

UNIVERSIDAD DE LA SABANA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

TESIS DE GRADO

**“EL VALOR PREDICTIVO DE LA AUTOEFICACIA EN LA ADHERENCIA
AL TRATAMIENTO DE JÓVENES COLOMBIANOS CONSUMIDORES DE
DROGAS”**

SANDRA MILENA MORENO BAUTISTA

DIANA CONSUELO ZARANTE BAHAMON

MARÍA CLARA RODRÍGUEZ *

CHÍA, 11 DE FEBRERO DE 2002

TABLA DE CONTENIDO

0.	INTRODUCCIÓN,	3
0.1	PROBLEMA ,	4
0.2	JUSTIFICACIÓN,	5
0.3	MARCO CONCEPTUAL,	9
0.4	OBJETIVOS,	46
0.4.1	Objetivo General,	46
0.4.2	Objetivo específico,	46
0.5	VARIABLES ,	47
0.6	HIPÓTESIS,	48
1.	MÉTODO,	49
1.1	DISEÑO,	49
1.2	POBLACIÓN,	51
1.3	INSTRUMENTOS,	54
1.4	PROCEDIMIENTO,	54
2.	ANÁLISIS DE RESULTADOS,	57
3.	DISCUSIÓN,	78
	REFERENCIAS ,	86

0. INTRODUCCIÓN

Esta investigación tuvo como objetivo establecer el valor predictivo de la autoeficacia en la adherencia a un programa de rehabilitación para jóvenes consumidores de drogas, teniendo en cuenta que la percepción de la autoeficacia juega un papel fundamental en la decisión de iniciar y continuar satisfactoriamente un programa de rehabilitación.

La revisión de múltiples investigaciones, orientaron al desarrollo de la conceptualización de la drogadicción y de la autoeficacia y permitió esbozar las condiciones bajo las cuales es posible desarrollar programas de intervención y atender a factores determinantes que se vislumbran en el curso de la adherencia al tratamiento.

De igual manera, se revisaron los diferentes aspectos personales que influyen en la decisión de iniciar el consumo de drogas, con el fin de conocer los factores de predisposición y sus desencadenantes, así como establecer las variables que inciden en la conducta adictiva y que tiene que ver en la formación, fortalecimiento y mantenimiento de la autoeficacia.

Esta investigación se llevó a cabo en tres etapas; la primer etapa tuvo como fin recolectar información referente a las personas que se encuentran en el programa de rehabilitación en una fundación que promueve programas para la prevención del abuso de sustancias psicoactivas; información que luego se utilizó en una segunda etapa, en la cual se evaluaron ciertos aspectos; como la caracterización de la población, aspectos familiares, contextuales,

emocionales y posibles recaídas. Esto con el fin de llegar a una tercera etapa en donde se midió la autoeficacia. Esta medición se realizó gradualmente (durante 3 meses aproximadamente); para así identificar el valor predictivo de la autoeficacia en la adherencia al tratamiento, teniendo en cuenta los anteriores factores que inciden en ésta.

En esta investigación de tipo cuasiexperimental de series cronológicas múltiples se tuvieron en cuenta las siguientes variables: percepción de autoeficacia, adherencia al tratamiento, factores contextuales y factores emocionales. La metodología incluyó la aplicación grupal de la escala de autoeficacia (Self Efficacy scale- SES) elaborada por Sherer, Maddux, Mercandante, Pretince - Dunn, Jacobs y Rogers (1992), identificándose el nivel de autoeficacia del grupo .

Este estudio además permitió formular hipótesis acerca del nivel de autoeficacia que tienen los jóvenes consumidores de drogas y su incidencia en la adherencia al programa de rehabilitación y el éxito de un joven consumidor de drogas inscrito en un programa de rehabilitación.

Esta investigación tomó como base publicaciones, investigaciones y artículos de diferentes autores que han revisado varias temáticas abordadas y relacionadas con este estudio, con el fin de dar una visión más amplia de esta problemática y así mismo enfocar adecuadamente la comprensión de la misma.

0.1 PROBLEMA

Cuál es el valor predictivo de la autoeficacia en la adherencia a un programa de rehabilitación para jóvenes consumidores de drogas?

0.2 JUSTIFICACIÓN

Teniendo en cuenta que actualmente en Colombia el problema de la drogadicción va en aumento y que el joven está cada vez más expuesto a condiciones de riesgo, consideramos de vital importancia realizar una investigación que aporte de manera eficaz a dicho problema.

Lo anterior está sustentado en investigaciones realizadas por el DNE (Dirección Nacional de Estupefacientes) y el sondeo Nacional sobre el consumo global de sustancias psicoactivas con una población Colombiana de 305.689 personas, durante los años de 1992 al 2000 la cual muestra que el consumo de estas drogas ha aumentado paulatinamente durante estos años. Puesto que el consumo global durante los años de 1992 a 1996 se calculó aproximadamente en un 1,6% y en 1999 en un 10.9% de la población que había consumido algunas o varias de estas sustancias en algún momento de su vida; según estos reportes se puede observar que el consumo aumento en grandes proporciones.(Rodríguez, 2000)

En general, se observó que las sustancias de mayor consumo son la marihuana, cocaína, heroína, bazuco y éxtasis principalmente en las ciudades como Bogotá y Medellín; en donde se evidenció una mayor prevalencia en el

consumo global de estas sustancias en la población masculina, ya que el porcentaje de hombres duplica en porcentaje a la población femenina. Por tal razón, es relevante realizar una investigación que se centre en la población masculina con el fin de observar el aumento del consumo en Colombia y así optimizar programas encaminados a la prevención de dichas problemáticas.

Según un estudio realizado por el Gobierno Nacional en donde se encontró que la población Colombiana esta estimada en 34 millones de personas aproximadamente y que de las cuales el 40 % son menores de 18 años y que los grupos de alto riesgo de consumo de drogas están delimitados entre hombres de 20 y 24 años y mujeres de 16 y 19 años; se tomó como muestra a hombres entre los 15 y 45 años que están iniciando un programa de rehabilitación en una fundación que promueve programas en el abuso y consumo de drogas a nivel Nacional.

Se escogio esta población, puesto que es en esta edad que los jóvenes están más expuestos a las drogas y por lo tanto a su reincidencia.

Varios estudios realizados por la DNE (Dirección Nacional de Estupefacientes) en 1999, han demostrado que la población masculina consume alcohol, cigarrillo y drogas psicoactivas en mayor proporción que las mujeres, además se encontró una prevalencia en el consumo de tranquilizantes especialmente en las ciudades de Medellín, Armenia y Cali. También se observo que el consumo en los hombres se realiza en sitios públicos con menor riesgo de desaprobación social que en las mujeres; asumiendo poca o ninguna responsabilidad en el cuidado de los niños, y en el mantenimiento de la

familia y el trabajo. Esta población tiene mayor facilidad para conseguir programas de tratamiento y rehabilitación, pero se hacen menos responsables del abuso de drogas.

De esta manera, es relevante desarrollar una investigación que involucre a la población masculina con el fin de encaminar programas que busquen el cambio de las actitudes hacia el consumo de drogas y así mismo, desafiar los roles masculinos estereotípicos, buscando involucrar a los hombres como parejas de las mujeres en la educación preventiva y en el tratamiento y rehabilitación de consumo de drogas.

Así mismo, es importante resaltar que muchas investigaciones que se han realizado sobre la drogadicción, en nuestro contexto, se han enfocado sobre la caracterización de la población, en el consumo y en el riesgo y la efectividad de programas, lo cual es importante ya que sirven de base para determinar los lineamientos de los trabajos en este campo. Sin embargo, son pocos los que han atendido al valor predictivo de la autoeficacia, consideración que abre caminos importantes para justificar este trabajo, que aportará al seguimiento en los diferentes programas minimizando el riesgo de decisión.

Por lo tanto, es importante mencionar el papel que cumple la autoeficacia en el problema de las adicciones, ya que, existen estudios como el de Marlatt y Cols (1997), que demuestran que la autoeficacia es un factor decisivo para el riesgo que pueden tener las adicciones en la salud del ser humano; puesto que, este es un factor determinante en la adquisición de conductas saludables que influyen en el bienestar humano y que puede ejercer un control directo

sobre las conductas cuya modificación pueda deparar un mejor estado de salud.

Con relación a esto Bandura (1977), afirma que la percepción de autoeficacia es clave para el control y la competencia personal, en donde las personas son vistas como productos y productores de su propio ambiente y sistema social, es decir, que los individuos son capaces de controlar su ambiente y modificarlo proactivamente. Es así, como un alto nivel de autoeficacia mejora el autocontrol ante dificultades y amenazas, reduce la ansiedad, el estrés y la depresión que produce el enfrentamiento con las diferentes situaciones de la vida, específicamente con la decisión de consumir sustancias psicoactivas.

Por esta razón, el estudio de este concepto y la influencia que este tiene en las adicciones hace que nuestra investigación tome un papel significativo dentro de un tratamiento en adicciones y por lo tanto en la comunidad, atendiendo no solo a la iniciación de estas sustancias, sino a la adherencia a un programa de rehabilitación y por ende al mejoramiento de la conducta.

Por otra parte, es importante mencionar que en Colombia los niveles de deserción en los tratamientos de rehabilitación son altos, lo cual se evidenció en un estudio realizado por Rumbos (2000), en donde se encontró que un 70% de los jóvenes que están en programas de rehabilitación desertan de este en cualquier momento por diversas circunstancias, tales como, poca tolerancia a los síntomas físicos como consecuencia de la abstinencia, baja autoeficacia, presión de amigos, carencia de habilidades de afrontamiento, tratamientos muy

largos, problemas económicos, programas de rehabilitación inadecuados, entre otros.

Lo anterior, resalta la importancia de este estudio en el tratamiento de adicciones, puesto que si comprobamos que la autoeficacia no solo está relacionada con la decisión del consumo de sustancias, sino que también se relaciona con el nivel de adherencia al tratamiento estaremos aportando significativamente al problema de la deserción.

También, consideramos de vital importancia profundizar en el tema de la drogadicción ya que es un problema social y por lo tanto no estamos solamente aportando a las instituciones y a una parte de la población Colombiana, sino que también ésta beneficiará a la comunidad.

Por último, ésta investigación nos aporta tanto a nivel personal como a nivel profesional, ya que es un tema que es de gran interés para nosotros y que nos permite proyectarnos hacia un futuro en el campo laboral. Además que permite trabajar interdisciplinariamente con otros profesionales y conocer el punto de vista de cada uno frente al problema incrementando así los conocimientos y a su vez el desarrollo de diferentes habilidades que son necesarias para el trabajo en equipo, e igualmente permite poner en práctica conocimientos teóricos que se adquirieron a lo largo de la carrera en las diferentes áreas.

0.3 MARCO CONCEPTUAL

Las drogas son sustancias que se convierten en el objeto de una relación cuando esta llega a hacerse activa. La droga, en sí, no existe: es la persona

adicta quien convierte ciertas sustancias en drogas, al establecer con ellas un tipo de relación y unas formas o patrones de uso.

Entenderemos, pues, que la existencia de las drogas no es la causa de la drogo-dependencia. En la producción del fenómeno, en la dependencia, existe una relación de causalidad entre el consumo de drogas, los factores dependientes de la persona consumidora y su ambiente social. Conocer los conceptos y la clasificación de las drogas nos permite después entender mejor la problemática asociada.

La organización mundial de la salud (O.M.S.) define las drogas como una sustancia (natural o química) que, introducida en un organismo vivo por cualquier vía de administración (ingestión, inhalación, por vía intravenosa o intramuscular), es capaz de actuar sobre el cerebro y producir un cambio en las conductas de las personas debido a que modifica el estado psíquico (experimentación de nuevas sensaciones) y tiene capacidad para generar dependencia; psicológica, física o ambas.

Por otro lado, es importante dentro de esta conceptualización de la drogadicción mencionar algunos términos que juegan un papel fundamental en esta. Por lo tanto, es relevante revisar la distinción que hace La Asociación Psiquiátrica Americana entre dependencia, abuso, uso e intoxicación por sustancias:

Dependencia: Es el uso *excesivo* de sustancias que produce consecuencias negativas al paciente y su entorno. La dependencia puede ser psíquica, relacionado con las actividades de búsqueda de la sustancia; o física (efectos

fisiológicos). Para hablar de dependencia se deben presentar los fenómenos de:

Tolerancia: necesidad de consumir mayor cantidad de sustancia para obtener el mismo efecto.

Síndrome de Abstinencia: aparición de diferentes síntomas fisiológicos y cognitivos (de acuerdo a la sustancia y a la cantidad utilizada) ante el cese del consumo de la misma.

La dependencia se presenta además cuando se toma mayores cantidades de sustancia o durante un período más largo de lo que se pretendía; cuando hay deseos o intentos recurrentes de cesar el consumo pero no se logra; cuando disminuye la actividad social, laboral o recreativa por el consumo.

Además se hace una diferenciación entre:

Dependencia física: estado de adaptación que se manifiesta por la aparición de intensos trastornos físicos cuando se interrumpe el consumo o administración de sustancias.

Dependencia psicológica: un sentimiento de satisfacción y un impulso psíquico que exigen la administración regular o continuada de sustancias para producir placer o evitar malestar.

Abuso: es el uso continuado de sustancias a pesar de las consecuencias que acarrea. No se hacen presentes los fenómenos anteriores.

Uso: Es el consumo *esporádico* de sustancias que no acarrea consecuencias negativas.

Intoxicación: El sujeto presenta un síndrome específico ante la exposición o ingesta reciente, pero que se puede revertir. Se producen cambios psicológicos o comportamentales desadaptativos.

Los síntomas están relacionados generalmente con diferencias individuales, la dosis ingerida, con la sustancia utilizada, la cronicidad del uso y la tolerancia a los efectos de la sustancia.

0.3.1 Tipos de Consumos

0.3.1.1. Consumo Experimental: ensayos fortuitos, generalmente con amigos íntimos, dentro de un lapso de tiempo limitado y con un consumo total inferior a un gramo o 10 ensayos. La motivación fundamental es la curiosidad. (Pico, 2000).

0.3.1.2. Uso Socio-recreativo: El consumo es más regular que en la categoría anterior, tiene lugar voluntariamente, entre amigos y conocidos, y se busca compartir una experiencia agradable. El motivo principal del uso es la facilitación del comportamiento social, con efectos rápidos y pasajeros y sin consecuencias posteriores importantes. Estas personas no parecen tender a un uso incontrolado y casi nunca la consumen solos.

0.3.1.3. Consumo Circunstancial- Situacional: autolimitado y con un propósito específico, con patrones variables de cantidad consumida, frecuencia y duración. (Pico, 2000).

0.3.1.4. Consumo Intenso: Implica consumir la sustancia por lo menos una vez al día. En las personas de esta categoría y de la siguiente se presenta la tendencia a aumentar la dosis y la frecuencia de consumo para reducir reacciones negativas.

0.3.1.5. Consumo Compulsivo: La persona necesita ingerir la sustancia varias veces al día, y no lo hace socialmente, ni por obtener beneficios, sino más bien, para mantenerse en un estado de funcionamiento mínimo adecuado. Se presenta dependencia cuando la persona no puede interrumpir el consumo sin experimentar malestar fisiológico o alteraciones de funcionamiento psíquico. (Pico, 2000).

0.3.2 Tipos de Drogas

0.3.2.1 Alucinógenos .Estas drogas generalmente se toman por vía oral. La tolerancia a ellas se crea rápida y significativamente. Sus efectos varían desde algunos minutos hasta varias horas y principalmente son psicológicos. (Masacchio de Zan).

0.3.2.2 Alucinógenos naturales. El alucinógeno natural contienen una sustancia química llamada *psilocibina*. Estas setas se pueden comer, cocinar, secar o machacar. Generalmente se consumen por vía oral, en cápsulas o en

tabletas. La psilocibina provoca la sensación de percibir cosas en lugares que no son normales. Con frecuencia se ven alucinaciones muy coloridas, se tiene la sensación de ligereza y mucha relajación. También causa diarrea y retorcijones, así como escenas retrospectivas. El efecto comienza aproximadamente a los quince minutos después de su ingestión y puede continuar hasta nueve horas. (Masacchio de Zan, 1999).

El peyote. la parte central de esta sustancia contiene una sustancia química llamada *mescalina*. Los efectos que produce son, cambios o interrupciones en las funciones normales del cerebro y alucinaciones. Alrededor de una hora después de su ingestión son frecuentes las náuseas y los vómitos así como respiración entrecortada, aumento del ritmo cardíaco y temblores. Estos efectos pueden durar hasta 12 horas y sus reacciones pueden ser variables.

0.3.2.3 Alucinógenos sintéticos. El *LSD* o *dietilamida del ácido lisérgico*, se conoce como ácido.

El LSD es una de las drogas sintéticas más poderosas. Pueden hacerse tabletas, cápsulas o líquidos y generalmente se traga, aunque con frecuencia se inyecta en vena. Afecta a las funciones del cerebro, principalmente a los receptores de serotonina. El efecto empieza de treinta a noventa minutos después de su ingestión y puede durar hasta doce horas.

La *feniclidina* se conoce a menudo como "polvo de ángel", es uno de los alucinógenos más peligrosos y también muy extendido. la feniclidina provoca drogodependencia y causa confusión, alucinaciones, ansiedad, ataques e

incluso daños en el cerebro. Generalmente se espolvorea o rocía sobre la marihuana, el tabaco o perejil triturado y se fuma. (Masacchio de Zan, 1999).

Los efectos secundarios más frecuentes son sudoración, vista borrosa, mareos, entumecimiento, nerviosismo, irritación, dificultad para concentrarse, impaciencia y a menudo pueden padecer graves problemas mentales. (Masacchio de Zan, 1999).

0.3.2.4 Cocaína y Crack

La *cocaína* es una droga alcaloide extraída de las hojas del árbol de la coca. Es un estimulante del sistema nervioso central que provoca euforia (sensación de sentirse bien). El *crack* es una droga poderosa. y se conoce como "perica" o "farlopa". Aquí nos referiremos a ella con el término genérico de cocaína.

La cocaína se puede esnifar (aspirar), inyectar o fumar. Generalmente se mezcla con otras sustancias más baratas. El crack es el resultado de calentar la cocaína con levadura en polvo. Generalmente se fuma en una pipa de agua y es la forma de cocaína que causa más adicción. (Masacchio de Zan 1999).

0.3.2.5 Estimulantes

La cafeína es una droga que presenta tanto efectos fisiológicos como psicológicos en el organismo y puede causar adicción.. (Masacchio de Zan, 1999)

0.3.2.6 Marihuana

La marihuana es el nombre común con el que se conoce a la planta *Cannabis sativa*. (Masacchio de Zan, 1999).

Generalmente la marihuana se fuma, pero también se puede tomar por vía oral. Se ha demostrado que provoca enfermedades en los pulmones y en el corazón. El humo contiene gases químicos y venenosos que provocan cáncer. También puede destruir los tejidos pulmonares y disminuir el sistema inmunológico del organismo destruyendo los glóbulos blancos. (Masacchio de Zan, 1999).

0.3.2.7 Éxtasis

En abreviatura (metilendioximetanfetamina), es una sustancia sintética que tiene propiedades estimulantes similares a las de las anfetaminas, y algunas otras vagamente alucinógenas, similares a las de la mescalina.

El éxtasis no produce dependencia física y es básicamente una "droga de discoteca". Su consumo produce agitación y ansiedad, rigidez muscular e hipertermia. Este último fenómeno es probablemente la causa de la deshidratación, las convulsiones y hemorragias craneanas que se han observado en personas que fallecieron luego de consumirlo.

0.3.2.8 Narcóticos

Formalmente, el término "*narcóticos*" se refiere a los derivados de la adormidera que actúan como hipnóticos o tranquilizantes. Los derivados más conocidos incluyen el *opio*, la *morfina*, la *codeína* y la *heroína*. Los tres primeros aparecen de forma natural en la adormidera, mientras que el último, la heroína, está hecha de morfina acetilada. (Masacchio de Zan, 1999)

0.3.3 Causas

Las causas de la drogadicción se han clasificado en individuales, familiares, contextuales y académicas. Dentro del factor individual se da la baja autoestima, baja autoeficacia, carencia de habilidades de afrontamiento y solución inadecuada de conflictos, falta de tolerancia a la frustración, bajas aspiraciones y problemas psicológicos en general.

Es importante mencionar dentro de las causas individuales que el nivel de la autoeficacia juega un papel determinante en el consumo de drogas psicoactivas, puesto que esta, se relaciona con las capacidades y habilidades propias de cada persona que les permiten ejercer control en diferentes situaciones; por lo tanto una baja autoeficacia conlleva al consumo de sustancias psicoactivas.

En el segundo aspecto las causas se deben a la desorganización familiar, a la pobreza, a la falta de compromiso por parte de los familiares, la indiferencia afectiva y falta de consistencia en el castigo. En relación con las causas ambientales o de contexto estas se presentan por amigos implicados en conductas adictivas, adquisición de poder y prestigio por asociación con delincuentes, aprendizajes de técnicas delictivas con los amigos, aprendizaje vicario, falta de supervisión policial, desempleo, sistemas de valores inadecuados, influencia de los medios de comunicación, reconocimiento social y acceso fácil a las sustancias. (Pico, 2000).

Por otro lado, Giovanni Camilleri en su ponencia realizada en Colombia en 1996, afirma que las condiciones de tipo estructural como el desempleo, la marginación, la falta de oportunidades, alimentan de igual manera tanto a la producción como al consumo de drogas. La deficiencia del derecho igualitario, calidad de vida inadecuada, la promoción de vidas consumistas y la falta de oportunidades son elementos que facilita que la droga se convierta en una emergencia social; por lo tanto, el fenómeno de la droga tiende a radicarse en donde se presentan condiciones deficientes de desarrollo Humano.

0.3.4 Factores de riesgo

Los factores asociados con un potencial mayor para el consumo de drogas se llaman factores de "riesgo". Estos factores son potencialmente influyentes en el consumo de drogas e incluyen características psicológicas, familiares, sociales y de conducta.

Se han identificado que los periodos de mas alto riesgo para el uso de drogas entre niños, adolescentes y jóvenes se dan en las épocas mas vulnerables de estos en donde se experimentan cambios, como cuando pasan de una etapa de desarrollo a otra, o cuando experimentan cambios difíciles en sus vidas. Es así, como en estas etapas se va formando y desarrollando la autoeficacia, la cual esta en constante cambio y puede llegar a ser un factor de riesgo si esta se da de una manera negativa.

Por otro lado, encontramos factores de riesgo que afecta el desarrollo del niño dentro de la familia como por ejemplo: ambiente domestico caótico,

particularmente cuando los padres abusan de alguna sustancia o sufren enfermedades mentales; paternidad ineficaz, especialmente con niños de temperamentos difíciles y desórdenes de conducta; y falta de vínculos mutuos y cariño en la crianza. (Mc Donald, 1987).

Otros de los factores de riesgo son las relaciones entre los niños y otros agentes sociales fuera de la familia, especialmente en la escuela, con los compañeros y en la comunidad. Algunos de estos factores son: Comportamiento inadecuado de timidez y agresividad en las aulas; Fracaso escolar; Dificultad con las relaciones sociales; Afiliación con compañeros desviados o de conducta desviada; y Percepción de aprobación del uso de drogas en el ambiente escolar y social. (Mac Donald, 1987).

Es importante mencionar otros aspectos de tipo estructural que inciden y se categorizan como factores de riesgo, los cuales fueron presentados en una investigación realizada por Rumbos en donde se concluyó que los factores de Riesgo que hacen que haya una probabilidad de ocurrencia en el consumo y oferta de drogas en Colombia son la ausencia de una política agraria de aprovechamiento de tierras, existencia de grandes extensiones de tierra fuera de control estatal al igual que la baja complejidad del proceso de producción de sustancias psicoactivas, el alto índice de desempleo en el país, el bajo nivel de ingreso familiar, la localización estratégica y condiciones geográficas del país, desarrollo de patrones individualistas y la promoción de mercados de psicoactivos, la organización social, estructura familiar, sistema educativo y de trabajo. (Pérez, 2000).

0.3.5 Factores Protectores

Los factores de protección están asociados con una reducción en la probabilidad del uso de drogas y apoyan o favorecen el pleno desarrollo del individuo, orientados hacia estilos de vida saludables y que a su vez sirven como amortiguadores o modeladores de los factores de riesgo. Estos factores abarcan aspectos individuales y familiares. (Fleming, 1994).

Dentro de los factores individuales se encuentran las destrezas sociales, la inteligencia cognoscitiva (CI), la inteligencia emocional, el sentido del humor, destreza de resolución de problemas, autoimagen positiva, locus de control interno y alto nivel de autoeficacia; las cuales ayudan a sobreponerse ante las conductas de riesgo o adversidad y además juegan un papel importante especialmente al intentar un proceso de recuperación.

Es importante hacer énfasis en la percepción de autoeficacia, puesto que, esta puede ser un aspecto favorecedor en la conducta adictiva, porque, el nivel de autoeficacia modula la percepción de amenazas, mejorando así, el autocontrol y reduciendo la ansiedad, lo que influye decisivamente en los intentos de abandonar la droga o de iniciar su consumo. Además que predice las intenciones y las conductas relacionadas con la salud y que en niveles más altos de autoeficacia se relacionan con mayores facilidades para cambiar un hábito nocivo por uno saludable o mantenerse ajeno a las conductas nocivas (consumo de sustancias psicoactivas). (Bandura, 1995).

Por otro lado, resultados en diversos estudios realizados por la ONU, dan a la familia un papel muy importante a la hora de prevenir conductas que se consideran de riesgo, para el consumo de sustancias psicoactivas.

Es así, como la existencia de una alta cohesión familiar, la preocupación individualizada por los hijos, los rituales y las rutinas familiares, la flexibilidad ante la crisis, la empatía, el tiempo compartido con los hijos, el no consumo parental o fraternal de sustancias psicoactivas, el desarrollo de destrezas sociales y una estructura familiar adecuada, protegen a los hijos y a la familia de presentar conductas adictivas.

En conclusión, los factores de protección comprenden los vínculos fuertes y positivos dentro de una familia prosocial, vigilancia por parte de los padres y claras reglas de conducta que se aplican constantemente dentro de la familia, participación de los padres en la vida de sus hijos, éxito en la escuela, lazos fuertes con las organizaciones escolares y religiosas y adopción de normas condicionales sobre el abuso de drogas.

0.3.6 Consecuencias

El abuso de sustancias psicoactivas conlleva a una serie de consecuencias a nivel fisiológico, sociales y psicológico. (Social, conductual, entre otros).

A nivel fisiológico las consecuencias más frecuentes son: Cambios físicos y mentales, fallas en la memoria y en la concentración, torpeza motora repentina, somnolencia, hiperactividad, pastosidad en la boca y en la lengua, apariencia enfermiza, rinitis, conjuntivitis, lagrimeo, disminución o exceso de apetito

repentino, síntomas de ebriedad. enfermedades pulmonares como la neumonía, asma, enfermedades en el aparato digestivo; enfermedades cardiovasculares como disquemica cardíaca, accidentes cerebrovasculares y vasculares periféricos; problemas en el embarazo y en el feto; cáncer en la faringe, en el pulmón, en el riñón, en el esófago, en la laringe, en la vejiga y en el páncreas. (Fleming, 1994).

En cuanto a las consecuencias a nivel psicológico se han encontrado con mayor prevalencia las siguientes: cambios de conducta, agresividad, hostilidad, irritabilidad, comportamiento irresponsable, pérdida de autodisciplina y motivación, pérdidas de interés en actividades recreativas, bajo rendimiento o deserción escolar, verborrea, pánicos repentinos e injustificados, abandono de la apariencia personal . (Mchugh, 1987).

Por último a nivel social las consecuencias son quebrantamiento usual de normas en el colegio y en el hogar, ausentismo laboral, trabajo deficiente, enfrentamiento con la familia, problemas conyugales, estafa y robo. (Mchugh, 1987).

Una vez, realizada la conceptualización de la drogadicción y algunos factores de riesgo, de protección y sus consecuencias; es importante retomar , el concepto de la autoeficacia y el papel activo que juega por un lado en la prevención de una conducta adictiva y por otro en la iniciación y el desarrollo de la misma.

La autoeficacia es un concepto propuesto por Bandura (1986) y que constituye uno de los elementos importantes de su teoría cognoscitiva del aprendizaje social.

La autoeficacia es la creencia que uno tiene sobre su eficacia personal, por la que el individuo percibe que la eficacia alcanzada se debe a él mismo. La autoeficacia es elevada con respecto a las capacidades y a las habilidades propias, con base a los logros de ejecución, las experiencias observadas, la persuasión verbal de otros sobre la eficacia propia y, en fin, el estado fisiológico.

La autoeficacia, es pues, una creencia que posee la persona respecto a su capacidad, ante una situación determinada, de ejecutar conductas aprendidas por experiencia directa o por observación y consideradas o valoradas por el mismo como eficaces para conseguir resultados valiosos en determinadas situaciones.

La teoría de la autoeficacia hace referencia a la iniciación y la persistencia de la conducta y el curso de la acción, los cuales están determinados primariamente por juicios y expectativas concernientes al peligro de la conducta.

Bandura la redefine, como la creencia personal en la capacidad del individuo para movilizar la motivación, los recursos cognoscitivos y los cursos de acción necesarios para ejercer control sobre una variedad de situaciones. Las personas pueden desempeñarse pobre, adecuada o extremadamente bien dependiendo de las variaciones individuales en la autoeficacia percibida.

Varias fuentes de eficacia propia han sido identificadas al respecto: a. Experiencias que proveen evidencia palpable de habilidad personal; b. experiencias vicarias, que establecen las creencias personales derivadas de la comparación de uno mismo con otros; c. persuasión verbal, que forma las creencias personales en eficiencia propia de los comentarios hechos por otros, y; d. estados afectivos y psicológicos, que dan bases a la percepción personal de competencias (o falta de ella). (Bandura, 1997).

Estos dominios de autoeficacia proporcionan a los clínicos múltiples puntos de influencia terapéutica para modificar las percepciones propias del paciente relacionadas a una variedad de problemas conductuales, por lo tanto los retomaremos más adelante.

Bandura (1986 - 1989), quien ha sido el que más ha trabajado el concepto de autoeficacia desde la teoría Socio Cognoscitiva plantea que: a) Las personas tienen la capacidad de simbolización que permite la creación de modelos internos o de la experiencia, es decir el desarrollo de la innovación lleva a la acción. b) el mejor aprendizaje tiene como propósito una meta directa y es guiado por el pensamiento anterior (anticipación, predicción), esta capacidad del aprendizaje intencional es dependiente de la capacidad de simbolización. c) Las personas son autoreflexivas, analizan y evalúan sus experiencias. Esta actividad meta cognoscitiva de autoreflexión ayuda al autocontrol y al aprendizaje. d) Las personas son capaces de autoregular las influencias de las experiencias sobre su aprendizaje y seleccionar o alterar el desarrollo de las condiciones que influyen en su aprendizaje. Así las personas

adoptan estándares personales para su aprendizaje, lo evalúan y a la vez lo motivan y lo guían. e) Las personas aprenden vicariamente por observación, otras personas aprenden de otras y sus consecuencias. El aprendizaje vicario a través de la observación reduce la dependencia de las personas sobre el aprendizaje de ensayo y error y permite aprender de la complejidad del riesgo. La persona aprende únicamente al hacer la acción y de la experiencia de su propia conducta. f) La privilegiada capacidad de simbolización, autoreflexión, autorregulación, y aprendizaje vicario son el resultado de la evolución de los mecanismos y estructuras de la neuropsicología, interacción psicológica que determina la conducta. g) El evento ambiental, de factores personales internos (Cognición, emoción, fuentes biológicas), y conducta están interactuando e influenciándose mutuamente. (Madux, 1987).

Así, las personas responden cognoscitivamente, afectivamente y conductualmente a los eventos ambientales, pero lo más importante, es que ellas a través de la cognición, también ejercen control sobre su conducta lo cual indica que la influencia no solo viene del ambiente, sino que también es cognitiva, afectiva, conductual y biológica. (Madux, 1987)

La teoría cognoscitiva social, asume que la persona procesa y usa la información en forma simbólica evaluando su propia conducta prediciendo y anticipando sus consecuencias, también asume que la persona se pone metas y se esfuerza por regular su propia conducta. Esto conlleva a crear estrategias más efectivas para el cambio de la conducta adictiva. (Bandura 1986).

La teoría de la autoeficacia está interesada en el papel que juegan los factores cognitivos en el ámbito personal y como estos están relacionados con los eventos ambientales.

La definición de autoeficacia, también tiene que ver con la capacidad del individuo para ejercer control sobre los eventos que afectan su propia vida . (Bandura 1989, citado por James e Madux) y las creencias en sus capacidades para movilizar la motivación y acción, para ejercer control sobre las demandas.

De acuerdo con Bandura (1977), citado por Madux (1976), La autoeficacia no está conceptualizada como una característica de la personalidad, sino que es definida en el contexto de la conducta específica en determinadas situaciones; así mismo es usada para referirse, al sentido o no de competencia y efectividad del ser humano y es posible identificar tres dimensiones: magnitud, fuerza y generalización.

La magnitud de la autoeficacia en una jerarquía de conductas se refiere al número de pasos del aumento de la dificultad creciente o la amenaza que una persona cree que tiene. Por ejemplo, una persona que cree tener la capacidad para abstenerse a fumar en presencia de otros fumadores.

La fuerza de la autoeficacia, se refiere a la convicción que tiene una persona al ejecutar una conducta, por ejemplo dos fumadores pueden creer en sus capacidades para no fumar pero uno de ellos, puede tener la convicción de que no fumará. La fuerza de la autoeficacia, es la repetición de la persistencia en la

fase de frustración, dolor, u otra barrera para ejecutar la acción. (Maddux, 1976)

Por último, la generalización de la autoeficacia se da cuando la persona es capaz de mantenerla y evita recaer no solo en algunas situaciones sino en toda situación de alto riesgo.

Por otro lado, en la teoría de la autoeficacia se piensa que los recursos y habilidades personales, son el producto de la interacción de cinco fuentes primarias:

a) Desempeño de las experiencias: El desempeño de las experiencias, en particular en sucesos de fracaso son el origen de la información de la autoeficacia. Los sucesos como la conducta, tarea o el riesgo fortalecen la autoeficacia, pero cuando se tienen expectativas de fracaso la autoeficacia disminuye.

b) Experiencias vicarias: la experiencia vicaria (aprendizaje por observación, modulación e imitación) influyen en la autoeficacia, cuando una persona observa la conducta de otro y nota lo que los otros hacen, y observa las consecuencias; cuando los individuos usan esta información, el efecto de estas experiencias vicarias dependen de como el observador percibe cada factor.

c) Experiencia imaginable: La teoría sociocognitiva dice que la persona tiene gran capacidad para simbolizar cognitivamente, así las personas son capaces de tener una visión anticipatoria ante posibles situaciones y eventos de su propia conducta y de la reacción ante diferentes eventos y situaciones y las posibles consecuencias de su conducta. (Madux, 1976).

d) Estados Psicológicos: El estado psicológico influye bastante en la autoeficacia, pues este ayuda a que la persona confíe o no en sus capacidades y en la percepción que tenga de las situaciones.

e) Estado emocional: la experiencia emocional no es simplemente el producto del conjunto psicológico, sino que las emociones pueden ser adicionales al origen de la autoeficacia.

Marlatt & Quigly & Baer (1995), identifican cinco fuentes específicas de autoeficacia relacionadas al abuso de sustancias. a. Resistencia a la autoeficacia, esta hace referencia a la percepción del individuo de la habilidad para resistir los intentos de persuadirlo a usar una sustancia psicoactiva por primera vez. b. prevención de daño de eficacia propia, hace referencia a que un acercamiento a la reducción del daño es un método efectivo para ayudar a las personas a minimizar las conductas mal adaptativas mejorando la percepción de su capacidad para restringir el consumo de alcohol y drogas. c. acción de la autoeficacia, esta es definida como la creencia de una persona en su habilidad de actualizar los comportamientos necesarios para reducir o parar el uso de una droga psicoactiva. d. manejo de la autoeficacia, hace referencia en aquellas personas que reciben consejería en la prevención de recaídas, ya que estas son mas seguras en su capacidad para arreglárselas efectivamente cuando se vean confrontados ante una situación de crisis. e. recuperación de la autoeficacia, esta hace referencia en las personas que alcanzan la sobriedad, y que experimentan a menudo recaídas o vueltas atrás en la búsqueda de mantener una recuperación de largo termino. Sin embargo, no es la recaída

sino la interpretación del evento lo que guía a futuros comportamientos relacionados con la droga. Aquellos con mas altos niveles de recuperación de autoeficacia ven las recaídas como una experiencia de aprendizaje e intensifican sus esfuerzos para regresar y mantener comportamientos de sobriedad. (Anonymous, 2001).

Una vez nombradas las fuentes primarias y específicas de la autoeficacia propuestas por Maddux (1976) y Marlatt (1995), es importante mencionar que la influencia de la autoeficacia en la conducta se da a través de tres procesos de intervención:

a) Cognición: La auto eficacia influye en la cognición en cuatro aspectos.

1) Este influye en la fijación de metas que se pone la persona en su propia vida. Las personas con alta autoeficacia se colocan más metas que las personas que dudan de sus habilidades. 2) La autoeficacia influye en la planeación de estrategias para el cumplimiento de esas metas. 3) La autoeficacia influye en el desarrollo de reglas en los diferentes eventos. 4) La autoeficacia ayuda a que la persona resuelva mejor sus problemas de manera eficiente y tome decisiones encaminadas a la realización de estas. (Madux, 1976).

b) Afecto: La autoeficacia ejerce un determinante poder sobre el afecto y las emociones e influye en la cognición y la acción que ejerce una persona en su vida. (Madux, 1976).

En este aspecto es importante tener en cuenta la presencia de dos dominios de la autoeficacia : 1) La autoeficacia influye en el tipo de intensidad del afecto,

por ejemplo: la baja autoeficacia produce estados de ansiedad o de depresión; así mismo, la autoeficacia puede afectar los procesos psicológicos a nivel emocional o fisiológico. 2) la autoeficacia puede controlar las cogniciones que influyen en las emociones que determinan los resultados emocionales.

c) Selección de ambientes: Las personas usualmente tienen varias situaciones en las cuales ellos ejecutan diferentes acciones y anticipan sus habilidades. (Madux, 1976).

La influencia de la autoeficacia, en el ajuste psicológico, se da por medio del impacto de colocarse metas y del nivel de persistencia. Estas vías operan al mismo tiempo, con relativa independencia, pero, como también tiene que ver con el proceso sociocognitivo influyen otras variables en su interacción.

Las personas con gran sentido de autoeficacia ante una situación amenazante o el acercamiento a estos no presenta ansiedad o abatimiento y estos se presentan menos que en personas con baja auto eficacia.

Es de vital importancia tener en cuenta que las personas después construyen su mundo social para maximizar la recepción de información positiva acerca de sí mismas, y minimizar la información negativa, es decir, las personas seleccionan situaciones que aumentan sus talentos y disminuyen o corrigen sus deficiencias. (Madux, 1976).

Las personas seleccionan atendiendo a los procesos de información de sí mismos y de su propio mundo. En adición las personas anhelan tener resultados y llegar a grandes metas, siendo esto fundamental para la realización de estas. (Madux, 1976).

Así mismo, la autoreferencia juega un papel importante en la elección de esas metas, la cual está influenciada por tres factores que se relacionan mutuamente y son: el conocimiento y habilidades, creencia de la autoeficacia y expectativa en los resultados. Bandura (1977), afirma que es importante tener en cuenta la relación que se da entre estos factores en donde cada uno puede beneficiar o no una situación determinada. (Aleksiuk's, 2000).

En relación con la autocreencia, esta puede afectar tanto de manera positiva o negativa en la selección de metas, en donde las personas prefieren hacer aquellas tareas hacia las cuales se sienten competentes y por lo tanto evitan las que no pueden realizar en la selección de conductas; es decir las personas prefieren hacer aquellas tareas para las cuales se sienten competentes y por lo tanto evitan las que no pueden realizar. (Aleksiuk's, 2000).

Es así como, la autoeficacia posee un gran poder en la selección que los individuos hacen de una u otra anticipación de resultados o de las destrezas. En consecuencia la autoeficacia y la persistencia son factores que ayudan a que se cumpla la meta de cada persona.

En la autoeficacia también es importante la manera como los individuos organizan y ejecuten sus actos para así alcanzar el rendimiento adecuado.

Dentro de la autoeficacia, las autopercepciones positivas favorecen el desarrollo de las actividades, contribuyendo al crecimiento de competencias, por el contrario las percepciones de ineficacia inducen al individuo a evitar ciertos entornos y actividades que limitan el desarrollo de sus capacidades. (Bandura, 1987).

Los juicios sobre la eficacia determinan la cantidad del esfuerzo que empleará la persona para enfrentarse a los obstáculos y a las experiencias difíciles así como en la cantidad de tiempo que persistirá. Salmón (1984), concluye en una investigación que el autodesarrollo de las capacidades se ve favorecido por una opinión elevada de autoeficacia para superar el fracaso y la inseguridad.

Un estudio realizado en San Francisco por Andler, N (2001), basado en un modelo de recuperación afirma que la baja percepción de la autoeficacia sobre el consumo de alcohol y drogas promueve la sensación de la conducta adictiva. Por lo tanto, algunos adictos, particularmente aquellos para quienes las expectativas negativas claramente tienen mayor peso que las positivas, regresarán temporalmente a una etapa de contemplación y luego otra vez hacia la etapa de acción, con abstinencia en lugar del consumo controlado, como su meta de recuperación.

Este estudio plantea algunas hipótesis, que se relacionan directamente con nuestra investigación: 1. la baja eficacia del control propio del consumo será asociado con la gran certeza percibida de consecuencias negativas resultado del continuo consumo de alcohol y drogas. 2. un descenso en la eficacia del autocontrol del consumo, con el tiempo será asociado con un incremento en la certeza percibida de consecuencias negativas resultado del consumo continuado de alcohol y drogas. 3. Mayor certeza en la percepción de consecuencias negativas resultado del consumo continuado de alcohol y drogas será asociado con mas altos niveles de tolerancia a la abstinencia. 4.

Un incremento en la certeza de la percepción de consecuencias negativas resultado del consumo continuado de alcohol y drogas será asociado con un incremento en la aceptación de la abstinencia; 5. La certeza percibida de consecuencias negativas como resultado del consumo continuado del alcohol y drogas predecirá la abstinencia del consumo de alcohol y drogas, pero no el nivel de consumo de aquellos quienes recaigan o continúen consumiendo estas sustancias. Por lo tanto, a través de estas hipótesis se llega a la conclusión que la certeza percibida de consecuencias negativas asociadas con cualquier tipo de consumo de drogas o alcohol puede resultar en la aceptación de la abstinencia como la única meta real de recuperación.

Las anteriores hipótesis comprueban el valor que juegan las percepciones de autoeficacia y los planteamientos de la teoría planteada por Bandura (1989, 1997) relacionadas con la conducta de consumo de sustancias psicoactivas; y por lo tanto la influencia de la autoeficacia en dicha acción o conducta, y en la recuperación y prevención de recaídas.

Por otro lado, la opinión de una persona sobre sus capacidades influye también en sus patrones de pensamiento y en las reacciones emocionales desarrolladas durante las interacciones reales y anticipadas con el entorno; así, quienes se consideran ineficaces, en el afrontamiento de las demandas del entorno exageran sus deficiencias y dificultades. (Meichenbau, 1977).

También, es importante tener en cuenta que las personas no solamente forman sus creencias a través de la información aportada por una modalidad

sino que esta debe ser evaluada e integrada por diversas fuentes. (Bandura, 1987).

Dentro de la autoeficacia el autoconcepto contribuye a que el individuo desarrolle actitudes hacia sí mismo y hacia la vida. La autoestima es otra faceta que ayuda a que la persona realice una evaluación adecuada de sí mismo y se otorgue criterios personales de valía y juicios positivos de sus capacidades, ya que, estos aspectos hacen que el individuo cultive su autoeficacia y contribuye a la calidad de vida del hombre. (Bandura, 1987).

Otro concepto que se relaciona con la autoeficacia es la motivación, ya que esta puede dirigir a la persona al logro de metas y a persistir en sus objetivos.

Además de tener en cuenta los anteriores aspectos, es importante resaltar la formación, origen y desarrollo de la autoeficacia durante el transcurso de la vida humana. Con relación a esto Bandura, (1987), afirma que la autoeficacia se inicia en los primeros años de vida, por lo tanto, la familia se convierte en una fuente de información de esta, proporcionando a sus hijos el entorno y la libertad que les permita su desarrollo social y cognoscitivo. Por lo cual, las experiencias iniciales de autoeficacia se inician en el seno de la familia, pero pronto se desplaza a sus compañeros que asumen el papel más importante en el desarrollo de su autoconocimiento y capacidades, ya que es aquí, en donde se pone en juego las interacciones y los procesos de comparación social de forma mas intensa. Los compañeros intervienen en varias funciones de la autoeficacia, y actúan como modelos positivos o negativos del aprendizaje social. (Bandura, 1987).

La escuela es otra fuente importante para la creación de la autoeficacia, en donde se cultiva y valida socialmente la eficacia cognitiva, aquí se desarrollan las competencias, el conocimiento y las habilidades necesarias para la resolución de problemas que se puedan dar dentro de una sociedad. Por lo tanto, si estas competencias no se desarrollan adecuadamente se puede ir creando una fuente de ineficacia. . (Bandura, 1987).

El desarrollo de la autoeficacia también se presenta en la adolescencia, pues es aquí donde las relaciones heterosexuales y de pareja resultan un factor importante para nuevas competencias y luego enfrentar la edad adulta, situaciones como una elección de carrera, el matrimonio, la paternidad y el trabajo (Bandura, 1987).

Mas adelante, en la vejez, se pueden dar revaluaciones y evaluaciones erróneas de las capacidades, ya que estas van disminuyendo con el tiempo. Por lo tanto, es importante que el individuo cree su autoeficacia con seguridad ya que esto le favorece la aparición de procesos cognoscitivos y conductuales.

La eficacia personal, conlleva a la improvisación de múltiples actividades cognitivas, sociales y manuales. Según el análisis desarrollado por Morris y Nemcek (1982), citado por Bandura (1987), se demostró que la utilización eficaz de la información social, comparativa queda sesgada respecto de la percepción de categorías de habilidades y que la medición de expectativas de eficacia en función de la edad quizás podría aportar cierta luz sobre tendencias evolutivas del niño en la utilización de la información en sus autoevaluaciones.

Por otra parte, Según Brown E Inouy, (1978), cuando un individuo está muy seguro de sus capacidades, permanece constante en su percepción de eficacia y persevera a pesar de que fracase una y otra vez en problemas que no tienen solución, por lo tanto, se puede concluir que un individuo resulta más influido por la forma de interpretar sus éxitos y fracasos en la ejecución de una actividad que por los logros de ejecución, no es raro que la autoeficacia percibida prediga la conducta futura mejor que las conductas pasadas. (Bandura, 1987).

La autoeficacia percibida se incrementa mediante información errónea, que indica que la persona ha triunfado y se disminuye mediante información que indica que uno ha sido vencido por un contrincante. Ante esto Weninberg y sus colaboradores (1979), citado por Bandura (1987) demuestran que los cambios en diferentes situaciones y que producen mayor compatibilidad están mediados en parte por autopercepciones de autoeficacia. Teniendo en cuenta lo anterior una persona con conducta adictiva podría mejorar su nivel de autoeficacia cuando, en el transcurso del tratamiento, se resaltan sus mejorías, tomando las recaídas como un aprendizaje y no como una derrota.

Es importante tener en cuenta que el pensamiento autoreferente influye en la conducta adictiva y que la ineficacia percibida puede ocasionar problemas psicológicos importantes; en donde una persona que alberga dudas sobre sí misma en cuanto a su capacidad de afrontamiento experimenta un gran malestar y dedica mucho esfuerzo a acciones de tipo defensivo o evitativo. Estas personas son incapaces de hacer cosas que consideran amenazantes y

sobre las cuales piensan que no podrán ejercer un control adecuado; por lo tanto, la adicción no depende tanto de la inseguridad acerca de habilidades de afrontamiento sino de la ineficacia percibida para controlar el propio comportamiento. (Bandura, 1987).

La ineficacia hace referencia a la vulnerabilidad percibida como una pérdida total de control personal. Estas personas piensan que pueden quedarse inconscientes o que no podrán controlar sus conductas. Ante esto se debe brindar seguridad a la persona que presenta conductas adictivas, con el fin de que ella comprenda que tiene la capacidad de controlar dichas conductas. (Bandura, 1987).

Para que una persona controle sus conductas, no solo basta con tener fuerza de voluntad, sino que la capacidad para la autorregulación influye significativamente en los mecanismos personales de determinación de la acción y de la autoeficacia para utilizarlos de forma eficaz. Marlatt y Gordon (1980), postularon un proceso de recaída común a la adicción en la heroína, el alcoholismo, el hábito de fumar, en que la eficacia autoreguladora actúa como factor determinante; por lo tanto, los factores determinantes, los factores precipitantes habituales de la pérdida de autocontrol suelen ser la incapacidad para afrontar las emociones negativas, y las presiones sociales que incitan al consumo de la sustancia y los conflictos interpersonales. Tales experiencias disminuyen la eficacia percibida para resistirse al consumo de drogas psicoactivas (Barrios y Niehaus, 1985). El individuo que posee las habilidades y la seguridad en su eficacia de afrontamiento moviliza el esfuerzo necesario

para superar las situaciones de alto riesgo con los que ha de enfrentarse. El dominio de las situaciones problema fortalece la autoeficacia autorreguladora; por el contrario, cuando no se desarrollan al máximo las habilidades de afrontamiento, se produce la recaída.

Según Colletti, (1985) y Taylor, (1984), cuanto mayor es la eficacia autoreguladora percibida, mayor es el éxito que se alcanza de la abstención del hábito durante el periodo de seguimiento.

En este sentido, Condiott y Lichtenstein (1981), evaluaron la capacidad percibida de las personas al final de un tratamiento, para resistir la necesidad de fumar en diversas situaciones, y encontraron que la eficacia autoreguladora percibida predijo qué individuos reincidirían, en que momentos lo harían y en que situación.

En la actualidad, se han desarrollado varias estrategias novedosas de consejería para el abuso de sustancias como una alternativa para contrarrestar el efecto de largos programas de intervención y permitir el seguimiento muy puntual de aquellos que han tomado la decisión de cambiar su estilo de vida. Esto compromete a las instituciones a diseñar estrategias que favorezcan el seguimiento y minimice el riesgo de abandonar programas que buscan optimizar los recursos psicosociales y abiertamente comprometer a los participantes en las actividades que darán cuenta a lo largo del proceso de su eficacia.

Las investigaciones que sustenten lo anterior han dirigido sus esfuerzos a optimizar la percepción de autoeficacia en diferentes poblaciones y en

diferentes contextos como las realizadas por Baer, Holt y Lichtenstein, 1986, Lichtenstein y Glasgow, 1997, Rollnick y Heather, 1982, Rychtarik, Prue, Rapp y King 1992, quienes proveen evidencia de la efectividad clínica para conductas adictivas en este acercamiento (Anonymous 2001).

0.3.7 Prevención de Recaídas

La prevención de recaídas es un programa de automanejo diseñado para incrementar el proceso de cambio de hábitos en la etapa de mantenimiento, que combina el entrenamiento en habilidades de afrontamiento y solución de problemas , intervenciones cognoscitivas y procedimientos de cambio de estilo de vida. La meta de este programa es enseñar a los individuos que están intentando cambiar su comportamiento como anticipar y enfrentar el problema de la recaída, la cual se refiere a un rompimiento o una vuelta atrás en el intento de la persona de cambiar o modificar cualquier objetivo de conducta. (Beck, Merchenbaum, Kendall & Hollow, 1979, Citados por Marlatt, 1995)

El modelo de prevención de recaídas fue desarrollado inicialmente para ser usado en el tratamiento de problemas de adicción como la dependencia al alcohol u otras drogas. (Marlatt & Gordon, 1980).

Los procedimientos de la prevención en recaídas puede ser aplicado bien en forma de un programa específico de mantenimiento para prevenir la recaída o como un programa mas global de cambio de estilo de vida. En el primer caso, las metas del programa son, anticipar y prevenir que ocurra una recaída

después de la iniciación de la conducta y ayudar al individuo a recuperarse de una caída antes de que llegue a convertirse en una recaída total. En la segunda aplicación el proceso es el de facilitar cambios globales en los hábitos personales y el estilo diario de vida para reducir el riesgo de la enfermedad física y/o stress psicológico. (Marlatt, 1995).

Marlatt (1995), propone en su teoría de prevención de recaídas un modelo en especial que se relaciona con la autoeficacia y que es relevante para esta investigación.

Su base teórica, orienta la conceptualización del comportamiento adictivo como hábitos sobreaprendidos que pueden ser analizados y modificados de la misma manera que otros hábitos. Se interesa en estudiar los hábitos adictivos determinantes incluyendo antecedentes ambientales y situacionales, creencias y expectativas y la historia familiar del individuo y experiencias previas de aprendizaje con la sustancia o actividad. Este enfatiza que a través del autocontrol el individuo es capaz de ejercer control y asumir la responsabilidad para convertirse en el elemento activo del proceso de cambio y en la adquisición o mejoramiento de habilidades o tareas. Ya sea la meta la abstinencia o la moderación sin importar el desarrollo o el origen del problema. (Marlatt, 1995).

En el modelo compensatorio o de autocontrol, la gente no es considerada como responsable por el desarrollo de sus problemas, pero si son vistos como capaces de compensarse por sus dificultades y asumir la responsabilidad en el

cambio de su comportamiento y en enfrentar las aparentes recaídas o vueltas hacia atrás. (Marlatt, 1995).

La esencia del modelo de autocontrol establece que el individuo cambia de una posición de cliente bajo la dirección de terapeuta a una posición en que la persona se vuelve capaz de asumir la responsabilidad por su proceso de cambio, tomando un papel más activo en el tratamiento y asumiendo un control personal (autoeficacia). (Lefcourt, 1976; Phares 1976, citado por Marlatt 1995).

El modelo de autocontrol favorece una selección individual en las metas del tratamiento que van desde la abstinencia hasta el control moderado del consumo. Desde el punto de vista del autocontrol hay una alternativa o punto medio o posición de balance entre la restricción total y la total indulgencia. En este modelo se hace un intento para estimular a la persona al desprendimiento del problema del comportamiento y su identidad o autoimagen. Esta separación facilita un acercamiento del sujeto al tratamiento para convertirse en su propio terapeuta usando la observación objetiva de su comportamiento como información esencial para trabajar en su problema. (Mahoney, 1977).

Su tratamiento es una combinación de imitación de la conducta, de habilidades y técnicas de reestructuración cognitiva. En este tratamiento se asume que la persona es capaz de realizar nuevas habilidades y actitudes sin la asistencia de ayudas externas como la continua disponibilidad del terapeuta o algún otro tipo de apoyo; ya que en este enfoque se busca que la persona aprenda a cambiar y acepte la responsabilidad personal de su propia recuperación, teniendo en cuenta que esta es una tarea que se puede aprender

y que es un proceso de cambio que se da y se mantiene a través del tiempo, en donde la persona debe comprometerse y motivarse ante su tratamiento para que este sea efectivo. (Marlatt, 1995).

Por otro lado, en un tratamiento para personas consumidoras de drogas las recaídas al comienzo son bajas, pero se van incrementando a medida que se va desarrollando el tratamiento. El modelo de prevención de recaídas tiene en cuenta otros factores que incrementan y fortalecen el tratamiento mostrando un progreso en el transcurso del mismo; ya que este modelo utiliza una alternativa en la etapa de mantenimiento que es verla como una oportunidad para que ocurran nuevos aprendizajes. (Marlatt, 1995).

La afirmación subyacente aquí, parece ser que si agregamos más componentes en la parte inicial del programa de tratamiento, los efectos en el resultado de alguna forma serán mas duraderos. Ante esto muchas técnicas de intervención son dirigidas principalmente hacia el cambio inicial de conducta únicamente y no hacia el mantenimiento a largo término del cambio, siendo este último fundamental para la prevención de recaídas.

En un estudio realizado por Schachter (1982), en Nueva York, se concluyó que al incluir factores complementarios durante el tratamiento como por ejemplo factores personales y emocionales, daban mejores resultados que un tratamiento que solo trabajaba con la aversión o abstinencia total de la conducta adictiva. (Marlatt, 1995).

Así mismo, Marlatt (1973), realizó una investigación enfocada a la efectividad de dos terapias; (aversión Vs Prevención de recaídas) en donde

encontró que los pacientes que recibían entrenamiento en prevención de recaídas en la conducta adictiva, mostraron mayor tolerancia a la misma, que los paciente que recibieron terapia de aversión eléctrica. Los pacientes que se encontraban en el grupo de aversión mostraron un mejoramiento significativo en el periodo inicial del tratamiento (3 meses), mejoramiento que va desapareciendo en el transcurso del tiempo, debido a que estos pacientes no recibieron ninguna sección de apoyo del tratamiento luego del programa inicial, por lo que los efectos positivos, del comienzo se van deteriorando. En contraste, pacientes que recibieron tratamiento en prevención de recaídas mostraron una mejora significativa durante el curso del tratamiento de un año; en este último tratamiento las personas muestran un mejoramiento gradual y duradero.

En conclusión, en la adicción, el papel de los factores cognoscitivos, expectativas y atribución son examinados en detalle particularmente en términos de las reacciones del individuo a la recaída, ya que este proceso de recaída puede ayudar a que la persona aprenda de sus errores y no los vea como indicativos de falla sino que por el contrario tenga una visión de su recaída positiva, como un reto y una oportunidad para encontrar nuevos aprendizajes que le ayuden en su tratamiento.

Así mismo, para terminar esta conceptualización cabe anotar, que la prevención de recaídas y su modelo de autocontrol influye y contribuye en la formación de la autoeficacia, jugando esta un papel fundamental durante el desarrollo del programa y mantenimiento del cambio y por lo tanto en la

modificación de la conducta adictiva y en el reaprendizaje de hábitos que le permitan a la persona enfrentar nuevas situaciones de interacción social con su entorno y su familia. La Autoeficacia y la prevención de recaídas se relacionan conjuntamente, puesto que la meta es lograr que la persona utilice sus propios recursos, los incremente y los refuerce, con el fin de adherirse al tratamiento con alto grado de compromiso y motivación hacia el mismo y lo lleve a su culminación con resultados satisfactorios a lo largo del tiempo.

Una vez conceptualizada la Teoría de Marlatt (1995) basada en el autocontrol, consideramos de vital importancia aclarar que este termino se relaciona con la autoeficacia, puesto que los dos influyen y están implícitos en la capacidad de decisión y en la responsabilidad que posee un individuo para la consecución de una conducta. Por lo tanto, podemos decir que los dos influyen de una u otra manera en la decisión de consumir sustancias psicoactivas; sin embargo, cabe anotar que el autocontrol y la autoeficacia se diferencian en que el primero posee mayor influencia en la iniciación del consumo mientras que la autoeficacia cumple un papel más específico en el mantenimiento de una conducta; no sin desconocer que estos conceptos son agentes que cumplen un papel dinámico en la iniciación, curso y desarrollo de una problemática específica inherente al ser humano.

0.3.8 Adherencia al Tratamiento

La adherencia al tratamiento hace referencia al grado de cumplimiento del paciente dentro de un programa y a la coincidencia del comportamiento de la persona con las instrucciones dadas por el terapeuta.

Así mismo, este termino se define, como el papel activo que ejerce el paciente dentro de un programa y el cumplimiento de una serie de responsabilidades y conductas dirigidas a la rehabilitación de su problema. (Ruiz & Villalobos, 1994).

De igual manera, existen varios factores que afectan directa e indirectamente el grado de compromiso y por ende el nivel de adherencia al tratamiento; estos aspectos incluyen la actitud del terapeuta, él cual al iniciar cada sesión debe discutir con el paciente sobre las tareas que han sido diseñadas para el logro de los objetivos de la intervención, Así, el terapeuta es visto como facilitador, consultante o educador de la responsabilidad del cambio.

Shelton (1988), afirma que otro factor que interviene en la adherencia al tratamiento es el progreso hacia las metas terapéuticas, pues esto incrementa la fuerza de la generalización y su habilidad para mantener efectos del tratamiento.

Por otro lado, es importante resaltar que la adherencia al tratamiento es mayor en niños que en adultos, quizás porque los padres se sienten más responsables de la salud de sus hijos que de la propia.

Una vez conceptualizada la definición de adherencia al tratamiento y mencionados los factores que intervienen en esta, es importante mencionar las razones que llevan al fracaso o que interfieren en una adecuada adherencia al

tratamiento; estas razones se dividen en tres categorías: Volitiva, accidentales y circunstanciales. La volitiva, es aquella que proviene de la actitud del paciente, como por ejemplo, la percepción de la enfermedad y del tratamiento y la relación terapeuta-paciente. La accidental tiene que ver con la habilidad de la persona para recordar o responder a claves importantes dentro de su tratamiento; por ejemplo fallas en la memoria o falta de comprensión y por último los factores circunstanciales se relacionan con los efectos secundarios que el paciente puede percibir en el tratamiento. (Ruiz & Aravela, 1994).

Estos aspectos intervienen de manera directa en la efectividad de las acciones y conductas que se requiere dentro del tratamiento. Por esta razón es importante que el terapeuta construya estrategias para ayudar al paciente a recordar sus tareas o acciones con el fin de aumentar su cumplimiento y Así, el grado de adherencia al tratamiento.

Otro aspecto importante de mencionar en la adherencia al tratamiento y que a su vez puede incrementar su nivel, es el apoyo por parte de la familia y de la comunidad o grupo de ayuda en el cual esta involucrada y a la vez puede colaborar en la realización de las acciones o tareas dadas por el terapeuta.

En conclusión, la adherencia al tratamiento esta relacionada con múltiples variables que afectan de una u otra manera el grado de esta. La adherencia puede ser de tipo individual la cual se observa en el nivel de cumplimiento de las actividades y el papel que ejerce el paciente en el tratamiento, y por otro lado, se relaciona con el contexto del paciente, en donde el apoyo familiar, terapéutico y comunitario son fundamentales para minimizar el riesgo de tomar la decisión de dejar el tratamiento.

0.4 OBJETIVOS

0.4.1 Objetivo General

Establecer el valor predictivo de la autoeficacia en la adherencia al tratamiento de un programa de rehabilitación para jóvenes consumidores de drogas.

0.4.2 Objetivos Específicos

- Identificar los factores sociales afectivos, emocionales y contextuales que inciden en la adherencia al tratamiento.
- Evaluar las características del programa de rehabilitación para jóvenes.
- Determinar la percepción de autoeficacia a lo largo del proceso de rehabilitación en los jóvenes que asisten a un programa de rehabilitación.
- Establecer la relación entre diferentes medidas en el tiempo de la autoeficacia y el nivel de adherencia al tratamiento.
- Medir los Indicadores de adherencia a través del proceso.
- Establecer la relación entre situaciones de alto riesgo, percepción de autoeficacia y recaída.

0.5 VARIABLES

0.5.1 Percepción de Autoeficacia:, es definida como la creencia personal en la capacidad del individuo para movilizar la motivación, los recursos cognoscitivos y los cursos de acción necesarios para ejercer control sobre una variedad de situaciones. (Bandura, 1997).

0.5.2 Adherencia al Tratamiento: Hace referencia a las acciones que realiza una persona en relación con su tratamiento en donde el paciente cumple un papel activo dentro del programa y asume que él es su propio agente de cambio. Así, la adherencia al tratamiento esta dada por el cumplimiento de las actividades programadas dentro de la institución, tales como asistir a las terapias de grupo, cumplir con las rutinas diarias, monitorear su comportamiento, sus estados emocionales y afectivos, entre otros.

0.6 VARIABLES CRITERIO

0.6.1 Factores contextuales: Hacen referencia a los factores externos al paciente que pueden influir de manera positiva o negativa en su concepto de la eficacia del tratamiento. Estos factores están mediados por vínculos familiares, relaciones interpersonales con amigos, relaciones de pareja, por la temperatura o clima, condiciones económicas y por el apoyo terapéutico y de la comunidad.

0.6.2 Factores Emocionales: la autoeficacia ejerce un determinante poder sobre el afecto y las emociones e influye en la cognición y la acción que ejerce una persona en su vida. (Maddux, 1976). La autoeficacia influye en el tipo de intensidad del afecto, por ejemplo: la baja autoeficacia produce estados de ansiedad o de depresión; así mismo, la autoeficacia puede afectar los procesos psicológicos a nivel emocional o fisiológico.

0.7 HIPÓTESIS

0.7.1 El nivel de autoeficacia que tienen los jóvenes consumidores de drogas se relaciona de manera significativa con la adherencia a un programa de rehabilitación.

0.7.2 Si la percepción de autoeficacia es alta en un joven consumidor de drogas el nivel de adherencia al tratamiento también será alto.

0.7.3 El alto o bajo nivel de autoeficacia es directamente proporcional a la prevención de recaídas.

0.7.4 Los factores contextuales y emocionales se relacionan con el nivel de percepción de autoeficacia y la adherencia al tratamiento en jóvenes consumidores de drogas psicoactivas.

1. MÉTODO

1.1 DISEÑO

Este estudio utilizó una metodología correlacional de tipo cuasiexperimental de series de tiempo con medidas múltiples.

Los estudios correlacionales según Fernández y Hernandez (1998), miden dos o más variables, para ver si están o no relacionadas con la problemática, para luego ser analizada esta correlación, su propósito principal, es el de conocer como se puede comportar una variable conociendo el comportamiento de otras variables relacionadas.

Estos estudios, evalúan el grado de relación entre dos o más variables, pudiéndose incluir varios pares de evaluaciones de esta naturaleza en una única investigación y a su vez tienen un valor explicativo parcial, ya que, el conocer que dos variables están relacionadas aporta cierta información explicativa.

En el diseño de tipo cuasiexperimental los participantes no son asignados al azar ni emparejados, sino que dichos grupos ya están formados antes de la investigación, son grupos intactos (la razón por la que surgen y la manera como se formaron fueron independientes o a parte del estudio). (Hernandez y Fernández, 1998).

Estos diseños se utilizan cuando no es posible asignar a los participantes en forma aleatoria. Los diseños cuasiexperimentales son similares a los

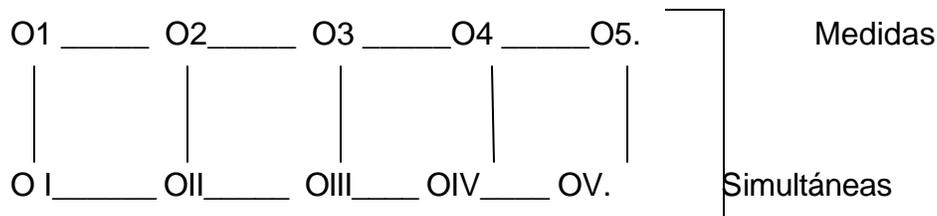
experimentales, son iguales en cuanto a su interpretación, a las comparaciones y análisis estadísticos.

Por otro lado, el termino "series cronológicas, se aplica a cualquier diseño en el cual se efectúe a través del tiempo varias observaciones o mediciones sobre la variable; según, Markus (1979), citado por Hernandez y Fernández en 1998, en este diseño se toman observaciones de un solo ente (grupo o individuo) a lo largo del tiempo.

Usualmente, este diseño es llamado "series cronológicas múltiples, en el cual se controlan todas las fuentes de invalidación interna, llevando a un seguimiento minucioso de los participantes. (Hernandez y Fernández, 1998).

Lo anterior se puede graficar de la siguiente manera:

Variables:



Criterios Externos:

Factores Contextuales

Factor Afectivo Emocional.

O = medida

___ = Intervalos de tiempo de dos semanas

1-5 = Numero de medidas de la percepción de autoeficacia

I-V = Numero de medidas de adherencia al tratamiento

1.2 POBLACIÓN

La población estuvo compuesta por hombres Colombianos con edades entre 15 y 45 años, los cuales estaban iniciando un programa de rehabilitación en el consumo de sustancias psicoactivas en una fundación que promueve programas de prevención en el abuso y consumo de estas.

Esta población fue conformada por personas de diferentes niveles socioeconómicos y niveles de escolaridad siendo un grupo heterogéneo por sus características personales, contextuales y familiares.

Es importante resaltar que muchas de las personas que participaron en este estudio poseen vacíos afectivos, conflictos interpersonales y vienen de familias desintegradas y disfuncionales.

Los participantes de la investigación son básicamente de las ciudades de Medellín y Bogotá, la mayoría de estos han realizado estudios secundarios y universitarios.

1.3 INSTRUMENTOS

El nivel de autoeficacia en la adherencia al tratamiento se midió a través de la escala de autoeficacia denominada Self-efficacy Scale (SES). (Anexo 1), elaborada por Sherer, Maddux, Mercandante, Prentice - Dunn, Jacobs y Rogers (1982), la cual es un instrumento de autoreporte.

Es importante mencionar que para la aplicación de la escala de autoeficacia se pidió la autorización a Maddux. (Anexo 3)

Esta escala consta de 23 ítems que miden las expectativas de autoeficacia, las cuales se encuentran divididas en dos subescalas que permiten obtener información acerca de la autoeficacia general y de la autoeficacia social, teniendo en cuenta tres áreas en particular: deseo de iniciar un comportamiento, deseo de hacer un esfuerzo para completar un comportamiento y persistencia frente a la adversidad (Sherer y Cols, 1982).

La autoeficacia general es definida por los autores como la creencia que tienen las personas para tener un desempeño exitoso sin hacer referencia a un dominio específico de comportamientos, mientras que la autoeficacia social es definida como las creencias que tienen sobre las propias habilidades para interactuar con otras personas. (Sherer y cols, 1982).

Esta escala parte de la base de que las expectativas personales de dominio sobre una situación son las que determinan en mayor medida el cambio comportamental. Así mismo, se consideran que las diferencias individuales en las experiencias pasadas y las atribuciones realizadas llevan a diferentes niveles de expectativas de autoeficacia.

La escala de autoeficacia tiene siete ítems de control que no son puntuados, 17 ítems para determinar autoeficacia en general y 6 para eficacia social, con un total de 30 ítems. La calificación se realiza transformando las letras en números teniendo en cuenta que entre mayor sea el Puntaje mayor es la percepción de autoeficacia.

La consistencia interna de este instrumento es de 86 para la subescala general y de 71 para la subescala social. en cuanto a la validez se ha

demostrado una alta predicción de la escala en tanto los sujetos que obtienen altos puntajes tienen un éxito mayor en las situaciones y mayor persistencia, si hay dificultades, que aquellos que tienen puntajes bajos. (Sherer y cols, 1982).

Por otro lado, se utilizaron autoregistros (Anexo 2), en donde se registró la información de cada uno de los participantes de acuerdo a indicadores como el cumplimiento de las rutinas diarias de aseo, talleres, conferencias, terapia grupal e individual, lo que permitió observar el nivel de adherencia al tratamiento de cada uno de ellos.

El autoregistro se define como un doble proceso consciente, por un lado, en atender deliberadamente a la propia conducta y por otro, en registrarla mediante algún procedimiento previamente establecido. También es definido como una actividad compleja que implica, además de la observación propia de la conducta y su anotación y registro, el traslado del registro a un gráfico que ofrezca información visual sobre la conducta, y el análisis e interpretación de lo anotado. (Thoresen y Mahoney, 1974; Siminero, Nelson y Limpisky, 1976). Este método de evaluación se utiliza, para identificar la conducta problema y obtener una línea base de la misma,

Estos autoregistros están compuestos por las rutinas y programas diarios que están involucrados dentro del tratamiento de rehabilitación, estos se midieron por medio de porcentajes que iban desde un nivel bajo (0 a 34 %), medio (35-65 %) y alto (65-100%), estableciéndose así un grado mínimo o máximo de adherencia al tratamiento.

Simultáneamente, se aplicó el inventario de autoreporte IPAT (Anexo 4) derivado del 16 PF y cuyo objetivo es medir ansiedad estado y ansiedad rasgo. Este inventario consta de 40 Ítems y presenta una confiabilidad de 0.85 y una validez de 0.81.

De igual manera, se utilizaron las historias clínicas, con el fin de describir minuciosamente la vida cotidiana de los participantes, lo cual permitió comprender mejor su vida social, económica, cultural y psicológica; y a la vez dió los lineamientos para determinar el inicio, curso y desarrollo de la conducta adictiva. (Anexo 5).

1.4 PROCEDIMIENTO

1.4.1 Primera Fase:

En esta fase se estableció el contacto con la institución con el fin de conocer la estrategia de intervención, las características de la población, y a la vez se determinaron las condiciones bajo las cuales era posible trabajar esta propuesta.

Luego, se realizó un convenio de cooperación institucional y después se presentó el proyecto aprobado a las directivas de la institución, en el cual se discutió con la coordinadora del departamento de psicología de la institución los ajustes necesarios para iniciar la investigación. Esta contenía los siguientes aspectos: la determinación de la muestra, revisión y adaptación de los instrumentos y establecimiento del cronograma de actividades. Una vez

discutidos estos aspectos, se presentó el proyecto a las directivas de la institución.

1.4.2 Segunda Fase:

Se estableció el contacto con los participantes, a través de un acercamiento que se llevó a cabo durante dos semanas, con el fin de realizar observaciones sobre las rutinas y programas que se desarrollaban en la comunidad y a la vez se estableció una relación empática con los participantes de la investigación, así mismo, se conocieron a los participantes y se presentó el proyecto de investigación para invitarlos a participar de manera voluntaria.

Simultáneamente, se explicó que su participación era voluntaria, y que esta se realizaría con su previa autorización, a través del "consentimiento informado" (Anexo 5 y 6), que según el código de ética del psicólogo es el requisito más importante en una investigación, pues, es una herramienta que por si sola asegura el cumplimiento ético de los investigadores, ya que, todo proyecto de investigación en donde participan seres humanos debe incluir este formato. Cada participante leyó y firmó este consentimiento y la persona que autorizaba su participación.

Este debe contener el propósito de la investigación, la identidad y la filiación del investigador, lo que esta haciendo el investigador, el tiempo que durara su participación, el derecho del participante a retirarse del estudio en cualquier momento, y por cualquier razón, los posibles beneficios para el individuo y la sociedad, los posibles daños, riesgos o molestias para el individuo, el

compromiso de mantener la confidencialidad estricta de los resultados, la manera de como obtener los resultados y de ponerse en contacto con el investigador en caso de tener duda y por ultimo la firma del participante o acudiente que indique que esta de acuerdo en participar y que entiende el propósito de la investigación.

Por ultimo, se realizó un entrenamiento en auto - observación, en donde se les enseñó a llenar adecuadamente los autoregistros de cada una de las actividades que realizaban diariamente, puesto que era importante que en el proceso de observación y en el método de registro el participante se asegurara de identificar correctamente la conducta que tenia que observar y comprender los métodos que iba ha registrar, para así, recoger datos fiables durante todo el tratamiento. Según las características de las conductas a observar, se pidió a los participantes que registraran la ocurrencia de ciertos sucesos según su frecuencia, duración o intensidad. (Thoresen y Mahoney, 1974; Siminero, Nelson y Limpisky, 1976).

1.4.3 Tercera Fase:

En esta fase se inició la recolección de la información a través de la aplicación de las medidas de evaluación de cada una de las variables, así: a. cinco medidas de la percepción de autoeficacia en intervalos de dos semanas para un total de dos meses y medio, a través, de la escala de autoeficacia (SES) realizada por Sherer, Maddux, Mercandante, Prentice Dunn, Jacobs y Rogers, (1982).

Simultáneamente, se realizaron cinco medidas del nivel de adherencia al tratamiento a través de autoregistros, en donde cada participante anotó el grado de compromiso con la rutina y programas diarios que estaban involucrados dentro de su tratamiento de rehabilitación.

Este autoregistro incluyó varios indicadores los cuales mostraron el grado de participación dentro del programa y que fueron de gran ayuda para el investigador.

Es importante tener en cuenta que en esta etapa se realizaron varias observaciones y anotaciones de las conductas de los participantes que sirvieron como soporte a la investigación. Al mismo tiempo, en que se realizaron las medidas de las variables, se tuvieron en cuenta los criterios externos (contextual y afectivo-emocional) que validaron la correlación de las variables.

2. ANÁLISIS DE RESULTADOS

Se trabajó con una población heterogénea compuesta por 27 participantes de sexo masculino con edades entre 15 y 45 años siendo la edad promedio 27.85 con una desviación estándar de 8.18 pertenecientes a una fundación que promueve programas de prevención en el abuso y consumo de sustancias psicoactivas en la ciudad de Medellín.

La muestra de esta investigación fue asignada, pues se contó con la participación de todos los internos de la fundación que habían iniciado el programa de rehabilitación.

A continuación se hará una descripción detallada de la población con la cual se trabajo, en donde se incluyen datos a nivel de escolaridad, estado civil, procedencia, composición de hogar, área familiar, afectiva y por ultimo la prevalencia de tipo de drogas consumidas por los sujetos. (Ver tablas de la 1 a la 8 y gráfica 1)

Tabla 1

<u>Nivel de Escolaridad</u>	Frecuencia	Porcentaje
Primaria	2	7.4
Secundaria	17	63.0
Universitario	6	22.2
Técnico	2	7.4
Total	27	100.0

La distribución de frecuencias permite observar que la mayoría de la población ha cursado estudios secundarios, seguido por estudios universitarios.

Tabla 2

Lugar de Nacimiento

	Frecuencia	Porcentaje
Bogotá	12	44.4
Medellín	12	44.4
Costa	3	11.1
Total	27	100

Se observa el mismo porcentaje para los sujetos nacidos en las ciudades de Bogotá y Medellín, siendo mínima la frecuencia de otras ciudades como la costa.

Tabla 3

Estado civil

	Frecuencia	Porcentaje
Soltero	21	77.8
Separado	2	7.4
Unión Libre	4	14.8
Total	27	100

La mayoría de los participantes son solteros con un 77.8% seguido por un porcentaje menor del 14.8% de sujetos que se encuentran en unión libre.

Tabla 4

Composición de Hogar

	Frecuencia	Porcentaje
Completo	13	48.1
Incompleto	14	51.9
Total	27	100

En la distribución de frecuencia se observa que la mayoría de los participantes presenta un hogar incompleto, es decir familias constituidas ya sea por la madre o por el padre solamente. El 48.1% cuenta con los dos padres. Esto indica una diferencia mínima entre la composición de hogar.

Tabla 5

Tipo de padre y madre

	Frecuencia padre	Porcentaje Padre	Frecuencia madre	Porcentaje Madre
Democrático	3	11.1	6	22.2
Autoritario	17	63	6	22.2
Permisivo	6	22	15	55.6
Total	27	100	27	100

Los datos arrojados por la tabla 5 demuestran que los padres de los sujetos en su mayoría son autoritarios y la madre es permisiva.

Tabla 6

Antecedentes familiares de consumo

	Frecuencia	Porcentaje
Si	18	66.7
No	9	33.3
Total	27	100

Se puede observar que más del 50% de los sujetos tiene antecedentes familiares de consumo.

Tabla 7

Numero de recaídas

	Frecuencia	Promedio
1-3	16	59.3
4-6	6	22.2
7-10	5	18.5
Total	27	100

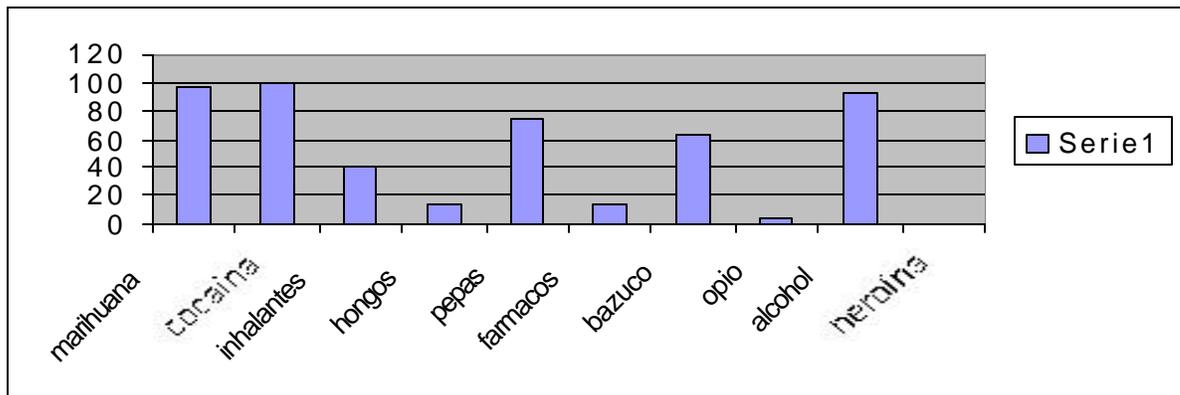
La distribución de frecuencias de la tabla 6, permite observar que la mayoría de los sujetos han recaído de 1 a 3 veces seguido por un 22.2% que han recaído de 4 a 6 veces.

Tabla 8

Etapa marca del consumo

	Frecuencia	Porcentaje
Adolescencia	21	77.8
Adulthood	6	22.2
Total	27	100

La presente tabla nos indica que los sujetos han llegado a consumir con mayor frecuencia en la etapa de la adolescencia, seguido por la etapa de la adultez joven.

Grafica 1Tipos de Sustancias psicoactivas consumidas

En el diagrama de barras se observa que las sustancias más consumidas por los participantes de la investigación son cocaína, siendo esta la de mayor consumo, seguido por la marihuana con un 93.3%, el alcohol con un 92.6%, las pepas con un 74.1%, el bazuco con un 63.0% y por ultimo se encuentran con un bajo porcentaje de consumo, los fármacos con un 14.8%, los hongos 14.8%,

opio 3.7%. No se observó alguna prevalencia de consumo de heroína en la población.

A continuación se encuentran los resultados estadísticos obtenidos a partir de los instrumentos aplicados a la población. Datos que fueron analizados a través de la correlación de Spearman

Tabla 9

Resultados de la prueba de correlación de Spearman entre el nivel de percepción de autoeficacia general y social y la adherencia al tratamiento a través del tiempo.

Auto-eficacia		Adherencia al Tratamiento 1	Adherencia al Tratamiento 2	Adherencia al Tratamiento 3	Adherencia al Tratamiento 4	Adherencia al Tratamiento 5
1 general	Coeficiente	.595*	.417*	.315	.281	.342
	correlación	.001	.030	.110	.156	.081
	Sig. (2-tailed)	.27	.27	.27	.27	.27
	N					
1 Social	Coeficiente	.467*	.257	.030	.095	.401*
	correlación	.014	.196	.884	.638	.038
	Sig. (2-tailed)	.27	.27	.27	.27	.27
	N					
AUT 2 General	Coeficiente	.356	.371	.264	.152	.194
	correlación Sig.	.068	.057	.183	.448	.333
	(2-tailed)	.27	.27	.27	.27	.27
	N					
AUT 2 Social	Coeficiente	.252	.165	-.021	-.145	.010
	correlación	.205	.412	.915	.471	.962
	Sig. (2-tailed)	.27	.27	.27	.27	.27
	N					
3 General	Coeficiente	.350	.258	.183	.014	.129
	correlación Sig.	.073	.194	.360	.946	.520
	(2-tailed)	.27	.27	.27	.27	.27
	N					
3 Social	Coeficiente	.186	.205	.322	-.078	-.226
	correlación Sig.	.353	.306	.102	.699	.257
	(2-tailed)	.27	.27	.27	.27	.27
	N					
4 General	Coeficiente	.320	.152	-.053	-.129	-.024
	correlación	.104	.450	.794	.522	.906
	Sig. (2-tailed)	.27	.27	.27	.27	.27
	N					
4 Social	Coeficiente	.386*	.171	.394*	.168	.131
	correlación Sig.	.047	.394	.042	.403	.513
	(2-tailed)	.27	.27	.27	.27	.27
	N					

5	Coeficiente	.313	.093	.021	-.059	.036
General	correlación Sig.	.112	.644	.918	.769	.857
	(2-tailed)	27	27	27	27	27
	N					
5	Coeficiente	.180	.013	.054	-.071	-.071
social	correlación	.368	.949	.789	.725	.726
	Sig. (2-tailed)	27	27	27	27	27
	N					

La correlación realizada entre los niveles de percepción de autoeficacia y la adherencia al tratamiento, se lleva a cabo por medio de la correlación de Spearman encontrándose una relación significativa en el primer momento, tanto para la autoeficacia general como para la autoeficacia social y la adherencia al tratamiento; debido a que el valor del coeficiente correlacional es de 0.595 para la autoeficacia general y de 0.467 para la social. Por lo cual solo se confirma la primer hipótesis para este momento; es decir, solo existe correlación entre autoeficacia 1 (General y social) y adherencia al tratamiento 1 ; se puede observar que no se confirman las demás hipótesis para las demás medidas de tiempo, es decir, para las que predicen una relación significativa entre la autoeficacia y la adherencia al tratamiento a lo largo del tiempo en un programa de rehabilitación y por lo tanto en la prevención de recaídas.

Tabla 10

Resultados de correlación de Spearman entre el nivel de ansiedad (Ipat) y el nivel de percepción de autoeficacia y la adherencia al tratamiento.

Se observa una correlación inversamente proporcional entre las dos variables, es decir a mayor ansiedad menor nivel de percepción de autoeficacia y menor adherencia al tratamiento. Los niveles de ansiedad en la mayoría de los momentos son altos en todos los sujetos, demostrando que la ansiedad interfiere en la percepción de autoeficacia y en la adherencia al tratamiento, siendo la ansiedad una variable mediadora que afecta el proceso de adherencia al tratamiento y el nivel de autoeficacia.

Con el fin de identificar si los factores afectivos, sociales y conductuales se relacionan con el nivel de autoeficacia y la adherencia al tratamiento se aplicaron las pruebas no paramétricas de U. Mann-Whitney y Kruskal-Wallis. Los resultados se presentan a continuación.

Spearman's rho Correlations

		IPATT 1	IPATT 2	IPATT 3	IPATT 4	IPATT 5	A T 1	A T 2	A T 3	A T 4	A T 5
AUT 1 G	r	-.594**	-.721**	-.625**	-.687**	-.675**	.595**	.417*	.315	.281	.342
	p	.001	.000	.000	.000	.000	.001	.030	.110	.156	.081
	N	27	27	27	27	27	27	27	27	27	27
AUT 1 S	r	-.390*	-.279	-.391*	-.411*	-.256	.467*	.257	.030	.095	.401*
	p	.045	.158	.044	.033	.198	.014	.196	.884	.638	.038
	N	27	27	27	27	27	27	27	27	27	27
AUT 2 G	r	-.338	-.517**	-.584**	-.516**	-.576**	.356	.371	.264	.152	.194
	p	.085	.006	.001	.006	.002	.068	.057	.183	.448	.333
	N	27	27	27	27	27	27	27	27	27	27
AUT 2 S	r	-.121	-.277	-.146	-.062	-.163	.252	.165	-.021	-.145	.010
	p	.547	.162	.468	.759	.417	.205	.412	.915	.471	.962
	N	27	27	27	27	27	27	27	27	27	27
AUT 3 G	r	-.390*	-.518**	-.592**	-.466*	-.671**	.350	.258	.183	.014	.129
	p	.044	.006	.001	.014	.000	.073	.194	.360	.946	.520
	N	27	27	27	27	27	27	27	27	27	27
AUT 3 S	r	-.060	-.240	.010	.061	-.248	.186	.205	.322	-.078	-.226
	p	.768	.229	.960	.763	.212	.353	.306	.102	.699	.257
	N	27	27	27	27	27	27	27	27	27	27
AUT 4 G	r	-.449*	-.530**	-.557**	-.422*	-.523**	.320	.152	-.053	-.129	-.024
	p	.019	.004	.003	.028	.005	.104	.450	.794	.522	.906
	N	27	27	27	27	27	27	27	27	27	27
AUT 4 S	r	.050	-.194	-.069	-.031	-.179	.386*	.171	.394*	.168	.131
	p	.803	.332	.732	.878	.371	.047	.394	.042	.403	.513
	N	27	27	27	27	27	27	27	27	27	27
AUT 5 G	r	-.371	-.638**	-.668**	-.519**	-.600**	.313	.093	.021	-.059	.036
	p	.056	.000	.000	.006	.001	.112	.644	.918	.769	.857
	N	27	27	27	27	27	27	27	27	27	27
AUT 5 S	r	-.237	-.486*	-.367	-.239	-.475*	.180	.013	.054	-.071	-.071
	p	.235	.010	.060	.230	.012	.368	.949	.789	.725	.726
	N	27	27	27	27	27	27	27	27	27	27
IPATT 1	r	1.000	.617**	.554**	.678**	.519**	-.455*	-.396*	.001	-.140	-.342
	p	.	.001	.003	.000	.006	.017	.041	.998	.485	.081
	N	27	27	27	27	27	27	27	27	27	27
IPATT 2	r	.617**	1.000	.734**	.552**	.604**	-.370	-.254	-.134	.000	-.115
	p	.001	.	.000	.003	.001	.058	.202	.507	.999	.569
	N	27	27	27	27	27	27	27	27	27	27
IPATT 3	r	.554**	.734**	1.000	.742**	.631**	-.341	-.255	.172	.184	-.077
	p	.003	.000	.	.000	.000	.081	.200	.390	.359	.701
	N	27	27	27	27	27	27	27	27	27	27
IPATT 4	r	.678**	.552**	.742**	1.000	.755**	-.355	-.364	-.023	-.077	-.289
	p	.000	.003	.000	.	.000	.069	.062	.911	.701	.143
	N	27	27	27	27	27	27	27	27	27	27
IPATT 5	r	.519**	.604**	.631**	.755**	1.000	-.212	-.143	-.006	.033	-.055
	p	.006	.001	.000	.000	.	.289	.477	.977	.870	.784
	N	27	27	27	27	27	27	27	27	27	27
A T 1	r	-.455*	-.370	-.341	-.355	-.212	1.000	.799**	.547**	.382*	.627**
	p	.017	.058	.081	.069	.289	.	.000	.003	.049	.000
	N	27	27	27	27	27	27	27	27	27	27
A T 2	r	-.396*	-.254	-.255	-.364	-.143	.799**	1.000	.674**	.394*	.556**
	p	.041	.202	.200	.062	.477	.000	.	.000	.042	.003
	N	27	27	27	27	27	27	27	27	27	27
A T 3	r	.001	-.134	.172	-.023	-.006	.547**	.674**	1.000	.619**	.576**
	p	.998	.507	.390	.911	.977	.003	.000	.	.001	.002
	N	27	27	27	27	27	27	27	27	27	27
A T 4	r	-.140	.000	.184	-.077	.033	.382*	.394*	.619**	1.000	.778**
	p	.485	.999	.359	.701	.870	.049	.042	.001	.	.000
	N	27	27	27	27	27	27	27	27	27	27
A T 5	r	-.342	-.115	-.077	-.289	-.055	.627**	.556**	.576**	.778**	1.000
	p	.081	.569	.701	.143	.784	.000	.003	.002	.000	.
	N	27	27	27	27	27	27	27	27	27	27

** Correlation is significant at the .01 level (2-tailed).

* Correlation is significant at the .05 level (2-tailed).

Tabla 11

Resultados de la prueba de U-Mann-Whitney para la relación entre la composición de hogar y la autoeficacia y la adherencia al tratamiento.

Adherencia al Tratamiento	Composición de Hogar	N	Promedio	Desviación Estandar
1	Completo	13	67.3846	13.5680
	Incompleto	14	63.8571	13.8334
2	Completo	13	64.2308	14.9005
	incompleto	14	66.7143	14.1172
3	Completo	13	63.1538	15.8158
	incompleto	14	55.9286	19.4401
4	Completo	13	61.7692	19.1013
	Incompleto	14	42.6429	16.1893
5	Completo	13	62.3846	21.7927
	incompleto	14	49.3571	19.4644
Autoeficacia	Composición Familiar	N	Promedio	Desviación Estandar
1 General	Completo	13	59.0769	13.7202
	Incompleto	14	52.6429	12.2951
1 Social	Completo	13	20.000	3.5355
	incompleto	14	20.6429	4.7004
2 General	Completo	13	57.8462	16.0148
	incompleto	14	56.7143	12.1112
2 Social	Completo	13	17.8462	6.6564
	incompleto	14	19.7143	4.3928
3 General	Completo	13	61.6154	15.2016
	incompleto	14	57.9286	12.2063
3 Social	Completo	13	20.0000	5.2599
	incompleto	14	20.4286	3.4130
4 General	Completo	13	65.6154	14.6432
	incompleto	14	59.8571	6.9819
5 Social	Completo	13	22.1538	5.3982
	incompleto	14	19.3571	4.2897
5 General	Completo	13	64.7692	14.4231
	incompleto	14	58.8571	12.1266
5 Social	Completo	13	20.8462	5.9280
	incompleto	14	19.6429	4.0876

Al evaluar si la composición familiar se relaciona con la adherencia al tratamiento se encontró que existe un mayor nivel de adherencia al tratamiento en los sujetos con composición familiar completo vs incompleta solamente para el momento cuatro; sin embargo, se observa que en cada uno de los cinco

momentos la autoeficacia tiende a ser mayor para los sujetos con composición familiar completa vs incompleta, hallando más relación entre la composición familiar y el nivel de autoeficacia .

Tabla 12

Resultados de prueba de U-Mann-Whitney para la relación de los antecedentes de consumo y la autoeficacia y la adherencia al tratamiento.

adherencia tratamiento	antecedentes familiares de consumo	n	media	desviacion estandar	media
1	si	18	65.7222	13.6330	3.2133
	no	9	65.2222	14.2283	4.7428
2	Si	18	65.3889	14.1801	3.3423
	No	9	65.7778	15.3197	5.1076
3	Si	18	56.5556	18.9060	4.4562
	No	9	65.1111	14.7940	4.9313
4	Si	18	50.4444	18.7968	4.4305
	No	9	54.6667	22.7431	7.5810
5	Si	18	55.6667	21.1549	4.9863
	No	9	55.5556	22.8041	7.6014

autoeficacia	antecedentes familiares de cons	n	media	desviacion estandar	media
1 General	Si	18	52.3333	11.8719	2.7982
	No	9	62.5556	13.6025	4.5342
1 Social	Si	18	20.5556	4.1618	.9809
	No	9	19.8889	4.2262	1.4087
2 General	Si	18	54.5000	12.5616	2.9608
	No	9	62.7778	15.4092	5.1364
2 Social	Si	18	19.3889	3.6805	.8675
	No	9	17.6667	8.3516	2.7839
3 General	Si	18	57.3333	13.7070	3.2308
	No	9	64.4444	12.7682	4.2561
3 Social	Si	18	19.8889	4.4707	1.0537
	No	9	20.8889	4.1667	1.3889
4 General	Si	18	60.8333	8.1403	1.9187
	No	9	66.2222	16.3155	5.4385
4 Social	Si	18	19.8333	5.0788	1.1971
	No	9	22.4444	4.5031	1.5010
5 General	Si	18	60.4444	12.3728	2.9163
	No	9	64.2222	15.6347	5.2116
5 Social	Si	18	19.6111	5.2259	1.2318
	No	9	21.4444	4.5308	1.5103

Al evaluar si los antecedentes de consumo se relacionan con la percepción de autoeficacia se encontró que la autoeficacia general en el momento uno

tiende a ser más alta en aquellos sujetos que no tienen antecedentes familiares de consumo vs los que si la tienen. En los demás momentos no se encuentran diferencias significativas.

Tabla 13

Resultados de la prueba de Kruskal – Wallis entre la autoeficacia y la adherencia al tratamiento y el nivel de escolaridad.

NIVEL DE ESCOLARIDAD	Autoeficacia	1 social	2 general	2 social	3 general	3 social	4 General
Primaria	Media	22.50	52.00	14.500	61.00	19.500	68.5000
	N	2	2	2	2	2	2
	Desviación Est.	2.121	47.0	14.0	52.00	18.00	63.00
	Minimo	24.00	57.00	14.00	15.00	21.00	74.00
	Maximo						
Secundaria	Media	20.00	56.41	18.470	59.82	20.470	61.8235
	N	17	17	17	17	17	17
	Desviación Est.	4.911	12.36	5.8643	13.21	3.9547	10.3153
	Minimo	30.00	75.00	28.00	78.00	28.00	77.00
	Maximo						
universidad	Media	21.00	59.83	21.000	57.50	19.833	63.8333
	N	6	6	6	6	6	6
	Desviación Est.	2.190	21.31	5.8992	18.67	6.4627	17.6909
	Minimo	24.00	85.00	30.00	78.00	30.00	88.00
	Maximo						
Técnico	Media	19.00	62.00	19.500	64.00	20.000	
	N	2	2	2	2	2	60.0000
	Desviación Est.	2.828	8.485	3.5355	5.656	4.2426	2
	Minimo	21.00	68.00	22.00	68.00	23.00	60.00
	Maximo						60.00
Total	Media	20.33	57.25	18.814	59.70	20.22227	62.6296
	N	27	27	27	27	4.3175	27
	Desviación Est.	4.113	13.85	5.5680	13.58	10.00	11.4863
	Minimo	30.00	85.00	30.00	78.00		88.00
	Maximo						

NIVEL DE ESCOLARIDAD	Autoeficacia	4	5	5
		Social	General	Social
Primaria	Media	19.5000	71.0000	21.50
	N	2	2	2
	Desviación Estándar	2.1213	11.3137	3.535
	Mínimo	18.00	63.00	19.0
	Máximo	21.00	79.00	24.00
Secundaria	Media	20.9412	59.4118	20.231
	N	17	17	7
	Desviación Estándar	4.9863	13.5465	4.841
	Mínimo	14.00	31.00	11.00
	Máximo	30.00	79.00	30.00
Universidad	Media	20.0000	64.0000	19.33
	N	6	6	3
	Desviación Estándar	6.7823	15.5820	7.004
	Mínimo	9.00	46.00	6.00
	Máximo	30.00	84.00	25.00
Técnico	Media	22.0000	65.0000	21.50
	N	2	2	2
	Desviación Estándar	1.4142	7.0711	2.121
	Mínimo	21.00	60.00	20.00
	Máximo	23.00	70.00	2300
Total	Media	20.7037	61.7037	20.22
	N	27	27	27
	Desviación Estándar	4.9677	13.3642	4.994
	Mínimo	9.00	31.00	6.00
	Máximo	30.00	84.00	30.00

Tabla 14

Resultados de la prueba de Kruskal – Wallis entre la autoeficacia y la adherencia al tratamiento y el lugar de nacimiento.

LUGAR DE NACIMIENTO	Adherencia al tratamiento	1	2	3	4	5	Autoeficacia General
Bogotá	Media	65.083	64.3	62.3	57.83	55.916	56.0000
	N	12	12	12	12	12	12
	Desviación Est.	19.500	17.6	15.4	20.9720	27.090	15.4626

	Mínimo	25.00	38.0	40.0	.00	10.00	35.00
	Máximo	85.00	89.0	85.0	89.00	90.00	85.00
Medellín	Media	67.000	67.2	54.2	47.00	56.750	55.9167
	N	12	12	12	12	12	12
	Desviación Est.	6.7957	12.7	21.0	17.26	16.332	12.823
	Mínimo	55.00	45.0	20.08	20.0	20.00	41.00
	Máximo	75.00	91.0	9.0	75.00	85.00	85.00
Costa	Media	61.666	63.3	68.3	47.33	50.000	54.0000
	N	3	3	3	3	3	3
	Desviación Est.	2.8868	2.88	7.63	26.10	18.027	5.1962
	Mínimo	60.00	60.0	60.0	20.00	35.00	51.00
	Máximo	65.00	65.0	75.0	72.00	70.00	60.00
LUGAR DE NACIMIENTO	autoeficaci	1	2	2	3	3	4
		Social	General	Social	General	Social	General
Bogotá	Media	20.1667	60.583	19.8333	62.750	20.4167	65.8
	N	12	12	12	12	12	12
	Desviación Est.	5.1493	15.739	6.0578	14.784	5.053	12.2
	Mínimo	11.00	30.00	7.00	30.00	10.00	50.0
	Máximo	30.00	85.00	30.00	78.00	30.00	88.0
Medellín	Media	21.1667	54.750	19.0000	58.5000	20.083	62.5
	N	12	12	12	12	12	12
	Desviación Est.	2.9797	11.561	47.6122	130.48	4.2310	8.89
	Mínimo	13.00	28.00	10.00	30.00	15.00	51.0
	Máximo	24.00	68.00	26.00	73.00	28.00	74.0
Costa	Media	17.6667	54.000	14.0000	52.3333	20.0000	50.0
	N	3	3	3	3	3	3
	Desviación Est.	3.2146	16.703	6.5574	10.785	1.7321	12.1
	Mínimo	14.00	39.00	7.00	40.00	19.00	12.1
	Máximo	20.00	72.00	20.00	60.00	22.00	58.0
Total	Media	20.3333	57.259	18.8148	59.703	20.222	62.6
	N	27	27	27	27	27	27
	Desviación Est.	4.1138	13.858	5.5680	13.589	4.3175	11.4
	Mínimo	11.00	28.00	7.00	30.00	10.00	36.0
	Máximo	30.00	85.00	30.00	78.00	30.00	88.0
Bogotá	Media			21.7500		63.5833	20.583
	N			12		12	12
	Desviación Estándar			5.7702		13.60	6.5707
	Mínimo			9.00		40.00	6.00
	Máximo			30.00		84.00	30.00
Medellín	Media			20.0833		59.9167	20.333
	N			12		12	12
	Desviación Estándar			4.6213		13.6212	3.6013
	Mínimo			14.00		31.00	15.00
	Máximo			28.00		79.00	26.00
Costa	Media			19.0000		61.3333	18.3333
	N			3		3	3.0555
	Desviación Estándar			2.6458		15.5671	15.00

	Mínimo	17.00	45.00	21.00
	Máximo	22.00	76.00	
Total	Media	20.7037	61.7037	20.222
	N	27	27	27
	Desviación Estándar	4.9677	13.3642	4.9949
	Mínimo	9.00	31.00	6.00
	Máximo	30.00	84.00	30.00

Tabla 15

Resultados de la prueba de Kruskal – Wallis entre la autoeficacia y la adherencia al tratamiento y estado civil.

ESTADO CIVIL	Adherencia al Tratamiento	1	2	3	4	5	Autoeficacia 1G
Soltero	Media	64.5238	64.3333	57.47	49.8	5.8095	54.619
	N	21	21	21	21	21	21
	Desviación Est.	14.5073	15.4801	18.6920	20.72	22.426	12.483
	Mínimo	25.00	38.00	.00	0.089.	10.00	35.00
	Máximo	85.00	91.00	89.00	0	90.00	85.00
Separado	Media	67.5000	69.0000	70.002	62.52	65.0002	59.500
	N	2	2	0.00	17.6	28.284	2
	Desviación Est.	10.6066	5.6559	70.00	50.0	45.00	12.020
	Mínimo	60.00	65.00	70.00	75.0	85.00	51.00
	Máximo	75.00	73.00				68.00
Unión Libre	Media	70.0000	70.0000	64.25	57.2	65.750	59.750
	N	4	4	4	4	4	4
	Desviación Est.	10.8012	10.6145	17.09	17.34	7.2284	19.345
	Mínimo	60.00	58.00	40.00	0.0	55.00	41.00
	Máximo	85.00	82.00	80.00	75.0	70.00	85.00
Total	Media	65.5556	65.5185	59.40	51.8	55.62927	55.740
	N	27	27	27	27	21.275	27
	Desviación Est.	13.5599	14.2731	17.83	19.8	10.00	13.160
	Mínimo	25.00	38.00	20.00	20.0	90.00	35.00
	Máximo	85.00	91.00	89.00	89.0		85.00
ESTADO CIVIL	autoeficacia	1 Social	2 General	2 Social	3 General	3 Social	4 General
Soltero	Media	20.381	57.285	18.142	58.095	19.476	61.47
	N	21	21	21	21	21	21
	Desviación Est.	4.3872	13.61128	5.3412	14.244	4.1220	11.2036

	Mínimo	11.00	77.00	7.00	30.00	10.00	.00
	Máximo	30.00		28.00	78.00	28.00	88.00
Separado	Media	17.000	59.5002	17.5002	65.500	22.500	65.50
	N	2	12.020	3.5355	2	2	2
	Desviación Est.	4.2426	51.00	15.00	11.313	4.9497	10.60
	Mínimo	14.00	68.00	20.00	57.00	19.00	58.00
	Máximo	20.00			73.00	26.00	73.00
Unión Libre	Media	21.750	56.000	23.000	65.500	21.500	67.25
	N	4	4	4	4	4	4
	Desviación Est.	1.5000	19.35645.	6.8313	11.120	5.7446	15.04
	Mínimo	20.00	00	14.00	52.00	18.00	52.00
	Máximo	23.00	85.00	30.00	78.00	30.00	85.00
Total	Media	20.333	57.259	18.814	59.703	20.222	62.6227
	N	27	27	27	27	27	11.48
	Desviación Est.	4.1138	13.858	5.5680	13.58930.	4.3175	36.00
	Mínimo	11.00	28.00	7.00	00	10.00	88.00
	Máximo	30.00	85.00	30.00	78.00	30.00	

ESTADO CIVIL		AT 4 S	AUT 5 G	AUT 5S
Soltero	Media	20.0952	59.7143	19.5238
	N	21	21	21
	Desviación Estándar	4.8467	13.3047	5.3068
	Mínimo	9.00	31.00	6.00
	Máximo	30.00	79.00	30.00
Separado	Media	21.5000	68.0000	22.5000
	N	2	2	2
	Desviación Estándar	6.3640	7.0711	4.9497
	Mínimo	17.00	63.00	19.00
	Máximo	26.00	73.00	26.00
Union Libre	Media	23.5000	69.0000	22.7500
	N	4	4	4
	Desviación Estándar	5.5076	15.0333	2.2174
	Mínimo	18.00	52.00	20.00
	Máximo	30.00	84.00	25.00
Total	Media	20.7037	61.7037	20.2222
	N	27	27	27
	Desviación Estándar	4.9677	13.3642	4.9949
	Mínimo	9.00	31.00	6.00
	Máximo	30.00	84.00	30.00

Al evaluar si el nivel de escolaridad, el estado civil y el lugar de nacimiento producían alguna diferencia significativa en la adherencia al tratamiento y la percepción de autoeficacia, se encontró que estas no fueron significativas. (Ver tablas 13,14 y 15).

Tabla 17

Resultados de la prueba de U-Mann –Whitney entre la autoeficacia y la adherencia al tratamiento y la etapa marcada de consumo.

Adherencia al Tratamiento	ETAPA MARCADA DE CONSUMO	N	promedio	Desviacion Estandar	Promedio error media
A T 1	Adolescencia	21	65.3333	14.4787	3.1595
	Adultez	6	66.3333	10.8012	4.4096
A T 2	Adolescencia	21	65.1429	13.7887	3.0089
	Adultez	6	66.8333	17.2095	7.0257
A T 3	Adolescencia	21	59.1429	18.2847	3.9900
	Adultez	6	60.3333	17.7388	7.2419
A T 4	Adolescencia	21	50.7619	21.0901	4.6022
	Adultez	6	55.6667	15.7692	6.4377
A T 5	Adolescencia	21	55.5238	20.6703	4.5106
	Adultez	6	56.0000	25.3850	10.3634

Autoeficacia	ETAPA MARCADA DE CONSUMO	N	Promedio	Desviacion Estandar	Error de la media
1 General	Adolescencia	21	57.8571	13.6246	2.9731
	Adultez	6	48.3333	8.5713	3.4992
1 Social	Adolescencia	21	20.2857	4.5182	.9860
	Adultez	6	20.5000	2.5100	1.0247
2 General	Adolescencia	21	60.6190	13.3509	2.9134
	Adultez	6	45.5000	8.5029	3.4713
2 Social	Adolescencia	21	18.6667	5.8595	1.2786
	Adultez	6	19.3333	4.8442	1.9777
3 General	Adolescencia	21	61.4762	13.2688	2.8955
	Adultez	6	53.5000	14.0250	5.7257
3 Social	Adolescencia	21	20.8571	4.1986	.9162
	Adultez	6	18.0000	4.3359	1.7701
4 General	Adolescencia	21	64.0476	11.9268	2.6026
	Adultez	6	57.6667	8.8919	3.6301
4 Social	Adolescencia	21	21.0000	4.7958	1.0465
	Adultez	6	19.6667	5.8878	2.4037
5 General	Adolescencia	21	62.6190	13.9767	3.0500
	Adultez	6	58.5000	11.4673	4.6815
5 Social	Adolescencia	21	20.5714	4.5670	.9966
	Adultez	6	19.0000	6.6332	2.7080

Se pudo observar que no hay relación entre la etapa marcada de consumo y el nivel de percepción de autoeficacia y la adherencia al tratamiento.

En síntesis, se puede afirmar que existe una correlación entre la percepción de autoeficacia y la adherencia al tratamiento en el primer momento. Así

mismo, se demostró que el nivel de ansiedad es inversamente proporcional a las variables de autoeficacia y adherencia al tratamiento. por otro lado, se encontraron diferencias significativas en la composición familiar completa para la adherencia al tratamiento y la autoeficacia y en el momento cuatro fue mas alta para los participantes que no tienen antecedentes de consumo.

3.DISCUSIÓN

En Colombia se han desarrollado varios programas encaminados a la caracterización de la población en el consumo, en el riesgo y la efectividad de programas, lo cual es importante, ya que a partir de estos se pueden determinar los lineamientos de los trabajos en este campo; no obstante, el estudio aportó a la psicología elementos importantes, en donde se consideró que la autoeficacia cumple un papel fundamental para el desarrollo de programas encaminados a disminuir el consumo de drogas, la deserción y las recaídas. Asociada siempre a las variables emocionales y contextuales; la autoeficacia por si misma no es suficiente para garantizar la estabilidad en la adherencia al tratamiento a lo largo del tiempo.

Previo a la discusión de los resultados es relevante aclarar que la población ya estaba conformada, puesto, que se trabajo con los internos de una fundación ubicada en la ciudad de Medellín.

Aunque se plantea una relación y el marco conceptual apunta en esa dirección, los resultados muestran que la relación de estas dos variables (adherencia al tratamiento y percepción de autoeficacia) no es significativa a lo largo del tiempo.

De estos resultados se desprenden varios interrogantes: 1. Existen otras variables adicionales que puedan estar vinculadas y aporten a la comprensión de esta problemática? Con relación a este punto se encontró que existen variables que se relacionan significativamente con el nivel de percepción de

autoeficacia y la adherencia al tratamiento, estas se relacionan con los factores contextuales y emocionales. La familia cumple un papel primordial dentro de los factores contextuales contribuyendo al desarrollo y a la creación de la autoeficacia, puesto que es aquí donde la persona inicialmente adquiere las bases para afrontar adecuadamente una problemática o situación difícil. Por tal razón, las personas que han crecido dentro de una familia funcional, presentan un mayor nivel de percepción de autoeficacia.

Bandura (1987), en relación con lo anterior afirma que la autoeficacia se inicia dentro de la familia y esta sirve como soporte para seguir modelos positivos o negativos que intervienen en las interacciones con la sociedad.

De igual manera, la familia es un apoyo para las personas que están iniciando un programa de rehabilitación, al mismo tiempo que mantiene y fortalece el nivel de percepción de autoeficacia contribuyendo a la recuperación y bienestar de un individuo.

Por otro lado, es importante mencionar diferentes aspectos que influyeron significativamente en la baja adherencia al tratamiento dentro del programa de rehabilitación y que se asocian con las variables criterio y hacen referencia a otros factores contextuales.

Dentro de estos factores encontramos a través de reportes orales y escritos y de la observación participante y no participante, que en el ámbito de la comunidad terapéutica se encuentran aspectos que influyen negativamente en la adherencia al tratamiento los cuales son fundamentales mencionar para comprender porque la relación entre las variables no fue significativa.

Estos aspectos están relacionados básicamente con la disminución de las terapias de apoyo y la metodología de las mismas, el poco apoyo psicológico que reciben los participantes y la incongruencia de algunos terapeutas, puesto que los terapeutas son personas que aun se encuentran en proceso de recuperación y manejan problemáticas a nivel individual que aun no han elaborado en su totalidad, reflejándose en sus comportamientos y actitudes.

Lo anterior, conlleva a que los participantes no encuentren una relación entre sus expectativas con el tratamiento y lo que les ofrece la comunidad. Consideramos que este es un factor primordial para el desarrollo de una adecuada intervención, pues, esta población se caracteriza por la carencia de modelos de identificación adecuados y muchas veces necesitan el apoyo de estas personas, el cual debe estar basado en la confianza y la credibilidad de los internos hacia los mismos. Por consiguiente esto afecta el nivel de compromiso de los residentes hacia el tratamiento y la comunidad.

Con respecto a esto Bandura (1977), afirma, que la autoeficacia y las expectativas de los resultados juegan un rol fundamental en la elección de las metas, ya que esta relación puede beneficiar o no a la resolución de una situación determinada, en este caso la consecución y desarrollo de un tratamiento.

Además de los factores contextuales mencionados anteriormente se ha encontrado otra variable que esta directamente relacionada con esta problemática, demostrando de esta manera que la autoeficacia por si misma no asegura un alto nivel de adherencia al tratamiento. Esta variable hace

referencia a los factores emocionales, los cuales se relacionan significativamente con el nivel de percepción de autoeficacia y adherencia al tratamiento, siendo una variable mediadora que afecta a estos dos aspectos; ya que estos ejercen una influencia en los procesos cognoscitivos y en la acción que posee una persona en su vida y en la decisión de intentar de dejar la droga o iniciar su consumo.

Los programas de rehabilitación deberán monitorear variables personales de estado y contextuales, con el fin de optimizar las intervenciones a nivel individual y garantizar que la motivación y la adherencia al tratamiento presente en los inicios del programa se mantengan a lo largo del proceso terapéutico. Así mismo, se busca reducir la posibilidad de deserción, que rompe el ciclo de compromiso-adherencia-abstención, con resultados que puedan llevar a un estado de depresión, cuestionando de esta manera el éxito en el abandono de la droga.

2. Los programas de rehabilitación deberán dirigirse al fortalecimiento y mantenimiento de la percepción de autoeficacia? La autoeficacia cumple un papel fundamental en el problema de las adicciones, ya que según Marlatt y Cols (1997), este es un factor decisivo en el riesgo de la salud humana, puesto que la autoeficacia es un aspecto determinante en la adquisición de conductas saludables que influyen en el bienestar humano y que puede ejercer control directo sobre las conductas cuya modificación pueda deparar un mejor estado de salud; por lo tanto, se hace necesario que los programas de rehabilitación estén dirigidos al fortalecimiento y mantenimiento de la percepción de

autoeficacia. Según Bandura (1977), esta es la clave para el control y la competencia personal, en donde los individuos son capaces de controlar su ambiente y modificarlo. Así mismo, la autoeficacia, mejora el autocontrol ante las situaciones difíciles como el consumo de sustancias psicoactivas. Por esta razón, los tratamientos desarrollados dentro de las comunidades que trabajan con personas con problemas de adicciones deben dirigir sus programas no solo a la interrupción del comportamiento adictivo, sino al mejoramiento de la conducta y a elevar el nivel de autoeficacia, a través de la creación de estrategias que resalten las fortalezas, los procesos y se valoren las recaídas como una oportunidad más de aprendizaje y no como una derrota.

El tomar las recaídas como un aspecto positivo incrementa y fortalece el tratamiento y así mismo aumenta los niveles de autoeficacia a largo plazo del cambio de la conducta (Bandura 1987 y Marlatt, 1995).

En conclusión, la autoeficacia cumple un papel decisivo en el inicio y desarrollo de programas encaminados a la modificación y disminución de la conducta adictiva y a la reducción de los altos niveles de deserción contribuyendo de esta manera a que la persona logre utilizar sus propios recursos, con el fin de adherirse a un tratamiento y así lograr resultados satisfactorios.

3. El tamaño de la muestra limita la posibilidad de encontrar correlaciones significativas? Es importante mencionar que una correlación es mas significativa cuando existe un mayor número de variables en estudio, pues la fuerza de las relaciones será más completa. Por tal razón, para que exista un

correlación significativa se deben tener en cuenta varios criterios que permiten que una investigación posea tanto validez interna como externa; requisitos, que según Suarez (2001), están relacionados básicamente con dos criterios: control y muestra (tamaño y tipo).

Con relación a lo anterior, consideramos que esta investigación no cumple con estos dos aspectos, puesto que el tamaño de la muestra no es suficiente y por lo tanto no considera los criterios de representabilidad que debe tener; es decir, el número de participantes es esencial, ya que, según Suarez (2001), entre mayor sea el tamaño de la muestra mayor será el número de datos y por lo tanto restringe la posibilidad de comprobar las hipótesis a un mayor grado de confiabilidad. Lo anterior en el contexto de esta investigación cobra vigencia por cuanto siendo el tamaño de la muestra limita la posibilidad de garantizar y validar las correlaciones.

Por otro lado, por ser la muestra asignada y no aleatoria, se corre el riesgo de dejar a un lado varios aspectos que controlan de alguna manera la influencia de elementos y variables que puedan estar implícitos dentro de las características de la población y que inciden en la obtención de la información y por ende en los resultados.

Por tal razón, es relevante mencionar, que las distribuciones poco representativas, sesgadas o inusitadas, y la probabilidad de que se formen grupos notablemente desiguales se reduce a medida que crece el número de sujetos, al mismo tiempo que se reduce la invalidez interna, conllevando a la obtención de correlaciones más significativas. Esto quiere decir, que el número

de participantes influyó directamente en la obtención de los datos, en la comprobación de las hipótesis y en el nivel de correlación obtenido.

4. La medida de cumplimiento deberá ser validada por otras medidas y corroborarse con otros referentes?. Es importante mencionar, que aunque el

participante se autoevalúa, esta evaluación no es suficiente para garantizar la confiabilidad y la validez de los datos, por tal razón, es fundamental tomar otras pruebas paralelas de cumplimiento que le permitan al investigador observar el problema desde diferentes perspectivas y así no solo quedarse con la visión del evaluado sino también poder comparar y corroborar la información con otros referentes y personas, que de alguna manera están relacionados con el participante (Terapeutas, Psicólogos y Familiares). Esta alternativa posibilitaría tener un mayor seguimiento sobre el comportamiento de los participantes con medidas adicionales.

5. El sesgo del estudio longitudinal, sin posibilidad de contrastar fuentes de variabilidad influye en los resultados?. A pesar, de que los estudios con criterio longitudinal permiten apreciar los cambios o tendencias de un fenómeno en el transcurso del tiempo y establecer la asociación de una problemática en función de la sucesión temporal; estos no permiten controlar otras variables que afectan esta relación, pues es muy difícil evaluar los diferentes aspectos que influyen en cada una de las variables (percepción de autoeficacia y adherencia al tratamiento), a través del tiempo transcurrido entre una aplicación y otra,

afectando directamente la posibilidad de controlar innumerables factores que inciden en los resultados.

No obstante, para reducir esta posibilidad se tendría que aumentar el número de variables con el fin de obtener un mayor control sobre estas y así poder disminuir la influencia de otras fuentes sobre los resultados. Variables que tendrían que estar relacionadas con las fuentes de invalidación interna las cuales se relacionan con la calidad de la investigación. Esto solo se logra cuando hay control y cuando el análisis es el adecuado para el tipo de datos que se están manejando. Este control se alcanza eliminando las explicaciones rivales o fuentes de invalidación interna que Según Campbell y Stanley (1966), citados por Hernández (1999), estas se relacionan con la historia, maduración, inestabilidad, administración de pruebas entre otras.

En conclusión, en los estudios longitudinales es difícil obtener el control de las posibles variables que afectan el comportamiento, así, se constituyen estas variables no controladas en fuentes de invalidación interna.

Para finalizar, es importante mencionar que la autoeficacia tiene un nivel de generalidad tal que favorece a la persona en relación con todos los aspectos de su vida, ya que, le permite optimizar sus recursos personales y fortalecer su autocontrol. Según Bandura (1987), Condiott y Lichtenstein (1981), este es un factor protector que le permite mantener un control en relación con las conductas emocionales, conflictos interpersonales y presiones sociales.

Por otro lado, es importante resaltar la necesidad de llevar a cabo más investigaciones que den cuenta de la probable relación entre la autoeficacia y la

adherencia al tratamiento, teniendo en cuenta otras variables (emocionales y contextuales) que están implicadas en dicha relación.

De igual manera, los programas de rehabilitación deben ir encaminados al fortalecimiento de la red social, puesto que esta juega un papel importante dentro de un tratamiento de adicciones. En relación a esto Rumbos realizó una investigación en 1990 en la cual se encontró, que más del 80% de las personas que iniciaban un tratamiento de rehabilitación desertaban de este por la falta de apoyo social (amigos, familiares, instituciones) confirmandose así, que este aspecto disminuye el nivel de deserción e incrementa el desarrollo y el fortalecimiento de los programas de rehabilitación.

Dentro de esta red social, la familia y el contexto del paciente son fundamentales para el desarrollo de la autoeficacia y el mantenimiento del joven dentro de su tratamiento. Lo anterior se puede sustentar mediante una investigación realizada por el Consejo Nacional contra las adicciones (CONADIC) en 1985, la cual afirma que la familia es un actor primordial en el inicio del consumo de las drogas ya que la falta de afecto, de atención y la ausencia de los padres en la crianza de sus hijos pueden llevar al joven al consumo, reincidencia o a que se involucre en una red social inadecuada.

Así mismo, la familia es un factor que influye significativamente en la iniciación de un joven a un programa de rehabilitación, en donde el solo apoyo a nivel de acompañamiento no es suficiente, sino, que es pertinente que los padres acepten que ellos hacen parte del problema y asuman un tratamiento

con el fin de modificar comportamientos no adecuados que inciden en el desarrollo del tratamiento de sus hijos o familiares.

Dentro de esta red de apoyo social, es relevante aclarar que las relaciones que se establecen con los amigos, son fundamentales, ya que estos pueden contribuir a la interrupción del consumo y por lo tanto a un mayor nivel de adherencia al tratamiento; por tal razón, es importante mencionar que muchas veces un nuevo grupo de amigos, el establecimiento de relaciones más estables con otras personas y la modificación de su contexto favorecen el desarrollo del tratamiento y la recuperación del individuo.

Con relación a lo anterior, se puede concluir que el adicto necesita no solo del apoyo de su red social primaria sino también del apoyo de instituciones y grupos en los cuales pueda tener un acompañamiento cuando termine su tratamiento, ya que este medio social es un agente que contribuye al mantenimiento de la conducta de cambio, al fortalecimiento de su autoeficacia y a la prevención de recaídas.

En conclusión, no se debe desconocer el papel fundamental que juegan la percepción de la autoeficacia, los factores emocionales y contextuales en el comportamiento adictivo; por tal razón los programas deben ir encaminados a optimizar los recursos personales y a la creación de estrategias a nivel institucional, contextual e individual, contribuyendo de esta manera a la disminución de los niveles de deserción y a la consecución adecuada de un proceso de rehabilitación.

REFERENCIAS

Abramovich. (2000). Addiction Intervention. Jerusalén: The Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences. Disponible en Proquets . Dirección electrónica [www. umi.com/pqdweb](http://www.umi.com/pqdweb).

Andler, N. (2001). General Self-efficacy and Control in Relation to Anxiety and Cognitive Performance. Current Psychology. Disponible en Proquets . Dirección electrónica [www. umi.com/pqdweb](http://www.umi.com/pqdweb).

Anonimous. (2001). Self-efficacy, expectancies, and abstinence acceptance Further Evidence For the Addicted . San Francisco: Journal Of Psychoactive. Disponible en Proquets . Dirección electrónica [www. umi.com/pqdweb](http://www.umi.com/pqdweb).

Bandura, A. (1987). Pensamiento y Acción. México: Martínez Roca.

Bandura, A. (1995). Self-Efficacy in Changing Societies. Cambridge University press.

Bandura, A . (1995). Exercise of Personal and Collective efficacy in changing societies. New York: NJ Freeman.

Baker, P. (2000). I didn't Know Discoveries And Identity Transformation of Women Addicts in treatment . Tallahassee: Journal Of Drug Issues. Disponible en Proquets . Dirección electrónica [www. umi.com/pqdweb](http://www.umi.com/pqdweb).

Calabrece A, & Astolfi E. (1976). Toxicología Capeluz. Segunda edición.

Camilleri, G. (1996) Ponencia: .Prevención de Droga y Desarrollo Humano. Colombia.

Comerci G. (1990) Prevention of substance abuse in children and adolescent.
Filadelfia

Dragotto P & Suarez A. Prevención de Recaídas. Programa Cambio.

Dirección Nacional de Estupefaciente. (1994) Foro sobre Aspectos Psicosociales del Consumo de Drogas. Santafé de Bogotá.

Elasa M. (1998). Guía Para La Familia Con Problema De Alcoholismo Y Droga . Colombia: Norma.

Fleming M, (1994) Guía Clínica de Trastornos Adictivos. Barcelona España.

Hernandez S y cols. (1991). Metodología de la Investigación. México: Mc Graw Hill.

Jacabetse, L. (2001). Quantitative Morphology Of de Caudate and Putamen In Patients With Cocaína Depence. Washinton: American Journal Of Psychiatry.

Disponibile en Proquets . Dirección electrónica [www. umi.com/pqdweb](http://www.umi.com/pqdweb).

Joseph , Arlinton. (2000). linking practice and science in the substance abuse treatment of homeless persons. The journal of Applied behaviural science.

Disponibile en Proquets . Dirección electrónica [www. umi.com/pqdweb](http://www.umi.com/pqdweb).

Kalina E. (1998). La Familia del Adicto y Otros temas. Colombia.

Losada L. El abuso de estupefacientes y otras sustancias. Tomo 169.
Editorial el derecho. Buenos Aires.

Maddux. (1976). Self-Eficacy, Adaptation and Adjustment. Theory, Research And Aplication. University Falrfax Virginia. Plenum Press.

Marlatt, (1995) Self-efficacy and addictive behavior. New York: NJ Freeman.

Mc Donald, D. 1987. Patrones del Consumo de Alcohol y drogas entre adolescentes. Norte América

Mchugh, L. 1987. Abuso de sustancias volátiles. Norte América.

Musacchio de Zan. (1999). Drogadicción. Disponible en la dirección electrónica: www.google.com

Orduz, R. (1994) Artículo: De la Apropiación de la Conciencia al Acto. Ministerio de Salud ICBF. Colombia.

Pérez (2000). Pilas con las Drogas. Presidencia de la república. Bogotá: Carrera 7A LTDA.

Pico, M. (2000). Prevención frente a las drogas. Bogotá: Carrera 7A LTDA.

Rodríguez E. (1996) Ponencia: Estudio Nacional Sobre el Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia.

Rodríguez E y cols. (2000). Estudio Nacional del consumo global de Marihuana, cocaína y basuco. Colombia: Programa Presidencial Rumbos y la CNID. Disponible en rumbos@presidencia.gov.co.

Ruiz, M & Villalobos A, (1994). Habilidades Terapeuticas. Madrid: Fundación Universidad Empresa.

Salking N. (1997). Métodos de Investigación. Mexico: Prentice Hall.

Sherer m, Maddux J, Mercandante B, Prentice - Dunn S, Jacobs B & Rogers R. (1982). The self efficacy scale: Construction and Validation. Pshycological Repors.

Serna L (2001). Metodología de la Investigación en Ciencias de la Salud. Mexico: Manual Moderno.

Solis E. (2000). Consumo Personal de Estupefacientes. Colombia.

Disponible en la dirección electrónica: www.google.com

Suarez P. (2001). Metodología de la Investigación. Diseños y Técnicas.

Colombia: Orion Editores. Thone, m. (1999). A Positive Perceptual Approach to

adjustment Addictions Therapy Treatment. Gaithersburg: Family and community

Health. Disponible en Proquest. Dirección electrónica www.umi.com/pqdweb.

Veninga, Dening P. (2001). Comparison of indicators assessing the quality of drug prescribing for asthma. Chicago: Health Service Research. Disponible en

Proquest. Dirección electrónica www.umi.com/pqdweb.

Yaria J. (2000) Toxicodependencia: Asistencia y Prevención.

Weigand, D. (2000). The Importance Of Analysing Position specific Self Efficacy. Journal Of sport Behavior. Disponible en Proquest. Dirección

electrónica www.umi.com/pqdweb.

Whittinghill D. (2000). The Benefits Of a Self Efficacy Approach To Substance Abuse Counseling In the era of Managed Care. Alejandria.

Disponible en Proquest. Dirección electrónica www.umi.com/pqdweb.

ANEXOS

ANEXO 1 ESCALA DE AUTOEFICACIA (SES)

(Mark Sherer, James E. Maddux, Blaise Mercandante, Steven Prentice-Dunn, Beth Jacobs & Ronald W. Rogers, 1982).

CODIGO: _____

Este cuestionario contiene una serie de afirmaciones sobre sus actitudes personales. cada afirmación representa una frase común para usted.

Lea cada una de estas afirmaciones y decida hasta que punto cada uno de ellas lo describe. Aquí no hay respuestas correctas o erradas. Probablemente estará usted de acuerdo con algunas de las afirmaciones y con otras no. Por favor indique sus propios sentimientos en relación con las afirmaciones marcando la letra que mejor describe estos sentimientos y actitudes.

Sea sincero y conteste de acuerdo a lo que Ud. realmente es, no como le gustaría ser.

A = totalmente en desacuerdo.

B = moderadamente en desacuerdo.

C = No estoy de acuerdo ni en desacuerdo.

D = Moderadamente de acuerdo.

E = Totalmente de acuerdo

- 1 ___ Me gusta cultivar plantas para la caza
2. ___ Cuando hago planes estoy seguro de que puedo desarrollarlos
3. ___ Uno de mis problemas es que no puedo dejar de trabajar cuando debería.
4. ___ Si no puedo realizar un trabajo al primer intento, continuo intentando hasta que lo logro
5. ___ La herencia juega el mayor papel en determinar la personalidad de uno mismo.
6. ___ És difícil para mi hacer nuevos amigos
7. ___ Cuando establezco metas importantes para mi mismo rara vez las alcanzo.

8. ___ Yo dejo de hacer las cosas antes de completarlas
9. ___ Me gusta cocinar
10. ___ Si veo a alguien que me gustaría conocer me acerco a ella en vez de esperar a que el o ella se acerque a mi.
11. ___ Evito enfrentarme a las dificultades
12. ___ Si veo que alguna cosa es complicada de realizar no me molesto en intentarla
13. ___ considero que cada persona tiene cosas buenas
14. ___ Si conozco a alguien interesante, pero él o ella es muy reacio a hacer amigos, muy pronto dejo de intentar ser su amigo.
15. ___ Cuando debo hacer algo que no disfruto, persisto hasta que lo termino
16. ___ Cuando decido hacer algo, lo hago inmediatamente.
17. ___ Me gusta la ciencia.
18. ___ Cuando intento aprender algo nuevo, lo dejo rápidamente si no tengo éxito inicialmente
19. ___ Cuando estoy tratando de ser amigo de alguien que no parece estar interesado, no dejo de intentarlo fácilmente.
20. ___ Cuando se presentan problemas inesperados no los manejo muy bien
21. ___ si fuera un artista, me gustaría dibujar niños
22. ___ Evito tratar de aprender cosas nuevas cuando se ven muy difíciles para mi
23. ___ Fallar me hace tratar con mas insistencia.
24. ___ Yo no me desempeño bien en las reuniones sociales.
25. ___ Me gusta mucho montar a caballo.
26. ___ Me siento inseguro sobre mi habilidad para hacer cosas.
27. ___ Soy una persona que confía en si mismo.
28. ___ He conseguido amigos gracias a mis habilidades personales para hacer amigos.
29. ___ Me rindo fácilmente.

30. ___ No me siento capaz de enfrentarme a la mayor parte de problemas de mi vida.

ANEXO 2

Autoregistro de Asistencia y Grado de Cumplimiento de los Participantes en el Programa

A continuación encontrará un cuadro que permitirá conocer las actividades que usted realiza a diario, su asistencia y el grado de compromiso de Ud., hacia estas. Por favor, diligencie el cuadro diariamente de acuerdo a su horario lo mas sinceramente posible.

En primer lugar, escriba la fecha correspondiente a la semana de actividades. Es decir, los días que corresponden desde el lunes hasta el domingo.

En segundo lugar, día a día Ud. debe escribir por cada actividad si asistió o no y a la vez su grado de compromiso que será medido de uno a diez. Por ejemplo: El día Lunes a las 8:00 am. en la casilla de asistencia debe escribir SI , si usted asistió a la actividad y No si usted no asistió a la actividad. Y en la siguiente casilla debe escoger un numero de acuerdo a su grado de compromiso entre 1 y 10; siendo 1 el mas bajo y 10 el mas alto para cada actividad. Lo anterior debe hacerlo todos los días, a las horas correspondientes.

5:00 - 6:00 PM	11.							
6:00 - 7:00 PM	12.							
8:00 - 9:00 PM	13.							
TOTAL DIARIO								

ANEXO 4

INVENTARIO DE AUTOREPORTE (IPATT)

Este cuestionario contiene una serie de afirmaciones sobre sus actitudes personales. Lea Cada una de estas afirmaciones y decida hasta que punto lo define a usted. Aquí no hay respuestas correctas ni incorrectas. Por favor indique sus propios sentimientos en relación con las afirmaciones y marque con toda sinceridad la letra que corresponda a sus actitudes y sentimientos. Sea sincero y conteste de acuerdo a lo que Ud. realmente es, no como le gustaría ser.

1. El interés que despiertan en mí las personas y las distracciones tiende a cambiar con bastante rapidez. 1. A
B C
(a) cierto (b) indeciso (c) falso
2. No perturba mi tranquilidad el que algunas personas no tengan opinión de mí. 2.
A B C
(a) cierto (b) indeciso (c) falso
3. Antes de decir algo, me gusta estar bien seguro de lo que voy a decir es correcto. 3. A B C
(a) sí (b) indeciso (c) Falso
4. Tengo tendencia a dejarme llevar por los celos 4. A B C
(a) a veces (b) rara vez (c) nunca
5. Si fuera necesario volver a empezar mi vida 5. A B C
(a) la planearía de modo muy distinto (b) indeciso © me gustaría que fuese como ha sido
6. Admiro a mis padres en todos los aspectos importantes 6. A B C
(a) sí (b) indeciso (c) no
7. me resulta difícil aceptar un no como respuesta, aun cuando se que lo que pido es imposible. 7. A B C
(a) cierto (b) indeciso (c) falso
8. Dudo de la honestidad de la gente que se muestra mas amable de lo que esperaba 8. A B C
(a) cierto (b) indeciso (c) falso
9. para exigir y mantener obediencia, mis padres 9. A B C
(a) siempre eran muy razonables (b) indeciso © muy frecuentemente eran poco razonables
10. necesito a mis amigos mas de lo que ellos parecen necesitar a mí 10. A B C
(a) rara vez (b) a veces (c) a menudo
11. ante una dificultad inesperada, estoy seguro de que podré disponer de todas mis fuerzas para afrontarlo. 11. A B C
(a) siempre (b) a menudo (c) rara vez.
12. Cuando era niño tenía miedo a la oscuridad 12. A B C
(a) a menudo (b) a veces (c) nunca
13. algunas veces la gente me dice que demuestro mi excitación muy evidentemente a través de mi voz y mis expresiones. 13. A B C
(a) cierto (b) indeciso (c) falso
14. si algunas personas se aprovechan de mi amistad 14. A B C
(a) lo olvido pronto y lo perdono (b) indeciso © lo resentido y guardo rencor
15. las criticas que otras personas me hacen, suelen contribuir mas bien a inquietarme que a ayudarme 15. A
B C
(a) a menudo (b) en ocasiones (c) nunca
16. me encolerizo fácilmente con las personas 16. A B C

(a) cierto (b) indeciso (c) falso

17. me siento muy inquieto como si deseara algo pero sin saber que

17. A B C

(a) muy raramente (b) a veces (c) a menudo

18. a veces me pregunto si las personas a las que hablo están realmente interesadas por lo que digo 18. A

B C

(a) cierto (b) indeciso (c) falso

19. Nunca he experimentado vagas sensaciones de malestar como dolores difusos, trastornos digestivos, 19. A

B C

palpitaciones, etc. (a) cierto (b) indeciso (c) falso

20. al discutir con ciertas personas me llevo a molestar de forma tal que apenas se que decir 20. A

B C (a) a veces (b) rara vez (c) nunca

21. Cuando estoy tenso, o nervioso gasto mas energía que a mayoría de la gente para realizar 21. A B C

las cosas. (a) cierto (b) indeciso (c) falso

22. Me he propuesto no ser distraido o no olvidar detalles 22. A B C

(a) cierto (b) indeciso (c) falso

23. Me mantengo en mis propósitos aunque tropiece con dificultades y obstáculos importantes 23. A B C

(a) si (b) indeciso (c) no

24. tiendo a excitarme y confundirme en situaciones difíciles

24. A B C

(a) si (b) indeciso (c) no

25. Debes en cuando tengo pesadillas que perturban mi sueño 25. A B C

(a) si (b) indeciso (c) no

26. Tengo siempre suficiente energía cuando me encuentro en dificultades 26. A B C

(a) si (b) indeciso (c) no

27. Debes en cuando me siento impulsado contar el numero de baldosas, rayas y otras cosas sin que

27. A B C

haya una razón aparente para ello. (a) cierto (b) indeciso (c) falso

28. Aunque no les guste reconocerlo, la mayor parte de las personas tienen alguna rareza de carácter

28. A B C

(a) cierto (b) indeciso (c) falso

29. Si hago el ridículo social puedo olvidarme rápidamente del mismo

29. A B C

(a) si (b) indeciso (c) no

30. Estoy de mal humor y no quiero ver a nadie 30. A B C

(a) pocas veces (b) indeciso (c) muy frecuentemente

31. Cuando me salen mal las cosas casi me pongo a llorar

31. A B C

(a) nunca (b) muy rara vez (c) a veces

32. Incluso cuando estoy con otras personas me siento aveces invadido por un sentimiento de 32. A B C

soledad y de inferioridad. (a) si (b) indeciso (c) no

33. Me despierto por la noche y a causa de mis preocupaciones tengo dificultad para volver a

33. A B C

conciliar el sueño. (a) a menudo (b) a veces (c) nunca

34. generalmente soy optimista a pesar del numero de dificultades a las que tenga que enfrentarme

34. A B C

(a) si (b) indeciso (c) no

35. A veces tengo sentimientos de culpabilidad o remordimiento por cosas sin importancia

35. A B C

(a) si (b) indeciso (c) no

36. Mis nervios están tan tensos que algunos ruidos (por ejemplo el chirrido de una puerta) se me hacen 36. A
B C

insoportables. (a) a menudo (b) en ocasiones (c) nunca

37. Cuando algo desagradable me enoja, generalmente recobro la calma bastante rápido.

37. A B C

(a) cierto (b) indeciso (c) falso

38. Tengo tendencia a temblar y a sudar ligeramente cuando pienso que tengo que realizar algo 38. A B C

que me parece muy difícil . (a) si (b) indeciso (c) no

39. Habitualmente me duermo con rapidez, en unos pocos minutos, cuando me acuesto 39. A B C

(a) si (b) indeciso (c) no

40. A veces entro en un estado de tensión e inquietud al pensar en cosas de mi interés y preocupación.

40. A B C

(a) cierto (b) indeciso (c) falso

ANEXO 5

UNIVERSIDAD DE LA SABANA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
HISTORIA CLINICA

HISTORIA No. _____

FECHA: _____

INFORMACION DEL INGRESO

Voluntario__ Sugerido __ primera vez__ reingreso__

INFORMACION DEL ACUDIENTE

Nombre:

Parentesco:

Dirección:

Telefono:

Ocupación:

I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombre y apellido _____ Edad _____

Fecha de Nacimiento _____ Lugar _____

Dirección _____ Telefono _____

Escolaridad _____ Ocupación u oficio _____

Estado Civil _____ Tiempo de Union _____

Nivel socio economico y strato _____ Credo Religioso _____

II. DATOS FAMILIARES

1. Nombre del Conyugue o Compañero (a) _____

Edad _____ Estado Civil _____

Ocupación _____

_____ Relación _____ con _____ la _____ pareja

Antecedentes del compañero (a):

2. Hijos

Nombre Edad Estado Civil Escolaridad

Antecedentes

Relación con los Hijos

3. Nombre del padre _____ Ocupación _____
Nombre de la Madre _____ Ocupación _____
Edad: _____ Nivel de Escolaridad _____
Estado civil _____
Descripción _____ de _____ los
padres _____

Relación _____ con _____ los
padres _____

(+) = persona fallecida

Observaciones

4. Hermanos

Nombre	Edad	Estado Civil	Escolaridad	Ocupación
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

Relación con los hermanos

Antecedentes

IV. INFORMACIÓN DE SALUD

Intervenciones Psiquiátricas

NO _____ SI _____ Numero de Intervenciones:

Motivo _____ de

Consulta: _____

Tratamientos Actuales:

Motivo: _____ Especialista: _____ Medicación vigente:

A padecido de:

Enuresis: Encopresis: Temores nocturnos: Hurto: Neurosis: Variaciones Emocionales Extremas:

V. DATOS PERSONALES

1. Infancia y Niñez

Características de la personalidad _____

Características escolares:

-
Relacion con compañeros: _____

Relacion con profesores: _____

Relacion de la familia con el plantel educativo: _____

Episodios sobresalientes: _____

Proceso de socialización _____

Intereses y Habilidades _____

Antecedentes _____

2. Adolescencia

- Características escolares

Centro educativo _____

Desempeño Académico: optimo _____ Normal _____ Regular ____ Deficiente _____

Porque? _____

Áreas de Dificultad _____

Áreas sin _____

dificultad _____

Porque? _____

- Interacción con su medio Escolar :

Superiores _____

Compañeros _____

Situaciones problema _____

Situaciones satisfactorias

Intereses

Actividades extra académicas

Observaciones

Características Laborales
Institución _____ Tipo _____ de Servicio: _____

Cargo: _____ Motivo _____ de retiro: _____

Desempeño laboral : Optimo _____ Normal _____ Regular _____ Deficiente____
Porque? _____

Interacción con su medio laboral
Superiores _____

Compañeros _____

Situaciones problema _____
Situaciones gratificantes _____
Cumplimiento _____ de normas _____
Intereses _____

Observaciones _____

Interacciones sociales

Relaciones Con pares _____

Noviazgo _____

3. Adultez

Desempeño laboral : Optimo _____ Normal _____ Regular _____ Deficiente _____

Porque? _____

Interacción con su medio laboral

Superiores _____

Compañeros _____

Situaciones problema _____

Situaciones gratificantes _____

Intereses _____

Observaciones _____

Interacciones sociales

Relaciones pares _____ Con _____

Noviazgo _____

VI. HISTORIA DE LA ADICCIÓN

Inicio _____ del _____

Consumo _____

Antecedentes _____ del _____ consumo _____ :

Tiempo _____ de _____

Consumo _____

Sustancias Consumidas _____

Sustancia _____ de _____ Consumo _____ Actual: _____

Factores _____ Motivacionales: _____

Ha _____ tratado _____ de _____ dejar _____ las _____ drogas?

Cuántas _____ Veces: _____ Ha _____ tenido _____ tratamientos _____ anteriores:

Tipo _____ de _____ tratamiento: _____

Periodos _____ de _____ abstinencia: _____

Tiempo _____ máximo _____ del _____ periodo _____ de _____ abstinencia: _____

Ha _____ tenido _____ recaídas, _____ cuántas? _____

Razon _____ de _____ la
Recaida _____
En _____ que _____ situaciones _____ y _____ lugares
consume _____
Observaciones _____

VII. AREA INDIVIDUAL

Autoconcepto:

Cualidades:

Aspectos por Mejorar:

Habilidades Personales:

Expectativas del Tratamiento:

Comentarios:

ANEXO 6

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA
UNIVERSIDAD DE LA SABANA
CHÍA - COLOMBIA**

Agosto ____ 2001

Estimado _____

La facultad de psicología de la Universidad de la Sabana apoya la practica para obtener el consentimiento informado y proteger a las personas que participan en la investigación.

Esta investigación tiene por objeto medir el valor predictivo de la autoeficacia en hombres y mujeres entre 15 y 45 años consumidoras de sustancias psicoactivas para que se adhieran exitosamente al tratamiento, aproximadamente durante cuatro meses.

Esta información es importante ya que ayudará a desarrollar estrategias eficaces para una adecuada rehabilitación de las personas con conductas adictivas y a la vez contribuirá a un buen nivel de adherencia al tratamiento disminuyendo de esta manera las posibles recaídas.

Su participación es importante para nosotros siempre y cuando esta sea voluntaria. Les aseguramos que su nombre no se mencionara en los hallazgos de la investigación. La información solo se identificara mediante un código numérico. Ustedes como participantes tienen la libertad de retirarse del estudio en cualquier momento.

Los invitamos a compartir los resultados finales de nuestra investigación, que sabemos contribuirá a otras personas que como usted padecen de la enfermedad.

Agradecemos su atención y apreciamos su interés y cooperación.

Atentamente,

Sandra Moreno
Estudiante de Pregrado de Psicología

María Clara Rodríguez
Directora de Tesis

Diana Zarante
Estudiante de pregrado de psicología

Firma del participante

ANEXO 7

FACULTAD DE PSICOLOGÍA UNIVERSIDAD DE LA SABANA CHÍA - COLOMBIA

Septiembre del 2001

Estimado Señor y Señora

La facultad de psicología de la Universidad de la Sabana apoya la practica para obtener el consentimiento informado y proteger a las personas que participan en la investigación.

La siguiente información tiene como fin ayudarle a decidir si permitirá que (nombre del menor de edad), participe en el presente estudio. Ud. esta en libertad de retirarlo (a) del estudio en cualquier momento .

Esta investigación tiene por objeto medir el valor predictivo de la autoeficacia en mujeres y hombres entre 15 y 45 años consumidoras de sustancias psicoactivas para que se adhieran exitosamente al tratamiento.

Esta información es importante ya que ayudará a desarrollar estrategias eficaces para una adecuada rehabilitación de las personas con conductas adictivas y a la vez contribuirá a un buen nivel de adherencia al tratamiento disminuyendo de esta manera las posibles recaídas.

Nos gustaría que (Nombre del Menor) participara, pero tal participación es voluntaria. Les aseguramos que el nombre del menor no se mencionara en los hallazgos de la investigación. La información solo se identificara mediante un código numérico.

Los invitamos a compartir los resultados finales de nuestra investigación, que sabemos contribuirá a ayudar a otras personas con la misma enfermedad.

Agradecemos su atención y apreciamos su interés y cooperación.

Atentamente,

Sandra Moreno
Estudiante de Pregrado de Psicología

María Clara Rodríguez
Directora de Tesis

Diana Zarante
Estudiante de pregrado de psicología

Firma del Padre o Tutor