

Autoeficacia y riesgo de recaída en adictos residentes en comunidades terapéuticas

Self-efficacy and risk of relapse in addicts in therapeutic communities residents

*Jessica Milagros Valles V.**
Universidad Autónoma Del Perú

RESUMEN

Se relacionó la autoeficacia general y el riesgo de recaída en adictos en tratamiento residencial. El diseño fue correlacional. La muestra fueron 129 adictos de 14 a 67 años, de ambos sexos de cinco comunidades terapéuticas de Lima. Se empleó la Escala de Autoeficacia General (EAG) de Baessler y Schwarzer (1996; modificada por Anicama y Cirilo, 2010) y el Cuestionario de Riesgo de recaída AWARE 3.0 de Gorski y Miller (2000), realizándose una adaptación piloto previa a la investigación. Se halló una correlación inversa y altamente significativa ($r = -0,389$), de nivel moderado bajo, entre Autoeficacia General y Riesgo de recaída ($p < 0.05$). Además, predomina el nivel muy bajo en la percepción de Autoeficacia (58,1%) y el nivel promedio en el Riesgo de recaída (45.7%). Finalmente, se observan diferencias significativas en la Autoeficacia General y el Riesgo de Recaída según variables sociodemográficas ($p < 0.05$).

Palabras clave: Autoeficacia general, riesgo de recaída, adictos en tratamiento residencial.

ABSTRACT

The relationship between general self-efficacy and the risk of relapse in addicts in residential treatment was determined. The design was correlational. The sample consisted of 129 drug addicts 14-67 years, of both sexes five therapeutic communities in southern Lima. Scale Autoeficacia General (EAG) of Baessler and Schwarzer (1996, amended by Anicama and Cirilo, 2010) was used and Questionnaire Risk of relapse AWARE 3.0 of Gorski and Miller (2000), performing a previous pilot adaptation research. an inverse and highly significant correlation ($r = -0.389$), moderately low level, between the General Self-efficacy and risk of relapse ($p < 0.05$) was found. In addition, the very low level predominates in the perception of self-efficacy (58.1%) and the average level in the risk of relapse (45.7%). Finally, significant differences in the General Self-efficacy and the risk of relapse by sociodemographic variables ($p < 0.05$) was observed.

Keywords: General Self-efficacy, risk of relapse, addicts in residential treatment.

* Correo electrónico del Autor: jessica_mn_9@hotmail.com

RESUMO

Foi determinada a relação entre auto-eficácia geral e o risco de recaída em dependentes em tratamento residencial. O projeto foi correlacional. A amostra foi composta de 129 toxicodependentes 14-67 anos, de ambos os sexos cinco comunidades terapêuticas no sul do Lima. Escala Autoeficacia Geral (EAG) de Baessler e Schwarzer (1996, alterada pela Anicama e Cirilo, 2010) foi usado e Questionário risco de recaída AWARE 3.0 de Gorski e Miller (2000), realizando uma pesquisa de adaptação piloto prévio. uma correlação inversa e altamente significativa ($r = -0,389$), moderadamente baixo nível, entre o geral Self-eficácia e risco de recidiva ($p < 0,05$). Além disso, o nível muito baixo predomina na percepção de auto-eficácia (58,1%) e o nível médio do risco de recaída (45,7%). Finalmente, foi observada diferença significativa na auto-eficácia geral e o risco de recaída por variáveis sociodemográficas ($p < 0,05$).

Palavras-chave: Geral auto-eficácia, risco de recaída, viciados em tratamento residencial.

INTRODUCCIÓN

Las adicciones producen consecuencias negativas en el área individual, familiar, social, laboral y, por ende, a nivel económico y legal. El problema no sólo es el consumo de sustancias, sino el tráfico ilícito de drogas que va de la mano con un círculo de corrupción, lavado de activos, delincuencia y violencia que vemos incrementada diariamente. Las adicciones van en aumento, y en nuestro medio, las investigaciones en el campo del abuso y dependencia de sustancias son escasas, a pesar de haberse confirmado el inicio precoz del consumo de drogas, así como el incremento de las mujeres al consumo de sustancias (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito: UNODC, 2014).

Según el estudio del impacto social y económico del Consumo de Drogas en el Perú (Comisión Interamericana para el Control del Abuso de drogas: CICAD, 2010), el costo social del consumo de drogas está asociado a diversos factores, el primero es el costo de la rehabilitación del adicto, luego está la violencia doméstica, actos delincuenciales provocados por el efecto de las sustancias psicoactivas (SPA) o por la necesidad de conseguir recursos para abastecerse de drogas; las relaciones familiares se debilitan o se destruyen, entre los más resaltantes. Además, se indica que el consumo de drogas es uno de los problemas críticos de seguridad ciudadana que tiende a crecer en nuestro país, que debe ser controlado.

Por otro lado, las estadísticas nacionales e internacionales del consumo de drogas nos muestran que este problema va en aumento debido a las dificultades en el desarrollo de asertividad, poca capacidad de toma de decisiones, escasa o nula comunicación entre familias, presión social, baja autoestima, mitos del consumo como “la marihuana es natural y no hace daño, fumar me hace sentir relajado, no todos los que consumen se vuelven adictos” (Comisión Nacional contra las adicciones: CONADIC, 2008).

Diversos autores afirman que así como existen factores de riesgo al consumo, existen factores protectores, tanto individuales como sociales (Hagman, 2004; López-

Torrecillas, Bulas, León-Arroyo y Ramírez, 2005). Entre los factores individuales, las investigaciones destacan el papel de la Autoeficacia, definida como aquel sentimiento estable de competencia personal para manejar eficazmente diversas situaciones estresantes (Baessler y Schwarzer, 1996, citado por Suárez, Pérez y Bermúdez, 2000). Por tanto, la autoeficacia ejerce un rol muy importante sobre el riesgo de recaída, el cual es considerado como aquella predisposición a volver a la conducta adictiva (Gorski y Miller, 1982; citado por Álvarez, 2011). Al respecto, las investigaciones afirman que la autoeficacia es inversamente proporcional al consumo de sustancias, es decir, a mayores niveles de autoeficacia, la probabilidad del consumo es menor (Tijerina, 2005; Ibrahim, Kumar, y Abu Samah, 2011; Rivera, 2011; Saravia y Frech, 2012) y, por lo tanto, la probabilidad de recaer se reduce.

En relación al índice de recaídas, el observatorio Argentino de drogas (García, 2011) señala que en ese país, siete de cada diez pacientes actualmente en tratamiento ya había recibido uno anteriormente, en otras palabras, el 70% de los pacientes son reincidentes. Asimismo, en México, el 70% de personas que salen de centros de rehabilitación recaen en el consumo de drogas o alcohol (Sánchez, 2011). Sin embargo, la cifra aumentó a 85 y 90% en el 2013, debido a que los pacientes tienen dificultad en el manejo de conflictos y emociones (López, 2013). Por otro lado, las tasas de recaídas en adicción a las drogas oscilan entre el 40 y 60% en Estados Unidos (McLellan, Lewis, O'Brien y Kleber, 2000; citado por el NIDA, 2014).

De acuerdo a la III Encuesta Nacional sobre Prevención y Consumo de Drogas, 2006 realizada por la Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin drogas: DEVIDA en nuestro medio, un 40.4% de la población entrevistada, correspondiente a edades entre 12 a 64 años, consumió alcohol o tabaco; el 4.6% han hecho uso de sustancias y el 7.7% ha utilizado sin prescripción médica, estimulantes o tranquilizantes, alguna vez en su vida. En el estudio realizado por la misma entidad en el 2010, se encontró que el 11.6% de la población demanda algún tipo de tratamiento especializado en el sistema de salud por consumo de bebidas alcohólicas; el 6.8% por el consumo de cigarrillos; y el 0.9% de la población urbana, debido al consumo de alguna sustancia ilícita.

En lo que respecta a tratamientos de pacientes consumidores de drogas, DEVIDA (2010) encontró que aproximadamente el 19% de la población demanda tratamiento en salud por problemas con el consumo de sustancias, sean legales o ilegales. Además, la Red de información de demanda de tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas - RIDET (2010), señala que el 35.05% de los pacientes recibieron tratamiento residencial por problemas con el consumo de drogas, dentro de los cuales, el 17.98% fue en comunidades terapéuticas. Lo cual indica que estas instituciones son un gran soporte en la atención de las personas con trastorno por uso de sustancias.

Los datos previamente descritos revelan que lejos de mejorar la situación, los índices de consumo y recaídas van en aumento, siendo necesario realizar investigaciones destinadas a prevenir el consumo o la recaída, por ello, el presente estudio analizará la relación entre la autoeficacia y el riesgo de recaída en adictos a sustancias psicoactivas.

Conocer el riesgo de recaídas permitirá a la comunidad terapéutica centralizar sus esfuerzos en atender aquellos factores que están contribuyendo a que sus pacientes sean reincidentes. Así mismo comprender como los factores protectores como la autoeficacia contribuyen al bienestar integral del adicto y permitirá diseñar estrategias de intervención que consideren a estos factores como elementos clave de la recuperación.

Además, la utilidad práctica de esta investigación es comprender como se relacionan la autoeficacia (factor protector) con el riesgo de recaídas a fin de elaborar y aplicar programas de intervención frente consumo de sustancias psicoactivas y prevención de recaídas.

Finalmente, desde la perspectiva metodológica, se pondrá a prueba cómo funciona el Cuestionario de riesgo de recaída AWARE 3.0 de Gorski y la Escala de Autoeficacia General de Baessler y Schwarzer, en esta población.

MÉTODO

Tipo y diseño de investigación

La presente investigación es de tipo no experimental transversal, ya que busca observar las variables tal y como se dan en su contexto natural, para después analizarlas en un momento determinado y único (Hernández, Fernández y Baptista, 2010). Además, es de tipo correlacional, ya que tiene como propósito medir el grado de relación que existe entre dos o más variables o conceptos (Alarcón, 1991).

Participantes/Muestra

La población para la presente investigación abarca a 160 pacientes adictos a sustancias psicoactivas que se encuentren recibiendo tratamiento residencial en comunidades terapéuticas ubicadas en Lima, tomándose en cuenta a las siguientes:

- C.T. “Proyecto Fénix” – Chorrillos.
- C.T. “Jesús, roca que salva” – Villa El Salvador.
- C.T. “Restauración LIFE”- Lurín.
- C.T. “Ayuda en acción”- Punta Negra.
- C.T. “Vida”- San Bartolo.

Para esta investigación se tomó a los sujetos que cumplían los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

Criterios de inclusión:

Edad: 14 a 67 años.

Sexo: Masculino y femenino.

Actualmente residente en Comunidad terapéutica en Lima.

Paciente en tratamiento por trastorno por consumo de sustancias.

Participación voluntaria.

Criterios de exclusión:

Edad: Menores de 14 años y mayores a 67 años.

Paciente bajo los efectos de sustancias psicoactivas.

Paciente con trastorno sensorial y/o mental severo.

Paciente que no se encuentre en tratamiento residencial.

Paciente en tratamiento por trastornos de conducta y adicciones comportamentales.

Resistencia a participar en la investigación.

Puntuación alta en escala de mentiras.

La muestra total consta de 129 sujetos que cumplen los criterios de inclusión mencionados líneas arriba.

Instrumentos

La Autoeficacia General se midió con la Escala de Autoeficacia General (EAG) de Baessler y Schwarzer (1996; modificada por Anicama y Cirilo, 2010), construyéndose

baremo sobre la base del estudio de Anicama, Caballero, Cirilo, Aguirre, Briceño y Ambrosio (2012) en población no clínica.

Además, se realizó una adaptación piloto con una muestra de 50 pacientes adictos de ambos sexos, obteniéndose la validez según la prueba V de Aiken, eliminándose el ítem 10, quedando 13 de los 14 ítems iniciales; y el coeficiente de validez según la prueba binomial arrojó que hay concordancia entre 8 de 10 jueces ($p < 0.05$), lo cual indica que el instrumento tiene validez de contenido. En cuanto a confiabilidad, se obtuvo un Alfa de Cronbach de 0,722, siendo aceptable.

El Riesgo de Recaída se evaluó empleando el Cuestionario de Riesgo de recaída AWARE 3.0 de Gorski y Miller (2000), realizándose una adaptación piloto para el estudio con una muestra de 50 sujetos de ambos sexos, con lo cual se obtuvo la validez según la prueba V de Aiken, que determinó que todos los ítems se mantienen, y según la prueba binomial concluyó que los valores son menores a 0.05, por lo tanto, el cuestionario es válido. Asimismo, el alfa de cronbach de 0.905 muestra una excelente confiabilidad del instrumento.

Procedimiento

Se tomó contacto con los directores de cada Comunidad Terapéutica con el fin de entregar una carta de presentación y el consentimiento informado para participar en la investigación, teniendo autorización inmediata a cinco Comunidades Terapéuticas.

Posteriormente, se coordinó las fechas de aplicación, siendo aproximadamente 7 horas las empleadas en cada institución para la aplicación de los instrumentos de forma individual en una sesión de 20 minutos aproximadamente. Se logró acceder a 160 sujetos, de los cuales 30 no cumplían los criterios de inclusión, resultando 130 sujetos los que componían la muestra, sin embargo 1 residente decidió no participar en la investigación, por lo que la muestra final fue de 129 sujetos de forma voluntaria, con la que se realizó el análisis estadístico.

El procedimiento estadístico de los datos se llevó a cabo con el paquete estadístico SPSS versión 22.0. Luego de la recolección de datos, se procedió con el análisis estadístico de los mismos, empleándose estadísticos descriptivos (media aritmética, desviación estándar, moda, mediana, asimetría, curtosis, frecuencia y porcentaje). Para conocer el tipo de distribución de la muestra se empleó la prueba de normalidad de K/S. Finalmente, en la estadística inferencial se utilizó el anova, T de student y Correlación r de Pearson.

RESULTADOS

Análisis de la variable Autoeficacia General

En la tabla 1 puede observarse que el puntaje promedio de Autoeficacia general es de 23.83 que lo ubica en un nivel Promedio (P_c 54.23) de la muestra. Con respecto a los puntajes de Asimetría, observamos que la Autoeficacia general, tiene una distribución simétrica, es decir, existe aproximadamente la misma cantidad de valores a los dos lados de la media. En cuanto a la curtosis, observamos que la Autoeficacia general presenta una curva mesocúrtica, es decir que existe una concentración moderada de valores alrededor de la media.

Tabla 1
Estadísticos descriptivos de Autoeficacia general

Estadísticos	Autoeficacia general
Media	23.83
Mediana	24.00
Moda	23
Desv. típ.	4.373
Asimetría	.107
Curtosis	.278

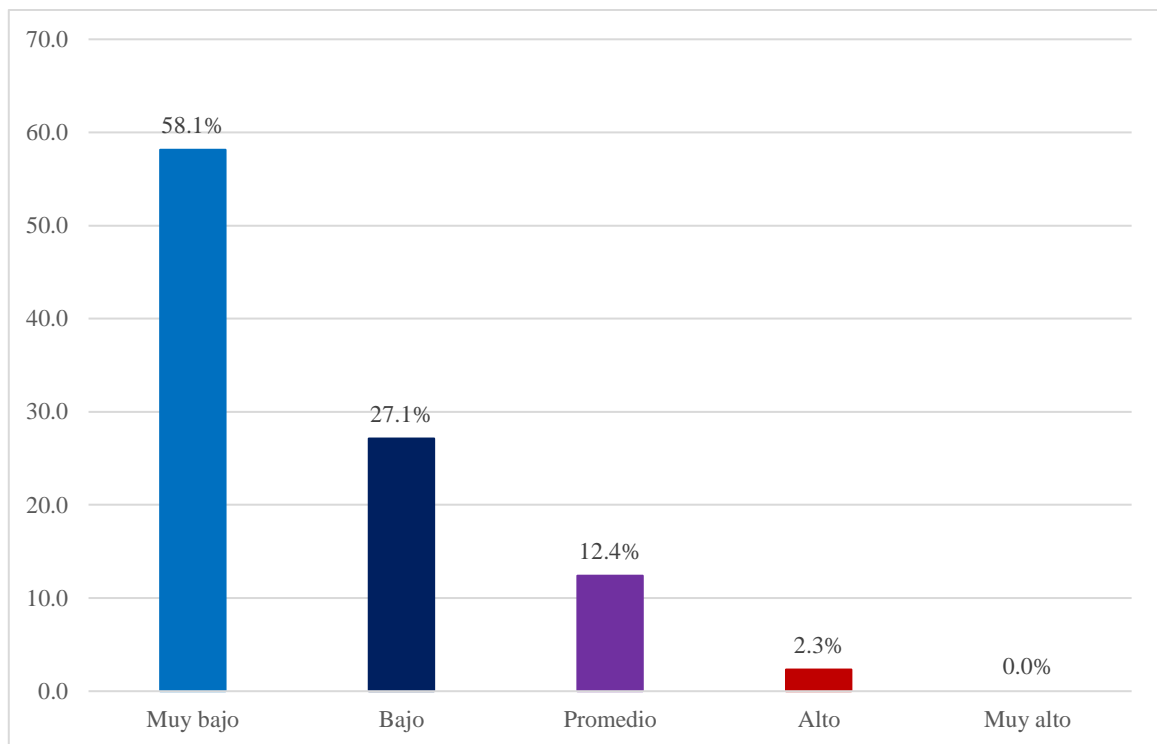


Figura 1. Niveles de Autoeficacia general de la muestra

En la figura 1 se observan de manera gráfica los niveles de la Autoeficacia general comparada con población no clínica, en la cual el 58.1% de la muestra se ubica en la categoría muy baja, el 27.1% en nivel bajo, el 12.3% en la categoría promedio, y el 2.3% que obtiene un nivel alto.

En la tabla 2 se observa que la Autoeficacia general presenta una distribución normal ($p > 0.05$), por lo tanto se justifica el uso de estadísticos paramétricos.

Tabla 2
Prueba de normalidad de Autoeficacia general

		Autoeficacia general
N		129
Parámetros normales ^{a,b}	Media	23.83
	Desviación estándar	4.373
Máximas diferencias extremas	Absoluta	.069
	Positivo	.069
	Negativo	-.051
Estadístico de prueba		.069
Sig. asintótica (bilateral)		,200

En la tabla 3 se aprecia que el puntaje promedio del Riesgo de recaída es de 94.25 que lo ubica en un nivel promedio (Pc 50.26) de la muestra. Con respecto a los puntajes de Asimetría, observamos que se acepta que la distribución es Simétrica, es decir, existe aproximadamente la misma cantidad de valores a los dos lados de la media. En cuanto a curtosis, se observa que la distribución es Platicúrtica, es decir, existe una baja concentración de valores alrededor de la media.

Tabla 3
Estadísticos descriptivos de Riesgo de recaídas

	RIESGO DE RECAÍDAS
Media	94.25
Mediana	92.00
Moda	117
Desviación estándar	30.702
Asimetría	.241
Curtosis	-.547

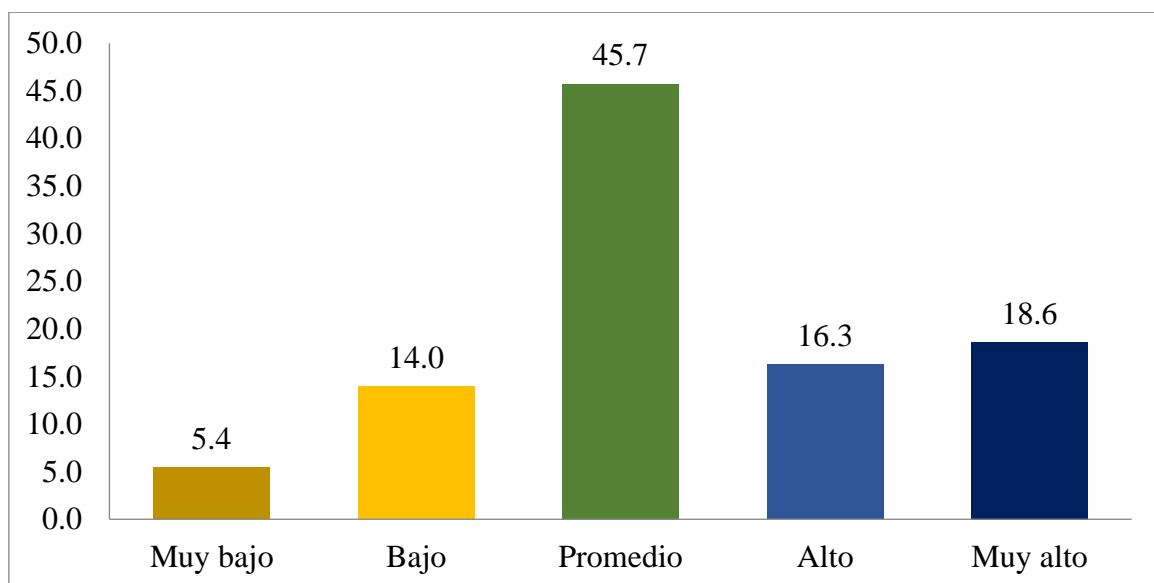


Figura 2. Niveles de Riesgo de recaídas en la muestra.

Autoeficacia y riesgo de recaída en adictos residentes en comunidades terapéuticas

En la figura 2 se observan de manera gráfica los niveles del Riesgo de recaída, en la cual el 45.7% de la muestra se ubica en la categoría promedio.

En la tabla 4 se observa que a nivel del Riesgo de recaída presenta una distribución normal ($p>0.05$). Estos datos junto a los puntajes de Asimetría y Curtosis, justifican el uso de estadísticos paramétricos.

Tabla 4
Prueba de normalidad de Riesgo de recaída

		RIESGO DE RECAIDA
N		129
Parámetros normales ^{a,b}	Media	94.25
	Desviación estándar	30.702
Máximas diferencias extremas	Absoluta	.055
	Positivo	.055
	Negativo	-.048
Estadístico de prueba		.055
Sig. asintótica (bilateral)		,200

Al analizarse si la edad, sexo, ocupación y nivel educativo ejercían diferencias significativas a nivel de la Autoeficacia General, no se hallaron diferencias significativas ($p>0.05$). Sin embargo, se hallaron diferencias significativas en la Autoeficacia General según nivel educativo ($p>0.05$), como se observa en la tabla 5.

Tabla 5
Diferencias en la Autoeficacia según nivel educativo

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Autoeficacia	Entre grupos	333,054	7	47,579	2,722	,012
	Dentro de grupos	2115,194	121	17,481		
	Total	2448,248	128			

Al analizarse si la edad y sexo ejercían diferencias significativas a nivel del Riesgo de Recaída, no se hallaron diferencias significativas ($p>0.05$). Sin embargo, se hallaron diferencias significativas según estado civil, ocupación y nivel educativo ($p>0.05$), como se observa en la tablas 6, 7 y 8.

Tabla 6
Diferencias en Riesgo de recaída según estado civil

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Riesgo de recaída	Entre grupos	14849,791	4	3712,448	4,351	,003
	Dentro de grupos	105804,271	124	853,260		
	Total	120654,062	128			

En la tabla 7 se aprecia que existe diferencias en el Riesgo de recaída según ocupación ($p < 0.05$).

Tabla 7
Diferencias en Riesgo de recaída según ocupación

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Riesgo de recaída	Entre grupos	8009,440	3	2669,813	2,963	,035
	Dentro de grupos	112644,622	125	901,157		
	Total	120654,062	128			

En la tabla 8 se aprecia que existen diferencias significativas en el Riesgo de recaída según nivel educativo ($p > 0.05$).

Tabla 8
Diferencias en Riesgo de recaída según nivel educativo

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Riesgo de recaída	Entre grupos	21859,830	7	3122,833	3,825	,001
	Dentro de grupos	98794,232	121	816,481		
	Total	120654,062	128			

En la tabla 9 se aprecia que existe correlación negativa y muy significativa entre la dimensión Autoeficacia y Riesgo de recaída ($r = -0,389$).

Tabla 9.

Correlación de Autoeficacia general y Riesgo de recaída

		RIESGO DE RECAIDA
	Correlación de Pearson	-,389**
Autoeficacia	Sig. (bilateral)	0.000

DISCUSIÓN

En la presente investigación se encontró que el nivel de Autoeficacia general que predomina en adictos residentes en comunidades terapéuticas de Lima, comparados con una muestra clínica es el promedio. Estos resultados concuerdan con los encontrados por Rodríguez (2012), quien, en una muestra de 25 varones adictos internados en un programa de rehabilitación en Bogotá, halló que el nivel de autoeficacia era promedio.

Además, el nivel de Autoeficacia general que prevalece en la muestra de estudio comparada con población no clínica es el nivel muy bajo, lo cual coincide con Ibrahim, Kumar y Abu Samah (2011), quienes hallaron que, en una muestra de 400 adictos en centros de rehabilitación en Malasia, el nivel de autoeficacia oscilaba entre moderado a bajo. Esto podría deberse a que los pacientes que se encuentran recibiendo tratamiento residencial permanecen desintoxicados físicamente, lo cual les lleva a tener mayor conciencia de la realidad y de sus capacidades para enfrentar situaciones estresantes. En esta línea, DiClemente et al. (1985) señalan que, en consumidores, el tiempo de abstinencia influye en la percepción de la autoeficacia, es decir, a mayor tiempo libre de drogas, mayor percepción de autoeficacia, asimismo, Chávez, (2010) señala que el nivel de autoeficacia del adicto refleja su seguridad con respecto a sus habilidades para afrontar situaciones de alto riesgo.

En cuanto al nivel de Riesgo de recaída hallado en la muestra de estudio, se observa que el nivel promedio presenta el porcentaje más alto (45,7%), seguido del nivel alto (18,6%). Estos resultados son similares a los hallados por Grau-López et al. (2012) quienes, en una muestra de 108 pacientes evaluados luego 6 meses de seguimiento después de una desintoxicación hospitalaria, encontraron que las recaídas son altas, por lo que concluyen que la probabilidad de recaída es alta luego de 6 meses de terminado el tratamiento. La explicación a este hallazgo está en el hecho de que los participantes de la presente investigación tenían en por lo menos dos meses de tratamiento en la comunidad terapéutica, por lo que el riesgo de recaída es promedio o alto aún. Al respecto, Echeburúa y Corral (1986, citado por Echeburúa, 1993) afirman que, las dos terceras partes de las recaídas se producen en los tres primeros meses luego de finalizado el tratamiento. Por lo tanto, se puede inferir que, los residentes, al encontrarse en los primeros meses de tratamiento, la probabilidad de recaer es aún mayor.

Al analizar si la edad establecía diferencias a nivel de la Autoeficacia general, se encontró que no existen diferencias significativas. En esta línea, Ortega (2002) afirma que, en un grupo de familiares de pacientes dependientes a las drogas, la autoeficacia no se diferencia significativamente según el grupo de edad. Asimismo, Anicama et al. (2012) señala que, en población no clínica, las diferencias entre la edad y la autoeficacia no son

significativas. Esta concordancia podría deberse a que la percepción de autoeficacia se ve influida, como señala Bandura (1986, citado por Ortega, 2002), por las experiencias anteriores, las experiencias vicarias, la persuasión verbal y los estados fisiológicos a los que se enfrenta la persona, más que por la variable edad.

Asimismo, se analizó si el sexo establecía diferencias a nivel de la Autoeficacia general, encontrándose que no existen diferencias. Estos resultados discrepan de los encontrados por Anicama et al. (2012) quienes afirman que, en una muestra de estudiantes universitarios de Lima, las mujeres poseen una percepción de autoeficacia ligeramente mayor a la de los varones; por el contrario, Drinot (2012) afirma que, en una muestra de docentes de nivel secundario de Chorrillos, los varones presentan niveles más altos de autoeficacia; no obstante, ambos estudios destacan que las diferencias no son altamente significativas. La explicación a esta discrepancia está en el hecho de que Anicama y Drinot trabajaron con muestras no adictas, mientras que en la presente investigación, la muestra está conformada por adictos a las drogas.

De la misma forma, se analizó si el estado civil establecía diferencias a nivel de la Autoeficacia general, hallándose que no existen diferencias significativas. Estos resultados difieren de los encontrados por De Oliveira et al. (2015), quienes señalan que, en una muestra de mujeres madres brasileñas, la autoeficacia y el estado civil se relacionan significativamente. Esto puede deberse, como se señaló anteriormente, a la diferencia en la condición de la muestra (adictos vs no adictos). La autoeficacia definida como el grado de confianza para enfrentarse a situaciones estresantes, en los adictos, está más ligada a su condición de conciencia de enfermedad que a su estado civil.

Se analizó las diferencias entre la autoeficacia general y la ocupación en los residentes de comunidades terapéuticas de Lima, encontrándose que no existen diferencias significativas. Estos resultados discrepan con los hallados por Betanzos y Paz-Rodríguez (2013) quienes observaron que, en una muestra de 402 universitarios que consumían alcohol y tabaco, la autoeficacia en el trabajo se relacionaba significativamente con el no consumo o bajo consumo de sustancias. Al respecto, podemos afirmar, de manera similar lo explicado con la variable estado civil, que la autoeficacia en esta muestra, depende más de la variable conciencia de enfermedad que a su ocupación.

Al analizar si la autoeficacia general establecía diferencias con respecto al nivel educativo, se encontró que existen diferencias significativas entre los que poseen secundaria incompleta y técnico incompleto. Estos resultados difieren con los encontrados por Ortega (2002) quien en familiares de adictos en rehabilitación en Lima, se observa que los que poseían nivel primario tenían menor autoeficacia; sin embargo, Romero (2007) observó que, en una muestra de 24 adictos limeños, la autoeficacia es menor en los sujetos con educación superior incompleta. Esto podría explicarse con base a que ambos niveles educativos (secundaria y técnico) implican la finalización de metas importantes en la vida. La secundaria significa que el adolescente está iniciando esta etapa de vida, y siguiendo, en nuestro país un adolescente termina la educación básica secundaria entre los 16 y 17 años, al estudiar a una carrera técnica de 3 años de duración, el individuo se encontraría iniciando la etapa de adultez (20 a 21 años). Si la persona abandona su instrucción en algún nivel de los mencionados, es probable que disminuya su autoeficacia, pues según Barraza (2010), si la persona posee alta autoeficacia para afrontar las demandas académicas, sus respuestas serán más eficaces y, por tanto, su desenvolvimiento y su bienestar serán más elevados. En esta línea, Bandura (1999, citado por Barraza, 2010) afirma que la percepción de autoeficacia influye sobre el estilo de afronte a las tareas diarias, su bienestar psicológico, desarrollo y decisiones fundamentales en la vida del sujeto.

En lo que respecta a riesgo de recaídas, se analizó si esta variable establecía diferencias con la edad, hallándose que no existen diferencias significativas a nivel del riesgo de recaídas según edad. En esta línea, la RIDET (2010) menciona que la edad de demanda de tratamiento por trastornos por uso de sustancias en Perú oscila entre los 10 y 70 años, siendo el rango de edad entre 15 y 19 años el de mayor porcentaje. En la presente investigación, el rango de edad predominante oscila entre 20 y 40 años, rango en el que los sujetos pasan de la juventud a la adultez, donde el riesgo de recaída ya no depende tanto de factores emocionales como en la adolescencia, sino de factores como el síndrome de abstinencia y la exposición a factores de alto riesgo (debido a que presentan una aparente fortaleza).

Al analizar si el sexo establecía diferencias a nivel del Riesgo de recaídas, se halló que no existen diferencias significativas. No obstante, la RIDET (2010), afirma que las personas que demandan tratamiento por trastornos por uso de sustancias en Perú, son en su mayoría de sexo masculino. Esto se podría explicar por la cantidad de mujeres incluidas en la muestra de estudio, dado que sólo el 20% son de sexo femenino, asimismo, se debe tener en cuenta que existen pocos centros de tratamiento en adicciones dirigidos para mujeres en la ubicación geográfica escogida para la presente investigación.

Asimismo, se analizó si el estado civil establecía diferencias a nivel del Riesgo de recaídas, observándose que existen diferencias significativas entre los solteros y los convivientes. Estos resultados concuerdan con los hallados por Luengo et al. (2001), quienes afirman que, en una muestra de adictos que alcanzaron el alta terapéutica en Proyecto Hombre en Galicia, el mayor porcentaje de pacientes que recayeron fueron los solteros. Asimismo, la RIDET (2010) señala que de las personas que demandan tratamiento por trastornos por uso de sustancias en Perú, el mayor porcentaje es de solteros, seguidos de los convivientes. Esto podría explicarse pues el paciente, al ser soltero tiene mayor disposición de tiempo y espacio para realizar actividades placenteras sin límite de pareja o hijos, pero a su vez, una persona al tener carga familiar la responsabilidad aumentaría, además, al convivir con una persona y tener hijos es necesario que se adapten a los hábitos, sistemas de valores y costumbres de la pareja y en ese proceso, se producen conflictos y se evalúa la decisión de continuar o terminar la relación, por lo tanto, se enfrenta a mayores situaciones estresantes. Al respecto, Marlatt y Gordon (1985), proponen diversos factores determinantes hacia la recaída, entre ellos están los problemas interpersonales, los cuales lleva a la persona a experimentar sentimientos poco agradables desencadenados por conflictos con otras personas, ya sean discusiones, peleas, disputas, entre otros.

De la misma forma, se analizó si la ocupación establecía diferencias a nivel del Riesgo de recaídas, apreciándose que las diferencias son significativas. Con respecto a esto la RIDET (2010) señala que la situación laboral de las personas que demandan tratamiento por trastornos por uso de sustancias en Perú es, en su mayoría empleos eventuales, seguidos de los desempleados. Esto podría deberse a que, como señalan los residentes, “no es agradable ir por la calle sin hacer nada o quitándole sus cosas a la gente, uno se siente frustrado, culpable, asustado de lo que puede pasar en el futuro”, llevándolos a retomar o mantener la conducta adictiva a raíz de experimentar las emociones negativas que señalan. En esta línea, Marlatt y Gordon (1985) afirman que los sujetos que se enfrentan a situaciones o estímulos de alto riesgo para el consumo de sustancias, tiene mayor probabilidad de recaer, pues un factor determinante para la recaída son los estados emocionales negativos como miedo, ansiedad, frustración, enojo, soledad, entre otros; sumado al deficiente manejo de los mismos y al gran tiempo libre que es compatible con conductas delictivas y adictivas, la recaída se hace inminente.

Además, se analizó si el nivel educativo establecía diferencias a nivel del Riesgo de recaída, observándose que las diferencias son significativas. Al respecto, la RIDET (2010) señala que el nivel de estudios de las personas que demandan tratamiento por trastornos por uso de sustancias en Perú es secundaria incompleta (29.9%), seguido de secundaria completa (25.26%). La explicación a esto podría darse por el nivel de desarrollo del razonamiento abstracto. Durante la vida académica el individuo va desarrollando el pensamiento crítico, la toma de decisiones, el manejo de emociones y postergación de placeres, lo cual se refuerza en la escuela. El sujeto, al abandonar los estudios frenaría el desarrollo de tales procesos, por tanto, el no culminar los estudios se convertiría en un factor de riesgo hacia la recaída, pues, generaría emociones negativas como frustración, ira y tristeza, sumado al reforzamiento de creencias irracionales de tipo “soy incapaz”, al respecto, Marlatt y Gordon (1985) afirman que, de manera similar a lo explicado en la variable ocupación, la emociones negativas sumadas a la presión social ejercida por el entorno, constituyen un determinante hacia la recaída.

Se halló que existe una relación negativa y muy significativa entre la Autoeficacia y el riesgo de recaídas, es decir, a mayor nivel de autoeficacia, la probabilidad de recaer es menor. Estos resultados concuerdan con los hallados por Tijerina (2005) quien señala que, en estudiantes de secundaria consumidores de drogas legales, la autoeficacia es inversamente proporcional con el consumo de esas sustancias; además, Ibrahim et al. (2011) halló que, en una muestra de 400 adictos en centros de rehabilitación de Malasia, la relación entre la autoeficacia y las recaídas en adicciones es inversamente proporcional y significativa, por lo que, si el sujeto tiene una alta percepción de autoeficacia es muy probable que la abstinencia en el consumo de sustancias sea prolongada. En otras palabras, el riesgo de recaída en el consumo de sustancias disminuye conforme el sujeto perciba en un nivel alto su autoeficacia, dado que, si ellos confían en sus recursos para mantenerse libres de droga, se orientarán a manejar eficazmente situaciones que impliquen riesgo para volver al consumo de drogas, así como pedir ayuda si sienten que necesitan la intervención de un tercero que sirva de guía y soporte en su proceso de mantenimiento de su rehabilitación, y ese tercero puede ser la familia, amigos, el psicólogo, un consejero en adicciones, el centro de tratamiento en el que estuvo internado, entre otros. Si esto contribuye como reforzador en su rehabilitación, el sujeto mantendrá por mayor tiempo su abstinencia en el consumo y, como señalan DiClemente et al. (1985) y Chávez (2010) si su respuesta de afrontamiento es adaptativa, el riesgo de recaída será menor (Tijerina, 2005; Ibrahim et al.; 2011; Rivera, 2011; Saravia y Frech, 2012), dado que el adicto poseerá una sensación de control positivo y percibirá que es capaz de sobreponerse eficazmente a la próxima situación conflictiva que se le presente y, por lo tanto, la autoeficacia aumentará.

Se concluye que el 58,1% de la muestra posee un nivel muy bajo de Autoeficacia, el 45,7% un nivel promedio de Riesgo de Recaída. La Autoeficacia se relaciona significativamente con el nivel educativo, y el Riesgo de Recaída establece diferencias en cuanto a estado civil ocupación y nivel educativo. Finalmente, la Autoeficacia general se relaciona inversa y muy significativamente con el Riesgo de Recaída.

REFERENCIAS

- Alarcón, R. (1991). Métodos y diseños de investigación del comportamiento. Lima: UPCH.
- Álvarez, A. (2011). El proceso de recaída en el alcoholismo. *Revista del hospital psiquiátrico de La Habana*, 8(2). Recuperado de <http://www.revistahph.sld.cu/hph0211/hph12211.html>
- Anicama, J., Caballero, G., Cirilo, I., Aguirre, M., Briceño, R. y Ambrosio, T. (2012). Salud mental positiva y autoeficacia en estudiantes de psicología de Lima. *Revista de Psicología*, 14(2), 144-163.
- Barraza, A. (2010). Validación del inventario de expectativas de autoeficacia académica en tres muestras secuenciales e independientes. *Revista de investigación educativa* 1(10), 1-30. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/2831/283121719001.pdf>
- Betanzos, N. y Paz-Rodríguez, F., (2013). Consumo de alcohol, autoeficacia para la empleabilidad, compromiso de carrera y sensibilidad emocional en estudiantes universitarios de Morelos. *Salud pública de México* 55(1), 1-2. Recuperado de http://www.researchgate.net/publication/237008977_Consumo_de_alcohol_autoeficacia_para_la_empleabilidad_compromiso_de_carrera_y_sensibilidad_emocional_en_estudiantes_universitarios_de_Morelos
- Chávez, E. (2010). *Prevención de recaídas, manual de aplicación*. México: Centros de Integración Juvenil. Recuperado de <http://www.intranet.cij.gob.mx/archivos/pdf/materialdidacticotrataamiento/manualprevrecaidas.pdf>
- Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas: CICAD. (2010). *Estudio del impacto social y económico del consumo de drogas en el Perú*. Recuperado de <http://www.cicad.oas.org/oid/research/Costs/Estudio%20Impacto%20Social%20Economico%20Peru%202010.pdf>
- Comisión Nacional contra las Adicciones: CONADIC. (2008). *Prevención de las adicciones y promoción de conductas saludables para una nueva vida. Guía para el promotor de "Nueva Vida"*. Recuperado de http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/nueva_vida/preva_d_cap1.pdf
- Comisión Nacional para el Desarrollo y vida sin Drogas: DEVIDA. (2006). *III Encuesta Nacional sobre Prevención y consumo de drogas*. Recuperado de <http://www.devida.gob.pe/uploads/libros/III-Encuesta-Nacional-Consumo-Drogas-Poblacion-General-Peru-2006.pdf>
- De Oliveira, L.; Da Rocha, E.; Ávilla, I.; Silva, E.; De Almeida, P. y Barbosa, L. (2015). Factores sociodemográficos en la autoeficacia para prevenir la diarrea infantil: estudio longitudinal. *Online Brazilian Journal of Nursing*, 14(1), 62-70. Recuperado de http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/5100/pdf_368
- DiClemente, C., Prochaska, J. y Gilbertini, M. (1985). Self-efficacy and stages of self-change of smoking. *Cognitive Therapy and Research*, 9(2), 181-200. Resumen. Recuperado de <http://link.springer.com/article/10.1007%2FBF01204849>
- Drinot, M. (2012). *La autoeficacia percibida en la práctica pedagógica*. (Tesis de licenciatura en Psicología). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú.
- Echeburúa, E. (1993). Las conductas adictivas: ¿una ruta común desde el "crack" al juego patológico? *Psicología conductual*, 1(3), 321-327. Recuperado de <http://www.funveca.org/revista/PDFespanol/1993/num1/Las%20conductas%20adictivas.pdf>

- García, M. (2011). Adicciones: pacientes vuelven a tratarse. *Clarín*. Recuperado de http://www.clarin.com/sociedad/Adicciones-pacientes-vuelven-tratarse0_575342493.html
- Grau-López, L., Roncero, C., Daigre, C., Gonzalvo, B., Bachiller, D., Rodríguez-Cintas, L: Egido, A, y Casas, M. (2012). Factores de riesgo de recaída en pacientes drogodependientes tras desintoxicación hospitalaria. *Adicciones*, 24(2), 115-122. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/2891/289122912004.pdf>
- Hagman, B. (2004). *Coping and self-efficacy as predictors of substance use during the first few critical months following substance abuse treatment completion*. (Tesis de maestría, University of North Carolina at Wilmington). Recuperado de <http://libres.uncg.edu/ir/uncw/f/hagmanb2004-1.pdf>
- Hernández, S., Fernández, C. y Baptista, L. (2010). Metodología de la Investigación. México D. F.: McGraw-Hill Interamericana.
- Ibrahim, F., Kumar, N. y Abu Samah, B. (2011). Self-efficacy and relapsed addiction tendency: an empirical study. *The social sciences* 6(4), 277-282. Recuperado de <http://www.medwelljournals.com/fulltext/?doi=sscience.2011.277.282>
- López, F. (2013). El 90% de los adictos recaen por no saber resolver conflictos. *Síntesis*. Recuperado de http://stmedia.net/noticias/salud/el-90-de-los-adictos-recaen-por-no-saber-resolver-conflictos#.VXTeoM9_Okp
- López-Torrecillas, F., Bulas, M., León-Arroyo, R. y Ramírez, I. (2005). Influencia del apoyo familiar en la autoeficacia de los drogodependientes. *Adicciones*, 17(3), 241-249. Recuperado de <http://www.adicciones.es/files/241-250%20fcalopez.pdf>
- Luengo, M., Romero, E. y Gómez-Fraguela, J. (2001). *Análisis de la eficacia y prevención de recaídas en el consumo de drogas*. Santiago de Compostela: Compostela S.A. Recuperado de <https://www.usc.es/udipre/es/pdf/informe%20final%20ph.pdf>
- Marlatt, A. y Gordon, J. (1985). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York: The Guilford Press.
- National Institute on Drug Abuse: NIDA (2014). *Las drogas, el cerebro y el comportamiento: La ciencia de la adicción*. Recuperado de <http://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/las-drogas-el-cerebro-y-el-comportamiento-la-ciencia-de-la-adiccion/tratamiento-y-recuperacion>
- Observatorio Peruano de drogas. (2010). *Red de información de demanda de tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas: RIDET*. Recuperado de http://www.opd.gob.pe/Ridet_Web/Default.aspx#
- Oficina de las Naciones Unidas contra la droga y el delito: UNODC. (2014). *Informe mundial sobre las drogas. Resumen ejecutivo*. Recuperado de http://www.unodc.org/documents/wdr2014/V1403603_spanish.pdf
- Ortega, G. (2002). Relación de los niveles de autoeficacia y la codependencia en un grupo de familiares de pacientes drogodependientes. *Revista de investigación en Psicología*, 5(2). Recuperado de http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/investigacion_psicologia/v05_n2/pdf/a01v5n2.pdf
- Rivera, A. (2011). *Autoeficacia de resistencia, asertividad y consumo de drogas en jóvenes universitarios*. (Tesis de maestría, Universidad Autónoma de Nuevo León). Recuperado de <http://eprints.uanl.mx/5008/1/1080211202.pdf>
- Rodríguez, A. (2012). *Efectos de un programa para incrementar la autoeficacia y disminuir la ansiedad y su influencia sobre la prevención de recaídas en adultos que asisten a un programa de rehabilitación de la drogadicción*. Bogotá: Universidad de la Sabana. Recuperado de <http://intellectum.unisabana.edu.co:8080/jspui/bitstream/10818/4172/1/131188.PDF>

- Romero, M. (2007). *Percepción de autoeficacia en un grupo de varones dependientes principalmente de pasta básica de cocaína*. (Tesis de licenciatura en Psicología). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú.
- Sánchez, F. (2011). Alto el índice de adictos rehabilitados que recaen. *Línea directa*. Recuperado de <http://www.lineadirectaportal.com/publicacion.php?noticia=31955>
- Saravia, J. y Frech, H. (2012). Relación entre autoeficacia, autoestima y el consumo de drogas médicas sin prescripción en escolares de colegios urbanos de Perú. *Revista Peruana de Epidemiología*, 16(3), 01-08. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=203125431009>
- Suárez, P., Pérez, A., y Bermúdez, J. (2000). Escala de autoeficacia general: datos psicométricos de la adaptación para población española. *Psicothema*, 12(2), 509-513. Recuperado de <http://www.psicothema.com/pdf/615.pdf>
- Tijerina, M. (2005). *Autoeficacia, asertividad y consumo de tabaco y alcohol*. (Tesis de maestría, Universidad Autónoma de Nuevo León). Recuperado de <http://cdigital.dgb.uanl.mx/te/1020151776.PDF>

Recibido: 12 de marzo del 2016

Aceptado: 22 de abril del 2016