



ESCUELA DE PSICOLOGÍA

NIVEL DE AUTOEFICACIA EN PACIENTES DROGODEPENDIENTES
REINGRESADOS Y EN PROCESO DE SEGUIMIENTO EN QUITO

AUTOR

DANIELA MICHELLE MUÑOZ ALVARADO

AÑO

2019



ESCUELA DE PSICOLOGÍA

NIVEL DE AUTOEFICACIA EN PACIENTES
DROGODEPENDIENTES REINGRESADOS Y EN PROCESO DE
SEGUIMIENTO EN QUITO

Trabajo de Titulación presentado en conformidad con los requisitos
establecidos para optar por el título de Psicóloga mención clínica

Profesor Guía

Byron Giovanni Toscano

Autora

Daniela Michelle Muñoz Alvarado

Año

2019

DECLARACIÓN DEL PROFESOR GUÍA

“Declaro haber dirigido este trabajo, “Nivel de autoeficacia en pacientes drogodependientes reingresados y en proceso de seguimiento en Quito”, a través de reuniones periódicas con la estudiante Daniela Michelle Muñoz Alvarado, en el semestre 2019-1, orientando sus conocimientos y competencias para un eficiente desarrollo del tema escogido y dando cumplimiento a todas las disposiciones vigentes que regulan los Trabajos de Titulación”

Byron Giovanni Toscano Amores
Médico especialista en Psiquiatría
CI: 1706556766

DECLARACIÓN DEL PROFESOR CORRECTOR

“Declaro haber revisado este trabajo, “Nivel de autoeficacia en pacientes drogodependientes reingresados y en proceso de seguimiento en Quito”, de Daniela Michelle Muñoz Alvarado, en el semestre 2019-1, dando cumplimiento a todas las disposiciones vigentes que regulen los trabajos de titulación”

Javier Ricardo Toro Merizalde
Magister en Educación
CI: 1712635596

Pedro Flor Caravia
Magister en Neuropsicología Infantil
CI: 1713639084

DECLARACIÓN DE AUTORÍA DEL ESTUDIANTE

“Declaro que este trabajo es original, de mi autoría, que se han citado las fuentes correspondientes y que en su ejecución se respetaron las disposiciones legales que protegen los derechos de autor vigentes”

Daniela Michelle Muñoz Alvarado

CI: 0603799511

AGRADECIMIENTOS

A mis profesores por aportar en mi formación profesional y contagiarme el amor por nuestra carrera. A mi familia y amigos por darme un lugar en su vida y ser mi guía y apoyo.

DEDICATORIA

A mis padres, a mis abuelos Hilda y José Emilio y a mi hermano, por ser el pilar en mi vida y la motivación para alcanzar mis metas. Este trabajo es una pequeña demostración del amor y agradecimiento que les tengo. Gracias por todo el cariño y apoyo.

RESUMEN

El presente estudio tiene como objetivo determinar el nivel de autoeficacia en pacientes drogodependientes de 18 a 50 años reingresados y en proceso de seguimiento en comunidades terapéuticas en Quito. Para esto es importante analizar cuál es la influencia que ejercen los niveles de autoeficacia en el proceso de rehabilitación de sustancias. El proyecto se ha planteado frente a la necesidad de investigar más acerca de intervenciones que puedan potenciar los tratamientos de rehabilitación de sustancias en el contexto ecuatoriano. La metodología propuesta tiene un enfoque cuantitativo con un alcance de tipo comparativo, ya que se busca comparar el nivel de autoeficacia en personas en proceso de rehabilitación de sustancias en proceso de reingreso y de seguimiento. A su vez, el presente estudio tiene un diseño de investigación transversal y para la recolección de datos está previsto utilizar la Escala General de Autoeficacia con el propósito de comparar el nivel de autoeficacia entre los pacientes reingresados y en proceso de seguimiento, y de esta manera establecer si existen diferencias en el nivel de autoeficacia entre ambas poblaciones.

Palabras Clave: Autoeficacia, drogodependientes, rehabilitación, consumo, reingreso, seguimiento

ABSTRACT

The objective of this study is to determine the level of self-efficacy in drug-dependent patients aged 18 to 50 who are re-admitted and in the process of being followed up in therapeutic communities in Quito. For this it is important to analyze what is the influence exercised by the levels of self-efficacy in the process of substance rehabilitation. The project has been faced with the need to investigate more about interventions that can enhance the treatment of substance rehabilitation in the Ecuadorian context. The proposed methodology has a quantitative approach with a comparative scope, since it seeks to compare the level of self-efficacy in people in the process of rehabilitation of substances in the process of re-entry and follow-up. In turn, the present study has a cross-sectional research design and for the collection of data it is planned to use the General Self-Efficacy Scale in order to compare the level of self-efficacy among re-admitted patients and in the process of follow-up, in order to establish if there are differences in the level of self-efficacy between both populations.

Key words: Self-efficacy, drug addiction, rehabilitation, consumption, re-entry, follow-up

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	1
2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA Y JUSTIFICACIÓN.....	4
3. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN:.....	9
4. OBJETIVOS:	9
4.1 OBJETIVO GENERAL:.....	9
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:	9
5. MARCO TEÓRICO	10
5.1 AUTOEFICACIA	10
5.2 CONSUMO DE SUSTANCIAS Y RECAÍDA.....	12
5.3 AUTOEFICACIA Y CONSUMO DE SUSTANCIAS	15
6. HIPÓTESIS.....	19
7. METODOLOGÍA	19
7.1 TIPO DE DISEÑO Y ENFOQUE:	19
7.2 MUESTREO / PARTICIPANTES	20
7.3 RECOLECCIÓN DE DATOS / HERRAMIENTAS A UTILIZAR	21
7.4 PRE-VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO.....	22
7.5. PROCEDIMIENTO	22
7.6 TIPO DE ANÁLISIS.....	24
8. VIABILIDAD	25
9. ASPECTOS ÉTICOS	26
9.1 CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	26
9.2 TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN	26

9.3 AUTORREFLEXIVIDAD.....	26
9.4 CONSECUENCIAS DE LA INVESTIGACIÓN.....	27
9.5 DEVOLUCIÓN DE RESULTADOS.....	27
9.6 AUTORIZACIÓN PARA USO DE TESTS	27
9.7 DERECHOS DE AUTOR	28
10. ANÁLISIS DE ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN.....	28
11.CRONOGRAMA	33
REFERENCIAS:	45
ANEXOS	42

1. Introducción

La constitución de la república del Ecuador en el año 2018 declaró el consumo de sustancias como un problema de salud pública, debido al nivel de afectación que el consumo genera en la vida de las personas. Para el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, la “drogodependencia” es considerada como el consumo compulsivo de una droga, en el que se genera incapacidad para abandonar el consumo, que generalmente conlleva al incumplimiento con las obligaciones laborales, sociales o familiares (American Psychiatric Association, 2014).

En Ecuador los tratamientos de rehabilitación de sustancias cuentan con un equipo multidisciplinario que tiene como objetivo lograr la deshabitación y desintoxicación de la droga, procurando el retorno del paciente a su ambiente familiar, social y laboral y de esta forma mejorar la calidad de vida de los pacientes.

En lo que respecta a la parte psicológica del tratamiento de rehabilitación del consumo de sustancias, la teoría cognitiva es un referente válido para la intervención. Y dentro de esta, se considera la teoría de la Autoeficacia, propuesta por Bandura (1997) como un constructo relevante para la intervención en el consumo de drogas.

Según esta teoría, la autoeficacia se entiende como la percepción que tienen los individuos acerca de su capacidad de actuar frente a las diferentes situaciones de la vida, siendo este uno de los factores que determinan los niveles de motivación y ejecución. Es por ello, que las personas con altos niveles de autoeficacia son consideradas resilientes, ya que enfrentan retos, aceptan desafíos y buscan la manera de solucionar las dificultades que se les presenta (Baessler y Schwarzer, 1996).

Palacios (2015) explica que la autoeficacia es considerada como un determinante ya que, a través de la misma, la conducta puede ser predecible. En la investigación realizada por Palacios, se ha podido observar que los bajos niveles de autoeficacia se encuentran vinculados al consumo de drogas. Además, se pudo evidenciar que las personas con bajos niveles de autoeficacia tienden a verse involucradas en conductas que comprometen su salud, a diferencia de las personas que tienen un nivel alto de autoeficacia, en el que se suele evitar las conductas de riesgo.

Melo y Castanheira (2010) mencionan que la autoeficacia funciona como una variable de predicción para el consumo de sustancias, demostrado ser un factor protector en situaciones de riesgo. A su vez, se considera que la autoeficacia es un factor preponderante para alcanzar la disminución o el abandono del consumo. Según esto, las personas que presentan percepciones más altas de autoeficacia se sienten más capaces de mantenerse en abstinencia al momento de iniciar el tratamiento.

Por otro lado, se ha demostrado que los individuos que no consumen drogas reportan niveles más altos de autoeficacia, a diferencia de los individuos que presentan bajos niveles de autoeficacia en los que se presenta mayor consumo. Así mismo, investigaciones relacionadas a la percepción de autoeficacia y el consumo de sustancias autores como Martínez y Verdejo (2010) explicaron que las personas que tienen bajo nivel de autoeficacia tienen dificultades para resistir el deseo de consumo, en el que se puede propiciar una recaída.

Connors, Maisto y Donovan (1996) explican el fenómeno de la recaída como un proceso o evento que se da de forma discreta y gradual que, insidiosamente, lleva al retorno de consumo de sustancias, conduciendo a la necesidad de retomar de nuevo el tratamiento de rehabilitación.

Bandura, plantea que la percepción de los individuos de ser capaces de sobrellevar y superar la tentación de consumo, influye en la eficacia del tratamiento, ya que condiciona la actitud y la actuación del drogodependiente ante este. Por el contrario, percibirse como incapaz de resistir al deseo de consumir, conduce a la pasividad. Es por ello, que diferentes investigaciones confirman una relación positiva entre la autoeficacia y la evolución del drogodependiente (Bandura, 1977).

Es por ello que, Hendershot, Witkiewitz, George y Marlatt (2011) en su teoría de prevención de recaídas, proponen que el tratamiento debería enfocarse en mejorar los niveles de autoeficacia de los adictos a las drogas y, de este modo, posibilitar la construcción de un estilo de vida adaptativo y generar un significado más profundo y positivo hacia la vida

En investigaciones realizadas a través de los años se ha demostrado que la autoeficacia es uno de los predictores más consistentes de resultado del tratamiento por abuso de sustancias, ya que se ha demostrado que las personas que cuentan con niveles más altos de autoeficacia, típicamente muestran mejores resultados en el tratamiento de abuso de sustancias

Son pocas las investigaciones realizadas en Ecuador con respecto a los tratamientos de rehabilitación de sustancias que se vean inclinados a considerar a la autoeficacia como un constructo relevante. Por esta razón, se ha visto la posibilidad de aportar con esta investigación que espera ser tomada como referente de futuras investigaciones e intervenciones.

La presente investigación tiene como objetivo general determinar el nivel de autoeficacia en pacientes drogodependientes de 18 a 50 años reingresados y en proceso de seguimiento en comunidades terapéuticas en Quito.

Para esto se busca comparar el nivel de autoeficacia entre los pacientes reingresados y en proceso de seguimiento en dichas comunidades, con el fin de establecer si existen diferencias en el nivel de autoeficacia entre ambas poblaciones.

2. Formulación del problema y justificación

El consumo de sustancias es considerado un problema a nivel mundial. En 2018 la oficina de las Naciones Unidas contra la droga y el delito (UNODC) emitió un informe sobre el índice de consumo de drogas en la población mundial, se calcula que al menos unas 275 millones de personas, es decir, un 5,6 % en edades comprendidas de 15 a 64 años consumió drogas al menos una vez en 2016, de los cuales 31 millones de personas padecen un trastorno provocado por el consumo de drogas (Oficina de las Naciones Unidas contra la droga y el delito, 2018).

En Ecuador el consumo de sustancias ha sido declarado un problema de salud pública. Es por eso que, en la constitución de la república del Ecuador en el año 2008, se dictamina que:

Art.364: “Las adicciones son un problema de salud pública. Al Estado le corresponderá desarrollar programas coordinados de información, prevención y control del consumo de alcohol, tabaco y sustancias estupefacientes y psicotrópicas; así como ofrecer tratamiento y rehabilitación a los consumidores ocasionales, habituales y problemáticos. En ningún caso se permitirá su criminalización ni se vulnerarán sus derechos constitucionales. El Estado controlará y regulará la publicidad de alcohol y tabaco” (Constitución de la República del Ecuador, Art.364,2008).

El consumo de sustancias es considerado un problema de salud pública, por el nivel de afectación que produce en la vida de las personas, ya sea individual, familiar, laboral o social. Es por ello, que, para comprender el nivel de afectación del consumo de sustancias en Ecuador, es importante analizar su incidencia.

Con respecto al consumo en la población adulta la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) en 2014 indica que el consumo de alcohol y tabaco se concentra mayoritariamente en personas entre 20 y 59 años, en el que el 41,3 % de las personas encuestadas consumen alcohol y el 31,5% consumen tabaco.

A su vez, la prevalencia de consumo entre los 10 y 19 años fue de 25,2% de alcohol y 28,4% de tabaco (Ministerio de salud pública; Instituto nacional de estadísticas y censos, 2014).

En cuanto al consumo de niños y adolescentes, el documento de la Cuarta Encuesta Nacional sobre Uso de Drogas en estudiantes de 12 a 17 años, realizada por el CONSEP/ Observatorio Nacional de Drogas (2013) Se puede evidenciar que en la ciudad de Quito se registra el mayor porcentaje a nivel nacional (2,03%) de consumidores intensos de alcohol, siendo (3,47%), e indica que el consumo intenso de alcohol es mucho mayor a partir de los 16 años, en el que 8 de cada 10 estudiantes de 16 años presentan uso intensivo de alcohol.

El consumo de marihuana presenta el mayor porcentaje de estudiantes que podrían estar abusando de la marihuana (6,3%), casi tres veces más que el promedio nacional (2,7%). A su vez, presenta el mayor porcentaje de consumo intenso de cigarrillo (3,09%) bastante mayor al consumo a nivel nacional (1,16%).

En el Plan Nacional de Prevención Integral y Control del Fenómeno Socio Económico de las Drogas se reporta que los servicios de salud (la fuente no especifica si son estatales o privados) se registraron desde enero hasta julio de 2017, 15.914 atenciones ambulatorias relacionadas al consumo y la prevención de drogas. El total de dichas atenciones el 78,74% fueron hombres (12.530) y el 21,26% mujeres (3.384).

Con respecto al número de atenciones ambulatorias según el tipo de droga se observó que por consumo de heroína se presentaron 4.454 atenciones (27,97%) con mayor prevalencia en el rango de edad de 15 a 17 años (46,14%) y de 18 a 25 años (46,88%). En casos de consumo de múltiples drogas se brindó atención a 2,662 personas (16,72%) y se concentran en grupos de 15 a 17 años de edad (31,14%) y de 18 a 25 años (48,84%). Finalmente, las atenciones por consumo de alcohol fueron 2.292 representando el 14,40% del total de atenciones por consumo de sustancias (Secretaría Técnica de Prevención Integral de Drogas, 2017).

Según los datos presentados, podemos obtener algunos rasgos de presentación del fenómeno de las drogas en nuestro país:

- La edad de inicio de consumo de sustancias se encuentra en un rango de 12 a 13 años (Ministerio de Salud Pública, 2011).
- El consumo es mayor en personas adultas que en niños o adolescentes siendo el consumo mayoritariamente en personas entre 20 y 59 años (Ministerio de salud pública; Instituto nacional de estadísticas y censos, 2014).

- Las atenciones por consumo son más frecuentes en hombres 12.530 (78,74%) que en mujeres 3.384 (21,26%) (Secretaría Técnica de Prevención Integral de Drogas, 2017).

- Desde enero hasta julio de 2017, se registraron 15.914 atenciones ambulatorias relacionadas al consumo y la prevención de drogas (Secretaría Técnica de Prevención Integral de Drogas, 2017).

- El número de atenciones ambulatorias según el tipo de droga se observó que por consumo de heroína se presentaron 4.454 atenciones (Secretaría Técnica de Prevención Integral de Drogas, 2017).

Los datos mencionados son los que motivan la realización del presente trabajo, ya que se puede observar que el consumo de sustancias es un problema de salud pública que necesita atención.

En Ecuador los tratamientos de rehabilitación de sustancias cuentan con un equipo multidisciplinario en el que se hace énfasis en el trabajo del psicólogo, para mejorar la calidad de vida de los pacientes.

En cuanto a lo relacionado al proceso psicológico del tratamiento de rehabilitación del consumo de sustancias, la teoría cognitiva es un referente válido para la intervención. Y dentro de esta, se considera la teoría de la autoeficacia, propuesta por Bandura (1997) como un constructo relevante para la intervención en el consumo de drogas. Según esta teoría, la autoeficacia se entiende como la percepción que tienen los individuos acerca su capacidad de actuar frente a las diferentes situaciones de la vida, siendo este uno de los factores que determinan los niveles de motivación y ejecución.

Se considera que los juicios de autoeficacia determinan cuánto tiempo y esfuerzo invertirán las personas frente a situaciones adversas. Es decir que las personas que presentan un bajo sentido de autoeficacia disminuyen sus esfuerzos o los abandonan por completo a diferencia de alguien que tiene confianza en sus capacidades, y que ejercen un mayor esfuerzo para enfrentar los desafíos (Schwarzer y Warner, 2013).

Investigaciones realizadas en México han demostrado que las personas con un alto sentido de autoeficacia presentan un bajo nivel de involucramiento en conductas de riesgo como el consumo de drogas y tienden a evitar lugares en los que se presente consumo y se genere presión por parte de los amigos para consumirlas (Palacios, 2015).

Autores como Pelissier y Jones (2006) refieren que un alto nivel de autoeficacia disminuye la tasa de recaídas en un proceso de rehabilitación. Es por ello, que investigaciones realizadas sobre la prevención de recaídas en procesos de rehabilitación de sustancias, consideran que los tratamientos deben tener como objetivo mejorar el sentido de autoeficacia en los adictos a las drogas, para promover de este modo un estilo de vida adaptable y sano (Hendershot, Witkiewitz, George y Marlatt, 2011).

Al ser considerado el consumo de sustancias un problema de salud pública, es necesario que se realicen investigaciones acerca de los tratamientos que pueden ser beneficiosos en los programas de rehabilitación de sustancias. Es por ello, que el objetivo de esta investigación es analizar la influencia de los niveles de autoeficacia en pacientes reingresados y en seguimiento en tratamientos de rehabilitación en la ciudad de Quito.

3. Pregunta de investigación:

¿Cuál es el nivel de autoeficacia en pacientes drogodependientes de 18 a 50 años reingresados y en proceso de seguimiento en comunidades terapéuticas en Quito?

4. Objetivos:

4.1 Objetivo General:

Determinar el nivel de autoeficacia en pacientes drogodependientes de 18 a 50 años reingresados y en proceso de seguimiento en comunidades terapéuticas en Quito

4.2 Objetivos Específicos:

-Definir el nivel de autoeficacia en pacientes drogodependientes reingresados en comunidades terapéuticas para tratamiento del consumo de sustancias de la ciudad de Quito

-Definir el nivel de autoeficacia en pacientes drogodependientes en proceso de seguimiento en comunidades terapéuticas para tratamiento del consumo de sustancias de la ciudad de Quito

-Comparar el nivel de autoeficacia entre los pacientes reingresados y en proceso de seguimiento en dichas comunidades, con el fin de establecer si existen diferencias en el nivel de autoeficacia entre ambas poblaciones.

5. Marco Teórico

5.1 Autoeficacia

Bandura, un referente de primer orden en la teoría cognitiva, establece que la manifestación de conductas está directamente influida por tres componentes principales: el aprendizaje, el ambiente y la cognición. Esta noción se conoce como el modelo tríadico de interacción (Osorio y Pereira, 2011).

Dentro del modelo tríadico de interacción, Bandura propone que existen mecanismos sociocognitivos que se asocian con la manifestación de conductas, uno de los cuales es la autoeficacia, entendida como la capacidad o convicción personal que tiene el sujeto de que puede ejecutar una acción concreta de forma exitosa. A su vez, la autoeficacia es considerada uno de los factores personales que determinan la motivación y ejecución de acciones para afrontar cambios (Bandura, 1982).

El concepto de autoeficacia explica que las personas que se perciben a sí mismas como competentes, realizan el esfuerzo necesario para afrontar con éxito situaciones que representan dificultad a diferencia de las personas cuya percepción de autoeficacia es muy baja, en las que un simple fracaso en la ejecución, puede llevarles a reducir sus expectativas o abandonar los esfuerzos para enfrentar situaciones adversas (Bandura, 1982).

Autores como Baessler y Schwarzer (1996) comprenden a la autoeficacia como el factor básico para el afrontamiento, en el que se genera una evaluación constante de pensamientos, sentimientos y acciones, con el objetivo de encontrar fortalezas y habilidades en los mismos. Estos autores

explican que los individuos con altos niveles de autoeficacia tienden a persistir e implementar mayor esfuerzo en sus metas y continúan hacia ellas a pesar de los fracasos que puedan encontrar en el camino. Es por ello, que las personas con altos niveles de autoeficacia son consideradas resilientes, ya que enfrentan retos y aceptan los desafíos y buscan la manera de solucionar las dificultades que se les presenta (Baessler y Schwarzer, 1996).

Palacios (2015) explica que las percepciones de autoeficacia varían significativamente entre diferentes situaciones y tareas a las que se enfrentan las personas; de esta manera la teoría de autoeficacia se centra en el pensamiento humano. Es decir, los pensamientos que los individuos tienen acerca de su capacidad para enfrentarse a situaciones nuevas o ambiguas. Por ende, la autoeficacia se convierte en un factor crucial en la conducta de las personas pues la percepción de sus competencias delimitara sus acciones hacia diferentes metas (Singh, Shukla, y Singh, 2010).

Se considera que las personas que se perciben más eficaces son más resistentes a manifestar ciertas conductas de riesgo, tienen metas más altas y persisten más en sus propósitos que quienes tienen una baja percepción de autoeficacia (Bandura, 1997).

Palacios (2015) explica que la autoeficacia es considerada como un determinante ya que a través de la misma, la conducta puede ser predecible. Se ha podido observar que los bajos niveles de autoeficacia se encuentran vinculados al consumo de drogas, los intentos suicidas, así como también la conducta delictiva. En la que se puede observar que las personas con bajos niveles de autoeficacia tienden a verse involucrados en conductas que comprometen su salud, a diferencia de las personas que tienen un nivel alto de autoeficacia en el que se suele evitar las conductas de riesgo.

La relevancia del concepto de autoeficacia ha permitido que se realicen investigaciones, en cuanto a la implicación de este constructo en diferentes ámbitos de la salud, entre los que se destacan, el consumo de sustancias, manejo de enfermedades crónicas, actividad sexual, habilidad para prevenir o evitar riesgos y recuperarse de problemas relacionados con la salud (Olivari y Urra, 2007).

En cuanto a las conductas direccionadas a la prevención de la salud, se puede observar que las personas que cuentan con una percepción más alta de autoeficacia, presentan más probabilidad de buscar tratamientos tempranos, iniciar cuidados preventivos y tienden a ser más optimistas en cuanto a la percepción de eficacia de los tratamientos de salud. A su vez, las investigaciones demuestran que las personas con percepción más alta de autoeficacia, tienen más probabilidad de recuperarse de las enfermedades más rápido y de mejor manera que las personas con una baja percepción autoeficacia.

Además, las personas con una alta percepción de autoeficacia tienden a estar menos enfermos y depresivos, y tienen más probabilidad de evaluar a su salud como mejor (Grembowski et al, 1993).

5.2 Consumo de sustancias y recaída

Según lo establecido en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, la “drogodependencia” es considerada como el consumo compulsivo de una droga, en el que se genera incapacidad para abandonar el consumo, que generalmente conlleva al incumplimiento con las obligaciones laborales, sociales o familiares (American Psychiatric Association, 2014).

En el Ecuador, la drogodependencia cuenta actualmente con un tratamiento especializado, en el que se realiza un trabajo multidisciplinario, que dura varios meses para lograr la deshabitación y desintoxicación de la droga, procurando el retorno del paciente a su ambiente familiar, social y laboral. Después de cumplidos los objetivos de tratamiento, se realiza un proceso ambulatorio de acompañamiento para evitar recaídas, las cuales pueden ocurrir. En caso de ocurrir una recaída, el paciente puede requerir un reingreso al centro de tratamiento.

Autores como Grau-López, Roncero, Daigre, Gonzalvo, Bachiller, Rodríguez-Cintas, Egido y Casas (2012) consideran a la recaída como el reinicio del consumo de la sustancia que fue motivo de ingreso en el pasado. Para determinar si hay indicadores de consumo se realizan evaluaciones como anamnesis y alcoholtest y/o oniroanálisis.

Connors, Maisto y Donovan (1996) explican el fenómeno de la recaída como un proceso o evento que se da de forma discreta y gradual que insidiosamente lleva al retorno de consumo de sustancias, llevando a la necesidad de retomar de nuevo el tratamiento de rehabilitación.

Marlatt y Gordon (1985) realizaron una investigación en la cual se explicó que existen dos grandes determinantes para las recaídas. El primero, es el factor interpersonal, el cual hace referencia a las expectativas y habilidades de autoeficacia de las personas, para afrontar estados emocionales negativos como la soledad, frustración, tristeza, ira. Y el segundo factor es el intrapersonal, en el que se integran los conflictos relacionados con las redes de apoyo, el trabajo y la presión social, los cuales inducen al consumo de drogas.

Hendershot, Witkiewitz, George y Marlatt (2011) en su teoría de prevención de recaídas consideran el abuso de drogas como uno de los estilos de vida mal adaptativos y proponen que el tratamiento debería enfocarse en mejorar los niveles de autoeficacia de los adictos a las drogas. De este modo se posibilita la construcción de un estilo de vida adaptativo y con ello generen un significado más profundo y positivo hacia la vida (Bueno, et al, 2017).

En Ecuador el tratamiento de problemas relacionados con el consumo de sustancias el Ministerio de Salud Pública (2018) ha implementado varias modalidades de intervención, que surgen de una evaluación integral previa del caso. En función de la complejidad del mismo, dicha evaluación puede conducir la intervención hacia una de las siguientes modalidades:

- a) Modalidad ambulatoria: consiste en una intervención a través de consultas periódicas con un especialista, sin que sea necesaria la hospitalización de la persona
- b) Modalidad Ambulatoria Intensiva: Se brinda atención a personas con consumo problemático de sustancias, a través de actividades terapéuticas individuales, grupales y familiares realizadas en horas del día, sin permanencia nocturna en la institución.
- c) Unidades de Salud Mental hospitalarias: En estas unidades se brinda tratamiento de modalidad residencial en el que se toma en consideración el tiempo de consumo, frecuencia e intensidad Se brinda un trabajo interdisciplinar y se busca mejorar las redes de apoyo

En Ecuador actualmente existen 364 centros de atención de modalidad ambulatoria, 39 centro de salud de modalidad ambulatoria intensiva y 5 centros especializados en tratamiento a personas con consumo problemático de sustancias, 2 para adultos y 3 para adolescentes (Ministerio de Salud pública del Ecuador, 2018).

Pichincha cuenta con 9 centros de rehabilitación de sustancias, de los cuales 8 son de atención ambulatoria y un centro de tipo hospitalario (Ministerio de Salud Pública, 2018).

Los tratamientos de rehabilitación de sustancias cuentan con un equipo multidisciplinar en el que se hace énfasis en el trabajo del psicólogo, para mejorar la calidad de vida de los pacientes.

A nivel mundial casi todos los programas de tratamiento cuentan con un modelo de seguimiento, como forma de prevenir las recaídas de consumo, propiciando que las personas logren conseguir y mantener la abstinencia y que con el paso del tiempo adopten estilos de vida saludables (Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas, 2010).

5.3 Autoeficacia y consumo de sustancias

Melo y Castanheira (2010) mencionan que la autoeficacia funciona como una variable de predicción para el consumo de sustancias, demostrando ser un factor protector en situaciones de riesgo. Se considera que la autoeficacia es un factor preponderante para alcanzar la disminución o el abandono del consumo. Además, las personas que presentan percepciones más altas de autoeficacia se sienten más capaces de mantenerse en abstinencia al momento de iniciar el tratamiento.

Es por ello que en investigaciones realizadas se ha demostrado que los individuos que no consumen drogas reportan niveles más altos de autoeficacia. A diferencia de los individuos que presentan bajos niveles de autoeficacia en los que se presenta mayor consumo. Así mismo, investigaciones relacionadas a la percepción de autoeficacia y el consumo de sustancias autores como Martínez y Verdejo (2010) explicaron que las personas que tienen bajo nivel de autoeficacia tienen dificultades para resistir el deseo de consumo, en el que se puede propiciar una recaída.

Como señala Bandura (1986) es probable que las personas que tienen una alta percepción de autoeficacia para sobrellevar la abstinencia hacia el consumo puedan movilizar el esfuerzo necesario para resistir con éxito situaciones de alto riesgo de consumo de alcohol o drogas. En caso de un desliz, las personas que presentan mayores niveles de autoeficacia suelen mostrarse inclinados a considerar el desliz como un retroceso temporal y a restablecer el control, mientras que aquellos que tienen baja autoeficacia tienen más probabilidades de proceder a una recaída total.

Diclemente, Fairhurst y Piotrowski (1995) hacen referencia a la importancia de la autoeficacia sobre las conductas adictivas, y en sus investigaciones describen cinco tipos de auto-valoraciones de eficacia:

- a) Autoeficacia de manejo: confianza de la propia habilidad de las personas para sobrellevar situaciones específicas, como resistirse a la presión social para consumir sustancias
- b) Autoeficacia frente al tratamiento: ejecución de tareas requeridas para lograr un cambio personal

- c) Autoeficacia de recuperación: capacidad para recuperarse de recaídas de consumo

- d) Autoeficacia de control: juicios personales acerca de la capacidad para controlar o moderar la conducta adictiva

- e) Autoeficacia de abstinencia: capacidad para abstenerse al consumo de sustancias (Fairhurst y Piotrowski, 1995).

Bandura, plantea que la percepción de los individuos de ser capaces de sobrellevar y superar la tentación de consumo, influye en la eficacia del tratamiento, ya que condiciona la actitud y la actuación del drogodependiente ante este. Un alto nivel de autoeficacia promueve una participación activa, capacidad de afrontamiento, esfuerzo y persistencia en el proceso de recuperación. Por el contrario, percibirse como incapaz de resistir al deseo de consumir, conduce a la pasividad. Es por ello, que diferentes investigaciones confirman una relación positiva entre la autoeficacia y la evolución del drogodependiente (Bandura, 1977).

Por otro lado, Baldwin, Oei y Young (1993) realizaron un estudio en el que correlacionan la autoeficacia y comportamientos dirigidos hacia el control del consumo. En este trabajo se demostró que los sujetos con bajo nivel de autoeficacia tienden a consumir de forma más excesiva y tienen una valoración positiva acerca de las ventajas del consumo a diferencia de las personas que presentan puntajes altos de autoeficacia quienes tienden a mantener un nivel más bajo de consumo tanto de frecuencia como cantidad.

A su vez, se ha demostrado que la autoeficacia es un predictor relativamente fuerte de la abstinencia posterior al tratamiento, ya que se pudo observar que los individuos cuyo aumento de la autoeficacia en situaciones de alto riesgo persistió durante el seguimiento tuvieron menos días de uso y redujeron la gravedad del consumo (Kadden y Litt, 2011).

En un estudio realizado por Kadden y Litt (2011) se reporta que la autoeficacia en la etapa de pos tratamiento fue el mejor predictor de la abstinencia continua en el transcurso de un año, en el que observaron que los pacientes dependientes de drogas en tratamiento residencial, con un alto nivel de autoeficacia de abstinencia en el momento del alta del tratamiento fue el predictor más fuerte de la abstinencia de 1 año, lo que sugiere la importancia clínica de desarrollar un alto grado de autoeficacia de abstinencia.

En investigaciones realizadas a través de los años se ha demostrado que la autoeficacia es uno de los predictores más consistentes de resultado del tratamiento por abuso de sustancias (Adamson, Sellman y Frampton 2009; Ibrahim y Kumar, 2009; Ilgen et al., 2005; McKay, Van Horn, Rennert, Drapkin, Ivey y Koppenhaver, 2013; Smit, Hoving, Schelleman-Offermans, y de Vries, 2014) ya que se ha demostrado que las personas que cuentan con niveles más altos de autoeficacia, típicamente muestran mejores resultados en el tratamiento de abuso de sustancias (Ibrahim y Kumar, 2009; Ilgen, McKellar y Tiet, 2005; Van Zundert, Nijhof y Engels, 2009).

Esto se debe a que, al incentivar a las personas a mejorar sus niveles de autoeficacia, se promoverá que sientan más deseo por conseguir sus metas y resolver las dificultades que se les presente, e incluso generará que persistan y se mantengan en ellas durante más tiempo, ya que al aumentar su percepción de autoeficacia ellos comenzaran a percibirse como capaces de hacer lo que se propongan (Lewis et al., 2016; Williams y Rhodes, 2016).

6. Hipótesis

El nivel de autoeficacia es significativamente más bajo en personas drogodependientes reingresadas que en personas en proceso de seguimiento.

La variable independiente es los pacientes drogodependientes que se encuentran en proceso de rehabilitación de sustancias. La “drogodependencia” es considerada como el consumo compulsivo de una droga, en el que se genera incapacidad para abandonar el consumo, por lo que las personas recurren a un proceso de rehabilitación de sustancias (American Psychiatric Association, 2014).

La variable dependiente es el nivel de autoeficacia ya que esta percepción de los individuos de ser capaces de sobrellevar y superar la tentación de consumo, influye en la eficacia del tratamiento, ya que condiciona la actitud y la actuación del drogodependiente ante este (Bandura, 1977).

7. Metodología

7.1 Tipo de diseño y enfoque:

La investigación propuesta se realizará con un enfoque cuantitativo. Es decir, con este estudio se obtendrán datos objetivos, a través de un instrumento estandarizado, que permitirán comprobar o rechazar la hipótesis planteada. (Hernández, Fernández y Baptista, 2014).

El alcance del mismo será de tipo comparativo, ya que se busca comparar el nivel de autoeficacia en personas en proceso de rehabilitación de sustancias en proceso de reingreso y de seguimiento (Hernández, Fernández

y Baptista, 2014).

A su vez, el presente estudio tiene un diseño de investigación no experimental, ya que no se manipularán las variables del estudio, sino que se observará cómo el fenómeno se desarrolla en su contexto natural; y será transversal ya que se recolectarán datos en un solo momento, en un tiempo único. (Hernández, Fernández y Baptista, 2014).

7.2 Muestreo / Participantes

La población para el presente estudio considera a hombres de 18 a 50 años pertenecientes a comunidades terapéuticas en tratamiento de rehabilitación de sustancias, en proceso de reingreso y de seguimiento en la ciudad de Quito. El muestreo es de tipo no probabilístico, debido a que la elección de los elementos de la población con la que se va a trabajar no depende de la probabilidad sino de las características de la investigación (Hernández, Fernández y Baptista, 2014).

La investigación es un estudio piloto, por lo cual no se pretende generalizar los datos. Es por ello, que la muestra cuenta con 60 personas, la cual se dividirá en dos grupos: 30 personas en proceso de reingreso al tratamiento y 30 personas en seguimiento que cumplan con los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

Tabla 1

Criterios de inclusión y de exclusión de la población.

Criterios de Inclusión	Criterios de Exclusión
-Hombres de 18 a 50 años deben cumplir una de las siguientes condiciones: a) Encontrarse actualmente reingresados (sea por una o más veces) al proceso de rehabilitación de sustancias o b) estar actualmente en la etapa de seguimiento post egreso	-Haber sido diagnosticadas con un trastorno de la personalidad -Presentar un trastorno psiquiátrico actualmente descompensado - Negarse a firmar el consentimiento informado
-Nivel de escolaridad básica	

7.3 Recolección de datos / Herramientas a utilizar

- Cuestionario sociodemográfico y de antecedentes clínicos para garantizar los criterios de inclusión y exclusión definidos.

- Escala de Autoeficacia General (EAG): fue desarrollada originalmente por Matthias Jerusalem y Ralf Schwarzer en 1979 con el objetivo de analizar la autopercepción de las personas para enfrentarse a situaciones ambiguas o estresantes. Ha sido traducida a 30 idiomas y validada en varios países.

La EAG es una escala psicométrica de 10 ítems con frases generales sobre la confianza global de la persona para enfrentarse a un amplio rango de situaciones (Padilla, Acosta, Guevara, Gómez, González, 2006).

Los reactivos tienen un formato Likert de cuatro puntos y los puntajes globales oscilan entre 10 siendo lo mínimo y 40 lo máximo. Entre mayor el

puntaje total, mayor el nivel de autoeficacia (Cid, Orellana y Barriga, 2010; Lu, Wen, Deng y Tang, 2017).

Para la presente investigación se utilizará la Escala de Autoeficacia General en la versión en español de Baessler y schwazer (1996) con una validez de constructo reconocida, ya que ha sido adaptada a numerosos estudios transculturales y cuenta con una versión adaptada al español y ha sido validada en países como Chile, Argentina, Perú, Guatemala, entre otros. En los que se han obtenido puntuaciones de coeficiente alfa entre 0.75 y 0.91 y valores de estabilidad de 0.47 y 0.75 para diferentes periodos de tiempo (Grimaldo, 2005).

7.4 Pre-validación del instrumento

Para el presente estudio se aplicará la Escala de Autoeficacia General (EAG) en su versión adaptada al español creada por Baessler y schwazer y adaptada por Mirian Grimaldo Muchotrigo en el año 2005. Instrumento que se encuentra diseñado para medir el nivel de autoeficacia.

La bibliografía existente señala que precisamente este instrumento ha sido utilizado en adicciones. Siendo aplicada en varias ocasiones en investigaciones en personas drogodependientes (Grimaldo, 2005).

Finalmente, para la presente propuesta de investigación, el mencionado instrumento ha sido sometido al proceso de validación por docentes expertos en la temática de la Universidad de las Américas (anexo 3)

7. 5. Procedimiento

- 1) Solicitar la aprobación del proyecto a un comité de bioética de una

universidad de la ciudad de Quito

- 2) Adaptación idiomática de la Escala de Autoeficacia General (EAG) por un grupo de expertos
- 3) Realizar una reunión con los encargados de las comunidades terapéuticas para comunicar los objetivos de la investigación y mediante la misma obtener permiso de las comunidades terapéuticas para realizar la investigación.
- 4) Realizar el cuestionario Sociodemográfico y seleccionar a los participantes de la investigación, tomando en cuenta los criterios de inclusión y exclusión definidos y explicar a los participantes los objetivos de la investigación en el que deben firmar un consentimiento informado, aceptando participar en la investigación.
- 5) Dividir los participantes según el proceso en el que se encuentran (30 en reingreso, 30 en seguimiento) y aplicar la Escala de Autoeficacia General de forma auto aplicada en los dos grupos, en proceso de seguimiento y en reingreso, en un tiempo estimado de 15 a 20 minutos.
- 6) Análisis de los datos obtenidos a través de la aplicación de la escala EAG
- 7) Redacción de un informe final con los datos obtenidos

- 8) Se realizará una devolución de resultados a los representantes de las comunidades terapéuticas que participaron en la investigación a través del informe emitido en el que se expondrá los datos obtenidos en la escala aplicada a los participantes.

7.6 Tipo de análisis

En la investigación propuesta los datos serán tabulados y analizados con el Statical Package for Social Sciencies (SPSS). A su vez, se realizará un análisis estadístico descriptivo (media y desviación estándar) para cumplir con los dos primeros objetivos planteados, o sea identificar el nivel de autoeficacia en el grupo de personas en reingreso y en proceso de seguimiento. Posteriormente se realizará un análisis estadístico inferencial para corroborar si existe una diferencia significativa entre la media del nivel de autoeficacia entre pacientes reingresados y pacientes en proceso de seguimiento. Para verificar el supuesto de normalidad de la variable numérica (nivel de autoeficacia)

Se empleará la prueba de Kolmogorov- Smirnov. Si se confirma que la variable numérica cumple el supuesto de normalidad, se utiliza la prueba T-Student (análisis paramétrico de los datos) para la comparación de la media entre los 2 grupos. Si no se confirma que la variable numérica cumple el supuesto de normalidad, se utiliza la prueba Mann-Whitney en la que se realiza un análisis no paramétrico de los datos.

A través de este análisis se pueda comprobar la hipótesis, para aceptarla o rechazarla.

8. Viabilidad

La realización del estudio es viable, ya que se ha considerado su tiempo de aplicación y los recursos disponibles. El acceso al grupo de estudio se considera alcanzable, ya que se encuentra constituida por una numerosa población institucionalizada, en comunidades terapéuticas a las cuales les interesa contar con información que facilite su gestión, lo cual proporciona altas probabilidades de acceso al grupo de estudio.

El cronograma de sesiones de revisión con tutores, correctores, validadores y demás docentes que han participado en alguna parte del proceso de ejecución, se ha cumplido en función del orden establecido y los mismos cuentan con un vasto conocimiento del tema planteado.

Según puede observarse en el cronograma, la ejecución del trabajo está planificada para un total de 5 semanas, luego de las cuales se realizará el análisis de datos y se elaborará el informe final, para un total de 10 semanas.

Los costos de ejecución del trabajo no superan un presupuesto de 200 USD, e incluyen gastos de transporte, fotocopias, insumos de escritorio mismos que serán solventados por la estudiante.

El estudio arrojará información respecto a la influencia de la autoeficacia en el proceso de rehabilitación de las personas consumidoras de sustancias. Estudios posteriores deberían orientarse tanto a especificar ciertos aspectos cuya relevancia haya sido evidenciada en el transcurso de la investigación (tales como aspectos relacionados con la edad, escolaridad, estado civil, etc.) como a estudiar poblaciones no abordadas por el estudio (tales como población femenina o adolescente).

9. Aspectos Éticos

9.1 Consentimiento informado

En la investigación se utilizarán consentimientos informados los cuales tienen como objetivo explicar de qué se trata el estudio, cuales son los objetivos del mismo, así como el tiempo que tomará su realización. Por otro lado, es importante la aceptación del mismo, por aspectos legales y para asegurar que los participantes sean mayores de edad y participan de forma voluntaria. (ver anexo 1)

9.2 Tratamiento de la información

En cuanto al manejo de la información se mantendrá el anonimato de los participantes, para ello se les designará un código y no se utilizará información personal en la base de datos. Por otro lado, si se observa que el participante o un tercero se encuentra en riesgo o se haya emitido una orden judicial se deberá romper la confidencialidad.

9.3 Autorreflexividad

Lo que me motivó a realizar esta investigación es que, en mis prácticas pre profesionales, pude observar ciertos casos de personas que presentaban abuso de sustancias, en los cuales tendían a considerarse como incapaces de abandonar el consumo, o de permanecer en abstinencia por periodos largos de tiempo. Lo cual muchas veces provocaba malestar en la persona, ya que se sentían incapaces de lograrlo y pude observar que a medida que se trabajaba con sus cualidades y a desarrollar mejores percepciones de

autoeficacia se sentían mucho más capaces de sobrellevar el tratamiento y terminarlo con éxito.

9.4 Consecuencias de la investigación

Dentro de las consecuencias positivas es que se tomaría en cuenta a la autoeficacia como un factor relevante a trabajar en el tratamiento de consumo de sustancias. Y de esta manera realizar investigaciones para la aplicación en el país. En cuanto a las consecuencias negativas podría observarse cierto malestar al contestar las preguntas de la escala (EAG)

9.5 Devolución de Resultados

Los resultados obtenidos en la presente investigación serán analizados por la estudiante, contando con la guía del tutor designado. Luego de realizar el análisis de los resultados obtenidos en la escala, se procederá a realizar un informe final y se planificará una reunión con los encargados de las comunidades terapéuticas para explicarles los resultados obtenidos y resolver cualquier inquietud o duda que pueda surgir con respecto al trabajo realizado.

9.6 Autorización para uso de test

En el caso de llevar a cabo la investigación se solicitará a Mirian Grimaldo Muchotrigo, quien fue la encargada de la adaptación de la escala EAG (Escala General de Autoeficacia) y se solicitara el permiso a la autora mencionada para su aplicación en el contexto ecuatoriano.

9.7 Derechos de autor

No.13 del reglamento de Titulación de la Universidad de las Américas, sobre la propiedad intelectual de los trabajos de titulación pertenecerá a la Universidad. En casos extraordinarios en los que el o los estudiantes tengan razones de solicitar que la propiedad intelectual les pertenezca, deberá solicitarlo a su Decano o Director, quien tratará el tema con vicerrectoría y la Dirección de Coordinación docente. Se comunicará la respuesta al solicitarle a más tardar dentro de los 30 días siguientes a su requerimiento. Los trabajos de titulación, de aceptarse al requerimiento del estudiante, serán tratados como secreto comercial e información no divulgada en los términos previstos en la Ley de Propiedad intelectual

10. Análisis de Estrategias de Intervención

En investigaciones realizadas a nivel mundial se ha considerado a la autoeficacia como un constructo psicológico consistente en lo que se refiere a la predicción de abstinencia y recaída por consumo de sustancias.

Esto se debe a que el constructo de autoeficacia cuenta con relevancia teórica en el tratamiento por consumo de sustancias. Y de esta forma ayuda a predecir los resultados de tratamientos en las poblaciones tratadas (Kelly y Greene, 2014).

En el tratamiento de rehabilitación de sustancias se ha observado que la motivación para cambiar se encuentra relacionada positivamente con la autoeficacia (Majer, Olson y Jason, 2015).

Siguiendo la línea de lo planteado por Bandura (1997) con respecto al aprendizaje social se puede observar que a medida que el tratamiento avanza y se enfoca en aumentar la motivación de sus pacientes, la autoeficacia para resistirse al consumo aumenta (DiClemente, Fairhurst y Piotrowski, 1995; Goldbeck, Myatt y Aitchison, 1997; Reilly, Sees, Shopshire, Hall, Delucchi, Tusel et al., 1995; Rychtarik, Prue, Rapp y King, 1992).

Es importante considerar la necesidad de incentivar a las personas a mejorar sus niveles de autoeficacia, ya que esto generara que sientan más deseo por conseguir sus metas y resolver las dificultades que se les presente e incluso generará que persistan y se mantengan en ellas durante más tiempo (Williams y Rhodes, 2016).

En una investigación realizada en 2013 que tenía como objetivo desarrollar la autoeficacia para la promoción de la actividad física realizada por Herrera, Medina, Fernández, Rueda y Cantero (2013). Y basándose en los postulados de Bandura (1997) establecen que la autoeficacia puede desarrollarse si enfoca el esfuerzo en aumentar las expectativas de eficacia personal basándose en estos 4 aspectos:

- a) **Logros de ejecución:** Entendida como el elemento principal para desarrollar la autoeficacia y esto se debe a que se encuentra basada a las experiencias personales de éxito o en el que se presenta dominio de la conducta. Se considera que a través de este elemento el individuo obtiene información de experiencias ocurridas en el pasado y mediante las mismas comprende cual es la forma correcta de ejecución y de esta manera se logra fortalecer la creencia sobre la capacidad propia de sobrellevar con éxito una conducta y generar los resultados deseados.

- b) **Experiencia Vicaria:** Este elemento se logra mediante la observación de la conducta de otras personas. Es decir, que si un

individuo observa a otra persona que con perseverancia y esfuerzo pueden alcanzar con éxito metas planteadas el observador puede creer que él también cuenta con las habilidades y capacidades necesarias para sobrellevar una misma situación con éxito y comprender que lo que necesita es esfuerzo para alcanzarlo. Este elemento es muy eficaz cuando las personas expresan mucha incertidumbre con respecto a sus capacidades o no cuenta con información externa acerca de su rendimiento.

- c) **Persuasión Verbal:** La importancia de la persuasión verbal radica en que la persona puede fortalecer la creencia de que posee las cualidades y habilidades necesarias para alcanzar todo aquello que se proponga. Y esto se debe a que las personas que se sienten seguras de sus capacidades y además reciben comentarios positivos de las personas que los rodean reafirmando esta percepción de eficacia misma que promueve a que las personas tiendan a esforzarse más para alcanzar los resultados deseados

- d) **Estados Fisiológicos:** Se generan recursos para que las personas puedan enfrentarse a las situaciones estresantes de manera asertiva, en la que sus niveles de ansiedad se vean reducidos y evitar esta activación fisiológica negativa que en ocasiones genera la idea de fracaso y para que esto no ocurra se enseñan técnicas de relajación o meditación

En las investigaciones realizadas por Bandura (1997) se explica que los procesos en los que se llevan a cabo los cuatro elementos, tienen resultados positivos, en el aumento de la percepción de autoeficacia en los pacientes, promueve a que se enfrenten a situaciones nuevas o ambiguas, considerándose capaces de lograrlo. Para ello, se pueden establecer planes de acción a corto o largo plazo, en el que se pueden ir planteando experiencias en

las que se considere que se desarrollaran con éxito para ir aumentando el esfuerzo necesario.

Así mismo, se puede aconsejar a los individuos que se encuentren en tratamiento, observar a personas que están llevando a cabo ciertas acciones que les gustaría imitar y que se fijen como lo hacen y que acciones realizan para alcanzarlo y que tipo de impacto genera la ejecución de las mismas en la vida de esas personas, o bien pueden utilizar modelos simbólicos en los que se imaginen a sí mismos llevando a cabo tales acciones y como lo lograrían (Herrera, Medina, Fernández, Rueda y Cantero, 2013).

A su vez, es importante tener en consideración la importancia de la persuasión verbal, ya que es considerada uno de los recursos más utilizadas para influir en la conducta de las personas. Y esto se debe a que en investigaciones realizadas se puede observar que las personas que son persuadidas para creer en sus capacidades, se muestran más perseverantes para afrontar con éxito las dificultades y de esta forma se aumenta la posibilidad de manejar de forma eficaz situaciones futuras (Herrera, Medina, Fernández, Rueda y Cantero, 2013).

Bandura (1997) explica que la persuasión verbal adquiere poder en el fomento de las creencias de autoeficacia cuando se encuentra relacionado por una evaluación realista con respecto a las capacidades del sujeto que se desea persuadir. Además, se toman en cuenta otras variables que permiten que sea posible la persuasión y una de ellas es la credibilidad del emisor y un buen conocimiento de la actividad que se desea trabajar

Es importante considerar que al implementar la persuasión verbal se adquiere mayor valor terapéutico cuando la experiencia personal de éxito corresponde con las expectativas sugeridas verbalmente y para alcanzarlo es importante que las personas que se encuentren en el proceso en el que se busca aumentar los niveles de autoeficacia, se realice un procedimiento en el

que las personas logren recordar experiencias en las que tuvieron éxito y de esta forma la persuasión verbal con respecto a las expectativas sugeridas por los expertos tendrán mayor impacto ya que se consideran capaces de realizar lo que se propongan (Herrera, Medina, Fernández, Rueda y Cantero, 2013).

Se puede considerar que la persuasión verbal tiene como objetivo inducir un cambio en creencias, actitudes o conductas de las personas a las cuales va dirigido el mensaje y esta persona es quien decidirá si acepta el cambio que se le plantea. Para lograr que los mensajes persuasivos se den de forma eficaz Verderber y Verderber (2005) proponen una serie de estrategias de comunicación persuasiva en el que se propone la importancia de manejar de manera cautelosa los contenidos de los mensajes.

Se debe tomar en cuenta que estos mensajes deben ir a la par del establecimiento de planes de acción y de objetivos óptimos que tengan como objetivo el logro de la conducta deseada. Además, se debe fomentar que los mensajes que sean enviados tengan credibilidad y de esta manera serán acatados como un mensaje proveniente de una fuente confiable y veraz. Para ello, también es de suma importancia que los profesionales de la salud manejen un adecuado manejo de habilidades sociales en el que se pueda desarrollar una buena relación con los pacientes (Verderber y Verderber, 2005).

Es por ello, que los mensajes positivos de personas relevantes como; expertos, familiares y amigos, inducen a que las personas se sientan más confiadas en sí mismas y realicen un mayor esfuerzo para lograr las metas de tratamiento establecidas (Herrera, Medina, Fernández, Rueda y Cantero, 2013). en el que las personas dejen de ver a las situaciones adversas como una amenaza incontrolable y pasaran a percibirlas como un reto, ya que se sienten capaces de enfrentarse a diferentes tipos de situaciones a lo largo de su vida.

11.Cronograma

Tabla 2

Cronograma

Actividades	Semana/Mes	Descripción
1.Aprobación del comité de ética	Semana 1 y 2 / Mes 1	Revisión de los aspectos éticos del estudio para su aprobación
2. Adaptación idiomática	Semana 3 / Mes 1	Adaptación de la prueba (EAG) al contexto ecuatoriano
3. Contacto con las comunidades terapéuticas	Semana 4 / Mes 1	<p>Contactar comunidades terapéuticas enfocadas a la rehabilitación de sustancias</p> <p>Explicar los objetivos de la investigación</p> <p>Los participantes aceptan voluntariamente ser parte de la investigación</p>
4. Selección de los participantes	Semana 5 / Mes 2	Realizar el cuestionario Sociodemográfico y seleccionar a los participantes en la investigación, tomando en cuenta los criterios de inclusión y exclusión definidos y explicar a los participantes los objetivos de la investigación en el que deben firmar un consentimiento informado, aceptando participar en la investigación.

5. Aplicación de la Escala	Semana 6 / mes 2	Dividir los participantes según el proceso en el que se encuentran (30 en reingreso, 30 en seguimiento) y aplicar la Escala de Autoeficacia General de forma auto aplicada en los dos grupos, en proceso de seguimiento y en reingreso, en un tiempo estimado de 15 a 20 minutos.
6. Análisis de los datos obtenidos	Semana 7 / Mes 2	Análisis de los datos obtenidos a través de la aplicación de la escala de autoeficacia general
7. Redacción de un informe final con los datos obtenidos	Semana 8 y 9/ Mes 2 y 3	Redacción de un informe final con los datos obtenidos en la escala de autoeficacia general
8. devolución de resultados a los representantes de las comunidades terapéuticas	Semana 10/ Mes 3	Se realizará una devolución de resultados a los representantes de las comunidades terapéuticas que participaron en la investigación a través del informe emitido en el que se expondrá los datos obtenidos en la escala aplicada a los participantes.

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association. (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5*. Washington DC: Editorial Médica Panamericana
- Adamson, S., Sellman, J. y Frampton, C. (2009). Patient predictors of alcohol treatment outcome: A systematic review. *Journal of Substance Abuse Treatment, 36*(1), 75–86.
- Constitución de la República del Ecuador. (2008). Registro Oficial 449 de 20 de octubre de 2008. Reformas en Registro Oficial-Suplemento de 13 de julio de 2011.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review, 1*(84), 191-215.
- Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist, 1*(37), 122-147.
- Bandura, A. (1997). *Self-Efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman
- Baessler, J., Schwarzer, R. (1996). Evaluación de la autoeficacia: Adaptación española de la escala de autoeficacia general. *Ansiedad y estrés 2* (1): 1-8.
- Baldwin, A., Oei, T. y Young, R. (1993). To drink or not to drink: the differential role of alcohol expectancies and drinking refusal self-efficacy in quarterly and frequency of alcohol consumption. *Cognitive Therapy and Research, 1*(17), 511-530.
- Bueno, A., Lima, S., Peña, E., Cedillo, C. y Aguilar, M. (2017). Adaptación al Español de la Escala de Autoeficacia General para su Uso en el Contexto Ecuatoriano. Cuenca, Ecuador: Universidad de Cuenca.
- Consejo Nacional de Control de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas. (2014). *IV Estudio nacional sobre uso de drogas en población de 12 a 65 años*. Dirección Nacional del Observatorio de Drogas. Ecuador.

- Consejo Nacional de Control de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas / Observatorio Nacional de Drogas. (2013). Cuarta Encuesta Nacional sobre Uso de Drogas en estudiantes de 12 a 17 años
- Consejo Nacional de Control de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas. (2005). Segunda Encuesta sobre Consumo de Drogas en Estudiantes de Enseñanza Media.
- Connors, G., Maisto, S. y Donovan, D. (1996). Conceptualizations of relapse: a summary of psychological and psychobiological models. *Addiction*, *91*, 5-14. doi: 10.1046/j.1360-0443.91.12s1.1
- Diclemente, C., Prochaska, J. y Gibertini, M. (1985). Self-efficacy and the stages of selfchange of smoking. *Cognitive Therapy and Research*, *9*, 181-200.
- DiClemente, C., Fairhurst, S. y Piotrowski, N. (1995). Self-efficacy and addictive behaviors. En Maddux, J.E. (ed.), *Self-efficacy, adaptation, and adjustment: Theory, research, and application* (pp. 109-141). Nueva York: Plenum Press.
- Goldbeck, R., Myatt, P. y Aitchison, T. (1997). End-of-treatment self-efficacy: a predictor of abstinence. *Addiction*, *92*, 313-324.
- Grau-López, L., Roncero, C., Daigre, C., Gonzalvo, B., Bachiller, D., Rodríguez-Cintas, L., Egido, Á. y Casas, M. (2012). Factores de riesgo de recaída en pacientes drogodependientes tras desintoxicación hospitalaria. *Adicciones*, *24*(2), 115-122. doi:http://dx.doi.org/10.20882/adicciones.103
- Grembowski, D., Patrick, D., Diehr, P., Durham, M., Beresford, S., Kay, E. y Hecht, J. (1993). Self-efficacy and behavior among older adults. *Journal of Health and Social Behavior*, *34*, 89-104.
- Grimaldo, M. (2005). Propiedades Psicométricas de la escala de Autoeficacia general de General de Baessler y Schwarzer. *Cultura Neolatina*, *10* (10). Pp. 213-229.
- Herrera, I., Medina, S., Fernández., T, Rueda S. y Cantero, F. (2013). Bases para el desarrollo de la autoeficacia en programas para la promoción de la actividad física. *Apuntes de Psicología*, *13*, 109-116.

- Hernández, R., Fernández-Collado, C. y Baptista, P. (2014). Metodología de la investigación. Quinta Edición. México: McGraw-Hill/Interamericana Editores S.A. de C.V.
- Hendershot, C., Witkiewitz, K., George, W. y Marlatt, G. (2011). Relapse prevention for addictive behaviors. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 6(1), 1–17.
- Ibrahim, F. y Kumar, N. (2009). Factors effecting drug relapse in Malaysia: An empirical evidence. *Asian Social Science*
- Ilgén, M., McKellar, J. y Tiet, Q. (2005). Abstinence self-efficacy and abstinence 1 year after substance use disorder treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 1175.
- Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas. (2010). *Principios de Tratamientos para la drogadicción*.
- Kelly, J. y Greene, M. (2014). Where there's a will there's a way: A longitudinal investigation of the interplay between recovery motivation and self-efficacy in predicting treatment outcome. *Psychology of Addictive Behaviors*, 28(3), 928-934. [_http://dx.doi.org/10.1037/a0034727](http://dx.doi.org/10.1037/a0034727)
- Kadden, R. y Litt, M. (2011). The role of self-efficacy in the treatment of substance use disorders. *Addictive Behaviors*, 36(12), 1120–1126. doi: 10.1016/j.addbeh.2011.07.032
- Lewis, B., Williams, D., Frayeh, A. y Marcus, B. (2016). Self-efficacy versus perceived enjoyment as predictors of physical activity behavior. *Psychology & Health*, 31, 456-469. doi: 10.1080/08870446.2015.1111372
- López -Torrecillas, F., Bulas, M., León-Arroyo y Ramírez, I. (2005). Influencia del apoyo familiar en la autoeficacia de los drogodependientes. *Adicciones*, 17 (3), 241-249.
- Lu, F., Wen, S., Deng, G. y Tang, Y. (2017). Self-concept mediate the relationship between childhood maltreatment and abstinence motivation as well as self-efficacy among drug addicts. *Addictive behaviors*, 68, 52-58.

- Marlatt, G. y Gordon, J. (1985). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York: Guilford.
- Martínez, J. y Verdejo A. (2011). Creencias básicas adictivas y craving. *Adicciones*, 23(1), 339 -352
- Majer, J., Olson, B. y Jason, A. (2015). Motivation among exoffenders exiting treatment: The role of abstinence self - efficacy. *Journal of Offender Rehabilitation*, 54(3), 1–14.
- Melo, D. y Castanheira, L. (2010). Autoeficacia y actitud hacia el consumo de drogas en la infancia: explorando los conceptos. *Revista Latinoamericana de Enfermagem*, 18(spe), 655-662. <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692010000700024>
- Ministerio de Salud Pública / Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (2014). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición.
- Ministerio de Salud Pública. (2018). *Salud Mental*. Ecuador.
- Ministerio de Salud Pública. (2011). FUNDAMENTOS DE LA PREVENCIÓN EN MATERIA DE DROGAS.
- McKay, J., Van Horn, D., Rennert, L., Drapkin, M., Ivey, M., Koppenhaver, J. (2013). Factors in sustained recovery from cocaine dependence. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 45, 163–172.
- Reilly, P., Sees, K., Shopshire, M., Hall, S., Delucchi, K., Tusel, D., Banys, P., Clark, H. y Piotrowski, N. (1995). Self-efficacy and illicit opioid use in a 180- day methadone detoxification treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 158-162.
- Rychtarik, R., Prue, D., Rapp, S. y King, A. (1992). Self-efficacy, aftercare and relapse in a treatment program for alcoholics. *Journal of Studies on Alcohol*, 53, 435-440.
- Secretaría Técnica de Prevención Integral de Drogas (2017). *Plan Nacional de Prevención Integral y Control del Fenómeno Socio Económico de las Drogas 2017 - 2021*. Comité Institucional de drogas. Ecuador.
- Singh, A., Shukla, A. y Singh, P. (2010). Perceived Self Efficacy and Mental Health among Elderly. *Delhi Psychiatry Journal*, 13, 314-321.
- Schwarzer, R. y Warner, L. (2013). Perceived self-efficacy and its relationship

to resilience. En S. Prince-Embury & D. Saklofske (Eds.), *Resilience in children, adolescents, and adults: Translating research into practice* (pp. 139-150). doi: 10.1007/978-1-4614-4939-3_10

Schwarzer, R., Jerusalem, M. (1995). General self-efficacy scale. *Measures in health psychology: Causal and control belief* (pp. 35-37). Windsor, Reino Unido: NFER- NELSON.

Smit, E., Hoving, C., Schelleman-Offermans, K., West, S., de Vries, H. (2014). Predictors of successful and unsuccessful quit attempts among smokers motivated to quit. *Addictive Behaviors*, *39*, 1318–1324.

Sanjuán Suárez, P., Pérez García, A. y Bermúdez Moreno, J. (2000). Escala de autoeficacia general: datos psicométricos de la adaptación de la población española. *Psicothema*, *12*(2). Pp.509-503.

Oficina de las Naciones Unidas contra la droga y el delito. (2018). Informe mundial sobre las drogas.

Osorio, F. y Pereira, F. (2011). Hacia un modelo de educación para el emprendimiento: una mirada desde la teoría social cognitiva.

Olivari, C. y Urra, E. (2007). AUTOEFICACIA Y CONDUCTAS DE SALUD. *Ciencia y enfermería*, *13*(1), 9-15.

Pardo, A., Ruiz, M. y San Martín, R. (2009). *Análisis de datos en ciencias sociales y de la salud I*. España: Editorial Síntesis. ISBN:978-84-975664-7-6.

Padilla, J., Acosta, B., Guevara, M., Gómez, J., 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*(2), 245-252.

Palacios, J. (2015). Estimación psicométrica de la escala de autoeficacia ante conductas de riesgo para adolescentes en México. *Psychosocial Intervention*, *24* (1), 1-7.

Pelissier, B. y Jones, N. (2006). Differences in motivation, coping style, and self - efficacy among incarcerated males and females drug users. *Journal of Substance Abuse Treatment*, *30*(2), 113–120.

- Williams, D. y Rhodes, R. (2016). The confounded self-efficacy construct: conceptual analysis and recommendations for future research. *Health Psychology Review*, 10, 113-128. doi: 10.1080/17437199.2014.941998
- Van Zundert, R., Nijhof, L. y Engels, R. (2009). Testing social cognitive theory as a theoretical framework to predict smoking relapse among daily smoking adolescents. *Addictive Behaviors*, 34, 281–286
- Verderber, R. Y Verderber, K. (2005). *¡Comunícate! (11ª Ed.)*. México: International Thomsom.

ANEXOS

Anexo 1

Escuela de Psicología
Consentimiento Informado

Yo, _____ He sido convocado para participar en el estudio sobre el nivel de autoeficacia en pacientes drogodependientes reingresados y en proceso de seguimiento en comunidades terapéuticas en Quito. Mi participación en este estudio contempla la realización de una encuesta de aproximadamente 10 minutos y la realización de la Escala de Autoeficacia General con una duración de 10 a 15 minutos. Entiendo que la información que entregue será absolutamente confidencial y solo conocida por el equipo investigador, el resguardo de mi anonimato será asegurado ya que mis datos serán sustituidos por un código. Estoy en mi derecho de suspender mi participación si así lo encuentro conveniente, sin que esta decisión tenga ningún efecto. Conozco que los resultados generados del estudio serán de dominio público, según lo que establece la ley orgánica de educación superior. Entiendo que es un deber ético de la investigadora reportar a los profesionales competentes, situaciones en donde estén en riesgo grave la salud e integridad física y psicológica del participante y/o su entorno cercano

He leído esta hoja de consentimiento informado y acepto participar en este estudio.

Firma

Anexo 2

ESCALA DE AUTOEFICACIA GENERAL**INDICACIONES:**

No hay respuestas correctas, ni incorrectas. Lea cada una de las afirmaciones, y marque con una "X" el número que considere conveniente. Utilice la siguiente escala para responder a todas las afirmaciones:

1	2	3	4
INCORRECTO	APENAS CIERTO	MÁS BIEN CIERTO	CIERTO

No. AFIRMACIONES

No.	AFIRMACIONES	1	2	3	4
1	Puedo encontrar la manera de obtener lo que quiero aunque alguien se me oponga.	1	2	3	4
2	Puedo resolver problemas difíciles si me esfuerzo lo suficiente.	1	2	3	4
3	Me es fácil persistir en lo que me he propuesto hasta llegar a alcanzar mis metas.	1	2	3	4
4	Tengo confianza en que podría manejar eficazmente acontecimientos inesperados.	1	2	3	4
5	Gracias a mis cualidades puedo superar situaciones imprevistas.	1	2	3	4
6	Cuando me encuentro en dificultades puedo permanecer tranquilo (a) porque cuento con las habilidades necesarias para manejar situaciones difíciles.	1	2	3	4
7	Venga lo que venga, por lo general soy capaz de manejarlo.	1	2	3	4
8	Puedo resolver la mayoría de los problemas si me esfuerzo lo necesario.	1	2	3	4
9	Si me encuentro en una situación difícil, generalmente se me ocurre qué debo hacer.	1	2	3	4
10	Al tener que hacer frente a un problema, generalmente se me ocurren varias alternativas de cómo resolverlo.	1	2	3	4

Anexo 3

DOCUMENTO DE PRE-VALIDACION DE INSTRUMENTO DE TRABAJO FINAL DE INVESTIGACION

1.- Características del instrumento

❖ Escala de Autoeficacia General (EAG)

Esta escala fue desarrollada originalmente por Matthias Jerusalem y Ralf Schwarzer en 1979, con el objetivo de analizar la autopercepción de las personas para enfrentarse a situaciones ambiguas o estresantes. Ha sido traducida a 30 idiomas y validada en varios países.

Para la presente investigación se utilizará la versión en español creada por Baessler y Schwazer y adaptada por Mirian Pilar Grimaldo Muchotrigo (2005) La EAG es escala psicométrica de 10 ítems con frases generales sobre la confianza global de la persona para enfrentarse a un amplio rango de situaciones. Los reactivos tienen un formato Likert de cuatro puntos:

1= Incorrecto (1 punto),

2= apenas cierto (2 puntos),

3= más bien cierto (3 puntos),

4= cierto (4 puntos)

Los puntajes globales oscilan entre 10 siendo lo mínimo y 40 el máximo. Entre mayor el puntaje total, mayor el nivel de autoeficacia (Cid, Orellana y Barriga, 2010).

La EAG tiene una validez de constructo reconocida ya que ha sido adaptada a numerosos estudios transculturales en los que se han obtenido puntuaciones de coeficiente alfa entre 0.75 y 0.91 y valores de estabilidad de 0.47 y 0.75 para diferentes periodos de tiempo (Grimaldo, 2005).

2.- Justificación poblacional

La EAG es una prueba escrita, cuyo objetivo es evaluar el sentimiento de competencia personal para manejar de forma eficaz una gran variedad de situaciones estresantes. Es por ello, que ha sido aplicada en varias ocasiones en investigaciones en personas drogodependientes (Grimaldo, 2005).

La aplicación de la misma se puede realizar de forma individual o colectiva. En el caso de la presente investigación, se ha planteado la posibilidad de aplicarlo de forma colectiva (Grimaldo, 2005).

Han sido numerosos los estudios en los últimos años acerca de la autoeficacia en problemas específicos, en el que se puede observar menor percepción de autoeficacia en sujetos consumidores (López-Torrecillas, Bulas, León-Arroyo, y Ramírez, 2005).

Respecto a la justificación poblacional del presente estudio, el consumo de sustancias en Ecuador ha sido considerado como un problema de salud pública, en el que hasta el año anterior se presentaron alrededor de 15.914 atenciones ambulatorias. Y aunque el consumo inicia generalmente en la adolescencia, las edades con consumo problemático oscilan entre los 20 y 59 años (Ministerio de salud pública; Instituto nacional de estadísticas y censos, 2014). Es por ello que se ha planteado la posibilidad de generar una investigación en el que se mida el nivel de autoeficacia en pacientes drogodependientes reingresados y en proceso de seguimiento en Quito.

3.- Justificación teórica:

El concepto de autoeficacia explica que las personas que se perciben a sí mismas como competentes, realizan el esfuerzo necesario para afrontar con éxito situaciones que representan dificultad, a diferencia de las personas cuya percepción de autoeficacia es muy baja, en las que un simple fracaso en la ejecución, puede llevarles a reducir sus expectativas o abandonar los esfuerzos para enfrentar situaciones adversas (Bandura, 1982).

Se considera que las personas que se perciben más eficaces son más resistentes a manifestar ciertas conductas de riesgo, tienen metas más altas y persisten más en sus propósitos que quienes tienen una baja percepción de autoeficacia (Bandura, 1997).

Bandura, plantea que la percepción de los individuos de ser capaces de sobrellevar y superar la tentación de consumo, influye en la eficacia del tratamiento, ya que condiciona la actitud y la actuación del drogodependiente ante este.

Un alto nivel de autoeficacia promueve una participación activa, capacidad de afrontamiento, esfuerzo y persistencia en el proceso de recuperación. Por el contrario, percibirse como incapaz de resistir al deseo de consumir, conduce a la pasividad. Es por ello, que diferentes investigaciones confirman una relación positiva entre la autoeficacia y la evolución del drogodependiente (Bandura, 1977).

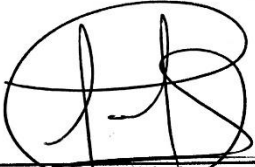
Diversos estudios demuestran que las personas que cuentan con niveles más altos de autoeficacia, típicamente muestran mejores resultados en el tratamiento de abuso de sustancias (Ibrahim y Kumar, 2009; Ilgen, McKellar y Tiet, 2005; Van Zundert, Nijhof y Engels, 2009).

Con estos antecedentes, La escala de Escala de Autoeficacia General (EAG) ha sido diseñada para medir la percepción que tiene la persona respecto de sus capacidades para manejar diferentes situaciones estresantes en su vida diaria; en este caso, su percepción acerca de la capacidad para detener el consumo.

Solicitud de Validación del Instrumento

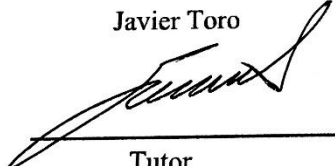
La presente tiene como objetivo certificar la pre-validación del instrumento "Escala de Autoeficacia General" EAG, mismo que ha sido propuesto en el estudio denominado *Nivel de autoeficacia en pacientes drogodependientes reingresados y en proceso de seguimiento en Quito*, el cual será presentado como trabajo de titulación para optar por el título de psicóloga clínica por la estudiante Daniela Michelle Muñoz Alvarado

A continuación firman los presentes:



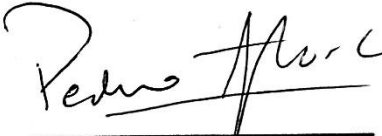
Pre- validador

Javier Toro



Tutor

Giovani Toscano



Pre- validador

Pedro Flor



Estudiante

Daniela Muñoz

