

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE PSICOLOGIA



TESIS

ADAPTACIÓN, VALIDACIÓN Y
CONFIABILIZACIÓN DEL INVENTORY OF
DRUG TAKING SITUATIONS (IDTS) Y EL
DRUG TAKING CONFIDENCE
QUESTIONNAIRE (DTCQ).

Lucía de Jesús de León Bello.
Lydia Yazmin Perez Figueroa.

Director: Dr. Héctor Ayala Velázquez.
Revisor: Mtro. Fernando Vázquez Pineda.
Asesor: Mtro. Roberto Oropeza Tena.

MEXICO

2001





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

120

0290948



TESIS

ADAPTACIÓN, VALIDACIÓN Y
CONFIABILIZACIÓN DEL INVENTORY OF
DRUG TAKING SITUATIONS (IDTS) Y EL
DRUG TAKING CONFIDENCE
QUESTIONNAIRE (DTCQ).

.....

*A Dios,
por darnos vida y brindarnos la oportunidad
de llegar a este momento tan importante
en nuestras vidas*

*A mis padres, Antonia Bello y
Jesús De León por su amor, apoyo,
comprensión y tiempo:*

*A mis hermanos, Andrea y
Antonio por acompañarme y
hacerme más fácil el recorrido de
este camino.*

*Gracias Jassen, por enseñarme reír
y soñar.*

*Gracias Yaz, porque sin tu ayuda y
apoyo no hubiese podido llegar
hasta aquí.*

*A mis hermanas, Elena López,
Leticia Garibay, Karla Roa,
Alejandra Palomares, Edith Rojas,
Mayte y Alejandra Téllez les
agradezco los grandiosos
momentos que han compartido a
mi lado.*

*A mis padres, Lourdes Figueroa y
Marco Antonio Pérez por todo el
cariño y aquellos momentos que
me han dado para poder llegar
hasta aquí.*

*A mis hermanos, Maricel, Jessica,
Carolina Y Segismundo por
ayudarme a crecer y seguir a mi
lado todo este tiempo, nunca se
alejen de mí.*

*Sebastián, gracias por nacer y
alegrar cada vez más mi vida.*

*Lobsang, mil gracias por tu amor,
espero que nuestras manos sigan
unidas por siempre.*

*Lucía, mil gracias por ayudarme a
realizar esta tesis y enseñarme.*

*Liz Quiros, Karla González,
Ricardo Ramírez, José Haidenblit
muchas gracias por brindarme su
amistad*

*Desde varios años la Universidad
Nacional Autónoma de México
viene ejerciendo como nuestro
mentor académico e impulsa
nuestros estudios continuamente.
Gracias por nuestra evolución y
desarrollo.*

*Dr. Héctor Ayala Velázquez,
agradecemos su apoyo brindado
para la elaboración de este trabajo
y por el tiempo dedicado a nuestra
formación profesional.*

*Por tu paciencia, trabajo, tiempo y
comprensión, Roberto Oropeza te
damos las gracias, que Dios te
bendiga.*

*Lorena Solís, Verónica Vázquez,
Karla Martínez, Laura Villalva,
Armando Calette, y Carlos
Vázquez, gracias por
acompañarnos, por estar a nuestro
lado en las buenas y en las
malas, esperamos nunca termine
nuestra amistad.*

*Lic. Noemí Barragán, Lic. Silvia
Morales, Lic. Monica Fulgencio,
Lic. Marcos Verdejo, Mtra.
Lourdes Monroy, Dra. Dolores
Mercado, Mtro. Fernando
Vázquez, Dra. Isabel Reyes, Dr.
Leonardo Reynoso, Lic. Leticia
Echeverría, gracias por
enseñarnos a ser cada día
mejores.*

*A nuestros compañeros y amigos
que nos apoyaron en esta
investigación, mil gracias*

Agradecemos la colaboración

Centros de Integración Juvenil.

Grupo Drogadictos Anónimos.

Grupo 24 hrs. de Alcohólicos Anónimos

Fundación Ama la Vida.

Fundación Juventud, Luz y Esperanza.

Centro Toxicológico Jóvenes por la Juventud

Hogar Integral de Juventud

A todos los niños (as) y jóvenes que viven en la calle.

*Agradecemos a todas aquellas personas
que colaboraron en esta investigación,
puesto que lo que hemos logrado
no hubiera sido sin ellas.*

INTRODUCCION

La investigación del consumo de drogas señala la importancia de la existencia de diferentes factores por los cuales se inician las conductas adictivas. Existiendo diversos factores que involucran a las personas en el consumo de drogas, encontrando al medio ambiente, los vínculos familiares, la interacción entre la escuela y los amigos, así como las situaciones personales (Medina-Mora, Villatoro, López, Berenzon, Carreño, Juárez, Fleiz y Rojas, 1997).

Es decir, que la interacción de varios factores (familiares, apoyo social escolares, laborales, etc.) ayuda a que los individuos se involucren en el consumo de drogas (Dembo, Williams, Wothke y Schmeidler, 1994).

En México la salud pública se preocupa por el abuso de sustancias ya que es uno de los problemas principales, donde es importante prevenir en todos los grupos sociales (Medina-Mora y cols., 1993)

Esta prevención debe dirigirse a la promoción de la salud, modificando el medio ambiente y previendo aquellos riesgos de consumo. Una de las metas en nuestro país es disminuir los problemas en la salud atacando a los grupos con mayor probabilidad de adquirir tales conductas (Díaz-Leal, 1998).

La prevención actúa sobre las variables relacionadas al consumo y estructura las medidas necesarias para los diferentes niveles, incidiendo sobre aquellas áreas relacionadas al problema (Nazar, Tapia, Villa, León, Medina-Mora y Salvatierra, 1994).

En México existen escasas investigaciones en cuanto al desarrollo de instrumentos sensibles en la evaluación del consumo de drogas, así como en la evaluación de los riesgos que existen en las conductas adictivas y los niveles de autoconfianza para abstenerse al uso de sustancias, por lo tanto es importante la creación de estos instrumentos apoyando a los programas de prevención así como a los sectores mas vulnerables al consumo.

En los capítulos incluidos dentro de esta tesis se hace referencia a los antecedentes relacionados al consumo de drogas, analizando los conceptos que involucran el uso de sustancias, así como los factores de riesgo asociados; posteriormente se aborda la base teórica de la perspectiva cognoscitivo-conductual, la Teoría del Aprendizaje Social (Bandura, 1967) que comprende todas aquellas características relacionadas con la adquisición de las conductas adictivas y la Teoría de Autoeficacia (Bandura, 1977) donde se hace énfasis de

los procesos cognoscitivos que llevan a la persona a la modificación de su conducta.

Se hace una descripción del Inventory of Drug Taking Situations (IDTS, Annis y Martin, 1985), el cual tiene como objetivo identificar aquellas situaciones de riesgo de consumo de sustancias, así como evaluar la efectividad de los tratamientos desarrollados con el objetivo de incidir sobre el uso y abuso de drogas, en personas de diferentes edades y estados socioeconómicos para así poder mejorar su calidad de vida, se hace referencia a los antecedentes que dieron origen al Drug Taking Confidence Questionnaire (DTCQ, Annis y Martin, 1988) que evalúa los niveles de autoconfianza de los sujetos en la habilidad de resistirse a la necesidad de usar drogas.

RESUMEN

El objetivo de este trabajo fue adaptar, validar y confiabilizar el *Inventory of Drug Taking Situations (IDTS)* y el *Drug Taking Confidence Questionnaire (DTCCQ)* a la población Mexicana consumidora de drogas ilegales. Estos instrumentos evalúan el riesgo que tienen los sujetos para consumir drogas así como, la autoconfianza para resistirse al consumo en diferentes situaciones. El procedimiento de adaptación de los instrumentos se realizó haciendo la traducción y retrotraducción para confirmar que significado de los reactivos se mantuviera; la validación externa se trabajó a través de un jueceo. Una vez concluidas estas etapas se obtuvo el *Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas (ISCD)* y el *Cuestionario de Autoconfianza de Consumo de Drogas (CACD)*. Ambos instrumentos se aplicaron a manera de piloto, para obtener los cuestionarios que se emplearon en diferentes Centros de adicciones.

La distribución de la muestra fue intencional cubriendo una cuota de 300 sujetos, por cada instrumento, donde el 50% fue consumidor de drogas y el otro 50% fue no consumidor.

En el análisis de resultados se aplicó una prueba t de student para muestras independientes, observándose que los instrumentos discriminaban entre ambos grupos; además se analizaron los datos con una prueba Phi encontrándose consistencia temporal en los cuestionarios.

Se puede concluir que el ISCD discrimina a los sujetos que tienen alto riesgo de consumo, además el CACD determina el nivel de autoconfianza para resistirse al consumo de drogas, es decir se obtuvieron instrumentos que pueden ser utilizados como apoyo en programas de tratamiento.



Indice

CAPITULO 1

PANORAMA GENERAL SOBRE EL CONSUMO DE DROGAS	1
Historia sobre el Consumo de Drogas	3
Definición de Droga y Conceptos Basicos Relacionados con el Consumo de Drogas.	5
Clasificación de las Drogas o Sustancias Psicoactivas	10
Factores de Riesgo Relacionados con el Consumo de Drogas.	13
Datos reportados sobre el consumo de dogas en México en la Encuesta Nacional de Adicciones de 1988.	17

CAPITULO 2

APROXIMACIONES TEORICAS AL APRENDIZAJE SOCIAL Y AUTOEFICACIA.	21
Aproximación a la Teoría Cognoscitivo- Conductual.	23
Principios de la Teoría del Aprendizaje Social.	27
Perspectiva Medica y Psicológica del Aprendizaje Social hacia la Adicciones.	29
Teoría de Autoeficacia.	32
Aplicación de la Teoría de Autoeficacia en las Adicciones.	38
Investigaciones Relacionadas con el Consumo de Drogas.	43

CAPITULO 3

INVENTORY OF DRUG TAKING SITUATIONS (IDTS) 45

Antecedentes del Inventory of Drug Taking Situations (IDTS):
Inventory of Drinking Situations (IDS) 47

Descripción del Inventory of Drug Taking Situations (IDTS) 49

Estructura Interna del IDTS 51

Lineamientos para la Aplicación del IDTS 56

Investigaciones Relacionadas con el IDTS 58

CAPITULO 4

DRUG TAKING CONFIDENCE QUESTIONNAIRE (DTCQ) 59

Antecedentes del Drug Taking Confidence Questionnaire (DTCQ):
Situational Confidence Questionnaire (SCQ) 61

Descripción del Drug Taking Confidence Questionnaire (DTCQ) 62

Estructura Interna del DTCQ 64

Lineamientos para la Aplicación del DTCQ 73

Investigaciones relacionadas con el DTCQ 76

METODO 79

RESULTADOS DEL INVENTARIO DE SITUACIONES DE CONSUMO DE DROGAS (ISCD). 85

RESULTADOS DEL CUESTIONARIO DEL AUTOCONFIANZA DE CONSUMO DE DROGAS (CACD).	96
DISCUSION Y CONCLUSIONES	108
LIMITACIONES Y SUGERENCIAS	119
BIBLIOGRAFIA	121
ANEXOS	125
Manual del Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas (ISCD)	126
Manual del Cuestionario de Autoconfianza de Consumo de Drogas (CACD)	139
Tablas de Resultados ISCD	153
Tablas de Resultados CACD	157



PANORAMA GENERAL SOBRE EL CONSUMO DE DROGAS

El objetivo del presente capítulo es mostrar un amplio panorama sobre el consumo de drogas, cómo han ido cambiando a través de la historia los fines de uso de las sustancias, así como la evolución y estructuración de los conceptos relacionados con drogas y su consumo. Estos conceptos han tenido que irse adaptando de acuerdo a las necesidades de nuestra sociedad actual, además de que se han tenido que buscar clasificaciones con el fin de unificar las drogas de acuerdo a sus efectos, vías de administración y nivel de dependencia que producen.

Es importante mencionar que para la realización de lo antes mencionado se han realizado tanto en México y como en otros países con el mismo problema, encuestas nacionales con el objetivo de mostrar una perspectiva adecuada y objetiva del consumo de drogas de cada sociedad, de acuerdo a las características sociodemográficas de la población, y analizando la incidencia y prevalencia del mismo.

Un aspecto que no hay que olvidar para abordar adecuada e integralmente el problema del consumo de drogas son todos aquellos factores de riesgo con los que diariamente se enfrentan los individuos, por los cuales probablemente ha incrementado el consumo de sustancias adictivas, lo cual ha afectado a nuestra sociedad en mayor proporción.

Historia sobre el Consumo de Drogas

La presencia del consumo de drogas o sustancias psicotrópicas no es algo nuevo en ninguna sociedad. Por el contrario, su existencia se ha documentado en la historia de la mayoría de las culturas, con las variaciones en los tipos de drogas, los patrones de consumo, las funciones individuales y sociales y las respuestas que las sociedades han desarrollado a través del tiempo. Las sustancias psicoactivas eran usadas en la antigüedad dentro de las prácticas sociales integradas a la medicina, la religión y lo ceremonial (ENA, 1998).

Algunas culturas como la de los Sumerios, hace más de 4000 años, cultivaban la amapola, a la cual llamaban "la planta de la alegría", para mascarla, quemarla, inhalarla o beberla mezclada con otros líquidos fermentados. En el año 500 a.C. los Escitas inhalaban marihuana, así como los antiguos consideraban al alcohol como un don de los Dioses. Durante la Edad Media los campesinos esclavizados encontraron consuelo en esta bebida.

En América del Sur, hace casi ocho siglos, el emperador Manco Capac daba el derecho a masticar hojas de coca a los más ricos, puesto que ésta se consideraba divina. En la época en la que Colón llegó a América, los indios de México desenterraban el cactus peyote y celebraban sus efectos alucinógenos en ceremonias sagradas.

Durante el siglo XIX, el gobierno Británico intercambiaba opio por té en la China para que los señores de guerra lo vendieran a sus campesinos para ayudarlos a olvidar y sobrepasar sus condiciones de vida. El opio también se utilizó durante la guerra civil norteamericana para cesar el dolor de los heridos. A finales de ese siglo se vendían medicinas que contenían opio, heroína o cocaína como calmantes del dolor. Hacia 1914 la ley de alimentos y drogas puras eliminaron la venta libre de cocaína y sustancias opiáceas alejando el desarrollo del tráfico ilícito de drogas.

De manera que en los últimos dos siglos el hombre ha pasado de recolectar las plantas silvestres cuyo consumo tenía consecuencias psicotrópicas a obtener y estudiar sus principios activos, purificarlos y modificar sus estructuras químicas para aumentar sus efectos; las ha cultivado para lograr una gran producción, así como ha hecho estudios de laboratorio para crear compuestos de mayor efecto (Ladero y Lizasoain, 1998).

En la Segunda Guerra Mundial, los médicos prescribían a los soldados anfetaminas para combatir la fatiga y reforzar la resistencia. En los años sesenta los alucinógenos y estimulantes (marihuana, anfetaminas y LSD) eran los más populares entre la juventud (Inaba y Cohen, 1992).

Los patrones tradicionales de uso (inhalar, fumar y masticar) que en la mayoría de las ocasiones tenían fines religiosos, políticos o de jerarquía social fueron desapareciendo y las formas de consumo cambiaron a través del tiempo, estableciéndose nuevas formas (inyección, combinación de sustancias, etc.) eliminando los fines antes mencionados. Las transformaciones y los conflictos geopolíticos y económicos aunados a los intereses de la producción y distribución internacional de sustancias, contribuyeron a que el consumo fuera adquiriendo un carácter desintegrador en el aspecto individual, familiar, económico, político y social. El fenómeno del consumo de drogas ilícitas no puede ser visto fuera del contexto del desarrollo, de modelos económicos, tecnológicos, sociales y políticos contemporáneos, de la creciente globalización y sus consecuencias en la comunicación y en la transformación de estilos de vida y valores tradicionales.

Las actitudes hacia las sustancias y su demanda son cambiantes y se ven influidas por factores culturales, económicos y sociales en un país o región; a esto se le agrega la oferta y la accesibilidad de las sustancias y el marco de control legal y social que rodea al consumo. La percepción del público hacia distintas sustancias y su mayor o menor rechazo en muchas sociedades condiciona la toma de decisiones políticas hacia su control. En otros casos el proceso es inverso y la política de control tiene como consecuencia el que se busquen otras drogas incluso más dañinas, o que se produzca un rechazo de la sociedad hacia la política (ENA, 1998).

En la mayoría de los países conviven drogas aceptadas a nivel social, legalmente permitida su producción, venta y consumo con otras que están prohibidas o sancionadas; dando como resultado un número considerable de personas que son adictas a drogas ilícitas, sin embargo, un número mayor de personas lo son a drogas lícitas como el tabaco y el alcohol (Ladero y Lizasoain, 1998).

Definición de Droga y Conceptos Básicos Relacionados con el Consumo de Drogas

Existen diferentes conceptos o definiciones sobre drogas, entre los cuales podemos encontrar las siguientes:

Droga es sinónimo de fármaco, es decir, sustancia que actúa sobre el sistema nervioso central deprimiendo, estimulando o alterando sus funciones, produciendo tolerancia y dependencia física y/o psicológica (González y González, 1990).

La palabra droga se refiere a cualquier sustancia mineral, vegetal o animal de efecto estimulante, deprimente o narcótico (Larousse, 1972).

La definición de droga propuesta en los años cincuenta por la Organización Mundial de la Salud (OMS) se refiere a todas las sustancias psicoactivas como: "...cualquier sustancia que, al interior de un organismo viviente, puede modificar su percepción, estado de ánimo, cognición, conducta o funciones motoras" (Citado en la ENA, 1998; pág. 17). Esto incluye el alcohol, el tabaco y los solventes y excluye las sustancias medicinales sin efectos psicoactivos.

Desde la perspectiva médica y científica se utiliza el vocablo droga para referirnos a un gran número de sustancias que cumplen las siguientes condiciones: 1) son sustancias que introducidas en un organismo vivo son capaces de alterar o modificar una o varias funciones psíquicas de éste; 2) inducen al consumidor a repetir su auto administración por el placer que generan (acción reforzadora positiva); 3) el cese de su consumo puede manifestarse en un malestar somático o psicológico (dependencia física o psicológica); 4) no tienen ninguna indicación médica, y si la tienen pueden utilizarse con fines no terapéuticos (Ladero y Lizasoain, 1998).

El término droga se aplica "a aquellas sustancias psicoactivas con acción reforzadora positiva, capaces de generar dependencia física, psíquica o ambas y que ocasionan en muchos casos un grave deterioro psicoorgánico y de conducta social" y es equivalente al de droga de abuso (Ladero y Lizasoain, 1998).

Las Convenciones de las Naciones Unidas para el control de drogas no establecen una definición entre drogas legales o ilegales; sólo señalan el uso como lícito o ilícito. Pero en general se emplea el término "droga ilegal o ilícita" al hablar

de aquellas que están bajo un control internacional, que pueden o no tener un uso médico legítimo pero que no son producidas, traficadas y/o consumidas fuera del marco legal. El alcohol y el tabaco son generalmente mencionados como sustancias más que drogas, ya que no están sujetas a control político internacional, con lo que se trata de pasar por alto que además de sus fuertes propiedades adictivas, son las que causan mayores daños a la salud individual y pública en todo el mundo. Por otra parte en algunas poblaciones las drogas médicas usadas fuera de un adecuado control son la principal causa de abuso y adicción; los solventes volátiles no están mencionados dentro del control internacional, pero son utilizados con fines de intoxicación por niños de muchos países (ENA, 1998).

La delimitación de los conceptos de uso, abuso, hábito y dependencia es una tarea ardua que aún no ha sido completada. Particularmente el concepto de abuso ha sido muy controvertido, sobre todo desde la perspectiva cultural, ya que las distintas sociedades tienen un criterio propio sobre esta materia. Por ejemplo, en la cultura musulmana la ingesta de alcohol es una conducta rechazada, por lo que cualquier consumo se considera un abuso, mientras que el fumar *hachís* es bien aceptado; por tanto, es un comportamiento sin componentes sociales de abuso para este grupo (Ladero y Lizasoain, 1998).

Mientras que algunas drogas son consumidas para aliviar el dolor o tratamiento de enfermedades, otras se consumen para cambiar el estado de ánimo o para olvidar y explorar sensaciones. La OMS habla de abuso de drogas cuando hay un uso persistente o esporádico excesivo de las drogas fuera de las prácticas médicas aceptables. Este término de abuso se reemplazó por el de uso dañino, que incluye: "un patrón de uso de sustancias psicoactivas que causa daño a la salud (...) física o mental" (ENA, 1998).

En 1963, la OMS decidió abandonar los términos adicción y habituación para reemplazarlos por dependencia, entendida como:

"Un estado psicológico y a veces también físico resultante de la interacción de un organismo vivo y una droga, caracterizado por respuestas conductuales y de otro tipo que siempre incluyen una compulsión por tomar la droga de manera continua o periódica para experimentar sus efectos psíquicos y, a veces, para eludir el malestar debido a su ausencia. La **tolerancia** -una disminución de los efectos específicos a la misma dosis de la droga y por lo tanto la necesidad de aumentar la cantidad y/o frecuencia- puede o no estar presente en la dependencia, una persona puede ser dependiente a varias drogas" (Citado en la ENA, 1998; pág. 18).

En 1992, se pensó que era necesario aclarar el término y fue modificado por: "un grupo de fenómenos psicofisiológicos, conductuales y cognitivos de variable intensidad, en el que el uso de drogas psicoactivas tiene una alta prioridad ; (...) hay procuración y deseo de obtener y tomar la droga, por lo que se adoptan conductas para buscarla. Los determinantes y las consecuencias problemáticas de la dependencia a drogas pueden ser biológicas, psicológicas o sociales y usualmente interactúan" (ENA, 1998).

El consumo de drogas esta directamente relacionado con el *uso* o *abuso* de la sustancia. El *uso* se refiere al consumo de sustancias o fármacos prescritos por médicos o especialistas y el *abuso* se refiere al consumo de sustancias o fármacos de manera deliberada (CIJ, 1995).

Jaffe (1975) definía a la *adicción* como una forma de conducta relacionada con el uso compulsivo de drogas, caracterizado por una alta tendencia a la recaída después de la supresión de su administración, afectando a la vida familiar, la salud física, mental y emocional del consumidor.

Es importante también definir y tomar en cuenta el término *doping*, el cual fue internacionalmente aprobado en 1963 por el Comité de Educación Extraescolar del Consejo de Europa, como "la administración a una persona sana o la utilización por ella misma de sustancias extrañas al organismo o sustancias fisiológicas en cantidades o por vías anormales, con el único fin de conseguir un aumento artificial del rendimiento al participar en una competición" (Ladero y Lizasoain, 1998, pág. 385).

Esta definición fue modificada en 1984 por el Comité de Educación Extraescolar del Consejo de Europa: "*doping* en el deporte consiste en emplear, infringiendo los reglamentos de las organizaciones deportivas competentes, sustancias que están prohibidas" (Ladero y Lizasoain, 1998, Pág. 385). Esta definición es tomada en cuenta ya que el uso y abuso de sustancias está presente en todo tipo de personas incluyendo a los deportistas, quienes no están exentos de adquirir una dependencia.

La *dependencia* a una droga puede definirse como el estado originado por el consumo repetido de alguna sustancia psicoactiva o droga en forma periódica o continua. Las características de la dependencia varían de acuerdo a la naturaleza de la droga, por los efectos que éstas producen (González y González, 1990). De acuerdo con el DSM-IV (1995), los trastornos relacionados con el consumo de sustancias se pueden dividir en dos grupos: los trastornos por consumo de éstas (dependencia y abuso) y los inducidos por sustancias como intoxicación y abstinencia.

Las drogas, al originar un estado de bienestar, hacen que el sujeto quiera repetir la experiencia. Por *dependencia psicológica* se entiende como un sentimiento de satisfacción y un impulso psicológico que requiere la administración periódica o continua de la sustancia para obtener bienestar o sensaciones placenteras. La *dependencia física* se refiere a un estado de adaptación que se manifiesta por trastornos físicos cuando se suspende el consumo de la sustancia, es importante tomar en cuenta la cantidad de la droga utilizada, su frecuencia de consumo y las vías de administración. Esta dependencia puede ser aguda cuando se desarrolla en algunas horas y crónica cuando se desarrolla después del abuso prolongado de alguna sustancia.

La *dependencia social*, se da por la necesidad de consumir la droga como signo de pertenencia a un grupo que proporciona una clara señal de identidad personal (Ladero y Lizasoain, 1998).

La *neuroadaptación* se refiere a la dependencia física en un estado caracterizado por la necesidad de mantener unos niveles determinados de una droga en el organismo desarrollándose un vínculo droga- organismo. Sus dos componentes principales son: tolerancia y síndrome de abstinencia. No obstante, se debe saber que algunos aspectos de tolerancia no son de tipo neuroadaptativo (Ladero y Lizasoain, 1998).

La *tolerancia* es la disminución de la sensibilidad a una droga, que resulta de su uso continuo; y el consumidor debe de tomar cantidades cada vez mayores para que esta resulte efectiva. En el desarrollo de la tolerancia se considera el efecto y el tiempo transcurrido. La tolerancia aguda se desarrolla con una o varias dosis aplicada en un corto periodo de tiempo; la tolerancia crónica se presenta cuando es necesaria la administración de la droga por un largo periodo de tiempo (González y González, 1990).

Las sensaciones provocadas por la droga pueden ser tan necesarias para el cuerpo y la mente, que su ausencia se vuelve intolerable – *síndrome de abstinencia o supresión* – y lleva a algunos usuarios a extremos que en ocasiones violentan las normas sociales, además de su integridad personal, con el objetivo de conseguir las sustancias; sin embargo, los conocimientos científicos aún no nos permiten predecir quien se volverá adicto y quien no (ENA,1998).

Los síntomas de la abstinencia son opuestos a los efectos de la droga, es decir, mientras la heroína produce euforia, su abstinencia produce un sentimiento de ansiedad y sufrimiento; estos síntomas son resultado directo de la dependencia física que se ha desarrollado (Inaba y Cohen, 1992).

El consumo de drogas puede iniciarse por experimentación o prueba, social, funcional o disfuncional. Los consumidores experimentales son aquellas personas que consumen algún fármaco o sustancia por curiosidad a los efectos de estas. Los consumidores sociales lo realizan de manera eventual en reuniones o eventos sociales generalmente con amigos, como una forma de adaptarse al medio en el cual interactúan. Por otro lado, los *consumidores funcionales* se refieren a aquellos sujetos en los cuales su consumo es frecuente sin que afecte sus actividades cotidianas. Finalmente los consumidores disfuncionales consumen de manera frecuente, pero la droga afecta a sus actividades; generalmente estos dos últimos adquieren una dependencia física (CIJ, 1995).

La drogadependencia o farmacodependencia viene considerándose desde la década de los setenta como una auténtica epidemia y uno de los más graves problemas sociosanitarios debido al coste de vida que éste representa en el aspecto de patología somáticas y psíquicas, delitos contra la sociedad, descenso de la productividad laboral y conflictos familiares, entre otros (Ladero y Lizasoain, 1998).

Lo anteriormente descrito nos lleva a concluir que las drogas o sustancias psicoactivas se refieren a todas aquellas sustancias o medicamentos que al ser consumidos afectan al organismo tanto en los aspectos fisiológicos, psicológicos, familiares y sociales, pudiéndolo llevar de un uso experimental de la sustancia a un consumo regular o extremo, dando como resultado en muchas ocasiones individuos con un desempeño inadecuado dentro de los ámbitos en los cuales se desenvuelven.

Clasificación de las Drogas o Sustancias Psicoactivas

Es importante clasificar a las drogas o sustancias, para hacer una distinción de éstas ya sea por los efectos que producen, por sus vías de administración, o por su capacidad de producir dependencia.

Lloret (1999) menciona que una forma práctica de clasificar estas sustancias es por los efectos generales que producen en el organismo. Teniendo los siguientes términos: Estimulantes, Depresores, Alucinógenos e Inhalantes (*Ver tabla 1*).

Tabla 1. Clasificación de las sustancias psicoactivas por sus efectos.

CLASIFICACIÓN	EFECTOS	SUSTANCIAS O DROGAS
Estimulantes	Aceleran el sistema nervioso central, produciendo exaltación, hiperactividad, ansiedad, insomnio y pérdida de apetito.	Cocaína, las anfetaminas, la cafeína, nicotina
Depresores	Disminuyen el funcionamiento del sistema nervioso central, produciendo sedación, incoordinación motora, irritabilidad, depresión, entre otras.	Alcohol, los opiáceos y los sedantes
Alucinógenos	Disminuyen la actividad corporal, causan distorsión de la realidad, espejismos confusión y ansiedad, afectando la motivación y el entendimiento	Marihuana, LSD, PSP, peyote y mezcalina
Inhalantes	Sustancias químicas que al ser inhalados producen euforia, falta de coordinación, desorientación, desorientación y pérdida del apetito.	Tiner, gasolina, acetona, aerosoles y pegamento o resistol.

La vía de administración de la droga es importante, ya que, tiene consecuencias directas sobre los mecanismos farmacocinéticos y farmacodinámicos de la sustancia y por lo tanto tiene una relación con la rapidez en la que se instaura la dependencia, es decir, cuando las drogas se administran por vías que producen efectos inmediatos su potencial de adicción es mas alto.

Ladero y Lizasoain (1998) clasifican a las drogas o sustancias psicoactivas por vía de administración (Ver tabla 2).

Tabla 2. Clasificación de las sustancias psicoactivas por vía de administración.

VIA DE ADMINISTRACION	DEFINICION	SUSTANCIAS
Oral	En forma de ingestión, mascado, o sublingual.	Anfetaminas, LSD, barbitúricos y alcohol.
Pulmonar	La sustancia puede ser inhalada o fumada.	Nicotina (tabaco), <i>cannabis</i> (marihuana), crack.
Nasal	Requiere que la sustancia sea aspirada (esnifada).	La mas utilizada es la cocaína, aunque todas las sustancias pueden esnifarse.
Rectal o Genital	Aplicación de la sustancia sobre la mucosa anal o genital.	Cocaína y heroína.
Parenteral	Se utiliza una jeringa como utensilio para la administración de la droga (intravenosa, intramuscular, subcutánea).	Heroína, LSD, y la mayoría de las sustancias pueden administrarse por la vía parenteral.

Existen muchos criterios para clasificar las drogas capaces de producir dependencia. Ladero y Lizasoain (1998) hacen una clasificación básica que atiende a los efectos psicopatológicos más importantes e inmediatos de las sustancias (Ver tabla 3).

Tabla 3. Clasificación de las drogas por su capacidad de producir dependencia.

GRUPO	DEFINICION	TIPO DE DROGA
Drogas Depresoras (psicolépticas)	Éstas enlentecen la actividad nerviosa y disminuyen el ritmo de las funciones corporales.	Alcohol y heroína.
Drogas Estimulantes (psicoanalépticas)	Éstas excitan la actividad nerviosa e incrementan el ritmo de las funciones corporales.	Cocaína, anfetaminas y drogas de diseño.
Drogas Alucinógenas (psicodislépticas)	Deforman la percepción y evocan imágenes sensoriales sin entrada sensorial.	Acido lisérgico (LSD), y marihuana (cannabis).

De acuerdo a la descripción del DSM -IV (1995), aquellas sustancias a las que se crea una dependencia son el alcohol, los alucinógenos, anfetaminas, marihuana, cocaína, inhalantes, nicotina y opiáceos.

El lograr una claridad en la definición de droga y todos aquellos conceptos que se involucran en este campo, así como su clasificación nos apoya en la visualización, establecimiento y discriminación de aquellos sujetos consumidores de los que no lo son, con el objetivo de tener una amplia y bien definida perspectiva que nos ayude a conocer el campo del consumo de drogas para poder entender algunas áreas involucradas con este trabajo.

Factores de Riesgo relacionados con el Consumo de Drogas

La investigación científica ha tratado de identificar los factores que influyen para que algunas personas usen drogas, y se mencionan algunos factores como personales, interpersonales y del medio ambiente social y cultural. Pero hay pocas explicaciones sobre el por qué la mayoría de los individuos que las prueban después las abandonan, mientras otros las continúan usando. Tampoco se tiene absoluta certeza sobre los factores que hacen que la mayor parte de la población no las vuelva a consumir, a pesar de estar también expuesta al estrés social, a la disponibilidad de las sustancias y otras circunstancias de la vida personal y colectiva. Se definen como precursores de los problemas asociados al consumo de sustancias psicoactivas a aquellos que ocurren antes de que éste aparezca y se encuentran asociados con el aumento en la probabilidad de su ocurrencia. Se supone que la exposición a factores de riesgo afecta la vulnerabilidad del individuo para usar y abusar de las drogas (Casais, 1995).

La farmacodependencia en los últimos años se ha desarrollado en forma explosiva, ha logrado involucrar a los niños y jóvenes de los diferentes niveles socioeconómicos, representado un problema de salud pública (Avila y cols., 1975).

La literatura muestra que el inicio del consumo de drogas a menudo ocurre en la adolescencia, la cual es un periodo de transición caracterizado por el estrés, ansiedad y la búsqueda de nuevas sensaciones, así como la diferencia entre los adultos. También se ha señalado que la presión, la poca interacción y familiar, la pobreza, etc., son factores que contribuyen al uso de las drogas (ENA,1998).

Algunos autores clasifican a los factores de riesgo como:

- *Demográficos:* Los grupos considerados como de alto riesgo dentro de este factor son el género masculino que presenta un estatus socioeconómico bajo; además de que en la edad en la que se presenta un mayor uso y abuso de sustancias es entre los 12 y 29 años. Las personas con un empleo seguro y estable tienen menos probabilidades de consumir sustancias; en las áreas metropolitanas extensas se presenta un mayor consumo de sustancias como la cocaína y la marihuana. Otros factores predictores en los usuarios son el nivel educativo (a menor escolaridad mayor riesgo de tener problemas de dependencia o familiares); el sexo (el ser usuario hombre implica mayor riesgo de tener problemas en el área

familiar) y la edad en que el sujeto inicia su consumo (un inicio más temprano implica mayor riesgo de tener problemas en el área familiar) (Casais, 1995).

La explosión demográfica desmedida es más notoria en las familias de nivel cultural bajo, ya que viven en condiciones de pobreza, dando como resultado ansiedad, nerviosismo, insomnio, etc., es decir, condiciones estresantes, las cuales desembocan en adicciones de uno u otro tipo. El estrés también se presenta de igual forma en niveles socioeconómicamente altos debido al exceso de trabajo, a la poca integración familiar y a las presiones sociales, dando también altas probabilidades de consumo de drogas.

En esta misma área, se realizó una investigación analizando los problemas psicosociales asociados al consumo de drogas, y encontró que los consumidores de ambos sexos que habitan en comunidades urbanas del país (de entre 12 y 65 años) reportan más frecuentemente tener problemas psicológicos asociados al consumo. El poliuso y la frecuencia de consumo son los factores principales que predicen la ocurrencia de problemas asociados (Villatoro, 1994; citado en Oropeza, 2000).

- *Sociales*: Estos factores se refieren a los agentes de consumo, la sociedad y los grupos a los que pertenece el individuo. Los agentes predisponentes son baja autoestima, problemas de conducta, actitudes favorecedoras para el consumo, el costo de la sustancias y la disponibilidad de éstas. Además, si la comunidad en la que se encuentra el individuo tiene un sistema informal de control en el que se permite el consumo de sustancias. Un agente importante dentro de este factor es el que los individuos interactúen con pares que consumen drogas; además, el hecho de que estos pares acepten el consumo (tolerancia social), predice que una persona experimente y abuse de ellas. Siendo la presión social la que promueve un consumo continuo ya que puede ser el precio de admisión a un grupo social, es común que las personas se enfrenten a presiones importantes durante la adolescencia que ayuda a que éstos sean vulnerables al uso de drogas intentando compensar otras áreas en las cuales tienen algún problema o carencia (Mothner y Weitz, 1986).

Dentro del trabajo realizado por Casais (1995) encontró que el no estudiar tiempo completo es un factor de riesgo para experimentar con drogas, así como para abusar de ellas. Sucede algo similar en el tiempo dedicado al trabajo, ya que el hecho de trabajar medio tiempo puede ser un factor que propicie la experimentación con sustancias psicoactivas. Dentro de este mismo trabajo, otra variable analizada como factor asociado al consumo es la tolerancia social, encontrando que tanto mayor sea la tolerancia del consumo de drogas mayor es la probabilidad de involucrarse en su consumo. Apoyando esto la hipótesis que las

personas que consumen drogas tienen grupos de amigos que también lo hacen, de ahí que la tolerancia sea mayor.

También se ha encontrado que la percepción de que las drogas son poco peligrosas o que no lo son, es un factor de riesgo que predice la experimentación y el uso continuo de sustancias psicoactivas. Otro factor importante es la percepción de la fácil disponibilidad o el fácil acceso a las drogas (Casais, 1995; Oropeza, 2000).

La farmacodependencia se presenta en la mayoría de los casos durante la etapa formativa de los individuos impidiendo llegar de manera óptima a la adultez, convirtiéndose esto en una problemática social que aumenta las probabilidades de la desintegración del núcleo familiar (Avila y cols., 1975).

El núcleo familiar juega un papel importante en las conductas relacionadas con el consumo de drogas como son: las actitudes y patrones de consumo; el tipo y grado de comunicación, el respeto y la cercanía; la existencia de lineamientos claros y consistentes en la interacción familiar, las responsabilidades y atribuciones de cada miembro, contribuyen a aumentar o disminuir los riesgos de consumo. El hecho de que haya cohesión en la estructura social y familiar, dando atención a las necesidades, capacidades y limitaciones de sus miembros, parece contribuir de manera importante a evitar conductas destructivas, violentas o de transgresión. La comunicación y la resolución de los problemas dentro de la familia es vital para prevenir las consecuencias que orillan a las personas a buscar los efectos placenteros y la disminución de las inhibiciones con ayuda de las drogas.

Kaplan, Hush y Bieleman (1994) indican que en el ámbito familiar se ha encontrado que el que los padres o los hermanos consuman drogas es un riesgo para iniciarse en el consumo. Asimismo, si alguno de ellos tiene problemas con su consumo del alcohol, este es un predictor del uso experimental de drogas (citado en Oropeza, 2000).

Una vez iniciado el consumo de sustancias es difícil disminuirlo debido a que se encuentran sensaciones agradables, disminuyendo las fricciones en el contacto social y reduciendo la ansiedad (Mothner y Weitz, 1986).

Las actitudes y conductas familiares en el cuidado de la salud y de la formación de hábitos saludables, así como el manejo de las emociones positivas y negativas, ejercen una influencia importante en los niños, para evitar el consumo de sustancias así como en los aspectos relacionados a su desarrollo (ENA, 1998).

Otra esfera que presenta un aporte sustancial en la predicción del consumo de drogas es el individual. En esta área se ha reportado que la depresión

(Husband, Marlowe, Lamb, Iguchi, Bux, Kirby y Platt, 1996) y el haber sido víctima de abuso sexual son predictores tanto del uso experimental como del consumo de sustancias. En tanto, la ideación suicida, el nivel de estrés familiar y social y un bajo rendimiento escolar son factores que predicen la experimentación y un uso moderado de drogas (Oropeza, 2000).

Un papel importante lo juegan los medios masivos de comunicación y la globalización de la información. Cotidianamente los medios incluyen noticias sobre las drogas que han creado un falso sentido de familiaridad con el fenómeno, y en ocasiones hay una asociación con estilos de vida y valores materiales que pueden propiciar la difusión de imágenes parciales y distorsionadas del problema de las drogas. Además de que hay mucha publicidad sobre las bebidas alcohólicas y el tabaco, esta ejerce una gran influencia sobre consumidores potenciales de drogas ilegales (Vernon, 1988).

- *Biológicos*: Más de la mitad de las personas que consumen sustancias presentan historias familiares de alcoholismo, principalmente en el padre. En cuanto a la respuesta fisiológica a las sustancias existen diferencias con respecto a la tolerancia química y la reacción que se tiene, es decir, si la capacidad de intoxicación disminuye.

Es importante mencionar que los factores de riesgo arriba mencionados se pueden presentar en los individuos aumentando la probabilidad de consumo de algunas sustancias o drogas. Si se estructura una intervención preventiva actuando directamente sobre estos factores se puede reducir de manera significativa el riesgo de abuso de sustancias de forma indiscriminada. Por lo tanto es sumamente importante identificar aquellos factores y situaciones de riesgo, además de las características individuales que conducen a una alta probabilidad de consumo de sustancias.

Con el objetivo de estructurar estas intervenciones lo más completamente posible se están realizando diferentes investigaciones sobre los factores de riesgo y su relación con los datos epidemiológicos, dando como resultado una fuente importante de información para el desarrollo de programas de prevención e investigación, que nos ayuden a disminuir la creciente incidencia en el consumo de drogas que se ha incrementado con el paso del tiempo en nuestra sociedad.

Datos reportados sobre el consumo de drogas en México en la Encuesta Nacional de Adicciones de 1998

Desde el punto de vista social, y en particular de la salud, obtener información objetiva y completa sobre el uso y abuso de sustancias adictivas es uno de los retos más complejos en México, ya que es una situación socialmente criticada y sancionada. Uno de los factores que dificulta el acceso a esta información es que el uso y el abuso de sustancias ilegales son conductas relativamente raras, esto es aún más evidente cuando se trata de estimar a través de encuestas la proporción de individuos que utilizan alguna droga. Así mismo, en todos los países se ha demostrado que las personas que han probado alguna droga, un número reducido continua consumiéndola. Al igual que hay una proporción de usuarios que las consume de manera "funcional", sin presentar problemas que requieran atención en algún servicio de salud.

A estas situaciones que representan dificultades en la obtención de información objetiva, se deben de agregar factores como la existencia de algunas drogas legales y más toleradas socialmente como el uso de tabaco o el alcohol.

En México, las primeras encuestas de hogares fueron realizadas por el Instituto Mexicano de Psiquiatría (IMP) entre 1974 y 1986 en ciudades seleccionadas del país. En 1988 se levanto la primera Encuesta Nacional de Adicciones en una muestra representativa de la población urbana del país; la segunda encuesta se realizo en 1993, y la tercera y más reciente, en 1998.

Las instituciones responsables de estos estudios son el IMP, la Dirección General de Epidemiología (DGE) y el Consejo Nacional contra las Adicciones (CONADIC), todas dependencias de la Secretaría de Salud (SSA).

Desde 1976, el IMP y la Secretaría de Educación Pública (SEP) han venido realizando encuestas en muestras representativas de la población estudiantil en los niveles de enseñanza media y superior, con el propósito de obtener estimaciones de la prevalencia de consumo de tabaco, alcohol y otras drogas (ENA, 1998).

La más reciente Encuesta Nacional de Adicciones (ENA, 1998), se llevó a cabo por la Secretaría de Prevención y Control de Enfermedades, el Instituto Mexicano de Psiquiatría, la Dirección General de Epidemiología y el Consejo

Nacional contra las Adicciones de la Secretaría de Salud. A continuación se incluye la descripción de los mas recientes procedimientos y muestras obtenidas dando información sobre la prevalencia del consumo por tipo de drogas a nivel nacional, regional, y por ciudades, analizadas por edad y sexo, y por último se hace una comparación con la información de las Encuestas Nacionales de 1993 y 1998 para obtener las tendencias del consumo.

Descripción de datos

Los datos, tablas y gráficas que se presentan a continuación, describen de manera general los resultados reportados en la ENA de 1998; esto con el objetivo de dar una amplia visión de las tendencias de consumo de drogas en nuestro país.

La ENA proporciona la prevalencia del consumo de la población general entre 12 y 65 años que habita en regiones urbanas, en los adolescentes (entre 12 y 17 años), y adulta (18 y 65 años) a nivel nacional y para tres regiones (Norte, Centro y Sur), incluyendo la información de las ciudades fronterizas y áreas metropolitanas (*Ver tabla 4*).

Tabla 4. Estimación de la población urbana por grupos de edad y sexo.

GRUPOS DE EDAD	FEMENINO	MASCULINO	TOTAL
12-17	4 859 333	5 141 470	10 000 803
18-34	8 750 506	12 657 293	21 107 799
35-65	6 950 394	9 688 052	16 638 446
TOTAL	20 560 233	27 186 815	47 747 048

Fuente: Encuesta Nacional de Adicciones, SSA, 1998.

En el rango de edad de 12 a 17 años los hombres reportaron mayor índice de consumo que las mujeres durante el mes previo a la encuesta (1.4% y 0.31% respectivamente); se presenta la misma tendencia en el rango de edad de 18 a 34 años, tanto para hombres como para mujeres (2.72% y 0.13% respectivamente). Podemos resaltar sin hacer diferencias de sexo que el consumo de drogas de alguna vez en la vida fue mayor en el rango de edad de 18 a 34 (15.61% y 1.18% respectivamente) (*Ver tabla 5*).

Tabla 5. Consumo de drogas por tipo de uso, edad y sexo.

SEXO	EDAD	ALGUNA VEZ %	ULTIMO AÑO %	ULTIMO MES %
HOMBRES	12-17	3.57	2.14	1.4
	18-34	15.61	4.07	2.72
	35-65	10.65	1.12	0.85
SUBTOTAL		11.09	2.62	1.78
MUJERES	12-17	0.6	0.45	0.31
	18-34	1.18	0.2	0.13
	35-65	0.62	-----	-----
SUBTOTAL		0.81	0.18	0.12
TOTAL		5.27	1.23	0.83

Fuente: Encuesta Nacional de Adicciones, SSA, 1998.

Podemos notar que el nivel de consumo de marihuana es mas elevado en todos los tipos de consumo (4.7% Alguna vez, 1.03% Ultimo año y 0.7% Ultimo mes); seguido de la cocaína (1.45% Alguna vez, 0.45% Ultimo año y 0.21% Ultimo mes). Los alucinógenos y la heroína son drogas con menores índices de consumo. (Ver tabla 6).

Tabla 6. Consumo por tipo de droga alguna vez, último año y último mes.

TIPO DE DROGA	ALGUNA VEZ %	ULTIMO AÑO %	ULTIMO MES %
Marihuana	4.7	1.03	0.7
Cocaína	1.45	0.45	0.21
Inhalables	0.8	0.15	0.09
Alucinógenos	0.36	0.03	----
Heroína	0.09	0.02	----

Fuente: Encuesta Nacional de Adicciones, SSA, 1998.

El tipo de droga mas utilizada en las tres regiones del país (norte, centro y sur) es la marihuana (5.25% norte, 5.4% centro y 2.37% sur); la cocaína tiene un mayor consumo en las regiones norte y centro (1.84% y 1.62%). (ENA, 1998).

Los grupos que están en mayor riesgo de consumo de drogas son los hombres debido al incremento que se ha observado a través de los años, en cuanto

a la edad el grupo de mayor riesgo tanto en hombres como en mujeres es de 18 a 34 años. (Ver tabla 7).

Tabla 7. Comparación de la tendencia del consumo de drogas por año, grupo edad y sexo.

	ALGUNA VEZ		ULTIMO AÑO		ULTIMO MES	
	1993	1998	1993	1998	1993	1998
EDAD Y SEXO						
HOMBRES	%	%	%	%	%	%
12-17	3.00	3.57	1.13	2.14	0.63	1.40
18-34	10.57	15.65	2.49	4.07	1.51	2.72
35-65	5.68	10.65	0.51	1.12	0.35	0.85
SUBTOTAL	7.32	11.09	1.51	2.62	0.92	1.78
MUJERES						
12-17	0.43	0.60	0.13	0.45	-----	0.31
18-34	1.03	1.18	0.15	0.20	0.04	0.13
35-65	0.55	0.62	0.07	-----	0.05	-----
SUBTOTAL	0.76	0.81	0.12	0.18	0.04	0.12
TOTAL	3.09	5.27	0.75	1.23	0.44	0.83

Fuente: Encuesta Nacional de las Adicciones, SSA, 1998.

La información presentada anteriormente nos proporciona un panorama sobre el consumo de drogas en nuestro país, dando información que nos ayude a identificar los principales retos y nos permite orientarnos a priorizar acciones de prevención al identificar las características y condiciones de mayor riesgo de consumo.

En México, el consumo de drogas o sustancias psicoactivas ha ido en aumento, esto se puede constatar gracias a las encuestas que se realizan a nivel nacional, por lo tanto es importante contar con investigaciones que definan el concepto de droga de una manera unificada para que de esta forma se deriven estrategias de intervención que se desarrollen en la materia dando un amplio alcance, es decir, puedan llegar a toda la población, de manera sensible a todos los diferentes sub-grupos que se encuentran en ésta (sociales, por edad, sexo, nivel educativo, etc.). Además se debe verificar, que estén basadas en información objetiva, con acciones que garanticen efectividad tanto a corto como a largo plazo, además de que apoyen a todos aquellos programas que garanticen efectividad en la intervención para que cuenten con la suficiente difusión de mensajes preventivos hacia la población.

2

**APROXIMACIONES TEORICAS AL
APRENDIZAJE SOCIAL Y A LA
TEORIA DE AUTOEFICACIA**

Dentro de este capítulo se abordará la base teórica de la perspectiva cognoscitivo-conductual, con el objetivo de dar una perspectiva del desarrollo de ésta respecto a los tratamientos. La modificación de conducta es una aproximación importante dentro del campo de las adicciones ya que a partir de esta teoría se puede incidir sobre el cambio de hábitos conductuales con respecto al consumo de sustancias.

La Teoría del Aprendizaje Social (Bandura, 1977) comprende todas aquellas características relacionadas con la adquisición de las conductas adictivas, ya que esta teoría hace énfasis en la interacción bidireccional individuo-medio ambiente. Es por esto que es importante tomar en cuenta los aspectos mencionados por las perspectivas médicas y psicológicas que serán desarrolladas dentro del capítulo, puesto que ésta última perspectiva apoya a la Teoría del Aprendizaje Social. Todo esto nos puede llevar a entender más a fondo los procesos psicológicos y fisiológicos generados en los individuos que tienen una adicción.

Uno de los pilares de la Teoría del Aprendizaje Social es la propuesta de la Teoría de Autoeficacia (Bandura, 1977) donde se hace énfasis en los procesos cognoscitivos que llevan al individuo a un cambio de conducta.

Aproximación a la Teoría Cognoscitivo-Conductual

Durante cinco décadas (1912-1960) el conductismo fue la escuela psicológica de moda en Estados Unidos; en esta teoría el estímulo o circunstancias ambientales determinaban directamente las respuestas y si lo hacían indirectamente era a través de procesos que también dependían de estímulos y circunstancias en las que se encontraba cada sujeto. La terapia de conducta o modificación de conducta refleja un enfoque de tratamiento de la disfunción clínica y de la conducta desadaptativa. Cuando la modificación de conducta surgió formalmente, se centraba en aspectos comunes de las distintas propuestas, hoy en día es difícil detectar restos de un enfoque unitario, con seguridad los fundamentos de la modificación de conducta reflejan diversas posiciones conceptuales sobre la conducta (Caballo, 1990).

Por otro lado la Psicología humanista, las últimas teorías de la personalidad y los trabajos más recientes de terapia de conducta prestan atención a la actividad interior del sujeto, actividad que tiene en sí misma una cierta entidad independiente del estímulo, que se convierte fundamentalmente en un iniciador del proceso, pero éste depende de estructuras que transforman complejamente el estímulo en una respuesta. Todo esto pasa por un proceso cognoscitivo (sensación, percepción, razonamiento, etc.) que interviene en actividades psicológicas (García, Moya y Rodríguez, 1992).

La Psicología cognoscitivo-conductual se ha ido desarrollando y evolucionando en cuanto a sus conceptos y fundamentos gracias a las diferentes investigaciones y aportaciones de autores como (García, Moya y Rodríguez, 1992). (Ver tabla 8)

Tabla 8. Desarrollo y evolución de la teoría cognoscitivo – conductual

AÑO	AUTOR	APORTACIONES
1955	George Kelly	"La Psicología de los constructores personales"
1957	León Festinger	"La teoría de la disonancia cognoscitiva"

1962	A. Ellis	"Razón y emoción en psicoterapia"
1963	A. Bandura	"La teoría del aprendizaje observacional (social)"
1963	R. H. Walters	"Aprendizaje social y desarrollo de la personalidad"
1960	Miller, Glanter y Pribran	"Planes y estructura de la conducta"
1967	Ulric Neisser	"Psicología cognitiva"
1972	P. H. Lindsay y D. A. Norman	"Procesamiento de información humana"

En realidad, muchos psicólogos europeos como Bartlett, Piaget, Wallon, Vygotsky, Rubinstein, Leontiev, Luria, los psicólogos de la escuela Wurzburg, los de la Gestalt, etc., siempre se movieron dentro del ámbito cognoscitivo. De hecho se considera Psicología cognoscitiva la que se empezó haciendo bajo la influencia de ciertos modelos científicos como la cibernética, teoría de la información, ordenador, etc. El objeto de la psicología cognoscitiva no es la conducta que depende directa o indirectamente del estímulo (modelos E - R y E - O - R) sino la *actividad humana* de un sujeto activo (un "sistema" intrínsecamente activo) que busca, elige, interpreta, elabora, transforma, almacena y reproduce la información proveniente del medio ambiente o del interior, a la luz de un propósito y, de acuerdo con él planifica, programa, ejecuta y corrige la acción en el proceso (retroacción o *feedback*) o al término de la misma. Esta actividad genera una información adicional a la que proviene del estímulo y es función de múltiples factores (García, Moya y Rodríguez, 1992).

En años mas recientes el interés de las percepciones personales y "procesos de estructura cognoscitiva" han sido revividos y el impacto de las cogniciones sobre la conducta ha sido reevaluado (Meichenbaum, 1977; citado en el Programa de Adicciones, Facultad de Psicología, UNAM, 1999). La combinación de las aproximaciones cognoscitivas y la terapia de la conducta han sido llamados *modificación cognoscitivo - conductual*. Algunos autores han tratado de encontrar

un balance entre los procesos cognoscitivos y las influencias ambientales de la conducta (Meyers y cols., 1976; Sánchez - Craig y Walker, 1974; citado en el Programa de Adicciones, Facultad de Psicología, UNAM). La investigación en esta aproximación es muy reciente, pero sugiere que la combinación de aproximaciones puede ser más efectiva en base a que proporciona mejores resultados en la modificación de conducta, que una aproximación conductual solamente o una totalmente cognoscitiva. Sánchez - Craig y cols., en 1975 y 1976, describieron algunas estrategias para enseñar habilidades de afrontamiento que incluyen la reestructuración cognitiva y los ensayos de conductas desadaptativas (Programa de Adicciones. 1999).

La teoría del aprendizaje social comparte el punto de vista Skinneriano, de que la conducta está controlada por reforzadores, pero sostiene que por sí sólo el reforzamiento no explica el aprendizaje de todas las conductas que constituyen la personalidad. Bandura (1977) señaló que la gente observa qué comportamientos son recompensados y cuáles castigados, y que a lo largo del tiempo estas observaciones hacen que se desarrollen normas de desempeño únicas con las que se guía su conducta. Bandura señala que las personas constatemente comparan su conducta actual con una norma de excelencia desarrollada individualmente y tienen distintos grados de éxito en la satisfacción de las normas de desempeño que han internalizado (Morris, 1992).

Es importante mencionar que esta teoría se basa en diferentes procesos de aprendizaje, entre los cuales se encuentra la imitación, la cual señala que hay un estímulo capaz de suscitar una aproximación a la conducta deseada, la provisión de modelos sociales puede acortar considerablemente el proceso de adquisición (Bandura y McDonald, 1963; citado en Bandura, 1974).

En 1941 en el *Social Learning and Imitation* (Aprendizaje Social e Imitación) Miller y Dollard subrayan la importancia de la imitación para explicar los fenómenos del aprendizaje, donde se concibe a la imitación como un tipo especial de condicionamiento operante en el que las señales sociales sirven como estímulos discriminativos y se refuerzan o no las respuestas del aprendizaje según reproduzcan o no las del modelo (Bandura, 1974).

En la actualidad los teóricos del aprendizaje conceden cada vez mas atención al proceso de imitación, pero aún lo tratan como una forma de condicionamiento instrumental como lo concebía Miller y Dollard. Existen pruebas de que puede haber aprendizaje por observación de la conducta de otros, incluso cuando el observador no reproduce las respuestas del modelo durante la adquisición y, por tanto no recibe refuerzo (Bandura, 1962; citado en Bandura, 1974).

Por otro lado, Bandura (1977) llama *determinismo recíproco* a la interacción entre la personalidad y el medio ambiente, estableciendo que estas variables interactúan constantemente. La personalidad se desarrolla a partir de una continua interacción de normas personales (aprendidas por observación y reforzamiento), situaciones y consecuencias de la conducta. Mischel (1981) propuso un conjunto de variables personales que surgen de la experiencia y que tienen una función en el moldeamiento del comportamiento futuro. Tanto Bandura como Mischel, piensan que las personas organizan internamente sus expectativas y valores a fin de controlar su conducta (Morris, 1992).

Existe una constante interacción entre el individuo y su medio ambiente, formando éste su repertorio conductual a partir del aprendizaje vicario (observacional) y del condicionamiento operante, dando como resultado la Teoría del Aprendizaje Social. A partir de que esta teoría hace una combinación de los aspectos conductuales y cognoscitivos por los cuales podemos afirmar que esta tiene una aproximación mas completa al abordar de una forma integral todos aquellos aspectos relacionados con el sujeto y su medio ambiente

Principios de la Teoría de Aprendizaje Social

La teoría del aprendizaje social fue expresada por Bandura desde el año de 1967, considerándola como una visión histórica acerca del aprendizaje y los determinantes de la conducta. Esta teoría rechaza que la noción de que la conducta puede expresarse solo en relación a fuerzas motivacionales subyacentes que infieren en la conducta que se expresa, también rechaza la idea de la conducta humana apelando sólo al condicionamiento respondiente, operante o a una teoría estímulo respuesta (Morris,1992)

La teoría del aprendizaje social es considerada como una teoría interaccionista, sin embargo, la teoría del aprendizaje asume que la conducta es un producto de factores personales y situacionales, los factores personales, el medio ambiente y la conducta son determinantes que se encuentran en constante interrelación. La conducta puede ser estudiada y explicada por la observación simultánea entre la disposición personal, el medio ambiente donde se desarrolla y la conducta misma en un tiempo determinado. Esta teoría se mueve mas allá de la suposición de que el aprendizaje ocurre por los efectos de la conducta o por la repetición de estímulos y respuestas; los individuos son agentes que reciben información de sus padres, del medio ambiente y esta información interactúa con un cierto número de capacidades cognoscitivas básicas con que cuenta el individuo, y éstas son las siguientes (Programa de Adicciones, Facultad de Psicología. UNAM):

Simbolización: permite el desarrollo de los modelos cognoscitivos internos, de la experiencia que sirve como guía para la toma de decisiones, dándole oportunidad al individuo de generar y probar alternativas.

Anticipación de las consecuencias de la acción y el establecimiento de metas: las representaciones cognoscitivas de los eventos futuros tienen un fuerte impacto causal sobre las acciones presentes; junto con la simbolización, ésta juega un papel fundamental en la determinación de las elecciones de la conducta en un contexto ambiental específico.

Aprendizaje vicario: se da por la observación de la conducta de otras personas y sus consecuencias. Al aprendizaje vicario se le considera la raíz del aprendizaje social, ya que los patrones de conducta, las normas sociales y culturales se adquieren mediante la observación de un modelo.

La autorregulación: es la capacidad de regular la conducta a través de un estándar interno y de reacciones autoevaluativas, es decir, la capacidad de reflexionar acerca de los pensamientos e ideas propias y su monitoreo.

Determinismo recíproco: se refiere a las interacciones entre la persona y el medio ambiente, cuando el individuo con una orientación adaptativa elige una forma de conducta para alcanzar sus metas.

Expectativa de autoeficacia: explica cómo el pensamiento afecta a la acción y cómo los patrones de conducta son seleccionados por los individuos; se refiere a la percepción de la propia capacidad para realizar una conducta y enfrentar efectivamente una demanda.

Esta teoría enfatiza la importancia de los procesos simbólicos, vicarios y autorreguladores de la conducta, sobre las aptitudes cognitivas tales como la anticipación, la expectativa, la memoria o la historia del aprendizaje como un papel importante determinante de la conducta (García, 1994).

La perspectiva que enfatiza la teoría del aprendizaje social es que existe una interacción multideterminada entre los factores biológicos, medioambientales, cognoscitivos, emocionales y psicológicos, y esta interrelación de factores es la que favorece el aprendizaje de determinadas conductas, asimismo permite el reaprendizaje de aquellas conductas que no favorecen el desarrollo del individuo o que son poco adaptativas.

Perspectiva Medica y Psicológica del Aprendizaje Social hacia las Adicciones

Una de formas de explicar el proceso que se lleva a cabo en la adquisición de conductas adictivas es a partir de diferentes modelos que se han ido desarrollando a través de la historia de las adicciones y en este apartado se mencionaran solo algunos de estos con el fin de hacer una breve comparación de los puntos de vista de los modelos médicos y psicológicos.

El modelo medico ve a las adicciones como enfermedades crónicas y fatales; en la actualidad la investigación científica contempla a las conductas adictivas como comportamientos aprendidos, los hábitos y las conductas adictivas se explican por los principios y mecanismos de la conducta en general. Es aquí donde encuentra la base desde la cual puede iniciarse el proceso de cambio de los comportamientos adictivos a partir del diseño de estrategias específicas en programas de cambio, y mediante la identificación de etapas por las que transcurren estos hábitos (Ayala, Vázquez y Cárdenas, 1996).

La teoría del aprendizaje social (Bandura, 1969; Marlatt y Gordon, 1985) concibe al cambio de las conductas adictivas como un proceso, no como un evento discreto que puede ser analizado en términos de los elementos comunes compartidos por los diferentes tipos de comportamientos adictivos y que pueden ser modificados mediante nuevas situaciones de aprendizaje.

El modelo para el tratamiento de las conductas adictivas derivado de la teoría del aprendizaje social contrasta con el modelo tradicional que se ha utilizado para este tipo de intervenciones, por ejemplo, el modelo medico, que toma a las adicciones como un enfermedad crónica, progresiva y fatal; y para la teoría del aprendizaje social este comportamiento es un habito mal adaptativo que en tanto que es aprendido y también puede ser modificado. Desde la perspectiva medica un paciente con consumo severo solo puede ser controlado por medio de un grupo de autoayuda para llegar a la abstinencia. Para la perspectiva psicológica en el aprendizaje social, el consumo excesivo de drogas es un patrón de conducta modificable, donde el usuario participa activamente en el establecimiento de metas así como en el diseño de estrategias para modificar o cambiar su forma de consumo (Programa de Adicciones, Facultad de Psicología. UNAM, 1999) (Ver *Tabla 9*).

Tabla 9: Comparación entre la perspectiva médica y psicológica.

Perspectiva Médica

La adicción es una enfermedad que se caracteriza por su cronicidad, su potencia motivacional, su dependencia fisiológica y se considera como progresiva y degenerativa.

El modelo terapéutico de las adicciones considera al individuo como una víctima donde la abstinencia es la única meta y el tratamiento se apoya en la confrontación y conversación de apoyo grupal.

Perspectiva Psicológica del Aprendizaje Social

La adicción es una serie de hábitos mal adaptativos adquiridos.

Este modelo no descarta los factores farmacológicos que interactúan y son mediados por procesos psicológicos.

La tolerancia y el síndrome de abstinencia se desarrollan por un proceso de condicionamiento clásico, y por las características farmacológicas de las sustancias, considerando como factores psicológicos a las variables del aprendizaje social.

Los individuos son capaces del autocontrol, eligen sus metas, los procedimientos del tratamiento se caracterizan por la enseñanza de habilidades conductuales (reestructuración cognitiva).

Los tratamientos se dirigen en la consulta externa (terapia cognitivo-conductual) programas de autocontrol y de moderación.

Citado en Programa de Adicciones, Facultad de Psicología. UNAM.

La perspectiva psicológica del aprendizaje social integra los aspectos tanto fisiológicos como cognitivos, para llevar al sujeto a la visualización de sus necesidades y expectativas de cambio hacia su consumo, incluyendo aquellos factores medio ambientales que influyen en este proceso. A diferencia del modelo

tradicional que propone a las adicciones como una enfermedad incurable progresiva y como un fenómeno unitario; el modelo de aprendizaje social sugiere que el consumo además de estar influido por factores fisiológicos y farmacológicos, está mediado por los procesos psicológicos (como las expectativas que el individuo tiene sobre los efectos que las drogas producen) que modelan la conducta adictiva, así como las variables de aprendizaje social; además postula una compleja interacción entre los individuos y el medio ambiente y los mecanismos que se llevan a cabo en esta interacción.

Los tratamientos psicológicos basados en los principios de aprendizaje fueron originalmente conceptualizados para operar dentro de mecanismos periféricos, alterando el tipo de conducta preexistente mediante el reforzamiento, es decir, las conductas eran reguladas por sus consecuencias inmediatas sin que se requiriera algún tipo de conciencia en la respuesta dada. Las formulaciones teóricas que enfatizaban los mecanismos periféricos comenzaban un camino cognitivamente orientado a explicar la conducta en términos de procesamiento central directo y recursos simbólicos de información.

Teoría de Autoeficacia de Bandura

Los factores internos vistos en la forma de cognición, emoción y eventos biológicos; la conducta y el ambiente operan como una interacción determinante que influye en las diferentes actividades y circunstancias (Bandura, 1986; citado en Bandura, 1997). Desde el punto de vista operante las personas son solamente un repertorio de estímulos pasados, donde la persona está expuesta a la estimulación externa y donde los determinantes de la acción humana se relacionan con una "*causa inicial*" localizada en el ambiente, siendo entonces el humano a causal y completamente redundante.

La gente siempre ha querido tener un control sobre los eventos que afectan su vida. El manejo de estas situaciones es central en la vida de los humanos, muchas teorías han propuesto que el nivel de motivación de las personas, sus estados afectivos y sus acciones están basadas en la creencia que se tiene acerca de lo que es objetivamente real. Las personas hacen contribuciones causales acerca de su funcionamiento psicosocial y sus mecanismos de mediación personal. Entre estos mecanismos, uno de los más importantes son las creencias de eficacia personal, donde las personas creen que pueden producir los efectos deseados a través de sus acciones.

La autoeficacia incluye aspiraciones personales, expectativas de resultados, percepción de oportunidades y concepciones de eficacia personal. En ocasiones la autoeficacia se puede confundir con el concepto de auto referencia, sin embargo este proceso en términos de autoconcepto se relaciona con las actitudes de las personas hacia sí mismas y como estas actitudes afectan el panorama general hacia la vida, el auto concepto refleja las creencias hacia la eficacia personal. Las personas necesitan una firme confianza en su eficacia tanto en cantidad como en la sustancia para realizar los esfuerzos requeridos, entonces las percepciones de eficacia personal predicen las metas de las personas en donde la autoestima afecta a estas metas y no a la ejecución (Mone, Baker y Jeffries, 1995 citado en Bandura 1997).

La autoestima proviene de la auto evaluación que se basa en la competencia personal o en la posesión de los atributos que son culturalmente aprendidos, con valores positivos o negativos. Las personas derivan el precio de su satisfacción desde sus propios estándares de mérito; los recursos de la autoevaluación influyen sobre su propia autoestima a través del desarrollo de potencialidades que traen consigo la autosatisfacción de evaluaciones personales (Bandura, 1997).

La motivación se da a partir de los efectos de construir actividades de competencia, una motivación efectiva desarrolla la adquisición acumulativa de los conocimientos y las habilidades en el manejo del ambiente, y la conducta persigue los sentimientos derivados de esta.

En esta base teórica las opciones de conducta, los esfuerzos y la persistencia son regulados por las creencias de eficacia personal dando las bases para predecir la ocurrencia, generalidad y persistencia de la conducta. La autoeficacia es desarrollada y modificada por las experiencias personales, el aprendizaje vicario, las evaluaciones sociales realizadas por los otros significativos y por los cambios en los estados psicológicos (Bandura, 1997).

Por otro lado, la competencia se motiva por la variedad de beneficios de la acción, donde su función es diferente a través del tiempo, los estándares sociales y el dominio de la actividad; se requiere de un apropiado aprendizaje de experiencias, y las personas desarrollan diferentes valores de competencia dependiendo de la materia, de las creencias de eficacia hacia las demandas del ambiente y de la anticipación de resultados.

En general las personas creen que los resultados son determinados por su conducta. Las creencias de que las personas pueden producir ciertas acciones (percepción de autoeficacia) no puede ser considerada en los mismos términos de que las acciones pueden afectar los resultados (locus de control).

De acuerdo a la literatura la relación entre conducta y percepción de autoeficacia es significativa, siendo esta última un buen predictor de diversas formas de conducta, donde el locus de control es débil e inconsistente para las mismas conductas. Las creencias de que los resultados son determinados por las propias conductas pueden ser facultadas, dependiendo de si las creencias pueden producir las conductas requeridas. Los diferentes patrones de creencias de eficacia y expectativas de resultados tienen diferentes efectos psicosociales y emocionales, donde una las creencias de eficacia y expectativas de resultados positivos determinan a una persona productiva, con aspiraciones y satisfacción personal.

Las expectativas de resultados pueden tomar tres formas (Bandura, 1977), las *expectativas positivas* sirven como incentivos, las *negativas* son desmotivantes y una tercera son los *efectos físicos positivos y negativos* que acompañan la conducta, donde se incluyen emociones placenteras, sensaciones físicas positivas y sensaciones aversivas como el dolor y la incomodidad física. La conducta humana es particularmente regulada por las reacciones sociales que evoca. Las reacciones positivas incluyen las expresiones de interés de otros, la aprobación,

reconocimiento, estatus y poder; y las reacciones sociales negativas incluyen desinterés, censura, desaprobación y privación de privilegios.

Es importante aclarar que un resultado es la consecuencia de una ejecución y no la ejecución por sí misma; la conducta y los efectos que produce son diferentes clases de eventos, aunque la conducta pueda ser alterada por los resultados. En ocasiones los resultados no están completamente controlados por la calidad de la ejecución, es aquí cuando se da una baja creencia de eficacia, y puede producir poco esfuerzo en la actividad.

Por otro lado, el sistema social y cultural en el que se encuentra la persona influye sobre las creencias de eficacia, sin embargo el individualismo no es sinónimo de la autoeficacia. Un alto sentido de eficacia personal es importante para los grupos directivos, donde cada persona toma su auto-dirección, en los sistemas sociales colectivos las personas trabajan juntas para conseguir los beneficios que buscan, pero el grupo no es menos demandante de eficacia personal que los sistemas individualistas. Los individualistas son más eficaces y productivos cuando pueden manejar las cosas por ellos mismos, mientras que los colectivistas lo son cuando manejan las cosas juntos.

Esta teoría enfatiza el largo juego de factores que operan como reguladores y motivadores del establecimiento de habilidades cognitivas, sociales y conductuales (Bandura 1977).

Bandura (1977) amplía una perspectiva al indicar que interactúan tres factores: la persona, la situación y la retroalimentación que se obtiene del comportamiento real de ese individuo en dicha situación. Una persona evalúa una situación conforme a ciertas expectativas "*internas*", como las preferencias personales, esta evaluación produce cierto tipo de conducta, la retroalimentación ambiental que sigue a la conducta real también refina las expectativas conductuales de la persona para el futuro. De esta forma las expectativas moldean la conducta en una situación dada y a su vez los resultados de la conducta moldean las expectativas.

De manera similar, Rotter (1954), afirma que el *locus de control* es una perspectiva prevalente o estrategia cognoscitiva, mediante la cual la gente evalúa las situaciones. Algunas personas poseen un lugar de control interno; piensan que pueden controlar su destino y que es posible encontrar reforzadores y evitar castigos con trabajo, habilidades y capacitación. Las personas con un lugar de control externo, creen que no tienen el control sobre su destino, que éste se encuentra determinado por el azar, la suerte y la conducta y que no pueden hacer nada para evitarlo. Estas expectativas moldean su comportamiento en diferentes

situaciones, y a su vez son moldeadas por las experiencias de las personas a través del tiempo (Morris, 1992).

Bandura y Rotter intentaron cambiar variables personales (las expectativas) con variables situacionales para poder entender la complejidad de la conducta humana.

Una expectativa de respuesta es definida como la estimación dada por la persona a sus respuestas y que de alguna forma la guiará a ciertos comportamientos. Una expectativa de eficacia es la convicción de que se puede ejecutar la conducta requerida y producir los resultados esperados. Dentro de este sistema conceptual, las expectativas personales afectan tanto a la iniciación como a la persistencia de una conducta. La creencia de la propia eficacia afectará a la persona cuando trate de enfrentarse a ciertas situaciones. Afirmando de esta forma que la auto-eficacia influye en la elección de la gama de respuestas. Y las expectativas de eficacia pueden determinar qué tanto esfuerzo se dará así como por cuánto tiempo persistirá en obstáculos o experiencias aversivas, por lo tanto la auto-eficacia percibida puede incrementar o no el esfuerzo en las situaciones a las que se enfrenta una persona (Bandura, 1977).

Las expectativas son regularmente evaluadas de manera global y reflejan una mezcla de esperanza, deseo y creencia en la potencia de los procedimientos y expectativas de los resultados, los cuales se relacionan con el cambio conductual (Lick, 1975; citado en Bandura, 1977), y varían dentro de diversas dimensiones influyendo de manera importante en la ejecución de conductas. Éstas difieren en *magnitud*, donde las tareas pueden ser ordenadas de acuerdo al nivel de dificultad tratando de simplificarlas. También difieren en *generalidad*, donde las experiencias crean patrones de expectativas ante cualquier situación. Además las expectativas varían en *fuerza*, expectativas "débiles" son fácilmente extinguidas, mientras que individuos que poseen expectativas "fuertes" perseverarán en sus esfuerzos al enfrentarse a ciertas situaciones.

Dentro del análisis del aprendizaje social, las expectativas de eficacia personal están basadas en cuatro recursos de información: evaluación de la ejecución, experiencia vicaria, persuasión verbal y estado psicológico.

La evaluación de la ejecución se basa en el patrón de experiencias personales, si las expectativas desarrolladas son efectivas los impactos negativos de fallas ocasionales pueden ser probablemente reducidos. Los efectos de las fallas en la auto-eficacia dependen de los patrones totales de experiencias en los que las fallas ocurren, por lo tanto, una vez aumentada esta eficacia tiende a generalizarse

a otras situaciones en las que la respuesta fue auto-debilitada por las ejecuciones inadecuadas (Bandura, Jeffery y Gajdos, 1975; citado en Bandura, 1977).

Muchas expectativas son derivadas de las experiencias vicarias; ver a otros ejecutar ciertas actividades sin consecuencias aversivas puede generar ciertas expectativas de eficacia en el observador, el cual puede incrementar y persistir en sus esfuerzos ante esa situación. Ellos se persuaden a sí mismos, ya que, si otros lo pudieran hacer, ellos pueden también realizarlo. La experiencia vicaria depende de la inferencia de la comparación social, y es un débil recurso de información en la evaluación personal; entonces, las expectativas de eficacia inducidas por el sólo modelamiento son probablemente más débiles y más vulnerables de cambio (Bandura, 1977).

Las personas son guiadas por la sugestión, creyendo que pueden enfrentarse satisfactoriamente con aquellas situaciones que les abrumaron en el pasado. Las expectativas de eficacia inducidas de esta manera pueden ser débiles comparadas con aquellas expectativas resultantes de la auto-evaluación, ya que las primeras no dan una verdadera base empírica de sí mismos. Las personas que son persuadidas socialmente son aquellas que poseen dentro de su patrón de experiencias situaciones difíciles y dándoles ayuda provisional para la efectividad pueden estas personas movilizar su esfuerzos en la ejecución.

La incitación emocional constituye otro recurso de información que puede afectar la percepción de la auto-eficacia en el enfrentamiento con situaciones amenazantes. Las personas dependen de su estado psicológico juzgando su ansiedad y vulnerabilidad al estrés, ya que una alta excitación puede debilitar la ejecución, los individuos regularmente están más expectantes a los hechos cuando no se encuentran alterados, pero no es así, si ellos están tensos o agitados.

El impacto de la información sobre las expectativas de eficacia depende de cómo es ésta cognoscitivamente apreciada. Factores sociales, situacionales y de circunstancias temporales influyen en la apreciación de los eventos, por esta razón algunas experiencias no necesariamente crean una expectativa de eficacia fuerte. Cuando las experiencias contradicen firmemente lo establecido por las expectativas de auto-eficacia, éstas pueden sufrir pequeños cambios si las condiciones de ejecución son guiadas hacia una disminución en la importancia de las experiencias. Los eventos que más probablemente realzan la auto-eficacia son aquellos en los que los resultados de ejecución son percibidos como resultado de las propias habilidades, que si son percibidos como debidos a la fortuna o a ayuda especial externa. Controversialmente, las fallas podrían reducir la percepción de la autoeficacia cuando se atribuyen a las propias habilidades que a situaciones circunstanciales, y los cambios de conducta pueden entonces ser atribuidos a

factores externos (Bem, 1972). Por lo tanto, para un confiable cambio conductual es importante que las personas atribuyan y auto-perciban los resultados de una ejecución a la competencia personal (Kopel, 1975).

En el estudio realizado por Walitzer y Sher (1990) se encontró que el mejor predictor de la conducta de beber fue la medida de auto-reporte, en el que la persona expresaba su deseo de beber durante la exposición a ciertos periodos o situaciones. Entonces, entre bebedores sociales moderados y pesados, la medida más válida encontrada dentro de este estudio es el auto-reporte de indicadores de reacción.

Por otro lado Kaplan (1983) hace mención a una relación análoga entre el *auto-reporte de tentación* y el consumo de alcohol, donde en una muestra de alcohólicos, el auto-reporte de tentación de consumo incrementaba significativamente durante la exposición a ciertos indicadores que predecían una bebida alcohólica como "recompensa". Esto indica que el auto-reporte puede ser una medida importante en la evaluación de diferentes muestras (Walitzer y Sher, 1990).

Sin embargo, las expectativas de la autoeficacia no operan como determinantes independientes a los factores contextuales, algunas situaciones requieren grandes habilidades, así como mayor esfuerzo en la ejecución puesto que traen un mayor riesgo de consecuencias negativas que otras (Bandura, 1977).

Por lo tanto no se puede generalizar los efectos de la autoeficacia a todas las conductas, ya que para la modificación de algunas es necesario un mayor esfuerzo por parte de los individuos, como en el caso de algunas conductas adictivas.

Aplicación de la Teoría de Autoeficacia en las Adicciones

Las drogas tienen propiedades farmacológicas además de tener efectos psicológicos significativos para el individuo, por lo tanto, es importante intervenir sobre estos procesos cognitivos en los términos de los problemas de adicciones. Existe una aproximación que asume factores psicológicos y ambientales (teoría cognoscitivo-conductual); por un lado se dice que los hábitos adictivos son gobernados por percepciones cognitivas de eventos internos y externos, para entender el desarrollo y modificación de las conductas adictivas es importante entender los procesos de las sensaciones físicas y contingencias ambientales, es por esto que las creencias del individuo, sus expectativas, atribuciones y su capacidad de toma de decisiones constituye la base cognitiva para que ocurra el cambio en la conducta (Marlatt y Gordon, 1985).

Muchas de las reacciones fisiológicas de la conducta adictiva son experimentadas subjetivamente por el individuo en un nivel cognitivo afectivo, esta experiencia subjetiva esta asociada a las sensaciones físicas placenteras elicítadas por el estímulo adictivo; estos efectos subjetivos tienen correlatos cognitivos importantes haciendo que el individuo repita la conducta instrumental a fin de recrear la experiencia. Las atribuciones causales y expectativas que da el individuo a las experiencias placenteras "causadas" por la droga tienen una influencia cognoscitiva importante; es decir que muchos de estos estados emocionales son percibidos en la forma de sensaciones físicas o somáticas.

Dentro de algunos programas de tratamiento para el consumo de sustancias se hace intervención sobre las situaciones que son identificadas como riesgosas en el consumo o la recaída. Marlatt y Gordon (1985) definen a una situación de riesgo como cualquier situación que amenaza el sentido de control del individuo (autoeficacia) e incrementa el potencial de riesgo para la recaída. La pérdida de control significa que tan breve como sea posible consumir cierta cantidad de la sustancia, mientras el organismo va demandando ingerir mayores cantidades.

Hore (1971) realizó una investigación en la que trato de clasificar las situaciones o los eventos reportados por pacientes que fueron significativos para que se diera la recaída en el consumo de sustancias. Realizó la siguiente clasificación: Interacción personal o problemas en relaciones emocionales (reportado por un 33%); eventos de trabajo, por ejemplo cambio de trabajo (33%); las situaciones que involucran un cambio en el estado de salud del paciente o de

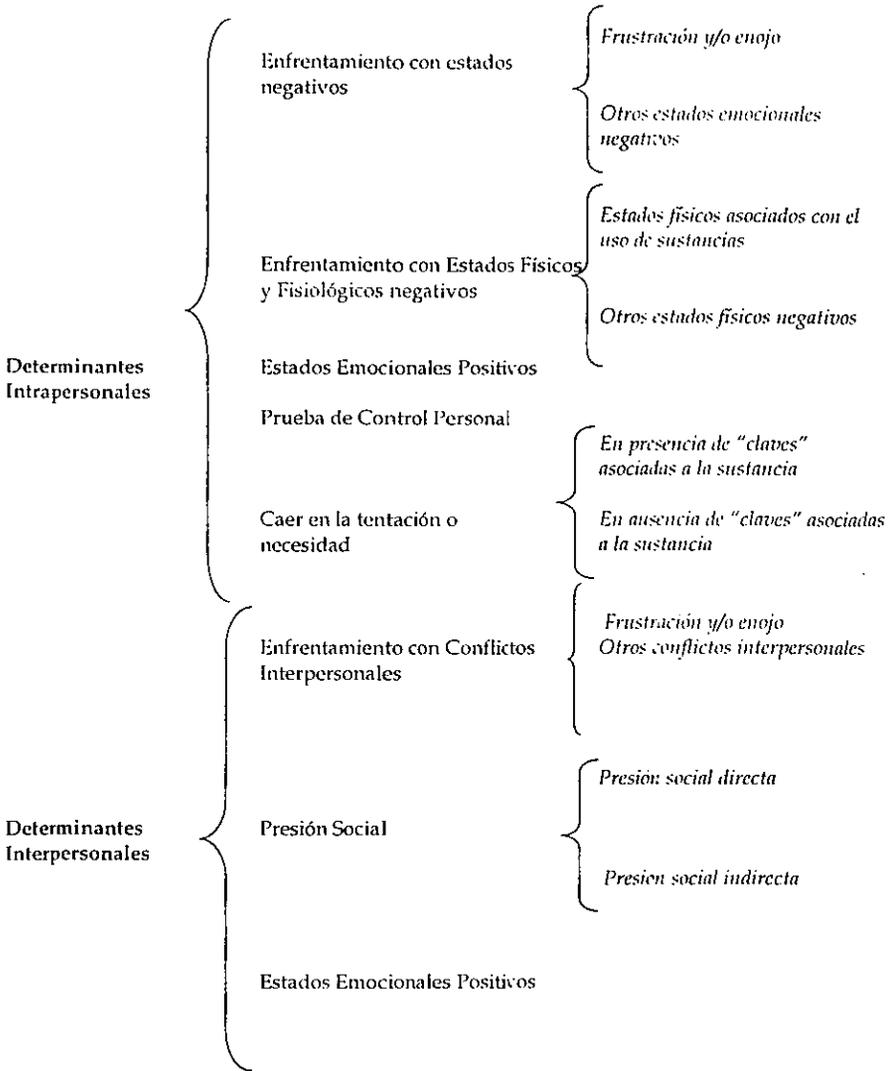
los familiares (20%); y eventos relacionados con cambio de residencia (13%); es importante mencionar que la necesidad física de consumo no fue un determinante significativo encontrado en el análisis de Hore (Citado en Marlatt y Gordon, 1985)

Marlatt (1973), hizo investigaciones tratando de clasificar las situaciones de riesgo de manera mas específica. Encontró que dentro de una primera categoría el encuentro interpersonal provoco frustración y enojo; en la segunda categoría los sujetos reportaron haber sido incapaces de resistir la invitación de los otros a consumir (presión social); las siguientes categorías se relacionan con situaciones intrapersonales, como tentación o necesidad de consumo, estados emocionales negativos como soledad, aburrimiento, etc (Marlatt y Gordon 1985).

Muchas personas creen que no son capaces de enfrentar situaciones estresantes como el control de enojo, es entonces cuando estas personas consumen sustancias como soporte para afrontar las situaciones. Cuando las personas deciden eliminar sus viejos hábitos, las situaciones de riesgo pueden ser aun mas estresantes, además del estrés con el que cuenta la situación por si misma, este impacto frecuentemente produce un estado de agitación y conflicto. Este estado emocional es experimentado con sensaciones físicas aversivas, y el individuo puede atribuir estas situaciones físicas a la necesidad de consumir. Tal como lo menciona Schachter y Singer (1962), los individuos que sienten un incremento en las sensaciones fisiológicas o en el estrés lo explican de acuerdo a sus atribuciones cognitivas. El factor mas importante para decrementar el riesgo en este tipo de situaciones es habilitar al individuo de respuestas de afrontamiento alternativas, si el individuo a aprendido nuevos caminos de afrontar su estrés y tiene la oportunidad de practicar estas habilidades sin la ayuda de un "soporte", su autoeficacia se fortalecerá y la probabilidad de recaída decrementará (Marlatt y Gordon 1985).

Marlatt y Gordon (1980) analizaron 137 episodios de regida de individuos alcohólicos, fumadores y adictos a la heroína, todos ellos se encontraban dentro de un programa de tratamiento. A cada individuo se le pregunto la fecha en la que había sido su recaída, la siguiente pregunta se relacionaba con las sensaciones físicas experimentadas en el episodio, el lugar donde ocurrió y si se encontraban presentes otras personas, además se les pidió que dieran una descripción sobre los posibles determinantes de la recaída. Encontrando que la primera mayor categoría se refiere a los determinantes del ambiente intrapersonal, la segunda mayor categoría se refiere a los determinantes del ambiente interpersonal (*Ver esquema 1*).

Esquema 1. Clasificación de las Situaciones de Riesgo de Consumo (Marlatt y Gordon, 1985).



Además de la clasificación dos factores significativos del análisis fueron las sensaciones físicas y la hora del día en que ocurrió el episodio de la recaída. Estas sensaciones físicas varían de acuerdo al tipo de droga. Los factores temporales y físicos son importantes en la plantación de un programa de prevención de recaídas, ya que pueden dar mas efectividad en la conducción de casos de manera individual o grupal simulando las situaciones alto riesgo (Marlatt y Gordon 1985).

Un programa de intervención cognoscitiva al tratamiento de conductas adictivas consiste en los siguientes componentes (Marlatt y Gordon 1985):

Se enseñan estrategias de afrontamiento (cognitivas y conductuales), con el fin de intervenir en problemas inmediatos, es decir, afrontar las situaciones en las que se presenta la necesidad de consumo.

El programa apoya a la construcción de mapas que muestran la localización de las situaciones de riesgo en las que puede ocurrir la tentación de consumo, ayudando así a la adquisición de habilidades de afrontamiento para evitar el consumo. En ocasiones surgen dudas en el individuo a lo largo del programa de intervención. Enseñando a reconocer tempranamente los signos de peligro y alertándolo del posible consumo, enfrentando al usuario a un juego el cual presenta situaciones extremadamente difíciles de resistir.

El programa ayuda a elaborar importantes cambios en el estilo de vida, es decir la gratificación obtenida por consumir una sustancia es remplazada por actividades satisfactorias y no destructivas, enseñando nuevos métodos para afrontar el estrés, por ejemplo la relajación, el ejercicio y actividades recreativas. Al desarrollo de estas conductas se le denomina *adicciones positivas*, ayudando al crecimiento y sustituyendo las adicciones negativas como el consumo de tabaco.

Finalmente al usuario se le apoya en la anticipación y preparación de las posibles recaídas, interviniendo sobre sus expectativas, perfeccionando sus habilidades de afrontamiento hacia el consumo, evitando que estas sean poco realistas para que sean efectivas en la prevención de estas situaciones.

Dentro de cada uno de estos pasos se debe de incrementar la autoeficacia del usuario tratando de que en cada momento se aprendan pequeñas habilidades de como solucionar el consumo y aumentando la motivación de las razones por las cuales se quiere eliminar la conducta adictiva, fortaleciendo las expectativas del cambio que se relacionan con la orientación al proceso de cambio de hábitos (Marlatt y Gordon 1985).

Marlatt (1985) menciona que la autoeficacia es un constructo relacionado con el *locus de control* que incluye las expectativas o juicios de las personas acerca de su propia capacidad de enfrentarse con algunas situaciones.

El sistema de expectativas incluye a las expectativas de autoeficacia y de resultados, es decir las creencias de las personas se asocian con la percepción de la obtención de ciertos resultados en una actividad particular. Las expectativas de resultados contienen componentes cognitivos e incentivos, los componentes cognitivos están relacionados con la información asociada a los resultados positivos o negativos, los componentes incentivos involucran la atracción motivacional, es decir resultados deseados o aversivos (Marlatt y Gordon 1985).

En términos de conductas adictivas, el *deseo* de consumo se refiere al significado subjetivo de la gratificación; y la *urgencia o necesidad*, se define como la intención de llevar a cabo una conducta instrumental que satisfaga el deseo. El deseo y la urgencia se derivan de varios recursos potenciales del condicionamiento clásico en el que la exposición directa a la droga o al estímulo asociado con la conducta adictiva funciona como estímulo elicitor de la respuesta de deseo de consumo; la exposición a situaciones de riesgo aparejada con la baja autoeficacia, la dependencia física; las creencias personales y culturales de los efectos de la conducta adictiva, y el medio ambiente están asociados con la mayoría de las recaídas (Marlatt, 1985).

Gulliver, Hughes, Solomon y Dey (1995) realizaron una investigación con personas que habían dejado de fumar, tratando de determinar el nivel predictivo de la autoeficacia, los patrones de apoyo y el estrés diario en las recaídas; encontrando que son buenos predictores de las recaídas, aunque varía su nivel de correlación de acuerdo al tiempo que existía entre dejar de fumar y la evaluación, no obstante la autoeficacia fue un consistente predictor en todo momento. Rollnick y Heather (1982); exploraron la relevancia de la teoría de la autoeficacia en un programa de tratamiento de alcoholismo. Reafirmando que esta teoría explica la diferencia entre eficacia y expectativas de resultados, así como el porque algunos métodos de tratamiento son mas efectivos que otros. El análisis de esta teoría en el aspecto de las recaídas sugiere que mientras algunas expectativas creadas dentro del tratamiento promueven la abstinencia, en otras personas pueden llegar a precipitar la recaída. Lo anteriormente expuesto proporciona una gran evidencia de que la teoría de la Autoeficacia es una de las más relevantes y completa para abordar algunos de los cambios conductuales relacionados al consumo de drogas, en conjunto con aquellos aspectos medioambientales y sociales que rodean al problema de las adicciones de una sociedad como la nuestra, que necesita una forma sencilla y completa de abordar esta situación.

Investigaciones Relacionadas con el Consumo de Drogas

Dentro de este capítulo es importante mencionar algunas de las investigaciones relacionadas con el consumo de drogas y los instrumentos que han resultado más efectivos para su evaluación.

Con este propósito se hace mención de los factores relacionados con el consumo de drogas, por lo que se han estructurado y desarrollado diferentes instrumentos que ayudan y apoyan a la identificación, evaluación y tratamiento de aquellos individuos consumidores de sustancias, además de que con la identificación de los factores de riesgo se pueden elaborar programas preventivos que ayuden a las comunidades y sociedad en general.

Rohsenow en 1982; investigó la utilidad del Alcohol Use Inventory (AUI), como predictor en bebedores sociales con problemas con su forma de beber. Encontrando que el AUI fue un fuerte predictor de los días en los que se podía dar la intoxicación. En este instrumento la intoxicación fue asociada con un mayor grado de depresión, ansiedad y enojo en la mayor parte del tiempo en la que ésta se presentaba.

Así mismo, se realizó una investigación para la aplicación del constructo de autoeficacia de Bandura en la abstinencia del alcohol. Se realizó una escala con 20 reactivos de auto reporte. La eficacia de abstinencia fue evaluada mediante una escala tipo Likert de confianza para la abstinencia del alcohol en 20 diferentes situaciones de alto riesgo. El Alcohol Abstinence Scale Efficacy (AASE), demostró ser un instrumento sólido con altos índices de confiabilidad y validez; evaluando del nivel de precipitación para la recaída, el afecto negativo, afecto social positivo, la urgencia o necesidad de consumo y los aspectos físicos (Di Clemente, Carbonari, Montgomery y Hughes; 1994)

Por otro lado, el Drug Abuse Substance Test (DAST) fue desarrollado con el objetivo de dar información clínica y de evaluación de los tratamientos de consumo de drogas; es un cuestionario de 28 reactivos de autoreporte, la confiabilidad y validez fueron evaluadas con usuarios de alcohol y drogas y resultaron consistentes, encontrándose una consistencia interna satisfactoria, en las escalas de deseabilidad social, uso de drogas y psicopatología (Skinner, 1982).

Allen y cols. (1994), realizaron el análisis psicométrico del Alcohol Dependence Scale (ADS), en dos poblaciones diferentes, encontrando que el instrumento arroja resultados similares en estas dos culturas apoyando al constructo de dependencia en el que se basa este instrumento.

Finalmente el Severity Dependence Scale (SDS), fue desarrollada con el fin de contar con un instrumento corto y fácil de administrar, la cual evalúa el grado de dependencia del usuario a los diferentes tipos de drogas. Las propiedades psicométricas han sido evaluadas con población consumidora de heroína, cocaína, anfetaminas y metafrona, los resultados de esta investigación indican que es una medida sensible para el criterio de dependencia. El SDS, evalúa patrones conductuales de consumo de drogas, frecuencia y duración de consumo. Los datos psicométricos indican una alta confiabilidad y validez, y se sugiere su empleo en diferentes países con diferentes poblaciones (Gossop, Darke, Griffiths, Hando, Powis, Hall y Stang, 1995)

Afortunadamente ha ido creciendo el interés por desarrollar diferentes escalas e instrumentos que sean sensibles y puedan evaluar todos aquellos aspectos relacionados con el consumo de drogas. Es importante mencionar que la mayoría de estos instrumentos toman en cuenta las expectativas y la motivación con la que cuenta un consumidor para modificar su patrón conductual.

Todo esto nos lleva a pensar que la elaboración de nuevas investigaciones e instrumentos sensibles hacia el consumo de drogas es importante, además de que se desarrolle para todo tipo de población, con el objetivo de reestructurar aquellos hábitos y estilos de vida que afectan hoy en día a nuestra sociedad.

A grandes rasgos en este capítulo se hace referencia a la Teoría de la Autoeficacia, sus bases teóricas, así como de su aplicación en el campo de las conductas adictivas. Esta teoría es considerada como una de las más puntuales, ya que engloba aquellos aspectos situacionales y de aprendizaje que están inmersos en las conductas de consumo de sustancias psicoactivas.



**INVENTORY OF DRUG TAKING
SITUATIONS (IDTS)**

En el presente capítulo se describe el Inventory of Drug Taking Situations (IDTS, Annis y Martin, 1985), el cual tiene como objetivo identificar aquellas situaciones de riesgo de consumo de sustancias, así como evaluar la efectividad de los tratamientos desarrollados con el objetivo de incidir sobre el uso y abuso de drogas, en personas de diferentes edades y estados socioeconómicos para así poder mejorar su calidad de vida.

Además se analizarán las características psicométricas evaluadas en el país de origen del instrumento, tomando en cuenta su forma de aplicación y calificación. Las subescalas con las que cuenta serán descritas a detalle para observar ampliamente aquellas dimensiones que están relacionadas con las situaciones de riesgo de consumo de sustancias adictivas, así como los reactivos que constituyen cada una de éstas.

Es importante dentro de este capítulo hacer una revisión de manera breve de algunas investigaciones que se han realizado donde se ha empleado este instrumento, además de esta forma se podrá observar su efectividad instrumento para discriminar y alcanzar todos aquellos objetivos para los que fue construido.

Antecedentes del Inventory of Drug Taking Situations (IDTS): Inventory of Drinking Situations (IDS)

El Inventario de Situaciones de Consumo de Alcohol (IDS) fue desarrollado por Annis, Graham y Davis a principios de los ochenta en Toronto, Canadá. Este instrumento consta de 100 reactivos que evalúan la frecuencia de la conducta de beber en situaciones específicas, proporcionando información sobre la probabilidad de modificar la conducta de los usuarios o consumidores para llegar a la abstinencia o mantener la moderación en el caso de los consumidores de alcohol.

Este instrumento se puede emplear para la planeación de tratamientos de prevención de recaídas, y como apoyo a otros instrumentos de medición o evaluación del consumo de alcohol. El IDS describe varias situaciones personales y sociales que se han asociado con las recaídas.

Las subescalas con las que cuenta son: Emociones Displacenteras (20 reactivos), Emociones Placenteras (10 reactivos), Incomodidad Física (10 reactivos), Prueba de Control Personal (10 reactivos), Necesidad y Tentación de Consumo (10 reactivos), Conflicto con Otros (20 reactivos), Presión Social (10 reactivos) y Tiempo Placentero con Otros (10 reactivos). En cada una de las situaciones descritas el usuario indica qué tan frecuentemente respondió a la situación bebiendo de manera excesiva; estas respuestas hacen referencia a los últimos doce meses. Las opciones de respuesta son "nunca", "rara vez", "frecuentemente", y "casi siempre".

El IDS se desarrolló con usuarios que se encontraban en tratamiento de problemas con su consumo de alcohol, tanto en hombres como en mujeres de diferentes edades. La confiabilidad obtenida a través de un *Alfa* de Cronbach fue de .87 a .96. Annis y cols. (1987) encontraron que el IDS estaba significativamente asociado con otras medidas relacionadas con el consumo de alcohol, por ejemplo con la Escala de Dependencia al Alcohol (ADS - Skinner y Horn, 1984) las calificaciones del IDS correlacionaron significativamente con la escala con .24 de emociones placenteras y .52 de emociones displacenteras. Annis (1990) encontró que el IDS discrimina entre los diferentes tipos de consumidores de alcohol, observó que existen usuarios que tienden a "generalizar" su consumo de alcohol, es decir, su consumo es similar en las diferentes categorías de situaciones de riesgo; y el otro tipo de usuarios identificados fueron los "diferenciados", es decir que

existen categorías en las que muestran mayor riesgo y otras categorías en las que este riesgo no es elevado. También se observó que los usuarios diferenciados tienden a obtener más resultados positivos en los programas de prevención de recaídas (Directory of Client Outcome Measures for Addictions Treatment Programs, 1991).

Descripción del Inventory of Drug Taking Situations (IDTS)

El Inventory of Drug Taking Situations (IDTS; Annis, Graham y Martin, 1991) es un cuestionario de auto informe que consta de 50 reactivos donde se describen situaciones en las cuales un individuo pudo consumir o usar drogas durante el año pasado. El inventario sigue el sistema de clasificación basado en el trabajo de G.A. Marlatt y Gordon sobre situaciones de riesgo (Marlatt, 1978, 1979; Marlatt y Gordon, 1980, 1985).

La escala se diseñó con el objetivo de evaluar ocho categorías de situaciones de uso o consumo de drogas, clasificadas en dos áreas principales:

Estados Personales, en donde el uso de drogas involucra respuestas a sucesos que son principalmente de naturaleza fisiológica o física.

Situaciones que involucran a otras personas, en las que se da una influencia significativa de otro individuo o individuos para el consumo.

Los estados personales están divididos en cinco categorías: Emociones Displacenteras (10 reactivos), Incomodidad Física, Emociones Placenteras, Prueba de Control Personal y Necesidad y Tentación de Consumo (5 reactivos, cada una de ellas). Las Situaciones que involucran a otras personas están divididas en tres categorías: Conflicto con Otros (10 reactivos), Presión Social de Consumo y Tiempo Placentero con Otros (5 reactivos, cada una de éstas). Las puntuaciones obtenidas constituyen un perfil del riesgo de consumo drogas para cada individuo.

Para evaluar las propiedades del IDTS, se utilizó una muestra de 364 sujetos que acudieron a la *Young Drug Users Clinic en la Foundation Addiction Research*. Además de los recluidos por un período de 2 años y representaron a una muestra parcial de todos aquellos individuos admitidos en la clínica (43.8%).

Se comparó con base en diez variables (sustancia de la que más se abusa, sexo, edad, nivel socioeconómico, empleo actual, nivel educativo, lugar de residencia, estado legal y duración del problema de consumo) en los sujetos que acudieron a la clínica y los sujetos recluidos. La única diferencia que se encontró fue con relación al estado legal, es decir, diferencias entre quienes informan problemas legales y los que no (43.1% vs 53.8%). Aunque en general las dos muestras fueron marcadamente similares.

La muestra tuvo como característica la inclusión de mayor número de hombres (73.9%) y la mayoría fueron solteros (89.5%). Las edades oscilaban entre los 14 y 25 años con una media de 20.4 (\pm 2.6) años. Al momento de la valoración diagnóstica, el 39.5% estaba trabajando ya sea de tiempo completo o de medio tiempo, el 18.8% eran estudiantes o estaban inscritos en un programa de readaptación para el trabajo, mientras que el 38.4% eran desempleados.

En términos de educación, el 74.5% no habían completado la escuela secundaria mientras que el 11.4% tenía alguna educación de nivel bachillerato. La mayoría de los individuos estaban viviendo con sus padres u otros miembros de la familia (60.3%), mientras que el 21.9% estaba viviendo con amigos, el 10.5% con su esposa y únicamente el 7.2% estaba viviendo solo. Como dato importante previo al estudio, el 44% de los sujetos indicaron que tenían problemas legales al momento de ingresar a la clínica.

Con respecto a las drogas que consumían, el 44.3% mencionó a la cocaína como sustancia de mayor abuso, el 27.3% refirió al *cannabis* (marihuana) y el 22.2% al alcohol. Muy pocos sujetos reportaron consumir alucinógenos (2.5%), tranquilizantes (1.7%), heroína (1.4%) o solventes (1.4%) como drogas de mayor abuso. El 59.6% de los sujetos utilizaron diversas drogas, identificando a más de una como problemática para ellos. En promedio informaron problemas con el uso de 2.6 (\pm 2.2) años con la sustancia y el 33% indicaron que anteriormente habían recibido tratamiento para su consumo de alcohol o drogas (Torner, Annis y Sklar; 1997).

Estructura Interna del IDTS

La información de los individuos que usaron drogas y alcohol durante los tres meses anteriores a la entrevista del IDTS se recolectó durante la valoración anterior al tratamiento. Se utilizó para este propósito la forma Current Alcohol and Drug Use History (Wilkinson y Martin's; 1983).

Se recolectaron nueve tipos diferentes de drogas: cannabis (mariguana), alucinógenos, opios, sedantes hipnóticos, tranquilizantes, cocaína, estimulantes, solventes y alcohol. Para cada tipo de droga en la que se informó algún uso durante el año pasado, se registró la información de acuerdo con el número de días en los que se usaron durante los tres meses anteriores y el número de ocasiones durante el día. También se le preguntó a los individuos si vieron o no el uso de cada sustancia como un problema actual y el número de años en los que había sido esto problemático. Para cada tipo de droga el número total de uso durante los tres meses anteriores se expresó como el producto de las mediciones de frecuencia (esto es, número de drogas usadas por el número de consumos durante el día).

Consistencia y Confiabilidad Internas

El coeficiente alpha de Cronbach se utilizó para estimar la confiabilidad de las ocho subescalas. Se analizaron las subescalas que contenían 10 reactivos obteniendo un alfa de .90 y .92, que indican una consistencia interna alta. De las seis subescalas de 5 reactivos, cuatro tienen un alfa de .76 a .78, indicando niveles moderadamente buenos para las escalas de 5 reactivos. Las dos subescalas restantes mostraron confiabilidad algo baja con un alfa de .68 (Necesidad y Tentación de Consumo) y .59 (Incomodidad Física).

En suma, los individuos respondieron en una forma consistente a los reactivos dentro de cada subescala. Consecuentemente, se puede tener la confianza de que en cada una de las ocho subescalas del IDTS muestra una confiabilidad sustancial para los individuos que están buscando tratamiento para problemas relacionados con las drogas. Sin embargo se debe tener precaución al interpretar las puntuaciones de la subescala Incomodidad Física.

Validez

La estimación de la validez externa de las subescalas fue hecha al correlacionar las puntuaciones de las subescalas con las mediciones del consumo de drogas. Estos análisis se condujeron de forma separada para las tres sustancias

de abuso más comunes (cocaína, cannabis, y alcohol). Debido a la poca frecuencia de individuos que utilizan sustancias diferentes de las tres principales ($n = 26$) no se incluyen en el siguiente análisis.

El IDTS y el Consumo de Drogas

Para los 159 individuos que usaron la cocaína como sustancia principal de consumo, se encontró que cinco de las ocho subescalas correlacionadas significativamente con su frecuencia de uso de cocaína (r 's = .22 a .24). Los individuos que reportaron un uso más frecuente de cocaína tendieron a recibir mayores puntuaciones en todas las subescalas del IDTS excepto en Necesidad y Tentación de Consumo, Presión Social, y Tiempo Placentero con Otros. Sin embargo, el típico número de consumo por día y el número total de consumo de cocaína durante los tres meses anteriores no tuvo correlación con las subescalas IDTS.

Para aquellos que presentaron al *cannabis* (marihuana) como la sustancia principal de consumo ($n=97$), siete de las ocho subescalas estuvieron correlacionadas significativamente con la frecuencia del uso (r 's = .20 a .33). Los individuos que reportaron un uso más frecuente de *cannabis* tendieron a recibir las puntuaciones más altas en todas las subescalas del IDTS excepto en Presión Social. El promedio de uso por día y el número total de uso en los tres meses tuvieron correlación con las subescalas del IDTS. Seis de las subescalas estuvieron significativamente correlacionadas con el uso promedio (r 's = .20 a .38) mientras que siete subescalas estuvieron relacionadas al número total de uso (r 's = .23 a .42). Así el número de días en que el *cannabis* fue consumido y el número de uso por día están relacionados con las puntuaciones del IDTS.

Para los 76 individuos que utilizaron principalmente alcohol, siete de las ocho subescalas estuvieron significativamente correlacionadas con la frecuencia en que bebieron (r 's = .21 a .46). Los individuos que reportaron un abuso de alcohol más frecuente recibieron las puntuaciones más altas en todas las subescalas del IDTS excepto en la de Presión Social. El número total de bebidas por día en los que estuvieron bebiendo y el número total de bebidas consumidas, tuvieron correlación con las subescalas del IDTS. Todas las subescalas estuvieron significativamente correlacionadas con las dos variables de consumo (cantidad promedio diaria: r 's = .20 a .35; cantidad total: r 's = .21 a .44). Así ambas, tanto la frecuencia como la cantidad de alcohol consumido estuvieron relacionados a las puntuaciones del IDTS.

Sexo y Diferencias de Edad

La relación entre la edad de los individuos y el sexo para las puntuaciones de las subescalas del IDTS fue investigada para cada una de las tres sustancias de mayor uso (cocaína, cannabis y alcohol).

La correlación entre la edad de los individuos y las puntuaciones del IDTS mostró que no hay relación estadísticamente significativa para cualquiera de los usuarios ya sea de cocaína, cannabis o alcohol. Tal vez esto no es sorprendente dado el límite del rango de edad de la muestra (14 a 25 años). Consecuentemente, se puede concluir que dentro de esta muestra de usuarios adolescentes - adultos jóvenes, la frecuencia del uso de la droga no varía sistemáticamente con la edad.

Los análisis multivariados de la varianza se calcularon para cada una de las tres clases de drogas para determinar si las puntuaciones de las subescalas del IDTS difieren para los individuos hombres o mujeres. Se encontró un efecto multivariado significativo en cuanto al sexo para ambas sustancias (cocaína y alcohol), sin embargo los usuarios hombres y mujeres consumidores de cannabis no difieren en la puntuación del IDTS. Las pruebas F univariadas indicaron que las mujeres que consumen cocaína tuvieron puntuaciones más altas que los hombres, en las subescalas Emociones Displacenteras, Incomodidad Física y Conflicto con Otros, y menor que los hombres en Emociones Placenteras. De forma similar las mujeres que consumieron alcohol tuvieron puntuaciones más altas que los hombres en Emociones Displacenteras, Incomodidad Física, y Conflicto con Otros, y también más altas que los hombres en Prueba de Control Personal y Presión Social. Sin embargo, el análisis de alcohol está basado en una pequeña muestra de mujeres (n=14) y deberá observarse con precaución.

Diferencias entre las Drogas Principales

Más que una valoración general del uso de la droga "genérica", el IDTS fue diseñado para valorar la situación específica del uso de la droga de forma separada para una serie de 10 clases de drogas principales. Esta metodología se basó en la suposición de que las características situacionales de uso de drogas de un individuo podría variar de una sustancia a otra y que estas diferencias podrían ser importantes para la planeación del tratamiento y las estrategias de prevención de recaída.

Las comparaciones de las muestras revelaron diferencias en términos de edad, nivel socioeconómico y número de años con el problema de consumo de la droga principal.

Para determinar si hay o no diferencia en la clase de droga que está presente en las subescalas del IDTS se dirigió un análisis multivariado de la varianza usando las tres drogas principales (cocaína, cannabis, y alcohol) como la variable independiente, el análisis produjo un efecto significativo multivariado con la clase de droga en seis de las ocho subescalas mostrando efectos univariados. Los usuarios de cocaína, cannabis y alcohol no difieren en su frecuencia de uso de la droga cuando experimentan Incomodidad Física o prueban su control personal sobre las sustancias. Las puntuaciones en estas dos subescalas fueron bajas para todas las clases de drogas indicando en general, que éstas fueron situaciones poco comunes para el uso frecuente de drogas. El patrón de diferencias a través de las tres clases de drogas varió para las seis subescalas restantes. Aquellos que tuvieron al cannabis como sustancia de más abuso reportaron menos frecuencia de uso en situaciones de Conflicto con Otros, Presión Social y Tiempo Placentero con Otros. Los usuarios de alcohol reportaron beber menos frecuentemente cuando experimentaron Necesidad y Tentación de Consumo que lo que reportaron los usuarios de cocaína y cannabis.

Análisis de los Factores de primer y segundo orden

Para determinar qué tan bien se ajusta la estructura del factor hipotetizado a los datos, se realizó un análisis de factor confirmatorio de máxima probabilidad. Los análisis fueron realizados utilizando el programa LISREL VI desarrollado por Jöreskog y Sörbom (1984) (citado por Annis, Graham y Martin, 1991).

El Modelo de primer orden de ocho factores basado en Marlatt (1985) fue probado contra la matriz de 50 x 50 datos. El modelo se especificó en la siguiente forma: (a) el factor de carga fue restringido de manera que se le permitió a cada reactivo cargarse únicamente del factor que se suponía representaba; (b) todos los demás factores de carga fueron colocados en cero; y (c) la matriz de correlación de factor fue libre para ser estimada.

Al tomar juntos los índices generales de bondad de ajuste se sugiere que la solución de los ocho factores provee un ajuste aceptable para los datos. Un mayor soporte para el modelo viene de la magnitud del factor de carga y el significado de la estimación de parámetros. Aunque todas las cargas son estadísticamente significativas, dos reactivos sobre el Factor 2 (Incomodidad Física) tienen cargas por debajo del nivel general aceptado de .40. Todos los parámetros estimados (incluyendo el factor de carga) tienen valores T entre 4.2 y 55.1. Puesto que un valor T mayor de 1.96 es estadísticamente significativo en el nivel .05, esto podría sugerir que este el resultado podría duplicarse en otra muestra similar (Annis, Graham y Martin, 1991).

Tres diferentes modelos de segundo orden han recibido apoyo de previos trabajos teóricos y/o empíricos. Estos incluyen: (1) el modelo original propuesto de dos factores: "intrapersonales" vs "interpersonales" (Marlatt y Gordon, 1985); (2) de "Situaciones Negativas", vs "Situaciones positivas" derivado de un análisis factorial del Inventory of Drinking Situations (IDS; Annis, Graham, y Davis, 1987); y (3) un modelo de tres factores "Situaciones Negativas", "Situaciones Positivas", y "Necesidad/Prueba" que ha emergido del análisis factorial del Situational Confidence Questionnaire (SCQ; Annis y Graham 1988) una escala basada sobre la misma combinación de reactivos como el IDS (Annis, 1982). El propósito fue probar estos tres modelos alternativos para determinar cual ajuste mejor a los datos del IDTS. Por el bien de la parsimonia, también se probó un cuarto modelo que contiene un factor sencillo de segundo orden.

Los valores T de los parámetros en el Modelo 4 en un orden de 3.8 a 14.45 sugieren una alta duplicidad. La matriz de carga del factor de primer orden como también la matriz de factor de intercorrelación del Modelo 4 no son dadas puesto que son esencialmente las mismas que las dadas para el modelo de primer orden (Annis, Graham y Martin, 1991).

Lineamientos para la Aplicación del IDTS

Administración

El IDTS es auto aplicable con un tiempo de aplicación 15 minutos para cada tipo de droga. No se deberá aplicar a personas que estén bajo la influencia del alcohol o de drogas o que estén experimentando síntomas de abstinencia.

En la primera fase se le solicitan a la persona sus datos generales. Se le pide que mencione la droga que le causa mayores problemas (alcohol, cannabis, alucinógenos, tranquilizantes, sedantes, solventes, heroína, otros narcóticos, cocaína,). Se le permite al usuario seleccionar hasta 3 diferentes clases de drogas. A su vez se le dice al sujeto que se le presentarán 50 reactivos para cada una de las sustancias problemáticas.

Se le pide al usuario que lea cuidadosamente cada reactivo y que marque el número que describe más exactamente su situación para el "uso de droga" o "el uso de la bebida" durante el año pasado. Las opciones de respuesta son: 1=nunca, 2=rara vez, 3=frecuentemente, y 4=casi siempre.

El programa del IDTS, muestra las puntuaciones de las ocho subescalas problema en la forma de una gráfica de barras. Se realizan gráficas para cada clase de droga. El programa también produce un reporte impreso que contiene la gráfica de barras más una lista del rango de las ocho subescalas ordenándolo en las áreas elevadas, moderadas y de bajo riesgo para el uso de la sustancia. El informe también enlista las ocasiones específicas en que el cliente usó drogas o bebió "frecuentemente" o "casi todo el tiempo".

Puntuación

La puntuación es la siguiente para cada tipo de respuesta: "1" puntuación "0", una respuesta "2" puntuación "1"; una respuesta "3" puntuación 2; y una respuesta "4" puntuación "3". La puntuación se calcula en las ocho subpuntuaciones (puntuaciones en bruto), una para cada categoría situacional, por una simple adición de las puntuaciones obtenidas para cada cuestión dentro de la categoría. Finalmente, se calcula una puntuación de "Índice de Problema" para cada categoría dividiendo cada subpuntuación en bruto entre la máxima puntuación posible para tal escala y luego se multiplica por 100.

Interpretación

El IDTS se puede interpretar desde dos perspectivas relacionadas en términos: 1) puntuación de los índice del problema, 2) perfil del individuo.

Índice del Problema

Las puntuaciones de la subescala Índice del Problema, con intervalo de 0 a 100, indican la magnitud del problema de uso de drogas del individuo dentro de cada tipo de situación de consumo de drogas en el año pasado. Por ejemplo, una puntuación de 0 en el Índice del Problema sobre una subescala dada indica que el individuo nunca usó drogas cuando se encontró en este tipo de situación durante el año pasado, y consecuentemente es poco probable que este tipo de situación represente un riesgo para el individuo. En el otro extremo, una puntuación de entre 67 y 100 en una subescala dada de Índice del problema que indica un muy frecuente uso de la droga en este tipo de situación durante el año pasado, y consecuentemente una situación de este tipo presenta un alto riesgo para el individuo. Aunque es posible verlo separadamente la puntuación de cada subescala del Índice del Problema, puede ganar más información al ver el patrón o perfil del individuo de las puntuaciones a través de las ocho categorías de una situación relacionada con la bebida las drogas.

Se puede hacer una jerarquía de situaciones de riesgo para el uso de la droga al ordenar las puntuaciones del Índice del riesgo del individuo. Aquellas situaciones que son clasificadas como las más altas se toman como áreas que representan mayores riesgos para el consumo de drogas del individuo.

Perfil del Individuo

Se construyen los perfiles del individuo para mostrar las áreas de mayor riesgo para el uso de drogas trazando las ocho subescalas de las puntuaciones del Índice Problema como una gráfica. El perfil resultante puede observarse en los términos de dos patrones mayores de puntuaciones a través de las cinco subescalas de Estados Personales versus las tres subescalas Situaciones que Involucran a Otras Personas. Un individuo puede consumir drogas más frecuentemente cuando está en compañía de otros y oponerse a consumirlas cuando está solo o viceversa.

Investigaciones Relacionadas con el IDTS

Murphy, McGuire y Rivinus (1992) realizaron una investigación con adolescentes reclusos que presentaban un consumo elevado de sustancias psicoactivas; se les aplicó el IDTS, para conocer las razones por las cuales consumían la droga. En esta evaluación los sujetos indicaron cierta frecuencia de uso de drogas en cada situación de riesgo, mostrando que el IDTS tiene una buena consistencia interna y puntuaciones significativamente asociadas a los autoreportes de la frecuencia de uso de drogas, además de que mostró validez para cada tipo de droga. Los adolescentes reportaron una mayor tendencia al uso de drogas frente a experiencias positivas e interpersonales, no así ante experiencias internas y negativas. Las experiencias positivas, negativas, interpersonales e internas estuvieron correlacionadas con la frecuencia de uso y se observó una alta relación entre las drogas y los autoreportes de los adolescentes (Murphy, McGuire y Rivinus; 1992).

La evaluación de las situaciones relacionadas con el consumo de heroína y la consiguiente delimitación y caracterización del patrón de consumo del paciente constituye una de las etapas previas al diseño de una intervención terapéutica individualizada en el contexto cognitivo - conductual el Inventario de Situaciones Relacionadas con el Consumo de Heroína (I.D.T.S.{H}; Annis y Martin, 1985) fue administrada a pacientes diagnosticados con un trastorno de dependencia de opiáceos. Esta investigación tuvo como objetivo estudiar su confiabilidad y estructura factorial obteniendo satisfactorios resultados en cada una de las ocho subescalas originales y obteniendo como situación de mayor riesgo aquellos perfiles relacionados con emociones desagradables y la presión social para consumir (Trujols, Tejero, Pérez y Casas, 1997).



**DRUG TAKING CONFIDENCE
QUESTIONNAIRE (DTCQ)**

Dentro del presente capítulo se hace referencia a los antecedentes que dieron origen a este instrumento, se analiza el desarrollo describiendo el cuestionario, sus subescalas, así como los reactivos que en él se incluyen haciendo una valoración de los niveles de autoconfianza en la habilidad de resistirse a la necesidad de usar drogas.

Se reportará la estructura interna del cuestionario, así como, la validez, consistencia y confiabilidad, entre otros aspectos. Se ha visto que el DTCQ es fácil de administrar y relativamente breve.

Se especificarán los perfiles y los niveles de autoconfianza los cuales pueden servir para el monitoreo del progreso del individuo durante el tratamiento. El DTCQ está basado en la teoría de Bandura, (1977) de la autoeficacia, además el desarrollo del cuestionario esta fundamentado en el trabajo empírico de Marlatt y cols. (1985) en la definición de los factores de riesgo situacionales de la reincidencia o recaída. Las investigaciones han mostrado que el DTCQ tiene buena confiabilidad y consistencia interna. La evidencia de la construcción de la validez disponible a la fecha es satisfactoria, el instrumento es recomendado como una herramienta de investigación en el área de consumo de drogas para la prevención y desarrollo de nuevos tratamientos.

Antecedentes del Drug Taking Confidence Questionnaire (DTCQ): Situational Confidence Questionnaire(SCQ)

El Situational Confidence Questionnaire (SCQ; Annis y Graham, 1988) ha sido ampliamente utilizado en la aplicación de terapias y tratamientos basados en fundamentos cognoscitivo - conductuales que ayudan a la modificación de conductas adictivas como la de beber y de consumo de drogas.

Esto hace referencia especialmente a la autoconfianza que ayuda a enfrentar situaciones en relación al uso y abuso del alcohol. Sin embargo, el DTCQ apoya a la valoración de la autoconfianza de los individuos para enfrentarse a eventos relacionados con el uso y abuso de otras drogas.

Las situaciones que se presentan en las conductas de beber y consumir drogas son evaluadas tanto en el Situational Confidence Questionnaire (SCQ), como en el Drug Taking Confidence Questionnaire (DTCQ). Las cuales están basadas y fundamentadas en el sistema de clasificación de ocho categorías o subescalas desarrollado por G.A. Marlatt y colaboradores (Marlatt, 1978, 1979; Marlatt y Gordon, 1980, 1985).⁷

El SCQ y el DTCQ también están basados en mediciones previamente validadas de los niveles de autoconfianza que apoyan la enseñanza de habilidades y estrategias para enfrentar algunas situaciones específicas de riesgo de consumo. Ambos instrumentos son útiles en los métodos para el tratamiento y para una amplia variedad de configuraciones clínicas, incluyendo programas de consejos individuales y grupales.

Descripción del Drug Taking Confidence Questionnaire (DTCQ)

El DTCQ tiene raíces en la teoría de Bandura (1977) de la Autoeficacia y está basado en la clasificación de los factores de riesgo que llevan a la recaída, identificados por Marlatt y cols. (Marlatt y Gordon, 1985). El DTCQ valora la autoeficacia para enfrentar situaciones específicas de consumo a través de un amplio rango de comportamientos (por ejemplo, el uso de cannabis, cocaína, heroína).

El Drug Taking Confidence Questionnaire (DTCQ), fue desarrollado por Annis y Martin (1985). Es un cuestionario de 50 preguntas de autoreporte, diseñado para evaluar la autoconfianza en la habilidad que tiene el sujeto de resistir la necesidad de consumir drogas en los diferentes tipos de situaciones. Bandura (1977, 1995) definió a la autoeficacia como la creencia que tiene un individuo de ser capaz de enfrentarse efectivamente con una situación particular o específica de riesgo.

Como una herramienta de valoración, el DTCQ permite el monitoreo de la autoeficacia en relación a los tipos específicos de situaciones de consumo de drogas sobre el curso del tratamiento. Existe evidencia de que las conductas adictivas demuestran que la autoeficacia desarrollada por un individuo está relacionada con el beber o consumir drogas y con el futuro positivo del tratamiento (Annis y Davis, 1988; Burling, Reilly et al., 1989; Coelho, 1984; Colletti, Supnick y Payne, 1985; Condiotte y Mermelstein, 1983; McKay, Maisto y O'Farrell, 1993; Prochaska, Crimi et al., 1982; Rist y Watzl, 1983; Rychtarik, Prue et al, 1992; Sitharthan y Kavanagh, 1990; Solomon y Annis, 1990, Stephens, Wertz y Roffman, 1993: citado en el Drug Taking Confidence Questionnaire, DTCQ, 1990).

Revisiones recientes del concepto de la autoeficacia en relación con el comportamiento adictivo (DiClemente, Fairhurst y Piotrowski, 1995; Marlatt, Baer y Quigley, 1995) han acentuado la importancia de proveer una definición clara del tipo de eficacia que se cree que está siendo valorada. En términos de sistemas de clasificación para la auto evaluación de la eficacia propuestos por DiClemente, Fairhurst y Piotrowski (1995) como también el sistema de clasificación propuesto por Marlatt, Baer y Quigley (1995). El DTCQ es una medición anticipada de la autoeficacia, es decir, valora la creencia que tiene un individuo de ser capaz de enfrentarse a las situaciones críticas para la resistencia de usar drogas.

Las situaciones de consumo de drogas están basadas en el sistema de clasificación de ocho categorías desarrollado por Marlatt y colaboradores asociados (Marlatt, 1978, 1979; Marlatt y Gordon, 1980, 1985).

Las ocho categorías (subescalas) están relacionadas con los dos principales tipos de situaciones.

• *Estados personales*: consumir drogas involucra un evento que es en naturaleza principalmente psicológico o físico. Los cuales están subdivididos en cinco categorías:

- Emociones Displacenteras (10 preguntas).
- Incomodidad Física (5 preguntas).
- Emociones Placenteras (5 preguntas).
- Prueba del Control Personal (5 preguntas).
- Necesidades y Tentaciones para Usarla (5 preguntas).

• *Situaciones que involucran a otras personas*: señala una influencia significativa de otra u otras personas. Éstas se encuentran subdivididas en tres categorías:

- Conflicto con Otros (10 preguntas).
- Presión Social para Usarlas (5 preguntas).
- Tiempo Placentero con Otros (5 preguntas).

Los individuos reportan dentro de una escala de seis puntos, que va de 0 (no sienten confianza) a 100 (muy confiados), en las cuales indican qué tan confiados están de ser capaces de resistirse a la necesidad usar alguna droga particular en las 50 situaciones. Las puntuaciones de las ocho subescalas constituyen el perfil de la confianza para cada individuo con respecto a tomar drogas, mostrando el nivel de autoconfianza percibida por el individuo a través de ocho tipos de situaciones relacionadas con consumir drogas.

Estructura Interna

Annis y Martin (1988) utilizaron los datos de la sustancia principal de abuso de los individuos. El tamaño total de la muestra fue 713, comprendida de 344 usuarios de alcohol (48.2%), 253 usuarios de cocaína (35.5%) y 116 usuarios de "otras drogas" (16.2%). Los individuos que clasificaron como otras drogas fueron aquellos cuya principal sustancia de abuso fue la heroína (7.4%), cannabis (6.0%), drogas de prescripción (1.8%), y otras categorías de drogas (1.0%).

La muestra de alcohol fue principalmente de hombres (77.9%); la edad promedio fue de 37.9 (SD 8.9); 36.6% de los individuos no estaban casados, y 39.2% estaban casados. Mientras que el 36% de la muestra fueron trabajadores de tiempo completo, 41.3% de los individuos no estaban empleados. Aunque 67.7% reportaron no tener problemas legales, el 16.6% habían sido mandados por ley a tratamiento. El número promedio de años con problemas con la bebida fue de 9.7 (SD 7.9) y 70.6% buscado tratamiento previo. Con respecto al consumo de alcohol, los individuos reportaron un promedio de 3.8 (SD 2.1) días bebiendo por semana, con un promedio de 10.0 (SD 6.5) bebidas estándar por día en que bebieron. La puntuación media en la Escala de Dependencia en el Alcohol (Skinner y Horn, 1984) fue de 19.1 (SD 9.0). Se observaron algunas diferencias significativas de género. Más hombres que mujeres estaban empleados y menos mujeres que hombres reportaron problemas legales. Aunque las mujeres tuvieron un nivel más alto en la dependencia del alcohol que los hombres (promediaron un mayor consumo).

La muestra de cocaína también fue principalmente de hombres (73.9%); el promedio de la edad fue de 33.0 (SD 6.6); 43.1% de los individuos no estaba casado, y 29.6% estaban casados. Mientras que 24.9% de los individuos tenían empleo de tiempo completo, 54.5% no estaban empleados. Aunque 63.6% reportaron no tener problemas legales, 12.3% habían sido mandos por ley a tratamiento. El número de años con el uso problemático de la droga fue de 6.8 (SD 6.4), y 62.5% habían buscado tratamiento previo. Con respecto a la frecuencia del uso de la cocaína durante los tres meses anteriores a su ingreso, 31.2% de los individuos reportaron el uso de cocaína de 1 a 2 veces por semana y 16.2% usaron cocaína más de una vez al día. El promedio de años en que usaron cocaína fue de 5.9 (SD 4.4). La puntuación media en la Prueba Drug Abuse Screening (DAST-20; Skinner, 1982) fue de 11.4 (SD 3.7). Se encontró una diferencia significativa de género para el estatutos de empleo, donde una mayor proporción de hombres que de mujeres estuvo

empleada como también, una prueba t de frecuencia de uso de una variable de 7 puntos (clasificada de 0 = no uso a 6 = más de una vez al día), indicó que los hombres y las mujeres difirieron significativamente, con un reporte de los hombres de mayor frecuencia de uso de la cocaína en promedio que las mujeres. Comparado con la muestra del alcohol, los usuarios de cocaína fueron más jóvenes; habiendo completados pocos años de la escuela, o menos probable que vivieran con esposa o esposo; tuvieron puntuación más baja en la estabilidad social; y fue menos probable que hayan buscado tratamiento previo.

La muestra "otras drogas" fue principalmente de hombres (74.1%); la edad promedio fue de 32.1 (SD 6.6); 49.1% de los individuos no estaban casados, y 31.9% eran casados. Mientras que el 32.8% de los individuos tenían empleo de tiempo completo, 50.9% no estaban empleados. Aunque 71.6% reportaron no tener problemas legales, 15.5% habían sido mandados a tratamiento por orden legal. El número promedio de años con un uso problemático de las drogas fue de 10.4 (SD 8.4), y 62.9% habían buscado tratamiento previo. Con respecto a la frecuencia de uso de "otras drogas" durante los tres meses antes de su ingreso, 20.7% la usaran una vez al día y 41% la usan más de una vez. La puntuación media en la prueba Drug Abuse Screening (DAST-20; Skinner, 1982) fue de 11.8 (SD 3.9). La única diferencia significativa de género fue notada en la forma de vivir, donde fue menos probable que los hombres vivieran con la esposa o pareja que las mujeres y fue más probable que vivieran solos. No se encontraron diferencias significativas entre las muestras de cocaína y "otras drogas".

Consistencia Interna y Confiabilidad

Fue usado el coeficiente alpha de Cronbach, una medición de la consistencia interna para estimar la confiabilidad de cada una de las ocho subescalas para la muestra total de alcohol, cocaína y "otras drogas". Las dos escalas de 10 reactivos (Emociones Displacenteras y Conflicto con Otros) tienen un alpha de .94, indicando una consistencia interna substancial. Las seis subescalas de 5 reactivos muestran ser altamente confiables (alphas de .79 a .95). Puede obtenerse una medición de la contribución de una pregunta individual a la confiabilidad de la escala de las correlaciones totales corregidas inter-reactivo. Puesto que la más baja de estas correlaciones fue .43 y la mayoría fueron substancialmente más altas, esto indica altas correlaciones entre las preguntas que comprenden las escalas y apoya la confiabilidad de todas las subescalas DTCQ.

Validez

La construcción general de la autoconfianza conceptualizada por Bandura (1977), es definida como una variable cognitiva que involucra el juicio que se tiene la habilidad de ejecutar ciertos patrones de comportamiento. En particular, el DTCQ se propone para medir la autoconfianza en la habilidad para resistir la necesidad usar drogas, y para identificar la situación específica de los niveles de confianza. Por consiguiente, los siguientes análisis fueron realizados para validar el DTCQ como una medición de la autoconfianza.

Las estimaciones de la validez de construcción del DTCQ se correlacionaron con las puntuaciones de las subescalas y otras variables (contexto social, sexo, edad, tipo de sustancia). Se pronosticó que los altos niveles de consumo al ingreso al tratamiento podrían estar asociados con puntuaciones de autoconfianza bajas a través de las ocho categorías. Los clientes que gastaban un porcentaje de tiempo más alto consumiéndolas sólo reportaron mayores niveles de autoconfianza en su habilidad para resistirse a la necesidad tomar drogas en las tres subescalas interpersonales (Conflicto con Otros, Presión Social de Consumo, Tiempo Placentero con Otros); que los individuos que reportaron que la familia o amigos frecuentemente los presionaban para usarlas podrían tener una autoconfianza más baja en la subescala Presión Social de Consumo, y que más años de consumo problemático podría estar relacionado con una autoconfianza más baja. Finalmente, se esperó que los ocho niveles de la dependencia de alcohol y drogas estuvieran asociados con puntuaciones de la confianza bajas en todas las subescalas.

El DTCQ y el consumo de drogas

Para las mediciones de la cantidad y frecuencia del consumo de alcohol, la correlación de los coeficientes con las subescalas del DTCQ fueron bajas, pero fueron significativos y en la dirección pronosticada, (r 's $-.08$ a $-.21$). Para la medición de la frecuencia del consumo de drogas, todas las correlaciones estuvieron en la dirección pronosticada, y todos los coeficientes fueron significativos y fuertes para ambas muestras cocaína y "otras drogas" (r 's $-.15$ a $-.35$). Como se esperaba, entre más alto fuera el nivel de consumo de drogas reportado por un individuo fue menor el nivel reportado de la autoconfianza a través de todas las categorías de las situaciones para beber/consumir drogas.

Aunque no hubo una asociación significativa entre el porcentaje de tiempo de consumo y las subescalas para ninguna de las muestras. Los coeficientes estuvieron en la dirección pronosticada para las situaciones caracterizadas de presión social de consumo y tiempo placentero con otros (r's .05 a .13). Esto sugiere que aquellos que reportaron gastar mayor porcentaje de tiempo en consumir reportaron niveles más altos de autoconfianza.

Como se pronosticó, las correlaciones negativas significativas fueron observadas en la muestra de alcohol entre los años problemáticos bebiendo y las subescalas del DTCQ, indicando que entre menos años problemáticos bebiendo, sería más alta la autoconfianza en su habilidad para resistir el beber en exceso en las situaciones de alto riesgo (r's -.06 a -.22). Para la muestra de cocaína y "otras drogas", las correlaciones entre los años del problema usando drogas y las puntuaciones de las subescalas no fueron significativas pero, para la mayoría los valores fueron en la dirección esperada (Annis, Sklar y Turner, 1990).

La mayoría de las subescalas DTCQ fueron asociadas significativamente con la severidad de la dependencia entre los individuos que usan alcohol, indicando que entre mayor sea la dependencia en el alcohol, será más baja la confianza en la habilidad de resistir la necesidad de beber en exceso en situaciones de alto riesgo, especialmente en las emociones no placenteras (-.31) y conflictos con otros (-.32). Los individuos que usaron Cocaína y "otras drogas" con un alto grado de problemas relacionados con el abuso de las drogas reportaron baja auto eficiencia a través de todas las categorías DTCQ, más notablemente para las tres situaciones negativas: emociones no placenteras (-.31 cocaína; -.39 "otras drogas"); incomodidad física (-.22 cocaína; -.42 "otras drogas"); y conflictos con otros (-.31 cocaína; -.38 "otras drogas").

Correlación del DTCQ con otros Instrumentos

Se realizaron análisis adicionales para estimar la validez convergente y discriminante del DTCQ para las muestras de alcohol y cocaína, correlacionando las puntuaciones DTCQ con las puntuaciones de varios instrumentos de valoración (Annis, Sklar y Turner, 1990).

El Hopkins Symptom Checklist-Revisado (SCL-90-R): El SCL-90R (Derogatis, 1979) es un inventario de los síntomas de auto-reporte de 90 preguntas, multidimensional en su naturaleza y orientado hacia las

mediciones de la psicopatología en psiquiatría y medida de pacientes externos. El SCL-90-R es calificado en nueve dimensiones de síntomas primarios, más tres índices globales de patología. La construcción de interés en este estudio es aquella de la depresión. Se hipotetizó que los clientes que reportaron más bajos niveles de confianza en su habilidad para resistir la necesidad de beber o usar drogas en exceso sería más probable que estén deprimidos, y que las asociaciones más fuertes podrían encontrarse entre las puntuaciones de depresión SCL-90-R y las subescalas negativas DTCQ. Los coeficientes estuvieron en la dirección pronosticada y fueron más fuertes para las emociones no placenteras, incomodidad física y conflictos con otros para las muestras de alcohol y cocaína. Los individuos con altas puntuaciones en la depresión, especialmente los adictos a la cocaína, tendieron a reportar una auto eficiencia más baja en estas situaciones negativas de alto riesgo (-.53, -.46 y -.50 respectivamente). La validez discriminatoria fue evidenciada, particularmente con los individuos que usaban alcohol, por los coeficientes relativamente bajos para las emociones placenteras (-.12) y pruebas de control personal (-.19).

Las Stages of Change Readiness y Treatment Eagerness Scale (SOCRATES): El SOCRATES (Miller, 1991) valora la rapidez para el cambio. El SOCRATES es una escala de 40-preguntas que produce cinco puntuaciones correspondientes a las cinco etapas conceptuales de cambio como son descritas por Prochaska y Diclemente (1986), nombradas: precontemplación (P); contemplación (C), determinación (D), Acción (A) y mantenimiento (M). Las altas puntuaciones en las escalas P y C son interpretadas como incertidumbre de la necesidad por cambiar y ambivalencia acerca del cambio. Las puntuaciones más altas en las escalas D y A sugieren un mayor compromiso actual para cambiar, mientras, que las altas puntuaciones en la escala M son una sugerencia de que un individuo ha completado el cambio inicial y que estaba buscando mantenerlo. Las puntuaciones para la muestra escuela en las subescalas Acción y Mantenimiento del SOCRATES estuvieron consistentemente y positivamente relacionadas con todas las subescalas DTCQ en un nivel significativo. Un patrón similar pero más fuerte fue observado para los individuos que usan cocaína, con correlaciones en un rango de .30 a .39 a través de las ocho subescalas para la acción etapa de cambio, y de .34 a .45 para la etapa de mantenimiento. Estos resultados implican que entre más alto fuera el compromiso para cambiar y fuera mayor la motivación para mantener el cambio, sería más alta la autoeficacia con respecto a resistir las tentaciones para beber en exceso o usar drogas.

El Drinking-Related Locus of Control Scale (DRIE): El DRIE (Donovan & O'Leary, 1978), es una escala de 25 preguntas que mide el lugar del control en relación con el comportamiento para beber. Se produjo una versión para toma de drogas con preguntas similares. Las puntuaciones DRIE altas reflejan menos control interno percibido sobre beber/usar drogas. Los coeficientes fueron significativos y negativos entre las puntuaciones DTCQ y DIRE para la muestra de alcohol. Puesto que fue observada una fuerte relación para la presión social para usarlas (-.54), necesidades/tentaciones (-.50), y momentos placenteros con otros (-.46), estos hallazgos (similares al análisis del SCQ) fueron consistentes con la interpretación de que la baja autoeficacia es asociada con el menor control interno percibido para beber. Para los individuos que usaron cocaína, las asociaciones generalmente fueron más fuertes que para la muestra de alcohol, más notablemente en los conflictos con otros (-.62).

El Beck Depression Inventory (BDI): El BDI (Beck, 1978) es un cuestionario de auto-reporte diseñado para valorar la severidad de la depresión. Consiste de 21 categorías. Para cada una hay series graduadas de cuatro declaraciones auto evaluativas, clasificadas para reflejar el rango de severidad del síntoma de severidad neutral a máxima. Se hipotetizo que la correlación con las puntuaciones BDI deberá ser más alta para las subescalas negativas DTCQ. Para los individuos que usaron alcohol, la mayoría de los coeficientes fueron significativos y en la dirección pronosticada, indicando que aquellos que tuvieron puntuaciones altas en la depresión reportaron niveles de autoconfianza bajos en su habilidad para resistir la necesidad de beber en exceso (r 's para las emociones no placenteras y conflictos con otros, -.41 y -.40 respectivamente). Para la muestra de cocaína, los coeficientes fueron más fuertes para estas dos situaciones negativas, y algo más fuerte para aquellas encontradas para los usuarios del alcohol (emociones no placenteras [-.47] y conflictos con otros [-.48]). Los bajos coeficientes para las emociones placenteras, especialmente para la muestra de alcohol (-.07) demostró una validez discriminante.

La Hopelessness Scale (HS): La HS (Beck, Weissman et al., 1974) es una escala de 20 preguntas cierto - falso diseñada como una medición general de las expectativas negativas acerca del futuro. Se esperaba que las puntuaciones DTCQ y HS para los individuos que usan alcohol podrian estar correlacionadas negativamente y ser más fuertes para las subescalas negativas. Los coeficientes fueron significativos y negativos, con las asociaciones más fuertes entre las emociones no placenteras (-.50) y conflicto con otros (-.48). Por consiguiente, los individuos que usaron alcohol con

pocas esperanzas en el futuro reportaron baja autoconfianza en su habilidad para resistir beber en exceso en situaciones de alto riesgo, particularmente bajo circunstancias negativas. Nuevamente, fue observada una validez discriminante por la relativamente baja correlación entre las emociones placenteras y el HS (-.16). Para la muestra de cocaína, todos los coeficientes fueron significativos, y para la mayor parte, fueron más fuerte que los de los individuos que usan alcohol. Similarmente que para la muestra de alcohol las correlaciones fueron más fuertes para las emociones no placenteras (-.59), incomodidad física (-.64) y, conflictos con otros (-.53) (Annis, Sklar y Turner, 1990).

Diferencias de Sexo y Edad sobre las Subescalas del DTCQ

Se realizaron análisis multivariados de la varianza (MANOVAs) en las ocho subescalas del DTCQ para la muestra de alcohol. Se determinó si los niveles de confianza difieren por sexo y edad. No se encontró un efecto multivariado entre sexo y edad [$F(24,993) = 1.29, p > .05$] Los efectos significativos indicados por el sexo son [$F(8,329) = 2.30, p < .05$] y edad [$F(24,993) = 1.74, p < .05$] Las mujeres tienen mayores puntuaciones de la autoeficacia en seis de las ocho subescalas; sin embargo el efecto univariado del sexo fue significativo solo para las emociones placenteras, sugiriendo que las mujeres fueron más confiadas que los hombres en su habilidad de resistirse a beber en exceso en esa situación. Un efecto univariado significativo de la edad fue observado para las situaciones que involucraban presión de consumo, indicando que la autoeficacia tiende a incrementar con la edad bajo estas circunstancias interpersonales (Annis, Sklar y Turner, 1990).

Los MANOVAs separados no revelaron interacción significativa entre sexo y edad para las muestras cocaína y otras drogas. No hubo efectos significativos para el sexo y la edad en la muestra de otras drogas. Para los individuos que usaron cocaína, únicamente el efecto multivariado de sexo fue significativo [$F(8,240) = 3.42, p < .01$].

Diferencias entre las drogas principales: Alcohol y Cocaína

Para determinar las diferencias por el tipo de droga en las subescalas del DTCQ, se realizó un análisis multivariado de la varianza usando los grupos de alcohol y cocaína como variable independiente. La muestra "otras drogas" no fue incluida, debido a que la heterogeneidad de esta muestra no permitía comparaciones clínicamente significativas. El análisis produjo un efecto multivariado significativo por el tipo de droga [$F(8,588) = 35.74, p < .001$]. Cuatro de las ocho subescalas (Prueba de Control Personal, Necesidad y Tentación de Consumo, Conflicto con Otros, y Presión Social de Consumo) mostraron efectos multivariados significativos. Donde los individuos que consumían cocaína expresaron más autoconfianza que los que usaban alcohol en situaciones de conflicto con otros, los usuarios de alcohol reportaron una mayor autoeficacia en las situaciones de prueba del control personal, necesidades y tentación de consumo y presión social (Annis, Sklar y Turner, 1990).

Análisis de los factores de primer y segundo orden

El DTCQ está clasificado en ocho categorías de situaciones de alto riesgo propuestas por Marlatt (1978, 1979, 1980, 1985), el análisis de factor confirmatorio es apropiado para probar qué tan bien se ajusta a los datos el modelo hipotetizado. Los análisis fueron conducidos usando el LISREL 8, desarrollado por Jöreskog y Sörbon (publicado por Scientific Software International, Inc., 1993).

La valoración de la bondad de ajuste en general de los modelos estimados estuvo basada en los siguientes índices: 1) chi-cuadrada prueba de bondad de ajuste (X^2); 2) el índice de bondad de ajuste (GFI); 3) el índice de bondad de ajuste ajustado (AGFI); 4) La raíz media cuadrada residual (RMR); 5) el índice de ajuste normativo (NFI); 6) el índice de ajuste no normativo (NNFI); y 7) la proporción del chi-cuadrada con los grados de libertad (X^2/df) (Annis, Sklar y Turner, 1990).

El modelo de ocho factores de primer orden fue probado contra la matriz de datos 50×50 para la muestra total usando el método de probabilidad máxima. Dada la sensibilidad de este procedimiento para la valoración de la normatividad (Curran & West, 1994). Los análisis estuvieron basados en una

correlación de matriz computarizada Pearson por PRELIS (una característica de LISREL).

Puesto que no se han realizado análisis previos del DTCQ, un análisis de factor exploratorio precedió el análisis de factor confirmatorio del modelo de ocho factores para identificar los problemas potenciales con el ajuste entre los datos y el modelo, y para explorar la posibilidad de modelos alternativos. Todos los factores de primer orden son correlacionados cada uno con el otro, donde las correlaciones están en el orden de .61 a .95.

Los siguientes modelos de segundo orden fueron estimados para la muestra total, basados en el trabajo previo teórico y/o empírico:

El modelo de factor de segundo orden tuvo el propósito de la parsimonia, empleando el modelo de dos factores de Marlatt "intrapersonal *vs* interpersonal".

Otro modelo de tres factores "negativas *vs* positivas/sociales *vs* pruebas/necesidades" basado en un análisis confirmatorio del Situational Confidence Questionnaire (SCQ; Annis & Graham, 1988). Y finalmente un modelo de tres factores "negativo *vs* positivo *vs* situaciones de tentación". En adición a la evidencia empírica que soporta los análisis se puede afirmar que este modelo es sustantivamente significativo en términos de utilidad clínica.

Lineamientos para la aplicación del DTCQ

Administración

El DTCQ puede administrarse ya sea en el formato de lápiz y papel o en el formato computarizado. En la versión de software, el DTCQ se presenta para cada sustancia a la vez, y se produce un reporte generado por computadora. En la versión de papel y lápiz, el administrador usa una forma de puntuación manual para registrar las respuestas del cliente y calcular las puntuaciones de las ocho subescalas. Las puntuaciones de las ocho subescalas pueden graficarse fácilmente

El cuestionario es autoaplicable, sin embargo, es recomendable que los administradores ayuden a los individuos aclarar sus dudas, para asegurar que entendieron las instrucciones. Si hay problemas de lectura o escritura u otras barreras, los individuos pueden completar el DTCQ con la asistencia del administrador.

Los individuos necesitarán aproximadamente 15 minutos para completar el cuestionario (en cualquiera de los dos formatos) para cada sustancia. Tanto la versión de lápiz y papel como la computarizada pueden administrarse de forma grupal o individual.

Los individuos pueden completar el DTCQ hasta con tres sustancias, que son designadas como su sustancia de abuso primara, secundaria y terciaria. El DTCQ tiene 10 clases de drogas: alcohol, cannabis, cocaína, alucinógenos, heroína, sedantes/hipnóticos, solventes, estimulantes, tranquilizantes y otros narcóticos.

Se les pide a los sujetos que se imaginen a sí mismos en cada una de las situaciones y que indiquen en la escala qué tan confiados están de resistirse a la necesidad de beber en exceso o usar una droga en particular en esa situación.

El administrador registra las repuestas del individuo en el formato correspondiente y calcula la puntuación de autoconfianza para cada una de las subescalas al calcular los porcentajes medios dados a las respuestas en cada subescala. Las ocho Puntuaciones de autoconfianza son graficadas.

El programa de computadora del DTCQ despliega una lista de 10 clases de drogas (alcohol, cannabis, cocaína, alucinógenos, heroína, sedantes/hipnóticos, solventes, estimulantes, tranquilizantes y otros narcóticos) y le pregunta al individuo el nombre de la sustancia que le está causando mayores problemas.

A continuación la computadora dará una serie de instrucciones que explican el cuestionario y la operación del teclado. Se les pide a los individuos que contesten cuidadosamente cada pregunta, y que se imaginen a sí mismos en cada una de las 50 situaciones, y que presionen el número que describa exactamente que tan confiado está de resistirse a la necesidad de beber o utilizar alguna droga.

El programa da puntuación a las respuestas y calcula la autoconfianza de las subescalas para cada sustancia y se despliegan en forma de una gráfica de barras.

Interpretación de las respuestas DTCQ del individuo

Ambos formatos del DTCQ pueden interpretarse desde dos perspectivas en términos de: 1) Puntuación de las subescalas de la confianza; 2) El perfil de la confianza de un individuo.

Puntuaciones de Autoconfianza

Las puntuaciones de las subescalas de autoconfianza, con un rango de 0% a 100%, indican la fortaleza que tiene un individuo para resistirse a la necesidad de beber en exceso o usar drogas dentro de cada tipo de situación. Por ejemplo, una puntuación de autoconfianza de 0% a 20% en una subescala el individuo tiene muy poca o nada de autoconfianza de resistirse a la necesidad de beber en exceso o usar drogas en este tipo de situación. Tal puntuación indica que las situaciones de este tipo presentan al individuo con un alto riesgo.

Por otro lado, una puntuación de autoconfianza del 80% en una subescala indica una autoconfianza muy alta en la habilidad que tiene un individuo para resistirse a la necesidad de beber en exceso ó usar drogas en este tipo de situación, y, consecuentemente, las situaciones de este tipo presentan un muy bajo riesgo para un individuo (Annis, Sklar y Turner, 1990).

Perfiles de Confianza del Individuo

Se puede construir una jerarquía de los porcentajes de autoconfianza clasificando las subescalas del DTCQ de acuerdo a las puntuaciones. Aquellas situaciones que son clasificadas como más altas representan las áreas del individuo de más alta autoconfianza en su habilidad para resistir la necesidad de beber en exceso o usar drogas.

El perfil puede verse en términos de las puntuaciones generales de los patrones. Por ejemplo, un patrón de puntuaciones elevadas puede ser categorizado en situaciones Negativas vs Positivas vs Tentación. Un individuo puede expresar baja autoconfianza en situaciones caracterizadas por necesidad y tentación, prueba del control personal y presión social; moderada autoconfianza en situaciones asociadas con emociones displacenteras, incomodidad física y conflicto con otros; y altos niveles de autoconfianza en relación con situaciones de emociones placenteras y tiempos placenteros con otros. Así, el Perfil de autoconfianza de un Individuo puede usarse para identificar las dimensiones de la autoeficacia relacionadas con el beber o tomar drogas.

Investigaciones relacionadas con el DTCQ

Se han realizado diversas investigaciones donde se ha empleado la teoría de la autoeficacia de Bandura (1977), ya que ésta tiene diversas aplicaciones en el manejo de diferentes conductas adictivas ayudando a identificar los niveles de autoeficacia de los individuos en su consumo.

Una de estas aplicaciones fue la investigación realizada por Gulliver y cols. en 1995, donde se evalúa a la autoeficacia, los patrones de apoyo y el estrés diario como predictores de la recaída de fumar en personas que dejaron por sí solas este hábito, concluyendo en esta investigación que la autoeficacia es un consistente predictor de la recaída cuando se controlan las conductas o las situaciones de la autoeficacia. Lo anterior fundamenta que la autoeficacia puede incrementar la predicción de recaídas.

Dentro de la teoría de Bandura se desarrolló un estudio por Rollnick y Heather en 1982, donde se explora la relevancia de esta teoría en los procesos de tratamiento del alcoholismo dirigido a la abstinencia, tratando de encontrar los problemas relacionados con los alcohólicos para así poder trabajar sobre estos aspectos desarrollando un tratamiento efectivo para todos, encontrando que era posible identificar y definir la eficacia en las expectativas para aplicar la abstinencia en el tratamiento, que el modelo de Bandura predice la ejecución de estrategias autoeficaces que promueven la abstinencia, en su mayoría basado en técnicas verbales.

Una aplicación más es el Situational Confidence Questionnaire (SCQ), desarrollado por Annis y Graham en 1988; se utiliza como una medida de autoeficacia en el consumo de alcohol, donde el individuo menciona qué tan confiado se siente de ser capaz de resistirse a beber en exceso en diferentes situaciones. Existe evidencia que apoya la validez y confiabilidad del SCQ demostrando que es sensible en la evaluación de los cambios en la autoeficacia dentro del tratamiento. Este cuestionario ha sido empleado con hombres y mujeres y con un amplio rango de grupos de edad, concluyendo de esta forma que el SCQ puede ser utilizado para estimar la estabilidad de los resultados después del tratamiento en alcohol (Addiction Research Foundation).

El avance que se ha dado en la investigación del consumo de drogas ha permitido generar trabajos que señalan la importancia de diferentes variables

que promueven el inicio y desarrollo de las conductas adictivas. Dentro de estos trabajos se hacen diversos planteamientos de aquellos factores que involucran a los sujetos en el consumo de drogas, entre los cuales podemos encontrar el ambiente social, los lazos de vínculo y apoyo de la persona (familia, escuela y amigos) y el ámbito personal (Flay y Petraitis, 1991; Medina-Mora, Villatoro, López, Berenzon, Carreño y Juárez, 1995; citado en Medina-Mora, Villatoro, López, Berenzon, Carreño, Juárez, Fleiz y Rojas, 1997).

Esto nos hace pensar que la familia, los amigos, la sociedad, el ambiente laboral, entre otros juegan un papel central en la formación de conductas adictivas. La literatura señala que la interrupción de los estudios, el ambiente familiar inestable y el tener amigos que incurren en actos antisociales o en el consumo de drogas incrementan la probabilidad de adquirir este tipo de conductas (Elliott, Huizinga y Ageton, 1985; López Lugo, 1994; Medina-Mora et. al. 1995). En este sentido la perspectiva del aprendizaje social menciona que la interacción con modelos de uso de drogas (padres, profesores o amigos) refuerzan la ocurrencia de la conducta de consumo (Bandura, 1986).

En general, podemos afirmar que la interacción de varios de esos factores elicit a que un individuo se involucre en las prácticas de consumo de sustancias psicoactivas o drogas (Dembo, Williams, Wothke y Schmeidler, 1994).

En nuestro país el uso y abuso de sustancias es uno de los principales problemas de salud pública (Medina-Mora y cols., 1993), donde es necesario incluir los tres niveles de prevención que incidan sobre todos los grupos sociales.

La prevención debe dirigirse a la protección y promoción de la salud de la población, mejorando el ambiente y previendo las consecuencias, eliminando riesgos y protegiendo a los grupos vulnerables. Una de las expectativas es reducir problemas en la salud actuando sobre grupos que tengan mayor probabilidad de presentar tales situaciones (Díaz-Leal, 1998).

Es por esto que el modelo de Salud Pública se dirige a los tres niveles de prevención: primaria, secundaria y terciaria. La primaria intenta evitar que la enfermedad se presente por medio de la promoción de la salud. La secundaria detiene el avance de la enfermedad y se sustenta en el diagnóstico

temprano y el tratamiento oportuno. Finalmente, la terciaria disminuye la incapacidad y ofrece tratamiento o rehabilitación (Díaz-Leal, 1998).

Los tres tipos de prevención actúan sobre los factores asociados al consumo de drogas y organizan las dimensiones a las que pertenecen para estructurar medidas adecuadas y reales dentro de los diferentes niveles, abordando todas aquellas áreas relacionadas a la problemática actual (Nazar, Tapia, Villa, León, Medina-Mora y Salvatierra, 1994).

Es importante mencionar que en México existe poca investigación con respecto a la creación de instrumentos sensibles, confiables y válidos en la valoración del consumo de drogas en general, así como en la particular evaluación de situaciones de riesgo de conductas adictivas y de los niveles de autoconfianza de abstinencia hacia el uso de sustancias psicoactivas.

Bajo este contexto el objetivo de esta tesis es obtener instrumentos sensibles, eficaces, confiables y apropiados que evalúen los factores asociados al consumo de sustancias, formando parte del desarrollo de intervenciones en el tratamiento de las adicciones, analizando situaciones de riesgo tanto particulares así como generales, además de las características y los niveles de autoconfianza con que cuenta cada individuo para resistirse al consumo de sustancias, las cuales proporcionan información que pudiera apoyar como una herramienta más a los tratamientos relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas, que afectan a su salud.

Por lo cual se propone la adaptación, validación y confiabilización de dos instrumentos a la población mexicana: el Inventory of Drug Taking Situations (Annis y Martín, 1985) que llamaremos Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas (ISCD), cuyo objetivo es detectar situaciones de riesgo de consumo de sustancias. Y el Drug Taking Confidence Questionnaire (Annis y Martín, 1988), llamado Cuestionario de Autoconfianza de Consumo de Drogas (CACD) el cual busca identificar el nivel de autoconfianza de no consumo de drogas en los usuarios.

METODO

1. INTRODUCCION
2. OBJETIVOS
3. METODOLOGIA
4. RESULTADOS
5. CONCLUSIONES
6. BIBLIOGRAFIA

Objetivos

Adaptar el *Inventory of Drug Taking Situations (IDTS)* y el *Drug Taking Confidence Questionnaire (DTCQ)*.

Validar y Confiabilizar el *Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas (ISCD)* y el *Cuestionario de Autoconfianza de Consumo de Drogas (CACD)*.

Sujetos

Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas (ISCD)

Se trabajó con 300 sujetos, tomando en cuenta a cientocincuenta consumidores de drogas, así como a cientocincuenta no usuarios de drogas.

La edad promedio de la muestra general fue de 26 años, con un rango de 14 a 76 años. La mayoría de los sujetos eran empleados, con un ingreso promedio de 5,067.14 pesos mensuales. Participaron 90 hombres y 60 mujeres.

Cuestionario de Autoconfianza de Consumo de Drogas (CACD)

Participaron 300 sujetos en esta investigación. Cientocincuenta de ellos eran consumidores de sustancias psicoactivas y los restantes eran no consumidores.

Dentro de esta investigación 100 sujetos pertenecían al sexo masculino y 50 al sexo femenino. La edad promedio de la muestra fue de 26 años, con un rango de 14 a 64 años, la mayoría de ellos se encontraba empleado, con un ingreso promedio de 3079.77 pesos.

Zona de aplicación

Distrito Federal, Estado de México y Areas conurbadas. Se contó con el apoyo del Centro de Servicios Psicológicos de la Facultad de Psicología, UNAM, de los Centros de Integración Juvenil (CIJ) Iztapalapa Centro, Iztapalapa Sur y Cuauhtémoc Poniente, Drogadictos Anónimos (DA), Alcohólicos Anónimos (AA), Instituciones de Asistencia Privada que se encuentran en las diferentes Delegaciones del Distrito Federal.

Material

Material de adaptación:

Cuestionarios de análisis de contenido.
Tarjetas de reactivos y subescalas.
Instrumentos de retrotraducción.

Material de aplicación:

Instrumentos adaptados al español (ISCD y CACD).
Lápices.

Instrumentos

Inventory of Drug Taking Situations (IDTS) - Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas (ISCD).

Drug Taking Confidence Questionnaire (DTCQ) - Cuestionario de Autoconfianza de Consumo de Drogas (CACD).

Procedimiento

De acuerdo al propósito de esta tesis es importante llevar a cabo un metódico y extenso procedimiento para que los resultados que se obtengan a partir de la adaptación y validación sean objetivos, y de esta manera poder realizar inferencias confiables y validas que intervengan tanto en el desarrollo de programas de intervención, así como de nuevas investigaciones.

Traducción del inglés al español: El primer paso del proceso de adaptación de los cuestionarios consistió en traducir los instrumentos del inglés al español, tratando de no cambiar el sentido en el que estaba descrito cada reactivo, así como su significado. Para esto se llevo a cabo la traducción de las palabras y frases coloquiales con el apoyo de 10 traductores por instrumento. La traducción total se realizó con la participación de expertos en ambos idiomas, así como en el área de las adicciones, tomando en cuenta la traducción de los coloquialismos y cuidando que la equivalencia lingüística se mantuviera lo más cercanamente posible al significado original de cada reactivo. Con este paso se

concluyó la traducción de los instrumentos lo cual dio la posibilidad de continuar con la etapa siguiente (retrotraducción).

Retrotraducción: La retrotraducción al inglés, se desarrolló con la participación de tres expertos (independientes del área de las adicciones) en ambas lenguas; con el objetivo principal de hacer una comparación entre el instrumento original y el obtenido a partir de la retrotraducción. Esto apoyó a determinar que el significado de cada reactivo se mantuviera en la traducción. Se hicieron las correcciones de retraducción necesarias para después realizar nuevamente una retrotraducción hasta lograr que cada reactivo fuera realmente equivalente en ambos idiomas. Finalmente con los reactivos equivalentes en ambos idiomas se elaboraron los instrumentos adecuados para poder ser evaluados a nuestra cultura.

Validez de contenido y aparente: El siguiente paso fue estructurar un cuestionario apto para evaluar y determinar el contenido y objetivo de cada instrumento a partir del jueceo. Se aplicó a cuatro expertos (jueces) en el área de las adicciones, teniendo como resultado final de esta fase la validez aparente y de contenido, la cual se refiere a estimar los objetivos y propósitos de los cuestionarios a partir de cada uno de los reactivos y en su conjunto, conociendo también a este tipo de validez como racional o lógica, tomando en cuenta que los objetivos de cada cuestionario correspondan a los reactivos incluidos en ellos. Para analizar si cada reactivo pertenecía a la categoría o subescala original determinada por los autores, se les solicitó a los jueces que realizaran una distribución de los reactivos en las diferentes subescalas en las que se encuentra dividido originalmente el instrumento (Emociones Placenteras y Displacenteras, Conflicto con Otros, Presión Social de Consumo, Malestar Físico, Necesidad y Tentación de Consumo, Prueba de Control Personal y Tiempo Placentero con Otros) para de esta forma obtener la validez aparente de forma completa y estructurada.

Piloteo: Una vez concluidas estas etapas se llevó a cabo el piloteo de cada instrumento, solicitando la participación de 24 sujetos, con la intención de cuidar la redacción del cuestionario para que fuera adecuada, además de fácil comprensión.

Creación de los instrumentos finales (*Ver anexo 1 y 2*).

Determinación del tamaño y la distribución de la muestra a evaluar: Como siguiente paso se determinó el tamaño de la muestra de tal manera que la cantidad de sujetos a la cual se aplicaran los instrumentos diera como resultado una distribución homogénea y equivalente, previendo sesgos en el análisis de datos, así mismo se determinaron las características de la muestra que se evaluó intentando examinar a todos los posibles tipos de población (sexo, edad,

escolaridad e ingresos mensuales estimados) que se encuentran en el Distrito Federal y Áreas conurbadas.

Posteriormente se realizó la selección de la muestra que tuvo como característica ser una muestra probabilística estratificada por conglomerado, determinando previamente los porcentajes de cada grupo de la muestra general, diferenciando a la población entre consumidores y no consumidores, definiendo las características de inclusión al grupo de consumidores como personas que consumieran algún tipo de droga ilegal, alfabetas y que fueran mayores de quince años. Para pertenecer al grupo de no consumidores se requería ser no usuario de drogas ilegales así como las características antes mencionadas; sin importar su sexo, nivel educativo y estrato social, con el objetivo de que el instrumento pudiera ser aplicado a cualquier consumidor de sustancias psicoactivas (Downie, 1973).

La distribución de la muestra para cada instrumento fue la siguiente:

Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas (ISCD)

El tamaño total de la muestra fue de 300 sujetos, 150 de ellos consumidores de sustancias o drogas ilegales, y los 150 restantes no usuarios de sustancias.

Cuestionario de Autoconfianza de Consumo de Drogas (CACD)

La muestra total fue de 300 sujetos contando con 150 consumidores de sustancias psicoactivas o drogas ilegales, y con 150 no usuarios de sustancias.

Finalmente se realizó la aplicación de los cuestionarios a la muestra meta. Para llevarla a cabo se contó con el apoyo del Centro de Servicios Psicológicos de la Facultad de Psicología, UNAM, de estudiantes que pertenecen al Programa Psicología de las Adicciones, dirigido por el Doctor Héctor Ayala Velázquez, Centros de Integración Juvenil (CIJ) Iztapalapa Centro, Iztapalapa Sur y Cuauhtémoc Poniente, Drogadictos Anónimos (DA), Alcohólicos Anónimos (AA), Instituciones de Asistencia Privada que se encuentran en las diferentes Delegaciones del Distrito Federal y Áreas conurbanas.

Para llevar a cabo la aplicación de los instrumentos en los diferentes Centros se solicitaba que los sujetos fueran alfabetas y que no estuvieran bajo los efectos de ninguna sustancia psicoactiva. Las instrucciones de aplicación en el caso del ISCD eran que reportaran su frecuencia de consumo durante los últimos doce meses y para el CACD eran reportar su capacidad de resistirse al consumo de drogas en las diferentes situaciones presentadas en el cuestionario.

**RESULTADOS DEL INVENTARIO
DE SITUACIONES DE CONSUMO
DE DROGAS (ISCD)**

El proceso de adaptación del Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas (ISCD), consistió en traducir el instrumento del idioma original (inglés) al español, tratando de no modificar el sentido y el significado en el que estaba escrito cada ítem. Se realizó la traducción de los coloquialismos (utilizados en la versión en inglés) con la colaboración de 10 traductores profesionales.

La traducción final se llevó a cabo con la participación de cuatro expertos en ambas lenguas, así como en el área de la farmacodependencia, tomando en cuenta los coloquialismos ya traducidos, cuidando la equivalencia lingüística para que se mantuviera el significado original de cada reactivo lo más parecido a la versión en inglés.

En la siguiente fase de la adaptación se realizó la retrotraducción al inglés del instrumento ya traducido al español, desarrollándose con el apoyo de tres expertos en ambos idiomas, independientes del área de las adicciones; con el propósito de comparar el instrumento original y el obtenido a partir de la retrotraducción. Así se pudo determinar que el significado de cada ítem mantuviera su equivalencia con el instrumento original. Se hicieron las correcciones necesarias de retraducción para nuevamente realizar otra retrotraducción para lograr que cada reactivo fuera realmente equivalente en ambos idiomas.

Se desarrolló un cuestionario que pudiera evaluar la validez aparente y de contenido, para determinar el objetivo del instrumento a partir del jueceo. Este cuestionario se aplicó a cuatro jueces, expertos en el área de las adicciones, estimando los objetivos y propósitos del cuestionario a partir de cada reactivo y en su conjunto; llamándole también a este tipo de validez *lógica o racional* (Thorndike, 1971), tomando en cuenta que los objetivos del instrumento correspondieran a los reactivos incluidos en él, para evaluar si cada reactivo pertenecía a la categoría o subescala original determinada por los autores.

De esta validez se obtuvo que un 83.3% de los jueces estuvo de acuerdo con que el objetivo del instrumento era evaluar la probabilidad de consumo de sustancias psicoactivas, mientras que un 16.6% señaló que era detectar situaciones de riesgo de consumo. En cuanto a la información que arrojó el instrumento se obtuvo un 83.3 % de acuerdo en que esta información se refiere a situaciones de riesgo emocionales, sociales, etc.

Se solicitó a los jueces que realizaran una distribución de los reactivos en las diferentes subescalas en las que estaba originalmente dividido el cuestionario, cuidando que éstos no conocieran la subescala a la que pertenecían los reactivos en el instrumento original. Se llevó a cabo la evaluación de los reactivos de acuerdo a la subescala a la que pertenecían originalmente. En esta etapa los jueces distribuyeron cada ítem en las subescalas que consideraron pertenecía cada reactivo. Se obtuvo el 93.4% de coincidencia de los reactivos con la subescala original.

Al final de este proceso se efectuaron tres piloteos del cuestionario, teniendo en total 12 sujetos en esta fase. El objetivo fue cuidar la redacción del instrumento, realizando las correcciones necesarias para que fuera adecuado y de fácil comprensión.

Se obtuvo el instrumento adaptado y listo para su aplicación y se determinó que la muestra fuera de 300 sujetos, 150 consumidores de drogas y 150 no consumidores. La definición de las condiciones de selección de la muestra total se realizó previendo que los sesgos no contaminaran la muestra.

La aplicación del instrumento se realizó en el Distrito Federal y áreas conurbadas.

Para llevar a cabo la aplicación del cuestionario se contó con el apoyo del Centro de Servicios Psicológicos de la Facultad de Psicología (UNAM), de estudiantes que pertenecen al Programa Psicología de las Adicciones. Los cuestionarios se aplicaron en los Centros de Integración Juvenil (CIJ) contando con la colaboración de CIJ, Cuauhtémoc Poniente, Iztapalapa Sur y Centro, Instituciones de Asistencia Privada, Drogadictos Anónimos (DA), Alcohólicos

Anónimos (AA), todos ellos dedicados a la atención y tratamiento de las adicciones.

Para hacer el análisis de resultados se empleo el programa estadístico SPSS versión ocho.

En la primera fase se obtuvo la consistencia interna del instrumento con el coeficiente estadístico Alfa de Cronbach aplicándola a las trescientas respuestas de cada uno de los reactivos, dando como resultado un índice de .9861 de consistencia (Ver tabla 9)

Tabla 9. Escala de análisis de confiabilidad (alpha)

Media	Varianza	Desviación Estándar	Número de Variables
96.04	2193.64	46.83	60

Número de casos = 300

Nivel Alpha = .9861

Reactivo estandarizado alpha = .9865

Para estimar la confiabilidad del instrumento se trabajó con 100 sujetos utilizando el procedimiento test- retest, con el cual se obtiene la estabilidad temporal de cada uno de los reactivos haciendo uso del método de Crosstabs éste fue empleado por el nivel intervalar de medición con que cuenta el instrumento, ya que brinda la información necesaria para analizar de manera eficaz la consistencia temporal de cada ítem del instrumento, obteniendo una phi para cada uno de los ítems en donde se observo un nivel de significancia de .000 en los 60 reactivos que contiene el cuestionario (Ver tabla 10).

Tabla 10. Estabilidad Temporal.

Reactivo	Contenido	PHI	CRAMER	Significancia
1	Me sentí feliz	1.244	.718	.000
2	Quise usarla con moderación	1.260	.727	.000
3	Me sentí tembloroso	1.067	.616	.000
4	Donde antes la consumí	1.122	.648	.000
5	Estaba deprimido	1.160	.669	.000
6	Encontré viejos amigos	1.198	.692	.000
7	Me sentí tenso	1.010	.583	.000
8	Sentí inapropiado rehusarme	.840	.485	.000
9	Quise tener más energía	.912	.527	.000
10	Me sentí culpable	1.042	.602	.000

Reactivo	Contenido	PHI	CRAMER	Significancia
11	Me sentí seguro	.918	.530	.000
12	Probar que no era un problema	.880	.622	.000
13	Me sentí enfermo	.869	.502	.000
14	Inesperadamente la encontré	1.014	.585	.000
15	No tenía a dónde acudir	1.228	.709	.000
16	Quisimos sentirnos más unidos	1.416	.818	.000
17	Incapaz de expresarme	1.276	.737	.000
18	Salí con amigos	1.227	.708	.000
19	Mi familia me estaba presionando	1.410	.814	.000
20	Quise bajar de peso	1.340	.803	.000
21	Me sentí emocionado	1.132	.654	.000
22	Probar consumirla ocasionalmente	1.018	.588	.000
23	Sentí náuseas	.993	.573	.000
24	Vi algo que me la recordó	1.179	.680	.000
25	Me dejé fracasar	1.155	.667	.000
26	Para divertirme más	1.147	.662	.000
27	Otros me rechazaron	1.195	.690	.000
28	Quise unirme al grupo	.883	.510	.000
29	Me sentí abrumado	.973	.561	.000
30	No podía ser lo que esperaban	1.257	.726	.000
31	Me sentí satisfecho	1.095	.632	.000
32	Probar que podía estar con amigos	.991	.572	.000
33	Tuve problemas al dormir	1.032	.596	.000
34	Estaba bebiendo y consumí	1.183	.683	.000
35	Estaba aburrido	1.363	.787	.000
36	Quise celebrar con un amigo	1.088	.628	.000
37	No les caía bien a otros	1.357	.784	.000
38	Me presionaron para usarla	.914	.528	.000
39	Tuve dolor de cabeza	.875	.505	.000
40	Estaba enojado	.980	.566	.000
41	Recordé cosas buenas	1.045	.604	.000
42	Probar que podía estar en lugares	.932	.538	.000
43	Quise mantenerme despierto	.863	.498	.000
44	Escuché hablar de sus experiencias	.961	.555	.000
45	Me senti solitario	1.414	.816	.000
46	Aumentar mi placer sexual	1.352	.781	.000
47	Alguien me trató injustamente	1.325	.765	.000
48	Todos estaban consumiendo	1.173	.677	.000
49	No me estaba llevando bien	1.175	.679	.000
50	Tuve algún dolor físico	.722	.417	.000
51	Estaba indeciso	1.170	.676	.000
52	Había pleitos	1.230	.710	.000
53	Quise estar más alerta	.821	.474	.000
54	Recordé qué buen acclere	1.100	.635	.000

Reactivo	Contenido	PHI	CRAMER	Significancia
55	Me sentí ansioso	1.230	.710	.000
56	Necesitaba coraje	1.243	.718	.000
57	Alguien interfirió conmigo	1.218	.703	.000
58	Alguien trató de controlarme	1.137	.657	.000
59	Otro estaba insatisfecho conmigo	1.131	.653	.000
60	Me hostigaron	1.271	.734	.000

Además se evaluó la validez utilizando el procedimiento de discriminación entre grupos contrastados, para determinar si los reactivos del instrumento discriminaban entre los sujetos consumidores y no consumidores, empleando la prueba estadística *t* de student para muestras independientes resultando significativos todos los reactivos del inventario (Ver tabla 11).

Tabla 11. Poder discriminante de la prueba *t* de student.

Reactivo	Contenido	F	t	Significancia
1	Me sentí feliz	332.61	13.147	.000
2	Quise usarla con moderación	42.96	6.809	.000
3	Me sentí tembloroso	459.24	10.46	.000
4	Donde antes la consumí	63.56	7.97	.000
5	Estaba deprimido	662.80	16.45	.000
6	Encontré viejos amigos	531.00	16.47	.000
7	Me sentí tenso	411.70	9.18	.000
8	Sentí inapropiado rehusarme	150.61	8.96	.000
9	Quise tener más energía	419.85	13.80	.000
10	Me sentí culpable	612.51	13.75	.000
11	Me sentí seguro	374.61	12.22	.000
12	Probar que no era un problema	384.64	9.71	.000
13	Me sentí enfermo	343.47	13.23	.000
14	Inesperadamente la encontré	821.05	12.99	.000
15	No tenía a dónde acudir	636.12	14.58	.000
16	Quisimos sentirnos más unidos	636.12	15.43	.000
17	Incapaz de expresarme	516.71	11.60	.000
18	Salí con amigos	542.35	14.33	.000
19	Mi familia me estaba presionando	776.20	13.50	.000
20	Quise bajar de peso	287.31	7.65	.000
21	Me sentí emocionado	626.27	13.78	.000
22	Probar consumirla ocasionalmente	480.86	13.64	.000
23	Sentí náuseas	384.61	8.83	.000
24	Vi algo que me la recordó	664.02	15.97	.000
25	Me dejé fracasar	800.37	14.25	.000
26	Para divertirme más	721.64	15.37	.000

Reactivo	Contenido	F	t	Significancia
27	Otros me rechazaron	439.54	11.21	.000
28	Quise unirme al grupo	467.53	12.62	.000
29	Me sentí abrumado	291.44	10.11	.000
30	No podía ser lo que esperaban	710.89	11.74	.000
31	Me sentí satisfecho	704.65	11.84	.000
32	Probar que podía estar con amigos	325.40	11.93	.000
33	Tuve problemas al dormir	406.82	11.02	.000
34	Estaba bebiendo y consumi	732.92	15.95	.000
35	Estaba aburrido	672.05	14.25	.000
36	Quise celebrar con un amigo	605.38	15.50	.000
37	No les caía bien a otros	460.76	9.82	.000
38	Me presionaron para usarla	229.22	8.08	.000
39	Tuve dolor de cabeza	431.15	9.17	.000
40	Estaba enojado	624.41	15.04	.000
41	Recordé cosas buenas	429.49	11.58	.000
42	Probar que podía estar en lugares	306.57	10.51	.000
43	Quise mantenerme despierto	601.48	12.46	.000
44	Escuché hablar de sus experiencias	430.60	11.66	.000
45	Me sentí solitario	676.42	16.60	.000
46	Aumentar mi placer sexual	438.54	11.37	.000
47	Alguien me trató injustamente	194.26	10.19	.000
48	Todos estaban consumiendo	616.51	17.71	.000
49	No me estaba llevando bien	376.62	9.79	.000
50	Tuve algún dolor físico	459.90	9.94	.000
51	Estaba indeciso	512.73	12.99	.000
52	Había pleitos	628.48	13.82	.000
53	Quise estar más alerta	861.27	12.93	.000
54	Recordé qué buen acelere	733.24	15.44	.000
55	Me sentí ansioso	775.79	16.51	.000
56	Necesitaba coraje	764.20	11.47	.000
57	Alguien interfirió conmigo	397.79	10.57	.000
58	Alguien trató de controlarme	757.32	12.15	.000
59	Otro estaba insatisfecho conmigo	381.11	9.76	.000
60	Me hostigaron	539.76	11.55	.000

Finalmente se realizó un análisis factorial con rotación varimax donde se agruparon los reactivos en un sólo factor, su valor *eigen* es de 33.92, que explica el grado de varianza de los reactivos de acuerdo a su peso factorial en el primer componente. Este análisis se realizó con el objetivo de evaluar la distribución de los reactivos del cuestionario (Ver tabla 12).

Tabla 12. Componentes Factoriales

Reactivo	Contenido	Peso Factorial
1	Me sentí feliz	.612
2	Quise usarla con moderación	.504
3	Me sentí tembloroso	.742
4	Donde antes la consumí	.521
5	Estaba deprimido	.891
6	Encontré viejos amigos	.797
7	Me sentí tenso	.725
8	Sentí inapropiado rehusarme	.592
9	Quise tener más energía	.738
10	Me sentí culpable	.815
11	Me sentí seguro	.609
12	Probar que no era un problema	.716
13	Me sentí enfermo	.742
14	Inesperadamente la encontré	.699
15	No tenía a dónde acudir	.847
16	Quisimos sentirnos más unidos	.796
17	Incapaz de expresarme	.803
18	Salí con amigos	.823
19	Mi familia me estaba presionando	.845
20	Quise bajar de peso	.553
21	Me sentí emocionado	.745
22	Probar consumirla ocasionalmente	.767
23	Sentí náuseas	.588
24	Vi algo que me la recordó	.872
25	Me dejé fracasar	.827
26	Para divertirme más	.824
27	Otros me rechazaron	.826
28	Quise unirme al grupo	.764
29	Me sentí abrumado	.699
30	No podía ser lo que esperaban	.752
31	Me sentí satisfecho	.603
32	Probar que podía estar con amigos	.708
33	Tuve problemas al dormir	.696
34	Estaba bebiendo y consumí	.789
35	Estaba aburrido	.793
36	Quise celebrar con un amigo	.806
37	No les caía bien a otros	.736
38	Me presionaron para usarla	.583
39	Tuve dolor de cabeza	.683
40	Estaba enojado	.798
41	Recordé cosas buenas	.747
42	Probar que podía estar en lugares	.719
43	Quise mantenerme despierto	.763

Reactivo	Contenido	Peso Factorial
44	Escuché hablar de sus experiencias	.759
45	Me senti solitario	.836
46	Aumentar mi placer sexual	.666
47	Alguien me trató injustamente	.649
48	Todos estaban consumiendo	.804
49	No me estaba llevando bien	.713
50	Tuve algún dolor físico	.751
51	Estaba indeciso	.844
52	Había pleitos	.784
53	Quise estar más alerta	.804
54	Recordé qué buen acelere	.825
55	Me senti ansioso	.876
56	Necesitaba coraje	.812
57	Alguien interfirió conmigo	.838
58	Alguien trató de controlarme	.783
59	Otro estaba insatisfecho conmigo	.798
60	Me hostigaron	.793

A continuación se presentan las características de la muestra:

La edad promedio de la muestra general (consumidores y no consumidores) fue de 26.71 años, con un rango de 14 a 76 años. La mayoría de los sujetos están empleados, con un ingreso promedio de 5,067.14 pesos mensuales, con un rango de 0 a 40,000 pesos mensuales.

El grupo de Consumidores tiene una edad promedio de 23.39 años, con un rango de 14 a 49 años, los ingresos promedio de este grupo son de \$3549.23 con un rango de 0 a 40,000 pesos mensuales.

El grupo de No Consumidores tiene una edad media de 30 años, con un rango de 16 a 76 años de edad. En cuanto a los ingresos se obtuvo una media de \$6382.67 con un rango de 0 a 30,000 pesos al mes.

En la categoría sexo se puede observar que el 82% de los consumidores pertenecen al sexo masculino, así como el 60.66% de la muestra de no consumidores son mujeres.

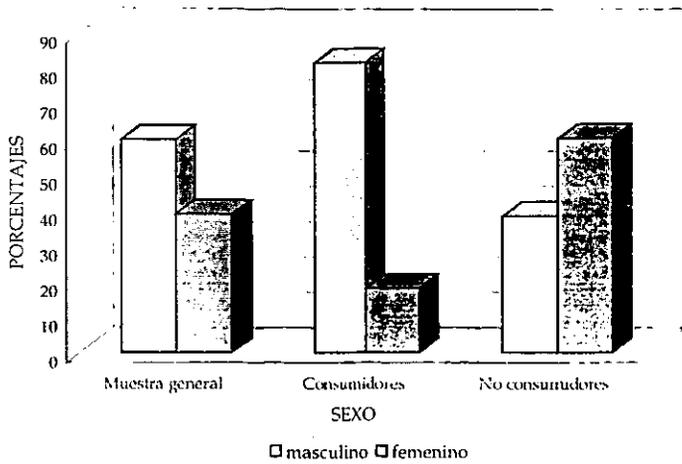


Figura 1. Distribución de los porcentajes en la categoría sexo.

El grupo de consumidores en su mayoría (46.66%) tiene el nivel escolar de bachillerato y el 42.66% de los no consumidores tiene nivel profesional.

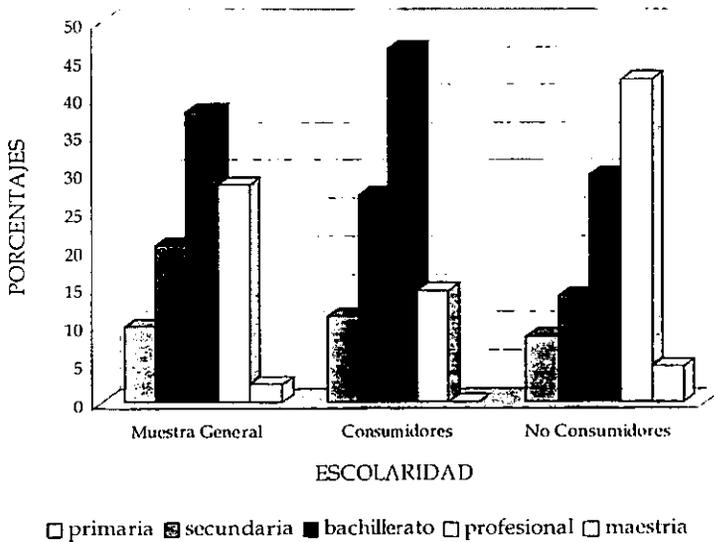


Figura 2. Distribución del nivel escolar.

Se puede observar que la mayoría de los consumidores son empleados (62.66%) así mismo los no consumidores con un 60%.

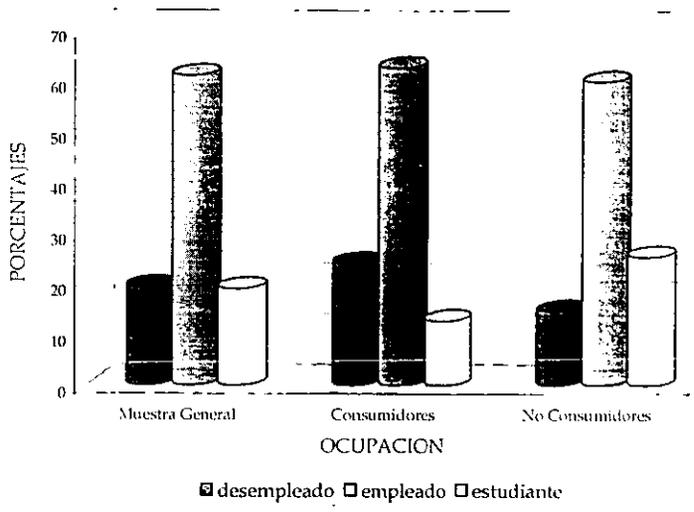


Figura 3. Distribución de la ocupación de la muestra.

El tipo de droga que más se consume son los estimulantes con un 48%.

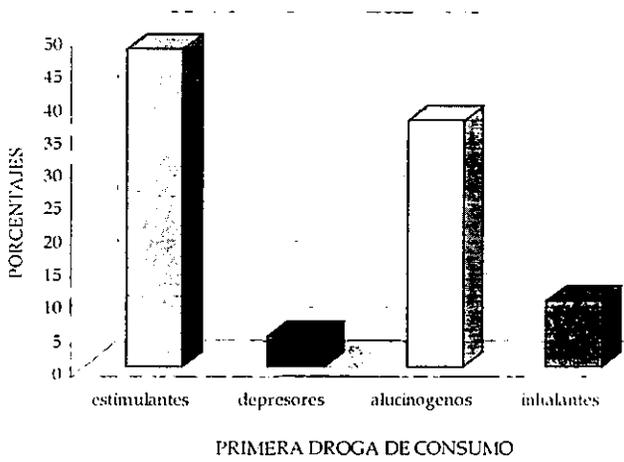


Figura 4. Distribución del primer tipo de droga de consumo.

En esta categoría sólo el 62.67% de la muestra consume una segunda droga y de ésta el tipo de droga de mayor consumo fueron los estimulantes (32%).

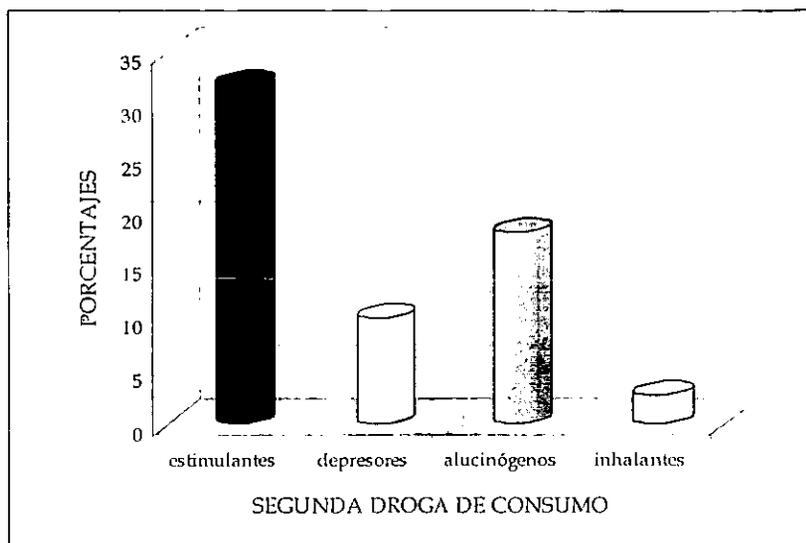


Figura 5. Distribución del segundo tipo de droga de consumo.

El cuestionario quedó constituido por sus 60 reactivos originales, ya que en su conjunto presentaron un índice de consistencia interna alfa de .98. Todos los reactivos que conforman el inventario evalúan las situaciones de riesgo de consumo de drogas en situaciones específicas, donde las puntuaciones altas representan alto riesgo de consumo y las puntuaciones bajas representan un bajo riesgo de uso y abuso de sustancias (Ver anexo 1).

**RESULTADOS DEL CUESTIONARIO
DE AUTOCONFIANZA DE CONSUMO
DE DROGAS (CACD)**

El proceso de adaptación del Cuestionario de Autoconfianza de Consumo de Drogas (CACD), consistió en traducir el instrumento del inglés al español, tratando de no cambiar el sentido y el significado en el que estaba descrito cada reactivo. Para esto se llevó a cabo la traducción de las palabras y frases coloquiales del idioma inglés con la colaboración de 10 traductores profesionales. La traducción final se realizó con la participación de cuatro expertos en ambos idiomas, así como en el área de las adicciones, tomando en cuenta la traducción de los coloquialismos y cuidando que la equivalencia lingüística se mantuviera lo más cercanamente posible al significado original de cada reactivo.

La retrotraducción al inglés del instrumento ya traducido al español, se desarrolló con el apoyo de tres expertos en ambas lenguas, independientes del área de las adicciones; con el objetivo de comparar el instrumento original y el obtenido a partir de la retrotraducción. Con esto se determinó que el significado de cada reactivo mantuvo su equivalencia con el instrumento original. Se efectuaron las correcciones necesarias de retraducción para nuevamente realizar otra retrotraducción para lograr que cada reactivo fuera realmente equivalente en ambos idiomas.

El siguiente paso fue desarrollar un cuestionario apto para evaluar la validez de aparente y de contenido, para determinar el objetivo del instrumento a partir del juicio. Este cuestionario se aplicó a cuatro jueces, expertos en el área de las adicciones, para poder estimar los objetivos y propósitos del cuestionario a partir de cada uno de sus reactivos y en su conjunto; conociendo también a este tipo de validez como racional o lógica, tomando en cuenta que los propósitos del cuestionario correspondieran a los reactivos incluidos en él. Para analizar si cada reactivo pertenecía a la categoría o subescala original determinada por los autores, se les solicitó a los jueces que realizaran una distribución de los reactivos en las diferentes subescalas en las que se encuentra dividido originalmente el instrumento, cuidando que ellos no conocieran a qué subescala pertenecía cada reactivo en el instrumento original.

Teniendo como resultado de esta validez un 100% de acuerdo en cuanto al objetivo del instrumento que es evaluar la autoconfianza de consumo; y un 83.30% de acuerdo en que la información que arroja el cuestionario se refiere a situaciones personales y sociales de riesgo de consumo, y un 16.60% menciona que la información del instrumento se refiere a los recursos empleados para enfrentar los riesgos de consumo.

Se hizo la evaluación de los reactivos de acuerdo a la subescala a la que originalmente pertenecían, los jueces distribuyeron cada reactivo en las subescalas que ellos consideraron que pertenecía cada ítem. Teniendo como resultado que el 6.66 por ciento de los reactivos no coincidieron con la subescala a la que originalmente pertenecían.

Una vez concluidas estas etapas del proceso se efectuaron tres piloteos del instrumento, teniendo en total 12 sujetos en esta fase, con la intención de cuidar la redacción del cuestionario, haciendo las correcciones necesarias para que finalmente el instrumento fuera adecuado y además de fácil comprensión (*Ver anexo 2*)

Al obtener finalmente el instrumento adaptado y listo para su aplicación, se determinó el tamaño de la muestra la cual correspondió a 300 sujetos, distribuyéndola en 150 consumidores de sustancias psicoactivas o drogas y 150 no consumidores. La definición de las condiciones de la selección de la muestra total se realizó previendo sesgos en los resultados para que no se contaminara la muestra.

La muestra tuvo como característica ser de cuota, ya que se decidió previamente aplicar a 300 sujetos.

La aplicación del instrumento se realizó en el Distrito Federal y áreas conurbadas.

Para llevar a cabo la aplicación del cuestionario se contó con el apoyo del Centro de Servicios Psicológicos de la Facultad de Psicología, UNAM, de estudiantes que pertenecen al Programa Psicología de las Adicciones, de Centros de Integración Juvenil (CIJ) contando con la colaboración de CIJ, Cuauhtemoc Poniente, Iztapalapa Sur y Centro, Intituciones de Asistencia Privada, Drogadictos Anónimos (DA), Alcohólicos Anónimos (AA), todos ellos dedicados a la atención y tratamiento de las adicciones.

En el análisis de resultados realizado para evaluar las características del instrumento, se utilizó el programa estadístico SPSS (versión 8). Como primer paso se estimó la consistencia interna empleando el coeficiente estadístico Alfa de Cronbach teniendo como resultado un índice de .9941 de consistencia interna en sus reactivos (Ver tabla 13).

Tabla 13. Escala de Análisis de Confiabilidad.

Media	Varianza	Desviación Estándar	Número de Variables
268.0135	9345.7498	96.6734	60

N de Casos = 300

Alfa = .9941

Reactivo Estandarizado alfa = .9941

Para evaluar la confiabilidad se trabajó con 100 sujetos, utilizándose el procedimiento test - retest para obtener la estabilidad temporal de cada uno de los 60 reactivos, empleando el procedimiento conocido como Crosstabs obteniendo una Phi para cada reactivo debido al nivel de medición intervalar con que cuenta el instrumento, tal prueba da la información necesaria para evaluar de manera eficaz la consistencia temporal de cada reactivo del cuestionario, y de esta forma poder realizar de manera objetiva las inferencias de los resultados, obteniéndose un nivel de significancia de .000 en todos los ítems que contiene el instrumento, (Ver tabla 14).

Tabla 14. Estabilidad Temporal.

Reactivo	Contenido	PHI	CRAMER	Significancia
1	Me sintiera feliz	1.133	.507	.000
2	Usarla con moderación	1.152	.515	.000
3	Me sintiera tembloroso	1.305	.584	.000
4	Donde antes consumi	1.276	.571	.000
5	Estuviera deprimido	1.059	.474	.000
6	Encontrara con viejos amigos	1.235	.552	.000

Reactivo	Contenido	PHI	CRAMER	Significancia
7	Me sintiera tenso	1.050	.469	.000
8	Es inapropiado rehusarme	1.123	.502	.000
9	Quisiera tener más energía	1.101	.492	.000
10	Sintiera culpable	1.118	.500	.000
11	Sintiera seguro y relajado	1.211	.541	.000
12	Probarme que no es problema	1.197	.535	.000
13	Sintiera enfermo	.982	.439	.000
14	Inesperadamente la encontré	1.066	.477	.000
15	No tengo a dónde acudir	1.136	.508	.000
16	Encontrara amigo cercano	1.153	.516	.000
17	Incapaz de expresarme	1.182	.529	.000
18	Si saliera con amigos	.987	.441	.000
19	Mi familia me presiona	1.068	.478	.000
20	Quisiera bajar de peso	1.151	.515	.000
21	Sintiera emocionado	1.000	.447	.000
22	Probarme consumirla en ocasiones	1.035	.463	.000
23	Sintiera náuseas	1.105	.494	.000
24	Viera algo que me la recordara	1.135	.507	.000
25	Me dejé fracasar	1.018	.455	.000
26	Quisiera divertirme más	1.318	.589	.000
27	Si otros me rechazaran	1.125	.503	.000
28	Quisiera unirme al grupo	1.135	.508	.000
29	Sintiera abrumado	1.165	.521	.000
30	No puedo ser lo que esperan	1.136	.508	.000
31	Sintiera satisfecho	1.105	.494	.000
32	Probar estar con amigos	1.168	.522	.000
33	Tuviera problemas al dormir	1.134	.507	.000
34	Bebiendo y consumirla	1.102	.493	.000
35	Estuviera aburrido	1.111	.497	.000
36	Celebrar con un amigo	1.211	.542	.000
37	No les caigo bien	1.163	.520	.000
38	Me presionaran para usarla	1.202	.538	.000
39	Tuviera dolor de cabeza	1.059	.474	.000
40	Estuviera enojado	1.042	.466	.000
41	Recordara cosas buenas	1.106	.495	.000
42	Si puedo estar en lugares	1.115	.499	.000
43	Mantenerme despierto	1.197	.535	.000
44	Escuchara experiencias	1.077	.482	.000
45	Sintiera solitario	1.184	.530	.000
46	Aumentar mi placer sexual	1.195	.534	.000
47	Me tratara injustamente	1.239	.554	.000
48	Todos estuvieran consumiendo	1.087	.486	.000
49	No me llevara bien con alguien	1.171	.524	.000
50	Tuviera dolor físico	1.037	.464	.000

Reactivo	Contenido	PHI	CRAMER	Significancia
51	Estuviera indeciso	1.071	.479	.000
52	Hubiera pleitos	1.002	.448	.000
53	Estar más alerta	1.218	.545	.000
54	Recordar qué buen acelere	1.087	.486	.000
55	Sintiera ansioso	1.162	.520	.000
56	Necesitara coraje	1.087	.486	.000
57	Alguien interfiriera	1.159	.518	.000
58	Alguien tratara de controlarme	.997	.446	.000
59	Alguien insatisfecho conmigo	1.079	.482	.000
60	Me hostigaran	1.106	.495	.000

Como siguiente paso se calculó la validez utilizando el procedimiento de discriminación entre grupos contrastados, con el objetivo de evaluar si los reactivos eran capaces de diferenciar a los sujetos consumidores de los no consumidores, empleando para ello la prueba estadística *t de student* para muestras independientes analizando de esta forma el nivel de discriminación en cada reactivo obteniendo un nivel de significancia de .000 en cada uno de ellos (Ver tabla 15).

Tabla 15. Poder Discriminatorio.

Reactivo	Contenido	F	t	Significancia
1	Me sintiera feliz	287.539	-15.370	.000
2	Usarla con moderación	103.928	-16.201	.000
3	Me sintiera tembloroso	132.164	-15.657	.000
4	Donde antes consumí	91.770	-16.731	.000
5	Estuviera deprimido	81.674	-14.936	.000
6	Encontrara con viejos amigos	134.427	-17.542	.000
7	Me sintiera tenso	183.057	-15.248	.000
8	Es inapropiado rehusarme	150.407	-16.815	.000
9	Quisiera tener más energía	159.175	-14.919	.000
10	Sintiera culpable	136.059	-14.700	.000
11	Sintiera seguro y relajado	273.301	-14.470	.000
12	Probarme que no es problema	150.545	-15.490	.000
13	Sintiera enfermo	107.303	-13.530	.000
14	Inesperadamente la encontré	127.533	-16.195	.000
15	No tengo a dónde acudir	92.589	-13.121	.000
16	Encontrara amigo cercano	181.991	-15.436	.000
17	Incapaz de expresarme	152.044	-14.309	.000
18	Si saliera con amigos	130.566	-16.016	.000
19	Mi familia me presiona	151.854	-13.874	.000
20	Quisiera bajar de peso	127.946	-12.865	.000
21	Sintiera emocionado	218.215	-13.829	.000

Reactivo	Contenido	F	t	Significancia
22	Probarme consumirla en ocasiones	181.337	-14.805	.000
23	Sintiera náuseas	242.365	-14.726	.000
24	Viera algo que me la recordara	159.554	-15.661	.000
25	Me dejé fracasar	75.257	-14.086	.000
26	Quisiera divertirme más	201.866	-15.758	.000
27	Si otros me rechazaran	184.886	-14.895	.000
28	Quisiera unirme al grupo	139.168	-16.607	.000
29	Sintiera abrumado	106.444	-15.036	.000
30	No puedo ser lo que esperan	103.165	-14.911	.000
31	Sintiera satisfecho	237.801	-12.817	.000
32	Probar estar con amigos	284.168	-16.506	.000
33	Tuviera problemas al dormir	159.583	-13.517	.000
34	Bebiendo y consumirla	158.821	-17.827	.000
35	Estuviera aburrido	295.179	-15.474	.000
36	Celebrar con un amigo	189.867	-17.502	.000
37	No les caigo bien	256.888	-16.358	.000
38	Me presionaran para usarla	159.640	-16.644	.000
39	Tuviera dolor de cabeza	203.415	-13.807	.000
40	Estuviera enojado	181.154	-14.788	.000
41	Recordara cosas buenas	308.395	-15.441	.000
42	Si puedo estar en lugares	284.965	-17.814	.000
43	Mantenerme despierto	243.027	-15.243	.000
44	Escuchara experiencias	268.834	-16.691	.000
45	Sintiera solitario	175.013	-14.694	.000
46	Aumentar mi placer sexual	263.798	-15.924	.000
47	Me tratara injustamente	258.567	-15.514	.000
48	Todos estuvieran consumiendo	166.569	-17.847	.000
49	No me llevara bien con alguien	258.832	-16.767	.000
50	Tuviera dolor físico	110.282	-12.227	.000
51	Estuviera indeciso	144.959	-15.180	.000
52	Hubiera pleitos	165.273	-15.030	.000
53	Estar más alerta	220.664	-15.385	.000
54	Recordar qué buen acelere	165.745	-17.295	.000
55	Sintiera ansioso	138.092	-15.615	.000
56	Necesitara coraje	210.136	-14.137	.000
57	Alguien interfiriera	221.654	-14.914	.000
58	Alguien tratara de controlarme	231.442	-14.202	.000
59	Alguien insatisfecho conmigo	218.932	-14.410	.000
60	Me hostigaran	211.466	-14.814	.000

Finalmente se realizó un análisis factorial con rotación varimax con el objetivo de ver cómo se distribuían los reactivos además de cuál era la organización del instrumento, obteniendo de este análisis un componente de distribución, explicándose hasta este primer componente el 44.56 de la varianza,

en la tabla se muestran los pesos factoriales de cada uno de los reactivos dentro de este primer factor (Ver tabla 16).

Tabla 16. Distribución del Análisis Factorial.

Reactivo	Contenido	Peso Factorial
1	Me sintiera feliz	.759
2	Usarla con moderación	.759
3	Me sintiera tembloroso	.826
4	Donde antes consumí	.838
5	Estuviera deprimido	.787
6	Encontrara con viejos amigos	.780
7	Me sintiera tenso	.879
8	Es inapropiado rehusarme	.851
9	Quisiera tener más energía	.850
10	Sintiera culpable	.849
11	Sintiera seguro y relajado	.787
12	Probarme que no es problema	.824
13	Sintiera enfermo	.846
14	Inesperadamente la encontré	.852
15	No tengo a dónde acudir	.838
16	Encontrara amigo cercano	.860
17	Incapaz de expresarme	.873
18	Si saliera con amigos	.878
19	Mi familia me presiona	.830
20	Quisiera bajar de peso	.813
21	Sintiera emocionado	.862
22	Probarme consumirla en ocasiones	.823
23	Sintiera náuseas	.858
24	Viera algo que me la recordara	.884
25	Me dejé fracasar	.865
26	Quisiera divertirme más	.872
27	Si otros me rechazaran	.885
28	Quisiera unirme al grupo	.906
29	Sintiera abrumado	.888
30	No puedo ser lo que esperan	.870
31	Sintiera satisfecho	.755
32	Probar estar con amigos	.842
33	Fuiera problemas al dormir	.874
34	Bebiendo y consumirla	.846
35	Estuviera aburrido	.887
36	Celebrar con un amigo	.894
37	No les caigo bien	.917
38	Me presionarían para usarla	.882
39	Fuiera dolor de cabeza	.865
40	Estuviera enojado	.906

Reactivo	Contenido	Peso Factorial
41	Recordara cosas buenas	.870
42	Si puedo estar en lugares	.878
43	Mantenerme despierto	.871
44	Escuchara experiencias	.889
45	Sintiera solitario	.891
46	Aumentar mi placer sexual	.864
47	Me tratara injustamente	.918
48	Todos estuvieran consumiendo	.873
49	No me llevara bien con alguien	.916
50	Tuviera dolor físico	.856
51	Estuviera indeciso	.891
52	Hubiera pleitos	.876
53	Estar más alerta	.860
54	Recordar qué buen acelere	.898
55	Sintiera ansioso	.917
56	Necesitara coraje	.891
57	Alguien interfiriera	.900
58	Alguien tratara de controlarme	.869
59	Alguien insatisfecho conmigo	.885
60	Me hostigaran	.890

A continuación se presentan las características de la muestra:

La edad promedio de la muestra general (consumidores y no consumidores) es de 26.68 años, con un rango de 14 a 64 años, la mayoría de ellos se encuentra empleado, con un rango de 0 a 25,000 pesos de ingresos mensuales, con un promedio de 3079.77 pesos mensuales.

Mientras que el grupo de Consumidores tenía una edad promedio de 25.62 años, con un rango de 14 a 51 años, los ingresos se distribuyen en un rango de 0 a 25000 pesos mensuales, cuyo promedio de este grupo fue de \$3256.36.

En cuanto el grupo de No Consumidores, éste tenía una edad media de 27.75 años, con un rango de 15 a 64 años de edad. Los ingresos se encuentran en un rango de 0 a 24000 pesos al mes obteniéndose una media de \$2921.48.

En la categoría sexo se observa un mayor porcentaje de hombres en el grupo de consumidores (89.33%) que en el grupo de no consumidores (52.66%) (Ver figura 6).

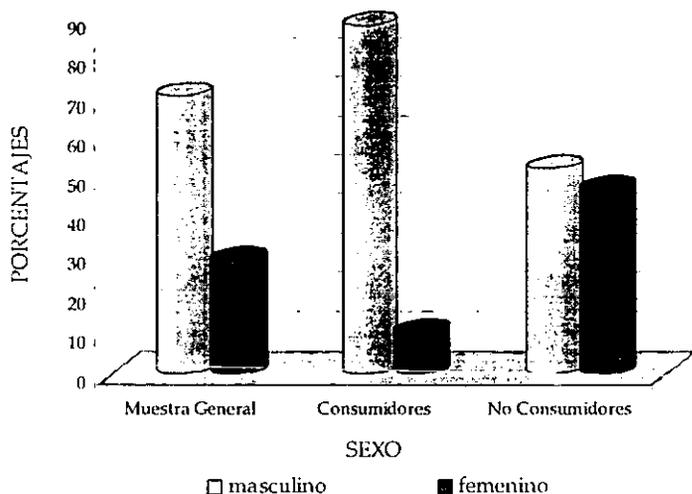


Figura 6. Distribución de la categoría sexo.

Dentro de la categoría de nivel escolar se nota que el grupo de consumidores tiene prevalencia en el nivel secundaria (33.33%), mientras que en el de no consumidores el mayor porcentaje se encuentra en el nivel bachillerato (22.66%) (Ver figura 7).

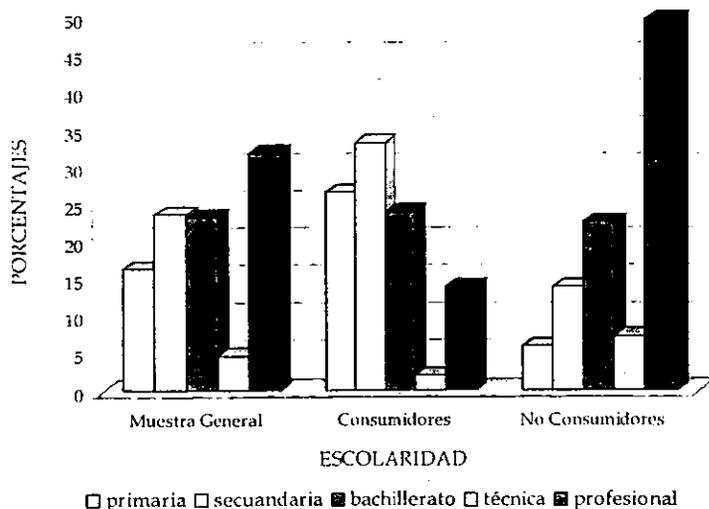


Figura 7. Distribución de la categoría nivel escolar.

Se observa dentro de la ocupación de los grupos de sujetos que hay mayor desempleo en el grupo de consumidores (21.33%) que en el de no consumidores (6%).

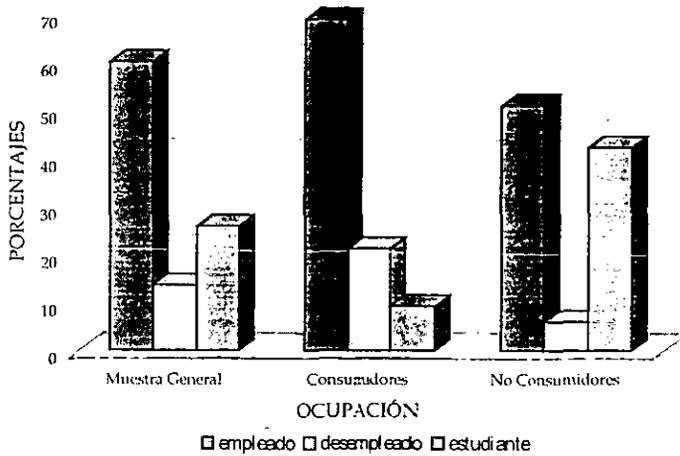


Figura 8. Distribución de ocupación de los sujetos.

Los tipos de drogas que consumen con mayor frecuencia los sujetos pertenecen a los estimulantes (50%), seguidos de los alucinógenos con un 30%.

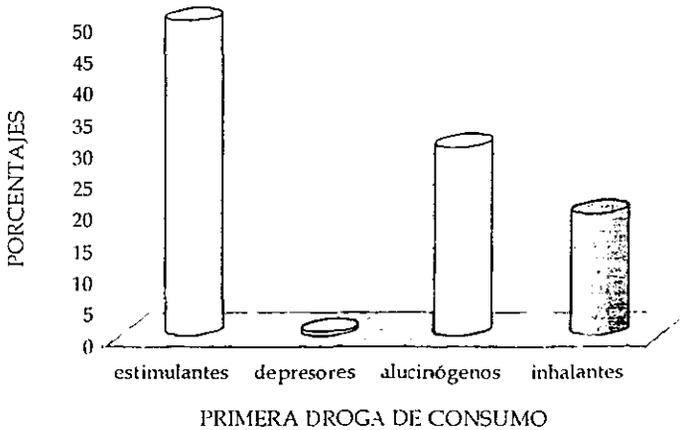


Figura 9. Principal droga de consumo.

De este grupo el 52% mencionó utilizar un segundo tipo de sustancia en donde la situación se invierte prevaleciendo los alucinógenos con el 25.33%, seguidos por los estimulantes con el 16% (Ver figura 10).

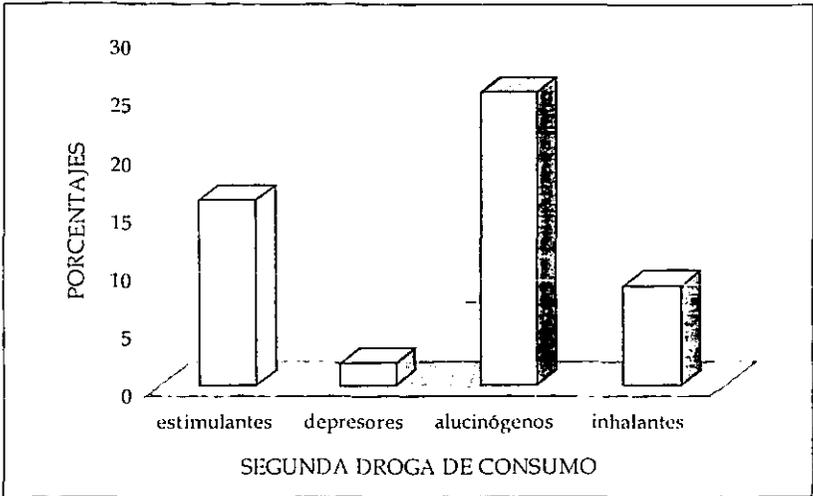


Figura 10. Distribución del segundo tipo de droga de consumo.

La versión final del cuestionario quedó constituida por 60 reactivos, mismos que en su conjunto registraron un índice de consistencia interna de alfa de .99. La totalidad de los reactivos que conforman el instrumento evalúan en forma global el nivel de autoconfianza para resistirse a consumir sustancias psicoactivas en diferentes situaciones (Ver anexo 2).

DISCUSION Y CONCLUSIONES

La discusión de este trabajo, se va a dividir en cada uno de los instrumentos trabajados para mayor facilidad de lectura iniciando por los resultados del ISCD, para posteriormente analizar el CACD en cada una de sus fases de adaptación y validación.

Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas (ISCD)

Para llevar a cabo la adaptación del ISCD, se tradujo el instrumento y se retrotradujo al inglés manteniendo su equivalencia con el cuestionario original. Posteriormente se estructuró un cuestionario para analizar la validez de contenido y aparente, obteniendo como resultado un 83.3% de concordancia en que el objetivo del instrumento, que hace referencia a la evaluación de la percepción de la probabilidad de consumo; un 83.3% de acuerdo en que la información que arroja el cuestionario es sobre situaciones de riesgo ya sean emocionales, sociales, etc. En cuanto a la evaluación de los items se observó que el 93.4% de los reactivos coincidieron con la subescala a la que originalmente pertenecían cada uno de ellos. Tomando en cuenta estos resultados acertamos en afirmar que el ISCD tiene un nivel alto en cuanto a la validez aparente y de contenido, indicando que las propiedades del inventario eran apropiadas hasta esta etapa de la investigación, y que los reactivos incluidos en el cuestionario pertenecían a una misma área, es decir, presentaban un mismo objetivo, por lo tanto la información que podría arrojar el instrumento tenía un alto nivel de acuerdo entre los jueces expertos en el área de la farmacodependencia, apoyando la posibilidad de que el cuestionario hasta ese momento era un instrumento conveniente que podía ser utilizado en la población meta para analizar las características psicométricas con que deben contar los instrumentos psicológicos.

Posteriormente se realizó la selección de la muestra que tuvo como característica ser una muestra no probabilística de cuota, determinando previamente los porcentajes de cada grupo de la muestra general, diferenciando a la población entre consumidores y no consumidores, definiendo las características de inclusión al grupo de consumidores, como personas que consumieran algún tipo de droga ilegal, alifetamidas y que fueran mayores de catorce años. Para pertenecer al grupo de no consumidores se requería ser no usuario de drogas ilegales así como las características antes mencionadas; sin importar su sexo, nivel educativo y estrato social, con el objetivo de que el instrumento pudiera ser aplicado a cualquier consumidor de sustancias psicoactivas (Downie, 1973).

Al examinar las características de nuestro universo se obtuvo que en el primer grupo (consumidores) la edad promedio fue de 23.39 años, siendo el 18% mujeres y el 82% hombres, la escolaridad media fue del 23.33% secundaria y el 46.67% preparatoria, con un 62.67% de empleados y el 24% desempleados. Su primera droga de consumo fueron los estimulantes con un 48%, por ejemplo la cocaína y las anfetaminas, el 37.33% lo ocupan los alucinógenos, entre los que se encuentran la marihuana, LSD, PSP, peyote y mezcalina; el 62% de esta muestra consumía una segunda droga, siendo el 32% estimulantes y el 18% alucinógenos.

El grupo de No Consumidores tenía una edad de 30 años, la mayoría de éstos eran mujeres. La ocupación principal era empleado con un 60%. Su nivel de escolaridad fue de profesional con el 42.66% y el 30% bachillerato.

En base a estos resultados podemos hacer referencia de que entre estos grupos encontramos diferencias sustanciales. Por ejemplo, se presentan más hombres consumidores de sustancias psicoactivas, así como que en este grupo es más alto el número de desempleados en comparación al de los no consumidores donde hay mayor número de empleados y estudiantes. Lo cual podría darnos un indicador de los factores asociados a mayores probabilidades de uso y abuso de drogas. Esto nos hace pensar en las diversas investigaciones sobre factores que propician el consumo de sustancias psicoactivas en las cuales se ha encontrado información importante que se puede relacionar a estos resultados, mencionando que los individuos considerados como de alto riesgo pertenecen al género masculino. Así mismo la edad promedio en la que se presenta un mayor uso y abuso de sustancias es entre los 12 y 29 años y la droga con mayor índice de consumo es la cocaína y la marihuana, el nivel escolar entre más bajo sea representa mayor riesgo de ser farmacodependiente (Casais, 1995).

En la ENA (1998) se ha observado una tendencia similar en los factores de riesgo de consumo, éstos son proporcionales con los observados en esta

investigación. Por estas razones podemos precisar que los datos de esta población con los dados por la ENA y otras investigaciones presentan la misma dirección que los resultados anteriormente mencionados.

Con respecto al análisis psicométrico realizado, se reveló que la consistencia interna del inventario tenía un coeficiente Alpha de Cronbach de .9861, indicando que el ISCD es confiable en la evaluación de situaciones de riesgo relacionadas al consumo de sustancias.

La estabilidad temporal del instrumento tuvo un nivel de significancia en Phi para cada ítem de .000, esto indica que el cuestionario muestra un alto nivel de consistencia temporal, por lo que podemos afirmar que las respuestas dadas por los sujetos al cuestionario no se debieron a la casualidad. Lo anterior revela una alta confiabilidad en la estabilidad del inventario, es decir, éste evalúa las conductas relacionadas al consumo.

La prueba estadística t de student aplicada a cada ítem tuvo un grado de significancia de .000. Demostrando un alto nivel de validez discriminativa afirmando que el inventario fue susceptible en la diferenciación de ambos grupos (consumidores y no consumidores), dando indicadores o características confiables relacionadas con el consumo. Se efectuó el análisis factorial obteniendo un factor de distribución, esto se relaciona con los aceptables niveles de consistencia y validez del instrumento, puntualizando en que el ISCD evalúa las situaciones de riesgo de consumo de sustancias en diferentes situaciones particulares descritas dentro del inventario. Este análisis sustenta que el instrumento se encuentra estructurado en una sola dirección, apoyando la validez teórica o de constructo, por lo tanto es importante mencionar que la teoría en la que está basado el instrumento enfatiza los diferentes procesos de aprendizaje (Bandura y McDonald, 1963; citado en Bandura, 1974).

Esta teoría del aprendizaje asume que la conducta es un producto de factores personales y situacionales, los factores personales, el medio ambiente y la conducta son determinantes, se encuentran en constante interacción. La conducta puede ser estudiada y explicada por la observación simultánea entre la disposición personal, el medio ambiente donde se desarrolla y ésta en un tiempo determinado. Es decir, existe la suposición de que el aprendizaje ocurre por los efectos de la conducta o por la repetición de estímulos y respuestas, los individuos son agentes que reciben información de sus padres, del medio ambiente y esta información interactúa con un cierto número de capacidades cognitivas básicas con que cuenta el individuo, además de que esta información va ligada a aquellos factores de riesgo con los que se relacionan los sujetos que aumentan la probabilidad de consumo de drogas. Esta perspectiva enfatiza que existe una interacción multideterminada entre los factores biológicos, medioambientales, cognoscitivos, emocionales y psicológicos, y esta interrelación de factores es la que favorece el aprendizaje de determinadas conductas (Programa de Adicciones, Facultad de Psicología. UNAM 1999).

Por estos resultados podemos afirmar que el ISCD es un instrumento útil, válido y confiable en la evaluación de las conductas relacionadas con los niveles de riesgo de consumo de drogas en diferentes situaciones particulares.

La propuesta de la clasificación de las áreas en las que está dividido el instrumento fue basada en los factores de riesgo encontrados por Marlatt y Gordon (1985), definiéndose diversas categorías, en la primera el encuentro interpersonal provocó frustración y enojo; en la segunda los individuos reportaron haber sido incapaces de resistir la invitación de los otros a consumir (presión social); las siguientes categorías se relacionan con situaciones intrapersonales, como tentación o necesidad de consumo, estados emocionales negativos como soledad y aburrimiento. Además se analizaron episodios de individuos con problemas de alcoholismo, tabaquismo y adicción a la heroína, observándose como categorías generales los determinantes del ambiente intrapersonal, y los determinantes del ambiente interpersonal.

Debido a que la validez teórica del inventario resultó altamente confiable, y a la revisión bibliográfica realizada, podemos afirmar que las subescalas en las que está originalmente dividió el instrumento se conservarán para fines prácticos dentro de éste ya adaptado y validado.

Por otro lado los resultados analizados por Annis y Martin (1985), en cuanto a la estimación de la confiabilidad de las subescalas, se obtuvo un alfa de Cronbach, analizándose las subescalas que contenían 10 reactivos obteniendo un alfa de .90 y .92, que indican una consistencia substancial interna. De las seis subescalas de 5 reactivos, cuatro tienen un alfa de .76 a .78, indicando niveles moderadamente buenos. Las dos subescalas restantes mostraron confiabilidad algo baja con un alfa de .68 (Necesidad y Tentación de Consumo) y .59 (Incomodidad Física), es decir, los individuos respondieron de forma consistente a los reactivos dentro de cada subescala. Por lo tanto, se puede tener la confianza de que cada una de las subescalas del IDTS muestra una confiabilidad sustancial.

La estimación de la validez externa de las subescalas fue hecha al correlacionar las puntuaciones de las subescalas con las mediciones del consumo de drogas. Estos análisis se condujeron de forma separada para las tres sustancias de abuso más comunes (cocaína, cannabis, y alcohol). Encontrando como resultados de estos análisis los esperados para la hipótesis planteada inicialmente.

Se puede decir que a partir del examen o estudio realizado al ISCD los resultados son similares a los anteriormente descritos, hallando que este instrumento es eficaz en la evaluación de los comportamientos asociados a los factores de riesgo que se relacionan con el uso y abuso de sustancias psicoactivas. Utilizándose como una herramienta más de las técnicas empleadas

dentro de los tratamientos de intervención cognoscitivo-conductual para la identificación objetiva de indicadores de riesgo de consumo, a partir del autorreporte dado por el sujeto, proporcionando un esquema de la dirección de la intervención al comportamiento adictivo.

Cuestionario de Autoconfianza de Consumo de Drogas (CACD)

El proceso de adaptación del CACD, consistió en traducir el instrumento, retrotraducirlo al inglés cuidando mantener su equivalencia con el instrumento original. En el siguiente paso se desarrolló el cuestionario para evaluar la validez aparente y de contenido, que determinaba el propósito del instrumento, teniendo como resultado un 100% de acuerdo en el objetivo del instrumento que se refería a evaluar la autoconfianza de resistirse al consumo de sustancias psicoactivas; un 83.3% de acuerdo en que la información que arroja el cuestionario se refiere a situaciones personales y sociales de riesgo de consumo, y un 16.60% mencionó que la información se refiere a los recursos empleados para enfrentar los riesgos de uso de sustancias. En la evaluación de los reactivos se obtuvo que sólo el 6.66% de los reactivos no coincidieron con la subescala a la que originalmente pertenecían. En base a estos resultados obtenidos podemos afirmar que el CACD cuenta con un alto nivel de validez aparente y de contenido lo cual nos dio un buen indicador de las posteriores características del cuestionario, así como de la información que arroja existiendo una alta concordancia entre los expertos en el área de las adicciones sustentando que el cuestionario hasta esta fase era un buen instrumento que se podía aplicar a la población blanco para poder evaluar las características psicométricas de éste.

La selección de la muestra tuvo como característica ser probabilística estratificada por conglomerado, determinando los tantos por ciento de cada subgrupo de la muestra general, diferenciando a los sujetos entre usuarios y no usuarios. Las características de inclusión al primer grupo fue ser consumidor de algún tipo de droga ilegal, alfabetas y mayor de catorce años. El grupo control debía ser de no usuarios de drogas ilegales además de tener las características antes mencionadas (edad y lecto-escritura); sin importar su sexo, nivel educativo y estrato social, con el objetivo de que el cuestionario pudiera ser aplicado a cualquier persona consumidora de sustancias psicoactivas (Downie, 1973).

Es importante analizar las características de los grupos que componen la muestra (consumidores y no consumidores). En el grupo de consumidores la edad promedio fue de 25.62 años, siendo el 89.33% hombres, la escolaridad promedio fue de secundaria con un 33.33% y de primaria con un 26.66%, siendo el 69.33% empleado. La mayoría de estos sujetos tenían como primera droga de

consumo los estimulantes con un 50%, teniendo a la cocaína y las anfetaminas, y los alucinógenos los usan el 30% de la muestra, entre los cuales se encontraban la marihuana, LSD, PSP, peyote y mezcalina; el 52% de la muestra tenía una segunda droga de consumo, donde el 25.33% consumía alucinógenos y el 16% estimulantes.

En cuanto al grupo de No Consumidores se observó una edad media de 27.75 años, en donde el 52.67% pertenecían al sexo masculino. La ocupación del 51.33% de la muestra era empleado, y el 42.67% estudiante. El nivel escolar promedio de este grupo fue de profesional para el 50% y bachillerato para el 22.67%.

Podemos observar que entre estos grupos existen algunas diferencias entre las cuales se encontró que existen más hombres consumidores de drogas que mujeres, que el nivel de escolaridad es más alto en el grupo de no consumidores (profesional y bachillerato) mientras que en el grupo de consumidores prevalece la primaria y secundaria, además de que en este mismo grupo fue más alto el número de empleados que el de estudiantes, en comparación con el de no consumidores donde los porcentajes de estas ocupaciones son equivalentes.

Por lo tanto podemos corroborar los datos de esta muestra con los proporcionados por la ENA (1998), en donde los hombres reportaron mayor índice de consumo que las mujeres; presentándose la misma tendencia en el rango de edad de 18 a 34 años. Mostrándose algunas diferencias entre estos resultados como que el nivel de consumo de marihuana es más elevado en comparación con esta muestra donde resultó ser la cocaína, lo cual probablemente pueda deberse a los tamaños de las muestras estudiadas en ambos trabajos.

Además en la literatura se encontró que existen diferentes factores de riesgo relacionados con el consumo de drogas los cuales también podemos correlacionar con los resultados obtenidos en esta investigación, como que los grupos considerados como de alto riesgo son el género masculino, además de que en la edad en la que se presenta un mayor consumo de drogas es entre los 12 y 29 años. Presentando como mayor consumo de sustancias la cocaína y la marihuana. Y una menor escolaridad tiene mayor riesgo de tener problemas de dependencia (Casais, 1995). Sustentando con estas investigaciones los resultados encontrados en esta tesis.

En cuanto a los análisis de resultados realizados se encontró que la consistencia interna del instrumento tenía un Alpha de .9941, por lo cual podemos afirmar que el CACD es confiable en la medición de la autoconfianza de resistirse al consumo de drogas. La estabilidad del instrumento a través del tiempo tuvo una significancia en Phi para cada reactivo de .000, lo cual indica que el cuestionario mantiene una buena consistencia temporal, afirmando que

las respuestas de los sujetos no se debieron al azar. Es decir existe una alta confiabilidad del CACD, dando una mayor estabilidad al cuestionario.

Se observó en los resultados de la prueba estadística *t* de student aplicada a cada reactivo un nivel de significancia de .000. Indicando un importante nivel de validez discriminativa, pudiendo afirmar que el instrumento fue sensible en la diferenciación entre grupos (consumidores y no consumidores). Se realizó un análisis factorial obteniendo un solo componente de distribución, afirmando que el CACD evalúa los niveles de autoconfianza para la resistencia al consumo de drogas en diferentes situaciones específicas descritas en el cuestionario, puesto que el instrumento en sus reactivos presenta una dirección específica hacia la evaluación de la resistencia del uso y abuso de sustancias. Apoyando estos resultados la validez de constructo o teórica con la que cuenta el instrumento, es decir que el cuestionario se ve beneficiado por la Teoría de *Autoeficacia* propuesta por Bandura (1977) la cual incluye las aspiraciones personales, expectativas de resultados, percepción de oportunidades y concepciones de eficacia personal, estando en juego factores que operan como reguladores y motivadores del establecimiento de habilidades cognitivas, sociales y conductuales, por ejemplo: la persona, la situación y la retroalimentación que se obtiene del comportamiento real de un individuo en cada situación, donde las personas evalúan ciertas situaciones conforme a sus expectativas, esta evaluación produce cierto tipo de conducta, la retroalimentación ambiental sigue a la conducta y también refina las expectativas conductuales de la persona. De esta forma las expectativas moldean la conducta en una situación dada y a su vez los resultados de la conducta moldean las expectativas como sucedería en la autoeficacia.

Por los resultados antes presentados podemos decir que el CACD es un instrumento útil, confiable y válido en la evaluación del autorreporte de la autoconfianza de consumo de sustancias.

Marlatt y Gordon (1985) propusieron una clasificación de aquellas áreas en las que estarían divididos los factores de riesgo, encontrando dentro de una primera categoría que el encuentro interpersonal provoco frustración y enojo; en la segunda los sujetos reportaron haber sido incapaces de resistir la invitación de los otros a consumir (presión social); las siguientes categorías se relacionan con situaciones intrapersonales, como tentación o necesidad de consumo, estados emocionales negativos como soledad, aburrimiento, etc.

También analizaron 137 episodios de individuos con problemas con su consumo de sustancias, encontrando que la primera mayor categoría se refiere a los determinantes del ambiente intrapersonal, y la segunda mayor categoría se refiere a los determinantes del ambiente interpersonal.

En base a los resultados obtenidos dentro de esta investigación se puede hacer énfasis en que las subescalas en las que esta originalmente dividió el instrumento se van a conservar tomando en cuenta la validez teórica del inventario que resulto altamente significativa, así como de la exhaustiva revisión bibliográfica realizada.

Para el análisis psicométrico de resultados realizado por Annis y Martin del DTCQ fue usado el coeficiente alpha de Cronbach, para estimar la confiabilidad de las subescalas para la muestra total. Las dos escalas de 10 reactivos tienen un alpha de .94, indicando una consistencia interna substancial. Las subescalas restantes muestran ser altamente confiables con alphas de .79 a .95. Estos resultados son equivalentes a los observados dentro de esta investigación, por lo que se puede afirmar que el CACD es también confiable en su aplicación para la evaluación de autoconfianza de consumo de drogas a la población mexicana, así como el DTCQ a la población Canadiense.

En cuanto a la validez teórica de la autoconfianza que es definida como una variable cognoscitiva que involucra el juicio que se tiene de la habilidad de ejecutar ciertos patrones de comportamiento, las estimaciones realizadas en la validez de construcción del DTCQ se correlacionaron con las puntuaciones de las subescalas y otras variables. Se pronosticó que los altos niveles de consumo al ingreso al tratamiento podrían estar asociados con puntuaciones de autoconfianza bajas a través de las ocho categorías. Los clientes que gastaban un porcentaje de tiempo más alto consumiéndolas sólo reportaron mayores niveles de autoconfianza en su habilidad para resistirse a la necesidad tomar drogas en las tres subescalas interpersonales (Conflicto con Otros, Presión Social de Consumo, Tiempo Placentero con Otros); que los individuos que reportaron que la familia o amigos frecuentemente los presionaban para usarlas podrían tener una autoconfianza más baja en la subescala Presión Social de Consumo, y que más años de consumo problemático podría estar relacionado con una autoconfianza más baja. Finalmente, se esperó que los ocho niveles de la dependencia de alcohol y drogas estuvieran asociados con puntuaciones de la confianza bajas en todas las subescalas, lo cual fue observado a lo largo de sus análisis.

La validez teórica observada por Annis y Martin apoya a los resultados encontrados dentro de esta investigación. Es por esto que el CACD es un cuestionario que ha sido estrictamente evaluado para confirmar que la teoría de Autoeficacia, las subescalas, los resultados de los autores originales son equiparables a este estudio. Encontrando que este cuestionario es eficaz en la evaluación de las conductas de autoeficacia relacionadas con los factores de riesgo de consumo de drogas.

El CACD se puede emplear como una estrategia de evaluación más dentro de los tratamientos de intervención cognoscitivo-conductual para la definición

objetiva de aquellos indicadores de riesgo de consumo. Esto se da a partir del autorreporte dado por el usuario, proporcionando una herramienta más para establecer la dirección de las intervenciones en las conductas adictivas.

CONCLUSIONES

A partir de los datos expuestos puede considerarse que el tanto el CACD y como el ISCD son instrumentos que cuentan con una satisfactoria consistencia interna y validez (aparente, discriminativa y de constructo). El análisis factorial mostró que la estructura de los cuestionarios se ajusta a los objetivos de cada uno de los instrumentos, a pesar del hecho de que el factor resultante del análisis no coincidió en su totalidad con los factores encontrados por Annis y Martín (1985), sin embargo este hecho no limita las capacidades de evaluación que poseen los cuestionarios.

El Inventario de situaciones, puede ser útil en la estructuración de intervenciones terapéuticas concretas, proporcionando un perfil individual de las situaciones con alta probabilidad de usar y abusar de las sustancias psicoactivas. El Cuestionario de autoconfianza resultó ser un instrumento eficaz para identificar los niveles de autoconfianza de los sujetos para resistirse a la necesidad de consumir drogas, ambos instrumentos pueden ser empleados principalmente en la etapa de prevención de reincidencia a la farmacodependencia.

El proceso de adaptación de ambos instrumentos cuidadosamente desarrollado nos dice que pueden ser empleados dentro de ambientes terapéuticos cognositivos-conductuales y de investigación de manera confiable puesto que la información específica que arroja cada uno de ellos se refiere a datos consistentes y válidos, relacionados directamente con la conducta adictiva de los sujetos evaluados. Pudiendo reafirmar la postura de Bandura (1977) que menciona a la interacción entre las características personales y el medio ambiente. establecen variables que interactúan constantemente, estas características se desarrollan a partir de una continua interacción de normas personales (aprendidas por observación y reforzamiento), situaciones y consecuencias de la conducta. Mischel (1981), propuso un conjunto de variables personales que surgen de la experiencia y tienen una función en el moldeamiento del comportamiento futuro.

Es por esto que es importante planear intervenciones que organicen internamente las expectativas de los pacientes a fin de controlar su conducta adictiva reduciendo la incidencia de consumo en situaciones de riesgo aumentando los niveles de autoconfianza y disminuyendo el potencial de

riesgo para la recaída, ya que al presentarse la pérdida de control en ciertas situaciones se presenta la posibilidad de consumir cierta cantidad de sustancias psicoactivas, mientras que los sujetos quieren decrementar su ingestión.

**LIMITACIONES Y
SUGERENCIAS**

Una de las limitaciones importantes que se encontraron a lo largo de esta investigación fue el escaso acceso a las instituciones que trabajan con personas con problemas relacionados al consumo de drogas.

En cuanto al análisis de resultados, a pesar de las similitudes en las investigaciones desafortunadamente nuestros resultados no obtuvieron las subescalas señaladas por los autores originales en cuanto al análisis psicométrico, probablemente a que la metodología utilizada por Annis y Martin (1985) fue diferente, no obstante nuestra metodología, procedimiento y conclusiones son sustentablemente objetivas en cada una de sus etapas, pudiendo confirmar que las propiedades psicométricas del IDTS y del DTCQ así como del ISCD y del CACD afirman que son clínicamente útiles en estudios relacionados a terapias de intervención en los comportamientos de consumo de drogas.

Se sugiere que se empleen los instrumentos en investigaciones posteriores para ayudar a identificar las situaciones de consumo de drogas así como los niveles de autoconfianza que probablemente colaboren en el establecimiento de métodos de prevención y tratamiento, así como en la estructuración de esquemas de evaluación objetiva en estas áreas de intervención.

BIBLIOGRAFIA

- Allen, J., Fertig, J., Towle, L., Altshuler, V., Vrublevsky, A., Valentik, Y. y Zanis, D. (1994). "Psychometric analyses of the Alcohol Dependence Scale among United States and Russian Clinical Samples". *The International Journal of the Addictions* Vol. 29. Num. 1. Pag. 71-87.
- Annis, H., Graham, J. y Martin, G. (1991) "Inventory of Drug Taking Situations. Users' Guide" Canada: DRAFT.
- Annis, H. y Martin, J. (1988) "Situational Confidence Questionnaire (SCQ) User's Guide". Addiction Research Foundation. Toronto, Canadá.
- Annis, H.; Sklar, S. y Turner, N. (1990). "Drug Taking Confidence Questionnaire (DTCQ)". Addiction Research Foundation. Toronto, Canadá.
- Avila, E., De la Garza, J., De la Vega, C. y Bautista, P. (1975) Tesis. "La educación como sistema preventivo en la farmacodependencia". México, D.F. Escuela Nacional Superior.
- Bandura, A. (1997). "Self - Efficacy". USA: Freeman.
- Bandura, A. (1977). "Self - Efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change" *Psychological Review*. Vol. 84 No. 2, Págs. 191 - 215.
- Bandura, A., y Walters, R. (1974). "Aprendizaje social y desarrollo de la personalidad". España: Alianza.
- Bandura, A. (1986) "Social Foundations of Thought and Action". Englewood Cliffs, NJ: Prentice - Hall.
- Caballo, V., Buela, G., y Sierra, C. (1996) "Manual de Evaluación en Psicología Clínica y de la Salud". México: Siglo XXI
- Casais, D. (1995) "Factores de Riesgo y Protección ante el Consumo de Drogas en Estudiantes Normalistas". Tesis de Licenciatura, Facultad de Psicología, UNAM. México, D.F.

- Dembo, R., Williams, L., Wothke, W., y Schmeidler, J. (1994) "The relationships among family, problems, friend's troubles behavior and high risk youth's alcohol/other drugs use and delinquent behavior: a longitudinal study". *International Journal of Addictions*, 29, 11, 1429-1442.
- Díaz-Leal, L. (1998). "La prevención. En Medina-Mora. (Comp). *Beber en tierra generosa*". Ciencia de las bebidas alcohólicas en México. México, D.F.: FISAC
- DiClemente, C., Carbonari, J., Montgomery, R. y Hughes, S. (1994) "The Alcohol Abstinence Self- Efficacy Scale". *Journal of Studies on Alcohol*. Marzo Pag 141-148.
- Directory of Client Outcome Measures for Addictions Treatment Programs. (1991) Ontario, Canadá.
- Elliott, D. S., Huizinga, D., y Ageton, S. S. (1985) "Explaining delinquency and Drug Use". Beverly Hills, California: Sage.
- Encuesta Nacional de Adicciones, Datos Preeliminares (1998) S.S.A. México.
- García, R. (1972). "Larousse, Diccionario" México: Larousse.
- García, L., Moya, J. & Rodríguez, S. (1992) "Historia de la Psicología" Vol. 1 España: Siglo XXI.
- González, A. y González, E. (1990). "Drogas que producen dependencia". Venezuela: Monte Ávila.
- Gossop, M., Darke, S., Griffiths, P., Hando, J., Powis, B., Hall, W. y Stang, J. (1995). "The Severity of Dependence Scale (SDS): Psychometric Properties of the SDS in English and Australian samples of heroin, cocaine and amphetamine users". *Addiction* Vol. 90 Pag. 607-614.
- Gulliver, S., Hughes, J., Solomon, L., y Dey, A. (1995). "An investigation of self-efficacy, partner support and daily stresses as predictors of relapse to smoking in self-quitters". *Addiction* Vol. 90 , Pag. 767-772.
- Inaha, D. y Cohen, W. (1992). "Drogas: Estimulantes, depresores, alucinógenos". Argentina: Grupo Latinoamericano.
- Ladero, L. y Lizasoain, L. (1998). "Drogodependencias" España: Médica Panamericana

- López Lugo, E. K. (1994) "Relación entre la autopercepción del rendimiento y el consumo de drogas en estudiantes de educación media y media-superior". Tesis de Maestría. Facultad de Psicología, UNAM.
- Medina-Mora, M. E., Villatoro, V., J.A. López, L., E. K. Berenzon, S., Carreño, S. y Juárez, F. (1995) "Factores que se relacionan con el inicio, el uso continuado y el abuso de sustancias psicoactivas en adolescentes mexicanos: resultados del D.F." *Gaceta Médica de México*. 132, 4, 383-396.
- Medina-Mora, M. E., Villatoro, V., J.A. López, L., E. K. Berenzon, S., Carreño, S., Juárez, F., Rojas, E., Galván, J., Olmedo, R. y Ortiz, E. (1993). "Consumo de sustancias con efectos psicotrópicos en la población estudiantil de enseñanza media y media-superior de la República Mexicana". *Salud Mental*, 16, 3, 2-8.
- Marlatt, A y Gordon, J. (1985). "Relapse prevention". USA: The Guilford Press.
- Morris, C. (1992) "Introducción a la psicología". México: Prentice Hall.
- Mothner, L, y Weitz, A. (1986) "Cómo abandonar las drogas". España: Martínez Roca.
- Murphy, R., McGuire, J. y Rivinus, T. (1992). "Incarcerated adolescents' attributions for drug and alcohol use" *Addictive Behaviors* Vol. 17 Pág. 227 - 335.
- Nazar, A., Tapia, R., Villa, A., León, G., Medina-Mora, M. y Salvatierra, B. (1994). "Factores asociados al consumo de drogas en adolescentes de áreas urbanas de México". *Salud Publica de México*, 36, 6.
- Oropeza, R. (2000). "Programa de Tratamiento Breve para Usuarios de Cocaína". Proyecto de Tesis de Doctorado, Facultad de Psicología, UNAM. México, D.F.
- Pichot, P., López-Ibor, J. , y Valdés, M. (1995). "DSM IV" México: Masson
- Rohsenow, D. (1982). "The Alcohol Use Inventory as predictor of drinking by male heavy social drinkers". *Addictive Behaviors* Vol. 7 Pag 387-395.
- Rollnick, S., y Heather, N. (1982). "The application of Bandura's self-efficacy theory to abstinence oriented alcoholism treatment". *Addictive Behaviors* Vol. 7 Pag. 243-255.

- Skinner, H. (1982). "The Drug Abuse Screening Test". Addictive Behaviors Vol. 7 Pag. 363-371
- Torner, N., Annis, H., y Sclar, S. (1997) "Measurements of antecedents to Drug and Alcohol use: Psychometric Properties of the Inventory of Drug Taking Situations (IDTS)" Behavior Research Therapy Vol. 35 Núm. 5 Pág. 465 - 483.
- Trujols, J., Tejero, A., Perez, J. y Casas, M. (1997) "Determinantes situacionales del consumo de heroína en sujetos dependientes de opiáceos: una aproximación psicométrica" Actas Luso - Españolas Neurología y Psiquiatría., Vol. 25, Num. 6 Pag. 363 - 368.
- Vernon, C. (1988) "Adictos y Adicciones". México: Grijalbo.

ANEXOS

**MANUAL DEL INVENTARIO
DE SITUACIONES DE
CONSUMO DE DROGAS
(ISCD)**

ADMINISTRACION

El ISCD es auto aplicable con un tiempo de aplicación 15 a 20 minutos para cada droga de consumo. Se recomienda no aplicarse a personas que estén bajo la influencia del alcohol o de drogas o que estén experimentando síntomas de abstinencia.

En la primera fase se le solicita a la persona sus datos generales. Se le pide que mencione la droga o sustancia que le causa mayores problemas (marihuana, alucinógenos, tranquilizantes, sedantes, solventes, heroína, cocaína y otros narcóticos). Si existen dos o más sustancias se deberán de evaluar por separado.

INSTRUCCIONES

Se le menciona al sujeto que se le presentarán 60 reactivos que describen situaciones en las cuales pudo presentarse su consumo en los últimos doce meses.

Se le pide al usuario que lea cuidadosamente cada reactivo y que marque el número que describe más exactamente su situación para el "uso de esa droga". Las opciones de respuesta son: 0=nunca, 1=rara vez, 2=frecuentemente, y 3=casi siempre.

CALIFICACION

La puntuación se calcula en las ocho subescalas, para cada categoría situacional. Se suman las puntuaciones obtenidas dentro de cada subescala. Se calcula la puntuación del "Índice Problema" para cada categoría dividiendo cada subpuntuación en bruto entre la máxima puntuación posible para cada subescala, posteriormente se multiplica por 100, obteniendo de esta forma los porcentajes del índice de riesgo. Se calculan los factores generales sumando las subescalas que contiene cada factor y obteniendo el promedio de ellas.

Puntuación

- ✓ Respuesta: "0"
- ✓ Respuesta: "1"
- ✓ Respuesta: "2"
- ✓ Respuesta: "3"

Es importante tomar en cuenta en el análisis de los datos que las subescalas del inventario se encuentran divididas en tres factores estructurales donde se agrupan todas las subescalas:

FACTORES ESTRUCTURALES	SUBESCALAS
⇒ Situaciones negativas	3. Incomodidad Física (IF) 5. Emociones Displacenteras (ED) 7. Conflicto con Otros (CO)
⇒ Situaciones positivas	1. Emociones Placenteras (EP) 6. Tiempo placentero con Otros (TPO)
⇒ Situaciones de tentación	2. Prueba de Control Personal (PCP) 4. Necesidad y Tentación de Consumo (NTC) 8. Presión Social de Consumo (PSC)

SUBESCALAS	REACTIVOS
1. Emociones Placenteras (EP)	1-11-21-31-41
2. Prueba de Control Personal (PCP)	2-12-22-32-42
3. Incomodidad Física (IF)	3-13-23-33-43-53-9-20-39-50
4. Necesidad y Tentación de Consumo (NTC)	4-14-24-34-44-54
5. Emociones Displacenteras (ED)	5-15-25-35-45-55-10-29-40-51
6. Tiempo placentero con Otros (TPO)	6-16-26-36-46
7. Conflicto con Otros (CO)	7-17-19-27-30-37-47-49-52-56-57-58-59-60
8. Presión Social de Consumo (PSC)	8-18-28-38-48

INTERPRETACION

El ISCD se puede interpretar desde dos perspectivas relacionadas en términos: 1) puntuación del índice del problema, y 2) perfil del individuo.

Índice del Problema

Las puntuaciones de la subescala Índice del Problema, con intervalo de 0% a 100%, indican la magnitud del problema de uso de drogas del individuo dentro de cada tipo de situación de consumo de drogas en el año pasado. Por ejemplo, una puntuación de 0% en el Índice del Problema sobre una subescala dada indica que el individuo nunca usó drogas cuando se encontró en este tipo de situación durante el año pasado, y consecuentemente es poco probable que este tipo de situación represente un riesgo para el individuo. En el otro extremo, una puntuación de entre 70% y 100% en una subescala dada de Índice del problema que indica un muy frecuente uso de la droga en este tipo de situación durante el año pasado, y consecuentemente una situación de este tipo presenta un alto riesgo para el individuo. Es posible ver el patrón o perfil del individuo en el uso de drogas a través de las ocho categorías y de los tres factores estructurales. Se puede hacer una jerarquía de situaciones de riesgo para el uso de la droga al ordenar las puntuaciones del Índice del Riesgo del individuo. Aquellas situaciones que son clasificadas como las más altas se toman como áreas que representan mayores riesgos para el consumo de drogas del individuo.

Perfil del individuo

Se construyen los perfiles del individuo para mostrar las áreas de mayor riesgo para el uso de drogas trazando las ocho subescalas de las puntuaciones del Índice Problema como una gráfica. El perfil resultante puede observarse en los términos de dos patrones mayores de puntuaciones a través de las cinco subescalas de Estados Personales versus las tres subescalas Situaciones que Involucran a Otras Personas. Un individuo puede consumir drogas más frecuentemente cuando está en compañía de otros y oponerse a consumirlas cuando está solo o viceversa.

--	--	--

DIA MES

--

AÑO

--	--	--

NUMERO

INVENTARIO DE SITUACIONES DE CONSUMO DE DROGAS. (ISCD)

Lucía De León, Yazmin Perez, Roberto Oropeza y Héctor Ayala.

EDAD: _____ SEXO: M F

ESCOLARIDAD: _____

OCUPACIÓN: _____

INGRESOS MENSUALES ESTIMADOS: _____

Por favor conteste las siguientes preguntas si usted consume alguna droga ilegal

✓ Tipo de droga ilegal que usted consume más frecuentemente:

✓ Si usted consume alguna otra sustancia o droga, por favor

anótela: _____

INVENTARIO DE SITUACIONES DE CONSUMO DE DROGAS. (ISCD)

Lucia De León, Yazmin Perez, Roberto Oropeza y Héctor Ayala.

Instrucciones: La lista que está a continuación señala varias situaciones o eventos en los cuales la gente consume drogas.

Lea cada reactivo o enunciado cuidadosamente y conteste en términos de su propio consumo de drogas, de acuerdo a la escala que a continuación se le presenta:

- *Si usted "nunca" consumió drogas en esa situación, marque 0*
- *Si usted "rara vez" consumió drogas en esa situación, marque 1*
- *Si usted "frecuentemente" consumió drogas en esa situación, marque 2*
- *Si usted "casi siempre" consumió drogas en esa situación, marque 3*

Por favor anote la droga que usted consume con mayor frecuencia

Yo consumo _____

Ejemplo:

* Cuando me sentí alegre

NUNCA	RARA VEZ	FRECUENTEMENTE	CASI SIEMPRE
0	1	2	3

NOTA: En este ejemplo usted rara vez consumió la droga en esta situación. Por favor responda en todas las situaciones.

Conteste las situaciones que a continuación se presentan.

	NUNCA	RARA VEZ	FRECUENTE MENTE	CASI SIEMPRE
	0	1	2	3
1. Cuando estaba feliz.	0	1	2	3
2. Cuando quería probarme si podía usar esa droga con moderación	0	1	2	3
3. Cuando me sentí tembloroso	0	1	2	3
4. Cuando estuve en un lugar donde antes consumí o compre la droga	0	1	2	3
5. Cuando estaba deprimido por todo en general	0	1	2	3
6. Cuando me encontré con viejos amigos y quisimos pasar un buen rato	0	1	2	3
7. Cuando me sentí tenso o incómodo en presencia de alguien	0	1	2	3
8. Cuando me invitaron a casa de alguien y sentí que era inapropiado rehusarme en el momento en que me ofrecieron la droga	0	1	2	3
9. Cuando quería tener más energía para sentirme mejor	0	1	2	3
10. Cuando empezaba a sentirme culpable por algo	0	1	2	3
11. Cuando me sentí seguro y relajado	0	1	2	3
12. Cuando quise probarme que esta droga no era un problema para mí	0	1	2	3
13. Cuando me sentí enfermo	0	1	2	3
14. Cuando inesperadamente me la encontré	0	1	2	3
15. Cuando sentí que ya no tenía a dónde mas acudir	0	1	2	3
16. Cuando estaba con un amigo cercano y quisimos sentirnos aún más unidos	0	1	2	3

	NUNCA	RARA VEZ	FRECUENTE MENTE	CASI SIEMPRE
	0	1	2	3
17. Cuando fui incapaz de expresar mis sentimientos a los demás	0	1	2	3
18. Cuando salí con mis amigos y ellos insistieron en ir a algún lugar a consumir la droga	0	1	2	3
19. Cuando sentí que mi familia me estaba presionando mucho	0	1	2	3
20. Cuando quería bajar de peso para mejorar mi apariencia física	0	1	2	3
21. Cuando me senti emocionado	0	1	2	3
22. Cuando quería probarme si podía consumir ocasionalmente la droga sin volverme adicto	0	1	2	3
23. Cuando sentí nauseas	0	1	2	3
24. Cuando vi algo que me recordó la droga	0	1	2	3
25. Cuando sentí que me dejé fracasar	0	1	2	3
26. Cuando estaba con amigos y quería divertirme más	0	1	2	3
27. Cuando otras personas me rechazaron	0	1	2	3
28. Cuando estuve con un grupo que consumía esa droga y sentí que esperaban que me les uniera	0	1	2	3
29. Cuando me senti abrumado y quería escapar	0	1	2	3
30. Cuando sentí que no podía llegar a ser lo que mi familia esperaba de mi	0	1	2	3
31. Cuando me sentia satisfecho con mi vida	0	1	2	3
32. Cuando quise probar si podia estar con amigos que consumen drogas sin consumirlas	0	1	2	3
33. Cuando tuve problemas para dormir	0	1	2	3

	NUNCA	RARA VEZ	FRECUENTE MENTE	CASI SIEMPRE
	0	1	2	3
34. Cuando había estado bebiendo alcohol y pensé en consumirla	0	1	2	3
35. Cuando estaba aburrido	0	1	2	3
36. Cuando quería celebrar con un amigo	0	1	2	3
37. Cuando parecía que no les caía bien a los demás	0	1	2	3
38. Cuando me presionaron a usar esta droga y sentí que no me podía negar	0	1	2	3
39. Cuando tenía dolor de cabeza	0	1	2	3
40. Cuando estaba enojado por cómo me salieron las cosas	0	1	2	3
41. Cuando recordé cosas buenas que habían pasado	0	1	2	3
42. Cuando quería probar si podría estar en lugares donde se consumen drogas sin hacerlo	0	1	2	3
43. Cuando quería mantenerme despierto para sentirme mejor	0	1	2	3
44. Cuando escuché a alguien hablar acerca de sus experiencias con esa droga	0	1	2	3
45. Cuando me sentí solitario	0	1	2	3
46. Cuando estaba pasándola bien con mi pareja y quise aumentar mi placer sexual	0	1	2	3
47. Cuando alguien me trato injustamente	0	1	2	3
48. Cuando estaba con un grupo en el que todos estaban consumiendo esta droga	0	1	2	3
49. Cuando no me estaba llevando bien con mis compañeros de la escuela o del trabajo	0	1	2	3
50. Cuando tuve algún dolor físico	0	1	2	3

	NUNCA	RARA VEZ	FRECUENTE MENTE	CASI SIEMPRE
	0	1	2	3
51. Cuando estaba indeciso acerca de lo que debía hacer	0	1	2	3
52. Cuando había pleitos en mi casa	0	1	2	3
53. Cuando quería estar más alerta para sentirme mejor	0	1	2	3
54. Cuando empecé a recordar qué buen acelerere sentí cuando la consumí.	0	1	2	3
55. Cuando me sentí ansioso por algo	0	1	2	3
56. Cuando necesite coraje para enfrentar a otra persona	0	1	2	3
57. Cuando alguien interfirió con mis planes	0	1	2	3
58. Cuando alguien trato de controlar mi vida y quiero sentirme más independiente	0	1	2	3
59. Cuando alguien estaba insatisfecho con mi trabajo	0	1	2	3
60. Cuando me sentí hostigado por el trabajo o la escuela	0	1	2	3

Droga ilegal de Consumo _____

Numero: _____

Fecha: _____

Segunda droga ilegal de consumo _____

Edad: _____

Sexo: F M

- | | | | | | |
|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| 1. 0 1 2 3 | 11. 0 1 2 3 | 21. 0 1 2 3 | 31. 0 1 2 3 | 41. 0 1 2 3 | 51. 0 1 2 3 |
| 2. 0 1 2 3 | 12. 0 1 2 3 | 22. 0 1 2 3 | 32. 0 1 2 3 | 42. 0 1 2 3 | 52. 0 1 2 3 |
| 3. 0 1 2 3 | 13. 0 1 2 3 | 23. 0 1 2 3 | 33. 0 1 2 3 | 43. 0 1 2 3 | 53. 0 1 2 3 |
| 4. 0 1 2 3 | 14. 0 1 2 3 | 24. 0 1 2 3 | 34. 0 1 2 3 | 44. 0 1 2 3 | 54. 0 1 2 3 |
| 5. 0 1 2 3 | 15. 0 1 2 3 | 25. 0 1 2 3 | 35. 0 1 2 3 | 45. 0 1 2 3 | 55. 0 1 2 3 |
| 6. 0 1 2 3 | 16. 0 1 2 3 | 26. 0 1 2 3 | 36. 0 1 2 3 | 46. 0 1 2 3 | 56. 0 1 2 3 |
| 7. 0 1 2 3 | 17. 0 1 2 3 | 27. 0 1 2 3 | 37. 0 1 2 3 | 47. 0 1 2 3 | 57. 0 1 2 3 |
| 8. 0 1 2 3 | 18. 0 1 2 3 | 28. 0 1 2 3 | 38. 0 1 2 3 | 48. 0 1 2 3 | 58. 0 1 2 3 |
| 9. 0 1 2 3 | 19. 0 1 2 3 | 29. 0 1 2 3 | 39. 0 1 2 3 | 49. 0 1 2 3 | 59. 0 1 2 3 |
| 10. 0 1 2 3 | 20. 0 1 2 3 | 30. 0 1 2 3 | 40. 0 1 2 3 | 50. 0 1 2 3 | 60. 0 1 2 3 |

SUBESCALAS AREA
PROBLEMA

1 $\frac{-5}{15} \times 100 = \underline{\hspace{2cm}}$

2 $\frac{-5}{15} \times 100 = \underline{\hspace{2cm}}$

3 $\frac{-10}{30} \times 100 = \underline{\hspace{2cm}}$

4 $\frac{-6}{18} \times 100 = \underline{\hspace{2cm}}$

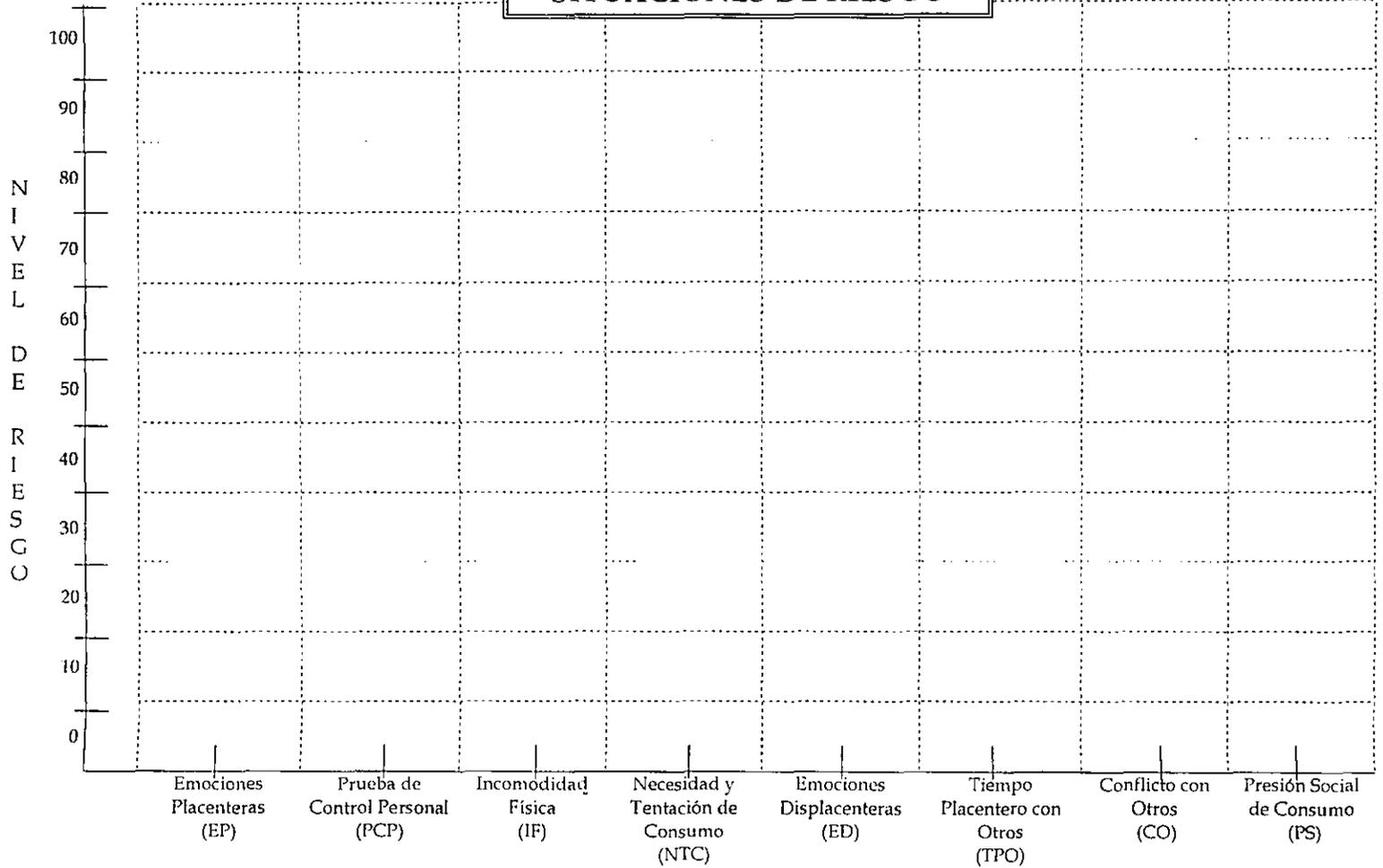
5 $\frac{-10}{30} \times 100 = \underline{\hspace{2cm}}$

6 $\frac{-5}{15} \times 100 = \underline{\hspace{2cm}}$

7 $\frac{-14}{42} \times 100 = \underline{\hspace{2cm}}$

8 $\frac{-5}{15} \times 100 = \underline{\hspace{2cm}}$

SITUACIONES DE RIESGO



**MANUAL DEL CUESTIONARIO
DE AUTOCONFIANZA
DE CONSUMO
DE DROGAS (CACD)**

ADMINISTRACION

El cuestionario es autoaplicable, con un tiempo de aplicación de 15 a 20 minutos aproximadamente para cada sustancia de consumo, puede administrarse de forma grupal o individual. Los individuos deben contestar un CACD por cada droga de consumo.

INSTRUCCIONES

Se le pide al sujeto que se imagine a sí mismo en cada una de las 60 situaciones y que indique qué tan confiado está de resistirse a la necesidad de usar una droga en particular.

CALIFICACION

Se registran las respuestas del individuo en la hoja de calificación y se calcula la puntuación para cada una de las subescalas, obteniendo los porcentajes medios. Las ocho puntuaciones son graficadas en la hoja de Perfil de Autoconfianza. Posteriormente se obtienen los factores generales sumando las subescalas que contiene cada factor y obteniendo el promedio de ellas.

Es importante tomar en cuenta en el análisis de los datos que las subescalas del cuestionario se encuentran divididas en tres factores estructurales donde se agrupan todas las subescalas:

FACTORES ESTRUCTURALES	SUBESCALAS
⇒ Situaciones negativas	3. Incomodidad Física (IF) 5. Emociones Displacenteras (ED) 7. Conflicto con Otros (CO)
⇒ Situaciones positivas	1. Emociones Placenteras (EP) 6. Tiempo placentero con Otros (TPO)
⇒ Situaciones de tentación	2. Prueba de Control Personal (PCP) 4. Necesidad y Tentación de Consumo (NTC) 8. Presión Social de Consumo (PSC)

SUBESCALAS	REACTIVOS
1. Emociones Placenteras (EP)	1-11-21-31-41
2. Prueba de Control Personal (PCP)	2-12-22-32-42
3. Incomodidad Física (IF)	3-13-23-33-43-53-9-20-39-50
4. Necesidad y Tentación de Consumo (NTC)	4-14-24-34-44-54

5. Emociones Displacenteras (ED)	5-15-25-35-45-55-10-29-40-51
6. Tiempo placentero con Otros (TPO)	6-16-26-36-46
7. Conflicto con Otros (CO)	7-17-19-27-30-37-47-49-52-56-57-58-59-60
8. Presión Social de Consumo (PSC)	8-18-28-38-48

INTERPRETACION

Puede interpretarse desde dos perspectivas en términos de: 1) Puntuación de las subescalas de la autoconfianza y 2) El perfil de la autoconfianza de un individuo.

Puntuaciones de autoconfianza

Las puntuaciones de las subescalas de autoconfianza, con un rango de 0% a 100%, indican la fortaleza que tiene un individuo para resistirse a la necesidad de usar drogas dentro de cada tipo de situación. Por ejemplo, una puntuación de autoconfianza de 0% a 40% en una subescala el individuo tiene muy poca o nada de autoconfianza de resistirse a la necesidad de usar drogas en ese tipo de situación. Tal puntuación indica que las situaciones de este tipo presentan al individuo con un alto riesgo.

Por el otro lado, una puntuación de autoconfianza del 80% en una subescala indica una autoconfianza muy alta en la habilidad que tiene un individuo para resistirse a la necesidad usar drogas en esa situación, y, consecuentemente, las situaciones de este tipo presentan un muy bajo riesgo para un individuo. Las puntuaciones del 60% en alguna o algunas subescalas indican que el individuo percibe su autoconfianza de resistirse al consumo como medianamente alta, esta interpretación debe hacerse con cuidado, ya que significa un riesgo para el consumo en esas situaciones, por lo tanto deberá fortalecerse esta autoconfianza para disminuir el riesgo.

Perfiles de confianza del individuo

Se puede construir una jerarquía de los porcentajes de autoconfianza clasificando las subescalas del CACD de acuerdo a las puntuaciones. Aquellas situaciones que son clasificadas como más altas representan las áreas del individuo de más alta autoconfianza en su habilidad para resistir la necesidad de usar drogas.

El perfil puede verse en términos de las puntuaciones generales de los patrones. Por ejemplo, un patrón de puntuaciones elevadas puede ser categorizada en situaciones Negativas vs Positivas vs Tentación. Un individuo puede expresar baja autoconfianza en situaciones caracterizadas por necesidad y tentación, prueba del control personal y presión social; moderada autoconfianza en situaciones asociadas con emociones displacenteras, incomodidad física y conflicto con otros; y altos niveles de autoconfianza en relación con situaciones de emociones placenteras y tiempos placenteros con otros. Así, el perfil de autoconfianza de un individuo puede usarse para identificar las dimensiones de la autoeficacia relacionadas con tomar drogas.

--	--	--

DIA MES AÑO

--	--

NUMERO

CUESTIONARIO DE AUTOCONFIANZA DE CONSUMO DE DROGAS.

(CACD)

Lucía De León, Yazmin Perez, Roberto Oropeza y Héctor Ayala.

EDAD: _____ SEXO: M F

ESCOLARIDAD: _____

OCUPACIÓN: _____

INGRESOS MENSUALES ESTIMADOS: _____

Por favor conteste las siguientes preguntas si usted consume alguna droga ilegal

✎ Tipo de droga ilegal que usted consume más frecuentemente:

✎ Si usted consume alguna otra sustancia o droga ilegal, por favor anótela: _____

CUESTIONARIO DE AUTOCONFIANZA DE CONSUMO DE DROGAS. (CACD)

Lucía De León, Yazmin Perez, Roberto Oropeza y Héctor Ajala.

Instrucciones: La lista que está a continuación señala varias situaciones o eventos en los cuales la gente consume drogas.

Imagine que está en cada una de las situaciones que a continuación se le presentan. Indique de acuerdo a la siguiente escala qué tan seguro está de poder resistirse a la necesidad de consumir drogas en esa situación.

Encierre o marque su respuesta de acuerdo al porcentaje de seguridad que usted tenga de resistir a la necesidad de consumir droga.

- ✓ Usted deberá marcar 100 si está 100% seguro de poder resistirse a la necesidad de consumir esa droga.*
- ✓ 80 si está 80% seguro de resistirse al consumo.*
- ✓ 60 si lo está en un 60% seguro.*
- ✓ Si está más inseguro que seguro, marque 40 que indica que está sólo en un 40% seguro de poder resistirse a la necesidad de consumir esa droga.*
- ✓ 20 para un 20% de seguridad*
- ✓ Y 0 si no está seguro de resistirse al consumo en esa situación*

Yo sería capaz de resistir la necesidad de consumir:(Anote la droga que usted consume mas frecuentemente)_____

Ejemplo:

*Si me sintiera alegre

0 % 20 % 40 % ~~60 %~~ 80 % 100 %

NOTA: En este ejemplo usted está un 60% seguro de resistirse a consumir la droga en esta situación.

Conteste las situaciones que a continuación se le presentan

	MUY INSEGURO 0 %	20 %	40 %	60 %	80 %	MUY SEGURO 100 %
1. Si me sintiera feliz	0	20	40	60	80	100
2. Si quisiera probarme si puedo usar esa droga con moderación	0	20	40	60	80	100
3. Si me sintiera tembloroso	0	20	40	60	80	100
4. Si estuviera en un lugar donde antes consumí o compré la droga	0	20	40	60	80	100
5. Si estuviera deprimido.	0	20	40	60	80	100
6. Si me encontrara con viejos amigos y quisiéramos pasar un buen rato	0	20	40	60	80	100
7. Si me sintiera tenso o incómodo en presencia de alguien	0	20	40	60	80	100
8. Si me invitaran a casa de alguien y sintiera que es inapropiado rehusar cuando me la ofrecen la droga	0	20	40	60	80	100
9. Si quisiera tener más energía para sentirme mejor	0	20	40	60	80	100
10. Si empezara a sentirme culpable por algo	0	20	40	60	80	100
11. Si me sintiera seguro y relajado	0	20	40	60	80	100
12. Si quisiera probarme que esta droga no es un problema para mí	0	20	40	60	80	100
13. Si me sintiera enfermo	0	20	40	60	80	100
14. Si inesperadamente me la encontrara	0	20	40	60	80	100
15. Si sintiera que ya no tengo a donde más acudir.	0	20	40	60	80	100

	MUY INSEGURO 0 %	20 %	40 %	60 %	80 %	MUY SEGURO 100 %
16. Si estuviera con un amigo cercano y quisiéramos sentirnos aún más unidos	0	20	40	60	80	100
17. Si no fuera capaz de expresar mis sentimientos a los demás	0	20	40	60	80	100
18. Si saliera con amigos y ellos insistieran en ir a algún lugar a consumir la droga	0	20	40	60	80	100
19. Si sintiera que mi familia me esta presionando mucho	0	20	40	60	80	100
20. Si quisiera bajar de peso para mejorar mi apariencia física	0	20	40	60	80	100
21. Si me sintiera emocionado por algo	0	20	40	60	80	100
22. Si quisiera probarme si puedo consumir ocasionalmente la droga sin volverme adicto	0	20	40	60	80	100
23. Si sintiera nauseas	0	20	40	60	80	100
24. Si viera algo que me recordara la droga	0	20	40	60	80	100
25. Si sintiera que me dejé fracasar	0	20	40	60	80	100
26. Si estuviera con amigos y quisiera divertirme más	0	20	40	60	80	100
27. Si otras personas me rechazaran	0	20	40	60	80	100
28. Si estuvieran en un grupo que está consumiendo esa droga y sintiera que esperan que me les una	0	20	40	60	80	100
29. Si me sintiera abrumado y quisiera escapar	0	20	40	60	80	100

	MUY INSEGURO					MUY SEGURO
	0 %	20 %	40 %	60 %	80%	100 %
30. Si sintiera que no puedo llegar a ser lo que mi familia espera de mí	0	20	40	60	80	100
31. Si me sintiera satisfecho con mi vida	0	20	40	60	80	100
32. Si quisiera probar si puedo estar con amigos que consumen drogas sin consumirlas	0	20	40	60	80	100
33. Si tuviera problemas para dormir	0	20	40	60	80	100
34. Si hubiera estado bebiendo y pensara en consumirla	0	20	40	60	80	100
35. Si estuviera aburrido	0	20	40	60	80	100
36. Si quisiera celebrar con un amigo	0	20	40	60	80	100
37. Si pareciera que no les caigo bien a los demás	0	20	40	60	80	100
38. Si me presionaran a usar esta droga y sintiera que no me puedo negar	0	20	40	60	80	100
39. Si tuviera dolor de cabeza	0	20	40	60	80	100
40. Si estuviera enojado por como me salieron las cosas	0	20	40	60	80	100
41. Si recordara cosas buenas que han pasado	0	20	40	60	80	100
42. Si quisiera probar si puedo estar en lugares donde se consumen drogas sin hacerlo	0	20	40	60	80	100
43. Si quisiera mantenerme despierto para sentirme mejor	0	20	40	60	80	100

	MUY INSEGURO					MUY SEGURO
	0 %	20 %	40 %	60 %	80 %	100 %
44. Si escuchara a alguien hablar acerca de sus experiencias con esa droga	0	20	40	60	80	100
45. Si me sintiera solitario	0	20	40	60	80	100
46. Si estuviera pasándola bien con mi pareja y quisiera aumentar mi placer sexual.	0	20	40	60	80	100
47. Si alguien me tratara injustamente	0	20	40	60	80	100
48. Si estuviera con un grupo en el que todos estuvieran consumiendo esta droga	0	20	40	60	80	100
49. Si no me estuviera llevando bien con mis compañeros de la escuela o del trabajo	0	20	40	60	80	100
50. Si tuviera algún dolor físico	0	20	40	60	80	100
51. Si estuviera indeciso acerca de algo que debo hacer	0	20	40	60	80	100
52. Si hubiera pleitos en mi casa	0	20	40	60	80	100
53. Si quisiera estar más alerta para sentirme mejor.	0	20	40	60	80	100
54. Si empezara a recordar qué buen acelere sentí cuando la consumí.	0	20	40	60	80	100
55. Si me sintiera ansioso por algo	0	20	40	60	80	100
56. Si necesitara coraje para enfrentar a otra persona	0	20	40	60	80	100
57. Si alguien interfiriera con mis planes	0	20	40	60	80	100

	MUY INSEGURO 0 %	20 %	40 %	60 %	80%	MUY SEGURO 100 %
58. Si alguien tratara de controlar mi vida y quisiera sentirme más independiente	0	20	40	60	80	100
59. Si alguien estuviera insatisfecho con mi trabajo	0	20	40	60	80	100
60. Si me hostigaran por el trabajo o la escuela	0	20	40	60	80	100

Droga ilegal de Consumo _____

Número: _____

Fecha: _____

Segunda droga ilegal de consumo _____

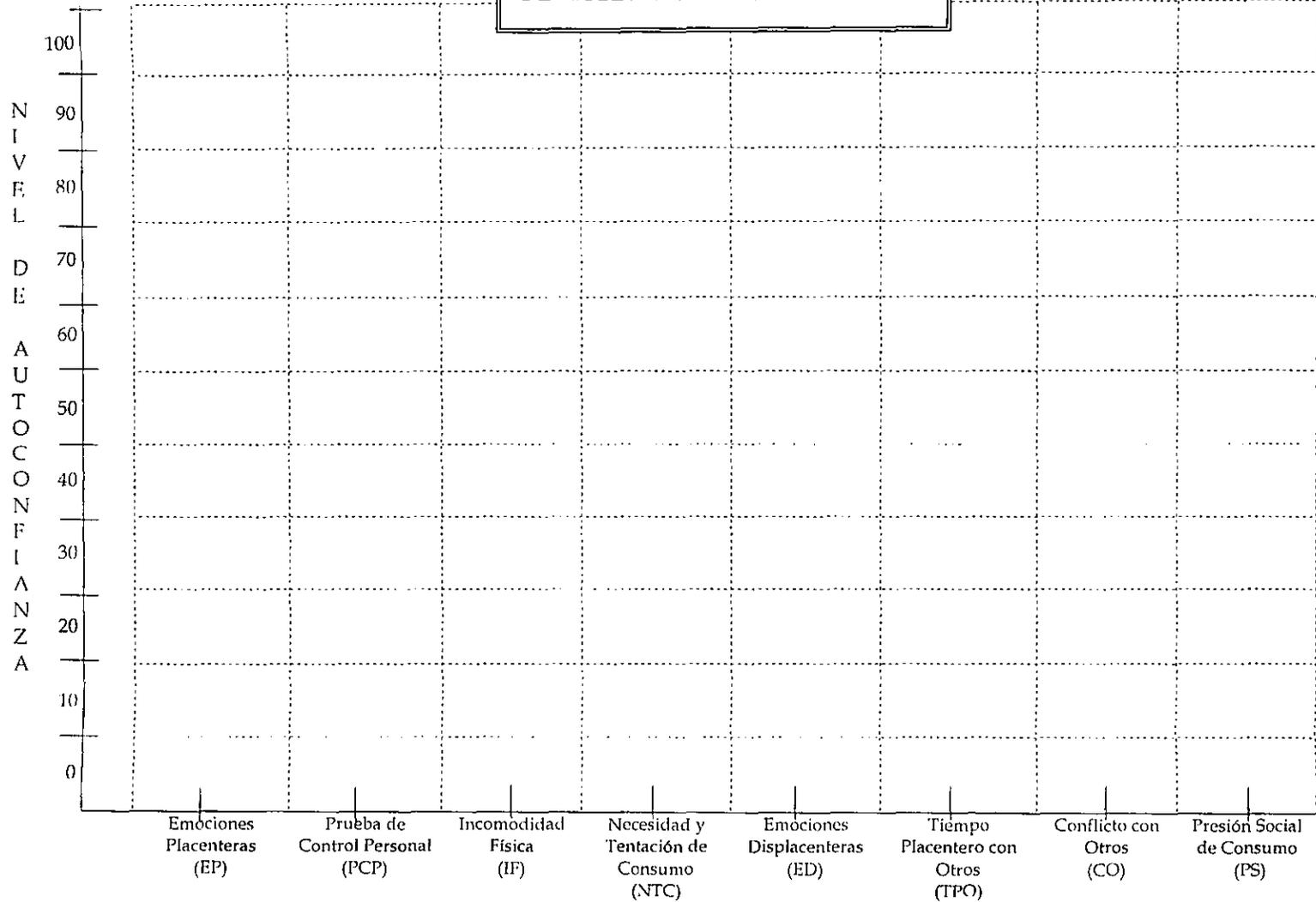
Edad: _____

Sexo: F M

AREA
SUBESCALAS PROBLEMA

1. _____	11. _____	21. _____	31. _____	41. _____	51. _____		
2. _____	12. _____	22. _____	32. _____	42. _____	52. _____	1	$\frac{\quad}{5} = \quad$
3. _____	13. _____	23. _____	33. _____	43. _____	53. _____	2	$\frac{\quad}{5} = \quad$
4. _____	14. _____	24. _____	34. _____	44. _____	54. _____	3	$\frac{\quad}{10} = \quad$
5. _____	15. _____	25. _____	35. _____	45. _____	55. _____	4	$\frac{\quad}{6} = \quad$
6. _____	16. _____	26. _____	36. _____	46. _____	56. _____	5	$\frac{\quad}{10} = \quad$
7. _____	17. _____	27. _____	37. _____	47. _____	57. _____	6	$\frac{\quad}{5} = \quad$
8. _____	18. _____	28. _____	38. _____	48. _____	58. _____	7	$\frac{\quad}{14} = \quad$
9. _____	19. _____	29. _____	39. _____	49. _____	59. _____	8	$\frac{\quad}{5} = \quad$
10. _____	20. _____	30. _____	40. _____	50. _____	60. _____		

PERFILES DE AUTOCONFIANZA



**TABLAS DE
RESULTADOS DEL ISCD**

En la Tabla 1 se muestra la distribución de los porcentajes en la categoría sexo de la muestra general, consumidores y no consumidores en la cual se puede observar que el 82% de los consumidores pertenecen al sexo masculino, así como el 60.66% de la muestra de no consumidores son mujeres.

Tabla 1. Distribución de la categoría sexo

Sexo	Muestra general %	Consumidores %	No Consumidores %
Masculino	60.13	82	38.66
Femenino	39.20	18	60.66
Total	99.33	100	99.33

En la Tabla 2, se observan la distribución de los porcentajes de los niveles escolares que se encuentran en los sujetos. El grupo de consumidores en su mayoría (46.66%) tiene el nivel escolar de bachillerato y el 42.66% de los no consumidores tienen nivel profesional.

Tabla 2. Nivel escolar.

Escolaridad	Muestra General	Consumidores	No Consumidores
	%	%	%
Primaria	9.96	11.33	8.66
Secundaria	20.59	27.33	14
Bachillerato	38.20	46.66	30
Profesional	28.57	14.66	42.66
Maestría	2.32	0	4.66
Total	99.66	100	100

En la Tabla 3, se muestra la distribución de los porcentajes de la categoría de ocupación que tienen los sujetos. Se puede observar que la mayoría de los consumidores son empleados (62.66%) así mismo los no consumidores con un 60%.

Tabla 3. Ocupación

Ocupación	Muestra General	Consumidores	No Consumidores
	%	%	%
Desempleado	19.26	24	14.66
Empleado	61.12	62.66	60
Estudiante	18.93	12.66	25.33
Total	99.33	99.33	100

En la Tabla 4, se pueden ver los porcentajes y las frecuencias del tipo de droga que mas consumen siendo la de mayor consumo los alucinogenos (37.33).

Tabla 4. Primer tipo de droga de consumo.

Tipo de Droga	Porcentajes	Frecuencias
Estimulantes	48	72
Depresores	4.67	7
Alucinogenos	37.33	56
Inhalantes	10	15
Total	100	150

En la Tabla 5, se pueden observar los porcentajes y las frecuencias de la segundo tipo de drogas de consumo. En esta categoria solo el 62.67% de la muestra consume una segunda droga y de esta la de mayor consumo fueron los alucinogenos (18%).

Tabla 5. Segundo tipo de droga de consumo.

Tipo de Droga	Porcentajes	Frecuencias
Estimulantes	32	48
Depresores	10	15
Alucinógenos	18	27
Inhalantes	2.67	4
Total	62.67	94

**TABLAS DE
RESULTADOS DEL CACD**

En la Tabla 1 se muestran la distribución de los porcentajes en la categoría sexo de la muestra general, el grupo de consumidores y el grupo de no consumidores, observándose un mayor porcentaje de hombres en los tres grupos.

Tabla 1. Distribución de la categoría Sexo.

Sexo	Muestra General	Consumidores	No Consumidores
	%	%	%
Masculino	71	89.33	52.66
Femenino	29	10.66	47.33
Total	100	100	100

En la Tabla 2, se observa la distribución de los porcentajes de los niveles escolares que se encuentran en los sujetos, notándose que el grupo de consumidores tiene prevalencia en el nivel secundaria (33.33%), mientras que en el de no consumidores el mayor porcentaje se encuentra en el nivel bachillerato (22.66%).

Tabla 2. Nivel escolar.

Escolaridad	Muestra General %	Consumidores %	No Consumidores %
Primaria	16.33	26.66	6
Secundaria	23.66	33.33	14
Bachillerato	23.33	24	22.66
Técnica	4.66	2	7.33
Profesional	32	14	50
Total	100	100	100

En la Tabla 3, se muestra la distribución de los porcentajes del tipo de ocupación que tienen los sujetos, mostrándose que hay mayor desempleo en el grupo de consumidores (21.33%) que en el de no consumidores (6%).

Tabla 3. Ocupación

Ocupación	Muestra General %	Consumidores %	No Consumidores %
Empleado	60.33	69.33	51.33
Desempleado	13.66	21.33	6
Estudiante	26	9.33	42.66
Total	100	100	100

Los tipos de drogas que consumen con mayor frecuencia los sujetos pertenecen a los estimulantes (50%), seguidos de los alucinógenos con un 30%.

Tabla 4. Primer tipo de droga de consumo.

Tipo de Droga	Porcentajes	Frecuencias
Estimulantes	50	75
Depresores	0.66	1
Alucinógenos	30	45
Inhalantes	19.33	29
Total	100	150

En la tabla 5 se pueden observar los porcentajes y frecuencias del segundo tipo de droga de consumo, donde el 52% de este grupo menciona utilizar un segundo tipo de sustancia en donde prevalecen los alucinógenos con el 25.33%.

Tabla 5. Segundo tipo de droga de consumo.

Tipo de Droga	Porcentajes	Frecuencias
Estimulantes	16	24
Depresores	2	3
Alucinógenos	25.33	38
Inhalantes	8.67	13
Total	52	78