0001$ ) y a los tres meses de estar recibiendo atención. ( $r = -0.39$ ,  $p < .0001$ )

Elifson, Klein y Strek (2003) se plantearon como objetivo examinar la percepción de la autoeficacia para el uso de drogas en circunstancias específicas en un estudio con 125 consumidores de drogas que se encontraban en tratamiento en EUA, reportaron asociación significativa de la percepción de autoeficacia con el consumo de drogas ( $r = 0.30$ ,  $p < .001$ ). Con una varianza de 47.3% la percepción de la autoeficacia en situaciones específicas fue; si estuviera con amigos y quisiera aumentar la diversión, cuando están felices y celebrando algo, cuando están viendo a alguien usando y disfrutando drogas y si estuvieran con alguien que está usando drogas.

Rodríguez (2004) realizó un estudio en 61 participantes que se encontraban en tratamiento por consumo de drogas de los cuales el 95.1% eran del sexo masculino y el 4.9% del femenino, el 41% contaba con pareja y el 73.8% tenía trabajo. La droga de impacto que reportaron con mayor proporción fue la cocaína 47.6%, seguida del alcohol 29.5 % y marihuana 18%.

Kleinman, Millery, Scimeca y Polissar (2002) realizaron un estudio en 279 individuos que siguieron un tratamiento para la desintoxicación entre agosto de 1998 a septiembre 1999 en la ciudad de Nueva York, reportaron una media de edad de 36.7

años, el 75% fue de sexo masculino, 58% eran latinos, un 64% con 10 a 12 años de escolaridad, la mayoría de los sujetos eran consumidores de heroína (41%), seguido de cocaína (23%), la media de edad de inicio del consumo fue de 18.3 años, observando que el 23% inició el consumo antes de los 16 años de edad, y un 33% reportó estar consumiendo sustancias entre 11 a 19 años y un 27% entre 7 a 10 años de edad.

En relación a los estudios realizados en otras poblaciones, Lozano en el 2001 estudió a 140 universitarios y encontró que la autoeficacia tiene un efecto significativo con el consumo del alcohol  $F[1,138] = 7.46$   $p < 0.007$ ,  $R^2 = 5\%$ ). Este efecto encontrado fue reportado de forma negativa y significativa ( $t = -2.73$ ,  $p < 0.007$ ).

Maya (2002) realizó un estudio con el propósito de conocer la relación de algunos factores sociodemográficos y la autoeficacia percibida con el consumo de alcohol en trabajadores de la salud, los resultados obtenidos mencionan que existe una relación negativa y significativa de la autoeficacia percibida con el consumo de alcohol en trabajadores de la salud ( $r_s = -0.41$ ,  $p < 0.001$ ), es decir, a mayor autoeficacia percibida menor consumo de alcohol.

En resumen se puede mencionar que de acuerdo a la literatura revisada la mayoría de las personas que reciben tratamiento son de sexo masculino, se ubican en edades productivas y son solteros. En población norteamericana y europea las personas que reportan niveles más bajos de autoeficacia presentan mayor dificultad para disminuir el consumo de cocaína; los niveles más altos de autoeficacia se asociaron con el bajo consumo de alcohol y marihuana, además tienen mayor capacidad para abstenerse, menos necesidad de ayuda y menos probabilidad de experimentar dificultades para resistir el consumo de alcohol y uso de drogas. Asimismo reportaron asociación negativa y significativa de la percepción de autoeficacia con el consumo actual de drogas.

En México los estudios localizados han sido en trabajadores de la salud y estudiantes universitarios y se aborda la autoeficacia percibida y el consumo de alcohol,

reportan que existe relación negativa y significativa de la autoeficacia percibida con el consumo de alcohol, es decir, a mayor autoeficacia percibida menor consumo de alcohol. Respecto a la población que recibe tratamiento por uso de drogas lícitas e ilícitas reporta que la droga de impacto fue la cocaína, seguida por el alcohol y mariguana.

### *Preguntas de Investigación*

1 ¿Existe diferencia en la percepción de autoeficacia en las personas que consumen drogas durante el tratamiento con aquellos que no consumen?

2 ¿Existe diferencia en la percepción de autoeficacia en las personas que reciben tratamiento por tipo de droga de impacto?

### *Definición de Términos*

Para el presente estudio se consideran los siguientes términos; la edad son los años cumplidos reportados por la persona. El sexo es la entidad biológica de la persona en términos de masculino y femenino. El estado civil es la situación legal en la que se encuentra involucrada la persona en términos de casado, soltero, viudo, divorciado, unión libre.

La ocupación es la actividad remunerada que realiza la persona que está en tratamiento por uso de drogas. La escolaridad es el número de años de estudios formales cursados por la persona que está en tratamiento. Edad de inicio es la edad en la cual la persona refiere haber consumido drogas por primera vez.

La droga de inicio se refiere a la sustancia consumida por primera vez por la persona que está en tratamiento. Droga de impacto es la droga cuyo uso refieren las personas les ha producido mayor daño a su salud o ha afectado seriamente en el área familiar, legal o laboral y es la que demanda el tratamiento y se incluye en esta categoría la cocaína, mariguana, inhalables, alcohol y se midió con la sección II de la encuesta

sobre historial de consumo de drogas (Apéndice A). Tiempo de consumir la droga de impacto son los años en que la persona refiere haber consumido la droga motivo del tratamiento. Tiempo de tratamiento son los meses en el que una persona recibe atención en una institución especializada de tipo gubernamental.

Número de veces que ha solicitado tratamiento se refiere a la frecuencia con que acude la persona a recibir tratamiento. La autoeficacia es la confianza que tiene la persona para resistir el deseo de consumir drogas ante situaciones riesgosas durante el tiempo que recibe tratamiento y se midió a través del cuestionario de confianza de uso de drogas DTCQ (Apéndice B).

Consumo de drogas durante el tratamiento es el uso de una o más sustancias lícitas e ilícitas que tiene la persona durante el tiempo que recibe tratamiento en una institución especializada.

## Capítulo II

### Metodología

En este capítulo se incluye el diseño del estudio, población, muestreo y muestra. Además se dan a conocer los instrumentos, el procedimiento de recolección de datos, consideraciones éticas y análisis de los datos.

#### *Diseño del Estudio*

El diseño del estudio fue descriptivo y de correlación. De acuerdo al diseño es descriptivo porque fue posible observar, describir y documentar aspectos de una situación que ocurre de manera natural; un diseño es correlacional cuando el propósito es interrelacionar o asociar dos variables sin manipular ninguna de ellas (Polit & Hungler, 1999). En el presente estudio se describen las características sociodemográficas e historia de patrón de consumo de drogas de los participantes; así como describir la diferencia que existe de la percepción de autoeficacia por tipo de droga de impacto y el consumo de drogas durante el tratamiento.

#### *Población, Muestreo y Muestra*

La población de estudio estuvo conformada por personas que reciben tratamiento por consumo de drogas lícitas o ilícitas en instituciones gubernamentales del área metropolitana de Monterrey. El muestreo fue no probabilístico por conveniencia y la muestra se calculó para la prueba paramétrica t de Student para muestras relacionadas, con un nivel de confianza del 95%, para la hipótesis alterna unilateral, con un tamaño de efecto medio de .5 y una potencia del 87%, el tamaño de muestra fue de 91 personas en tratamiento por consumo de drogas.

### *Instrumentos*

Para el presente estudio se utilizó una encuesta elaborada por el autor del estudio sobre el historial de consumo de drogas EHCD, (Apéndice A) la cual consta de 10 preguntas en dos apartados, el primer apartado aborda aspectos de identificación personal (edad, sexo, ocupación, estado civil y escolaridad) y el segundo apartado historial o patrón de consumo de drogas (edad de inicio, droga de inicio, droga de impacto, tiempo de consumir la droga de impacto, tiempo de estar en tratamiento y número de veces que ha estado en tratamiento).

También fue utilizado el cuestionario de confianza de uso de drogas DTCQ (Apéndice B), elaborado por Annis, Sklar y Turner, (1997), ha sido utilizado en personas que se encuentran en tratamiento por consumo de drogas para identificar la autoeficacia percibida al uso de drogas, en diferentes situaciones tales como si estuviera feliz, si estuviera deprimido, si estuviera con amigos que consumen drogas, entre otras; sus autores han reportado una consistencia interna con un Alpha de Cronbach de .94. Debido a que fue la primera vez que se utilizó este cuestionario en población mexicana se realizaron 3 traducciones del inglés al español para finalmente realizar otra del español al inglés de modo que se asegurara la conservación del concepto a medir; por último se sustituyeron algunas palabras del cuestionario por otras de mayor uso en la región.

Este cuestionario consta de 50 preguntas las cuales se dividen en ocho sub-escalas, tales como emociones no placenteras (10 reactivos 1,4,11,14,21,24,31,34,41,44), incomodidades físicas (5 reactivos 2,12,22,32,42), emociones placenteras (5 reactivos 3,13,23,33,43), control personal (5 reactivos 5,15,25,35,45), impulsos y tentaciones (5 reactivos 6,16,26,36,46), conflictos con otros (10 reactivos 7,10,17,20,27,30,37,40,47,50), presión social (5 reactivos 8,18,28,38,48) y momentos placenteros con otros (5 reactivos 9,19,29,39,49).

Este cuestionario tiene un patrón de respuesta de seis opciones que van de 0%

que es no del todo confiado a 100% que es muy confiado para resistir el deseo de usar drogas.

### *Procedimiento de Recolección de Datos*

Antes de iniciar la recolección de los datos el proyecto fue revisado y aprobado por el Comité de Ética e Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León (UANL), posteriormente se solicitó la autorización por escrito a las autoridades de las instituciones gubernamentales dedicadas a brindar tratamiento por consumo de drogas (Apéndice E).

Para la recolección de los datos, los participantes del estudio fueron visitados en las instalaciones de los centros de atención seleccionados; de acuerdo con los lineamientos concernientes a estos estudios, las entrevistas se realizaron en un lugar privado y cerrado de la institución, en el que sólo el participante y el entrevistador estaban presentes a fin de brindar un ambiente de confianza para el participante.

También se les informó a los participantes que sus respuestas no afectarían su tratamiento; antes de iniciar la entrevista y recolección de datos se les solicitó autorización verbal y por escrito a los participantes. Se les explicó el objetivo del estudio y se indicó que la información sería confidencial, anónima y que únicamente los datos serán utilizados de manera general en el reporte del estudio, en el caso de los menores de edad también se les pidió consentimiento informado por escrito a los padres de familia (Apéndice D).

Los cuestionarios fueron aplicados de manera individual por el autor del estudio a través de una entrevista. El levantamiento de datos inició por la Encuesta sobre el Historial de Consumo de Drogas (EHCD), y finalmente se aplicó el Cuestionario de Confianza para Uso de Drogas (DTCQ), para éste último se utilizó una carta gráfica con el objetivo de facilitar la comprensión de la escala de respuestas (Apéndice F). Una vez que los participantes contestaron los cuestionarios se les agradeció su participación.

### *Consideraciones Éticas*

El presente estudio se apegó a lo dispuesto en el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la salud (Secretaría de salud, 1987). Se consideró lo establecido en su Título segundo: Capítulo I, Artículo 13, referente a que en toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar, por tal motivo se respetó la decisión del participante de la misma manera la privacidad de los datos informados al no colocar su nombre en los cuestionarios; los cuales serán resguardados por el autor del estudio en un lugar seguro por un lapso de seis meses y al vencimiento de éste serán destruidos.

Tal como establece el Capítulo I, Artículo 14, fracción I, V, VII, VIII y Capítulo III, Artículo 36, se ajustó a los principios científicos y éticos, así mismo se contó con el consentimiento informado y por escrito del participante (Apéndice C) y en los menores de edad se obtuvo el consentimiento informado por escrito del tutor o padres de familia (Apéndice D). Se obtuvo el dictamen favorable de las Comisiones de Investigación y Ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León. Además el estudio se llevó a cabo contando con la autorización por escrito del coordinador regional de las instituciones gubernamentales (Apéndice E ).

En el Capítulo I, Artículo 16, se establece la protección a la privacidad del participante por lo que los resultados del estudio sólo se presentaron en forma general. De la manera como lo establece el artículo 20, 21 fracción I, VII y VIII se contó con el consentimiento informado por escrito aclarando que su participación era voluntaria y con la libertad de retirar su consentimiento y dejar de participar en el estudio en el momento que lo decida sin que por ello afectara la atención que recibe y sin perjuicio alguno.

Así mismo se garantizó que el participante recibiera información clara, comprensible y completa sobre la justificación y objetivos del estudio, respondiendo a

cualquier pregunta y aclaración sobre dudas. Se le explicó que su participación consistiría en contestar un cuestionario.

Tal como se refieren en el Capítulo V, Artículo 58, fracción I y II la participación, el rechazo o retiro del consentimiento del participante durante el estudio, no afectó la atención que recibe en el tratamiento, de la misma manera los resultados del estudio no fueron utilizados en perjuicio de los participantes. Como menciona el Artículo 17, fracción II, esta investigación se consideró de riesgo mínimo, dado que los cuestionarios indagan la conducta de uso de drogas.

#### *Análisis de Datos*

La información obtenida fue procesada en el paquete estadístico Statistical Package for Social Sciences (SPSS) para Windows Versión 10. Se aplicó estadística descriptiva e inferencial. La estadística descriptiva permitió obtener frecuencias, proporciones y medidas de tendencia central y de variabilidad de las variables del estudio. Se obtuvo un índice general y por subescalas del cuestionario DTCQ con el fin de facilitar el proceso estadístico, donde se le dio un valor de 0 a 100 que indica que a mayor puntaje, mayor fue la percepción de autoeficacia para resistir el deseo de consumo de drogas.

Se calculó la confiabilidad del cuestionario DTCQ por medio del Coeficiente Alpha de Cronbach. Se determinó la normalidad de las variables por medio de la prueba de Kolmogorov -Smirnov y se decidió el uso de pruebas no paramétricas. Para responder a la pregunta uno se aplicó la prueba U de Mann-Whitney, para la pregunta dos se aplicó la prueba de Kruskal-Wallis y para los hallazgos adicionales  $X^2$  de Pearson.

### Capítulo III

#### Resultados

El presente capítulo muestra los resultados obtenidos en el estudio Percepción de autoeficacia por uso de drogas en personas que reciben tratamiento. Los resultados se presentan en el siguiente orden, en primer lugar la consistencia interna del instrumento utilizado y la estadística descriptiva, prueba de normalidad de las variables y por último estadística inferencial para preguntas de investigación 1 y 2.

#### *Confiabilidad del Instrumento de Estudio*

Tabla 1

#### *Coefficiente de confiabilidad alpha de cronbach*

Instrumento	Reactivo	Alpha de Cronbach
Cuestionario de Confianza de uso de Drogas [DTCQ]	1 al 50	.96
Emociones no Placenteras	1,4,11,14,21,24,31,34,41,44	.93
Incomodidades Físicas	2,12,22,32,42	.89
Emociones Placenteras	3,13,23,33,43	.34
Control Personal	5,15,25,35,45	.21
Impulsos y Tentaciones	6,16,26,36,46	.80
Conflictos con Otros	7,10,17,20,27,30,37,40,47,50	.91
Presión Social	8,18,28,38,48,	.91
Momentos Placenteros con Otros	9,19,29,39,49	.81

Fuente: DTCQ

$n = 91$

En la tabla 1 se muestra la consistencia interna del cuestionario DTCQ en su escala general y subescalas a través del coeficiente Alpha de Cronbach, las cuales mostraron ser aceptables en su mayoría a excepción de las subescalas emociones placenteras y control personal (Polit & Hungler,1999).

### *Estadística Descriptiva*

Tabla 2

*Datos de identificación de pacientes que reciben tratamiento*

Variable	<i>f</i>	%
Sexo		
Masculino	86	94.5
Femenino	5	5.5
Estado Civil		
Casado	20	22.0
Soltero	64	70.3
Divorciado	1	1.1
Unión libre	6	6.6
Estado Laboral		
Trabaja	58	63.7
No trabaja	33	36.3
Ocupación		
Estudiante	14	15.4
Empleado	11	12.1
Comerciante	6	6.6
Obrero	5	5.5
Ninguna	17	18.7
Otras	38	41.7

Fuente: EHCD

*n* = 91

En la tabla 2 se describen datos identificación de los pacientes que han recibido tratamiento de cuatro instituciones gubernamentales del área metropolitana de la ciudad de Monterrey. Se observa que en relación al género el mayor porcentaje fue del sexo masculino, solteros, de acuerdo al estado laboral más de la mitad de los participantes tenía empleo, respecto a la ocupación, en mayor porcentaje fueron estudiantes,

empleados y comerciantes, un porcentaje importante fue para otras ocupaciones tales como electricistas, choferes entre otros, sin embargo un 18.7% mencionó no tener ninguna ocupación. La media de edad de los participantes del estudio fue de 23.3 años ( $DE = 5.84$ ) con valor mínimo de 15 años y valor máximo de 40 años, el promedio de años de escolaridad fue de 9.9 años ( $DE = 2.31$ ) con valor mínimo de 6 años y valor máximo de 16 años.

Tabla 3

*Historial del consumo de drogas en personas que reciben tratamiento*

Variable	<i>f</i>	%
Primer droga lícita consumida		
Tabaco	50	54.9
Alcohol	29	31.9
Tabaco y alcohol	12	13.2
Primer droga ilícita consumida		
Cocaína	27	29.6
Mariguana	41	45.1
Inhalables	13	14.3
Otras	1	1.1
Ninguna	9	9.9
Droga de impacto		
Cocaína	37	40.6
Mariguana	26	28.6
Inhalables	7	7.7
Alcohol	13	14.3
Otras	8	8.8

Fuente: EHCD

 $n = 91$ 

En la tabla 3 se describe el historial de consumo de drogas de los participantes del estudio, primer droga lícita e ilícita consumida y droga de impacto. De acuerdo a la primer droga lícita consumida por los participantes del estudio fue en mayor porcentaje el tabaco. En relación con la primer droga ilícita consumida fue la mariguana seguida por la cocaína y los inhalables. La droga de impacto que reportaron con mayor proporción fue la cocaína.

Tabla 4

*Consumo de drogas en personas que reciben tratamiento*

Droga de uso actual	<i>f</i>	%
Si	34	37.4
No	57	62.6
Cocaína	13	14.3
Mariguana	4	4.4
Inhalables	1	1.1
Alcohol	14	15.4
Otra	2	2.2

Fuente: EHCD

*n* = 91

En la tabla 4 se muestra la droga de uso actual, que se refiere al uso de esta durante el tiempo que recibe tratamiento y que el participante la menciona en el momento de la entrevista, el 37.4% de los participantes mencionaron consumir alguna droga, siendo las de mayor consumo el alcohol, cocaína y mariguana respectivamente.

Tabla 5

*Situaciones en que las personas refieren poca confianza para resistir el deseo de usar drogas*

Situación	<i>f</i>	%
Si hubiera estado bebiendo alcohol y pensara en consumir drogas	21	23.1
Si me sintiera solo (a)	21	23.1
Si comenzara a pensar que tan bien se sentiría un 'toque' o un 'pase'	17	18.6
Si me sintiera abrumado y quisiera escapar		
Si estuviera con un grupo de personas y todos estuvieran consumiendo drogas	16	17.6
	16	17.6

Fuente: DTCQ

*n* = 91

En la tabla 5 se describen las cinco situaciones específicas de mayor proporción en las cuales los participantes refirieron poca confianza para resistir el deseo de usar drogas, las cuales corresponden a las subescalas emociones no placenteras, presión social e impulsos y tentaciones (Apéndice G).

*Resultados de la Prueba de Normalidad*

Tabla 6

*Descripción de variables y prueba de normalidad Kolmogorov–Smirnov*

Variables	Valor Mínimo	Valor Máximo	$\bar{X}$	Mdn	DE	KS- Z	Valor de p
Edad	15	40	23.33	23.0	5.84	1.15	.140
Años de escolaridad	6	16	9.92	9.0	2.31	2.68	.001
<i>Edad de inicio</i>							
Droga lícita	11	24	14.78	14.0	2.31	1.31	.063
Droga ilícita	12	38	16.99	16.0	4.11	1.66	.008
Droga de impacto	12	38	18.58	18.0	4.20	2.45	.001
<i>Tiempo</i>							
Consumo droga de impacto (años)	0.2	18	4.27	3.0	3.90	1.90	.001
Tratamiento (meses)	0.15	19.0	3.61	2.7	3.60	2.05	.001
Solicitudes de Tratamiento	1.0	3.0	1.29	1.0	0.52	4.34	.001
Índice de Autoeficacia	32	76.33	62.04	63.6	11.04	1.87	.002
Emociones no Placenteras	10	100	75.71	80.0	21.02	2.143	.001
Incomodidades Físicas	24	100	84.79	88.0	18.25	2.167	.001
Emociones Placenteras	80	100	95.43	96.0	3.61	3.693	.001
Control Personal	52	92	76.66	76.0	9.22	1.563	.015
Impulsos y Tentaciones	20	100	74.29	76.0	18.83	1.164	.133
Conflictos con Otros	24	100	81.67	82.0	16.46	1.936	.001
Presión Social	16	100	76.75	80.0	20.82	2.222	.001
Momentos Placenteros	12	100	80.04	84.0	16.83	1.510	.021

Fuente: EHCD, DTCQ

$n = 91$

La tabla 6 muestra que la media de edad de inicio al uso de drogas lícitas fue a los 14.7 años con valores mínimos de 11 años y máximo de 24 años, la media de edad de inicio de consumo de drogas ilícitas fue de 16.99, con valor mínimo de 12 años y máximo de 38 años, el promedio de años de consumo de la droga de impacto, es decir la que les ha causado mayores problemas y que fue el motivo del tratamiento fue de 4.27

años. Respecto a la media del tiempo en que ha recibido tratamiento fue de 3.61 meses, el promedio de ocasiones en que han solicitado tratamiento fue de 1.29 veces. con relación a la autoeficacia para resistir el deseo de usar drogas, la media del índice de autoeficacia total fue de 62.04, con valor mínimo de 32 y máximo de 76.33. En relación a las subescalas de autoeficacia las medias obtenidas oscilaron entre 74.29 a 95.43 en una escala de 0 a 100, siendo estas impulsos y tentaciones y emociones placenteras respectivamente. Se observa que la mayoría de las variables rechazaron la hipótesis de normalidad de acuerdo a la prueba de Kolmogorov–Smirnov, en base a estos resultados se decidió utilizar la estadística no paramétrica.

### *Estadística Inferencial*

Para dar respuesta a la pregunta uno que dice: ¿Existe diferencia en la percepción de autoeficacia en las personas que consumen drogas durante el tratamiento con aquellos que no consumen?. Se aplicó la prueba U de Mann – Whitney los resultados se presentan en la tabla 7.

Tabla 7

*Prueba U de Mann – Whitney para autoeficacia y consumo de droga durante el tratamiento*

Droga Actual	$n_i$	Rangos Medios	$\bar{X}$	<i>Mdn</i>	<i>U</i>	<i>Valor de p</i>
Consumo	34	37.50	59.01	61.66	680.000	.018
No consumo	57	51.07	63.85	65.00		

Fuente: EHCD, DTCQ

$n = 91$

La tabla 7 muestra la diferencia significativa que existe de la percepción de autoeficacia en su índice general en las personas que consumen y no consumen drogas

durante el tiempo que reciben tratamiento, con una media mayor para los participantes que no consumen; es decir, las personas que no consumen droga durante el tratamiento tienen mayor autoeficacia que las que consumen. Así mismo se encontraron diferencias significativas en las siguientes subescalas; (emociones no placenteras, impulsos y tentaciones, conflictos con otros, presión social y momentos placenteros con otros). Para las cuales se aplicó la prueba U de Mann - Whitney ; los datos se presentan de la siguiente manera.

Tabla 8

*Prueba U de Mann – Whitney para emociones no placenteras y consumo de droga durante el tratamiento*

Droga Actual	$n_i$	Rangos Medios	$\bar{X}$	<i>Mdn</i>	<i>U</i>	<i>Valor de p</i>
Consumo	34	37.59	70.53	78.00	683.000	.019
No consumo	57	51.02	78.81	82.00		

Fuente: EHCD, DTCQ

$n = 91$

La tabla 8 muestra la diferencia significativa de las emociones no placenteras y el consumo de drogas durante el tratamiento, con una media mayor para las personas que no consumen, es decir, las personas que no consumen se perciben con mayor autoeficacia en ésta subescala (si estuviera deprimido por cosas en general, si me sintiera confundido sobre lo que debo hacer, entre otras)

Tabla 9

*Prueba U de Mann – Whitney para impulsos y tentaciones y consumo de droga durante el tratamiento*

Droga Actual	$n_i$	Rangos Medios	$\bar{X}$	<i>Mdn</i>	<i>U</i>	<i>Valor de p</i>
Consumo	34	38.22	69.18	72.00	704.500	.029
No consumo	57	50.64	77.33	80.00		

Fuente: EHCD, DTCQ

$n = 91$

En la tabla 9 se observa la diferencia significativa de la subescala de autoeficacia impulsos y tentaciones (si escuchara a alguien sobre sus experiencias pasadas con drogas, si estuviera en un lugar donde yo hubiera usado o comprado drogas antes, entre otras). Con el consumo de droga durante el tratamiento con una media mayor para las personas que no consumen.

Tabla 10

*Prueba U de Mann – Whitney para conflictos con otros y consumo de droga durante el tratamiento*

Droga Actual	$n_i$	Rangos Medios	$\bar{X}$	<i>Mdn</i>	<i>U</i>	<i>Valor de p</i>
Consumo	34	38.62	77.12	82.00	718.000	.039
No consumo	57	50.40	84.39	88.00		

Fuente: EHCD, DTCQ

$n = 91$

La tabla 10 muestra la diferencia significativa entre la subescala de autoeficacia conflictos con otros (si otra persona me trata injustamente o interfiriera con mis planes, si me sintiera tenso o intranquilo ante la presencia de alguien). Con el consumo de droga

durante el tratamiento con una media mayor para las personas que no consumen.

Tabla 11

*Prueba U de Mann – Whitney para presión social y consumo de droga durante el tratamiento*

Droga Actual	$n_i$	Rangos Medios	$\bar{X}$	<i>Mdn</i>	<i>U</i>	<i>Valor de p</i>
Consumo	34	38.25	72.24	76.00	705.500	.029
No consumo	57	50.62	79.44	80.00		

Fuente: EHCD, DTCQ

$n = 91$

En la tabla 11 se observa la diferencia significativa entre la subescala de autoeficacia presión social (si me presionan para usar drogas y sintiera que no puedo rechazarlas, si saliera con mis amigos y ellos secretamente me sugirieran ir a algún lugar y usar drogas). Con consumo de droga durante el tratamiento con una media mayor para las personas que no consumen.

Tabla 12

*Prueba U de Mann – Whitney para momentos placenteros con otros y consumo de droga durante el tratamiento*

Droga Actual	$n_i$	Rangos Medios	$\bar{X}$	<i>Mdn</i>	<i>U</i>	<i>Valor de p</i>
Consumo	34	35.24	74.35	76.00	603.000	.003
No consumo	57	52.42	83.44	88.00		

Fuente: EHCD, DTCQ

$n = 91$

La tabla 12 muestra que existe diferencia significativa en la subescala de autoeficacia momentos placenteros con otros (si quisiera celebrar con un amigo, si me

encuentro viejos amigos y nosotros queremos pasar un buen rato). Con el consumo de droga durante el tratamiento con una media mayor para las personas que no consumen.

Para responder la pregunta dos que menciona: ¿Existe diferencia en la percepción de autoeficacia en las personas que reciben tratamiento por tipo de droga de impacto?. Se aplicó la prueba de Kruskal - Wallis los resultados se presentan en la tabla 13.

Tabla 13

*Prueba Kruskal – Wallis para autoeficacia por tipo de droga de impacto*

Droga de impacto	$n_i$	Rangos Medios	$\bar{X}$	<i>Mdn</i>	<i>gl</i>	<i>H</i>	<i>Valor de p</i>
Cocaína	37	46.85	62.46	64.66	4	5.371	.251
Mariguana	26	37.04	59.55	62.66			
Inhalables	7	51.71	60.14	72.66			
Alcohol	13	51.54	65.23	63.66			
Otras	8	57.19	64.70	70.16			

Fuente: EHCD, DTCQ

$n = 91$

En la tabla 13 se observa que las medias y medianas en relación al tipo de droga de impacto fueron similares, por lo tanto no existe diferencia significativa en la percepción de autoeficacia en su índice total por droga de impacto en las personas que reciben tratamiento, sin embargo se encontraron diferencias significativas en las siguientes subescalas; emociones placenteras y conflictos con otros, para las cuales se aplicó la prueba de Kruskal – Wallis los datos se presentan en las tablas 14 y 15.

Tabla 14

*Prueba Kruskal – Wallis para conflictos con otros por tipo de droga de impacto*

Droga de impacto	$n_i$	Rangos Medios	$\bar{X}$	<i>Mdn</i>	<i>gl</i>	<i>H</i>	<i>Valor de p</i>
Cocaína	37	44.65	84.97	88.00			
Mariguana	26	36.15	80.62	86.00	4	9.895	.042
Inhalables	7	59.43	85.71	100.00			
Alcohol	13	60.62	93.23	96.00			
Otras	8	48.75	83.00	90.00			

Fuente: EHCD, DTCQ

$n = 91$

En la tabla 14 se muestra que existe diferencia significativa en la percepción de autoeficacia en la subescala conflictos con otros (si otra persona me trata injustamente o interfiriera con mis planes, si me sintiera tenso o intranquilo ante la presencia de alguien). Por tipo de droga de impacto con una media mayor para el alcohol y una menor para la mariguana.

Tabla 15

*Prueba Kruskal – Wallis para emociones placenteras por tipo de droga de impacto*

Droga de impacto	$n_i$	Rangos Medios	$\bar{X}$	<i>Mdn</i>	<i>gl</i>	<i>H</i>	<i>Valor de p</i>
Cocaína	37	50.24	96.32	96.00			
Mariguana	26	37.81	94.15	96.00	4	23.430	.001
Inhalables	7	63.07	97.71	96.00			
Alcohol	13	28.96	92.62	98.00			
Otras	8	65.75	98.00	96.00			

Fuente: EHCD, DTCQ

$n = 91$

La tabla 15 muestra la diferencia significativa en la percepción de autoeficacia de la subescala emociones placenteras (si estuviera feliz, si estuviera contento con mi vida). Por tipo de droga de impacto con una media mayor para otras drogas (Crack y Ketamina) y con una menor para el alcohol.

*Hallazgos Adicionales*

Tabla 16

*Chi cuadrada de Pearson para droga de impacto y consumo de droga durante el tratamiento*

Variable	$X^2$ de Pearson	gl	Valor de $p$
Droga de impacto y consumo durante el tratamiento	92.790	5	.001

Fuente: EHCD

$n = 91$

La tabla 16 muestra diferencia significativa entre la droga de impacto y consumo de droga durante el tratamiento ( $p < .01$ ). para verificar la diferencia se presenta la tabla 17.

Tabla 17

*Droga de impacto y consumo de drogas durante el tratamiento*

Tipo de droga	Consumo de droga			
	Impacto		Durante el tratamiento	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Cocaína	37	40.6	13	14.3
Mariguana	26	28.6	4	4.4
Inhalables	7	7.7	1	1.1
Alcohol	13	14.3	14	15.4
Otras	8	8.8	2	2.2

Fuente: EHCD

*n* = 91

La tabla 17 muestra las diferencias porcentuales de la droga motivo de la solicitud para la atención (impacto) y el consumo de droga durante el tratamiento, observando que la cocaína fue la droga de impacto de mayor proporción y el alcohol como la principal droga consumida durante el tratamiento.

## Capítulo IV

### Discusión

El presente estudio permitió describir las características sociodemográficas y la historia del consumo de drogas de las personas que reciben tratamiento contra las adicciones, así mismo, verificar empíricamente las diferencias de la percepción de autoeficacia de uso de drogas con el consumo durante el tratamiento, además las diferencias de la percepción de autoeficacia con la droga de impacto.

En relación con las características sociodemográficas se encontró que la mayor proporción de los participantes fue del sexo masculino, sin pareja, con una media de edad de 23.3 años, con una media de 9 años de estudio, un 81% de los participantes refirió una forma de empleo. Estos datos son similares a los reportados por Skutle (1999<sup>a</sup>); Goldbeck et al. (1997); CIJ (2000). Probablemente esto se deba a que el consumo de alcohol y drogas se presenta en edades productivas e influye el hecho de que las personas no cuentan con una pareja que le demande responsabilidades; por otra parte, se tiene la creencia de que las personas que consumen drogas son personas marginadas y sin ocupación, tal situación es diferente a lo encontrado en este estudio. Del mismo modo las personas que solicitan tratamiento son del sexo masculino, quizás por la influencia de la cultura de la población que recrimina la conducta de consumo de drogas en la mujer.

En relación al consumo de drogas reportan en su mayoría como primer droga lícita consumida el tabaco y como primer droga ilícita consumida la marihuana, con una media de edad de inicio de 14.7 y 16.9 años respectivamente. Estos datos coinciden con los reportes de CIJ (2000); CIJ (2003), lo anterior puede atribuirse a la etapa de la adolescencia en que inician el consumo, es un proceso crítico para ellos; así mismo la influencia de los amigos ya que en esta etapa es común experimentar con el tabaco y el uso de otras drogas.

La droga de impacto por la que solicitan atención en mayor proporción fue la cocaína; el 37.4% refirió consumo de drogas durante el tratamiento siendo el alcohol la droga de mayor consumo, estos datos coinciden con los reportados, Rodríguez (2004), Rounds et al. (1997) quienes señalan que existe consumo de drogas durante el tratamiento; lo anterior puede deberse a las características de la droga, pues la cocaína y el alcohol son drogas que tienen un potencial adictivo muy alto y probablemente se ha creado una dependencia física y psicológica.

Con relación a la edad de inicio de uso de drogas lícitas fue a los 11 años y para las ilícitas y de impacto fue a los 12 años respectivamente, estos datos son similares a los reportados por Tapia (2001), lo anterior puede explicarse en sentido que el uso de alcohol o de tabaco a una edad temprana aumenta el riesgo de usar otras drogas, y probablemente los adolescentes usan el alcohol y otras drogas por varias razones, en las que se incluyen la curiosidad, para sentirse bien, reducir el estrés, sentirse personas adultas o pertenecer a un grupo.

En relación con el uso de drogas durante el tratamiento, los resultados mostraron que los participantes que mencionaron consumir algún tipo de droga durante el tratamiento, reportaron menor autoeficacia para resistir el deseo de usar drogas que los que mencionaron no consumir. Estos resultados concuerdan con Sklar y Turner (1999) quienes reportan que las personas que tienen niveles más bajos de autoeficacia presentan mayor dificultad para manejar el deseo de consumo de cocaína. De la misma manera Skutle (1999<sup>a</sup>) reportó que las personas con un consumo grave de alcohol tenían significativamente menos autoeficacia que las personas que no consumen. Estos resultados probablemente se expliquen en función de que intentan cambiar una conducta potencialmente dañina si percibe poca capacidad para cambiar su conducta y mantener dicho cambio.

Con respecto a las diferencias de la percepción de autoeficacia de uso de drogas con el tipo de droga de impacto se encontró que no existen diferencias significativas

según la droga motivo del tratamiento. Estos datos son contrarios a los mostrados por Sklar y Turner (1999) estos autores reportaron que la autoeficacia era diferente según el consumo de alcohol, cocaína y mariguana. Estos resultados pueden deberse a que los participantes del estudio reciben tratamiento de forma ambulatoria y acuden con su familia, y posiblemente apoyen a la persona emocional o tangiblemente en su intento por dejar el hábito de consumo de drogas y por lo tanto no se aprecia diferencias en cuanto a la droga por la cual solicitan tratamiento.

Las situaciones en que las personas refieren baja autoeficacia para resistir el deseo de usar drogas fueron, si hubiera estado bebiendo alcohol y pensara en consumir drogas, si me sintiera solo (a), si comenzar a pensar que tan bien se sentiría un toque o un pase, si me sintiera abrumado y quisiera escapar, si estuviera con un grupo de personas y todos estuvieran consumiendo drogas: las cuales pertenecen a las subescalas emociones no placenteras, impulsos y tentaciones y presión social.

Estos datos son similares a los reportados por Elifson et al. (2003) en personas que se encontraban en tratamiento en los EUA, es de entenderse pues en ambos grupos prevalece la influencia del entorno social y de igual manera las situaciones que generan mayores impulsos y tentaciones y probablemente las personas perciban dificultad relativa para evitar el consumo de drogas por influencias de esta naturaleza. De igual manera se encontró que las subescalas que mostraron diferencia significativa con el consumo de droga durante el tratamiento fueron; emociones no placenteras, impulsos y tentaciones, conflictos con otros y presión social, es de entenderse pues la mayoría de las preguntas que abordan estas subescalas se refieren a aspectos en que las personas que no consumen droga durante el tratamiento se perciben con mayor autoeficacia.

Como hallazgo adicional se encontró diferencia significativa entre la droga de impacto y el consumo de drogas durante el tratamiento, en tal situación puede estar influyendo que la adicción es un proceso mediado neuro-biológicamente y se relaciona estrechamente con el placer que genera el consumir drogas, provocando que en ellos se

active la memoria a corto y largo plazo; ya que han construido redes semánticas que ante una circunstancia o hecho específico activan en su memoria el deseo de consumir drogas provocando probablemente la dependencia. También influyen las diferentes características y efectos que tiene cada droga, pues en lo referente a la dependencia se ha encontrado que algunas ocasionan mayor dependencia física y psicológica que otras.

### *Conclusiones*

En base a los resultados se pudo caracterizar a la población de estudio de la siguiente manera; la mayoría de los participantes fueron del sexo masculino con promedio de edad de 23 años, sin pareja, con ocupación de estudiantes, empleados y comerciantes.

Respecto al historial de consumo la primer drogas lícita de consumo fue el tabaco, y la primer droga ilícita consumida fue la mariguana. En relación con la droga de impacto reportada con mayor proporción fue la cocaína.

De acuerdo al promedio de edad de inicio de drogas lícitas fue a los 15 años y de las ilícitas de 17 años. Los años de consumo de las drogas de impacto fue de 4 años. El tiempo de tratamiento fue de un promedio de casi 4 meses y con relación a las solicitudes de tratamiento en promedio fue de más de una vez.

Las situaciones en que las personas sienten poca confianza para resistir el deseo de usar drogas fueron, si hubiera estado bebiendo alcohol y pensara en consumir drogas, si me sintiera solo (a), si comenzar a pensar que tan bien se sentiría un toque o un pase, si me sintiera abrumado y quisiera escapar, si estuviera con un grupo de personas y todos estuvieran consumiendo drogas

Las personas que no consumen drogas durante el tratamiento mostraron mayor autoeficacia en su índice general y las subescalas emociones no placenteras, impulsos y tentaciones, conflictos con otros, presión social y momentos placenteros con otros; que los que consumían.

La percepción de autoeficacia en su índice general fue similar independientemente del tipo de droga por la que solicita tratamiento. Sin embargo se encontraron diferencias significativas en las subescalas conflictos con otros y emociones placenteras.

El cuestionario de confianza de uso de drogas [DTCQ] en la escala general mostró consistencia interna aceptable.

Como hallazgo adicional se encontró diferencia significativa entre la droga de impacto y el consumo de drogas durante el tratamiento.

### *Recomendaciones*

Continuar con el estudio de la temática de autoeficacia en personas que reciben tratamiento en instituciones no gubernamentales o de tipo privado para profundizar en el conocimiento de la temática.

Incluir en futuros estudios, algunos aspectos cualitativos con el fin de conocer como las personas perciben el proceso que siguen en los tratamientos y documentar desde esa perspectiva, el concepto de autoeficacia.

Continuar utilizando el cuestionario de confianza de uso de drogas (DTCQ) dado que fue la primera vez que se utilizó en población mexicana y analizar las subescalas, emociones placenteras y control personal ya que mostraron baja consistencia.

Utilizar en futuros estudios muestras aleatorias a fin de poder generalizar los resultados a otras poblaciones similares.

## Referencias

- Annis, H. M., Sklar, S. M. & Turner, N. E. (1997). *The Drug-Taking Confidence Questionnaire*. User's Guide Toronto. Addiction Research. Foundation of Ontario.
- Bandura, A. J. (1977). *Social learning theory*. Englewood Cliffs, NJ, EE. UU.: Prentice Hall.
- Bandura, A. (1997). Funciones de las Creencias de Autoeficacia. Recuperado de <http://www.onenet.com.ar/cv/edgardo-Perez/effguideSpanish.htm>. Acceso en 2004.
- Bandura, A. (1999). *Autoeficacia: Cómo afrontamos los cambios de la sociedad actual*. Ed. Desclée De Brouwer. Bilbao España.
- Centro de Integración Juvenil, A.C.[CIJ](2003). *Consumo de drogas entre pacientes que ingresaron a tratamientos en Centros de integración Juvenil en 2002*. México, DF (Informe No. 03-01).
- Centro de Integración Juvenil, A.C.[CIJ](2000). *Análisis Comparativo de Características Sociodemográficas y del Consumo de Drogas entre Pacientes de los Géneros Femenino y Masculino Solicitantes de Tratamiento en Centros de Integración Juvenil en 1998*. México, DF (Informe No. 99 – 88).
- Elifson, K. W., Klein, H. & Strek, C. E. (2003). Perceived self-efficacy to use drugs and actual drug use among women. *Journal of Drugs Issues*, 33 (1), 161–192.
- Goldbeck, R., Myatt, P. & Aitchison, T. (1997). End of treatment self-efficacy: a predictor of abstinence. *Addiction*, 92 (3), 313-324.
- Guisa C. V. (2003). *Modelos de tratamientos en adicciones*. Recuperado de URL:<http://www.Salud.gob.mx/unidades/conadic/BOLFARmod.htm>. Acceso en 2004.
- Kleinman, B. P., Millery, M., Scimeca, M. & Polissar, N.L. ( 2002). Predicting long–

- trem treatment utilization among addicts entering detoxification: The contribution of help-seeking models. *Journal of Drugs Issues*, 32 (1), 209–230.
- Lozano, G. I. (2001). *Autoeficacia y beneficios percibidos en el consumo de alcohol en trabajadores universitarios*. Tesis de maestría no publicada, Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, México.
- Marlatt, G. A., Bear, J. S. & Quigley, L. A. (1995). Self-Efficacy and alcohol and drug abuse. *Self-efficacy in changing societies* Cambridge University New York.
- Maya, M. A. (2002). *Autoeficacia percibida y consumo de alcohol en trabajadores de la salud*. Tesis de maestría no publicada, Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, México.
- National Institute of Drugs Abuse [NIDA], (2003). *Principios de tratamientos para la drogadicción: Una guía basada en investigaciones*. Recuperado de <http://165.112.78.61/PODAT/Spanish/PODAT10.html>. Acceso en 2004.
- Nestler & Malenka. (2004). *El cerebro adicto: Bases moleculares de la adicción*. Recuperado de <http://www.dejardefumar.com.ar/articulos.asp>
- Polit, F. D. & Hungler, B. P. (1999). *Investigación científica en ciencias de la salud* (6ta. Eds.). México, D.F.:McGraw- Hill Interamericana.
- Rodríguez, A. L. (2004). *Percepción de tentaciones de uso de drogas en personas que reciben tratamiento*. Investigación no publicada, Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas, Organización de los Estados Americanos, Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, México.
- Rounds, B., Flynn, P. M. & Craighead, L. (1997) Relationships between self-efficacy perceptions and in-treatment drug use among regular cocaine users. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse* ,23 (1), 64-71.
- Secretaría de Salubridad y Asistencia, (1987). *Reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud*. México. D.F.

- Secretaría de Salud, (1999). *Norma Oficial Mexicana, para la prevención, tratamiento y control de las adicciones*, [NOM-028-SSA2-1999]. México. Recuperado de <http://www.unet.com.mx/ceca/norma.htm>
- Secretaría de Salud. (2003) *Sistema de vigilancia epidemiológica de las adicciones [SISVEA] Informe 2002*. México DF.
- Sklar, S. & Turner, N. (1999). A brief measure for the assessment of coping self-efficacy among alcohol and other drugs users. *Addiction*, 94 (5), 723-729.
- Skutle, A. (1999<sup>a</sup>). The relationship among Self-Efficacy expectancies, severity of alcohol abuse and psychological benefits from drinking. *Addictive Behaviors*, 24 (1), 87-98.
- Skutle, A. (1999<sup>b</sup>). Association between gender and marital status and confidence in remaining abstinent among alcohol abusers in treatment. *Addiction*, 94 (8), 1219-1226.
- Tapia, C. (2001). *Las Adicciones dimensión, impacto y perspectivas* (2a. ed.). México, D.F.: Manual Moderno.

## Apéndices

## Apéndice A

*Encuesta Sobre Historial de Consumo de Drogas*

No. Encuesta

--	--	--

## I. Datos de identificación y personales

1.1 Edad \_\_\_\_\_

1.2 Sexo

Masculino \_\_\_\_\_ Femenino \_\_\_\_\_

1.3 Años de escolaridad \_\_\_\_\_

1.4 Estado civil

Casado \_\_\_\_\_ Soltero \_\_\_\_\_ Unión \_\_\_\_\_ Libre \_\_\_\_\_ Viudo \_\_\_\_\_

Divorciado \_\_\_\_\_

1.5 Situación laboral

Trabaja? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

1.6 Ocupación \_\_\_\_\_

## II. Historial de uso de drogas

2.1 Primer droga lícita consumida: Tabaco \_\_\_\_\_ Alcohol \_\_\_\_\_

Tabaco y alcohol \_\_\_\_\_

2.2 Edad de inicio \_\_\_\_\_

2.3 Primer droga ilícita consumida

Cocaína \_\_\_\_\_

Mariguana \_\_\_\_\_

Inhalables \_\_\_\_\_

Otra \_\_\_\_\_

2.4 Edad de inicio \_\_\_\_\_

2.5 Droga de impacto

Cocaína \_\_\_\_\_

Mariguana \_\_\_\_\_

Inhalables \_\_\_\_\_

Alcohol \_\_\_\_\_

Otra \_\_\_\_\_

Ninguna \_\_\_\_\_

2.6 Edad de inicio \_\_\_\_\_

2.7 Tiempo de consumir la droga \_\_\_\_\_

2.8 Droga de uso actual durante el tratamiento sin prescripción

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Cocaína \_\_\_\_\_

Mariguana \_\_\_\_\_

Solventes \_\_\_\_\_

Alcohol \_\_\_\_\_

Otra \_\_\_\_\_

2.9. Tiempo de consumirla \_\_\_\_\_

3. Tiempo de estar recibiendo tratamiento \_\_\_\_\_ D/M

3.1. Número de veces que ha solicitado tratamiento \_\_\_\_\_

## Apéndice B

*Cuestionario de Confianza de uso de Drogas [DTCQ]**Drug-Taking Confidence Questionnaire*

## Instrucciones

A continuación se presenta una lista de situaciones o eventos en los cuales algunas personas consumen drogas.

Imagínate como que estás ahora en cada una de las siguientes situaciones.

Indica en la escala cuánta confianza tienes para resistir el deseo de uso de drogas en cada situación.

Circula el 100 si tú consideras tener el 100% de confianza para poder resistir el deseo del uso de estas; 80 si tú tienes el 80% de confianza; 60 si tienes el 60% de confianza.

Si tienes más desconfianza que confianza, circula 40 para indicar que sólo tienes 40% de confianza para que puedas resistir el deseo de usar drogas; 20 para el 20% de confianza; 0 si tú no tienes nada de confianza de resistir ante determinada situación.

Tengo la confianza de resistir el deseo de usar drogas		No del todo confiado			Muy confiado		
1	Si estuviera deprimido(a) por cosas en general	0	20	40	60	80	100
2	Si me sintiera tembloroso o enfermo	0	20	40	60	80	100
3	Si estuviera muy feliz	0	20	40	60	80	100
4	Si sintiera que no me queda de otra	0	20	40	60	80	100
5	Si pudiera consumir drogas con moderación	0	20	40	60	80	100
6	Si estuviera en un lugar donde yo hubiera consumido o comprado drogas antes	0	20	40	60	80	100
7	Si me sintiera tenso (a) o intranquilo ante la presencia de alguien	0	20	40	60	80	100
8	Si fuera invitado (a) a la casa de alguien y me sintiera torpe acerca de rechazar cuando me ofrecen drogas	0	20	40	60	80	100
9	Si me encuentro viejos amigos y queremos pasar un buen rato	0	20	40	60	80	100
10	Si fuera incapaz de expresar mis sentimientos hacia alguien	0	20	40	60	80	100

11	Si sintiera que me he fallado a mi mismo (a)	0	20	40	60	80	100
12	Si tuviera problemas para dormir	0	20	40	60	80	100
13	Si me sintiera confiado (a) y relajado (a)	0	20	40	60	80	100
14	Si estuviera aburrido (a)	0	20	40	60	80	100
15	Si quisiera probarme a mí mismo que las drogas no son un problema para mi	0	20	40	60	80	100
16	Si inesperadamente encontrara drogas y viera algo que me recordara estas drogas	0	20	40	60	80	100
17	Si otra persona me rechazara o no pareciera agradarle	0	20	40	60	80	100
18	Si saliera con mis amigos y ellos secretamente me sugirieran ir a algún lugar y consumir drogas	0	20	40	60	80	100
19	Si estuviera con un amigo (a) íntimo (a) y quisiéramos sentirnos aun más cerca	0	20	40	60	80	100
20	Si otra persona me tratara injustamente o interfiriera con mis planes	0	20	40	60	80	100
21	Si me sintiera solo (a)	0	20	40	60	80	100
22	Si quisiera permanecer despierto, estar más alerta, o con más energía	0	20	40	60	80	100
23	Si me sintiera emocionado por algo	0	20	40	60	80	100
24	Si me sintiera ansioso o tenso por algo	0	20	40	60	80	100
25	Si averiguara que puedo consumir drogas ocasionalmente sin ser enganchado	0	20	40	60	80	100
26	Si hubiera estado bebiendo alcohol y pensara en consumir drogas	0	20	40	60	80	100
27	Si sintiera que mi familia me están presionado sobre que no puedo estar a la altura de sus expectativas	0	20	40	60	80	100
28	Si otros estuvieran consumiendo drogas y yo sintiera que ellos esperaran que me una	0	20	40	60	80	100

29	Si estuviera con amigos y quisiera aumentar la diversión	0	20	40	60	80	100
30	Si no me llevo bien con otros en la escuela o en el trabajo	0	20	40	60	80	100
31	Si empezara a sentirme culpable por algo	0	20	40	60	80	100
32	Si quisiera bajar de peso	0	20	40	60	80	100
33	Si estuviera sintiéndome contento con mi vida	0	20	40	60	80	100
34	Si me sintiera abrumado y quisiera escapar	0	20	40	60	80	100
35	Si quisiera estar con amigos que consumen drogas	0	20	40	60	80	100
36	Si escuchara a alguien platicando sobre sus experiencias pasadas con drogas	0	20	40	60	80	100
37	Si hubiera peleas en casa	0	20	40	60	80	100
38	Si me presionan para consumir drogas	0	20	40	60	80	100
39	Si quisiera celebrar con un amigo	0	20	40	60	80	100
40	Si alguien estuviera insatisfecho con mi trabajo o me sintiera presionado(a) en la escuela o en el trabajo	0	20	40	60	80	100
41	Si estuviera enojado(a) por la manera en que me salieron las cosas	0	20	40	60	80	100
42	Si tuviera un dolor de cabeza o dolor físico	0	20	40	60	80	100
43	Si recordara algo bueno que hubiera pasado	0	20	40	60	80	100
44	Si me sintiera confundido sobre lo que debo hacer	0	20	40	60	80	100
45	Si quisiera probar que sí puedo estar en lugares donde se consumen drogas	0	20	40	60	80	100
46	Si comenzara a pensar que tan bien se sentiría un 'toque' o un 'pase'	0	20	40	60	80	100
47	Si sintiera que necesito coraje para enfrentar a alguien	0	20	40	60	80	100

48	Si estuviera con un grupo de personas y todos estuviera consumiendo drogas	0	20	40	60	80	100
49	Si estuviera teniendo un buen momento y quisiera incrementar mi gozo sexual	0	20	40	60	80	100
50	Si sintiera que alguien estuviera tratando de controlarme y quisiera sentirme más independiente	0	20	40	60	80	100

Por tu participación

¡Gracias!

## Apéndice C

### *Consentimiento Informado para Participantes*

En el entendido que el Lic. Gustavo Padrón Delgado, esta realizando un estudio para conocer la percepción de autoeficacia para resistir el deseo de uso de drogas en personas que reciben tratamiento. Este estudio es requisito para obtener su grado de Maestría en Ciencias de Enfermería. La entrevista tendrá una duración de 20 minutos aproximadamente.

Se que el Lic. Gustavo Padrón Delgado esta utilizando esta información, como parte de su desarrollo personal y podrá utilizar la misma para prevenir el consumo de drogas en un futuro a personas que tienen mayor riesgo de usarlas.

También se me ha informado que mi participación será voluntaria y en caso que yo decida retirarme en el transcurso de ésta, no habrá ningún tipo de consecuencias hacia mi persona, no afectara mi tratamiento, se cuidara mi privacidad y confidencialidad ya que nadie se enterara de lo que yo conteste porque la encuesta no lleva nombre ni dirección y además los resultados se verán de una forma general.

Conociendo todo esto, estoy de acuerdo en participar voluntariamente y doy mi consentimiento para ello.

---

Firma del participante

---

Responsable del estudio

## Apéndice D

*Consentimiento Informado para Padres de Familia*

El Lic. Gustavo Padrón Delgado, me ha informado sobre los objetivos del proyecto de investigación que se titula “Percepción de autoeficacia por uso de drogas en personas que reciben tratamiento”, él quiere saber cuanta confianza tiene mi hijo (a) para resistir el deseo de consumo de drogas. La entrevista tendrá una duración de 20 minutos aproximadamente, que realizará en las Instituciones donde se atienden jóvenes que consumen drogas. Por lo que doy la autorización para que mi hijo (a) participe en este estudio en el entendido que mi hijo puede abandonar su participación en el momento que él lo decida, sin que esto afecte el tratamiento que recibe en la Institución.

Se dé antemano que la participación beneficiará su desarrollo personal y podrá prevenir el consumo de drogas en un futuro a personas que tienen mayor riesgo de usarlas.

Acepto de conformidad

---

Nombre y firma del padre de familia

---

Responsable del estudio

## Apéndice E

*Autorización del Estudio*

**Centro de Integración Juvenil, A.C.**  
CENTRO REGIONAL MONTERREY  
REF: CIJMTY/122/2005


Monterrey, N.L., a 09 de Marzo del 2005

BERTHA CECILIA SALAZAR GONZALEZ  
SECRETARIA DE INVESTIGACION  
FAC. DE ENFERMERIA  
U.A.N.L.  
PRESENTE.

Por medio de la presente reciba un cordial saludo y a la vez informo a usted que fue **AUTORIZADA** la realización de la Investigación "Autoeficacia percibida por uso de drogas en personas que reciben tratamiento" en nuestras unidades operativas. Realizadas por el **LIC. GUSTAVO PADRON DELGADO**.

Sin otro particular de momento, me despido de usted quedando a sus órdenes para cualquier aclaración.

ATENTAMENTE

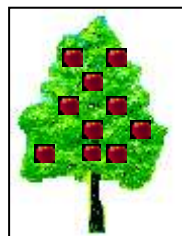
  
Lic. Silvia Laura Camarillo Vázquez  
Directora de CIJ Monterrey

C.c.p. Archivo

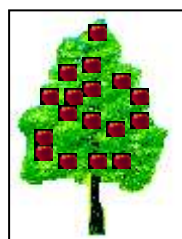
## Apéndice F

*Carta Gráfica del Cuestionario de Confianza de uso de Drogas [DTCQ]*

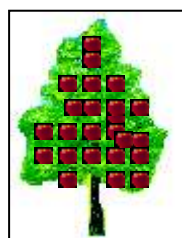
0% de Confianza



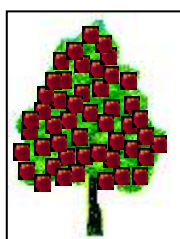
20% de Confianza



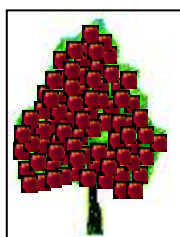
40% de Confianza



60% de Confianza



80% de Confianza



100% de Confianza

## Apéndice G

*Frecuencias y Porcentajes del Cuestionario de Confianza de uso de Drogas [DTCQ]*

Tengo la confianza de resistir el deseo de usar drogas		No del todo confiado						Muy confiado					
		0		20		40		60		80		100	
		<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
1	Si estuviera deprimido(a) por cosas en general	0	0	5	5.5	8	8.8	18	19.8	33	36.3	27	29.7
2	Si me sintiera tembloroso o enfermo	0	0	4	4.4	3	3.3	8	8.8	32	35.2	44	48.4
3	Si estuviera muy feliz	0	0	2	2.2	0	0	2	2.2	5	5.5	82	90.1
4	Si sintiera que no me queda de otra	6	6.6	1	1.1	3	3.3	13	14.3	35	38.5	33	36.3
5	Si pudiera consumir drogas con moderación	0	0	0	0	0	0	0	0	49	53.8	42	46.2
6	Si estuviera en un lugar donde yo hubiera consumido o comprado drogas antes	4	4.4	6	6.6	3	3.3	27	29.7	31	34.1	20	22.0
7	Si me sintiera tenso (a) o intranquilo ante la presencia de alguien	3	3.3	7	7.7	1	1.1	6	6.6	39	42.9	35	38.5
8	Si fuera invitado (a) a la casa de alguien y me sintiera torpe acerca de rechazar cuando me ofrecen drogas	7	7.7	1	1.1	4	4.4	16	17.6	35	38.5	28	30.8
9	Si me encuentro viejos amigos y queremos pasar un buen rato	1	1.1	5	5.5	2	2.2	23	25.3	32	35.2	28	30.8
10	Si fuera incapaz de expresar mis sentimientos hacia alguien	0	0	0	0	4	4.4	6	6.6	42	46.2	39	42.9

Tengo la confianza de resistir el deseo de usar drogas		No del todo confiado						Muy confiado					
		0		20		40		60		80		100	
		<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
11	Si sintiera que me he fallado a mi mismo (a)	3	3.3	1	1.1	9	9.9	10	11.0	38	41.8	30	33.0
12	Si tuviera problemas para dormir	0	0	0	0	3	3.3	16	17.6	33	36.3	39	42.9
13	Si me sintiera confiado (a) y relajado (a)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	91	100
14	Si estuviera aburrido (a)	5	5.5	4	4.4	7	7.7	9	9.9	36	39.6	30	33.0
15	Si quisiera probarme a mí mismo que las drogas no son un problema para mi	0	0	0	0	0	0	0	0	86	94.5	5	5.5
16	Si inesperadamente encontrara drogas y viera algo que me recordara estas drogas	0	0	5	5.5	3	3.3	10	11.0	42	46.2	31	34.1
17	Si otra persona me rechazara o no pareciera agradarle	1	1.1	1	1.1	0	0	9	9.9	38	41.8	42	46.2
18	Si saliera con mis amigos y ellos secretamente me sugirieran ir a algún lugar y consumir drogas	3	3.3	3	3.3	1	1.1	17	18.7	30	33.0	37	40.7
19	Si estuviera con un amigo (a) íntimo (a) y quisiéramos sentirnos aun más cerca	1	1.1	0	0	5	5.5	6	6.6	39	42.9	40	44.0
20	Si otra persona me tratara injustamente o interfiriera con mis planes	1	1.1	3	3.3	4	4.4	5	5.5	31	34.1	47	51.6

Tengo la confianza de resistir el deseo de usar drogas		No del todo confiado						Muy confiado					
		0		20		40		60		80		100	
		f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
21	Si me sintiera solo (a)	8	8.8	6	6.6	7	7.7	7	7.7	32	35.2	31	34.1
22	Si quisiera permanecer despierto, estar más alerta, o con más energía	3	3.3	0	0	4	4.4	7	7.7	26	28.6	51	56.0
23	Si me sintiera emocionado por algo	0	0	0	0	1	1.1	3	3.3	73	80.2	14	15.4
24	Si me sintiera ansioso o tenso por algo	5	5.5	6	6.6	0	0	14	15.4	41	45.1	25	27.5
25	Si averiguara que puedo consumir drogas ocasionalmente sin ser enganchado	0	0	0	0	0	0	1	1.1	0	0	90	98.9
26	Si hubiera estado bebiendo alcohol y pensara en consumir drogas	4	4.4	5	5.5	12	13.2	6	6.6	37	40.7	27	29.7
27	Si sintiera que mi familia me están presionado sobre que no puedo estar a la altura de sus expectativas	6	6.6	3	3.3	5	5.5	11	12.1	42	46.2	24	26.4
28	Si otros estuvieran consumiendo drogas y yo sintiera que ellos esperaran que me una	3	3.3	0	0	11	12.1	10	11.0	39	42.9	28	30.8
29	Si estuviera con amigos y quisiera aumentar la diversión	4	4.4	7	7.7	1	1.1	17	18.7	37	40.7	25	27.5
30	Si no me llevo bien con otros en la escuela o en el trabajo	0	0	7	7.7	3	3.3	3	3.3	29	31.9	49	53.8

Tengo la confianza de resistir el deseo de usar drogas		No del todo confiado						Muy confiado					
		0		20		40		60		80		100	
		<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
31	Si empezara a sentirme culpable por algo	3	3.3	4	4.4	4	4.4	10	11.0	38	41.8	32	35.2
32	Si quisiera bajar de peso	3	3.3	3	3.3	0	0	0	0	29	31.9	56	61.5
33	Si estuviera sintiéndome contento con mi vida	0	0	0	0	0	0	0	0	4	4.4	87	95.6
34	Si me sintiera abrumado y quisiera escapar	7	7.7	1	1.1	8	8.8	15	16.5	35	38.5	25	27.5
35	Si quisiera estar con amigos que consumen drogas	3	3.3	7	7.7	0	0	12	13.2	34	37.4	35	38.5
36	Si escuchara a alguien platicando sobre sus experiencias pasadas con drogas	0	0	3	3.3	2	2.2	16	17.6	33	36.3	37	40.7
37	Si hubiera peleas en casa	5	5.5	0	0	8	8.8	13	14.3	43	47.3	22	24.2
38	Si me presionan para consumir drogas	1	1.1	3	3.3	3	3.3	12	13.2	39	42.9	33	36.3
39	Si quisiera celebrar con un amigo	0	0	5	5.5	6	6.6	10	11.0	39	42.9	31	34.1
40	Si alguien estuviera insatisfecho con mi trabajo o me sintiera presionado(a) en la escuela o en el trabajo	2	2.2	6	6.6	5	5.5	5	5.5	39	42.9	34	37.4

Tengo la confianza de resistir el deseo de usar drogas		No del todo confiado						Muy confiado					
		0		20		40		60		80		100	
		<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
41	Si estuviera enojado(a) por la manera en que me salieron las cosas	2	2.2	6	6.6	1	1.1	9	9.9	36	39.6	37	40.7
42	Si tuviera un dolor de cabeza o dolor físico	6	6.6	0	0	0	0	2	2.2	42	46.2	41	45.1
43	Si recordara algo bueno que hubiera pasado	0	0	0	0	0	0	1	1.1	0	0	90	98.2
44	Si me sintiera confundido sobre lo que debo hacer	4	4.4	1	1.1	5	5.5	10	11.0	40	44.0	31	34.1
45	Si quisiera probar que sí puedo estar en lugares donde se consumen drogas	2	2.2	5	5.5	4	4.4	19	20.9	35	38.5	26	28.6
46	Si comenzara a pensar que tan bien se sentiría un 'toque' o un 'pase'	4	4.4	6	6.6	7	7.7	28	30.8	17	18.7	27	29.7
47	Si sintiera que necesito coraje para enfrentar a alguien	1	1.1	0	0	4	4.4	7	7.7	39	42.9	40	44.0
48	Si estuviera con un grupo de personas y todos estuviera consumiendo drogas	1	1.1	5	5.5	10	11.0	16	17.6	34	37.4	25	27.5
49	Si estuviera teniendo un buen momento y quisiera incrementar mi gozo sexual	2	2.2	0	0	0	0	7	7.7	31	34.1	51	56.0
50	Si sintiera que alguien estuviera tratando de controlarme y quisiera sentirme más independiente	0	0	1	1.1	0	0	7	7.7	39	42.9	44	48.4