



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

CARRERA DE PSICOLOGÍA

CALIDAD DE VIDA Y AUTOEFICACIA EN PACIENTES CON
CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN UN HOSPITAL DE
ALTA ESPECIALIDAD DE LA CIUDAD DE MÉXICO

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A :
CÉSAR GUILLERMO POPOCA SÁNCHEZ

JURADO DEL EXAMEN

DIRECTOR: MTRO JIMENEZ VILLEGAS MIGUEL ANGEL
ASESOR: LIC. VAZQUEZ GARCÍA CARLOS OMAR
ASESOR: LIC. RAMIREZ VILLA ALBERTO ANTONIO
SINODAL: LIC. MENDOZA ESPERANZA MARIA FERNANDA
SINODAL: DR. DE LEÓN RICARDI CÉSAR AUGUSTO



Ciudad de México, Agosto 2022



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.

“Los límites de mi lenguaje, son los límites de mi mundo”

Ludwig Wittgenstein

Un niño se ha lastimado y prorrumpie en llanto; luego los adultos le hablan y le enseñan exclamaciones y más tarde oraciones. Le enseñan un comportamiento nuevo ante el dolor. «¿Dices, pues, que la palabra 'dolor' significa realmente llanto?» — Al contrario; la expresión verbal del dolor reemplaza el llanto y no lo describe.

Ludwig Wittgenstein

¿Qué es: “para mejorar”?

¿Qué es: “encontrar algo mejor”?

¿Qué es: “vas a estar mejor”?

¿Cuánto es suficiente?

C.G.P.S

*Alguna vez creí que el cielo era azul
pero me di cuenta que son las palabras
quienes lo pintan.
Entonces me dispuse a pintar el mundo, mi realidad,
pero por más que te pincelaba
siempre mantenías
la misma forma*

C.G.P.S

*Me tocaste,
y cada palabra era un paso más,
pero nunca estuvimos
en ese mismo
Movimiento del pensar*

C.G.P.S.

"Pienso que ningún revuelo que haga temblar el corazón humano pueda parecerse al que siente el inventor al ver que algo concebido por sí mismo es un hecho y se está transformando en un éxito. Sentimientos así hacen que el hombre se olvide de comer, de dormir, de sus amigos, de sus amores....de todo"

Nikola Tesla.

*I love it here
Wait, are you recording this?
What you don't wanna keep working with the group?
I don't know. Do you? Don't you feel there's a lot more we could be doing? Like more quality stuff
I mean, Cole, are we ever gonna be better than this?
Are we ever gonna be better than this?
These days you can invent an app, star a blog, sell shit online
But if you're a DJ, you're gonna need to start with one track
And if it's real enough
And honest enough
And if it's made of everything that's made you
Where you come from
Who you knew
Your history
Then you may have a chance at connecting with everyone else
And maybe that's the ticket...to everything*

We are your friends

DEDICATORIAS / AGRADECIMIENTOS

A mi madre y a mi padre que siempre me apoyan

A Manuel, porque los logros de uno son los logros del otro

A mi maestra la Dra. Ocampo por todas sus enseñanzas

Para aquellos que siempre tuve en mi mente durante todo este proceso aunque no lo supieran: Mi abuelita, Sofía, Pedro, Adrián, Julieta, Fernando, Marco, Claudia, Abraham, Alan, Julián.

Al profesor Miguel Ángel, por apoyarme en todo este proceso

A esa nueva experiencia, por un nueva POSE hacia la vida.

Finalmente agradezco las facilidades que me brindo la Dra. María Angélica Ocampo Ocampo coordinadora de la Clínica contra el tabaco y otras sustancias adictivas “Dr. Raul Cicero Sabido” del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”, para el manejo de datos de la muestra poblacional que se analiza en el presente trabajo, bajo el permiso correspondiente.

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS / DEDICATORIAS	1
ÍNDICE	2
RESÚMEN	3
INTRODUCCIÓN	4
MARCO TEÓRICO	10
ADICCIONES	10
AUTOEFICACIA	27
CALIDAD DE VIDA	42
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	59
MATERIAL Y MÉTODO	61
RESULTADOS	64
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	68
REFERENCIAS	70

RESUMEN

La Organización Mundial de la Salud define a la Calidad de Vida como “la percepción que tiene un individuo de su posición en la vida, dentro del contexto cultural y los sistemas de valores en los que vive y en relación con sus metas, expectativas, estándares y preocupaciones”, éste concepto está tomando relevancia en los procesos de evaluación para la mejoría de salud principalmente en las enfermedades crónico degenerativas no transmisibles ya que éstos padecimientos impactan en muchas esferas de la vida de los afectados haciendo una revaloración en sus motivaciones y prioridades vitales dentro de su plan de vida. El origen de estas enfermedades se debe principalmente a la apropiación de estilos de vida no saludables como son: una actividad sedentaria, mala alimentación, falta de ingesta de líquido sano, pocas horas de sueño y consumo de sustancias adictivas; la continua y prolongada exposición a estos factores compromete la recuperación. Promover la aparición, desarrollo o fortalecimiento de creencias sobre tener las capacidades o habilidades necesarias para lograr cambios, es decir una mayor percepción de autoeficacia, permitirá la modificación de conductas y cogniciones poco funcionales en más saludables. Al estar involucrada la autoeficacia en varios aspectos del quehacer humano el objetivo de éste estudio fue indagar si existe una relación entre la autoeficacia y la calidad de vida reportados en una muestra de 18 sujetos adultos con consumo de sustancias adictivas de una población hospitalaria en la Ciudad de México a través de los instrumentos Autoeficacia General y el WHOQOL-BREF. Se utilizó la prueba estadística de Pearson obteniéndose una baja correlación.

Palabras clave: Calidad de Vida, Autoeficacia, sustancias adictivas.

INTRODUCCIÓN

El proceso o los patrones para determinar por qué la gente enferma o muere cambió a partir de las transiciones demográficas, tecnológicas y epidemiológicas desde el siglo XIX (Santosa et al, 2014; Kuri-Morales, 2011). La transición demográfica se caracteriza por la disminución de mortalidad y un incremento en la esperanza de vida así como el traslado paulatino de zonas de vivienda rurales a zonas urbanas; la transición tecnológica se refiere a los cambios tecnológicos como las vacunas, el desarrollo de antibióticos como la penicilina o equipos para el diagnóstico que permitieron controlar o detectar de manera oportuna las enfermedades infecciosas; finalmente la transición epidemiológica, término propuesto por el epidemiólogo Abdel R. Omran en 1971, hace alusión a que las enfermedades infecciosas son desplazadas por las enfermedades crónico degenerativas como principal causa de morbilidad y mortalidad (Kuri-Morales, 2011) debido a los cambios demográficos, tecnológicos y socioeconómicos antes mencionados.

De esta manera la epidemiología, que estudia los patrones de las causas en el proceso de salud-enfermedad, cambió su paradigma microbiano el cual estudiaba “un agente único y específico por enfermedad”, hacia un paradigma sobre el estudio de factores de riesgo, por lo que las intervenciones no están dirigidas a evitar la propagación del agente sino al cambio del comportamiento en los estilos de vida (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2017)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) informa que las enfermedades no transmisibles representan el 71% de las muertes a nivel global principalmente por enfermedades cardiovasculares, cáncer, enfermedades respiratorias y diabetes; también informa que los factores de riesgo prevenibles que aumentan la probabilidad para morir por éste tipo de enfermedades son la inactividad física, dieta poco saludable así como el consumo de alcohol y tabaco (OMS, 2021), siendo estos dos últimos factores el 15% de las defunciones totales (Encuesta Nacional de Salud y Nutrición [ENSANUT], 2018)

El consumo de drogas tiene múltiples consecuencias para la salud como defunciones, enfermedades y discapacidades. Las defunciones directas por el consumo son principalmente a causa de sobredosis, esto es una intoxicación aguda por ingesta excesiva de la droga colocando la vida en riesgo (OMS, 2014, 1994), y del total de muertes atribuibles a las drogas un 70% están relacionadas con los opioides (heroína, morfina fentalino, tramadol, entre otras) y de éstas un 30% fue por sobredosis (OMS, 2020a); un estudio en México sobre el consumo de heroína mostro que el 67.2% de la muestra experimentó una sobredosis, sin embargo en nuestro país el alcohol continúa siendo la primer droga asociada a otros tipos de muertes como accidentes, homicidio, suicidio o muertes no violentas (Secretaria de Salud [SSA], 2019).

El uso de drogas inyectadas como la heroína puede traer como consecuencia la adquisición de enfermedades infecciosas como el VIH, la hepatitis B y C o tuberculosis; el uso continuo de cannabis afecta las funciones neurocognitivas como la memoria verbal y de igual manera está asociada a la esquizofrenia; el consumo de cocaína provoca problemas cardiovasculares como

arritmias, infarto de miocardio o hipertensión; la aparición de cáncer está relacionado con el consumo de diversas sustancias adictivas: el alcohol es factor para cáncer de laringe, esófago, páncreas o hígado, por otro lado el tabaco y cannabis tienen un alto riesgo de originar cáncer en múltiples órganos debido al alto número de carcinógenos presentes; también el consumo de alcohol tiene una relación muy clara entre su ingesta y el desarrollo de hígado graso, hepatitis alcohólica, y cirrosis hepática, así mismo por su alto contenido energético favorece la obesidad, diabetes mellitus tipo 2, hiperuricemia y gota (González, 2018; Fernández 2014; Pereiro, 2010)

Esta relación entre el consumo de drogas y ser causa o desarrollo o exacerbación de una enfermedad física o mental resulta en un mal funcionamiento físico, psicológico y social. La OMS ha mencionado que se vive más tiempo pero con mayor discapacidad y las drogas son uno de los principales factores para esta disfunción pues solo en la región de las Américas éste factor se encuentra entre las primeras 10 causas que contribuyen a la pérdida de años de vida saludable^a (OMS, 2020b) La disfuncionalidad dependerá de los patrones de consumo (tipo de droga, frecuencia y cantidad de uso), y se pueden observar alteraciones en la funcionalidad de estructuras en diversos órganos como el cerebro, hígado o pulmones y funciones mentales como la memoria, lenguaje, atención o psicomotricidad (Déficits en las funciones y estructuras corporales (*Deficiencia*)), también limitan el desempeño de actividades como el aprendizaje o adquisición de habilidades, resolución de problemas, manejo de estrés, comunicación o movilidad propia o de traslado (Limitaciones en la actividad (*Discapacidad*)), para finalmente afectar interacciones sociales como establecer nuevas relaciones, afectaciones en

la familia, relaciones íntimas, búsqueda o mantenimiento de un trabajo o afectaciones en la vida económica (Restricciones en la participación (Minusvalía)) (OMS, 2001)

Retomando que el consumo de drogas altera el funcionamiento de la persona es importante evaluar el impacto que tiene ésta alteración en su vida. Por tanto, el perfil epidemiológico poblacional se define a partir de diversos indicadores de salud, estos son “mediciones resumidas que capturan información relevante sobre distintos atributos y dimensiones del estado de salud (como funcionamiento, discapacidad, ocurrencia de la enfermedad y la tasa de muerte) y del desempeño de un sistema de salud” (OPS, 2018, 2017) dentro de las dimensiones de salud están el bienestar físico, emocional, espiritual, ambiental, psicológico y social, aspectos que miden los índices de Calidad de Vida.

La Calidad de Vida sirve como un indicador al medir el funcionamiento de las personas en diferentes aspectos de su vida y aunque el término se enfocó principalmente en personas con enfermedades crónicas-terminales y para la toma de decisiones dentro del mejor tratamiento (Pennacchini et al., 2011; OMS, 1996) se utiliza para saber la conexión que hay entre la salud, la enfermedad y los factores que los conectan. Es de esta manera que la medición de la salud no solo está en función de marcadores biológicos como son el número de muertes o carga de enfermedad sino también de la capacidad del funcionamiento de la persona en su vida diaria.

Aunque hay múltiples definiciones de Calidad de vida, la gran mayoría define aspectos subjetivos y objetivos considerando componentes de salud física,

psicológica, social y funcional (Post, 2014). Los juicios o expectativas de tener una buena Calidad de Vida están muy ligados a las experiencias propias sobre estar saludable o enfermo y los procesos que conlleva (Lakin, 2022; Skevington, 2012; Carr, 2001)

Ya que está implicada la formación de creencias de expectativas a partir de las experiencias vividas, uno de los conceptos que está muy relacionado a éste fenómeno es la autoeficacia, lo cual significa tener confianza en las capacidades, a pesar de las discapacidades funcionales como se menciono anteriormente, de uno mismo para llevar a cabo comportamientos que a su vez darán determinados resultados, esta capacidad permite tener autocontrol sobre la enfermedad crónica que padece una persona lo cual también se refleja en una mejoría sobre su adherencia al tratamiento (Peters, 2019; Hortal, 2015)

La autoeficacia es una de las variables más estudiadas para evaluar el cambio y mantenimiento de una conducta. Desde la integración de técnicas conductuales y cognitivas en el tratamiento de las adicciones, la autoeficacia abre la oportunidad para que la persona con consumo de sustancias adictivas pueda ampliar su comportamiento de cambio positivo hacia otras esferas de su vida que se vieron afectadas como la vida laboral, educativa o en su alimentación, evitando una posible recaída.

^a“El número total de muertes por causas específicas no proporciona una buena métrica para informar las prioridades de salud pública. Tal medida, por ejemplo, asigna el mismo peso a una muerte a los 80 años que a los 30 o incluso a 1 año de edad. Los años de vida perdidos (AVP) son una medida de la mortalidad prematura que tiene en cuenta tanto la frecuencia de las muertes como la edad a la que se producen. La fórmula básica de los AVP es la siguiente para una determinada causa c, edad a, sexo s y año t: $AVP(c,s,a,t) = N(c,s,a,t) \times L(s,a)$ donde: $N(c,s,a,t)$ es el número de muertes debidas a la causa c para la edad a y el sexo s dados en el año t $L(s,a)$ es una función de pérdida estándar que especifica los años de vida perdidos para una muerte a la edad a para el sexo s El número de muertes proviene de las estimaciones de salud global de la

OMS, y la función de pérdida estándar se basa en la esperanza de vida nacional de frontera proyectada para el año 2050 por World Population Prospects 2012 (UN Population Division, 2013), con una esperanza de vida al nacer de 92 años (OMS sin fecha *Years of life lost (YLL) (per 100 000 population)*” <https://www.who.int/data/gho/indicator-metadata-registry/imr-details/4427>.

MARCO TEÓRICO

ADICIONES

El consumo de sustancias adictivas es un factor de riesgo para desarrollar o exacerbar varias enfermedades crónicas degenerativas, lo que se traduce en una mayor carga económica para el sistema de salud del país, disminución de esperanza de vida y afectación en la calidad de vida. Las enfermedades crónicas degenerativas representan un serio problema para la Salud Pública de México, ejemplo de ello fue que en el año 2016 dos de las principales instituciones de atención sanitaria en México, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el Instituto de Servicio y Seguro Social de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), destinaron en conjunto el 31.4% de su presupuesto para la atención de enfermedades como: la diabetes, hipertensión e insuficiencia renal (Macías, 2018) siendo principalmente las de mayor demanda.

A nivel mundial 35 millones de personas padecían de algún trastorno relacionado con el consumo de drogas* (*sustancias sometidas a fiscalización de conformidad con los tratados de fiscalización internacional de drogas: opiáceos, cocaína, cannabis, estimulantes de tipo anfetamínicos y nuevas sustancias psicoactivas) en el año 2019, un aumento del 30% con respecto al 2009, y sólo disponen de algún tratamiento 1 de cada 7 personas; además su consumo por vía inyectable permite el aumento de personas con enfermedades de VIH o Hepatitis C (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito [UNODC], 2019). Respecto al consumo de tabaco y alcohol, el primero causa cada año más de 8

millones de muertes en tanto la segunda ocasiona 3 millones de muertes (OMS, 2019)

En México el consumo de cualquier droga* (*Se refiere al uso de una o más sustancias médicas fuera de prescripción o por más tiempo del indicado por el médico (como opiáceos, tranquilizantes, sedantes y barbitúricos y anfetaminas o estimulantes) o ilegales (tales como marihuana, cocaína, crack, alucinógenos, inhalables, heroína, metanfetaminas y otras drogas como ketamina, GHB, etc)) en la temporalidad de alguna vez en la vida pasó de 7.8% en 2011 a 10.3% en 2016; la marihuana fue la droga que mayor incremento tuvo; la prevalencia en el consumo de tabaco se mantuvo sin cambios en el 2016 (20.8%) con respecto al 2011 (21.7%); y sólo el 20.3% del total con una posible dependencia acudió a algún tratamiento (Reynales-Shigematsu, 2016)

El monitoreo en adolescentes es parte fundamental para planear programas de prevención; la marihuana es la droga con mayor consumo en secundaria y bachillerato, siguiendo los inhalables y la cocaína (Villatoro-Velázquez et al., 2014)

El consumo de sustancias compromete varios sistemas del cuerpo humano; presentan una alta prevalencia de enfermedades como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), Hipertensión Arterial y asma, además los consumidores de metanfetaminas, cocaína y opioides presentan alta incidencia en enfermedades cardiovasculares (SSA, 2020)

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 1970) define como droga: “toda sustancia que, introducida en un organismo vivo, pueda modificar una o varias de sus funciones”, término que diferenció del medicamento el cual es destinado a explorar o modificar un sistema fisiológico o estado patológico en beneficio del

individuo que lo recibe (OMS, 1966) Existen diversos sistemas para clasificar a las drogas (Valdés et al., 2018; Lee, 2012)

1. Por su origen.

- a. Naturales: Se toman directamente del cultivo para uso y consumo: tabaco, cannabis o alcohol.
- b. Sintéticas: originadas y elaboradas en laboratorios mediante combinación de diversos químicos: éxtasis (MDMA), ketamina, LSD
- c. Semisintéticas (natural + sintéticas): Es la combinación de una droga natural y sintética mediante procesos químicos: la cocaína es derivado de la hoja de coca, la morfina se obtiene de la planta de opio.

2. En función de las limitaciones legales impuestas por cada nación.

- a. Uso como fármacos: su consumo es por indicación médica como las benzodiazepinas.
- b. Uso industrial: Comercialización legal pero no con fines de consumo como son los inhalantes.
- c. Drogas legales: En México el alcohol y el tabaco su consumo está permitido a partir de los 18 años de edad.
- d. Drogas ilegales: Su producción, comercialización y consumo se encuentra prohibidas y a nivel internacional y están bajo fiscalización por la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE). Se incluyen en este grupo: cannabis, opioides (heroína), algunos inhalantes, cocaína y drogas sintéticas.

3. En función del nivel de dependencia que provoca en el usuario (Janik , 2017)
 - a. Drogas duras: con alto nivel adictivo, presentando un mayor daño por un comportamiento desadaptativo: cocaína, heroína o anfetaminas
 - b. Drogas blandas: no conlleva patrones de comportamiento social desadaptativos: cannabis, tabaco o alcohol
4. En función del tipo del efecto farmacológico en el sistema nervioso
 - a. Depresoras: disminuyen la actividad del sistema nervioso, presentando dificultad en la memoria, somnolencia y disminución de la presión sanguínea: Alcohol, Opiáceos, Disolventes volátiles y psicofármacos.
 - b. Estimulantes: aceleran el funcionamiento del sistema nervioso, hay elevación de la presión sanguínea, euforia y disminución del sueño tales como el tabaco, anfetaminas, cocaína, drogas sintéticas, crack, metanfetaminas.
 - c. Alucinógenas: la sensopercepción se ve alterada por su consumo produciendo alucinaciones, modificándose la noción del tiempo y espacio, ejemplo: Cannabis, peyote, hongos, Dietilamida del ácido lisérgico (LSD).

En la actualidad la clasificación por sus efectos psicofarmacológicos es la más utilizada. Los tipos de drogas, sus efectos y consecuencias se muestran en la Tabla 1.

Tabla 1

Principales drogas, sus efectos y consecuencias

TIPO DE DROGA	DROGA	EFECTOS Y CONSECUENCIAS	
Estimulantes	Nicotina	<ul style="list-style-type: none"> ● Disminución de la capacidad pulmonar ● Aumento del ritmo cardiaco ● Mal aliento ● Pérdida del apetito ● Disfunción eréctil 	<ul style="list-style-type: none"> ● Riesgo causal de diferente tipos de cáncer ● Reducción de sensibilidad papilas gustativas ● Alteración de ciclo menstrual
	Anfetaminas	<ul style="list-style-type: none"> ● Pérdida del apetito ● Sensación de euforia ● Inestabilidad del estado de ánimo ● Dilatación de la pupila ● Respiración agitada 	<ul style="list-style-type: none"> ● Irritabilidad, aumento de la agresividad ● Ideación paranoide (sensación de ser perseguido) ● Pérdida del sueño ● Aumento de la frecuencia cardiaca
	Cocaína	<ul style="list-style-type: none"> ● Euforia ● Ansiedad ● Hablar con exageración ● Dilatación pupilar ● Aumento en presión arterial y cardiaca 	<ul style="list-style-type: none"> ● Alucinaciones y delirios de persecución ● Sensación de mayor fuerza en músculos ● Pérdida de peso ● Deterioro de memoria ● Verborrea
	MDMA (Extasis)	<ul style="list-style-type: none"> ● Mayor confianza en sí mismo ● Comprensión y empatía ● Euforia ● Ansiedad, depresión y paranoia 	<ul style="list-style-type: none"> ● Aceleración del ritmo cardiaco ● Deshidratación ● Alteración en la percepción del tiempo

Depresores

Alcohol	<ul style="list-style-type: none"> ● Relajación ● Euforia y labilidad emocional ● Mala coordinación ● Somnolencia 	<ul style="list-style-type: none"> ● Rubor ● Disminución del apetito ● Enfermedades hepáticas ● Síndrome de Wernicke-Korsakoff
Opiáceos y Opioides	<ul style="list-style-type: none"> ● Sensación rápida e intensa de placer ● Sensación de relajación y sueño ● Ausencia del dolor ● Pupilas contraídas ● Boca seca ● Vómito y náuseas 	<ul style="list-style-type: none"> ● Falta de apetito ● Disminución de la frecuencia respiratoria ● Estreñimiento por la disminución de los movimientos del intestino ● Inhibición del deseo sexual ● Lentitud de reacciones y movimientos ● Juicio alterado
Inhalables	<ul style="list-style-type: none"> ● Al principio desinhibición y euforia y luego sueño ● Sensación de hormigueo y mareo ● Visión borrosa y zumbido en los oídos ● Dificultad para articular palabras ● Inestabilidad en la marcha ● Sensación de flotar ● Alucinaciones 	<ul style="list-style-type: none"> ● Vómito ● Sueño ● Irritación de las vías respiratorias ● Temblores ● Pérdida de memoria y dificultad en comprensión ● Alteraciones en latido cardiaco
Ansiolíticos, hipnóticos y sedantes	<ul style="list-style-type: none"> ● Sedación ● Sueño ● Aumento del apetito ● Cefalea ● Vértigo 	<ul style="list-style-type: none"> ● Dificultad para hablar ● Pérdida de coordinación ● Somnolencia ● Fatiga ● Náusea y vómito

Alucinógenos

Cannabis	<ul style="list-style-type: none"> ● Ojos rojos ● Boca seca con saliva espesa ● Mucosas reseca ● Aumento del apetito ● Agudización de los sentidos ● Ataque de risa sin motivos ● Euforia y relajación ● Falta de concentración y conexión de ideas 	<ul style="list-style-type: none"> ● Torpeza para hablar ● Aumento en la velocidad del latido del corazón ● Retraso en el tiempo de reacción ● Deterioro en la memoria ● Ansiedad y pánico ● Alucinaciones ● Bronquitis, enfisema pulmonar
Dietilamida del ácido lisérgico (LSD)	<ul style="list-style-type: none"> ● Alucinaciones visuales, auditivas y táctiles ● Dilatación de la pupila ● Aumento de la frecuencia cardíaca ● Aumento de la presión arterial ● Aumento de la temperatura ● Ideas delirantes 	<ul style="list-style-type: none"> ● Temblores ● Ataque de pánico ● Palpitaciones ● Paranoia ● “Flash bakcs”, distorsiones sensoriales sin consumo
Psilocibina (Hongos)	<ul style="list-style-type: none"> ● Incapacidad de distinguir la realidad de la fantasía ● Ataques de pánico ● Sensibilidad a la luz 	<ul style="list-style-type: none"> ● “Flash bakcs”, distorsiones sensoriales sin consumo ● Midriasis ● Taquicardia
Ketamina	<ul style="list-style-type: none"> ● Deprime el sistema nervioso central ● provoca amnesia ● Euforia ● alteraciones del estado del ánimo 	<ul style="list-style-type: none"> ● Visión borrosa ● Sentir la persona separación de su cuerpo ● conductas violentas y suicidas ● ansiedad y depresión severa

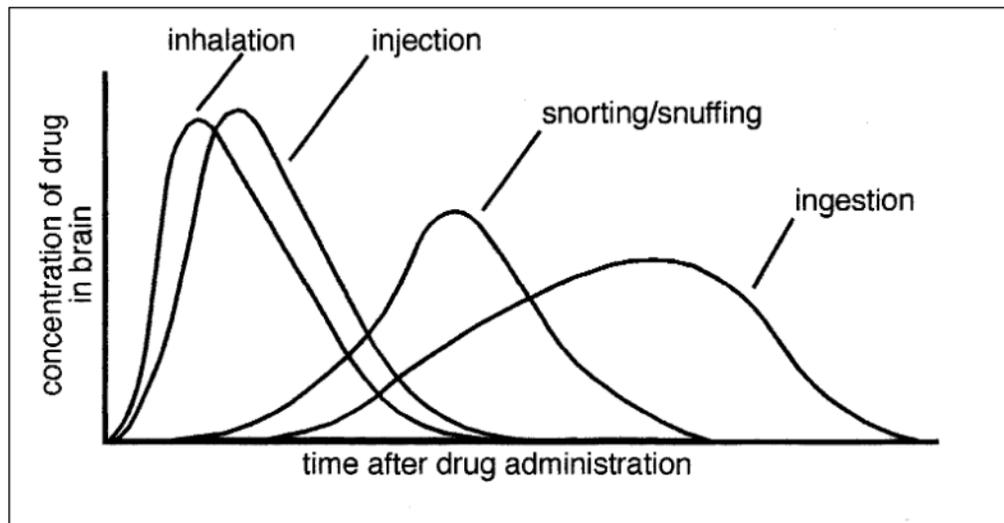
El grado de alteración en las funciones del organismo difieren no solo respecto al tipo de droga sino también por la vía de administración utilizada ya que es un factor importante para determinar la velocidad con que la droga llega al cerebro así como el tiempo de absorción en el cuerpo después de administrarse y por ende la predicción de presentar la aparición más rápida de la adicción. Entre las principales vías de administración están (Allain et al., 2015; UNODC, 2015):

1. Vía Parenteral: mediante la inyección de la droga de manera intravenosa, intramuscular y subcutánea.
2. Vía Entérica: su absorción se lleva a cabo principalmente en el aparato digestivo a través del consumo de la droga por vía oral, bucal o rectal como el alcohol, drogas sintéticas, cannabis ingerido en alimento o medicamentos.
3. Vía Respiratoria: La droga que se inhala llega a los pulmones donde correrá por las venas pulmonares y ser distribuida en todo el cuerpo
4. Por contacto: la absorción se lleva a través de las membranas mucosas como sucede en la aspiración (esnifar) de la cocaína o el tabaco que se absorbe en las encías

En la Figura 1 se muestra las rutas de las drogas que producen con mayor rapidez sus efectos como lo son las vías por inhalación y de manera inyectable.

Figura 1.

Concentración de la droga en el cerebro



Nota. Tomado de: *The Brain: Understanding Neurobiology Through the Study of Addiction* por National Institute of Drug Addiction [NIDA]. 2010

Otro de los factores importantes para determinar el nivel de adicción a una droga es el patrón de consumo, es decir la cantidad o dosis administrada, la frecuencia y tiempo que se le dedica al consumo. Los patrones de consumo se diferencian por etapas: experimentación, uso, abuso y la transición final a la dependencia o adicción.

En la etapa de experimentación la persona se anima por curiosidad a probar una droga con posibilidad de hacerlo nuevamente; el uso presenta un consumo ocasional, episódico donde no se producen consecuencias físicas, psicológicas o sociales inmediatas, no presenta dependencia; en la etapa de abuso el consumo se presenta con mayor frecuencia y resulta por la búsqueda de

aquella sensación agradable, un consumo compulsivo (Instituto Mexicano de la Juventud, 2018; Comisión Nacional Contra las Drogas, 2017; Lorenzo, 2009); finalmente en la dependencia no se tiene un control para alejarse del consumo pues hacerlo implica una sensación desagradable presentando síntomas físicos y psicológicos como insomnio, depresión o ansiedad, en esta etapa se observa dos características presentes para cualquier tipo de droga: la tolerancia y síndrome de abstinencia, esto es, la necesidad de consumir mayores cantidades para alcanzar un nivel de placer significativo y el período que se acompaña de un malestar físico y psicológico al suprimir la ingesta de la droga respectivamente; el consumo en cantidades que no puede soportar el organismo puede llevar a la muerte, esto es una sobredosis (National Institute on Drug Abuse [NIDA], 2020). En cualquier etapa la persona puede consumir dos o más sustancias en un mismo período lo que se conoce como policonsumo.

Existen otros factores que pueden hacer avanzar a un estado de adicción, factores sociales como la presión de grupos, disponibilidad en el mercado, situación legal; factores individuales como enfermedad mental preexistente, genética, edad del desarrollo humano o algún dolor crónico (Volkow, 2019).

Para determinar a una persona con un comportamiento adictivo la Clasificación Internacional de Enfermedades 10ª edición (CIE-10) de la OMS y por el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales 5ta edición (DSM-5) de la Asociación de Estadounidense de Psiquiatría enlistan los siguientes criterios:

DSM-5:

- Criterio 1. La persona consume grandes cantidades de sustancias o lo hace durante un tiempo más prolongado del previsto
- Criterio 2. La persona expresa deseos insistentes de dejar o de regular su consumo y relata múltiples esfuerzos fallidos por disminuir o abandonar éste
- Criterio 3. La persona invierte una gran parte de su tiempo intentando conseguir la sustancia, consumiéndola o recuperándose de sus efectos.
- Criterio 4. Es posible que las actividades diarias de la persona giren en torno a la sustancia.
- Criterio 5. Puede conllevar el incumplimiento de los deberes fundamentales en los ámbitos académico, laboral o doméstico.
- Criterio 6. La persona podría seguir consumiendo a pesar de tener problemas recurrentes o persistentes en la esfera social o interpersonal causados o exacerbados por los efectos del consumo.
- Criterio 7. Se reducen o abandonan importantes actividades sociales, ocupacionales o recreativas debido al consumo de sustancias.
- Criterio 8. Consumo recurrente incluso en situaciones en las que ésta provoca un riesgo físico.
- Criterio 9. La persona consume a pesar de saber que padece un problema físico o psicológico y que se puede originar o exacerbar por el consumo.
- Criterio 10. Tolerancia. Aumento significativo de las dosis de las sustancias para conseguir los efectos deseados.
- Criterio 11. Abstinencia. Síndrome que ocurre cuando disminuyen las concentraciones de la sustancia en la sangre en los tejidos en una persona que ha sido una gran consumidora de manera prolongada.

CIE 10:

- Criterio A. Un poderoso deseo de tomar la droga
- Criterio B. Un deterioro de la capacidad para autocontrolar el consumo de la misma

- Criterio C. La persistencia del uso a pesar de consecuencias dañinas
- Criterio D. Una asignación de mayor prioridad a la utilización de la droga que a otras actividades y obligaciones
- Criterio E. Un aumento de la tolerancia a la droga
- Criterio F. Un estado de abstinencia por dependencia física.

Dentro del estudio biológico, la adicción se entiende como una enfermedad del cerebro donde se observan alteraciones funcionales en diferentes circuitos cerebrales, cambios que pueden mantenerse aún después de la cesación del consumo de la droga, por lo que se considera un padecimiento crónico y recidivante.

El cerebro es el principal órgano del cuerpo humano al regular las funciones básicas como la digestión o la respiración, y está compuesto por células nerviosas denominadas neuronas las cuales se agrupan en circuitos neuronales para realizar funciones específicas como el aprendizaje, estimulación muscular, o interpretación sensorial; la comunicación entre las neuronas se lleva a cabo por medio de neurotransmisores (Department of Health and Human Services [HSS], 2016) El consumo de drogas interfieren dentro del proceso de comunicación de las neuronas: pueden alterar la liberación o impedir la recaptación de los neurotransmisores en la neurona presináptica y receptor postsináptico respectivamente.

La dopamina desde su detección en los años 50's y con el descubrimiento del circuito de recompensa en 1954 por James Olds y Peter Milner (Mendez et al., 2017), es uno de los neurotransmisores con más interés ya que regula funciones

de actividad motora, emotividad, afectividad y aprendizaje y su alteración se ha relacionado con la dependencia a sustancias adictivas así como enfermedades del Parkinson y la Esquizofrenia (Leyton & Vezina, 2014; Ghanemi, 2013)

Se han ubicado tres fases en el proceso de la adicción con correspondencia a determinadas regiones y circuitos cerebrales: 1) Los ganglios basales implicados en los efectos gratificantes observados en la primera fase denominada “atracción”, esto es el consumo rápido para alcanzar los efectos deseados/intoxicación 2) La amígdala extendida está relacionada con el estrés, ansiedad e irritabilidad que corresponde a la fase de abstinencia o supresión de la droga y 3) la corteza prefrontal involucrada en la priorización de tareas, es decir, toma de decisiones ligada a la fase de preocupación-anticipación por la búsqueda de la sustancia nuevamente (Marrocu, 2020; Koob G., & Volkow N.2016)

Sin embargo, la adicción no solo se explica por el hecho de una afectación a nivel cerebral, sino que implica una red de asociaciones entre su uso y el refuerzo que ello implica en la persona, por ejemplo la aprobación del consumo de drogas en un círculo social refuerza al individuo de manera positiva (HSS, 2016) La psicología brinda un aparato robusto teórico y experimental para explicar el proceso de la adicción en su inicio, mantenimiento y recaída.

El reforzamiento es uno de los principios psicológicos que dan cuenta sobre la aparición de una nueva conducta con mayor probabilidad, y en algunas ocasiones la droga por sí misma no es un estímulo apetitivo en la mayoría de la gente que inicia consumiendo, como el tabaco por su sabor u olor en comparación

con la comida. Para explicar entonces la experimentación y uso de las drogas se toma que la conducta de consumir emparejado con la acción de una aceptación en un grupo social se convierte en un reforzamiento positivo (Edwards , 2016; Wise R & Koob G, 2014); también se puede explicar el uso o mantenimiento de drogas para tratar de aliviar síntomas displacenteros sea por evitar la abstinencia o por alguna enfermedad médica o psiquiátrica como se ha reportado con los consumidores de metanfetaminas cuyo uso es para hacer frente a síntomas depresivos o ansiosos convirtiéndose en otro tipo de reforzamiento denominado reforzamiento negativo (May A., Aupperle R., & Stewart J., 2020)

El condicionamiento clásico ha sido otro de los principios de aprendizaje para explicar el aumento en el consumo de drogas, este principio menciona que ante un estímulo incondicionado (EI) se tiene una respuesta incondicionada (RI), pero al ser apareado el EI con otro estímulo denominado estímulo condicionado (EC) se tiene la misma respuesta, ahora denominada respuesta condicionada (RC); partiendo de este principio se ha brindado una explicación conductual a la tolerancia a las drogas y no solo ser el resultado de procesos farmacológicos, éste procedimiento se define como tolerancia por condicionamiento, el modelo indica que toda droga (EI) produce una respuesta (RI) en el organismo que contrarresta los efectos de la misma con el objetivo de restaurar la homeostasis en el organismo; las señales ambientales del consumo como serían el estado emocional o el rito de administración se convierten en EC que se asocia al efecto de la droga, este EC en el organismo respuestas anticipadas a la droga RC dando como consecuencia la necesidad de incrementar la cantidad de droga consumida para

tener los efectos, esta tolerancia condicionada ha sido descrita en varias investigaciones (Ruiz R., 2020; San Martín, C., 2018; Ramos, J. 2018; Rodríguez, J. 2014; Betancourt, R., 2002; Gomez, J. G., & Carrobles, J. A., 1991).

Por otra parte, el condicionamiento a un mayor número de estímulos y la experiencia del consumo de la droga desencadena liberación de dopamina en el núcleo accumbens generando motivación para su consumo (Volkow, 2019). El condicionamiento clásico también explica el “craving” o deseo por consumir al presentarse estímulos ambientales que fungen como estímulos condicionados relacionados al consumo de la droga como: los lugares, personas u objetos frecuentes en el consumo, este fenómeno se presenta con habitualidad en el proceso de la abstinencia.

Además de aplicar los principios básicos psicológicos para la cesación del consumo de la drogas como son el contracondicionamiento, o manejo de contingencias, el modelo transteórico de cambio propuesto por Prochaska y DiClemente brinda un panorama sobre cómo las personas llevan a cabo el proceso del cambio de una conducta donde la motivación se plantea como un estado diferenciado, temporal y gradual a través de cinco etapas (Bernard, J. E. R., & Fernández, B. R., 2019). Las cinco etapas son:

Precontemplación: la persona no tiene intención de cambiar su comportamiento, no ve el consumo como algo perjudicial.

Contemplación: la persona considera realizar un cambio dentro de los próximos 6 meses, se encuentra ambivalente pues empieza a notar problemas físicos, psicológicos o sociales debido a su consumo.

Preparación: la persona plantea un plan de acción y llevarlo a cabo muy pronto, está decidida la persona a dejar el consumo y esta buscando la forma de realizarlo

Acción: la persona ha realizado modificaciones específicas en su comportamiento por un tiempo de 6 meses, ha reducido drásticamente su consumo o lo ha dejado por completo.

Mantenimiento: En esta etapa el nuevo comportamiento está más consolidado, la persona percibe ventajas y sin mostrar su conducta problema por más de 6 meses, está realizando otras formas de afrontamiento o nuevas estrategias en sustitución del consumo.

Este modelo permite diseñar intervenciones específicas (afectivas, cognitivas o conductuales) en cada de las etapas de cambio que modifique la motivación del individuo hasta alcanzar su objetivo (Cabrera, G., 2000). El modelo contempla indicadores que permiten identificar el progreso entre cada etapa, uno de estos es el balance decisional donde el individuo pondera los pros y los contras de su nuevo comportamiento y a lo largo de las etapas la balanza pasa de tener mayor peso en los contras a ser más importante las ventajas del cambio permitiendo claridad en cuanto a la ambivalencia; otro de los marcadores de progreso es la autoeficacia que es un constructo desarrollado por Bandura dentro

de la teoría del aprendizaje social el cual hace alusión a la confianza que tiene la persona para llevar a cabo conductas específicas frente a una situación que pone en riesgo la adquisición de su comportamiento, además la expectativa para obtener un determinado resultado influye en la planificación, constancia y esfuerzo que haga la persona (DiClemente, C. C., & Graydon, M. M., 2020; Bernard, J. E. R., & Fernández, B. R., 2019)

AUTOEFICACIA

Varias personas adoptan a su estilo de vida el consumo de sustancias adictivas como un medio para sentirse tranquilos y de alguna manera convertirlo en un recurso para solucionar sus problemas. El primer paso para que un usuario tome acción en dejar el consumo será darse cuenta que dicha acción está perjudicando varias esferas de su vida física, psicológica y/o social. Existen varios factores para determinar el éxito o fracaso para dejar de consumir drogas: nivel de dependencia, la gravedad de los síntomas de abstinencia, barreras en el acceso a algún tratamiento, las características propias del programa de tratamiento, permanecer en convivencia con otros consumidores, falta de apoyo familiar, la creencia de ser capaz en lograr con éxito la cesación de consumo, es decir tener un alta autoeficacia, entre otros muchos factores (Prangle, 2018; Greenhalgh, 2016)

Este trabajo centrará su estudio en uno de estos predictores psicológicos: la autoeficacia. Las personas consumidoras pueden retomar su consumo por muchos factores: evitar los síntomas displacenteros de la abstinencia propia de cada sustancia adictiva, el *craving* o las ganas por consumir, no poder negar el ofrecimiento de la sustancia por parte de algún familiar o amigo con quien comparte el consumo, bajo apoyo social, o bien no contar con las habilidades cognitivas para dar solución a un problema evitando el malestar que se produce por medio del uso de drogas (Menon, 2018; Melemis, 2015); este tipo de evitación es común ya que la persona no ha desarrollado las capacidades de afrontamiento necesarios.

Ésta conducta evitativa no es particular en el estudio de las adicciones. Las personas cuando solicitan terapia psicológica van con el fin de poder encontrar una solución a una situación aversiva, cuya afrontamiento se ha hecho mediante la evitación. Han tratado de aproximarse a su problemática, pero en el momento que se encuentran cerca huyen de la misma. Este es un problema de aproximación-evitación, y como bien lo menciona Garrido (Salanova, 2004) "La conducta fóbica es la cruz con la que se estrellan todas las intervenciones terapéuticas porque es una conducta que se alimenta constantemente dado que cada huida supone un refuerzo de dicha huida y una confirmación de la ansiedad que provoca la presencia del objeto temido".

Un hecho importante en el estudio de la evitación es: *¿cómo podría la ausencia del evento o la aparición de un pensamiento aversivo reforzar la conducta instrumental de huida o evitación?* Una de las principales teorías del aprendizaje que abordó la evitación fue la teoría de los dos factores o bifactorial de Mowrer, la cual menciona que en la evitación se llevan a cabo dos procesos conductuales: a) el condicionamiento clásico al emparejarse una señal con el evento aversivo y b) el condicionamiento operante cuya respuesta de evitación (operante) es para la disminución del miedo, dándose así un reforzamiento negativo (Pérez, 2005) Para modificar la conducta de evitación o fóbica uno de los procedimientos utilizados sería la desensibilización sistemática teniendo como foco principal la disminución en la excitación emocional mediante su extinción al presentarse de manera gradual estímulos aversivos físicos o visuales emparejados con relajación (Vallejo, 2016)

Tanto la teoría como la terapia que conceptualizaba e intervenía sobre la conducta de evitación eran de corrientes conductistas. Por aquella época ya estaba floreciendo lo que se denominaría más tarde la revolución cognitiva, entre las personas que pasaron de ser conductistas a tomar referencias cognitivas sería el psicólogo Albert Bandura (Lamas, 2014)

Sus trabajos sobre el aprendizaje mediante observación, imitación y modelamiento le permitieron analizar de manera distinta la adquisición de nuevos comportamientos integrándose en la Teoría del Aprendizaje Social, en la cual el modelamiento o aprendizaje vicario estaba gobernado por cuatro procesos: atención, retención, reproducción y motivación (Bandura A.,1971) demostrando que este tipo de intervención terapéutica era mucho más eficaz que la desensibilización sistemática (Bandura, 1969) pues ésta última técnica llevaba a los sujetos a un afrontamiento visual pero no explicaba la variabilidad de afrontamiento al estímulo que existía entre cada uno de los sujetos, esto significaba que las experiencias aversivas personales mediaban la percepción de las consecuencias negativas activando en mayor o menor medida la excitación emocional la cual era una coefecto al estímulo aversivo y una fuente poco confiable e innecesaria para el aprendizaje defensivo (Bandura, A., & Adams, N. E. 1977)

Al estudiar cómo las personas llevaban a cabo la generalización y qué influía en su motivación para llevar a cabo una conducta de afrontamiento Bandura observa que la sensación de juzgarse capaz de realizarla es el punto clave de éxito en cualquier intervención terapéutica (Salanova, 2004), éste factor lo integraría en su teoría que ahora se denominará Teoría Social Cognitiva la cual

indica que el aprendizaje está determinado por una triada recíproca: la conducta, factores medioambientales y factores personales (como la cognición), de esta manera la conducta en acción sobre un determinado contexto se verá regulada y evaluada por un autosistema que controlará pensamientos y sentimientos (Tejada Z, 2005)

De esta manera, hay una relación mucho más estrecha entre el juicio de incapacidad o ineficacia sobre la conducta de ansiedad y huida que la sola relación entre ansiedad seguida de huida (Salanova, 2004) Finalmente en el progreso para llevara a cabo la generalización de ésta nueva forma de intervenir, Bandura observa que las personas refieren un cambio más profundo que el simple hecho de haber logrado vencer la evitación al estímulo aversivo, se veían afrontando con éxito otras actividades de su vida que de igual manera habían evitado, ese mecanismo común lo denomino autoeficacia (Bandura, 2019)

La autoeficacia nace como proceso que regula la interacción entre lo que el sujeto obtiene como experiencia directa (conocimiento) y el cambio conductual (acción), y se define como “ la convicción de que uno puede ejecutar con éxito una conducta para producir determinados resultados” (Bandura, 1977b). La autoeficacia es el mecanismo común en cualquier procedimiento psicológico para producir los cambios de conducta necesarios para el comportamiento de evitación creando expectativas de eficacia personal (Bandura A & Adams N, 1977a), ya que aún cuando el sujeto conozca qué conductas, acciones o habilidades se requieren para un objetivo, el resultado no siempre se realiza de manera eficiente pues sus pensamientos autorreferentes (juicios) sobre sus capacidades afectarán su motivación y la manera en cómo llevará a cabo dichas conductas (Bandura A.,

1987) es decir “el concepto no hace referencia a los recursos de que se disponga sino a la opinión que uno tenga sobre lo que puede hacer con ellos” (p. 416 Bandura A., 1987)

Bandura distingue entre las expectativas de eficacia (autoeficacia) y las expectativas de resultado, éstas últimas son estimaciones hechas por una persona respecto a que ciertas conductas van a conducir a determinados resultados: una persona sabe que las expectativas de estudiar una licenciatura de derecho van acompañadas de prestigio social y monetario (resultado) pero no todos la estudiarán si titubean sobre sus habilidades para conseguirlo (expectativas de eficacia) (Bandura, 1977b)

La coherencia, lo realista con que nos planteamos nuestras expectativas, afectará también las emociones que presentemos durante o al término de las conductas (Roca, 2002):

		Expectativa de autoeficacia	
		Positiva	Negativa
Expectativa de resultados	Positiva	Alegre (1)	Tristeza (2)
	Negativa	Cólera (3)	Apatía (4)

Tomando el ejemplo de la conducta de dejar de fumar, podemos encontrar determinadas emociones de acuerdo con la expectativa de resultado y su autoeficacia:

- (1) Al sentirme capaz de dejar de fumar y saber que hacerlo traerá cosas positivas como mejorar mi respiración, entonces manifiesto felicidad.
- (2) No sentirse capaz de poder llevar a cabo la meta, conformarse con la disminución de cigarrillos que tiene un resultado positivo como la disminución de los niveles de agitación.
- (3) Sentirse capaz de dejar de fumar y lograrlo pero saber que al hacerlo no se asegura la posibilidad de una amputación por problemas vasculares asociados a factores como fumar, entonces me manifiesto con cólera pues finalmente es amputada la pierna.
- (4) Al no percibir ser capaz durante varios intentos para dejar de fumar y no observar consecuencias favorables por lo mismo, entonces la persona se empieza a manifestar de una manera apática ante los nuevos intentos.

La tristeza y la cólera se llegan a materializar por no considerar las habilidades que también la gente debe de tener antes de realizar una meta “el análisis de cómo la autoeficacia percibida influye sobre la ejecución no implica que las expectativas resulten el único determinante de la conducta. Las expectativas por sí solas no producen la ejecución deseada si las capacidades que la componen están ausentes” (Bandura, 1977b)

En las primeras etapas de la vida es cuando se va forjando y conservando la autoeficacia que uno posee, sin embargo los constantes retos de la vida hacen que esta no permanezca estática. La formación y regulación de la autoeficacia proviene de cuatro fuentes principales: experiencias de dominio, experiencias vicarias, persuasión verbal y los estados fisiológicos. Una fuente de una

experiencia más directa producirá una autoeficacia mayor que una fuente indirecta (Bandura, A., Adams, N. E., & Beyer, J., 1977)

Las experiencias de dominio o logros de ejecución son historia de los logros personales que pueden confirmar la eficacia, en ellas están impregnadas la toma de buenas o malas estrategias de afrontar una situación o la capacidad necesaria para hacer frente; la experiencia vicaria se da al observar a modelos sociales realizar con éxito una actividad igual o similar a la que se pretende realizar y viceversa, el fracaso visto de su referente hará dudar sobre la propia capacidad, las personas pueden reforzar su autoeficacia a partir de la enseñanza de otros modelos que les permitan visualizar estrategias mucho más adecuadas; influir mediante el uso del lenguaje creencias eficacia es otra fuente de autoeficacia denominada persuasión verbal y su uso es más difícil para aumentar la autoeficacia en comparación de debilitarla pues inducir falsas creencias de tener capacidades llevará al fracaso de la tarea y por consiguiente falta de credibilidad de quien induce ; y el último referente de capacidad de eficacia se obtiene en los estados fisiológicos como el estrés, la fatiga, molestias físicas o estado emocional negativo, pues su aparición puede ser interpretada como factor de vulnerabilidad (Bandura, 1999, 1997, 1987)

Dentro de la regulación del comportamiento humano, la autoeficacia activa procesos cognitivos, motivacionales, afectivos y selectivos.

Procesos cognitivos. La regulación de la conducta humana se hace mediante el pensamiento anticipador. La implementación de objetivos y metas se encuentra determinada por la interpretación de sus capacidades. Con un mayor sentido de eficacia se pondrán sobre la mesa objetivos más retadores y así como

la visualización anticipatoria de escenarios a prevenir, esto favorece el pensamiento analítico

Procesos motivacionales. La anticipación a eventos genera en el imaginario los resultados probables a obtener. Las creencias de eficacia mueven los recursos de voluntad necesarios. Con una mayor sensación de autoeficacia los fracasos se atribuyen a factores externos, mientras que una menor percepción en la eficacia se atribuye a una mala habilidad de la misma persona. Las opiniones que el sujeto se enjuicie a sí mismo hacen impulsar la motivación de muchas maneras pues determina el *esfuerzo* que se empeñara para lograr el objetivo, la *persistencia* sostenida ante situaciones aversivas, y la pauta para dar inicio al comportamiento a partir de la meta auto establecida (Pereyra et al., 2018)

Procesos afectivos. Los niveles de ansiedad y depresión se ven muy comprometidos por las creencias de sí mismo, pues procesan e interpretan las amenazas. Una persona con alta autoeficacia no distorsiona tanto la realidad como una con un grado mucho menor, lo que le permite ejercer control para bloquear pensamientos rumiantes de ineficacia de manera se logra superar la evitación y ansiedad.

Procesos de selección. Los entornos y actividades donde se desarrollan las personas también se ven influidos por sus creencias, la autoeficacia juega un papel importante en la selección de estos eventos. Por ejemplo: personas con poca sensación en su habilidad para relacionarse socialmente evitará lugares de esparcimiento social o bien evitará alguna carrera de comunicación.

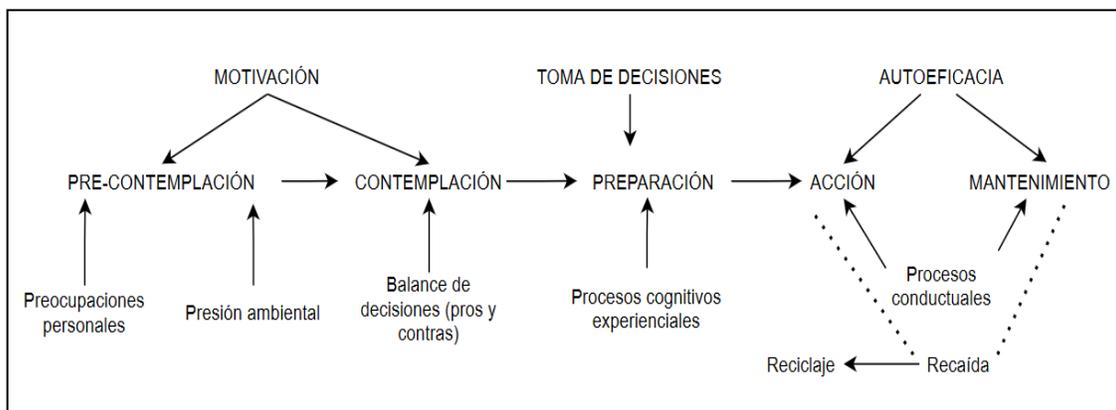
La autoeficacia es vista como un componente más de las auto-esquemalizaciones cognitivas como el autoconcepto o la autoestima, las cuales

son un conjunto de conocimientos sobre el sí mismo actual o el idealizado, con referencias positivas o negativas, rígidas o flexibles y se configuran al compararse con otros (Riso W, 2006) Es de mencionar que las personas desarrollan más su sensación de autoeficacia en actividades que le den una mayor autoestima.

La autoeficacia es uno de los componentes principales en el estudio del inicio, mantenimiento, abandono y recaída de las conductas adictivas (López et al., 2015); la intervención sobre la percepción de eficacia es diferente en cada una de las etapas de cambio de DiClemente y Prochaska como se puede observar en la Figura 2, además las expectativas de resultados se esperarían en las primeras etapas

Figura 2

Autoeficacia y estadios de motivación



Nota. Tomado y traducido de *Self-efficacy and addictive behaviors* de Carlo C. DiClemente, ScottK Fairhurst y Nancy A. Piotrowski. 2019

Marlatt et al. (1995, como se cito en Thombs, D. L., & Osborn, C. J., 2019) clasificó varios tipos de autoeficacia en consumidores de sustancias adictivas que claramente se empalman en cada una de las diferentes etapas de cambio:

La autoeficacia de la resistencia se refiere a los juicios sobre la capacidad de uno para evitar el uso inicial de una sustancia. Este tipo de autoeficacia es importante para comprender el inicio del uso de sustancias, particularmente en adolescentes. La autoeficacia de la reducción de daños implica la percepción de la capacidad de uno para evitar daños después del uso inicial de una sustancia. La autoeficacia de acción se refiere a la capacidad percibida de uno para lograr la abstinencia o uso controlado. Este tipo es importante para comprender los esfuerzos iniciales de cambio de comportamiento entre las personas que han intensificado su participación con uso de sustancias. La autoeficacia de la abstinencia (o afrontamiento) se refiere a la capacidad anticipada para hacer frente a las crisis de recaída. Finalmente, la autoeficacia de recuperación se compone de juicios sobre la capacidad de una persona para volver a la recuperación después de lapsos y recaídas. (p. 176)

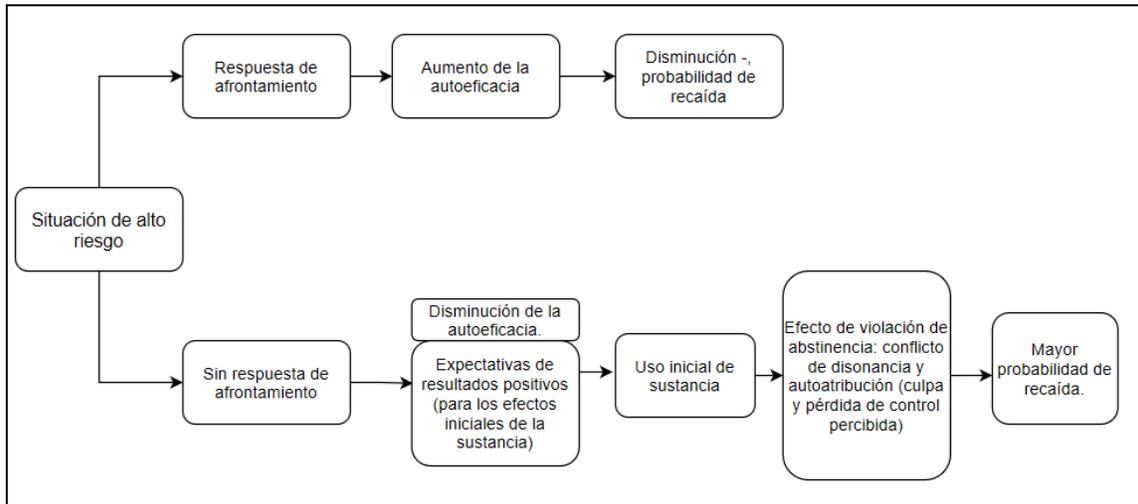
Las cogniciones median el comportamiento adictivo al determinar las expectativas de los efectos esperados de su consumo (Martín, 2015) estas creencias se van desarrollando con mayor complejidad durante su interacción social. Estudios con estudiantes muestran que con niveles bajos de autoeficacia tienen mayores probabilidades de una intención por consumir marihuana (Malacas, 2020).

Un nivel alto de motivación para dejar el consumo de tabaco predice sólo los intentos para suprimirlo, en tanto la autoeficacia es un mejor predictor para el éxito en su cesación (Smith et al., 2014). Elshatarat et al (2016) en una revisión sistemática sobre el papel que juega la autoeficacia en el abandono al tabaco menciona que existen diversas formas para incrementar ésta percepción de capacidad al trabajar sobre la persistencia de los logros propios del consumidor, proporcionar intervenciones grupales (aumento en la experiencia vicaria y persuasión verbal), brindar apoyo en lo fisiológico como tratamiento farmacológico así como apoyo en su estado de salud mental.

Una vez concluido un tratamiento para dejar el consumo de sustancias adictivas, es inevitable que las personas se presenten ante situaciones de riesgo (pérdida laboral, fractura de pareja emocional, amigos consumidores, etc) por lo que hay probabilidad de que dichas situaciones aumenten el deseo de volver a consumir (*craving*), lo que da paso a una recaída. Sin embargo pasando 3 meses la abstinencia ese deseo no está relacionado principalmente a un deseo fisiológico sino a las creencias aún relacionadas con el consumo (Martinez et al., 2017). Se han identificado en estudios sobre la dependencia al alcohol que la autoeficacia es una de las variables que permiten al usuario mantenerse o no en abstinencia (Useche, 2017) La autoeficacia por tanto es un factor importante para la prevención de recaída, es decir, volver al consumo de la sustancias adictiva (Figura 3.)

Figura 3

La autoeficacia en el proceso de prevención de recaída



Nota. Tomado y traducido de *Self-efficacy and addictive behaviors* de Carlo C. DiClemente, ScottK Fairhurst y Nancy A. Piotrowski. 2019

Torrecillas (2015) evaluó la capacidad predictiva del constructo de autoeficacia en función de la severidad del consumo de la droga (cantidad y frecuencia), del tipo de sustancia consumida y la existencia de fracaso o no de algún tratamiento previo; utiliza una escala de autoeficacia y una entrevista de comportamiento adictivo comparando cuatro grupos: el primero recibía atención con metadona para consumo de heroína pero con fracasos en tratamientos previos, el segundo grupo recibió tratamiento cognitivo conductual para consumo de heroína pero con el criterio de inclusión de no contar con algún tratamiento previo, el tercer grupo estaba formado por personas consumidoras de alcohol y finalmente el grupo control formado por población general que no consumía drogas. Sus resultados muestran que la autoeficacia está relacionada

inversamente con la cantidad del consumo y directamente con la cronicidad, esto último explicado como el control que tiene la persona de su consumo para no pasar a un consumo mayor y no modificar su comportamiento actual de consumo, el autor se plantea si en éste último caso en particular la autoeficacia pueda convertirse más bien en un factor de riesgo para el mantenimiento del consumo de la sustancia, por lo que sugiere ampliar la investigación relacionando las estrategias de afrontamiento.

De igual modo la autoeficacia se ha relacionado con la adherencia al tratamiento. La OMS (2004) adoptó la siguiente definición de adherencia al tratamiento: “El grado en que el comportamiento de una persona –tomar medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida– se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria” misma que no ha tenido modificaciones desde entonces.

La definición sobre la adherencia al tratamiento de la OMS indica que el médico no solo realiza recomendaciones en el tratamiento por lo que la dosificación del medicamento prescrito o la asistencia a citas programadas no son las únicas variables para determinar si existe o no una baja adherencia, ya que se ve a un sujeto activo en el proceso de su enfermedad (Lopez-Romero, 2016; Ramos, 2015; Días, 2016)

Entre los factores que afectan la baja o alta adherencia al tratamiento se encuentran los relacionados con (Ramos, 2015; Vargas, 2014; Salinas, 2012; OMS, 2004):

- El paciente (motivación, creencias asociadas, habilidades personales, desinformación, olvido, autoeficacia),
- La enfermedad en sí (enfermedades asociadas, grado de discapacidad)
- El fármaco (costo, efectos secundarios, frecuencia de administración)
- El tratamiento (antecedentes de abandono, duración),
- El ambiente (familiar, sistema sanitario y socioeconómicos),
- El médico o personal de salud (ausencia de acuerdo explícito) y
- Consumo de sustancias adictivas (exacerba el mal estado de salud físico y psicológico)

Se sabe que dentro de la población de personas con adicción es común la prevalencia de la coexistencia de uno o más padecimientos médicos o psiquiátricos, es decir una comorbilidad o bien multimorbilidad, que agrava su funcionamiento físico y por lo tanto un mayor número de ingresos hospitalarios (NIDA, 2019; Arnold, 2014) Para una enfermedad crónica como lo sería la adicción la percepción en la capacidad de poder llevar a cabo la adopción de nuevos comportamientos será importante para desarrollar una adecuada adherencia al tratamiento (Martos, 2015) incluso en la etapa para mantenerse sin consumo de la droga.

Algunos de los métodos utilizados para medir la adherencia al tratamiento se enfocan en el seguimiento farmacológico entre los cuales se pueden encontrar el test de Morisky-Green, marcadores fisiológicos mediante muestras biológicas

como sangre u orina, auto-informes del paciente, el Brief Medication Questionnaire, el Drug Attitude Inventory (DAI), The Medication Adherence Report Scale (MARS) o el cuestionario ARMS (Adherence to Refill and Medication Scale) (Pages, 2018; López, 2016) y en menor medida la realización de la dieta, el ejercicio, seguimiento de citas, etc, por lo que es importante contar con instrumentos que midan el comportamiento en éstas áreas además de evaluar la autoeficacia ya que las creencias de capacidad y autocontrol sobre su enfermedad permitirá la ejecución de las demás conductas (Soria, 2009) ayudando a mantener una buena calidad de vida.

CALIDAD DE VIDA

La enfermedad siempre ha estado al lado de la humanidad desde sus inicios y por ende fue una de las primeras áreas del conocimiento humano que tuvo la atención para ser estudiada, su entendimiento abría la posibilidad para extender la vida de las personas. Pero la conceptualización de la salud y enfermedad ha sido concebida de varias formas a través de la historia y por diferentes culturas, limitando la actuación de algunas disciplinas científicas para su estudio e intervención (Gargantilla, 2011)

El dúo salud-enfermedad ha cambiado a lo largo de la historia. Las enfermedades por las que era azotada la humanidad en sus inicios y debido al contexto en el que se vivió (la caza, falta de conocimiento sobre la cocción de alimentos, peleas por territorios, etc) principalmente eran traumatismos, artritis y artrosis, enfermedades infectocontagiosas, dentarias y tumorales. (Duque, 2015) Ésta etapa primitiva puede caracterizarse por ubicar los causantes de sus enfermedades en elementos externos imaginarios y la actitud que se tenía ante ellos, evaluar un estado de salud enfermedad podría equivaler a pensar la frecuencia en que se realizaban ofrendas a las deidades.

Posteriormente con el método deductivo de Aristóteles, la etapa racional de la salud empieza con Hipócrates, creador de la teoría humoral, quien observa que existen enfermedades fugaces lo que vuelve difícil su estudio pues una vez aplicado el tratamiento su eficacia no se podía adjudicar con toda seguridad debido a la desaparición rápida de algunas enfermedades impidiendo una observación más minuciosa, así mismo observar que no todos los tratamientos aplican de la misma manera a cada unos de los individuos (Cavazos, 2009) En

ésta etapa la enfermedad y comportamiento eran concebidas a partir de los elementos naturales que constituyen al sujeto, sin la presencia de algún ente. Durante la época de la edad media la aparición de una mayor presencia del cristianismo sería decisiva para olvidar la importancia del estudio de la psique por parte de los médicos para determinar la evolución de la enfermedad (Cavazos, 2009). Por tanto, la adquisición o evolución de una enfermedad estaba en función de la fe que el hombre tenía ante un único creador, Dios lo ponía a prueba. Dentro de su estado salud-enfermedad se incluiría si el sujeto era o no creyente, y así la ausencia de pecado dirigida a la salvación vincularía la nueva definición de salud (Duque, 2015).

Finalmente la revolución científica permitió el estudio del cuerpo humano a un nivel estructural. La aplicación de instrumentos en la medicina y el descubrimiento e invento de otros como el termómetro, el cual permite dar datos cuantificables, establecer curvas térmicas para diferentes cuadros clínicos permite observar que la fiebre es síntoma no enfermedad, así como el descubrimiento del estetoscopio, el esfigmomanómetro o los rayos X permiten a la medicina consolidarse como una ciencia más (Chazaro, 2012; Cavazos, 2009) De esta manera se consolidaba el modelo biomédico que conceptualizaba, diagnosticaba y trataba a las enfermedades tal como se describe en la historia natural de cada enfermedad (Duque, 2015; OPS, 2011) y la dinámica que juegan el transmisor de la misma (el agente), el ambiente y el huésped (Gordis, 2019). El tipo de enfermedades, causantes por un agente bien identificado, a las que se enfrentaba el humano con el tiempo se denominaron enfermedades transmisibles o infecciosas las cuales son causadas por microorganismos patógenos como las

bacterias, los virus, los parásitos o los hongos, y pueden transmitirse, directa o indirectamente, de una persona a otra o bien ser transmitidas por animales (Van S., & Hochberg, N, 2017).

Con el paso del tiempo se tuvo un control parcial de algunas enfermedades infecciosas como el rotavirus, tuberculosis, la cólera, la lepra, la gripe (estacionaria), la fiebre amarilla , la poliomelitis, el VIH/SIDA entre otras, debido a un progreso tanto económico como tecnológico al disponer mejoras en el tratamiento del agua potable, mejores antibióticos, distribución de vacunas, buena disposición de excretas y la cobertura en el sistema sanitario (Soto, 2016; OPS 2011). Sin embargo, el progreso resulta paradójico y las actuales enfermedades han sido producto del estrés vivido en la vida diaria, el poco tiempo disponible para uno mismo absorbido por el traslado de casa-trabajo, inactivación física al pasar horas para ver televisión, navegar por el internet, jugar videojuegos o el tan acostumbrado uso de redes sociales, aunado a esto, la falta de una buena alimentación y una mala higiene del sueño (Grau, 2016; Ramos, 2014).

El consumo del tabaco como medio utilizado por las personas para combatir el estrés, la alimentación de comida rápida que es alta en calorías, el uso nocivo del alcohol y las dietas malsanas han aumentado el riesgo de morir a causa de las ahora llamadas enfermedades crónicas degenerativas no transmisibles (ENT) (Grau, 2016; OPS, 2015) las cuales se caracterizan por ser de larga duración y resultan de la combinación de factores genéticos, fisiológicos, ambientales y conductuales (OMS, 2021).

Se pueden ubicar en cuatro grupos: cardiovasculares (infartos de miocardio), cáncer, enfermedades respiratorias (enfermedad pulmonar obstructiva crónica) y diabetes. La OMS ha informado que las ENT matan a 40 millones de personas al año siendo el 70 % del total de las muertes que se producen al año en el mundo (OMS, 2021). En México, se puede observar el cambio epidemiológico en la Figura 4

Figura 4

Principales causas de muerte en México, 1922-2013

	1922	1950	1970	1990	2000	2013
1	Neumonía, influenza	Gastroenteritis, colitis	Neumonía, influenza	Enfermedades del corazón	Diabetes mellitus	Diabetes mellitus
2	Diarreas, enteritis	Gripe y neumonía	Enteritis y otras enfermedades	Tumores malignos	Enfermedades del corazón	Enfermedades isquémicas del corazón
3	Fiebre y caquexia palúdica	Ciertas enfermedades de la primera infancia	Enfermedades del corazón	Accidentes	Cirrosis y otras enfermedades del hígado	Tumores malignos
4	Tos ferina	Accidentes, envenenamientos y violencia	Ciertas causas de enfermedades perinatales	Diabetes mellitus	Enfermedades cerebrovasculares	Accidentes
5	Viruela	Paludismo	Tumores malignos	Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	Enfermedades del hígado

Nota. Tomado de Soto-Estrada, G., Moreno-Altamirano, L., & Pahuá Díaz, D. (2016). Panorama epidemiológico de México, principales causas de morbilidad y mortalidad. *Revista de la Facultad de Medicina (México)*, 59(6), 8-22

El foco de atención para disminuir la incidencia por estos padecimientos se ha encaminado por una parte a evitar los factores de riesgo comportamentales consumo de alcohol, inactividad física, ingesta excesiva de sal y consumo de tabaco; y por otra parte al manejo de factores metabólicos como son:

hiperlipidemia, sobrepeso y obesidad, hipertensión arterial e hiperglucemia (Serra, 2018)

Con lo anterior, el modelo biomédico resulta ser insuficiente para explicar la aparición, desarrollo y complicaciones de las ENT dado que al no ser su origen solo genético o por algún patógeno biológico sino que se ubica principalmente en factores psicosociales, el diagnóstico e intervención no solo abarca prácticas médicas sino también de manera muy importante la aplicación de prácticas psicológicas (Grau, 2016) La importancia de un manejo psicológico deviene en las consecuencias que a largo plazo conlleva la aparición de una ECNT como la discapacidad, apariencia física, su independencia, llevando consigo estados de estrés, ansiedad, cansancio o dolor disminuyendo la percepción de control. (Abalo J, 2016)

El estado de salud se entiende entonces a partir de la interacción entre los factores biológicos, psicológicos y sociales., de aquí el origen de la Psicología de la Salud como disciplina en el estudio e implementación de intervenciones que permitan manifestar en las personas un comportamiento más saludable explicado a través de diferentes modelos teóricos (Hilton C., 2017)

Modelos de creencias de salud. El nivel de vulnerabilidad o gravedad percibida respecto al riesgo que amenaza la salud de la persona determina la probabilidad para ejecutar las conductas saludables necesarias. En éste modelo las creencias juegan un papel fundamental para el cambio de comportamiento por

lo que las campañas informativas o la apelación al miedo son algunas estrategias para promover dicho cambio.

Teoría del comportamiento planificado. El comportamiento esta determinado por la intención de realizarlo, ésta intención depende de tres factores: actitud o valoración frente a la conducta, la norma social o la percepción de otro frente a ese comportamiento nuevo, y el control conductual percibido.

Modelo transteórico de Prochaska y DiClemente. Este modelo fue descrito anteriormente.

De esta manera la salud no solo era un estado sino un proceso que se obtenía mediante la implementación continua de conductas saludables y evitar las de riesgo

Contar con una definición clara del término salud permite construir políticas públicas de salud a partir de una evaluación de las variables necesarias acordes a la población objetivo (Santoro, 2016) La OMS mantiene sin cambios desde 1948 su definición de salud como: “un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Tal definición ha tenido críticas de las cuales resaltan el carácter absoluto y una falta de consenso para cuantificar “completo” así como lo subjetivo de la palabra “bienestar” (Bickenbanch, 2015; Huber, 2014; Misselbrook, 2014; Books, 2009; Alcántara, 2008)

Para algunos autores la definición de salud que brinda la OMS no es tan precisa en aquellas personas que cursan enfermedades crónico degenerativas no

transmisibles y empiezan a proponer nuevas definiciones como “la capacidad de adaptarse y de autogestionarse ante los desafíos sociales, físicos y emocionales” realizada por Huber en 2011 (citado en Jambroes, 2016) o la importancia de percibir a la salud como un acto de cuidado (Jaén, 2016)

Sin embargo, tal capacidad del ser humano para adaptar su estructura física-biológica en el ambiente o dentro de estructuras sociales debe entenderse como aquella que se realiza de manera sana, ya que en ocasiones el individuo se ajusta mediante otros mecanismos o comportamientos que perjudican su salud sea por consumo de tabaco para sobrellevar el estrés, el consumo de alcohol para incorporarse dentro de círculos sociales, evitar problemas personales o bien el mantener una mala alimentación de líquidos o alimentos altos en carbohidratos y grasas (como lo sería el refresco o las “garnachas”) resultado de horarios de trabajo laboral exigentes (Farhud, 2015; Trovato, 2012). El acto de cuidado, la adaptación o la autogestión tendrá un impacto favorable sobre la salud del individuo dependiendo de sus auto creencias ya que éstas tienen un peso importante en la regulación de la motivación humana (Bandura, 2018)

Encontrar que el estado de salud no solo depende de la ausencia de la enfermedad sino de una serie de factores no solo biológicos-transversales sino también biológicos-longitudinales, psicológicos y sociales implica replantearse la forma de medir la salud. La salud entonces se puede ubicar inmersa en variables de mayor amplitud. Los avances en la tecnología, en los sistemas de salud y el progreso científico en la medicina y sus tratamientos permitieron una prolongación en la supervivencia de la población lo que ahora no necesariamente se traduce en

una mayor longevidad, esto es, una mayor cantidad de vida sino en una mejor calidad de vida (Barcaccia et al., 2013), de esta manera éste último concepto empezó a tener relevancia en evaluación del estado de salud (Karimi, 2016)

Sin embargo esta nueva perspectiva puede ser muy ambigua pues: *“¿qué es una buena calidad de vida?, ¿que tipo de condiciones hacen una buena vida? ¿es posible decidir los criterios que hacen que una vida sea valiosa desde un punto de vista objetivo?”* (Scanlon, 1993; citado en Barcaccia et al., 2013), incluso en la definición del Diccionario de la Real Academia Española (DRAE) donde la Calidad de Vida (CV) es “el conjunto de condiciones que contribuyen a hacer agradable y valiosa la vida” presenta dificultades al ser subjetivo el término de *“agradable”* y *“valiosa”* y por otra parte cuál sería ese *“conjunto de condiciones”* (Benitez, 2016). Si se analiza el término en sus dos componentes: calidad y vida, calidad haría referencia a las particularidades mejores o peores de un objeto que tiene respecto a otro, concluyendo que la Calidad de Vida serán las condiciones de vida comparadas a las de otro individuo (Espinosa, 2014).

El comienzo del estudio de la calidad de vida no tiene una fecha precisa. Desde los años treinta la desigualdad que existía entre los países debido al avance industrial y el desarrollo económico fue uno de los motivos para buscar indicadores que permitieran comparar el progreso social tal como el Producto Interno Bruto (PIB) (Zapata, 2013; Rodríguez 2005); en la segunda guerra mundial la inclusión del término de Calidad de Vida era una crítica cultural y social, un intento por saber si las personas se percibían con buena calidad de vida y relevante en diferentes etapas del ciclo de su vida (Barcaccia et al., 2013)

Hasta la actualidad su definición tiene diversas controversias pues se define a partir de juicios sobre aspectos o la totalidad de una situación de la vida; también se vuelve un concepto difuso al ser utilizado sin consenso en diferentes contextos y matices como en medicina, economía, geografía, arquitectura, medio ambiente, etc.; abarca varios conceptos como funcionamiento, estado de salud, percepciones, condiciones de vida, estilo de vida, síntomas, etc. donde además la cultura tiene un papel importante en las diversas percepciones que se tiene sobre salud y enfermedad (Benitez, 2016; Post, 2014)

Se ha planteado varias definiciones sobre Calidad de Vida, en la Tabal 2 se presentan algunas:

Tabla 2

Definiciones Calidad de Vida

Referencia	Definición
Ferrans (1990b)	Calidad de vida general definida como el bienestar personal derivado de la satisfacción o insatisfacción con áreas que son importantes para él o ella.
Hornquist (1982)	Define en términos de satisfacción de necesidades en las esferas física, psicológica, social, de actividades, material y estructural
Shaw (1977)	Define la calidad de vida de manera objetiva y cuantitativa, diseñando una ecuación que determina la calidad de vida individual: $QL=NE \times (H+S)$, en donde NE representa la dotación natural del paciente, H la contri-bución hecha por su hogar y su familia a la persona y S la contribución hecha por la sociedad. Críticas: la persona no evalúa por sí misma, segundo, no puede haber cero calidad de vida.
Lawton (2001)	Evaluación multidimensional, de acuerdo a criterios intrapersonales y socio-normativos, del sistema personal y ambiental de un individuo.

Haas (1999)	Evaluación multidimensional de circunstancias individuales de vida en el contexto cultural y valórico al que se pertenece.
Bigelow et al., (1991)	Ecuación en donde se balancean la satisfacción de necesidades y la evaluación subjetiva de bienestar.
Calman (1987)	Satisfacción, alegría, realización y la habilidad de afrontar... medición de la diferencia, en un tiempo, entre la esperanza y expectativas de una persona con su experiencia individual presente.
Martin & Stockler (1998)	Tamaño de la brecha entre las expectativas individuales y la realidad a menor intervalo, mejor calidad de vida.
Opong et al., (1987)	Condiciones de vida o experiencia de vida.
Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (2014)	La salud física y mental percibida por una persona o grupo a lo largo del tiempo
Wood-Dauphinée S (2002)	La calidad de vida subjetiva refleja la percepción general y la satisfacción de un individuo con respecto a cómo son las cosas en su vida
Patrick DL (1988)	El valor asignado a la duración de la vida modificada por el deterioro, el estado funcional, la percepción y la oportunidad influenciada por la enfermedad, la lesión, el tratamiento y la política

Nota. Tomado de Post, 2014 y Urzua, 2012

La Calidad de Vida es un término dinámico, ya que se ve modificado por la diversas experiencias y expectativas a lo largo del tiempo (Barcaccia et al., 2013; Carr, A, 2001), y su habitualidad permite solapamientos y uso como sinónimo de progreso social, bienestar o felicidad (Cardona, 2005)

Sin embargo, las definiciones de calidad de vida se han agrupado en torno a cuatro modelos principales (Espinosa, 2014; Urzua, 2012; Felce, D, 1995), las cuales representó cada uno con un diagrama:

1. La calidad de vida se entiende como condiciones de vida cuya medición es objetiva y medible en cada persona tal como la salud física, condiciones de vida (vivienda, posición económica), ocupación y relaciones sociales.

Calidad de Vida	Condiciones de vida	A		
		B		
		C		

2. Medir la CV a partir de la satisfacción personal deja de lado las condiciones externas y se enfoca en la capacidad del individuo de abstraerse de su contexto y dar una evaluación de satisfacción con la vida a partir de estándares internos, de esta manera el individuo sabe qué incrementa o decrece su Calidad de Vida.

Calidad de Vida	Satisfacción personal		
-----------------	-----------------------	--	--

3. En un tercer modelo la CV es el reflejo de evaluar subjetivamente los indicadores objetivos o condiciones de vida: biológicos, sociales y psicológicos

Calidad de Vida	Condiciones de vida + Satisfacción personal	A	[Barra amarilla]	
		B	[Barra blanca]	
		C	[Barra amarilla]	[Barra blanca]
		D	[Barra amarilla]	

4. La CV es definida como la suma de las condiciones de vida y las evaluaciones subjetivas sobre el entorno físico, social y emocional, ambos parámetros mediados por una valoración o graduación personal sobre su importancia.

Calidad de Vida	Valoración Personal: Condiciones de vida + Satisfacción personal	1. D	[Barra amarilla]	
		4. B	[Barra blanca]	
		3. A	[Barra amarilla]	[Barra amarilla]
		5. C	[Barra amarilla]	[Barra blanca]

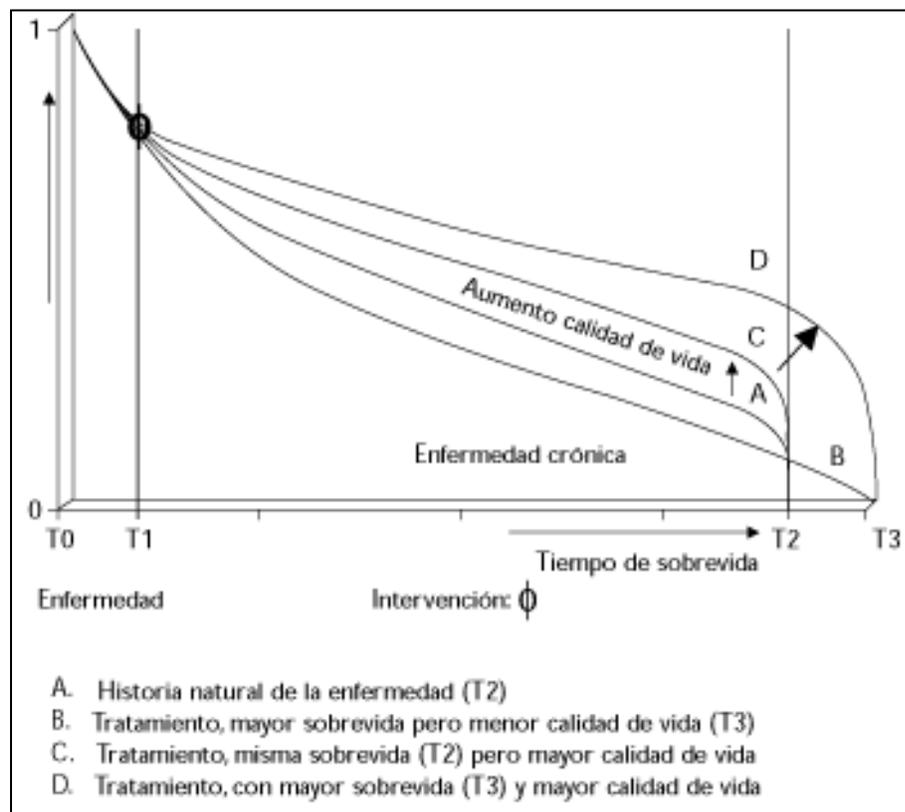
El presente trabajo emplea la definición de la OMS ya que es el organismo internacional más importante en el ámbito de asuntos sanitarios, además sus investigaciones se han realizado de manera transcultural. La OMS define a la Calidad de Vida como “la percepción que tiene un individuo de su posición en la vida, dentro del contexto cultural y los sistemas de valores en los que vive y en relación con sus metas, expectativas, estándares y preocupaciones” (OMS, 1995). Esta definición puede ubicarse dentro del tercer modelo.

Uno de los objetivos al medir la calidad de vida es comparar los costos/utilidad entre intervenciones, que al permitir prolongar el tiempo de vida,

aporte información para la asignación de recursos de atención a la salud dentro de las políticas públicas para promover intervenciones preventivas que mitiguen el aumento en la carga de la enfermedad a largo plazo, Velarde (2002) Esta relación entre CV y tratamiento se muestra en la Figura 5.

Figura 5

Tratamiento y Calidad de Vida



Nota. Tomado de Evaluación de la calidad de vida de Velarde-Jurado. 2002

El empleo del concepto de Calidad de Vida dentro del campo de las adicciones se da en un contexto donde el tratamiento de una enfermedad crónica no solo es en el ámbito físico. El usuario de sustancias adictivas no solicita principalmente un tratamiento para resolver el problema de la adicción en sí, sino acude por apoyo para resolver los problemas por enfermedades, psicológicos y sociales que trae como consecuencia el problema de la adicción y la CV evalúa la severidad de los mismos (Fernández, 2016). Aún después del ingreso a un tratamiento se pueden observar mejoras en la salud física pero no en la salud psicológica la cual puede estar por debajo de la población general (Manning et al, 2019) Se ha observado también, que los usuarios mantienen bajos niveles de calidad de vida en comparación con personas que no consumen e incluso su adicción repercute en los niveles de calidad de vida de sus familiares (Moreira et al., 2013).

En un estudio longitudinal de Martínez (2011) se observó que la Calidad de Vida se ve afectada en mayor medida por personas consumidoras que tengan además un trastorno de personalidad, además encontraron que el consumo en los primeros meses puede ser predicho por los niveles de *craving* y calidad de vida al inicio del tratamiento; está estudiado que las personas con un trastorno por usos de sustancias y un trastorno mental, esto es la presencia de una patología dual, se tiene en mayor medida un mal pronóstico (Días-Morán, 2015)

Además de la relación entre el consumo de drogas y de manera independiente entre la Calidad de Vida y Autoeficacia se ha observado que ésta última puede ser una variable predictora en la evolución de la Calidad de Vida.

Por ejemplo, con el incremento en la esperanza de vida hay una elevación en la población adulta mayor a 60 años quienes como parte de su desarrollo tiene perdidas graduales en capacidades física, psicológicas y sociales por ello González (2017) en un estudio descriptivo para una población de 149 adultos mayores a 60 años observo que la autoeficacia predice la calidad de vida que las personas podrían llevara.

Peter (2019) observo en pacientes con multimorbilidad en una muestra de 848 participantes mediante un estudio trasversal que los sujetos quienes presentaban una mala calidad de vida eran aquellos que manifestaban una menor autoeficacia y mayor carga de enfermedad.

Yazdi (2013) encontró en un estudio trasversal con una muestra de 290 pacientes adultos con pacientes con manejo de dolor crónico que la autoeficacia y la intensidad del dolor predicen mucho mejor la calidad de vida que otros factores, hay que mencionar que ésta población es susceptible a la adicción a opioides, medicamentos utilizados para el tratamiento del dolor crónico (Cheatle, 2014)

Respecto a la población con consumo de drogas a través de un estudio descriptivo exploratorio en una muestra de 288 niños de 8 a 12 años de edad en el que se evaluó autoeficacia, actitud hacia el consumo de drogas y calidad de vida o salud percibida los niños registraron una baja autoeficacia autorregulatoria ante la presión por consumo pero una mayor autoeficacia en aquellos que han consumido alguna vez, en cuanto a las salud percibida de igual manera en los

niños con consumo de alguna vez se perciben mejor probablemente a un menor control parental (Melo-Hurtado, 2015)

Son pocos los estudios que relacionan la interacción entre las variables calidad de vida y autoeficacia en población con consumo de sustancias adictivas. Un estudio transversal realizado por Donnelly et al. (2021) en una muestra de 100 personas que viven con VIH, con consumo de tabaco diario, reclutadas de una clínica ambulatoria no observó que la calidad de vida y la vulnerabilidad percibida mediaran entre los niveles de autoeficacia y las disposición para dejar de fumar, sin embargo el estudio recalca que aunque no hay una relación entre calidad de vida y vulnerabilidad percibida para dejar de fumar, estas variables pueden indicar el contexto por el que la autoeficacia si se relaciona para prepararse a dejar el consumo.

Por otro lado, Reis (2017) analizó el entrenamiento de la autoeficacia para el tratamiento en consumidores de alcohol y la eficacia del mismo así como la modificación de la calidad de vida, a través de un estudio longitudinal con tres momentos de evaluación con una fase de internamiento, en una muestra de 146 adultos, concluyendo que la autoeficacia predice el éxito del tratamiento y la explicación en los niveles altos de Calidad de Vida en áreas física, psicológica y relacionada con factores ambientales y sugiere que la personalidad también puede jugar un factor clave en la explicación de la modificación de la autoeficacia.

Este trabajo aborda el estudio de personas que consumen alguna sustancia psicoactiva y que además padecen alguna enfermedad médica; cursar con ambos padecimientos puede repercutir aún más en la calidad de vida de una persona. Por lo que una evaluación de las áreas de vida de la persona consumidora, permite brindar un tratamiento integral y por consecuencia aumentar la adherencia al tratamiento.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La transición epidemiológica, esto es enfermar por enfermedades infecciosas a padecer enfermedades crónicas degenerativas, trajo consigo un cambio de paradigma en la atención del paciente, quien es el principal actor en adherirse a un tratamiento que lo llevará a una mejoría. Estas enfermedades como pueden ser la diabetes, hipertensión o cáncer provocan un mayor y avanzado deterioro en los usuarios consumidores de sustancias adictivas afectando diversas áreas de su vida, más aun si padecen algún otro trastorno mental como pudiera ser por ansiedad, bipolaridad o depresión.

La cesación del consumo de drogas implica tanto la atención de los padecimientos físicos y psiquiátricos como una atención psicoterapéutica en el que se le devuelva el control sobre sus acciones al paciente mediante el manejo de las capacidad del individuo que tiene para hacer frente a las problemáticas, es decir, cuáles son los medios que tiene la persona para sentirse capaz de tomar decisiones (Espinosa, 2014)

Con lo anterior, es importante estudiar la autoeficacia como recurso cognitivo con que cuenta la gente para determinar si se siente capaz o no para realizar algún comportamiento. Las creencias de poder hacer frente ante situaciones adversas permite extrapolar esa sensación ante otras situaciones, permitiendo a la persona una mayor posibilidad de afrontar diferentes áreas de su vida cotidiana, de ahí la importancia de retomar en el usuario de sustancias adictivas la percepción de un mayor control sobre sus capacidades para dejar el

consumo y saber si esa capacidad permite extrapolarlo hacia otras situaciones que permita tener una mejor calidad de vida. Por tanto es importante saber la relación que pueda existir entre la autoeficacia y la calidad de vida en población que reporta uso de sustancias adictivas.

¿Hay una relación significativa entre la autoeficacia y la calidad de vida en consumidores de sustancias adictivas que se presentan de manera ambulatoria en la Clínica Contra el Tabaco y Otras Sustancias Adictivas “Dr. Raúl Cicero Sabido” del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”?

HIPÓTESIS

Con un mayor nivel de autoeficacia los consumidores de sustancias adictivas mostraran una mayor calidad de vida

OBJETIVO GENERAL

Identificar una posible relación entre la autoeficacia y la calidad de vida en usuarios con consumo de sustancias adictivas

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir los niveles de autoeficacia en consumidores de sustancias adictivas
- Describir los niveles de calidad de vida en consumidores de sustancias adictivas

MATERIAL Y MÉTODO

DISEÑO DE ESTUDIO

Estudio descriptivo transversal tipo encuesta

UNIVERSO

A través de un muestreo no probabilístico intencional participaron 18 pacientes del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”

Criterios de inclusión. Pacientes con consumo de sustancias adictivas

VARIABLES

Calidad de Vida

Definición conceptual. “La percepción que tiene un individuo de su posición en la vida, dentro del contexto cultural y los sistemas de valores en los que vive y en relación con sus metas, expectativas, estándares y preocupaciones” (OMS, 1995).

Definición operacional. Puntuación obtenida por el instrumento de Calidad de Vida (*WHOQOL-Bref*)

Autoeficacia

Definición conceptual. “La convicción de que uno puede ejecutar con éxito una conducta para producir determinados resultados” (Bandura, 1977).

Definición operacional. Resultado obtenido por el instrumento Escala de Autoeficacia General (Baessler y Schwarzer)

TÉCNICAS O INSTRUMENTOS

Instrumento de Calidad de Vida (WHOQOL-Bref) versión abreviada (World Health Organization. Division of Mental Health, 1996) del WHOQOL-100, consiste de 26 reactivos: los primeros dos reactivos abordan la percepción de la calidad de vida y salud de manera global, los 24 reactivos restantes están agrupados en 4 dominios que evalúan la calidad de vida: física, psicológica, relaciones sociales y medio ambiente. Las opciones de respuesta son de escala tipo Likert (Muy insatisfecho, Poco, Lo normal, Bastante satisfecho, Muy satisfecho). Un puntaje más alto indica una mejor calidad de vida (World Health Organization, 1996). El instrumento demuestra buena consistencia interna, una validez discriminante y

validez de contenido (WHOQOL Group, 1998) se ha reportado un alpha Cronbach en cada dimensión: físico 0.82, psicológico 0.81, mental 0.80 y social 0.68 (Skevington, 2004). En México ha sido adaptada y validada por Huerta J, Romo R y Tayabas J (2017) y por Sánchez Sosa y González- Celis (Acosta, 2013). A partir de dicha validación se obtuvieron los puntos de corte siguientes: CV baja 0-73, CV media 74-93 y CV alta 94-100.

Escala de Autoeficacia General (Baessler y Schwarzer). La escala está compuesta por 10 reactivos que miden la autoeficacia general ante diversas situaciones; las opciones de respuesta son de escala tipo Likert de 4 puntos. Un mayor puntaje significa un alto nivel de autoeficacia. Para población mexicana se han obtenido valores para el coeficiente alfa de 0.86 (Padilla, 2006). Se obtuvieron los puntos de corte a partir de los resultados de la validación del instrumento siendo un nivel de autoeficacia baja 0-26, autoeficacia media 27-39 y autoeficacia alta igual a 40.

PROCEDIMIENTO

Se pidió la colaboración de pacientes hospitalizados y ambulatorios a quienes se les brindó un consentimiento informado y una vez aceptado los términos se aplicaron los dos instrumentos antes mencionados dentro de las instalaciones del Servicio de Neumología del Hospital General de México. Se les agradeció por su participación.

RESULTADOS

Se realizó el análisis estadístico descriptivo e inferencial mediante el programa estadístico SPSS Versión 25.

Estadísticos descriptivos. Variables sociodemográficas. Se obtuvo una muestra de n=18, de los cuales el 55.6% (n=10) fueron mujeres y 44.4% (n=8) fueron hombres; el rango de edad donde se concentro el mayor porcentaje de la población fue entre los 32 y 45 años de edad con el 38.9% (n=7), la edad mínima fue de 34 años y la máxima de 71; el 50% (n=9) se reporta sin estudios escolares; finalmente 9 participantes (50%) mantiene un consumo actual de tabaco, seguido por un consumo de alcohol y dual con el 22.2% (n=4) y policonsumo del 5.6% (n=1).

Variable sociodemográfica		Frecuencia	Porcentaje	Media	Mediana	Moda
Sexo	Mujer	10	55.6	-	-	Mujer
	Hombre	8	44.4			
Edad	18 - 31 años	0	0	52.2	51, 56	32-45 años
	32 – 45 años	7	38.9			
	46 – 59 años	5	27.8			
	60 años o más	6	33.3			
Grado escolar	Sin estudios	9	50	-	-	Sin estudios
	Básico	4	22.2			
	Medio Superior	4	22.2			
	Superior	1	5.6			
Consumo actual de alguna sustancia adictiva	Especialidad	0	0	-	-	Tabaco
	Tabaco	9	50			
	Alcohol	4	22.2			
	Consumo dual	4	22.2			
	Policonsumo	1	5.6			

Fuente: Elaboración propia

Estadísticos descriptivos. Variable Autoeficacia. Los niveles de una autoeficacia media concentraron el mayor porcentaje de los resultado obtenidos en la muestra con el 88.9% (n=16), dentro de éste corte de niveles de autoeficacia las mujeres (n=10), el rango de edad entre 32 a 45 años (n=6), el nivel de estudios básico (n=7) y al igual que las personas que consumen tabaco principalmente concentran de la muestra el mayor porcentaje por categoría respectivamente. Los resultados para las medidas de tendencia central fueron Media=31.22, Mediana=30.5 y Moda=29

Variable sociodemográfica		Autoeficacia		
		Bajo f (%)	Medio f (%)	Alto f (%)
Sexo	Mujer	0	10 (100%)	0
	Hombre	1 (12.5%)	6 (75%)	1 (12.5%)
Rango de edad	18-31 años	0	0	0
	32 a 45 años	1 (14.3%)	6 (85.7%)	0
	46 a 59 años	0	5 (100%)	0
	Mayor a 60 años	0	5 (83.3%)	1 (16.7%)
Grado escolar	Sin estudios	0	1 (100%)	0
	Básico	0	7 (100%)	0
	Medio superior	1 (20%)	4 (80%)	0
	Superior	0	4 (80%)	1 (20%)
	Especialidad	0	0	0
Consumo actual de alguna sustancia adictiva	Tabaco	1 (11.1%)	7 (77.8%)	1 (11.1%)
	Alcohol	0	4 (100%)	0
	Consumo dual	0	4 (100%)	0
	Policonsumo	0	1 (100%)	0

Fuente: Elaboración propia

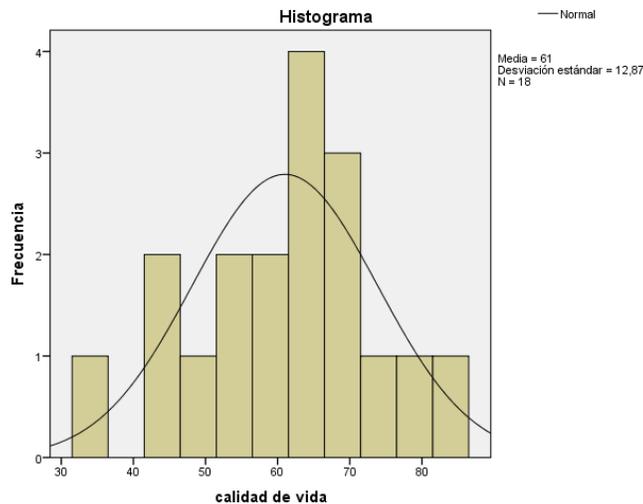
Estadísticos descriptivos. Variable Calidad de Vida. Finalmente, dentro de los resultados de calidad de vida se puede observar que el 83.3% (n=15) se percibe con baja calidad de vida, dentro de éste corte de niveles de calidad de vida las mujeres (n=9) y las personas con uso de tabaco concentran de la muestra el mayor porcentaje por categoría respectivamente. Los niveles medios de calidad de vida se distribuyen uniformemente en los rangos de edad de 32 a 60 años o más y

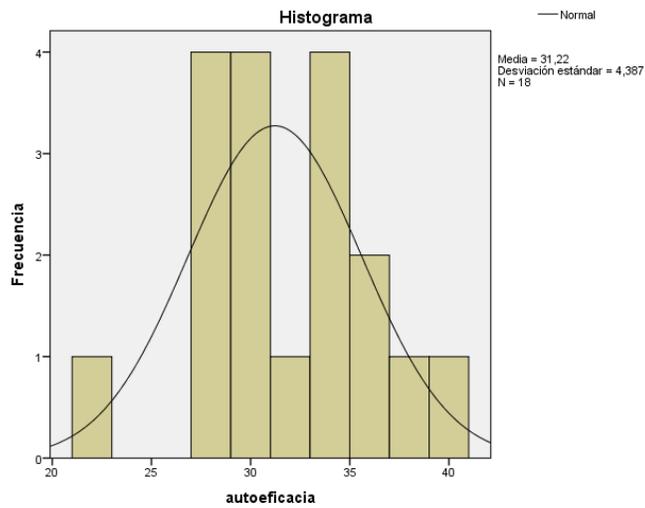
entre el grado escolar básico y medio superior. Los resultados para las medidas de tendencia central fueron Media=61, Mediana=63.50 y Moda=79, 82 y 84

Variable sociodemográfica		Calidad de Vida		
		Bajo f (%)	Medio f (%)	Alto f (%)
Sexo	Mujer	9 (90%)	1 (10%)	0
	Hombre	6 (75%)	2 (25%)	0
Rango de edad	18-31 años	0	0	0
	32 a 45 años	5 (71.4%)	2 (28.6%)	0
	46 a 59 años	5 (100%)	0	0
	Mayor a 60 años	5 (83.3%)	1 (16.7%)	0
Grado escolar	Sin estudios	1 (100%)	0	0
	Básico	5 (71.4%)	2 (28.6)	0
	Medio superior	5 (100%)	0	0
	Superior	4 (80%)	1 (20%)	0
	Especialidad	0	0	0
Consumo actual de alguna sustancia adictiva	Tabaco	8 (88.9%)	1 (11.1%)	0
	Alcohol	3 (75%)	1 (25%)	0
	Consumo dual	4 (100%)	0	0
	Policonsumo	0	1 (100%)	0

Fuente: Elaboración propia

Análisis de correlación El estudio compara dos variables de nivel intervalar con una muestra menor a 50, por lo que se realiza la prueba de normalidad de Shapiro-Wilk (Flores-Ruiz, 2017) en donde Calidad de Vida $p=0.987$ y en Autoficacia $p=0.892$, por lo que los resultados presentan una distribución normal.





Con los requisitos cumplidos anteriormente se procede a realizar la correlación de Pearson para explorar si existe una correlación entre los niveles de Calidad de Vida y Autoeficacia en una población con consumo de sustancias adictivas. No se encontró asociación entre las variables de Calidad de Vida y Autoeficacia, ya que el valor del coeficiente fue nulo ($r_{(16)}=0.11$, $p=0.663$).

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El objetivo de este trabajo fue conocer si hay una relación entre las mediciones obtenidas de Calidad de Vida y Autoeficacia en una población homogénea con consumo de sustancias adictivas en un estudio transversal.

Los pocos estudios que describen la relación entre estas dos variables en población con adicciones se han realizado a través de muestras con consumo de una sola droga por lo que pudiera ser el presente trabajo el primer estudio que abarca una población con consumo de diferentes drogas, sin embargo una de las limitaciones de éste estudio es el tamaño de la muestra en comparación con las otras investigaciones.

Por otra parte en la interacción entre la calidad de vida y la autoeficacia se han obtenido relaciones positivas (Reis, 2017) y nulas (Donnelly, 2021) Como se mencionó en el marco teórico, el concepto de calidad de vida es muy dinámico y puede modificarse a lo largo del tiempo partiendo de las nuevas motivaciones o expectativas de cada persona, por lo que los estudios longitudinales pueden ayudar a discernir las conclusiones sobre el efecto entre una variable y otra o las variaciones entre la percepción de una Calidad de Vida y la formación de juicios sobre ésta (Carr, 2001a, 2001b). Una de las variables a tomar en cuenta en futuras investigaciones será el momento del tratamiento de atención a la adicción en que se encuentran los participantes 1) previo a la intervención 2) durante el tratamiento 3) finalización del tratamiento puesto que tanto las variables de calidad

de vida y autoeficacia van modificándose en cada uno de los momentos de la atención

Está bien documentado el papel que juega la autoeficacia en el tratamiento de las adicciones, sin embargo no así para la Calidad de Vida y eso se debe a la falta de consenso sobre su conceptualización y medición y su importancia de tener una misma definición operacional y metodología para su estudio se ve reflejado en el amplio interés en diversos artículos y enfocado a diferentes enfermedades como lo muestra la revisión sistemática de Haraldstad, K. et al. (2019) y la de Koohi, F. (2017) el cual realizan una revisión sistemática y meta análisis con fuente de información que utiliza específicamente el instrumento de Calidad de Vida utilizado en este trabajo, es decir el WHOQOL-BREF. Es importante una definición y medición clara para poder comparar entre la media poblacional, por lo que estudios posteriores podrían permitirles determinar otros factores que estén involucrados en la posible relación entre la autoeficacia y la calidad de vida.

Finalmente, la presente investigación toma en cuenta las recomendaciones en los estudios de Calidad de Vida al brindar la definición a utilizar en el estudio (Mons, 2010)

REFERENCIAS

Abalo, J. A. G. (2016). Enfermedades crónicas no transmisibles: un abordaje desde los factores psicosociales. *Salud & Sociedad*, 7(2), 138-166.

Acosta, C., Vales, J., Echeverría, S., Serrano, D., & García, R. (2013). Confiabilidad y validez del Cuestionario de Calidad de Vida (WHOQOL-OLD) en adultos mayores mexicanos. *Psicología y Salud*, 23(2), 241-50.

Alcántara, M (2008). La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad. *Sapiens. Revista Universitaria de Investigación*, 9(1), 93-107.

Allain, F., Minogianis, E. A., Roberts, D. C., & Samaha, A. N. (2015). How fast and how often: The pharmacokinetics of drug use are decisive in addiction. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 56, 166-179.

American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fifth Edition. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013.

Arnold-Reed, D. E., Brett, T., Troeung, L., O'Neill, J., Backhouse, R., & Bulsara, M. K. (2014). Multimorbidity in patients enrolled in a community-based methadone maintenance treatment programme delivered through primary care. *Journal of comorbidity*, 4, 46–54. <https://doi.org/10.15256/joc.2014.4.42>

Bandura, A., Blanchard, E. B., & Ritter, B. (1969). *Relative efficacy of desensitization and modeling approaches for inducing behavioral, affective, and attitudinal changes*. *Journal of Personality and Social Psychology*, 13(3), 173–199. doi:10.1037/h0028276

Bandura, A. (1971) *Social Learning Theory*. General Learning Press, New York.

Bandura, A., & Adams, N. E. (1977a). *Analysis of self-efficacy theory of behavioral change*. *Cognitive Therapy and Research*, 1(4), 287–310. doi:10.1007/bf01663995

Bandura, A. (1977b). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological review*, 84(2), 191-215

Bandura, A., Adams, N. E., & Beyer, J. (1977). Cognitive processes mediating behavioral change. *Journal of personality and social psychology*, 35(3), 125-139.

Bandura A. (1987). *Pensamiento y acción: fundamentos sociales*. Barcelona: Martínez Roca.

Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. W H Freeman/Times Books/ Henry Holt & Co.

Bandura, A. (1999). Autoeficacia: cómo afrontamos los cambios de la sociedad actual. *Bilbao: Desclée de Brouwer*.

Bandura, A. (2018). Toward a psychology of human agency: Pathways and reflections. *Perspectives on Psychological Science*, 13(2), 130-136.

Bandura, A. (2019). Applying Theory for Human Betterment. *Perspectives on Psychological Science*, 14(1), 12–15. <https://doi.org/10.1177/1745691618815165>

Barcaccia, B., Esposito, G., Matarese, M., Bertolaso, M., Elvira, M., & De Marinis, M. G. (2013). Defining Quality of Life: A Wild-Goose Chase?. *Europe's Journal of Psychology*, 9(1), 185-203. <https://doi.org/10.5964/ejop.v9i1.484>

Benítez, Isabel (2016). LA EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA: RETOS METODOLÓGICOS PRESENTES Y FUTUROS. *Papeles del Psicólogo*, 37(1),69-73. ISSN: 0214-7823. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=778/77844204009>

Betancourt, R. (2002). Condicionamiento clásico y drogas: modulación de los procedimientos de extinción a la tolerancia y síntomas de abstinencia al etanol en ratas. Tesis para optar al grado de Doctor en Psicología, Departamento de Psicología, Universidad de Chile, Santiago, Chile.

Bernard, J. E. R., & Fernández, B. R. (2019). Introducción al modelo transteórico: rol del apoyo social y de variables sociodemográficas. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 22(3), 2601-2633.

Bickenbach, J. (2015). WHO's definition of health: philosophical analysis. *The Handbook of the Philosophy of Medicine*. Schramme, T. & Edwards, S.(Eds.), 961-974.

Books, Z. (2009). What is health? The ability to adapt. *The Lancet*, 373(9666), 781.

Cabrera, G. (2000). El modelo transteórico del comportamiento en salud. *Revista facultad nacional de salud pública*, 18(2).

Cavazos G, & Carrillo, A. (2009). *Historia y evolución de la medicina*. Editorial El Manual Moderno. México

Cardona A., Doris, & Agudelo G., Héctor Byron (2005). Construcción cultural del concepto calidad de vida. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 23(1),79-90.[fecha de Consulta 7 de Junio de 2021]. ISSN: 0120-386X. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12023108>

Carr, A. J., Gibson, B., & Robinson, P. G. (2001a). Measuring quality of life: Is quality of life determined by expectations or experience?. *BMJ (Clinical research ed.)*, 322(7296), 1240–1243. <https://doi.org/10.1136/bmj.322.7296.1240>

Carr, A. J., & Higginson, I. J. (2001b). Are quality of life measures patient centred?. *BMJ (Clinical research ed.)*, 322(7298), 1357–1360. <https://doi.org/10.1136/bmj.322.7298.1357>

Comisión Nacional Contra las Adicciones (2017). La neta de las drogas y algo más...Guía preventiva para adolescentes. Secretaria de Salud. México.

Chazaro, L.G. (2012) Los instrumentos en la medicina científica, pp 64-71, abril-junio 2012 volumen 63 número 2, México, Revista de la Academia Mexicana de Ciencias.

Cheatle, M., Comer, D., Wunsch, M., Skoufalos, A., & Reddy, Y. (2014). Treating pain in addicted patients: recommendations from an expert panel. *Population health management*, 17(2), 79–89. <https://doi.org/10.1089/pop.2013.0041>

Department of Health and Human Services (2016) Facing Addiction in America: The Surgeon General's Report on Alcohol, Drugs, and Health. Washington, DC: HHS. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK424857/>

Díaz-Morán, S., Palma-Álvarez, R. F., Grau-López, L., Daigre, C., Barral, C., Ros-Cucurull, E., & Roncero, C. (2015). Calidad de vida autopercebida en pacientes dependientes de cocaína con o sin diagnóstico de patología dual. *Salud mental*, 38(6), 397-402.

Díaz Porto Robles, M. L. (2016). La adherencia terapéutica en el tratamiento y la rehabilitación: implicaciones para el profesional de la conducta y la salud. *Revista Griot*, 7(1), 73-84.

DiClemente, C. C., & Graydon, M. M. (2020). Changing Behavior Using the Transtheoretical Model en Hagger, M., Cameron, L., Hamilton, K., Hankonen, N., & Lintunen, T. (Eds.). (2020). *The Handbook of Behavior Change (Cambridge Handbooks in Psychology)*. Cambridge: Cambridge University Press. doi:10.1017/9781108677318.

Donnelly, R. E., Minami, H., Hecht, J., Bloom, E. L., Tashima, K., Selva Kumar, D., Abrantes, A., Stanton, C., & Brown, R. A. (2021). Relationships among Self-Efficacy, Quality of Life, Perceived Vulnerability, and Readiness to Quit Smoking in People Living with HIV. *Journal of smoking cessation*, 2021, 6697404. <https://doi.org/10.1155/2021/6697404>

Duque Parra, Jorge Eduardo, & Barco Ríos, John (2015). La ciencia médica versus creencia en dios: la conservación del mito. *Archivos de Medicina (Col)*,

15(1),158-164.[fecha de Consulta 11 de Septiembre de 2021]. ISSN: 1657-320X. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=273840435016>

Edwards, S. (2016). Reinforcement principles for addiction medicine; from recreational drug use to psychiatric disorder. *Neuroscience for Addiction Medicine: From Prevention to Rehabilitation - Constructs and Drugs*, 63–76. doi:10.1016/bs.pbr.2015.07.005

Elshatarat, R. A., Yacoub, M. I., Khraim, F. M., Saleh, Z. T., & Afaneh, T. R. (2016). Self-efficacy in treating tobacco use: A review article. *Proceedings of Singapore Healthcare*, 25(4), 243-248.

Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (2018). Instituto Nacional de Salud Pública. Disponible en: https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2018/doctos/informes/ensanut_2018_informe_final.pdf

Espinosa Ortiz, F. (2014). Aproximación teórica al concepto de calidad de vida. Entre las condiciones objetivas externas y la evaluación subjetiva de los individuos. *Antropología Experimental*, (14). Recuperado a partir de <https://revistaselectronicas.ujaen.es/index.php/rae/article/view/1801>

Farhud, D. D. (2015). Impact of lifestyle on health. *Iranian journal of public health*, 44(11), 1442.

Felce, D., & Perry, J. (1995). Quality of life: Its definition and measurement. *Research in Developmental Disabilities*, 16(1), 51–74. doi:10.1016/0891-4222(94)00028-8

Fernandez Rodriguez, V., Fernandez Sobrino, A. M., & Lopez Castro, J. (2016). La calidad de vida desde la perspectiva de las adicciones. *Revista de Calidad Asistencial*, 31(1), 3–9. doi:10.1016/j.cali.2015.07.004

Fernández C. (2014) *Consumo de drogas: riesgos y consecuencias*. Centros de Integración Juvenil. México.

Flores-Ruiz, E., Miranda-Novales, M. G., & Villasís-Keever, M. Á. (2017). El protocolo de investigación VI: cómo elegir la prueba estadística adecuada. *Estadística inferencial. Revista Alergia México*, 64(3), 364-370.

Gargantilla, P. (2011). Breve historia de la medicina. *Madrid: Nowtilus*.

Gomez, J. G., & Carrobles, J. A. (1991). Condicionamiento clásico en la adicción. *Psicothema*, 3(1), 87-96.

González-Celis Rangel, A. L., & Lima Ortiz, L. (2017). Autoeficacia, percepción de salud y soledad, sobre la calidad de vida en adultos mayores. *Entreciencias: diálogos en la sociedad del conocimiento*, 5(15.)

González, M. Á. M. (Ed.). (2018). *Conceptos de salud pública y estrategias preventivas: un manual para ciencias de la salud*. Elsevier Health Sciences.

Gordis L. (2019) Epidemiología. 6ª ed. Barcelona: Elsevier.

Ghanemi, A. (2013). Schizophrenia and Parkinson's disease: Selected therapeutic advances beyond the dopaminergic etiologies. *Alexandria Journal of Medicine*, 49(4), 287-291.

Grau, A. y Jorge A. (2016). Enfermedades crónicas no transmisibles: un abordaje desde los factores psicosociales. *Salud & Sociedad*, 7(2), 138-166.

Greenhalgh, EM., Jenkins S., Stillman, S., & Ford, C. 7.7 Factors that predict success or failure in quit attempts. In Greenhalgh, EM, Scollo, MM and Winstanley, MH [editors]. *Tobacco in Australia: Facts and issues*. Melbourne: Cancer Council Victoria; 2016

Haraldstad, K., Wahl, A., Andenæs, R., Andersen, J. R., Andersen, M. H., Beisland, E., Borge, C. R., Engebretsen, E., Eisemann, M., Halvorsrud, L., Hanssen, T. A., Haugstvedt, A., Haugland, T., Johansen, V. A., Larsen, M. H., Løvereide, L., Løyland, B., Kvarme, L. G., Moons, P., Norekvål, T. M., ... LIVSFORSK network (2019). A systematic review of quality of life research in medicine and health sciences. *Quality of life research : an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation*, 28(10), 2641–2650. <https://doi.org/10.1007/s11136-019-02214-9>

Hilton, C. E., & Johnston, L. H. (2017). Health psychology: It's not what you do, it's the way that you do it. *Health psychology open*, 4(2), 2055102917714910. <https://doi.org/10.1177/2055102917714910>

Hortal, C. G., Bongiorno, K. V., & Navarro, M. S. (2015). Asistencia personal en la autoeficacia, calidad de vida y estilo de afrontamiento en personas con diversidad funcional de origen físico. *Búsqueda*, 2(14), 7-18.

Huber, M. (2014). Towards a new, dynamic concept of Health. Its operationalisation and use in public health and healthcare, and in evaluating health effects of food.

Huerta, J. A. L., Romo, R. A. G., & Tayabas, J. M. T. (2017). Propiedades psicométricas de la versión en español de la Escala de Calidad de Vida WHO QoL BREF en una muestra de adultos mexicanos. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación-e Avaliação Psicológica*, 2(44), 105-115.

Instituto Mexicano de la Juventud (2018). ¿Conoce las diferencias entre el uso, abuso y dependencia de sustancias psicoactivas? <https://www.gob.mx/imjuve/articulos/conoce-las-diferencias-entre-uso-abuso-y-dependencia-de-sustancias-psicoactivas>

Jaén, S. H. (2016). Formalización del concepto de Salud a través de la lógica: impacto del lenguaje formal en las Ciencias de la Salud. *Revista Ene de Enfermería*, 10(2).

Jambroes, M., Nederland, T., Kaljouw, M., Van Vliet, K., Essink-Bot, M. L., & Ruwaard, D. (2016). Implications of health as 'the ability to adapt and self-manage' for public health policy: a qualitative study. *The European Journal of Public Health*, 26(3), 412-416.

Janik, P., Kosticova, M., Pecenak, J., & Turcek, M. (2017). Categorization of psychoactive substances into "hard drugs" and "soft drugs": A critical review of terminology used in current scientific literature. *The American journal of drug and alcohol abuse*, 43(6), 636-646.

Karimi, M., & Brazier, J. (2016). Health, Health-Related Quality of Life, and Quality of Life: What is the Difference? *PharmacoEconomics*, 34(7), 645–649. doi:10.1007/s40273-016-0389-9

Koob, G. F., & Volkow, N. D. (2016). Neurobiology of addiction: a neurocircuitry analysis. *The lancet. Psychiatry*, 3(8), 760–773. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)00104-8](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)00104-8)

Koohi, F., Nedjat, S., Yaseri, M., & Cheraghi, Z. (2017). Quality of Life among General Populations of Different Countries in the Past 10 Years, with a Focus on Human Development Index: A Systematic Review and Meta-analysis. *Iranian journal of public health*, 46(1), 12–22.

Kuri-Morales, P. A. (2011). La transición en salud y su impacto en la demanda de servicios. *Gac Med Mex*, 147(6), 451-454.

Lakin, K., & Kane, S. (2022). Peoples' expectations of healthcare: A conceptual review and proposed analytical framework. *Social Science & Medicine*, 292, 114636.

Lamas, M. C. (2014). Divergencias y convergencias entre Psicología Cognitiva y Psicoterapia Cognitiva. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 17(2), 825-846.

Lee, J. P., & Antin, T. M. (2012). How do researchers categorize drugs, and how do drug users categorize them?. *Contemporary drug problems*, 38(3), 387–428. <https://doi.org/10.1177/009145091103800304>

Leyton, M., & Vezina, P. (2014). Dopamine ups and downs in vulnerability to addictions: a neurodevelopmental model. *Trends in pharmacological sciences*, 35(6), 268–276. <https://doi.org/10.1016/j.tips.2014.04.002>

López-Romero, L. A., Romero-Guevara, S. L., Parra, D. I., & Rojas-Sánchez, L. Z. (2016). Adherencia al tratamiento: Concepto y medición. *Revista hacia la promoción de la Salud*, 21(1), 117-137.

López-Torrecillas, F., Salazar, I. C., García-Retamero, R., & Martínez Arias, R. (2015). Autoeficacia de personas drogodependientes en tratamiento. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 23(2).

Lorenzo, P., Ladero, J. M., Leza, J. C., & Lizasoain, I. (2009). Drogodependencias: farmacología, patología, psicología, legislación. 3ra ed. Editorial Médica Panamericana. España.

Macías Sánchez, A., & Villarreal Páez, H. J. (2018). Sostenibilidad del gasto público: Cobertura y financiamiento de enfermedades crónicas en México. *Ensayos. Revista de economía*, 37(1), 99-133.

Malacas, C., Alfaro, P., & Hernández, R. M. (2020). Factores predictores de la intención de consumo de marihuana en adolescentes de nivel secundaria. *Health and Addictions/Salud y Drogas*, 20(2), 20-27.

Manning, V., Garfield, J. B. B., Lam, T., Allsop, S., Berends, L., Best, D., ... Lubman, D. I. (2019). Improved Quality of Life Following Addiction Treatment Is Associated with Reductions in Substance Use. *Journal of Clinical Medicine*, 8(9), 1407. doi:10.3390/jcm8091407

Marrocu, A., Giacobbe, J., Pariante, C., & Borsini, A. (2020). The molecular neurobiology of addiction. In *Behavioural Neuroscience Encyclopedia*

Martín-Santana, J., Fernández-Monroy, M. y Galván-Sánchez, I. (2015). Valores y creencias de los jóvenes ante el policonsumo de sustancias adictivas. *Revista de Ciencias Sociales (Ve)*, 21(4), 494-508

Martínez González, José Miguel, & Graña Gómez, José Luis, & Trujillo Mendoza, Humberto (2011). Estudio longitudinal sobre calidad de vida, craving y ajuste psicológico en pacientes dependientes del alcohol: variaciones en función de los trastornos de la personalidad. *Adicciones*, 23(3), 227-235.

Martínez-González, J. M., López, R. V., Lozano-Rojas, O., & Verdejo-García, A. (2017). Cuestionario de creencias nucleares relacionadas con el consumo de drogas y el craving, para la valoración del riesgo de recaída. *adicciones*, 30(3), 170-178.

Martos-Méndez, M. J. (2015). Self-efficacy and adherence to treatment: the mediating effects of social support. *Journal of Behavior, Health & Social Issues*, 7(2), 19-29.

May, A. C., Aupperle, R. L., & Stewart, J. L. (2020). Dark Times: The Role of Negative Reinforcement in Methamphetamine Addiction. *Frontiers in psychiatry*, 11, 114. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.00114>

Méndez-Díaz, M., Torres, B. M. R., Morelos, J. C., Ruíz-Contreras, A. E., & Prospéro-García, O. (2017). Neurobiología de las adicciones. *Revista de la Facultad de Medicina UNAM*, 60(1), 6-16.

Melemis S. M. (2015). Relapse Prevention and the Five Rules of Recovery. *The Yale journal of biology and medicine*, 88(3), 325–332.

Melo-Hurtado, D. S., & Jaimes-Valencia, M. L. (2015). Autoeficacia, actitud hacia el consumo de drogas y salud percibida de niños escolarizados. *Hacia la Promoción de la Salud*, 20(2), 118-131.

Menon, J., & Kandasamy, A. (2018). Relapse prevention. *Indian journal of psychiatry*, 60(Suppl 4), S473–S478. https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_36_18

Misselbrook, D. (2014). W is for wellbeing and the WHO definition of health. *Br J Gen Pract*, 64(628), 582-582.

Moons, P., Jaarsma, T., & Norekvål, T. M. (2010). Requirements for quality-of-life reports. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 9(3), 141-143.

Moreira, T. de C., Figueiró, L. R., Fernandes, S., Justo, F. M., Dias, I. R., Barros, H. M. T., & Ferigolo, M. (2013). Quality of life of users of psychoactive substances, relatives, and non-users assessed using the WHOQOL-BREF. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(7), 1953–1962. doi:10.1590/s1413-81232013000700010

National Institute on Drug Abuse (Marzo, 2010). The Brain: Understanding Neurobiology Through the Study of Addiction. Retrieved from <https://archives.drugabuse.gov/publications/brain-understanding-neurobiology-through-study-addiction>

National Institute on Drug Abuse (Junio, 2020). Las drogas, el cerebro y la conducta: bases científicas de la adicción. U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES

National Institute of Drug Addiction (Agosto 2019) Comorbilidad: los trastornos por consumo de drogas y otras enfermedades mentales. Drug Facts. Recuperado de:

<https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/drugfacts/comorbilidad-los-trastornos-por-consumo-de-drogas-y-otras-enfermedades-mentales>

Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (2015) Problemática de las Drogas, orientaciones Generales. Prevención del Uso Indebido de Drogas. Editorial UNODC. Bolivia.
https://www.unodc.org/documents/bolivia/Prev_Problematica_de_las_drogas.pdf

Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (2019). Informe Mundial sobre las Drogas 2019. Editorial UNODC. <https://wdr.unodc.org/wdr2019/>

Organización Mundial de la Salud (1994) Glosario de términos de alcohol y drogas. Organización Mundial de la Salud.
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/44000>

Organización Mundial de la Salud. (1995) The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. Social Science & Medicine, 41(10), 1403–1409. doi:10.1016/0277-9536(95)00112-k

Organización Mundial de la Salud (1966). Principios aplicables al estudio preclínico de la inocuidad de los medicamentos: informe [de un Grupo Científico de la OMS, Ginebra, 21-26 de marzo de 1966]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/38093>

Organización Mundial de la Salud (1970) Comité de Expertos de la OMS en Farmacodependencia [se reunió en Ginebra del 25 al 30 de agosto de 1969] : 17 informe. Ginebra : Organización Mundial de la Salud.
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/38263>

Organización Mundial de la Salud (2001) Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud. OMS

Organización Mundial de la Salud (2004). Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción. Ginebra: OMS.

Organización Panamericana de la Salud (2011) Modulo de principios de epidemiología para el control de enfermedades (MOPECE). Salud y enfermedad en la población. 2da ed. OPS

Organización Mundial de la Salud. (2014). Community management of opioid overdose. Organización Mundial de la Salud.
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/137462/?sequence=1>

Organización Mundial de la Salud (26 de Julio de 2019). Tabaco.
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>

Organización Mundial de la Salud (a) (28 de agosto 2020) Sobredosis por opioides. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/opioid-overdose>

Organización Mundial de la Salud (b) (9 de diciembre de 2020) *La OMS revela las principales causas de muerte y discapacidad en el mundo: 2000-2019.* <https://www.who.int/es/news/item/09-12-2020-who-reveals-leading-causes-of-death-and-disability-worldwide-2000-2019>

Organización Mundial de la Salud (13 de abril de 2021) *Enfermedades no transmisibles* <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>

Organización Panamericana de la Salud (2015). Factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles en la Región de las Américas: Consideraciones para fortalecer la capacidad regulatoria. Documento técnico de referencia REGULA. Washington, DC: OPS.

Organización Panamericana de la Salud (2017) Módulos de principios de epidemiología para el control de enfermedades (MOPECE). Tercera edición. Serie PALTEX para Técnicos Medios y Auxiliares No 26. Washington, D.C.; OPS.

Organización Panamericana de la Salud (2018). Indicadores de salud. Aspectos conceptuales y operativos. Washington, D.C.; OPS.

Padilla, J. L., Acosta, B., Guevara, M., Gómez, J. y González, A. (2006). Propiedades psicométricas de la versión española de la escala de autoeficacia general aplicada en México y España. *Revista Mexicana de Psicología*, 23, 245-252.

Pagès-Puigdemont, N., & Valverde-Merino, M. I. (2018). Métodos para medir la adherencia terapéutica. *Ars Pharmaceutica (Internet)*, 59(3), 163-172.

Pennacchini, M., Bertolaso, M., Elvira, M. M., & De Marinis, M. G. (2011). A brief history of the Quality of Life: its use in medicine and in philosophy. *Clin Ter*, 162(3), e99-e103.

Pérez-Acosta, Andrés M. (2005). Fundamentos de las Terapias de Exposición contra las Fobias: Una Propuesta Teórica Integradora de la Conducta de Evitación. *Terapia Psicológica*, 23(1), 25-35.

Pereiro Gómez, C. (2010). *Manual de Adicciones para médicos especialistas en formación*. Socidrogalcohol. Sociedad Científica Española de Estudios sobre el Alcohol, el Alcoholismo y las otras Toxicomanías.

Pereyra Girardi, C. I., Ronchieri Pardo, C. d V., Rivas, A., Trueba, D. A., Mur, Julián Andrés, & Páez Vargas, N.. (2018). AUTOEFICACIA: UNA REVISIÓN

APLICADA A DIVERSAS ÁREAS DE LA PSICOLOGÍA. *Ajayu Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología UCBS*, 16(2), 299-325.

Peters, M., Potter, C. M., Kelly, L., & Fitzpatrick, R. (2019). Self-efficacy and health-related quality of life: a cross-sectional study of primary care patients with multi-morbidity. *Health and quality of life outcomes*, 17(1), 1-11.

Post M. W. (2014). Definitions of quality of life: what has happened and how to move on. *Topics in spinal cord injury rehabilitation*, 20(3), 167–180. <https://doi.org/10.1310/sci2003-167>

Prangley, T., Pit, S. W., Rees, T., & Nealon, J. (2018). Factors influencing early withdrawal from a drug and alcohol treatment program and client perceptions of successful recovery and employment: a qualitative study. *BMC psychiatry*, 18(1), 301. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1864-y>

Ramos, W., Venegas, D., Honorio, H., Pesantes, J., Arrasco, J., & Yagui, M. (2014). Enfermedades no transmisibles: efecto de las grandes transiciones y los determinantes sociales. *Revista Peruana de epidemiología*, 18(1), 1-10.

Ramos, J. C. V., & Rodríguez, D. J. (2018). La teoría del proceso oponente como modelo para explicar las adicciones. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 21(1), 222.

Ramos Morales, Luisa Estela. (2015). La adherencia al tratamiento en las enfermedades crónicas. *Revista Cubana de Angiología y Cirugía Vascul*, 16(2), 175-189.

Reis, S., & Castro, F. V. (2017). Calidad de vida y alcoholismo. *Revista INFAD de Psicología. International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(2), 237-256.

Reynales-Shigematsu LM, Zavala-Arciniega L, Paz-Ballesteros WC, Gutiérrez-Torres DS, García-Buendía JC, Rodríguez-Andrade MA, et al. Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco (ENCODAT) 2016-2017: reporte de tabaco. Ciudad de México: INPRFM, 2017.

Riso, W. (2006). *Terapia cognitiva. Fundamentos teóricos y conceptualización del caso clínico*. España Editorial Paidós.

Roca Perara, M.A. (2002). Autoeficacia: su valor para la psicoterapia cognitivo conductual. *Revista cubana de Psicología*, 19 (3), 195-200

Rodríguez, J. M. C., Guerra, V. M. L., & Bonfante, R. A. (2014). Efecto de la extinción en múltiples contextos sobre la renovación de las respuestas

compensatorias condicionadas al etanol. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 17(4), 1622.

Rodríguez, N., & García, M. (2005). La noción de Calidad de Vida desde diversas perspectivas. *Revista de investigación*, (57), 49-68.

Ruiz R., Cedillo L, Jiménez J. & Miranda F. (2020). Role of drug-associated environmental stimuli in the development of cross-tolerance to the tachycardic effects of nicotine and alcohol in humans. *Adicciones*, 1385.

Salanova, M. S. (2004). *Nuevos horizontes en la investigación sobre la autoeficacia* (Vol. 8). Publicacions de la Universitat Jaume I.

Salinas Cruz, E., & Nava Galán, M. G. (2012). Adherencia terapéutica. *Rev. enferm. neurol*, 102-104.

San Martín, C., Diaz, F., Cañete, A., Laborda, M. A., & Miguez, G. (2018). Readquisición de la tolerancia asociativa al etanol: el efecto de la extinción masiva. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 36(2), 419-429.

Santosa, A., Wall, S., Fottrell, E., Högberg, U., & Byass, P. (2014). The development and experience of epidemiological transition theory over four decades: a systematic review. *Global health action*, 7(1), 23574.

Santoro-Lamelas, Valeria (2016). La salud pública en el continuo salud-enfermedad: un análisis desde la mirada profesional. *Revista de Salud Pública*, 18(4),530-542.

Secretaría de Salud (2020). Lineamientos de respuesta y de acción en salud mental y adicciones para el apoyo psicosocial durante la pandemia por COVID-19 en México [internet]. México: Gobierno de México. Disponible en: <https://coronavirus.gob.mx/salud-mental/>

Secretaria de Salud (2019) Informe sobre la situación del consumo de drogas en México y su atención integral 2019. Comisión Nacional Contra las Adicciones [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/477564/Informe_sobre_la_situacion_de_las_drogas_en_Mexico .pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/477564/Informe_sobre_la_situacion_de_las_drogas_en_Mexico.pdf)

Serra Valdés, M., Serra Ruíz, M., & Viera García, M. (2018). Las enfermedades crónicas no transmisibles: magnitud actual y tendencias futuras. *Revista Finlay*, 8(2), 140-148.

Skevington, S. M., Lotfy, M., & O'Connell, K. A. (2004). *The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: Psychometric properties and results of the international field trial. A Report from the WHOQOL*

Group. *Quality of Life Research*, 13(2), 299–310. doi:10.1023/b:qure.0000018486.91360.00

Skevington, S. M., & McCrate, F. M. (2012). Expecting a good quality of life in health: assessing people with diverse diseases and conditions using the WHOQOL-BREF. *Health Expectations*, 15(1), 49-62.

Soria T., Vega V., & Nava Q. (2009). Escala de adherencia terapéutica para pacientes con enfermedades crónicas, basada en comportamientos explícitos. *Alternativas en Psicología*, 14(20), 89-103

Soto-Estrada, G., Moreno-Altamirano, L., & Pahua Díaz, D. (2016). Panorama epidemiológico de México, principales causas de morbilidad y mortalidad. *Revista de la Facultad de Medicina (México)*, 59(6), 8-22

Smit, E. S., Hoving, C., Schelleman-Offermans, K., West, R., & de Vries, H. (2014). Predictors of successful and unsuccessful quit attempts among smokers motivated to quit. *Addictive Behaviors*, 39(9), 1318–1324. doi:10.1016/j.addbeh.2014.04.017

Tejada Z (2005). Agenciación humana en la teoría cognitivo social: Definición y posibilidades de aplicación. *Pensamiento Psicológico*, 1(5),117-123.[fecha de Consulta 22 de Mayo de 2021]. ISSN: 1657-8961. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80100510>

Torrecillas, F. L., Cobo, M. T., Delgado, P., & Ucles, I. R. (2015). Predictive capacity of self-efficacy in drug dependence and substance abuse treatment. *Journal of Psychology and Clinical Psychiatry*, 2(3), 1-7

Thombs, D. L., & Osborn, C. J. (2019). Introduction to addictive behaviors. Fifth Edition. The Guilford Press. U.S.A.

Trovato, G. M. (2012). Behavior, nutrition and lifestyle in a comprehensive health and disease paradigm: skills and knowledge for a predictive, preventive and personalized medicine. *EPMA journal*, 3(1), 8.

Urzúa M, Alfonso, & Caqueo-Urizar, Alejandra. (2012). Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. *Terapia psicológica*, 30(1), 61-71. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082012000100006>

Useche T, Escalona D, López G, Ortiz F (2017). Factores psicosociales en la recaída de la dependencia al alcohol: Un análisis de ruta. *Enfermería investiga*, 2(4 Dic.), 137-144.

Vallejo-Slocker, Laura, & Vallejo, Miguel A.. (2016). Sobre la desensibilización sistemática. Una técnica superada o renombrada. *Acción Psicológica*, 13(2), 157-168. <https://dx.doi.org/10.5944/ap.13.2.16539>

Velarde-Jurado, Elizabeth, & Avila-Figueroa, Carlos. (2002). Evaluación de la calidad de vida. *Salud Pública de México*, 44(4), 349-361.

Valdés Iglesia AJ, Vento Lezcano CA, Hernández Martínez D, Álvarez Gómez AE, Díaz Pita G. (2018) Drogas, un problema de salud mundial. *Revista Universidad Médica Pinareña*; 14(2):168-183.

Van S., & Hochberg, N (2017). Principles of Infectious Diseases: Transmission, Diagnosis, Prevention, and Control. *International Encyclopedia of Public Health*, 22–39. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-803678-5.00516-6>

Vargas Negrín, F. (2014). Adherencia al tratamiento: un reto difícil pero posible. *Revista de Osteoporosis y Metabolismo Mineral*, 6(1), 5-7.

Villatoro-Velázquez, J. A., Oliva-Robles, N., Fregoso-Ito, D., Bustos-Gamiño, M., Mujica-Salazar, A., Martín del Campo Sánchez, R., & Medina-Mora, M. E. (2015). Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Estudiantes (ENCODE) 2014: Reporte de Drogas. México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Comisión Nacional Contra las Adicciones, Secretaría de Salud.

Volkow, N. D., Michaelides, M., & Baler, R. (2019). The neuroscience of drug reward and addiction. *Physiological reviews*, 99(4), 2115-2140.

Wise, R. A., & Koob, G. F. (2014). The development and maintenance of drug addiction. *Neuropsychopharmacology : official publication of the American College of Neuropsychopharmacology*, 39(2), 254–262. <https://doi.org/10.1038/npp.2013.261>

World Health Organization (1992). International classification of diseases and related health problems, 10th revision. Ginebra

World Health Organization. Division of Mental Health. (1996). WHOQOL-BREF : introduction, administration, scoring and generic version of the assessment : field trial version, December 1996. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/63529>

WHOQOL Group (1998). Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF Quality of Life Assessment. *Psychological Medicine*, 28(3), 551–558. doi:10.1017/s0033291798006667

WHO Quality of Life Assessment Group. (1996). ¿Qué calidad de vida?. *Foro mundial de la salud* 1996; 17(4) : 385-387 <https://apps.who.int/iris/handle/10665/55264>

Yazdi-Ravandi, S., Taslimi, Z., Jamshidian, N., Saber, H., Shams, J., & Haghparast, A. (2013). Prediction of Quality of life by Self-Efficacy, Pain Intensity

and Pain Duration in Patient with Pain Disorders. *Basic and clinical neuroscience*, 4(2), 117–124.

Zapata, C. S., & Duque, M. O. G. (2013). La noción de calidad de vida y su medición. *Revista CES Salud Pública*, 4(1), 36-46.