



UTMACH

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

AUTOEFICACIA EN PACIENTES CON TRASTORNO POR CONSUMO
DE COCAÍNA DEL CETAD

OLMEDO SANCHEZ LIZBETH ANDREA
PSICÓLOGA CLÍNICA

PORRAS RUIZ LAIDA ARELI
PSICÓLOGA CLÍNICA

MACHALA
2022



UTMACH

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

Autoeficacia en pacientes con Trastorno por consumo de cocaína del
CETAD

OLMEDO SANCHEZ LIZBETH ANDREA
PSICÓLOGA CLÍNICA

PORRAS RUIZ LAIDA ARELI
PSICÓLOGA CLÍNICA

MACHALA
2022



UTMACH

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

TRABAJO TITULACIÓN
ANÁLISIS DE CASOS

Autoeficacia en pacientes con Trastorno por consumo de cocaína del CETAD

OLMEDO SANCHEZ LIZBETH ANDREA
PSICÓLOGA CLÍNICA

PORRAS RUIZ LAIDA ARELI
PSICÓLOGA CLÍNICA

REBOLLEDO YANGE NAVIER ENRIQUE

MACHALA, 01 DE SEPTIEMBRE DE 2022

MACHALA
2022

Autoeficacia en pacientes con Trastorno por consumo de cocaína del CETAD

INFORME DE ORIGINALIDAD

3%

INDICE DE SIMILITUD

3%

FUENTES DE INTERNET

1%

PUBLICACIONES

1%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	www.tandfonline.com Fuente de Internet	<1 %
2	bonga.unisimon.edu.co Fuente de Internet	<1 %
3	idoc.pub Fuente de Internet	<1 %
4	www.theibfr.com Fuente de Internet	<1 %
5	worldwidescience.org Fuente de Internet	<1 %
6	eprints.ucm.es Fuente de Internet	<1 %
7	Submitted to Universidad de Nebrija Trabajo del estudiante	<1 %
8	gk.city Fuente de Internet	<1 %
9	Submitted to UNIV DE LAS AMERICAS Trabajo del estudiante	<1 %

CLÁUSULA DE CESIÓN DE DERECHO DE PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO DIGITAL INSTITUCIONAL

Las que suscriben, OLMEDO SANCHEZ LIZBETH ANDREA y PORRAS RUIZ LAIDA ARELI, en calidad de autoras del siguiente trabajo escrito titulado Autoeficacia en pacientes con Trastorno por consumo de cocaína del CETAD, otorgan a la Universidad Técnica de Machala, de forma gratuita y no exclusiva, los derechos de reproducción, distribución y comunicación pública de la obra, que constituye un trabajo de autoría propia, sobre la cual tienen potestad para otorgar los derechos contenidos en esta licencia.

Las autoras declaran que el contenido que se publicará es de carácter académico y se enmarca en las disposiciones definidas por la Universidad Técnica de Machala.

Se autoriza a transformar la obra, únicamente cuando sea necesario, y a realizar las adaptaciones pertinentes para permitir su preservación, distribución y publicación en el Repositorio Digital Institucional de la Universidad Técnica de Machala.

Las autoras como garantes de la autoría de la obra y en relación a la misma, declaran que la universidad se encuentra libre de todo tipo de responsabilidad sobre el contenido de la obra y que asumen la responsabilidad frente a cualquier reclamo o demanda por parte de terceros de manera exclusiva.

Aceptando esta licencia, se cede a la Universidad Técnica de Machala el derecho exclusivo de archivar, reproducir, convertir, comunicar y/o distribuir la obra mundialmente en formato electrónico y digital a través de su Repositorio Digital Institucional, siempre y cuando no se lo haga para obtener beneficio económico.

Machala, 01 de septiembre de 2022


OLMEDO SANCHEZ LIZBETH ANDREA
0705247120


PORRAS RUIZ LAIDA ARELI
0706700341

Autoeficacia en pacientes con Trastorno por consumo de cocaína del CETAD

INFORME DE ORIGINALIDAD

3%

INDICE DE SIMILITUD

3%

FUENTES DE INTERNET

1%

PUBLICACIONES

1%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1

www.tandfonline.com

Fuente de Internet

<1%

2

bonga.unisimon.edu.co

Fuente de Internet

<1%

3

idoc.pub

Fuente de Internet

<1%

4

www.theibfr.com

Fuente de Internet

<1%

5

worldwidescience.org

Fuente de Internet

<1%

6

eprints.ucm.es

Fuente de Internet

<1%

7

Submitted to Universidad de Nebrija

Trabajo del estudiante

<1%

8

gk.city

Fuente de Internet

<1%

9

Submitted to UNIV DE LAS AMERICAS

Trabajo del estudiante

AGRADECIMIENTO

Agradezco a mi tutor, el Psic. Clin. Enrique Rebolledo, por su ayuda, por las revisiones que realizo, su dedicación fue muy importante para realizar nuestra investigación. A la Dra. Carmita Villavicencio por todos los saberes y pautas que nos brindó dentro del proyecto y en reiteradas ocasiones dedico su tiempo a revisar la evolución del trabajo, sin duda fueron dos piezas claves para concluir con éxito nuestro trabajo.

Lizbeth Andrea Olmedo Sánchez

Agradezco en primer lugar a Dios por cuidarme en todo momento y brindarme las herramientas necesarias para poder culminar todo este proceso universitario. Doy gracias infinitas a mis padres por ser mis guías, por compartirme consejos que me han ayudado a crecer en todos los aspectos de mi vida, por confiar en mí y por proveerme de recursos para poder culminar mi carrera.

Le agradezco a mi tutor, el Psi. Clin. Enrique Rebolledo por compartir su conocimiento y prestar su ayuda dentro del trabajo. A la Dra. Carmita Villavicencio por su incesante paciencia, orientación y dedicación, que sin tener la obligación nos esclareció muchas inquietudes que fueron fundamentales para concluir este trabajo.

Laida Arellí Porras Ruíz

DEDICATORIA

Dedico este trabajo con mucho amor a mi madre: Danny Sánchez por ser mi apoyo incondicional durante los años de mi carrera, quien me ha ayudado a crecer como persona, una mujer luchadora y amorosa que me impulso a seguir adelante y terminar con este sueño que empezó hace cinco años. A mi padre Williams Olmedo, por ser mi soporte económico y moral durante este tiempo. A mi abuela Betsabé de los Ángeles Ramírez quien cuidó de mí durante todos los años de su vida y ahora que es un ángel que se encuentra en el cielo guía mis pasos, gracias abuela por llevarme siempre en tus oraciones. A mis hermanos Niurka, Lía y Jairo porque son la razón de mis logros quienes han estado siempre a mi lado.

Lizbeth Andrea Olmedo Sánchez

Dedico este trabajo de manera muy especial a las personas más importantes de mi vida: a mi padre William Porras Araujo por su amor incondicional, protección, apoyo y por ser mi modelo a seguir desde que empecé mi vida académica, a mi madre Laida Ruíz Contreras por su amor infinito, por quedarse a mi lado en eternas traspasadas, por creer en mí y por ser siempre la luz al final del túnel que necesito para que todo esté bien.

A mi abuela, Virginia Contreras por ser mi inspiración desde el día uno, a pesar de no encontrarse físicamente conmigo la llevo siempre en mi corazón.

A mis hermanos: William, Grecia y Oliver por brindarme su mano, estar junto a mí y vivir conmigo todo este proceso.

A mi enamorado, Alex por su amor y cariño incondicional, por alentarme y ser fortaleza cuando sentía que ya no podía más.

A mis sobrinos: William, Benjamín, Laida e Isabella por aliviar un poco mis días y hacer más divertido este caminar.

Laida Areli Porras Ruíz

**AUTOEFICACIA EN PACIENTES CON TRASTORNO POR CONSUMO DE
COCAÍNA DEL CENTRO ESPECIALIZADO EN EL TRATAMIENTO A PERSONAS
CON CONSUMO PROBLEMÁTICO DE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS (CETAD)**

RESUMEN

Autores: Lizbeth Andrea Olmedo Sánchez
CI: 070524712-0
lolmedo2@utmachala.edu.ec

Laida Arellí Porras Ruíz
CI: 070670034-1
lporras2@utmachala.edu.ec

Coautor: Psc. Navier Enrique Rebolledo Yange Mg.
CI:070334069-5
nrebolledo@utmachala.edu.ec

El presente estudio buscó evaluar los niveles de autoeficacia que poseen los pacientes por trastorno por consumo de cocaína del centro especializado en el tratamiento a personas con consumo problemático de alcohol y otras drogas (CETAD), además de reconocer su sintomatología y la influencia de la relación familiar, la investigación se respaldó en el enfoque cognitivo conductual que tiene como fundamentación el cómo los procesos cognitivos de pensamiento y razón aportan a las emociones y conductas humanas, además hacer hincapié en que un factor importante para determinar la conducta de un sujeto es el contexto donde este se desarrolla, asimismo este enfoque determina que la autoeficacia es un constructo de carácter cognitivo debido a que está basado en las creencias individuales, al igual que lo manifiesta Bandura, la autoeficacia es la percepción que posee el ser humano sobre sus habilidades y competencias para hacer frente a cualquier situación ya sea cotidiana o de riesgo. Dentro del campo de las conductas adictivas se considera relevante la autoeficacia puesto que estimula la creencia para actuar de forma favorable en situaciones que se puedan presentar, además permite que el afrontamiento sea adecuado y el riesgo de consumo disminuya. La investigación se llevó a cabo bajo la modalidad de estudio mixto (cuantitativo-cualitativo), su diseño fue exploratorio secuencial el cual tuvo un alcance descriptivo, explicativo de corte transversal que consiste en especificar cómo se manifiestan los fenómenos dentro del estudio, en este caso se indagó en las características de estas personas con el fin de analizar cómo se encuentran los niveles de autoeficacia. Las categorías de análisis para este estudio fueron: la autoeficacia, la autoeficacia de acción y las relaciones familiares. Los participantes seleccionados fueron personas de sexo masculino de edades entre 18-40 años los cuales se encontraban internados con un diagnóstico de trastorno por policonsumo con tendencia mayor a la cocaína que se hallaban en la fase dos del tratamiento residencial y que hayan cumplido con el tratamiento ambulatorio previo. Los instrumentos utilizados fueron: la entrevista semiestructurada, la escala de autoeficacia general de de Baessler y Schwarzer (1996) la cual mide de manera psicométrica la creencia personal del individuo para hacer

frente a situaciones que se le puedan presentar; este instrumento consta de diez ítems, además de información extra brindada por la revisión de historias clínicas. Los resultados obtenidos demuestran que en el primer caso el paciente con mayor tiempo en el internamiento percibe elevados niveles de autoeficacia a diferencia del segundo caso que por el menor tiempo que lleva de internamiento presenta bajos niveles de autoeficacia lo cual se encuentra relacionado con el tratamiento que cada uno lleva a cabo. Estos pacientes están dentro de la categoría de autoeficacia de acción debido a que decidieron dar el primer paso a la deshabitación de la sustancia porque esta les estaba causando daños significativos en su vida (deterioro de las relaciones interpersonales, problemas clínicos y conductas desadaptativas). En la relación familiar se evidencia que los pacientes se desarrollaron en un contexto disfuncional con un apoyo familiar inexistente, había poca implicación de los progenitores en sus estilos de crianza por lo que fueron negligentes y permisivos, lo cual provocó un consumo problemático.

Palabras Claves: Autoeficacia, trastorno por consumo de cocaína, relación familiar

**SELF-EFFICACY IN PATIENTS WITH COCAINE USE DISORDER AT THE
CENTER SPECIALIZED IN THE TREATMENT OF PEOPLE WITH
ALCOHOL AND OTHER DRUG USE DISORDERS (CETAD)**

ABSTRACT

Authors: Lizbeth Andrea Olmedo Sánchez

CI: 070524712-0

lolmedo2@utmachala.edu.ec

Laida Arellí Porras Ruíz

CI: 070670034-1

lporras2@utmachala.edu.ec

Coauthor: Psc. Navier Enrique Rebolledo Yange Mg.

CI:070334069-5

nrebolledo@utmachala.edu.ec

The present study sought to evaluate the levels of self-efficacy of patients with cocaine use disorder in the center specialized in the treatment of people with problematic use of alcohol and other drugs (CETAD), in addition to recognizing their symptomatology and the influence of the family relationship, the research was supported by the cognitive behavioral approach that has as its foundation how the cognitive processes of thought and reason contribute to human emotions and behaviors, This approach also emphasizes that an important factor in determining the behavior of a subject is the context in which he/she develops. Likewise, this approach determines that self-efficacy is a cognitive construct because it is based on individual beliefs, as Bandura states, self-efficacy is the perception that the human being has of his/her abilities and competencies to face any situation, whether it is a daily or risky one. Within the field of addictive behaviors, self-efficacy is considered relevant since it stimulates the belief to act in a favorable way in situations that may arise, and also allows coping to be adequate and the risk of consumption to decrease. The research was carried out under the mixed study modality (quantitative-qualitative), its design was sequential exploratory, which had a descriptive, explanatory, cross-sectional scope that consists of specifying how the phenomena are manifested within the study, in this case the characteristics of these people were investigated in order to analyze how the levels of self-efficacy are. The categories of analysis for this study were: self-efficacy, action self-efficacy and family relationships. The selected participants were male persons aged 18-40 years who were hospitalized with a diagnosis

of poly-drug use disorder with a major tendency to cocaine, who were in phase two of residential treatment and who had completed the previous outpatient treatment. The instruments used were: the semi-structured interview, the general self-efficacy scale by Baessler and Schwarzer (1996), which measures psychometrically the individual's personal belief in coping with situations that may arise; this instrument consists of ten items, in addition to extra information provided by the review of clinical histories. The results obtained show that in the first case, the patient who has been hospitalized for the longest time perceives high levels of self-efficacy, while in the second case, due to the shorter time spent in hospital, the patient has low levels of self-efficacy, which is related to the treatment that each patient is undergoing. These patients are in the category of action self-efficacy because they decided to take the first step towards substance withdrawal because the substance was causing significant damage in their lives (deterioration of interpersonal relationships, clinical problems and maladaptive behaviors). In the family relationship it is evident that the patients developed in a dysfunctional context with non-existent family support, there was little involvement of the parents in their parenting styles so they were negligent and permissive, which led to problematic consumption.

Keywords: Self-efficacy, cocaine use disorder, family relationship, family relationship

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	10
GENERALIDADES DEL OBJETO DE ESTUDIO	12
1.1 Definición y contextualización del objeto de estudio	12
1.2 Hechos de interés	15
1.3 Objetivo de la investigación.....	19
Objetivo General:	19
Objetivos específicos:.....	19
FUNDAMENTACIÓN TEÓRICO - EPISTEMOLÓGICA DEL ESTUDIO	20
2.1 Descripción del enfoque epistemológico de referencia	20
2.2 Bases teóricas de la investigación	22
PROCESO METODOLÓGICO	27
3.1 Diseño o tradición de investigación seleccionada.....	27
3.2 Proceso de recolección de datos en la investigación.....	28
3.3 Sistema de categorización en el análisis de los datos	29
RESULTADO DE LA INVESTIGACIÓN	30
4.1 Descripción y Argumentación teórica de Resultados	30
CONCLUSIONES	33
RECOMENDACIONES	34
REFERENCIAS.....	35
ANEXOS	40
ANEXO A	41
ANEXO B	53
ANEXO C	54
ANEXO D	55
ANEXO E.....	56

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo investigativo se origina a partir de la relación que existe entre la autoeficacia y el trastorno por consumo de cocaína, al hablar del consumo se debe estudiar cómo se encuentran los niveles de autoeficacia y de qué forma actúan dentro de las cogniciones de los pacientes, del mismo modo sirve para evidenciar cual es la relación que existe entre las relaciones familiares y el consumo problemático, estadísticas de estudios demuestran que 20 millones de personas consumieron cocaína en 2019, lo que corresponde al 0,4% de la población mundial.

Debido a esto la autoeficacia es un constructo importante en las conductas adictivas puesto que se lo considera tanto un factor protector como de riesgo dentro de las conductas adictivas que puede predecir el comportamiento que tienen los individuos luego del proceso de rehabilitación. Es por ello que es de suma importancia abordarla y reconocer sus categorías para comprender cómo funciona el sistema de creencias de los pacientes para optar por la deshabitación de la sustancia y de esa forma mantener el proceso de recuperación cuando se reinsertan en la sociedad.

Se puede afirmar que las relaciones familiares están ligadas estrechamente al consumo problemático debido a que los estilos de crianzas empleados por los padres pueden tomarse como un factor para que los pacientes en este caso hayan desarrollado el consumo. Tal como lo manifiestan, González et al. (2009) las características que debe tener el contexto familiar para proteger a los más jóvenes de las drogas son una comunicación asertiva, relación de apego, confianza, normas y límites claros.

Por consiguiente, el objetivo de la investigación es evaluar los niveles de autoeficacia en pacientes con Trastorno por consumo de cocaína del Centro Especializado en el Tratamiento a personas con consumo problemático de Alcohol y otras drogas (CETAD), mediante técnicas e instrumentos de recolección cualitativas y cuantitativas.

El capítulo 1 aborda las generalidades del objeto de estudio, describe la definición y conceptualización de las variables de uso de sustancias y autoeficacia y los hechos de interés que exponen resultados de otras investigaciones relacionadas con la misma temática, además de integrar a los objetivos del estudio.

En el capítulo 2 está la fundamentación teórica y epistemológica del estudio donde se describe las bases teóricas de la investigación y la teoría del enfoque cognitivo conductual en la cual está sustentada la investigación, asimismo se complementa con teorías secundarias que dan aportes necesarios al fenómeno de estudio.

El capítulo 3 se encuentra la metodología de investigación que explica el método que fue seleccionado para realizar el estudio, el diseño empleado y los instrumentos y técnicas que fueron aplicados para la recolección de datos, a su vez también se muestran el sistema de categorización de análisis para comprender mejor las variables.

En el capítulo 4 están los resultados de la investigación en la cual se presentan los resultados obtenidos argumentados teóricamente en otros trabajos investigativos, en este espacio también se hallan las conclusiones y recomendaciones.

GENERALIDADES DEL OBJETO DE ESTUDIO

1.1 Definición y contextualización del objeto de estudio

Las sustancias psicoactivas han sido consumidas desde tiempos remotos por civilizaciones que las consideraban una “cura” por los efectos analgésicos que producían, también se usaban como energizantes para aquellas tribus que tenían que caminar largas distancias (Westermeyer, 1991, citado en Beck, 1999). Del mismo modo, Escotado (1992) menciona que a inicios del siglo XX se popularizó la palabra narcótico que proviene del griego “narkoun” que significa sedar para hacer referencia a este tipo de sustancias que antiguamente fueron utilizadas en festividades y sacramentos.

Para Valdez et al. (2018) el término drogas se divide en dos grupos el primero hace referencia a las psicoactivas, las más comunes por su consumo como el alcohol, la nicotina o la cafeína las cuales son legales en varios países, se denominan de esa forma porque pueden producir cambios en el estado de ánimo de quien los consume, a diferencia del segundo grupo de drogas las cuales se denominan drogas recreativas estas son utilizadas para producir placer en el cuerpo del individuo sin fines medicinales, dentro de este grupo se encuentran los opiáceos, anfetaminas y sus derivados los cuales son considerados como drogas ilegales.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define al consumo de sustancias como un patrón repetitivo e inadecuado para la salud debido a que originan daños severos tanto físicos como psicológicos (OMS, 1994). El uso excesivo de drogas provoca caos y consecuencias negativas que por lo general conllevan a la dependencia y pérdida de control del individuo adicto (Becoña y Cortés, 2010).

Del mismo modo, el consumo de drogas puede iniciar la mayor parte del tiempo en la adolescencia entre el grupo social de la persona, lo que causa consecuencias como suicidios, violencia o enfermedades de transmisión sexual según la frecuencia o el tipo de sustancia que se consuma, según el informe de la OMS las sustancias más adictivas son el alcohol, el tabaco o drogas, este consumo cada día va en aumento según la edad (Verganista et al., 2019). Así mismo, Pavón et al. (2017) expresan que la población juvenil independientemente del estatus económico o social es la más afectada por este tipo de sustancias debido al fácil acceso que tienen a ellas en esta etapa de desarrollo sin importar los efectos y daños físicos y psicológicos que estas provoquen.

En este caso algunos autores mencionan que dentro del consumo de drogas existen factores protectores como es la autoeficacia la cual se define como habilidades que permiten al ser humano manejar de forma adecuada, oportuna y eficaz las situaciones que se perciben como estresantes, es decir que la autoeficacia puede ser relacionada con el consumo, por ejemplo, a mayor nivel de autoeficacia el nivel de consumo puede ser menor (Valles, 2016).

De manera precisa, el mayor exponente de este constructo, Bandura (1977) conceptualiza a la autoeficacia como la creencia que tiene el ser humano de sus capacidades, competencias y habilidades para enfrentar cualquier situación en la vida cotidiana, desde la más básica hasta la más compleja y dificultosa o para enfrentar situaciones que generen algún tipo de estrés, además es considerada como la convicción que surge como respuesta para alcanzar metas específicas haciendo determinadas acciones.

El constructo autoeficacia no es exactamente un constructo estable sino que es de carácter cognitivo por lo que es cambiante, esta se construye a partir de que el sujeto procesa la información y la integra en su subconsciente por lo que puede estar influenciado por los logros que se dieron en el pasado, la observación del medio y la autopercepción del mismo cuerpo, va a cambiar según la situación en la que se encuentre el individuo hacia el futuro (Villamarín, 1994).

De modo similar, Simón et al. (2017) manifiestan que la autoeficacia no alude a las capacidades que un individuo tiene, sino a la concepción que posee cada individuo sobre sí mismo, sobre sus propias capacidades y competencias que al momento de experimentar una situación estresante o de riesgo tratará de organizarlas para brindar una respuesta adecuada ante los retos que interfieran en el ciclo vital.

Otro postulado importante sobre la autoeficacia manifiesta que cada individuo antes de realizar una acción considera de forma determinada cuales pueden ser las consecuencias de dicha conducta y actúan basándose en sus propias creencias de logros es aquí donde este constructo juega un papel fundamental, Rotter postula que las creencias cognitivas son amplias por lo que están reforzadas, es la sugestión quien objeta las experiencias.

En realidad, la autoeficacia ha sido estudiada anteriormente, desde la parte escolar, de la salud, como un constructo motivacional, dentro de la psicología social se entiende como un sistema dinámico de creencias que funcionan de forma diferenciada de una forma más

amplia lo que hace referencia a las percepciones del ser humano sobre su competencia para asumir los eventos estresantes que se puedan presentar durante la convivencia (Velásquez, 2009). Del mismo modo De Miguel et al. (2017) mencionan que cuando el individuo se siente competente al realizar una acción se encuentra relacionado con el constructo de autoeficacia estas creencias pueden influir en la parte conductual y motivacional.

Continuando con el tema, el término autoeficacia se origina de la teoría de Rotter y Bandura, lo que significa la autopercepción de cada individuo sobre cómo desenvolverse en una tarea, para el autor el sujeto está manejado por un sistema interno que le permite el control conductual y cognitivo que puede influenciar positivamente o al contrario de forma negativa sobre las metas que se ha propuesto durante el diario vivir (Chacon, 2006).

De modo parecido, la autoeficacia influye en la conducta del individuo en áreas como la motivación, cognición o dentro de las emociones lo que supone que si las expectativas de autoeficacia son altas el individuo tiene autoconfianza para afrontar exitosamente las situaciones de la vida, asimismo es necesario dentro de la toma de decisiones, los sujetos con poca autoeficacia carecen de habilidades lo que puede desencadenar pensamientos distorsionados que reducen la capacidad de afrontar las situaciones, es por esto que se aduce que la autoeficacia juega un papel relevante dentro de la conducta de consumo problemático y la prevención de recaídas lo cual determina que la conducta siga presente o pueda desaparecer (Rodríguez et al., 2017).

Dentro del consumo de sustancias es necesario considerar la autoeficacia, puesto que esta estimula la creencia del sujeto para actuar de manera favorable en las situaciones que se puedan presentar, permite que el afrontamiento sea adecuado y el riesgo de consumo disminuya (Gaspar y Martínez, 2008).

Igualmente, Noh-Moo et al. (2021) refieren que la autoeficacia es un elemento que puede considerarse como factor protector o de riesgo dentro de las conductas adictivas, así mismo esta se encuentra presente y puede predecir el comportamiento que toman los individuos luego del proceso de rehabilitación e internamiento. Otro elemento dentro de las conductas adictivas que se considera factor protector o de riesgo es la relación y funcionamiento familiar debido a que las características y enseñanzas positivas o

negativas que se impartan dentro del núcleo familiar son de fundamental importancia en la vida de los individuos y su actuar frente a las sustancias (Ruiz et al., 2017).

Otros autores como Moreno y Palomar (2017) indican que la ausencia de la figura paterna en edades tempranas del desarrollo y el vínculo limitado de afecto materno, comunicación y control de la conducta provocan frecuentemente mayores índices de consumo en los individuos en crecimiento.

Al respecto del consumo de sustancias se revela que la problemática va en aumento, por lo que es necesario evaluar la autoeficacia en pacientes con trastorno por consumo de cocaína para determinar los niveles con los que enfrentan el tratamiento dentro del proceso de rehabilitación.

1.2 Hechos de interés

Un estudio realizado en México destaca que la autoeficacia es la creencia que poseen las personas sobre sus capacidades, la forma en cómo observan su entorno y cómo actúan en concordancia con él, es por ello que las personas que se perciben como eficaces son más propensas a lograr los objetivos que se proponen hasta conseguir el punto máximo de su éxito, mientras que, quienes se consideran ineficaces comúnmente se esfuerzan poco y fallan en los intentos al momento de ejecutar alguna tarea, es así como los sujetos que tienen relación con algún tipo de sustancia no disponen de un estilo de vida saludable y por ende su autoeficacia no llega a un nivel alto en comparación con individuos no adictos (Arce et al., 2018).

De hecho, en un estudio realizado en el Instituto de Adicciones de la ciudad de Madrid por Chicharro et al. (2007) concluyen que dentro de las adicciones, la autoeficacia trabaja como contenido cognitivo el cual ayuda al individuo a resistir al deseo de consumo frente a las situaciones que resultan estresantes por lo cual la autoeficacia está relacionada como un factor de afrontamiento positivo, es por esto que los programas de atención cognitivos conductuales se basan en reforzar las estrategias de afrontamiento que aumenten la percepción de eficacia en cada usuario para favorecer el programa de tratamiento.

En el mismo territorio, López et al. (2005) dentro de su investigación producida en la Universidad de Granada analizaron la influencia del apoyo familiar en la autoeficacia de los drogodependientes teniendo como resultado que la familia juega un papel fundamental

dentro de la vida de un individuo en todas las etapas del desarrollo y más aún si este individuo tiene tendencia al consumo, además argumentan que, si una persona carece de protección, relaciones funcionales, empatía y un lugar seguro de crianza tiene más probabilidades de riesgo a la adicción y para finalizar concluyen que la autoeficacia predice el hábito de consumo, enfatizando que mientras más bajos niveles de autoeficacia tenga una persona más predisponente está al consumo y su mantenimiento.

Mientras que, en un estudio anterior aplicado a los familiares de personas con consumo problemático de drogas se observa que la autoeficacia es necesaria para desarrollar la autopercepción sobre las capacidades de cada sujeto para realizar positivamente sus objetivos y de la misma forma controlar el entorno, el autor manifiesta que las personas codependientes tienen un bajo nivel de autoeficacia lo cual afecta la relación con sus familiares al mantener las conductas adictivas por lo que el contexto familiar se puede volver disfuncional (Guevara, 2002).

Es decir, en cuanto al apoyo familiar juega un papel principal en la conducta y el desarrollo positivo del individuo porque crean lazos, aunque con el tiempo estos se van modificando, por esta razón el rol familiar demuestra ser un factor protector o de riesgo más en conductas problemáticas como el consumo de sustancias (Martinez et al., 2005). Los factores de riesgo más notorios que propician una conducta adictiva son una historia familiar de consumo (presencia de padres, hermanos adictos), separación de las figuras paternas, familia disfuncional (carencia de reglas y afecto), ausencia de modelos de autoridad (Pettersson, 1992, citado en Aguirre et al. 2016).

Al mismo tiempo, Noh-Moo et al. (2021) en un estudio reciente en México en el cual se empleó una población adolescente mencionan que la etapa de adolescencia se considera un grupo vulnerable hacia el consumo, dentro de esta se pueden experimentar exigencias del medio, una definición de su identidad y las metas o planes a futuro los cuales se convierten en factores detonantes para el uso temprano de alcohol y otras drogas es por esto que existen constructos como la autoeficacia que influye de forma positiva dentro de la toma de decisiones por lo cual el individuo tiene la capacidad de cambiar o rechazar lo que le parezca conflictivo y pueda afectar las áreas de su vida.

Del mismo modo en un estudio similar hacia una población femenina de adolescentes realizado en el mismo territorio, destaca los desafíos a los que se encuentran expuestos

los adolescentes frente al consumo es aquí donde la autoeficacia actúa como una habilidad que permite afrontar estas situaciones, lo que menciona que los individuos que se evalúan a sí mismos con bajos niveles de autoeficacia mantienen escasas conductas que se predisponen y encuentra una alianza positiva al realizarlo, la autoeficacia está presente dentro de las creencias de los adolescentes por lo que puede ser predictiva para modificar o evitar consumir sustancias (Frayre et al., 2018) .

Melo y Castanheira (2010) exponen que la autoeficacia comúnmente se la ha relacionado con distintas conductas de la salud como en las enfermedades graves, funcionamiento del cuerpo, relación sexual, actividad física, uso de sustancias ilícitas entre otras, en este último apartado la autoeficacia puede funcionar como un agente predictivo y últimamente se lo ha venido considerando como un factor protector para el consumo de sustancias puesto que los individuos que no ingieren drogas o bebidas alcohólicas poseen por lo general un alto nivel de autoeficacia y autoestima al contrario de los que puntúan un bajo nivel en estas capacidades.

Sin embargo, en otra investigación efectuada en México el autor propone la importancia de la autoeficacia en la conducta humana este constructo además de influir en ella es necesaria para el planteamiento de aspiraciones, expectativas o la percepción que establezcan de ciertos comportamientos, de forma específica la autoeficacia va ser fundamental en la conducta adictiva permite predecir y permite al sujeto identificar sus creencias sobre la capacidad o limitación hacia el consumo (Palacios, 2014).

Hinojosa et al. (2011) en otra investigación, aplicada en Tamaulipas donde se define a la autoeficacia como una herramienta cognitiva que permite manejar las situaciones futuras para controlar las conductas negativas o de consumo a las que se enfrentan los trabajadores de la salud incentivándolos a producir buenos resultados dentro de su campo de trabajo; si el sujeto percibe una alta autoeficacia puede hacer frente a las situaciones que le generen un craving para reducir la cantidad de consumo y por ende manejar las situaciones que suponen un alto riesgo es por esto que la autoeficacia es necesaria para estudiar las conductas de consumo.

Mientras tanto, en un estudio aplicado en una comunidad terapéutica del Cono Sur se evidencia que la autoeficacia es considerada un elemento importante dentro del cambio conductual, más es necesario que el sujeto emplee comportamientos que permitan este

cambio; la autoeficacia percibida dentro de las personas con problemáticas de consumo se puede explicar de dos maneras, el sujeto puede considerar una alta expectativa de autoeficacia lo que va permitir que tenga el deseo de eliminar el consumo pero no involucra directamente que este pueda lograrla; en este caso mediante la autoeficacia el paciente puede reconocer el contenido cognitivo de los pensamientos sobre el consumo y las consecuencias que significan en su vida (Caycho, 2017).

Valles (2016) en su investigación realizada dentro de cinco comunidades terapéuticas en Perú argumenta que las adicciones son un problema de salud pública a nivel mundial, no solo por las consecuencias de tráfico y delincuencia sino por el impacto que ocasiona en la vida de los consumidores dependientes, de la misma manera refiere que un factor que está inmerso en esta problemática es la autoeficacia debido a que desempeña un papel fundamental para el tema de las recaídas puesto que si una persona tiene altos niveles de autoeficacia la probabilidad de consumo y recaída es bajo.

Otra investigación efectuada en Quito (Ecuador), indica que la autoeficacia es la convicción que tiene el ser humano para organizar y medir sus acciones en circunstancias que pueden generar estrés, de esta manera la autoeficacia dentro del contexto de los drogodependientes en rehabilitación se considera como una “autoeficacia de resistencia” debido a que mediante ella los sujetos se pueden rehusar a volver a consumir algún tipo de sustancia psicoactiva en situaciones de donde la probabilidad de consumo es alta, si el individuo logra pasar esta fase los niveles de autoeficacia se elevan lo cual produce un mayor control de las conductas negativas (Minda, 2021).

Dentro de los resultados encontrados, se destaca un estudio realizado la ciudad de Ecuador anteriormente mencionada, se evaluaron los factores personales que influyen en la adherencia del tratamiento de personas con consumo de alcohol se destaca la relación que existe entre los factores psicosociales como la motivación y la presencia de niveles altos de autoeficacia dentro de la recuperación de un grupo de AA (Alcohólicos Anónimos) y permite acotar que dentro de las conductas adictivas la autoeficacia actúan como un factor protector dentro de los resultados de tratamiento (Monge, 2021).

Dentro del Modelo de Atención Integral residencial para el consumo problemático de alcohol y otras drogas se evidencia que en el Ecuador aproximadamente el 5,1% de la población busca un asesoramiento sobre el tratamiento por consumo de drogas, por un

lado el 7,3% en la región Oriente, en la región Costa se evidencia un 5,5,% y por último en la región Sierra un porcentaje del 4,4% en edades desde los 12 a 65 años , por lo que el 62,2% de la población Ecuatoriana concluye que es de carácter urgente la ayuda profesional dentro de esta problemática; del mismo modo el 64,2% de los ecuatorianos consideran que este tratamiento debe ser gratuito y llegar a todas las provincias y lugares demográficos del Ecuador por esta razón es necesario que se implementen centros que acojan de manera residencial a las personas que presentan patologías de consumo (Ministerio de Salud Pública, 2015).

Hasta la actualidad dentro de la Provincia de El Oro no se han registrado investigaciones que se relacionen con la temática expuesta de autoeficacia en pacientes con trastorno por consumo de cocaína, por consiguiente, se justifica así la ejecución del presente estudio investigativo.

1.3 Objetivo de la investigación

Objetivo General:

- Evaluar los niveles de autoeficacia en pacientes con Trastorno por consumo de cocaína del Centro Especializado en el Tratamiento a personas con consumo problemático de Alcohol y otras drogas (CETAD).

Objetivos específicos:

- Reconocer la sintomatología y criterios para el Trastorno por consumo de cocaína.
- Indagar en las categorías de la autoeficacia y su relación con los Trastornos por consumo.
- Explicar la influencia de la relación familiar en las conductas adictivas de los pacientes.

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICO - EPISTEMOLÓGICA DEL ESTUDIO

2.1 Descripción del enfoque epistemológico de referencia

El enfoque cognitivo conductual (CC) surge entre las décadas de 1950 y 1960 como resultado de la fusión de dos corrientes tradicionales dentro de la psicología que basaron previamente su teoría en la cognición y la conducta, el enfoque CC es un modelo de tratamiento para distintos tipos de trastornos mentales, que ha mantenido su popularidad desde sus comienzos hasta la actualidad debido a la eficacia que tienen sus estrategias en cada intervención (Díaz et al., 2012).

Fernández y Fernández (2017) señalan que el enfoque cognitivo conductual tiene como fundamentación el cómo los procesos cognitivos de pensamiento y razón aportan a las emociones y conductas humanas, además hacen hincapié en que un factor importante para determinar la conducta de un sujeto es el contexto donde este se desarrolla, asimismo indican que en un inicio este enfoque era un tratamiento específico para la patología de depresión, sin embargo fue tan exitoso que con el pasar del tiempo se lo empleó para trastornos de ansiedad, personalidad y enfermedades más severas como la esquizofrenia, convirtiéndose así en un método terapéutico de total efectividad para la mayoría de las enfermedades psicopatológicas.

Pereyra et al. (2018) mencionan que la Terapia cognitivo conductual estudia la influencia del constructo autoeficacia en el tratamiento, puede estar presente en el pensamiento, conductas, objetivos o metas para la resolución de problemas; el sujeto mantiene una autoconfianza sobre sus potencialidades lo que favorece en la predisposición al cambio fortaleciendo los factores psicológicos y sociales.

Mientras tanto, para Yevilao (2019) el enfoque cognitivo conductual mantiene una relación con la autoeficacia, tal como menciona Bandura este constructo puede modificar las creencias del individuo para la resolución de conflictos y actúa como un mediador conductual, es decir que la autoeficacia puede determinar los pensamientos, conductas o emociones.

Del mismo modo entre las teorías cognitivo conductuales para el consumo de sustancias es la Teoría Cognitivo Social (TCS) de Bandura (1977) donde concibe que la autoeficacia es la creencia de las capacidades y destrezas al momento de ejecutar una

acción, llevando consigo conductas apropiadas como el orden y la organización que le permitan llegar a su meta de manera exitosa, dentro de esta concepción Bandura identifica dos situaciones con respecto a la autoeficacia que son la expectativa de resultado y la expectativa de eficacia, la expectativa de resultado se trata de la apreciación que hace una persona sobre su manera de actuar y que obtendrá como efecto de aquello, mientras que la expectativa de eficacia es la estimación que hace la persona de la posibilidad que pueda realizar dicha acción.

Siguiendo con el tema, dentro de la teoría del aprendizaje social de Bandura la autoeficacia está influenciada por dos mecanismos cognitivos motivando al sujeto en la ejecución de las tareas; por un lado la expectativa de eficacia percibida la cual puede persuadir dentro de la conducta para alcanzar de forma exitosa resultados y asimismo la expectativa de resultado que significa la planeación que realiza el mismo antes de ejecutar dicha acción para conducirla hacia algún tipo de efecto (Abaitua y Ruiz, 1990). Del mismo modo, para Whittembury y Espinosa (2020) el comportamiento humano dentro de la autoeficacia mantiene una creencia sobre la expectativa de resultado para determinar si la acción que realiza puede producir o no un resultado esperado, estos juicios permiten que probablemente se cumpla lo que la persona se ha planteado por lo que es muy importante dentro de la conducta humana.

Para este estudio se necesita definir al trastorno por uso de sustancias, para esto Almaraz et al. (2018) define que es una enfermedad que trae consigo síntomas cognoscitivos, fisiológicos y comportamentales que inducen al individuo a auto ingerir sustancias de manera excesiva pese a que este conozca las consecuencias y daños severos que producen tanto en el plano orgánico, psicológico y social. Tal como, Cassiani et al. (2019) mencionan que el uso de sustancias puede producir cambios a nivel lobular lo cual altera las capacidades de autorregular la conducta del individuo, el sistema de toma de decisiones y la diferenciación entre lo positivo y negativo es decir que se puede ver afectada la competencia de controlar los impulsos por consumir o la deshabitación de la sustancia.

Otras de las teorías de soporte dentro del enfoque cognitivo conductual es el modelo transteórico de Prochaska y Diclemente (1982) el cuál fue desarrollado exclusivamente para explicar el cambio motivacional de la conducta que atraviesan los sujetos desde el inicio de modificación hasta que finalizan el proceso de la misma, además se debe

considerar que la motivación es un estado variable y dinámico, cabe recalcar que este modelo busca alcanzar un nivel alto de autoeficacia para evitar las recaídas.

Además, varias investigaciones demuestran que la TCC supone un enfoque prometedor en el tratamiento de las adicciones, desde la parte cognitiva se centra en la motivación del individuo para el cambio, aprender a controlar impulsos un factor protector en la prevención de recaída; del mismo modo en el área conductual emplea el condicionamiento para eliminar los deseos y pensamientos de consumo por lo que se considera una intervención positiva (Chamba et al., 2021). Por consiguiente, Sánchez (2021) plantea que la TCC dentro de las conductas adictivas actúa en el campo de modificación y cambio de la conducta del sujeto y las ideas irracionales que son generados generalmente por el síndrome de abstinencia.

Dentro de la teoría cognitiva social de Bandura surge el concepto de autoeficacia como mayor exponente y eje central de la misma, teniendo como premisa principal que este elemento puede guiar y predecir una conducta, a partir de esto realizó una aproximación a las conductas adictivas llevándolo a la conclusión que estas están mediadas por las cogniciones y expectativas individuales que generalmente se adquieren y se mantienen por presión social y modelado, enfatizando así, que la autoeficacia pueden prevenir y anular las conductas de consumo conforme a las metas y objetivos personales (López et al., 2002).

2.2 Bases teóricas de la investigación

Para la Asociación Americana de Psiquiatría (2014) citado en Méndez et al. (2016) la adicción se define como una patología que produce la búsqueda compulsiva de un tipo de sustancia sin importar las consecuencias a corto o largo plazo en la vida el consumidor, además menciona que para diagnosticar un trastorno por consumo el paciente debe presentar conductas negativas, problemas interpersonales, abandono de actividades que realizaba con frecuencia, un consumo prolongado con intentos fallidos de abandonarlo y repercusiones física o psicológicas.

Refiriéndose a lo mismo, la Organización de los Estados Americanos (OEA) concreta que el consumo de drogas es un problema de salud pública a nivel mundial debido al uso compulsivo de las personas sobre ellas, que con el tiempo puede generar trastorno de dependencia grave, estas sustancias acarrear efectos como psicosis, alucinaciones

auditivas y visuales, cambios en el comportamiento entre otros, incluso en situaciones extremas puede ocasionar consecuencias severas puesto que eleva los niveles de mortalidad en los individuos que las ingieren (OEA, 2013).

Por otro lado, la Organización de las Naciones Unidas contra la Droga y los Delitos (UNODC) añade que la prevalencia anual del consumo de cocaína es preocupante debido a que entre los años 1998–2014, 17 millones de personas entre las edades de 17 a 64 años consumieron cocaína a nivel global (UNODC, 2017).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la clasificación internacional de enfermedades expuesta en el CIE-10, expresa las características del trastorno por dependencia a la cocaína, y durante un periodo de abstinencia, la de mayor relevancia es el deseo de ingerir cocaína, la necesidad de ingerirla desencadena el bajo control de impulso para evitar o terminar con la ingesta (incremento de dosis); en individuos con mayor consumo necesitan incrementar sus dosis (tolerancia); retirada de otras manifestaciones placenteras, se enfocan solo en el consumo y finalmente persisten en el consumo sin analizar las fatales consecuencias (OMS, 1994).

Al igual que, González (2018) sintetiza que el uso continuo de cocaína genera alteraciones cognitivas, daños permanentes (en algunos casos) en los órganos vitales y tendencia de ocasionar trastornos relacionados con ella que generalmente suscitan malestar significativo no solo al individuo consumidor sino al contexto social de ellos, por consiguiente, se la ha considerado como una enfermedad crónica.

En de la misma línea investigativa dentro del consumo se conoce que la familia es un eje importante para la actitud que un individuo pueda tener frente a una sustancia debido a que todas estas percepciones que pueden tener se construyen desde la infancia con los valores y enseñanzas otorgadas por los progenitores, de esta manera se posiciona a las relaciones familiares como dos tipos de factores, por un lado como un factor de protector que incluyen todas aquellas relaciones positivas, unión, comunicación adecuada y asertiva, vínculos de afecto, protección y apoyo, educación en valores, buen manejo de resolución de conflictos, hábitos de vida saludable, mientras que por la otra parte el factor de riesgo se compone de relaciones inadecuadas y conflictivas, escasez de normas y límites, deficiente supervisión de la conducta, maltratos psicológicos y físicos,

inadecuada comunicación, falta de apoyo, afecto y actitudes predisponentes de los miembros de la familia hacia el consumo de drogas (Martínez, 2001).

Dentro del abordaje para los trastornos por consumo de sustancias es necesario evaluar la problemática desde el enfoque cognitivo conductual el cual ha adquirido gran relevancia en el tratamiento, considerando la efectividad de estas intervenciones se estima necesario abordar las bases teóricas y los modelos que sirven de soporte. Una de ellas, es la teoría de Beck (1999) donde menciona que el mantenimiento de la adicción está influenciada por las creencias disfuncionales que surgen acerca del consumo y las posibles consecuencias que al abandonar el hábito, lo que puede producir efectos negativos en su vida.

De esta manera dentro de la psicoterapia que aborda las conductas adictivas el modelo cognitivo conductual posee estrategias que posibilitan el control y manejo de impulsos fortaleciendo el locus de control interno del paciente; entre las premisas de este enfoque busca limitar los deseos, pensamientos y creencias frente al consumo de la droga y por otro lado instruir al paciente con técnicas que puede emplear durante el proceso de deshabitación.

Es así como Roca (2002) basándose en la TCS de Bandura, indica que la autoeficacia presenta varias características que se pueden ver reflejadas en la conducta de los individuos con altos niveles de autoeficacia como el sentimiento de competencia y capacidad para lograr los proyectos propuestos, ser optimista frente a los cambios que se pueden presentar y sobrellevar situaciones adversas, por el contrario frente a un individuo con bajo nivel de autoeficacia se puede evidenciar una resistencia al cambio, evitar adentrarse en situaciones desconocidas por iniciativa propia, dejarse influenciar en la toma de decisiones y negativismo frente las oportunidades.

El mismo autor, Bandura (1977) acota que la autoeficacia se origina a partir de cuatro fuentes fundamentales, el primero son los logros de ejecución que hacen referencia a las experiencias vividas, la interpretación que hace el individuo sobre los éxitos y las expectativas positivas y negativas que la conformaron, es así como el sujeto podrá tener un amplio historial de cómo han suscitado estos eventos y, por ende logrará captar cuáles son sus habilidades y como aplicarlas en futuras tareas; el segundo es el aprendizaje vicario que está basado en la observación de actos efectuados por los modelos sociales,

es decir si un individuo ve que otro está logrando hacer algo que a él se le dificulta aplicará la frase de “si el puede yo también”, esto contribuye a que sus pensamientos se modifiquen y confíe en sus capacidades de logro; el tercero es la persuasión verbal que es básicamente los cumplidos, estímulos y los buenos comentarios que personas externas expresan sobre lo que un individuo realiza, esto fundamento es sin lugar a duda la mejor manera de influir en otra persona; la cuarta son los estados fisiológicos y emocionales refieren todos los estados de ánimo que sienten los individuos a causa de determinadas acciones, además de dar información para analizar la información externa y hacer una propia evaluación de sus competencias y del sentimiento de autoeficacia debido a que el sujeto se percibirá como más eficaz cuando sus niveles emocionales se encuentren en niveles normales.

No obstante, Morales et al. (2021); Salgado y Álvarez (2020) consideran a la autoeficacia como un recurso cognitivo que abarca toda aquella capacidad, destreza y persistencia que posee el ser humano para afrontar adversidades en situaciones de la vida diaria a través de conductas adecuadas que tengan como fin metas u objetivos personales, haciendo énfasis en que entre más altos sean los niveles de autoeficacia es igual a una considerable disminución de malestar psicológico.

Siguiendo con la temática, Vaca y Enríquez (2021) entienden a la autoeficacia como un bienestar psicológico que actúa dentro del plano de las conductas adictivas como un factor protector y en algunas ocasiones como factor de riesgo, puesto que mientras un individuo posea una baja percepción de autoeficacia tendrá al mismo tiempo una escasa capacidad y destreza para afrontar situaciones potencialmente estresantes y de riesgo, lo cual va a repercutir en el conservar o no la conducta de consumo.

Asimismo, Olivo et al. (2021) enuncian que la autoeficacia está profundamente ligada a las conductas adictivas debido a que la asocian con el consumo y la intención propia de consumir, incluso se la considera como mediadora de la impulsividad generada por el craving. De tal manera, Martínez et al. (2022) afirma que la autoeficacia se entiende como la autoconfianza de un ser humano, que juega un rol importante dentro de los programas de prevención de drogas y posteriormente de recaídas, dado que, entre menos niveles de autoeficacia mayor será el riesgo de inasistencia a los programas y posiblemente abandono al tratamiento.

Para Marlatt et al. (1995) dentro del campo de las adicciones la autoeficacia actúa como una barrera de expectativa del individuo para poner resistencia al deseo de consumo ya sea en situaciones de alto riesgo o estresantes, además estos autores mencionan que existen cinco categorías que están fuertemente relacionadas con las conductas adictivas las cuales son, la autoeficacia de resistencia la cual se describe como la facultad de resistencia al primer contacto con la sustancia psicoactivas; la autoeficacia de reducción de daños que se define como la capacidad percibida del individuo para disminuir las dosis habituales para evitar posibles enfermedades o dolencias a causa del consumo; la autoeficacia de acción es tomar la medida drástica de abandonar el consumo cuando ya está afectando a la salud y se torna perjudicial; la autoeficacia de afrontamiento es aquella que enfrenta y evita situaciones de alto riesgo de consumir; autoeficacia de recuperación es la competencia del individuo para superar una posible recaída, afrontarla y por consiguiente retomar la abstinencia.

Es así, como el Modelo Transteórico evalúa la variable de autoeficacia como una herramienta de confianza frente a una situación para evitar recaídas, el sujeto avanza dentro de los estadios de cambio por lo que los niveles de eficacia van aumentar y por consiguiente el deseo de consumo y tentación disminuyen. Dentro de este modelo se menciona la importancia de la autoeficacia en los sistemas de psicoterapia para las adicciones (Prochaska y Diclemente, 1982, citado en Rondón y Reyes, 2019). Estos autores denominaron a su modelo “Etapas de cambio” que a la vez está conformado por cinco estadios, la precontemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento a partir de que el sujeto adopte una conducta de cambio y pueda mantenerlo estos constructos cognitivos conductuales permiten adoptar un balance entre la autoeficacia que equilibra la motivación del individuo hacia el cambio y las decisiones en torno a las repercusiones dentro de las esferas de su vida (Díaz y Cruzado, 2021).

De forma similar, Solórzano et al. (2017) indican que el enfoque cognitivo conductual dentro del tratamiento para el consumo de drogas tiene como fundamento principal el maximizar las capacidades y competencias del adicto para reducir el riesgo de consumo, dependencia y posibles recaídas, empleando terapia y técnicas que minimicen y controlen las emociones y el estrés que les genera el no consumir, asimismo esta terapia se encarga no solo de la rehabilitación del paciente sino también de la reintegración familiar y social.

PROCESO METODOLÓGICO

3.1 Diseño o tradición de investigación seleccionada

Esta investigación se ejecutó dentro de la modalidad de estudio mixto; la recolección de datos se basa en analizar antecedentes cualitativos y cuantitativos para obtener información conjunta que favorezca la investigación y así lograr una perspectiva más amplia y profunda, la investigación cuantitativa se fundamenta en la recolección y análisis de datos objetivos y probatorios respecto a los fenómenos estudiados, este tipo de investigación se lleva a cabo mediante instrumentos estadísticos (Cadena et al., 2017). Por el contrario, la investigación cualitativa se basa netamente en comprender las experiencias, opiniones, puntos de vista de manera subjetiva, es decir analizando las vivencias de los participantes, por medio de entrevistas, grupos focales y grupos de discusión (Cedeño, 2012).

Para el desarrollo de esta investigación se empleó un diseño exploratorio secuencial (DEXPLOS) dentro de la literatura es uno de los métodos más aplicados cuando se va realizar un estudio con instrumentos validados y en una muestra determinada, la primer característica principal es que combina los dos tipos de diseño en primer instancia el enfoque cualitativo y en secuencia siguiente la cuantitativa, en este caso permitió que los resultados del primero faciliten indicadores necesarios para empezar con la segunda fase que es cuantitativa (Hernández et al., 2014).

Como menciona, Canese et al. (2020) el diseño exploratorio secuencial se encuentra dentro del enfoque mixto, que está combinado por dos fases la fase uno recolecta la información para categorizarlos como datos cualitativos siguiendo con la fase dos en donde a partir de la obtención de los primeros se utilizan instrumentos estandarizados para combinarlos entre sí. Al igual que Ortega y Heras (2021) manifiestan que este método combina dos procesos que van en orden, uno luego del otro para así dar más alcance y profundidad al fenómeno estudiado.

Se estima que el estudio tendrá un alcance descriptivo, explicativo, de corte transversal, el cual consiste en especificar cómo se manifiestan los fenómenos dentro de la investigación, es decir el objetivo se basa recopilar información detallada sobre las variables de forma individual o conjunta, en este caso se indagó en las características de estos dos pacientes con el fin de analizar cómo se encuentran los niveles de autoeficacia.

Con el fin de contrastar la información se empleó pruebas de carácter psicológico, entrevistas semiestructuradas y revisión de historias clínicas.

Además, se presentó al director del Centro Especializado en el Tratamiento a personas con consumo problemático de Alcohol y otras drogas (CETAD) el consentimiento para asistir, se explicó lo que se iba a realizar, la temática del proyecto, también se planificó los siguientes encuentros con los internos.

Dentro de la investigación se abordó a dos personas de sexo masculino que presentan características similares; de estar dentro de un proceso de rehabilitación por consumo de cocaína, que comprenden edades entre 18 a 40 años, que hayan cumplido con el tratamiento ambulatorio previo al tratamiento residencial.

3.2 Proceso de recolección de datos en la investigación

Dentro de este estudio para recabar información se utilizaron los siguientes instrumentos: Uno de los principales instrumentos fue la entrevista clínica la cual es considerada como una herramienta imprescindible dentro del diagnóstico, permite al profesional recoger datos significativos para descubrir los signos o síntomas específicos del consumo en el paciente para orientarlo a una intervención eficaz dentro del tratamiento, además permite establecer un vínculo con el evaluado (Hidalgo, 2022).

En la primera sesión se entrevistó a la psicóloga encargada de los pacientes, la cual facilitó información acerca de la historia clínica de los internos (**ANEXO A**) para conocer el recorrido de la enfermedad y cuáles son las áreas afectadas durante el consumo, además se le realizó una entrevista para evidenciar la evolución que han tenido los pacientes, recalando así que los pacientes internos del centro presentan policonsumo pero los de nuestra elección fueron los que tenían como droga prevaleciente la cocaína (**ANEXO B**); en el segundo acercamiento se tuvo contacto con los pacientes para obtener información general de su vida y puntualizando en cómo se originó la dependencia a la sustancia, cómo es su conducta frente a situaciones que se puedan tornar estresantes y cómo solucionan los problemas del diario vivir (como lo hacían antes del proceso de rehabilitación y como lo hacen ahora) (**ANEXO C**). Dentro de este mismo espacio se realizó un cuestionario de preguntas sobre la relación familiar para conocer datos certeros sobre el estilo de crianza que tuvieron y en qué contexto se desarrollaron (**ANEXO D**).

En la tercera y última sesión y con el objetivo de corroborar la información verbal brindada por los pacientes previamente, se utilizó la escala de autoeficacia general para evaluar sus niveles de autoeficacia.

- **Escala de Autoeficacia General de Baessler y Schwarzer (1996)** a través de esta escala se permite evaluar de forma psicométrica, la creencia personal del individuo para hacer frente a situaciones que se le puedan presentar; este instrumento consta de 10 ítems, posee preguntas como por ejemplo: Cuando me encuentro en dificultades puedo permanecer tranquilo (a) porque cuento con habilidades necesarias para manejar situaciones difíciles, con escala de tipo Likert (1 = incorrecto, 2 = apenas cierto, 3 = más bien cierto y 4 = cierto) y un rango de puntuaciones de 10 a 40 (Espada et al., 2012). (ANEXO E).

3.3 Sistema de categorización en el análisis de los datos

Las categorías analizadas en esta investigación fueron:

- La autoeficacia, para reconocer cómo se encuentran establecidas las creencias que poseen acerca de la capacidad para resolver sus problemas y hacer frente a las situaciones de riesgo de consumo, debido a que las bases teóricas manifiestan que mientras los niveles de autoeficacia sean más altos existe una tendencia más baja al consumo.
- La autoeficacia de acción, porque es un factor importante debido a que requiere que los sujetos tengan conciencia de la enfermedad como es la adicción y cuáles son las consecuencias a corto y largo plazo en su vida, las bases teóricas manifiestan que esta categoría es importante para dar el primer paso y empezar la deshabitación del consumo porque el sujeto la percibe como perjudicial.
- La relación familiar, debido a que es una de las áreas más afectadas por la adicción, es importante porque son el pilar protector puesto que en primer lugar puede representarse como un factor de riesgo porque autores señalan que un contexto familiar disfuncional puede desencadenar mayor consumo y por otro lado se puede tomar como un factor protector debido a que el acompañamiento familiar adecuado permite adoptar actitudes de rechazo hacia las sustancias y mantenimiento de la rehabilitación.

RESULTADO DE LA INVESTIGACIÓN

4.1 Descripción y Argumentación teórica de Resultados

En base a los resultados de esta investigación es fundamental destacar que la autoeficacia es un constructo importante para evitar el consumo de sustancias debido a que actúa como un factor protector para mantener la abstinencia.

La autoeficacia

Por medio de la entrevista con los pacientes se pudo constatar que antes del proceso de rehabilitación tenían una escasa capacidad para afrontar situaciones menores y problemas de alta magnitud es por ello que recurrían buscar alivianar sus emociones y pensamientos mediante el consumo. Además, dentro del contexto familiar desarrollaron creencias de ineficacia debido a que los progenitores los limitaban a realizar ciertas actividades mediante palabras y expresiones recriminatorias por lo que se desarrollaron pensamientos de no poder enfrentar los conflictos desde su niñez, el no poder resolver problemas y lo fueron acarreado a través del tiempo hasta su adultez.

Así como lo define, Valles (2016); Gaspar y Martínez (2008) dentro del consumo de sustancias es necesario considerar la autoeficacia, puesto que esta estimula la creencia del sujeto para actuar de manera favorable en las situaciones que se puedan presentar, permite que el afrontamiento sea adecuado y el riesgo de consumo disminuya, además manifiestan que a mayor nivel de autoeficacia el nivel de consumo puede ser menor.

De igual forma Bandura (1977) dentro de las cuatro fuentes fundamentales que conforman a la autoeficacia está la persuasión verbal que es básicamente los cumplidos, estímulos y los buenos comentarios que personas expresan sobre lo que un individuo realiza, destacando así que este fundamento es sin lugar a duda la mejor manera de influir en otra persona

El mismo autor, manifiesta que la autoeficacia es la creencia que tiene el ser humano de sus capacidades, competencias y habilidades para enfrentar cualquier situación en la vida cotidiana, desde la más básica hasta la más compleja y dificultosa o para enfrentar situaciones que generen algún tipo de estrés, además es considerada como la convicción que surge como respuesta para alcanzar metas específicas haciendo determinadas acciones (Bandura, 1977).

En la escala general de Autoeficacia de Baessler y Schwarzer (1996) que evalúa de forma psicométrica la creencia personal del individuo para hacer frente a situaciones que se le puedan presentar, es así como estos datos estandarizados mantienen una relación con lo que mencionaron los pacientes en la entrevista sobre sus creencias de resolución y afrontamiento de situaciones. Además se constató que el paciente que tenía más tiempo (5 meses) dentro del proceso de rehabilitación puntuaba más niveles de autoeficacia a diferencia del paciente que llevaba menos tiempo (2 meses) el cual puntuó menores niveles de autoeficacia

Autoeficacia de acción

Otra variable importante en este estudio es analizar en qué categoría dentro de la autoeficacia se encuentran los pacientes, por lo que a través del diálogo se pudo comprender que se hallan dentro de la autoeficacia de acción que según Marlatt et al. (1995) es tomar la medida drástica de abandonar el consumo cuando ya está afectando a la salud y se torna perjudicial para todos los aspectos y ámbitos del diario vivir.

Mediante la entrevista los pacientes mencionan que durante el periodo de consumo empezaron a perder personas cercanas, la relación con sus padres y familiares se iba deteriorando, en la parte afectiva dejaron de compartir con la pareja por lo que tuvieron varios fracasos amorosos, en cuanto al grupo social se alejaron de sus amigos más cercanos y comenzaron a frecuentar amistades de consumo y por último, en el ámbito personal se descuidaron su salud y su apariencia física, empleando todo su tiempo para conseguir la sustancia. Es por ello que tomaron la decisión de buscar ayuda en primer lugar al asistir al tratamiento ambulatorio para luego aceptar el internamiento en el que se encuentran actualmente.

La relación familiar

Otra variable importante para este estudio es la indagación de la relación familiar, que mediante la entrevista semiestructurada que se les realizó a los pacientes muestran características semejantes entre los evaluados, lo que supone dos ópticas dentro de la problemática, la relación en primer lugar se toma como un factor de riesgo porque los pacientes se desarrollaron en un contexto disfuncional donde no contaban con el apoyo y supervisión de sus padres, existía poca implicación de los progenitores dentro de la crianza.

El apoyo familiar juega un papel principal en la conducta y el desarrollo positivo del individuo porque crean lazos aunque con el tiempo estos se van modificando, por esta razón el rol familiar demuestra ser un factor protector o de riesgo más en conductas problemáticas como el consumo de sustancias (Martínez et al., 2005).

Uno de los pacientes proviene de una familia monoparental, donde no existió una figura paterna de autoridad por lo que la madre tuvo que asumir la crianza de forma individual repercutiendo en un estilo de crianza negligente en un intento por solucionar los problemas de los demás miembros del hogar, mientras que el otro paciente proviene de una familia nuclear, pero con estilos de crianza permisivos, dentro de ella la comunicación era escasa y limitaba.

Al igual que, Martínez (2001) expresa que las relaciones familiares se dividen en dos tipos de factores, por un lado como un factor protector que incluyen todas aquellas relaciones positivas, unión, comunicación adecuada y asertiva, vínculos de afecto, protección y apoyo, educación en valores, buen manejo de resolución de conflictos, hábitos de vida saludable, mientras que por la otra parte el factor de riesgo se compone de relaciones inadecuadas y conflictivas, escasez de normas y límites, deficiente supervisión de la conducta, maltratos psicológicos y físicos, inadecuada comunicación, falta de apoyo, falta de afecto y ciertas actitudes de los miembros de la familia que predisponen al consumo de drogas.

CONCLUSIONES

- Los pacientes evaluados presentaban un policonsumo con una tendencia más alta al consumo de cocaína, al momento de realizar la investigación se pudo reconocer la sintomatología más sobresaliente del trastorno y cómo esta patología afectado su estilo de vida, relaciones interpersonales y su desenvolvimiento dentro de la sociedad.
- La autoeficacia guarda una relación importante con el consumo de sustancia debido a que las personas que poseen niveles elevados de autoeficacia tienen menos probabilidades de consumir, en esta investigación se evidenció que el paciente con mayor tiempo dentro del tratamiento puntuó niveles elevados de autoeficacia a diferencia del otro paciente el cual llevaba menos tiempo de internamiento, por lo que se puede constatar que sus creencias de autoeficacia eran menores.
- Se evidencia que los pacientes se encuentran dentro de la categoría de acción debido a que tomaron el primer paso para su recuperación, se constató además que los pacientes percibieron que el consumo les acarrea problemas en todas las áreas de su vida es por ello que decidieron buscar alternativas para deshabituarse el consumo por medio del proceso de internamiento.
- La relación familiar en ambos casos se presenta como disfuncional con figuras parentales negligentes y permisivas que desencadenaron creencias de ineficacia en los pacientes lo cual los llevó al consumo problemático en un principio; sin embargo, cuando los pacientes tomaron la iniciativa de rehabilitarse existió un involucramiento positivo por parte de los miembros de la familia lo cual ha permitido que el proceso sea más factible.

RECOMENDACIONES

- Realizar intervenciones con la familia donde se exponga a los padres las repercusiones sobre los estilos de crianza que aplican durante el desarrollo de sus hijos y así orientarlos por medio de psicoeducación hacia un vínculo positivo con sus familiares, además de brindarles estrategias que puedan emplear cuando los pacientes se reinserten al contexto familiar.
- Se recomienda que se eduque en la sociedad sobre el constructo de autoeficacia y la importancia que tiene sobre la toma de decisiones para potenciar a las personas en sus creencias y capacidades para resolver los conflictos de manera adecuada.
- Se sugiere que se continúe con el estudio utilizando instrumentos que evalúen la relación de la autoeficacia con las relaciones familiares de manera cuantitativa para así obtener datos objetivos y de la misma forma aplicar esta investigación en grupos de personas que no se encuentren estrictamente en un tratamiento de rehabilitación.

REFERENCIAS

- Abaitua, & Ruíz. (1990). Universidad Autónoma de Madrid . *Revista de Psicología*.
- Aguirre, N., Aldana, O., & Bonilla, C. (2016). *Factores familiares de riesgo de consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de una institución de educación media técnica de Colombia*. Ibagué: Universidad del Tolima.
- Almaraz, D., Alonso, M., Lopez, K., & Rodriguez, R. (2018). Intervención breve multicompetente de enfermería para reducir el consumo de tabaco. *Journal Health* , 22.
- Antonio, E. (1992). *Historia general de las drogas* . Madrid: Alianza Editorial.
- Arce, N., Mendoza, M. A., Alvaréz, A., Reyes, B., & Sánchez, M. (2018). Estilo de vida, autoeficacia, consumo de alcohol y tabaco en trabajadores. *Revista Iberoamericana de Producción Académica y Gestión Educativa*, 17.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review* 84, 191-215. doi:10.1037//0033-295x.84.2.191
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York, NY: W.H. Freeman and Co.
- Baessler, J., y Schwarzer, R. (1996). Evaluación de la autoeficacia: Adaptación española de la escala de Autoeficacia General. *Ansiedad y Estrés*, 2, 1-8.
- Beck, A., Writgth, F., Neyman, C., & Liese, B. (2018). *Terapia cognitiva de drogodependencias*. Barcelona : Paidós.
- Cadena, P., Rendón, R., Aguilar, J., Salinas, E., Rosario, F. d., & Sangerman, D. (2017). Métodos cuantitativos, métodos cualitativos o su combinación en la investigación: un acercamiento en las ciencias sociales. *Revista Mexicana de las ciencias agrícolas* , 16.
- Canese, M., Estigabiria, R., Ibarra, G., & Valenzuela, R. (2020). Aplicabilidad del Diseño Exploratorio Secuencial para la medición de habilidades cognitivas: una experiencia en la Universidad Nacional de Asunción . *Revista Científica Internacional* , 14.
- Cassiani, M. A., Campo, A., & Herazo, E. (2019). Trastornos por consumo de sustancias: entre las inequidades y el estigma. *Revista Duazary*, 11.
- Cedeño, N. (2012). *LA INVESTIGACIÓN MIXTA, ESTRATEGIA ANDRAGÓGICA FUNDAMENTAL PARA FORTALECER LAS CAPACIDADES INTELECTUALES SUPERIORES* . Guayaquil: Universidad de Guayaquil .

- Chacón, C. T. (2006). *Las creencias de autoeficacia: un aporte para la formación del docente de inglés*. San Cristobal: Universidad de los Andes Tachira.
- Chamba, K., Pozo, J., & Reivan, G. (2021). Terapia Cognitivo Conductual en el tratamiento de las adicciones a los videojuegos. *Revista de Producción, Ciencias e Investigación*, 22.
- Chicharro, J., Pedrero, E., & Perez, M. (2007). Autoeficacia para resistirse al consumo de sustancias como predictora de resultados de tratamiento y su relación con variables de personalidad; estudio en una muestra de adictos con el DTCQ. *Revista Adicciones*, 13.
- Cortés, B. y. (2010). *Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación*. Barcelona: Socidrogalcohol.
- delito, O. d. (2017). *Informe mundial sobre las drogas* . Viena : UNODC.
- Díaz, J., & Cruzado, J. (2021). *El Modelo Transteórico y el Ejercicio en Supervivientes de Cáncer de Mama*. Madrid : Universidad Complutense de Madrid.
- Díaz, M., Ruiz, M. d., & Villalobos, A. (2012). *Historia de la terapia Cognitivo conductual* .
- De Miguel, A., Marrero, R., Fumero, A., & Cabelleira, M. (2017). El Papel de la Personalidad y la Inteligencia en la Autoeficacia Interpersonal. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación*, 13.
- Escohatado, A. (1998). *Historia General de las drogas*. Madrid: Alianza Editorial, S.A.
- Espada, J., Gonzálves, M., Orgilés, M., Carballo, J. L., & Piqueras, J. (2012). *Validación de la Escala de Autoeficacia General con adolescentes españoles*. España : Universidad de Almería .
- Fernandez, H., & Fernandez, J. (2017). Terapia cognitivo conductual integrativa . *Revista de psicopatología y psicología clínica* , 14.
- Gaspar, C., & Martinez, K. (2008). Situaciones de consumo, afrontamiento y autoeficacia en relación con las recaídas en adolescentes consumidores de alcohol. *Redalyc*, 7.
- González, A. (2018). *Trastornos de la personalidad asociados al consumo de cocaína*. Merida : Universidad de los Andes .
- González, M. d., Rey, L., & Oliva, L. (2009). Las relaciones familiares y el consumo de drogas en adolescentes de Xalapa Veracruz . *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 22.

- Guevara, G. (2002). RELACION DE LOS NIVELES DE AUTOEFICACIA Y LA CODEPENDENCIA EN UN GRUPO DE FAMILIARES DE PACIENTES DROGODEPENDIENTES. *Revista de Investigación en Psicología*, 21.
- Hidalgo, M. (2022). *La entrevista clínica y el examen físico en el adolescente*. Madrid: Pediatría Integra Regreso a las bases.
- Lopez, F., Bulas, M., León, R., & Ramirez, I. (2005). *Influencia del apoyo familiar en la autoeficacia de los drogodependientes*. Granada: Universidad de Granada.
- Lopez, F., Salvador, M. d., Verdejo, A., & Cobo, P. (2002). *Autoeficacia y consumo de drogas: una revisión* . Granada: Universidad de Granada.
- Marlatt, A.A., Baer, J.S. y Quigley, A.A. (1995). Self-efficacy and Addictive Behavior. En A. Bandura (Ed.), *Selfefficacy in Changing Societies* (pp. 289-316). Nueva York: Cambridge University Press.
- Martinez. (2001). *Prevención Familiar del consumo de drogas*. Castilla : Comisionado Regional para la Droga. .
- Martinez, J. M., Verdejo, A., & Vilar, R. (2022). Autorregulación y autoconfianza para el afrontamiento de situaciones de riesgo al consumo de adictos a cocaína con trastornos de la personalidad . *Revista de psicopatología y psicología clínica* , 12.
- Matinez, P., Gómez, A., & Ortega, S. (2005). *Adicciones y Patrones Familiares de Conducta*. Ciudad de México: Universidad Anahúac.
- Mendez, M., Romero, B., Cortes, J., Ruiz, A., & Prospero, O. (2016). *Neurobiología de la adicciones*. Ciudad de México: Facultad de Medicina de la UNAM.
- Minda, J. (2021). Autoeficacia y riesgo de recaídas en drogodependientes. *Revista científica retos de la ciencia*, 13.
- Monge, A. (2021). Factores que influyen en la adherencia a Alcohólicos Anónimos. *PsicoInnova*, 17.
- Morales, M., Rojas, L., Gúzman, E., & Baeza, C. (2021). Estrés, autoeficacia, apoyo social y personalidad en estudiantes del programa de acceso y acompañamiento efectivo a la Educación superior . *Redalyc*, 15.
- Noh-Mo, P., Ahumada, J., Gámez, M., López, M., & Castillo, L. (2021). AUTOESTIMA, AUTOEFICACIA Y CONSUMO DE ALCOHOL EN ADOLESCENTES DE PREPARATORIA. *Healt and Addictions*, 14.

- Olivo, D., Perez, C., Otiniano, F., & Romero, S. (2021). *Adaptación de la subescala de marihuana de la escala de Autoeficacia para el rechazo del consumo de drogas (DURSE) en adolescentes* . Lima : Universidad de San Martin de Porres .
- Organización, A. E. (2013). *El problema de las drogas en las Americas*. OEA.
- Ortega, D., & Heras, D. (2021). Diseño Exploratorio Secuencial (DEXPLOS), procedimiento e instrumento para el análisis de narrativas histórica . *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 17.
- Pereyra, Pardo, R., A, R., D, T., Julian, M., & Paez. (2018). *Autoeficacia: una revisión aplicada a diversar áreas de psicología*. Argentina: Universidad del Salvador.
- Prochaska J, DiClemente C. Transactional therapy: toward a more integrative model of change. En: *Psichoterapy: theory, research and practice* 1982; 19:276-288.
- Pública, M. d. (2015). *Modelo de atención integral ambulatoria intensiva para el consumo problemático de alcohol y otras drogas, en establecimientos de salud del primer nivel del Ministerio de Salud* . Quito: Comisión de salud Mental .
- Pública, M. d. (2015). *Modelo de atención integral ambulatoria intensiva para el consumo problemático de alcohol y otras drogas en establecimientos de primer nivel del Ministerio de Salud Pública*. Comisión de salud Mental .
- Roca, M. A. (2002). Autoeficacia: su valor para la psicoterapia cognitivo conductual . *Revista cubana de psicología* , 6.
- Rodriguez, C., Echeverria, L., Martinez, K., & Chaine, S. (2017). *Intervención breve para adolescentes que inician el consumo abusivo de alcohol y otras drogas: su eficacia en un escenario clínico*. Ciudad de México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Rondon, J., & Reyes, B. (2019). Introducción al modelo Transteorico: Rol del Apoyo social y de variables sociodemográficas . *Revista electronica de Psicología Itzacala* , 33.
- Salgado, M., & Álvarez, J. (2020). Autoeficacia: Relación con los hábitos de salud y la calidad de vida en universitarios del noroeste de México . *Revista Española de comunicación en salud* , 12.
- Salud, O. M. (1994). *Glosario de Terminos de alcohol y drogas*. OMS.
- Sánchez, J. (2021). Drogodependencia y desregulación emocional: una revisión sistemática. *MLS Psychology Research*, 20.
- Simón, M. d., Molero, M., Pérez, M. d., Gázquez, J., Barragan, A. B., & Martos, A. (2017). Análisis de la relación existente entre el apoyo social percibido, la

- autoestima global y la autoeficaci general. *European Journal of Health Research* , 13.
- Solórzano, R., Márquez, V., & Márquez, K. (2017). Terapia cognitiva-conductual para rehabilitación- reinserción social del adicto y minimización de fatores biopsicosociales. *Revista Científica dominios de la ciencia* , 18.
- Vaca, P., & Enríquez, R. (2021). Motivos para el consumo de tabaco y su relación con la respuesta afectiva y la autoeficacia en profesionales de la salud. *Revista Científica retos de la ciencia*, 8.
- Valdés, Vento, Hernandez, Alvarez, & Díaz. (2018). Drogas un problema de salud mundial. *Universidad Médica Pinareña*, 16.
- Valles, M. (2016). Autoeficacia y riesgo de recaída en adictos residentes en comunidades terapéuticas . *Acta Psicológica peruana* , 16.
- Velasquez, A. (2009). Autoeficacia: acercamientos y definiciones. *Redalyc*, 9.
- Verganista, Costa, Ferreira, Martins, Carneiro, & Guerra. (2019). Consumo de sustancias adictivas, tabaco, alcohol y marihuana, en los estudiantes del norte de Portugal. *Revista Electronica Trimestral de enfermería*, 10.
- Villamarin, F. (1994). *Autoeficacia: Investigaciones en psicología de la salud*. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona.
- Whittembury, B., & Espinoza, A. (2020). Autoeficacia, expectativas de resultados y desempeño deportivo en jugadores de rugby. *Revista Psicología en educación*, 9.
- Yevilao, A. (2019). *Autoeficacia: un acercamiento al estado de la investigación en Latinoamérica*. Chillan : Instituto superior de comercio.

ANEXOS

ANEXO A

HISTORIAS CLÍNICAS

PARTICIPANTE 1

1.- DATOS DE IDENTIFICACIÓN:	N°H.CLIN: 00-3- 33	FECHA DE EVALUACIÓN: 01/05/2022.
Participante: Participante 1		
Lugar y fecha de nacimiento: Machala, 10 de Marzo de 1992.	Edad: 30 años	
Procedencia: Machala.	Residencia: Barrio Urdesa	
Estado civil: Soltero	Religión: Católico.	
Instrucción: Bachiller	Ocupación: Estudiante.	
Nro. De Internamientos:	Paciente refiere que no tiene ningún internamiento.	
<p>1. MOTIVO DE CONSULTA:</p> <p>¿Qué le ocurrió?, ¿Desde cuándo?, ¿A qué lo atribuye?</p> <p><i>Condiciones físicas, cognitivas, conductuales y afectivas durante la entrevista:</i></p>	<p>Paciente ingresa al tratamiento residencial en el CETAD - SANTA ROSA, su ingreso es voluntario se evidencia niveles de ansiedad pensamientos automáticos con relación al consumo, bajo control de impulsos.</p> <p>Paciente refiere su cambio de vida, por el bienestar de sí mismo, por su proceso de reinserción laboral, familiar.</p>	
<p>2. FUENTES DE INFORMACIÓN:</p> <p>Directa, indirecta o mixta (Grado de confiabilidad y credibilidad)</p>	<p>Paciente es referido del centro de salud Velasco Ibarra acude al Cetad en compañía de su representante madre.</p>	
<p>3. HISTORIA DE LA ENFERMEDAD:</p> <p>Modo de inicio, factores desencadenantes, evolución y complicaciones.</p>	<p>Paciente refiere que a los 17 años inicio su consumo de base de cocaína en dosis altas (10 paquetes) con una frecuencia de 3 a 6 meses dicho consumo lo realizaba cuando estaba en su ingesta de alcohol.</p> <p>A los 19 años de edad su consumo fue intensivo su frecuencia era semanal, dosis de 100 paquetes por semana. Paciente refiere que su policonsumo de alcohol y base de cocaína lo conllevaban a su nivel de dependencia de dichas sustancias.</p> <p>A los 22 hasta los 28 años su consumo era casi de forma diario las dosis de 20 a 30 paquetes diarios. Su misma dependencia lo conlleva a generar un deterioro tanto a nivel personal, familiar, laboral, social.</p> <p>A los 29 años su consumo de base de cocaína se volvió persistente, salía entre dos a tres días de su casa y luego regresaba; su vía de administración era fumada (pipa),</p>	

	<p>refiere que su misma necesidad de su ámbito familiar, deterioro social, laboral poder estabilizar.</p> <p>El último tiempo antes de ingresar el centro ya no regresaba a casa, descuido su aspecto físico y se centro totalmente a consumir por varios días consecutivos.</p>
<p>4. ENFERMEDAD ACTUAL:</p> <p>“Último Episodio”; tiempo de duración, frecuencia e intensidad (Sintomatología).</p>	<p>Paciente presenta dificultad de trastorno de sueño, refiere que antes de ingresar al Cetad había tenido activación del estado de craving,</p> <p>Paciente refiere que tuvo su consumo de base de cocaína tres días antes de su ingreso al CETAD S-R.</p>
<p>5. PSICOANAMNESIS FAMILIAR</p> <p>Infancia: (desarrollo psicomotor, lactancia, deambulación, dentición, lenguaje, control de esfínteres, enfermedades o accidentes; inicio de la época escolar, rendimiento, relaciones con compañeros y profesores; ambiente familiar: interacciones, crisis, conflictos; comportamiento o conducta en esta época: aislado, tímido, hiperactivo, retraído, agresivo, etc.).</p>	<p>Dentro de su neurodesarrollo: motricidad fina y gruesa adecuada, habla y lenguaje con señales de tartamudeo, a nivel cognitivo sin alteración, la relación con sus compañeros de forma difusa tanto en el área familiar, social, estilo de crianza permisivo y negligente, conducta pasiva.</p> <p>Paciente menciona que dentro de la crianza su madre utilizaba palabras groseras para referirse a él, insultos y en ocasiones violencia física.</p> <p>Dentro de la toma de decisiones en el hogar, su madre siempre recriminaba sus acciones y no era tomado en cuenta más bien lo excluían</p> <p>Detalla un comportamiento sumiso, pasivo.</p> <p>Figura paterna inexistente.</p>
<p>Adolescencia y Juventud: (inicio de la secundaria, rendimiento y adaptación a la misma, relaciones con compañeros y profesores; ambiente familiar: interacciones, comportamiento, conflictos en el hogar; relaciones sociales, sentimentales etc.).</p>	<p>Paciente refiere que ingreso al colegio a los 12 años de edad con un aprovechamiento de 18, referente a su conducta de forma pasiva.</p> <p>Paciente refiere que desde 8vo hasta décimo año estuvo en un colegio fiscal “El Oro”, luego fue a estudiar en el colegio mixto “Atahualpa”.</p> <p>Paciente refiere al ver los comportamientos arbitrarios en dicha situación, fue lo que incentivaron a emitir conductas desafiantes debido al rechazo de sus compañeros, bullyn (debido a su problema de habla) a tal punto que fue rompiendo las normas y reglas de casa, e inicio sus amistades con adolescentes que mantenían una conducta adictiva.</p>
<p>Adulthood y Vejez: (inicio de estudios universitarios, rendimiento comportamiento con compañeros y docentes; matrimonio, armonía, conflictos, separaciones, divorcios,</p>	<p>A los 18 años de edad ingreso a la universidad para hacer un curso de enfermería y empezó a desenvolverse dentro de esta carrera, aunque la dejaba por plazos debido al consumo. Inicio una relación sentimental (5 años), pero decidieron separarse por su misma inmadurez, situación material, “vida bohemia”, sin compromiso ni restricción</p>

<p>relaciones extramatrimoniales; soltería, jubilación, viudez; hábitos y disfunciones, etc.).</p>	<p>luego de un tiempo la pareja tuvo un hijo con su actual novio y eso desencadenó que el paciente consumiera de forma excesiva como una forma de evadir el estrés que le presentaba.</p> <p>A los 26 años decidió trabajar de forma eventual en oficios varios, recursos económicos que adquiriría eran para uso: alimentación, cosas materiales, consumo, el cual señala que presentaba su dificultad en administración de sus ingresos económicos.</p> <p>Su conducta adictiva ha sido de forma compulsiva y le ha causado un deterioro significativo en sus áreas: personal, laboral, social, legal, educativo.</p> <p>Luego conoció a la actual pareja con la que empezó a buscar tener una relación estable, menciona que ella lo apoya y que fue quien lo impulsó a ingresar al tratamiento, del mismo modo hubo un involucramiento con la madre la cual lo apoya actualmente.</p> <p>A los 29 años ingresó a estudiar a la Universidad de Milagro en modalidad virtual la carrera de Educación básica la cual se encuentra cruzando, menciona que debido al tratamiento tiene algunos problemas pero que hay un entendimiento por parte de los compañeros y maestros aunque su problema de habla a sido un impedimento se desenvuelve de una buena forma</p>
<p>6. EXAMEN DEL ESTADO MENTAL:</p>	
<p>a) Apariencia: aspecto físico, vestimenta, aseo personal, expresión facial, anomalías físicas.</p>	<p>Paciente con deterioro en su imagen corporal, aseo personal y expresión facial.</p>
<p>b) Forma de relación: colaboración, reticencia, rechazo, mutismo, negativismo, agresividad, sarcasmo, pegajosidad, colaboración excesiva.</p>	<p>Paciente se muestra colaborador en la entrevista, manifiesta conducta pasiva.</p>
<p>c) Estado de la conciencia: hiperlucidez, lucidez, obnubilación, estado crepuscular, onirismo, estupor, coma, despersonalización, desrealización.</p>	<p>Lucidez.</p>
<p>d) Orientación: temporal, espacial, respecto a sí mismo y a los demás.</p>	<p>Paciente orientación (alopsíquica y auto psíquico) estable.</p>
<p>e) Atención: hiperprosexia, hipoprosexia, disprosexia, aprosexia, pseudoaprosexia.</p>	<p>Paciente presenta dificultad de atención.</p>
<p>f) Memoria: Hipermnesia, hipomnesia. Amnesia de fijación (anterógrada), amnesia de evocación (retrógrada). Amnesia global o mixta, amnesia parcial o lacunar. Ecmnesia, fabulación,</p>	<p>Memoria lucida.</p>

falsificación retrospectiva. (<i>Especifique : levé, moderado, grave</i>). Paramnesias : déjà vu, déjà vécu, jamais vu, jamais vécu.	
g) Lenguaje: voz (alta, normal, baja, monótona, llorosa, teatral, chillidos, gritos). Ritmo del habla (lento, normal, rápido). Tartamudez, balbuceo, mutismo, disartria o dislalia, musitación, neologismos, ecolalia.	Voz baja, nerviosismo.
h) Pensamiento: Curso (retardo, aceleración, fuga de ideas, bloqueos). Estructura (disgregación, incoherencia, prolijidad o meticulosidad, perseveración, estereotipia). (<i>Especifique: leve, moderado, grave</i>).	Curso de pensamiento automático, meticulosidad con sus palabras.
h) Conducta motora: enlentecimiento psicomotor, excitación motora, inquietud, acatisia, catatonia (agitación catatónica, estupor catatónico, catalepsia, flexibilidad cérica), inhibición motora, estupor depresivo, estupor confusional, obediencia automática, ecopraxia (ecomimia, ecolalia), tics, manierismos, negativismo, estereotipias.	Conducta inquietante, niveles de ansiedad leves relacionados a su enfermedad de consumo de base de cocaína.
h) Afectividad: ansiedad situacional, ansiedad expectante, ansiedad generalizada, tristeza, euforia, irritabilidad, apatía, aplanamiento, ambivalencia, anhedonia, labilidad afectiva, incontinencia afectiva, (<i>especifique: leve, moderado, grave</i>) Sentimientos inadecuados, eutimia.	Aplanamiento afectivo, labilidad afectiva, empatía.
i) Sensopercepción: Hiperestesia, hipoestesia, micropsia, macropsia, ilusiones, alucinaciones, seudoalucinaciones, alucinosis.	Sin patología.
j) Inteligencia: estimación de la inteligencia en base a la entrevista (promedio, elevada, baja).	Inteligencia normal.
k) Juicio: capacidad autocrítica y heterocrítica, proyectos a futuro, conciencia de la enfermedad.	Capacidad autocrítica y heterocrítica correcta, dificultad de conciencia de la enfermedad.
l) Voluntad: sugestionabilidad, abulia, hiperbulia.	Sugestionabilidad.

<p>m) Instintos: Sueño, Apetito y Conservación: dificultad para conciliar el sueño, despertares frecuentes, despertar prematuro, insomnio, hipersomnias, parasomnias. Pérdida del apetito, aumento del apetito. Intentos suicidas, conductas autolesivas.</p>		<p>Aumento del apetito.</p> <p>Dificultad para conciliar sueño.</p> <p>Paciente refiere que dichos comportamientos eran porque se sentía fracasado, y por los rechazos a sus relaciones sentimentales, además refiere su cuadro de tristeza basado en sus experiencias de vida.</p>
<p>7. - EVALUACIÓN MULTIAXIAL:</p>		
Cuadro Clínico	EJE I	F142. Trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de Cocaína. Estado de dependencia.
Personalidad	EJE II	Aparentes rasgos de personalidad Evitativa.
Retraso mental		
Enfermedades médicas	EJE III	Sin patología.
Problemas psicosociales y ambientales	EJE IV	Sobrino con problemas de consumo de drogas, estilo de crianzas negligentes y permisivos en la niñez y adolescencia, conflictos personales, grupos negativos de amigos, falta de empleo, insatisfacción laboral, negligencia económica.
Actividad global	EJE V	60% (alteraciones en las relaciones familiares, inestabilidad en el estado de ánimo, inestabilidad en el área laboral y social).
<p>16.- CONCLUSIONES:</p> <p>Redacción e inferencia de la información obtenida de la entrevista, la historia clínica, el examen del estado mental, la entrevista familiar, la batería de test, la evaluación Multiaxial y el criterio clínico.</p>		<p>Paciente manifiesta Aparentes rasgos de personalidad Evitativa según el test SEAPSI. En el test Hamilton presenta niveles de ansiedad leve, en el test Mini – Mental coeficiente intelectual sin deterioro cognitivo, en el inventario de Beck sin malestar en su estado de ánimo. Paciente tiene dificultad de conciencia de la enfermedad, dificultad de control de impulsos, deterioro en el área personal, familiar, social.</p>
<p>17.- RECOMENDACIONES:</p> <p>Sugerencias para el residente y los profesionales a cargo del caso.</p> <p>Generales:</p>		<p>Participante requiere atención psicológica individual, familiar y grupal:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Manejo y control de craving. - Terapia motivacional. - Terapia cognitiva(reestructuración de pensamientos) - Terapia cognitiva conductual. -Técnicas de relajación.

Específicas:	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Terapia cognitiva-conductual ➤ Terapia de apoyo ➤ Asertividad y habilidades sociales ➤ Manejo y control de craving ➤ Control de contingencias y crisis vitales. ➤ Psicoeducación. ➤ Autoestima ➤ Terapia motivacional ➤ Terapia familiar Individual para el manejo de prevención de factores de riesgo.
---------------------	---

PARTICIPANTE 2

1.- DATOS DE IDENTIFICACIÓN:	N°H.CLIN: 00-3- 58	FECHA DE EVALUACIÓN : 22/05/2022.
Participante: XXXXX		
Lugar y fecha de nacimiento: Zaruma, 01/06/1998.	Edad: 24 años	
Procedencia: Zaruma.	Residencia: Guanazán	
Estado Civil: Soltero.	Religión: Católico.	
Instrucción: Bachiller.	Ocupación: Estudiante.	
2.- MOTIVO DE CONSULTA: ¿Qué le ocurrió?, ¿Desde cuándo?, ¿A qué lo atribuye? <i>Condiciones físicas, cognitivas, conductuales y afectivas durante la entrevista:</i>	<p>Paciente ingresa al tratamiento residencial en el CETAD - SANTA ROSA, su ingreso es voluntario se evidencia niveles de ansiedad leves, pensamientos automáticos con relación al consumo.</p> <p>Paciente menciona que su motivación de cambio de vida, obtener su reinserción integral: laboral, académico, social, familiar.</p>	
3.- FUENTES DE INFORMACIÓN: Directa, indirecta o mixta (Grado de confiabilidad y credibilidad)	Paciente es referido del centro de salud, ingresó acompañado de su hermana mayor.	

4.- HISTORIA DE LA ENFERMEDAD:

Modo de inicio, factores desencadenantes, evolución y complicaciones.

Paciente refiere su inicio de ingesta de alcohol a los 16 años de edad, salía fines de semana con su grupo de amigos negativos (reuniones sociales), después de 2 meses inicio un policonsumo de alcohol fines de semana dosis moderada, y en cuanto a la cocaína frecuencia cada 8 días (fines de semana) dosis moderada de 20 a 50 paquetes, paciente refiere que no existe cantidad exacta dentro de su conducta adictiva (cocaína).

A los 17 años refiere que por curiosidad consumió marihuana por algunas ocasiones debido a la dificultad de acceso a la sustancia, continuó en su policonsumo de alcohol y cocaína en frecuencia cada fin de semana y dosis moderadas fueron hasta los 19 años, cabe señalar que frente a su conducta adictiva no tomaba conciencia de su nivel de dependencia.

A los 18 años 5 meses falleció su hermano mayor y una semana después falleció otro hermano el cual provoco impacto emocional, duelo de fallecimiento no resuelto, cabe señalar que dentro de este tiempo su consumo de múltiples sustancias (alcohol, marihuana, cocaína se mantenía con dosis moderada) menciona que dentro de su dificultad de control de impulsos, paciente menciona que a partir desde ese entonces su vida cambio por completo "negligencia" donde no existía una supervisión de sus padres sobre el control de su vida.

A los 19 años inicio consumo de marihuana y cocaína (maduro) iniciando dosis 1 por fin de semana, menciona que su grupo de amigos negativos le habían incitado a dicho consumo, además señala que los efectos físicos y psicológicos: cambio de estado de humor, nivel de excitación, euforia fueron creando un nivel de dependencia.

Paciente refiere que a los 21 años identifico su deterioro significativo en el ámbito personal, familiar, social, laboral, conllevando su consumo alto a la Cocaína (pipas) las dosis eran elevadas evidenciándose su dependencia a la sustancia.

Menciona que a los 22 años ya no tenía supervisión de nadie, dejó sus estudios universitarios, terminó

	<p>relación con su enamorada, perdió amigos y su familia cada vez desconfiaba más de él, admite que en este tiempo su mamá sufría mucho es por ello que el decidió tomar la decisión de dejar el consumo de lado y pedir ayuda a sus hermanas las cuales lo llevaron al centro de salud y posteriormente al Cetad.</p>
<p>5.- ENFERMEDAD ACTUAL: “Último Episodio”; tiempo de duración, frecuencia e intensidad (Sintomatología).</p>	<p>Paciente refiere que identifico su nivel de dependencia de múltiples sustancias, señalando que los efectos físicos y psicológicos (ansiedad moderada por el mismo consumo, inestabilidad emocional, deterioro significativo en su estilo de vida, somnolencia, pérdida de apetito).</p>
<p>Infancia: (desarrollo psicomotor, lactancia, deambulación, dentición, lenguaje, control de esfínteres, enfermedades o accidentes; inicio de la época escolar, rendimiento, relaciones con compañeros y profesores; ambiente familiar: interacciones, crisis, conflictos; comportamiento o conducta en esta época: aislado, tímido, hiperactivo, retraído, agresivo, etc.).</p>	<p>Paciente relata que su infancia fue complicada, sus padres no pasaban en casa por el trabajo, llegaban en la noche y se iban muy temprano por la mañana, la mayor parte de su niñez fue cuidado por sus hermanos. En la escuela era un niño retraído, tímido hasta el punto de no hablar, recuerda que muchas veces era victima de acoso y malos tratos por sus compañeros, pero nunca le dijo nada a sus padres ni a sus hermanos.</p> <p>Mientras fue creciendo se vio obligado a usar la fuerza muchas veces para poder “convivir”, se hizo intolerante, agresivo no solo en el ámbito académico sino dentro del contexto familiar también debido a su comportamiento sus padres lo regañaban y castigaban. Además, refutaba las ordenes que obtenía de sus padres y de sus hermanos, recriminaba a todos aquello que no compartían su opinión y mantenía discusiones con su padre por cosas mínimas, pero aun así se mantenía en la escuela con notas promedias.</p>
<p>Adolescencia y Juventud: (inicio de la secundaria, rendimiento y adaptación a la misma, relaciones con compañeros y profesores; ambiente familiar: interacciones, comportamiento, conflictos en el hogar; relaciones sociales, sentimentales etc.).</p>	<p>A la edad de 12 años ingreso al colegio “26 de noviembre” mantenía buenas calificaciones, menciona que era una persona normal, existía una dependencia con la madre y no obedecía al padre.</p> <p>Cuando tenía 15 años empezó a frecuentar la calle y la relación con la madre cambió, debido a que su comportamiento se fue tornando más rebelde.</p> <p>Menciona que es una persona con capacidad para establecer relaciones sociales siempre y cuando hagan las cosas como el dice, en ocasiones evita los problemas a diferencia que en momentos de crisis no puede controlar su impulsividad. A raíz del consumo empezó a frecuentar</p>

	<p>amigos con los que obtenía sustancias para el consumo, no refiere conductas antisociales.</p> <p>A la edad de 17 años menciona que asistía a bares, burdeles consumiendo alcohol y en ocasiones consumía “Marihuana”. En esta etapa de adolescencia el paciente menciona que no tenía una relación amorosa estable, sino que frecuentaba trabajadoras sexuales.</p> <p>Menciona que en esta etapa el consumo era controlado consumía durante los fines de semana después de ingerir alcohol como una forma de no embriagarse.</p>
<p>Adulter y Vejez: (inicio de estudios universitarios, rendimiento comportamiento con compañeros y docentes; matrimonio, armonía, conflictos, separaciones, divorcios, relaciones extramatrimoniales; soltería, jubilación, viudez; hábitos y disfunciones, etc.).</p>	<p>A la edad de 18 años el consumo se volvió prolongado, por una ocasión un conocido le ofreció cocaína con marihuana (maduro) el paciente menciona “me gusto el efecto me duro hasta el otro día”, a partir de esta situación empezó a consumir esta sustancia porque le permitía realizar todas las actividades. Además, todo esto se intensifico por la muerte de dos de sus hermanos por lo que eso fue una “excusa” tal como el denominó para dedicarle mas tiempo al consumo.</p> <p>A la edad de 19 años se fue dando un policonsumo de marihuana con cocaína; compraba una “piedra” lo cual le permitía consumir por cuatro días, refiere que el consumir sentía que se elevaba su autoestima luego de unos meses conoció a la que sería su enamorada, el paciente refiere que hizo un “stop” por qué quería darle lo mejor de sí mismo, pero poco tiempo después volvió a su consumo normal.</p> <p>A los 21 años intentó cambiar los hábitos de consumo e ingreso a una iglesia cristiana, dejo de frecuentar a sus compañías anteriores, menciona “me enamore de verdad de la chica”. Empezaron los conflictos con la pareja ya que ella se alejó de él y por consiguiente terminaron su relación debido a que el paciente cambio su comportamiento, existían situaciones de celos, reclamos no existieron acercamientos violentos por lo que termino en ruptura, además de que ella se enteró de su consumo descontrolado. A partir de esta situación el paciente menciona que consumía más porque no le importaba su vida.</p>
<p>11.- PATOLOGÍAS ANTERIORES: Detallar enfermedades importantes o posiblemente relacionadas al problema actual. Averiguar, sobre todo: tuberculosis, hemorragias, diabetes, crisis convulsivas o ataques, padecimientos neurológicos y/o psiquiátricos, alergias, sífilis u otras enfermedades venéreas,</p>	<p>A la edad de 12 años el paciente presentaba convulsiones por tres ocasiones, la madre lo llevo a un naturista el cual le recomendó que comiera intestinos de golondrina con el pasar del tiempo no se volvieron a presentar.</p>

accidentes cerebro- vasculares, úlceras, traumatismos (especialmente craneales), operaciones.	No presenta patologías.
12.- EXAMEN DEL ESTADO MENTAL:	
a) Apariencia: aspecto físico, vestimenta, aseo personal, expresión facial, anomalías físicas.	Paciente con deterioro en su imagen corporal, aseo personal y expresión facial.
b) Forma de relación: colaboración, reticencia, rechazo, mutismo, negativismo, agresividad, sarcasmo, pegajosidad, colaboración excesiva.	Paciente se muestra con resistencia y poco colaborador en la entrevista, manifiesta conducta agresiva.
c) Estado de la conciencia: hiperlucidez, lucidez, obnubilación, estado crepuscular, onirismo, estupor, coma, despersonalización, desrealización.	Lucidez.
d) Orientación: temporal, espacial, respecto a sí mismo y a los demás.	Paciente orientación (alopsíquica y auto psíquico) estable.
e) Atención: hiperprosexia, hipoprosexia, disprosexia, aprosexia, pseudoaprosexia.	Paciente presenta dificultad de atención.
f) Memoria: Hipermnnesia, hipomnesia. Amnesia de fijación (anterógrada), amnesia de evocación (retrógrada). Amnesia global o mixta, amnesia parcial o lacunar. Ecmnesia, fabulación, falsificación retrospectiva. (<i>Especifique : levé, moderado, grave</i>). Paramnesias : déjà vu, déjà vécu, jamais vu, jamais vécu.	Memoria lucida.
g) Lenguaje: voz (alta, normal, baja, monótona, llorosa, teatral, chillidos, gritos). Ritmo del habla (lento, normal, rápido). Tartamudez, balbuceo, mutismo, disartria o dislalia, musitación, neologismos, ecolalia.	Voz fuerte, nerviosismo.
h) Pensamiento: Curso (retardo, aceleración, fuga de ideas, bloqueos). Estructura (disgregación, incoherencia, prolijidad o meticulosidad, perseveración, estereotipia). (<i>Especifique: leve, moderado, grave</i>).	Curso de pensamiento automático, meticulosidad con contenidos de grandeza.
h) Conducta motora: enlentecimiento psicomotor, excitación motora, inquietud, acatisia, catatonia (agitación catatónica, estupor catatónico, catalepsia, flexibilidad cérea), inhibición motora, estupor depresivo, estupor confusional, obediencia automática, ecopraxia	Conducta inquietante, estado de craving, dependencia de consumo de cocaína.

(ecomimia, ecolalia), tics, manierismos, negativismo, estereotipias.		
h) Afectividad: ansiedad situacional, ansiedad expectante, ansiedad generalizada, tristeza, euforia, irritabilidad, apatía, aplanamiento, ambivalencia, anhedonia, labilidad afectiva, incontinencia afectiva, (<i>especifique: leve, moderado, grave</i>) Sentimientos inadecuados, eutimia.		Aplanamiento afectivo, ansiedad leve, euforia, labilidad afectiva.
i) Sensopercepción: Hiperestesia, hipoestesia, micropsia, macropsia, ilusiones, alucinaciones, pseudoalucinaciones, alucinosis.		Sin patología
j) Inteligencia: estimación de la inteligencia en base a la entrevista (promedio, elevada, baja).		Inteligencia normal
k) Juicio: capacidad autocrítica y heterocrítica, proyectos a futuro, conciencia de la enfermedad.		Capacidad autocrítica correcta.
l) Voluntad: sugestionabilidad, abulia, hiperbulia.		Sugestionabilidad.
m) Instintos: Sueño, Apetito y Conservación: dificultad para conciliar el sueño, despertares frecuentes, despertar prematuro, insomnio, hipersomnia, parasomnias. Pérdida del apetito, aumento del apetito. Intentos suicidas, conductas autolesivas.		Disminución del apetito. Paciente refiere que presenta problemas para conciliar el sueño por el día y por la noche salía a consumir.
b) Factor Desencadenante: (Experiencias o traumas del pasado, maltrato o abandono en las primeras etapas de su vida, violaciones, relaciones amorosas no resueltas, curiosidad, presiones ambientales: amigos o familiares, etc.)		Conducta adictiva: inicio por curiosidad. Amistades de consumo. Centro educativo: factor de riesgo.
c) Factor Precipitante: (Conflictos personales, sociales o laborales del presente: rasgos de personalidad, peleas con la pareja, infidelidades, grupos negativos de amigos, falta de empleo, insatisfacción laboral, falta de dinero, etc.)		Conflictos negativos con su grupo social cercano, pérdida de amigos.
15.- EVALUACIÓN MULTIAIXIAL:		
Cuadro Clínico	EJE I	F11.2. Trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de cocaína. Estado de dependencia. F.42

Personalidad	EJE II	Aparentes rasgos de personalidad Dependiente.
Retraso mental		
Enfermedades médicas	EJE III	Sin patología.
Problemas psicosociales y ambientales	EJE IV	Estilo de crianzas difuso en la niñez y adolescencia, conflictos personales, grupos negativos de amigos, negligencia económica.
Actividad global	EJE V	60% (alteraciones en las relaciones familiares, inestabilidad en el estado de ánimo).
16.- CONCLUSIONES: Redacción e inferencia de la información obtenida de la entrevista, la historia clínica, el examen del estado mental, la entrevista familiar, la batería de test, la evaluación Multiaxial y el criterio clínico.		Paciente manifiesta Aparentes rasgos de personalidad Dependiente según el test SEAPSI. En el test Hamilton no presenta niveles de ansiedad, en el test Mini – Mental coeficiente intelectual sin deterioro cognitivo, en el inventario de Beck sin malestar en su estado de ánimo. Paciente tiene dificultad de conciencia de la enfermedad, dificultad de control de impulsos, deterioro en el área personal, familiar, social.
17.- RECOMENDACIONES: Sugerencias para el residente y los profesionales a cargo del caso. Generales:		Participante requiere atención psicológica individual, familiar y grupal: -Manejo y control de craving. - Terapia motivacional. - Terapia cognitiva (reestructuración de pensamientos) - Terapia cognitiva conductual. -Técnicas de relajación.
Específicas:		<ul style="list-style-type: none"> ➤ Terapia cognitiva-conductual ➤ Terapia de apoyo ➤ Asertividad y habilidades sociales ➤ Manejo y control de craving ➤ Control de contingencias y crisis vitales. ➤ Psicoeducación. ➤ Autoestima ➤ Terapia motivacional ➤ Terapia familiar Individual para el manejo de prevención de factores de riesgo.

ANEXO B

Tema de la investigación: Autoeficacia en pacientes con Trastorno por consumo de cocaína del Centro Especializado en el Tratamiento a personas con consumo problemático de Alcohol y otras drogas.

Objetivo de la investigación: Evaluar los niveles de autoeficacia en pacientes con Trastorno por consumo de cocaína del Centro Especializado en el Tratamiento a personas con consumo problemático de Alcohol y otras drogas (CETAD).

Objetivo de la entrevista: Obtener información sobre el avance de los pacientes dentro del tratamiento de rehabilitación.

1. ¿Cómo ha sido la evolución del paciente desde el inicio hasta la actualidad?
2. ¿Cuál fue la condición en la que el paciente ingresó?
3. ¿Cuál ha sido la dificultad más grande para el tratamiento?
4. ¿Cuál ha sido el diagnóstico para estos pacientes?

ANEXO C

Tema de la investigación: Autoeficacia en pacientes con Trastorno por consumo de cocaína del Centro Especializado en el Tratamiento a personas con consumo problemático de Alcohol y otras drogas.

Objetivo de la investigación: Evaluar los niveles de autoeficacia en pacientes con Trastorno por consumo de cocaína del Centro Especializado en el Tratamiento a personas con consumo problemático de Alcohol y otras drogas (CETAD).

Objetivo de la entrevista: Obtener información general sobre el origen del consumo y su conducta frente a situaciones cotidianas estresantes.

1. ¿Cuál es tu nombre? ¿Qué edad tienes?
2. ¿A qué edad empezó tu consumo?
3. ¿Puede transcurrir una semana sin que utilice una droga?
4. ¿Puede dejar de utilizar drogas cuando quiere?
5. ¿Ha tenido “lagunas mentales” o “alucinaciones” como resultado del uso de drogas?
6. ¿Alguna vez se ha sentido mal o culpable acerca de su uso de drogas?
7. ¿Su pareja o familiares se quejan constantemente de su uso de drogas?
8. ¿El abuso de drogas ha creado problemas con su pareja o familiares?
9. ¿Ha perdido amigos por su uso de drogas?
10. ¿Ha descuidado a su familia o faltado al trabajo como consecuencia del uso de drogas?
11. ¿Cuáles crees que son tus habilidades? ¿Cuáles crees que son tus debilidades?
12. ¿Qué haces frente a situaciones estresantes de tu vida?
13. Si se te presentara un problema. ¿cómo lo afrontarías?
14. Si en este momento te plantean la alta terapéutica, ¿cómo te sentirías para afrontar tu vida cotidiana?

ANEXO D

Tema de la investigación: Autoeficacia en pacientes con Trastorno por consumo de cocaína del Centro Especializado en el Tratamiento a personas con consumo problemático de Alcohol y otras drogas.

Objetivo de la investigación: Evaluar los niveles de autoeficacia en pacientes con Trastorno por consumo de cocaína del Centro Especializado en el Tratamiento a personas con consumo problemático de Alcohol y otras drogas (CETAD).

Objetivo de la entrevista: Obtener información sobre la relación familiar de los pacientes.

1. ¿Cómo definirías la relación con tus padres?
2. ¿Cómo describirías la forma de comunicarte con tus padres? y con qué frecuencia lo hacías?
3. ¿De qué tratan las conversaciones que solías tener con tus padres?
4. En casa ¿se han establecido normas de convivencia?
5. ¿Cuándo se origina un conflicto con los miembros de tu familia, cómo te sientes?
6. ¿Cuándo discutes con tus padres, como lo manifiestas?
7. ¿Cuáles son las razones por las que se pueden producir comúnmente los conflictos?
8. ¿Cómo gestionas los conflictos familiares con tus padres?

ANEXO E

Escala de Autoeficacia General de Baessler y Schwarzer

Propiedades Psicométricas de la escala de Autoeficacia General de Baessler & Schwarzer 229

APÉNDICE

ESCALA DE AUTOEFICACIA GENERAL

Las siguientes afirmaciones se refieren a tu capacidad para resolver problemas.

Lee cada una de ellas, y marca la alternativa que consideres conveniente.

No hay respuestas correctas, ni incorrectas.

Usa la siguiente escala para responder a todas las afirmaciones.

1	2	3	4
INCORRECTO	APENAS CIERTO	MAS BIEN CIERTO	CIERTO

MARCA TODAS LAS AFIRMACIONES

1. Puedo encontrar la manera de obtener lo que quiero aunque alguien se me oponga.	1	2	3	4
2. Puedo resolver problemas difíciles si me esfuerzo lo suficiente.	1	2	3	4
3. Me es fácil persistir en lo que me he propuesto hasta llegar a alcanzar mis metas.	1	2	3	4
4. Tengo confianza en que podría manejar eficazmente acontecimientos inesperados.	1	2	3	4
5. Gracias a mis cualidades y recursos, puedo superar situaciones imprevistas.	1	2	3	4
6. Cuando me encuentro en dificultades puedo permanecer tranquilo(a) porque cuento con las habilidades necesarias para manejar situaciones difíciles.	1	2	3	4
7. Venga lo que venga, por lo general soy capaz de manejarlo.	1	2	3	4
8. Puedo resolver la mayoría de los problemas si me esfuerzo lo necesario.	1	2	3	4
9. Si me encuentro en una situación difícil, generalmente se me ocurre qué debo hacer.	1	2	3	4
10. Al tener que hacer frente a un problema, generalmente se me ocurren varias alternativas de cómo resolverlo.	1	2	3	4

**ENTREVISTA A LOS
PACIENTES**

HISTORIAS CLINICAS

**AUTOEFICACIA EN PACIENTES CON TRASTORNO
POR CONSUMO DE COCAÍNA DEL CENTRO
ESPECIALIZADO EN EL TRATAMIENTO A
PERSONAS CON CONSUMO PROBLEMÁTICO DE
ALCOHOL Y OTRAS DROGAS**

**ENTREVISTA A LA
PSICOLOGA ENCARGADA**

**APLICACIÓN REACTIVOS
PSICOLOGICAS**

AUTOEFICACIA EN PACIENTES CON TRASTORNO POR CONSUMO DE COCAÍNA DEL CENTRO ESPECIALIZADO EN EL TRATAMIENTO A PERSONAS CON CONSUMO PROBLEMÁTICO DE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS.

BASES TEÓRICAS

Algunos autores mencionan que dentro del consumo de drogas existen factores protectores como es la autoeficacia la cual se define como habilidades que permiten al ser humano manejar de forma adecuada, oportuna y eficaz las situaciones que se perciben como estresantes, es decir que la autoeficacia puede ser relacionada con el consumo, por ejemplo, a mayor nivel de autoeficacia el nivel de consumo puede ser menor (Valles, 2016).

El constructo autoeficacia no significa un constructo estable sino que es de carácter cognitivo por lo que es cambiante, esta se construye a partir de que el sujeto procesa la información y la integra en su subconsciente por lo que puede estar influenciado por los logros que se dieron en el pasado, la observación del medio y la autopercepción del mismo cuerpo, va a cambiar según la situación en la que se encuentre el individuo hacia el futuro (Villamarín, 1994).

la autoeficacia ha sido estudiada anteriormente, desde la parte escolar, de la salud, como un constructo motivacional, dentro de la psicología social se entiende como un sistema dinámico de creencias que funcionan de forma diferenciada de una forma más amplia lo que hace referencia a las percepciones del ser humano sobre su competencia para asumir los eventos estresantes que se puedan presentar durante la convivencia (Velásquez, 2009).

Noh-Moo et al. (2021) refieren que la autoeficacia es un elemento que puede considerarse como factor protector o de riesgo dentro de las conductas adictivas, así mismo esta se encuentra presente y puede predecir el comportamiento que toman los individuos luego del proceso de rehabilitación e internamiento.

En un estudio aplicado en una comunidad terapéutica del Cono Sur se evidencia que la autoeficacia es considerada un elemento importante dentro del cambio conductual, más es necesario que el sujeto emplee comportamientos que permitan este cambio; la autoeficacia percibida dentro de las personas con problemáticas de consumo se puede explicar de dos maneras, el sujeto puede considerar una alta expectativa de autoeficacia lo que va permitir que tenga el deseo de eliminar el consumo pero no involucra directamente que este pueda lograrla; en este caso mediante la autoeficacia el paciente puede reconocer el contenido cognitivo de los pensamientos sobre el consumo y las consecuencias que significan en su vida (Caycho, 2017).

APORTES

Por medio de la entrevista con los pacientes se pudo constatar que antes del proceso de rehabilitación tenían una escasa capacidad para afrontar situaciones menores y problemas de alta magnitud es por ello que recurrían buscar alivianar sus emociones y pensamientos mediante el consumo. Además, dentro del contexto familiar desarrollaron creencias de ineficacia debido a que los progenitores los limitaban a realizar ciertas actividades mediante palabras y expresiones recriminatorias por lo que se desarrollaron pensamientos de no poder enfrentar los conflictos desde su niñez, el no poder resolver problemas y lo fueron acarreando a través del tiempo hasta su adultez.

Dentro de la escala de autoeficacia general se evidenció que el paciente que tenía más tiempo (5 meses) dentro del proceso de rehabilitación puntuaba más niveles de autoeficacia a diferencia del paciente que llevaba menos tiempo (2 meses) el cual puntuó menores niveles de autoeficacia.

Mediante la entrevista los pacientes mencionan que durante el periodo de consumo empezaron a perder personas cercanas, la relación con sus padres y familiares se iba deteriorando, en la parte afectiva dejaron de compartir con la pareja por lo que tuvieron varios fracasos amorosos, en cuanto al grupo social se alejaron de sus amigos más cercanos y comenzaron a frecuentar amistades de consumo y por último, en el ámbito personal se descuidaron su salud y su apariencia física, empleando todo su tiempo para conseguir la sustancia. Es por ello que tomaron la decisión de buscar ayuda en primer lugar al asistir al tratamiento ambulatorio para luego aceptar el internamiento en el que se encuentran actualmente.

Otra variable importante para este estudio es la indagación de la relación familiar, que mediante la entrevista semiestructurada que se les realizó a los pacientes muestran características semejantes entre los evaluados, lo que supone dos ópticas dentro de la problemática, la relación en primer lugar se toma como un factor de riesgo porque los pacientes se desarrollaron en un contexto disfuncional donde no contaban con el apoyo y supervisión de sus padres, existía poca implicación de los progenitores dentro de la crianza.

Uno de los pacientes proviene de una familia monoparental, donde no existió una figura paterna de autoridad por lo que la madre tuvo que asumir la crianza de forma individual repercutiendo en un estilo de crianza negligente en un intento por solucionar los problemas de los demás miembros del hogar, mientras que el otro paciente proviene de una familia nuclear, pero con estilos de crianza permisivos, dentro de ella la comunicación era escasa y limitaba.

TEORÍAS COMPLEMENTARIAS

Del mismo modo entre las teorías cognitivo conductuales para el consumo de sustancias es la Teoría Cognitivo Social (TCS) de Bandura (1977) donde concibe que la autoeficacia es la creencia de las capacidades y destrezas al momento de ejecutar una acción, llevando consigo conductas apropiadas como el orden y la organización que le permitan llegar a su meta de manera exitosa. Dentro de esta concepción Bandura identifica dos situaciones con respecto a la autoeficacia que son la expectativa de resultado y la expectativa de eficacia, la expectativa de resultado se trata de la apreciación que hace una persona sobre su manera de actuar y que obtendrá como efecto de aquello, mientras que la expectativa de eficacia es la estimación que hace la persona de la posibilidad que pueda realizar dicha acción.

Además, varias investigaciones demuestran que la TCC supone un enfoque prometedor en el tratamiento de las adicciones, desde la parte cognitiva se centra en la motivación del individuo para el cambio, aprender a controlar impulsos un factor protector en la prevención de recaída; del mismo modo en el área conductual emplea el condicionamiento para eliminar los deseos y pensamientos de consumo por lo que se considera una intervención positiva (Chamba et al., 2021).

Otras de las teorías de soporte dentro del enfoque cognitivo conductual es el modelo transteórico de Prochaska y Di Clemente (1982) el cual fue desarrollado exclusivamente para explicar el cambio motivacional de la conducta que atraviesan los sujetos desde el inicio de modificación hasta que finalizan el proceso de la misma, además se debe considerar que la motivación es un estado variable y dinámico, cabe recalcar que este modelo busca alcanzar un nivel alto de autoeficacia para evitar las recaídas.

La autoeficacia es la convicción que tiene el ser humano para organizar y medir sus acciones en circunstancias que pueden generar estrés, de esta manera la autoeficacia dentro del contexto de los drogodependientes en rehabilitación se considera como una "autoeficacia de resistencia" debido a que mediante ella los sujetos se pueden rehusar a volver a consumir algún tipo de sustancia psicoactiva en situaciones de donde la probabilidad de consumo es alta, si el individuo logra pasar esta fase los niveles de autoeficacia se elevan lo cual produce un mayor control de las conductas negativas (Minda, 2021).