Behavioral Psychology / Psicología Conductual, Vol. 23, Nº 2, 2015, pp. 325-343

AUTOEFICACIA DE PERSONAS DROGODEPENDIENTES EN TRATAMIENTO

Francisca López-Torrecillas[1], Isabel C. Salazar[2], Rocío García-Retamero[1] y Rosario Martínez Arias[3]
[1]Universidad de Granada; [2]Centro de Psicología Clínica FUNVECA; [3]Universidad Complutense de Madrid (España)

Resumen

Este estudio tuvo como objetivo evaluar la autoeficacia de consumidores de heroína y alcohol que están en tratamiento para su adicción, a partir de los modelos teóricos propuestos por Bandura y Annis. Participaron 162 pacientes ambulatorios, asignados a uno de los tres grupos de tratamiento: con metadona, libre de drogas y para el consumo de alcohol. Los sujetos fueron evaluados con la "Escala de autoeficacia" (Sherer *et al*., 1982), el "Cuestionario de confianza situacional" (IDTS; Annis y Martin, 1985) y la "Entrevista de investigación acerca del comportamiento adictivo" (EICA; López-Torrecillas, 1996). Los grupos con metadona y libre de drogas obtuvieron puntuaciones más altas en autoeficacia (general y total) que el grupo de alcohol y el grupo con metadona obtuvo puntuaciones más bajas en confianza situacional que el grupo libre de drogas y el grupo de alcohol, obteniendo este último las puntuaciones más altas. Los resultados parecen indicar que los modelos hacen referencia a aspectos diferentes de la autoeficacia. Serán necesarias más investigaciones para analizar la naturaleza de esta diferencia.

PALABRAS CLAVE**:** *autoeficacia, confianza situacional, tratamiento con metadona, tratamiento libre de drogas, alcohol.*

Abstract

The aim of this study was to examine the self-efficacy of outpatient drug heroin and alcohol abusers in treatment for their addiction, using the theoretical models proposed by Bandura and Annis. The sample consisted of 162 participants, who were assigned to one of three treatment groups: methadone, drug-free and alcohol. The Self-Efficacy Scale (Sherer *et al*., 1982), the Inventory of Drug-Taking Situation (IDTS; Annis & Martin, 1985) and the Interview for Research on Addictive Behavior (EICA; López-Torrecillas, 1996) were used to assess them. Methadone and the drug-free groups had higher scores of self-efficacy (general and total score) than the alcohol group. Methadone group showed lower scores in situational confidence that free drug and the alcohol groups, the latter showing highest scores. The results suggest that the models

Correspondencia: Francisca López Torrecillas, Dpto. de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico, Universidad de Granada, Campus Universitario de Cartuja, s/n 18071 Granada (España). E-mail: fcalopez@ugr.es

refer to different aspects of self-efficacy. More research is necessary to analyze the nature of this difference.
KEY WORDS: *self-efficacy, situational confidence, methadone treatment, drug free treatment, alcohol*.

Introducción

El consumo de heroína está aumentando en Europa, la droga que hizo estragos en los 80 en España reaparece con la crisis (Observatorio Español sobre la Droga y las Toxicomanías [OEDT], 2014). El impacto del consumo de heroína en la morbilidad asociada y los problemas de salud, especialmente mentales, está bien documentado (García-Rodríguez *et al*., 2005). La contribución de los mecanismos ambientales y cognitivos en el consumo de drogas no es suficientemente comprensible y la teoría del aprendizaje social (Bandura, 1995) sigue siendo una de las teorías cognitivas más importantes para el entendimiento de la adquisición y mantenimiento de la conducta. Bandura (1969) identifica dos conceptos centrales dentro de su teoría, las expectativas de autoeficacia y las expectativas de resultados. Las *expectativas de resultado* son un mecanismo cognitivo que utilizamos para modificar nuestra conducta y motivación y se refieren concretamente a la estimación de que una conducta producirá ciertos resultados. Podríamos resumir las expectativas de resultado en la premisa "si... entonces". Por su parte, las *expectativas de autoeficacia* se refieren a la creencia (o convicción) que tiene una persona de que puede regular su conducta con éxito, para producir los resultados esperados. En el ámbito de las drogodependencias el concepto de autoeficacia ha adquirido gran relevancia (Marlatt, Baer y Quigley, 1995) y se entiende como un componente central, como el elemento explicativo, más importante relacionado con la adquisición, mantenimiento y cambio de la conducta adictiva (Bandura, 1986). De acuerdo con este planteamiento diversos autores señalan que los individuos que perciben baja autoeficacia tienen un repertorio escaso de conductas incompatibles con el consumo de alcohol y drogas y un mayor número de días con problemas derivados del mismo (p. ej., Baldwin, Oei y Young, 1993; De Weert-Van Oene, Breteler, Schippers y Schrijvers, 2000; Pentz, 1985). Aunque la autoeficacia no es la única variable relacionada con el inicio del consumo de alcohol y drogas (López-Torrecillas, Peralta, Muñoz-Rivas y Godoy, 2003) si puede predecir conductas de riesgo de consumo en los adolescentes (Kinard y Webster, 2010) y la gravedad del consumo de alcohol, cannabis, cocaína y heroína (Connor, Gullo, Feeney, Kavanagh y Young, 2014; López-Torrecillas, Caballo, Pastor Del Carpio y Ramírez-Uclés, 2005). Desde este planteamiento se sostiene también que la creencia de ser capaz de superar la tentación de consumir influye en el resultado del tratamiento y en el mantenimiento de la abstinencia del alcohol y la heroína, porque favorece la participación activa en el tratamiento, en el afrontamiento adecuado del problema, en el esfuerzo y en la persistencia y, por el contrario, creer que no se es capaz de resistir el deseo de consumir, disuade del intento de dejar de consumir dichas sustancias y conduce a la pasividad (Berndt *et al*., 2013; Diclemente y Hughes,

1990; Hartzler, Witkiewtz, Villarroel y Donovan, 2012; Sadowski, Long y Jenkins, 1993; Stephens, Wertz y Roffman, 1993).

Hay que decir que este modelo de la autoeficacia, no es el único que se utiliza en el ámbito de las drogodependencias. La aplicación de la teoría de la autoeficacia a las conductas adictivas es usada de una manera ambigua (Diclemente, Fairhurst y Piotrowski, 1995). Otro modelo de autoeficacia señala que ésta puede ser analizada con base en las puntuaciones que otorgan las personas a su capacidad para abstenerse, evitar, reducir o controlar la conducta en el contexto de distintos estímulos relevantes. Se le denomina *confianza situacional* y, en el ámbito de las drogas, se refiere a la fortaleza o confianza para evitar el consumo de sustancias en situaciones específicas (Annis, 1982; Diclemente *et al*., 1995). Al respecto podemos encontrar distintos estudios, que relacionan la percepción de eficacia para afrontar situaciones con la dependencia al alcohol y las droga (p. ej., Alonso *et al*., 2013; DeMartini *et al*., 2014; Dolan, Martin, Rohsenow, 2008; Litman, Eiser, Rawson y Oppenheim, 1977; Phua, 2013; Sitharthan y Kavanagh, 1990). En esta misma línea, otros autores sostienen que el cambio en autoeficacia a lo largo del tratamiento predice el resultado del mismo y el mantenimiento de la abstinencia en periodos de seguimiento (a las 12 semanas y a los seis meses) (p. ej., Burling, Really, Moltzen y Ziff, 1989; Cummings, Gallop y Greenfield, 2010; Powell *et al*., 1993; Ramo, Myers y Brown, 2010; Reilly *et al.*, 1995; Rychtarick, Prue, Rapp y King, 1992). En la tabla 1 aparecen sintetizados los estudios que relacionan la autoeficacia con el comportamiento adictivo, con base en los dos modelos teóricos sobre la autoeficacia a los que nos referimos anteriormente.

En consonancia con lo expuesto anteriormente, el objetivo de este estudio es evaluar la autoeficacia de consumidores de heroína y alcohol que están en tratamiento para su adicción (con metadona, libre de drogas y de alcohol), a partir de los modelos teóricos propuestos por Bandura y Annis.

Método

Participantes

El estudio estuvo compuesto por 162 participantes, 81 hombres y 81 mujeres, con una edad media de 30,84 años (*DT*= 5,03; rango: 20-42) que estaban recibiendo tratamiento para su drogodependencia, habían pasado la fase de desintoxicación y estaban en fase de deshabituación. La selección se realizó en un Centro Comarcal de Drogodependencias. Los participantes fueron asignados a tres grupos en función de la decisión del equipo terapéutico. Los criterios de exclusión fueron no querer participar voluntariamente en el estudio y no cumplimentar debidamente los instrumentos de evaluación. El primer grupo (*n*= 54) estuvo compuesto por drogodependientes en *tratamiento con metadona* que eran consumidores de hachís, cocaína, anfetaminas, heroína, metadona, alucinógenos y/o alcohol, aunque consideraban como droga problema la heroína; los criterios de inclusión fueron tener una edad mínima 18 años, no estar embarazada en el caso de las mujeres, no presentar patología orgánica grave y/o de trastornos psicóticos y

Tabla 1
Análisis comparativo de los diferentes estudios

Autores	Objetivo del estudio	Muestra	Medidas	Resultados
Estudios relativos al modelo de Bandura (1986; 1995)				
Pentz (1985)	Comprobar si el consumo de alcohol y drogas está relacionado con puntuaciones bajas de autoeficacia	254 estudiantes que realizan un programa de prevención para el alcohol	Escala de autoeficacia *ad hoc*	Se relaciona las puntuaciones bajas de autoeficacia con el repertorio escaso de conductas incompatibles con el consumo de alcohol y drogas
DiClemente y Hughes (1990)	Evaluar la autoeficacia para la abstinencia	224 alcohólicos en tratamiento	Escala de autoeficacia *ad hoc*	Niveles bajos de autoeficacia y altos en tentaciones de beber
Sadowski, Long y Jenkins (1993)	Comprobar si el tratamiento dirigido hacia la mejora de las expectativas de eficacia, permite aumentar la autoeficacia	142 consumidores de drogas no tratados	Escala de autoeficacia (Sherer *et al.*, 1982)	El tratamiento aumenta la autoeficacia
Baldwin, Oei y Young (1993)	Analizar la relación entre la autoeficacia y los comportamientos dirigidos hacia el control del consumo de alcohol	118 estudiantes	Escala de autoeficacia (Sherer *et al.,* 1982)	Relación inversa entre autoeficacia y consumo de alcohol
Stephens, Wertz y Roffman (1993)	Examinar la autoeficacia como un predictor de éxito en un programa de tratamiento	167 consumidores de marihuana	Escala de autoeficacia *ad hoc*	La autoeficacia predice los índices de consumo hasta un año después del tratamiento
De Weert-Van Oene *et al*. (2000)	Evaluar la autoeficacia en las drogodependencias	146 drogodependientes	Escala de autoeficacia *ad hoc*	Baja autoeficacia está relacionada con el consumo de drogas
López-Torrecillas *et al*. (2003)	Evaluar las variables (autocontrol, asertividad, estilo atribucional, autoeficacia) relacionadas con el inicio del consumo de alcohol y drogas	53 consumidores de alcohol, hachís, cocaína y heroína	Cuestionario de autocontrol (Rosenbaum, 1980), Cuestionario de estilo atribucional (Peterson *et al.*, 1982), Inventario de asertividad de Rathus (Rathus, 1973) y Escala de autoeficacia de Sherer *et al.* (1982).	La autoeficacia no está relacionada con el inicio del consumo de alcohol y drogas. Son predictores del consumo de alcohol y drogas, el autocontrol, en sentido inverso y la asertividad, en sentido directo.

López-Torrecillas *et al.* (2005)	Comprobar la relación entre la autoeficacia, el número de intentos de tratamiento y la cronicidad del consumo de drogas (alcohol, cannabis y cocaína)	175 drogodependientes policonsumidores (alcohol, cannabis y cocaína)	Escala de autoeficacia (Sherer *et al.*, 1982)	La autoeficacia interviene en la predicción de la cronicidad del consumo de alcohol, cannabis y cocaína.
Kinard y Webster (2011)	Analizar los autoeficacia en el consumo de alcohol y tabaco	190 adolescentes	Escala de autoeficacia (Sherer *et al.,* 1982)	La autoeficacia es un predictor de las conductas de riesgo en adolescentes
Hartzler *et al*. (2012)	Investigar la influencia de la alianza terapéutica y la autoeficacia en los cambios del consumo de alcohol y de funcionamiento psicológico	1.383 consumidores de alcohol en tratamiento durante 16 semanas y un año de seguimiento	Escala de autoeficacia para la abstinencia del alcohol (DiClemente, Carbonari, Montgomery y Hughes, 1994)	La autoeficacia interviene en los resultados del tratamiento
Berndt *et al*. (2013)	Examinar el efecto de la autoeficacia y ansiedad en la abstinencia del tabaco	244 pacientes infartados en tratamiento para dejar de fumar	Escala de confianza para dejar de fumar (Dijkstra, de Vries y Bakker, 1996)	La autoeficacia reduce el deseo de fumar y el mantenimiento de la abstinencia del tabaco
Connor *et al*. (2014)	Analizar relación entre autoeficacia y consumo de cannabis	1.115 consumidores cannabis en tratamiento	Escala de autoeficacia (Young y Kavanagh, 1997)	Relación negativa entre la autoeficacia y el consumo de cannabis y sus efectos
Estudios relativos al modelo de Annis (1982)				
Litman *et al*. (1977)	Analizar la percepción de eficacia para afrontar	120 alcohólicos tratamiento	Cuestionario de autoeficaia *ad hoc*	Relación entre situaciones de riesgo, baja autoeficacia y dependencia del alcohol
Burling *et al*. (1989)	Examinar la relación entre autoeficacia y recaída	419 politoxicómanos y alcohólicos que estaban en tratamiento	Cuestionario de confianza situacional (Annis, 1982)	La autoeficacia se relaciona con los resultados del tratamiento y recaídas
Sitharthan y Kavanagh (1990)	Examinar la relación entre la autoeficacia y la recaída	87 alcohólicos demandando tratamiento	Cuestionario de confianza (Condiotte y Lichtenstein, 1981)	Puntuaciones altas se relaciona con adecuado afrontamiento de situaciones de riesgo y abstinencia en las fases de tratamiento y seguimiento
Rychtarick *et al*. (1992)	Analizar la autoeficacia postratamiento en un programa de bebida controlada	60 alcohólicos	Cuestionario de confianza situacional (Annis, 1982)	Relación entre autoeficacia y afrontamiento de las situaciones de riesgo
Powell *et al*. (1993)	Valorar la autoeficacia para resistir al consumo de drogas	43 adictos a opiáceos	Cuestionario de confianza situacional (Annis, 1982)	Puntuaciones bajas en autoeficacia están relacionadas con las recaídas haciendo a los sujetos más vulnerables

Reilly *et al*. (1995)	Estudiar la relación entre autoeficacia y consumo de opiáceos	74 participantes en tratamiento de desintoxicación con metadona	Cuestionario de confianza para consumir drogas (Annis y Martín, 1985)	La tasa de abandono no depende de las puntuaciones en autoeficacia, por lo que no parece que haya relación entre esta variable y la retención en el tratamiento
Dolan *et al*. (2008)	Analizar si la autoeficacia predice los resultados del tratamiento y del seguimiento a los 3 y 6 meses.	163 consumidores de cocaína en tratamiento	Cuestionario de confianza situacional para el consumo de cocaína (Rohsenow *et al*., 2004)	La autoeficacia predice la cantidad y frecuencia de consumo de cocaína y la abstinencia a los 3 meses, pero no a los 6 meses después del tratamiento
Cummings *et al*. (2010)	Analizar si la autoeficacia influye en el pronóstico de tratamiento	36 mujeres drogodependientes	Cuestionario de confianza situacional del consumo de drogas (Annis y Martin, 1985)	La autoeficacia está relacionada con la gravedad del consumo de drogas y con los resultados del tratamiento y seguimiento (a los 12 meses)
Ramo *et al*. (2010)	Analizar el papel de la autoeficacia en relación a los síntomas depresivos y a la duración de la abstinencia	244 adolescentes y 229 adultos	Cuestionario de confianza de consumo de drogas (Skalar, Annis y Turner, 1997) y Cuestionario de confianza situacional (Annis , 1982)	La autoeficacia está relacionada con los síntomas depresivos y las recaídas
Alonso *et al*. (2013)	Analizar el papel de la autoeficacia en el consumo de alcohol y tabaco	83 estudiantes universitarios	Cuestionario de Confianza Situacional (Annis, Graham y Davis, 1987)	La autoeficacia aumenta con el programa de intervención para la abstinencia
Phua (2013)	Analizan la autoeficacia en relación con el consumo de tabaco	208 fumadores voluntarios que rellenaron los cuestionarios online	Cuestionario de autoeficacia para dejar de fumar (Etter, Bergman, Humair y Perneger, 2000)	La autoeficacia se asoció con el abandono del tabaco
DeMartini *et al.* (2014)	Analizar si la autoeficacia influye en el pronóstico del tratamiento	1,156 alcohólicos	Escala de autoeficacia de abstinencia al alcohol (Diclemente *el al.,* 1994)	Baja autoeficacia está inversamente relacionada con la abstinencia total al final del tratamiento

tener historia previa de abuso de múltiples sustancias por vía parenteral y repetidos fracasos terapéuticos. El segundo grupo (*n*= 54) estuvo compuesto por drogodependientes en *tratamiento libre de drogas* que eran consumidores de hachís, cocaína, heroína, metadona, alucinógenos y alcohol aunque consideraban como droga problema la heroína; los criterios de inclusión fueron no presentar consumo de derivados de opiáceos, no presentar trastornos psicopatológicos o

trastornos orgánicos graves, no haber estado con anterioridad en tratamiento de su dependencia, tener apoyo familiar y social y una alta motivación para la abstinencia. El tercer grupo (*n*= 54) estuvo compuesto por *consumidores de alcohol* en tratamiento para su dependencia; los criterios de inclusión fueron no consumir ninguna otra sustancia y presentar características sociodemográficas similares a las de los participantes de los grupos anteriores. Las características sociodemográficas de los grupos pueden verse en la tabla 2.

Tabla 2
Características sociodemográficas de los participantes

Características sociodemográficas	Grupos			F/χ^2
	Con metadona	Libre de drogas	Alcohol	
Edad (*M* y *DT*)	32,22 (4,74)	29,07 (4,86)	31,22 (5,06)	2,159**
Estudia (*n*)				0,267
No	52	51	51	
Si	2	3	3	
Años de escolarización (*n*)				85,23***
4	0	0	1	
5	0	0	1	
6	0	3	0	
7	11	4	9	
8	34	16	24	
9	0	7	0	
10	2	7	18	
11	2	6	0	
12	0	3	1	
13	0	6	0	
14	2	0	0	
15	3	0	0	
20	0	2	0	
Trabaja (*n*)				9,317**
No	9	8	20	
Si	45	46	34	
Situación laboral (*n*)				40,93***
No trabaja	9	7	18	
Comercio	3	2	8	
Hostelería	0	7	4	
Agricultura y ganadería	0	4	5	
Construción	8	9	9	
Peones (trabajo no especializado)	12	11	9	
Industria	22	14	1	
Gravedad del consumo de drogas (*M* y *DT*)	0,53 (0,45)	0,084 (0,32)	0,53 (0,36)	25,27***

Nota: ***p< 0,001; **p< 0,01; *p< 0,05.

Instrumentos

a) La "Escala de autoeficacia" (*Self-Efficacy Scale*, SES; Sherer *et al.*, 1982), versión adaptada y validada para población española por López-Torrecillas, García, Cañadas, Ramírez-Uclés y de La Fuente (2006). Esta escala fue desarrollada para analizar las creencias personales de las habilidades propias para manejar determinadas situaciones. La escala está compuesta de 30 ítems que mide la autoeficacia total (AET) y está compuesta por dos subescalas: 1) Autoeficacia general (AEG), referida al manejo de situaciones relacionadas con tareas personales (17 ítems) y 2) Autoeficacia social (AES), que se refiere al manejo de situaciones sociales (6 ítems). El participante debe indicar el grado de acuerdo con cada ítem, utilizando una escala Likert de 1 a 5. La escala también incluye siete ítems de relleno que no puntúan. A mayor puntuación mayor será la autoeficacia. López-Torrecillas *et al*. (2006) encuentran que la escala presenta elevados niveles de fiabilidad (de 0,88 para la puntuación total, de 0,85 para la Autoeficacia general y de 0,65 para la Autoeficacia social). El modelo bidimensional de la SES. Los índices de bondad del modelo bidimensional de la SES indican un adecuado ajuste del modelo, aunque el índice RMR indica que el modelo es mejorable (MFI= 0,95; RMSEA= 0,021; RMR= 0,09; GFI= 0,93; AGFI= 0,91; NNFI=0,99; CFI= 0,99) y la correlación entre los factores del modelo es de 0,62.

b) El "Cuestionario de confianza o seguridad en situaciones de riesgo para consumir" (*Drug-Taking Confidence Questionnaire*; IDTS; Annis y Martin, 1985), traducido y adaptado por Tejero y Trujols (1994). El IDTS es una medida de autoinforme destinada a evaluar los niveles de autoeficacia en una serie de situaciones de riesgo para el consumo, conocida también con el nombre de confianza situacional. Consta de 50 ítems que incluyen situaciones representativas de cada una de las ocho categorías de la taxonomía de situaciones de alto riesgo, propuesta por el grupo de Marlatt (Cummnigs, Gordon y Marlatt, 1980; Marlatt, 1985, Marlatt y Gordon, 1985) que favorecen las recaídas y que son clasificadas en intrapersonales e interpersonales. Entre las categorías intrapersonales están los estados emocionales negativos, estados emocionales positivos, comprobando el control sobre la conducta adictiva y la experiencia de urgencia y tentaciones para consumir o experiencias de deseo desencadenadas por estímulos condicionados ambientales. Entre las categorías interpersonales se hallan las situaciones de conflicto interpersonal, las situaciones de presión social para consumir y los momentos agradables con los demás. Cada ítem se puntúa en una escala de 0 a 100 y se obtiene una puntuación para cada subescala (o categoría situacional). A mayor puntuación mayor autoeficacia. Tejero y Trujols (1994) sostienen que posee una consistencia interna satisfactoria (α= 0,94) y una elevada eficacia discriminativa, ya que en las ocho escalas del cuestionario se obtienen diferencias estadísticamente significativas entre una muestra de adictos a opiáceos en el estadio de acción y en otra muestra de adictos situados en el estadio de mantenimiento, diferencias comprendidas entre p= 0,002 (estados emocionales negativos) y p= 0,040 (comprobando el control).

c) La "Entrevista de investigación acerca del comportamiento adictivo" (EICA; López-Torrecillas, 1996). Esta entrevista evalúa la frecuencia de consumo de drogas (cantidad de consumo de las diferentes sustancias en el último mes) y la cronicidad del problema (calculada a partir de la edad de inicio de la droga). Consta de siete ítems que reflejan la pauta de consumo de drogas en las que se incluyen alcohol, hachís, anfetaminas, metadona, alucinógenos, cocaína y heroína. Los ítems se dividen en tres grupos de preguntas, el primer grupo hace referencia a la frecuencia del consumo de la sustancia, que se puntúa desde 1 (nunca) hasta 8 (a diario). El segundo grupo también hace referencia a la cantidad de sustancia consumida (gramos, mililitros o unidades al mes), teniendo en cuenta que las bebidas destiladas (whisky, ron, brandy) equivalen a una unidad y las bebidas fermentadas (vinos y cervezas) equivalen a 0,5. El hachís se puntúa en número de cigarrillos, las anfetaminas y los alucinógenos puntúan en unidades, la metadona puntúa en miligramos y, la cocaína y heroína en gramos al mes. Por otra parte, la cronicidad del consumo de drogas se puntúa en años, valorando el tiempo de consumo desde la edad de inicio hasta el momento de la evaluación. A partir de este cuestionario se obtienen 14 medidas estandarizadas que informan sobre la frecuencia de uso y cantidad de consumo durante el último mes (cantidad de alcohol, hachís, anfetaminas, metadona, alucinógenos, cocaína y heroína), así como los años transcurridos desde que se inició el consumo (cronicidad alcohol, hachís, anfetaminas, metadona, alucinógenos, cocaína y heroína). Finalmente, se obtiene el índice de gravedad del consumo de drogas sumando las 14 medidas estandarizadas.

Procedimiento

Previo al inicio de la investigación se contó con un miembro del equipo terapéutico del Centro Comarcal de Drogodependencias, responsable del reclutamiento de los participantes. Así, esta persona era la encargada de explicar el estudio e invitar a la participación en el mismo a cada paciente. Todos los participantes que comenzaban el tratamiento fueron invitados a participar en el estudio. Los participantes que firmaron el consentimiento informado y cumplían con los criterios de inclusión y exclusión definidos anteriormente, fueron programados para una evaluación inicial antes del inicio de la fase de deshabituación y una vez finalizada la fase de desintoxicación. Esta evaluación fue realizada por el investigador clínico y la duración media fue de 30 minutos aproximadamente.

Análisis de datos

Se llevaron a cabo dos análisis multivariados de varianza (MANCOVA), para un diseño factorial, incluyendo la variable grupo (metadona, libre de drogas y alcohol) como factor entre-sujetos y la puntuación total estandarizada de la gravedad en el consumo de alcohol y drogas como covariado, en ambos casos. Las variables dependientes en el primer MANCOVA fueron la Autoeficacia general, Autoeficacia social y puntuación total de autoeficacia (evaluadas con la SES) y para el segundo MANCOVA fueron Emociones desagradables, Malestar físico, Emociones agradables,

Comprobando el control, Urgencias o tentaciones para consumir, Conflicto con los demás, Presiones de los demás para consumir, Momentos agradables con los demás y puntuación total de autoeficacia o seguridad de no consumir (evaluados con la IDTS). Posteriormente, se realizaron ANCOVAs univariados para cada variable dependiente y, finalmente, se realizaron pruebas de contraste *post hoc* de comparaciones múltiples entre los tres grupos (Tukey).

Resultados

En el primer caso, para la variables autoeficacia general, social y puntuación total, el factor grupo resultó significativo en los análisis (Wilks' Lambda= 0,903; $F_{6,312}$= 2,725; p= 0,014; η= 0,050); no se encontraron diferencias estadísticamente significativas para el covariado (gravedad del consumo de alcohol y drogas).

Los ANCOVAs univariados para cada variable dependiente (autoeficacia general, autoeficacia social y autoeficacia total) mostraron diferencias estadísticamente significativas en la autoeficacia general ($F_{2,158}$= 4,880; Mce= 251,44; p= 0,009) y en la puntuación total de autoeficacia ($F_{2,158}$= 2,957; Mce= 247,86; p= 0,050) (tabla 3). La autoeficacia social no resultó significativa.

Tabla 3
Media, desviación típica y nivel de significación obtenidos por los tres grupos, evaluada por la "Escala de autoeficacia" (SES)

"Escala de autoeficacia" (SES)	G1 (con metadona) *M* (*DT*)	G2 (libre de drogas) *M* (*DT*)	G3 (alcohol) *M* (*DT*)	*F*	*p*-Tukey	
Autoeficacia general	59,19 (7,90)	58,44 (8,46)	54,98 (4,46)	4,880**	1>2*;1>3*	0,058
Autoeficacia social	19,46 (3,25)	20,61 (3,88)	19,39 (2,99)	1,031	n.s.	0,013
Total SES	78,20 (9,56)	79,06 (10,94)	74,37 (6,34)	2,957**	2>3	0,036

Nota: **p< 0,01; *p< 0,05; n.s.= no significativo.

Los resultados de las pruebas de contraste *post hoc* de comparaciones múltiples entre los tres grupos (Tukey) pueden verse en la tabla 3, donde se presentan los datos de comparación de los participantes para la variable autoeficacia general y autoeficacia total. Como puede verse el grupo de alcohol presenta menor autoeficacia general y menor autoeficacia total que el grupo con metadona y el grupo libre de drogas.

En segundo lugar, para la variable confianza situacional los resultados indicaron que había diferencias significativas entre los grupos (Wilks' Lambda= 0,483; $F_{18,300=}$ 7,32; p= 0,000; η= 0,31) y en el covariado (gravedad del consumo de alcohol y drogas) (Wilks' Lambda= 0,825; $F_{9,150}$= 3,530; p= 0,001; η= 0,18).

Tabla 4
Media, desviación típica y nivel de significación obtenidos por los tres grupos en autoeficacia (confianza) situacional, evaluada por el IDTS

Factores del IDTS	G1 (con metadona) *M* (*DT*)	G2 (libre de drogas) *M* (*DT*)	G3 (alcohol) *M* (*DT*)	*F*	*p*-Tukey	η
Emociones desagradables	534,07 (240,59)	684,07 (236,53)	836,30 (164,42)	26,372***	1<2**<3*** 2<3**	0,25
Malestar físico	333,70 (133,73)	423,33 (62,98)	473,70 (43,93)	33,646***	1<2***<3*** 2<3*	0,30
Emociones agradables	357,41 (123,78)	429,26 (65,79)	468,52 (55,57)	22,444***	1<2***<3*** 2<3*	0,22
Comprobando el control	281,11 (121,65)	341,48 (126,06)	445,19 (73,12)	31,180***	1<2*<3*** 2<3***	0,28
Urgencia para consumir	284,81 (130,42)	344,81 (138,72)	444,44 (67,03)	25,363***	1<2*<3*** 2<3***	0,24
Conflictos con demás	638,15 (259,29)	746,30 (230,37)	892,52 (123,01)	19,265***	1<2*<3*** 2<3**	0,20
Presión social para consumir	254,07 (142,57)	304,07 (161,33)	454,07 (72,54)	33,331***	1<3*** 2<3***	0,30
Momentos agradables	305,56 (148,37)	342,22 (119,35)	455,93 (71,26)	24,143***	1<3*** 2<3***	0,23
Puntuación total IDTS	2988,89 (1163,88)	3615,56 (1031,58)	4448,15 (674,69)	30,086***	1<2**<3*** 2<3***	0,28

Notas: IDTS= Cuestionario de confianza o seguridad en situaciones de riesgo para consumir. ***p< 0,001; **p< 0,01; *p< 0,05.

Los ANCOVAs mostraron que había diferencias estadísticamente significativas en emociones desagradables ($F_{2,158}$= 26,372; Mce= 1239454,589; p= 0,000), malestar físico ($F_{2,158}$= 33,646; Mce= 7266746,357; p= 0,000), emociones agradables ($F_{2,158}$= 22,444; Mce= 171136,683; p= 0,000), comprobando el control ($F_{2,158}$= 31,180; Mce= 375485,317; p= 0,000), experiencia de urgencia/tentación para consumir ($F_{2,158}$= 19,265; Mce= 345607,349; p= 0,000), conflicto con los demás ($F_{2,158}$= 19,265; Mce= 873718,290; p= 0,000), presión social para consumir ($F_{2,158}$= 33,331; Mce= 576972,517; p= 0,000), momentos agradables con los demás ($F_{2,158}$= 24,143; Mce= 333824,547; p= 0,000) y puntuación total de confianza situacional ($F_{2,158}$= 30,086; Mce= 28985941,747; p= 0,000). En la tabla 4 encontramos las medias, desviaciones típicas de los grupos y resultados de los ANCOVAs de las variables de confianza situacional.

Los resultados de las pruebas de contraste *post hoc* de comparaciones múltiples entre los tres grupos (Tukey) aparecen en la tabla 4, donde se presentan los datos de comparación de los participantes para cada variable que compone la confianza situacional. Como se observa, las puntuaciones en todas las variables de la confianza situacional son más bajas para el grupo con metadona que para el grupo libre de drogas y de alcohol, siendo este último el que presenta las puntuaciones más altas.

Discusión

En el campo del tratamiento por abuso de drogas hay pruebas consistentes sobre el papel de la autoeficacia en un resultado favorable del mismo. Con frecuencia cuando se define la autoeficacia de los sujetos con trastornos por consumo de drogas y alcohol se utilizan indistintamente dos modelos teóricos, uno de ellos describe la autoeficacia (o *expectativas de autoeficacia*) como los juicios que una persona hace sobre sus capacidades para organizar y ejecutar cursos de acción esperados (Bandura, 1977, 1986) y el otro modelo que hace referencia a la autoeficacia o confianza en uno mismo para resistir al deseo de consumir drogas en una serie de situaciones particulares de riesgo (*confianza situacional*) (Annis y Martín, 1985). El objetivo de este estudio fue evaluar la autoeficacia (evaluada con dos medidas diferentes derivadas de las dos definiciones anteriores) en consumidores de heroína y de alcohol, que se encuentran en tratamiento con metadona, libre de droga o de alcohol.

Por una parte, tenemos los resultados obtenidos a partir de la utilización de la "Escala de autoeficacia" (SES), que se corresponde más con el planteamiento de Bandura. Obtuvimos diferencias estadísticamente significativas en la autoeficacia general y en la puntuación total de autoeficacia, siendo, en ambos casos, las puntuaciones más altas en los grupos con metadona y libre de drogas que en el grupo de alcohol. Para la puntuación total de autoeficacia las diferencias se encontraron entre el grupo libre de drogas y el grupo de alcohol, teniendo el grupo libre de drogas una puntuación más alta. También aparecieron diferencias entre el grupo con metadona y el grupo de alcohol, y entre el grupo libre de drogas y el grupo de alcohol para la variable de autoeficacia general, presentando el grupo de alcohol las puntuaciones más bajas. Sumado a lo anterior vimos cómo no se presentaban diferencias significativas entre los grupos con metadona y libre de drogas. Este resultado nos está indicando que, posiblemente, las personas cuyo problema central ha sido la heroína tienen un perfil psicológico diferente a las personas cuyo problema principal ha sido el alcohol. En este caso, estamos analizando una de esas posibles variables, la autoeficacia, entendida como una creencia general sobre cómo regular su comportamiento en distintos aspectos de su vida con el propósito de obtener ciertos resultados.

A primera vista, podría pensarse que los resultados que se obtuvieran con otra escala de autoeficacia tendrían que seguir la misma línea, pero en nuestro trabajo aquello no ocurrió. Los resultados que obtuvimos con la IDTS, que está diseñada bajo el modelo de Annis, indicaron que todas las variables relacionadas con la confianza situacional (emociones desagradables, malestar físico, emociones agradables, comprobación del control, experiencias de urgencia o tentaciones para consumir, conflicto con los demás, presión social para consumir y momentos agradables con los demás) diferían significativamente en los tres grupos. El grupo con metadona presentaba las puntuaciones más bajas en comparación con el grupo de tratamiento libre de drogas y aún más con el grupo de alcohol, siendo también significativas las diferencias entre el grupo libre de drogas y el grupo de alcohol. Una explicación que tenemos para estos resultados es que la IDTS, a diferencias de la SES, evalúa la capacidad que tiene la persona para abstenerse o evitar el consumo de drogas ante

distintas situaciones consideradas como de riesgo y aquí es importante tener nuevamente en consideración los perfiles psicológicos, además de la gravedad del consumo de droga. Si observamos la tabla 1, queda claro que hay una diferencia significativa en este aspecto entre quienes están en tratamiento con metadona y libre de drogas, siendo menos grave el consumo entre los últimos y, quizás esto se relacione con una mayor confianza en su capacidad para regular su comportamiento, ya sea absteniéndose o evitando el consumo, frente a estímulos o situaciones de riesgo para el consumo.

Un supuesto que teníamos era que los participantes en tratamiento con metadona presentarían puntuaciones más bajas en todas las variables relativas a la confianza situacional, que los participantes que están en tratamiento libre de drogas y de alcohol (con base en el modelo de autoeficacia de Annis, 1982; Diclemente *et al*., 1995) y eso fue lo que hallamos. Todas las variables relacionadas con la confianza situacional (emociones desagradables, malestar físico, emociones agradables, comprobación del control, experiencias de urgencia o tentaciones para consumir, conflicto con los demás, presión social para consumir y momentos agradables con los demás) difieren significativamente en los tres grupos; el grupo con metadona presenta las puntuaciones más bajas en comparación con el grupo de tratamiento libre de drogas y aún más con el grupo de alcohol. En definitiva, en todos los casos el grupo con metadona presenta puntuaciones más bajas que el grupo libre de drogas y el grupo de alcohol, un resultado que está en concordancia con lo que esperábamos. A este respecto queremos señalar que, si bien no existe ningún estudio que compare la autoeficacia en personas con drogodependencia que están realizando diferentes tratamientos (con metadona, libre de drogas y alcohol), van en la línea de lo propuesto por DeMartini *et al*. (2014); Diclemente y Hughes (1990) y Phua (2013) que comprobaron que la autoeficacia para el mantenimiento de la abstinencia y las tentaciones para consumir drogas estaban relacionadas. Del mismo modo, De Weert-Van Oene *et al*. (2000), Litman *et al*. (1977, 1979) y Rychtarick *et al*. (1992) encontraron relación entre situaciones de riesgo, baja autoeficacia y dependencia al alcohol y drogas, y Burling *et al*. (1989) mostraron la relación inversa entre los consumos esporádicos de alcohol y drogas y la realización de valoraciones más exactas de su eficacia en situaciones de alto riesgo. Finalmente, nuestros resultados también van en la línea de los trabajos de Cummings *et al*. (2010), Dolan *et al*. (2008) y Stephens *et al*. (1993) que observaron que la autoeficacia predecía prospectivamente los índices de consumo hasta un año después del tratamiento.

Dada la ausencia de estudios que comparen la autoeficacia (tal y como la conciben Bandura o Annis) entre personas con drogodependencia en tratamiento con metadona, libre de droga y alcohol, nuestros resultados son bastante novedosos y son consonantes con los de otros trabajos que confirman la relación entre la autoeficacia y los comportamientos dirigidos al consumo de alcohol y drogas, tanto en muestras universitarias no clínicas (p. ej., Baldwin *et al*., 1993; Pentz, 1985), como en muestras clínicas (p. ej., De Weert-Van *et al*., 2000; Kinard y Webster, 2010). Por tanto, la autoeficacia mantiene una relación de causalidad directa que afecta a la cantidad de esfuerzo que un individuo realiza para hacer frente a los obstáculos. Sin embargo, dicha relación puede estar mediada por otras variables, tales como el estado de ánimo negativo. A este respecto, destacamos estudios como el de Gwaltney *et al*.

(2002), en el que encontraron que los drogodependientes que habían alcanzado la abstinencia después de realizar tratamiento presentaron puntuaciones más bajas de autoeficacia cuando experimentaban afecto negativo.

Nuestros resultados son relevantes de cara al planteamiento actual sobre los dos tipos de tratamiento que se prescriben a los consumidores de drogas que llegan al Centro Comarcal de Drogodependencias. El tratamiento con metadona consiste en proporcionar la sustancia de forma gratuita, entrega de agujas limpias y realizar otros tratamientos médicos con el fin de reducir riesgos y daños (p. ej., con antirretrovirales en el caso de que ya se hayan infectado con el VIH). Se pretende que el heroinómano tenga una mejor calidad de vida y subyace la idea de imposibilidad de tratamiento psicológico. Por otro lado, el tratamiento libre de drogas consiste en un tratamiento psicológico cognitivo conductual con sesiones de forma individual, grupal y familiar, llevándose a cabo modificación de conductas de búsqueda, estilo de vida relacionado con el consumo de drogas, control de los factores desencadenantes del consumo y de las situaciones de riesgo, adquisición de estrategias que permiten evitar posibles recaídas y de pautas de comportamiento adaptativas, habilidades de comunicación (capacidad de diálogo, observación y crítica), organización propia y del entorno, entrenamiento en técnicas de solución de problemas y toma de decisiones y desarrollo de capacidades que permitan funcionar con autonomía para reconstruir una vida normativa en todas las áreas (personal, familiar, relacional y comunitaria). A este respecto, el entrenamiento en autoeficacia, siguiendo el modelo de Bandura, sería un componente fundamental dentro del tratamiento para quienes han sido consumidores de alcohol, asimismo consideramos importante trabajar algunas cuestiones relacionadas con la autoeficacia general en el grupo de tratamiento libre de drogas para reforzar sus propias creencias en el manejo de diversas situaciones (no exclusivamente referidas al consumo de sustancias). Al analizar con más detalle los resultados obtenidos en cuanto a la confianza situacional, que pone a los evaluados de cara a las situaciones concretas de riesgo para restablecer el consumo de la droga, nos inclinamos a pensar que las personas que reciben cualquiera de los dos tratamientos, tanto el libre de drogas como con metadona (y sobre todo éste) deberían recibir un entrenamiento en habilidades de afrontamiento de situaciones de riesgo para el consumo, porque su creencia o nivel de confianza en que podrán resistir a las situaciones de riesgo es significativamente menor que la de quienes sólo han consumido alcohol. Visto así, hemos hallado un punto de quiebre con el modelo actual de atención a los heroinómanos que son tratados con metadona, pues éste ha sido un grupo que se ha percibido como "desahuciado" para recibir tratamiento psicológico y posiblemente no tendría por qué ser así, podría ser complementario. Por supuesto, harían falta más investigaciones para ver si estos nuevos supuestos se cumplen.

Un aspecto que parece estar relacionado con la importancia de la identificación de los niveles de autoeficacia (o confianza situacional) para la elección del tratamiento, es la escogencia de un adecuado instrumento de evaluación. Con base en nuestros resultados podemos afirmar lo que en su momento plantearon Tejero y Trujols (1994) respecto a que el IDTS podría ser de gran utilidad para la planificación del tratamiento, ya que proporciona un perfil individualizado de las áreas de mayor riesgo para el consumo de drogas. Este hecho resulta de especial

interés para poder diseñar de forma individualizada alguna de las técnicas a instaurar durante un programa de intervención cognitivo conductual y especialmente, en la fase de prevención de recaídas.

En términos generales, al comparar los resultados de la autoeficacia según el modelo de Bandura, por un lado, y el modelo de Annis, por otro lado, nos inclinamos a considerar que estos modelos están haciendo referencia a cuestiones un tanto diferentes de la autoeficacia, se trataría de dimensiones distintas de autoeficacia, y serán necesarias más investigaciones para analizar la naturaleza de esta diferencia. Nos inclinamos a pensar que el modelo de Bandura es más general y permite conocer cómo son de fuertes las creencias personales acerca de las propias capacidades para manejar situaciones difíciles en la vida, pero de cara al problema central del consumo de drogas que presentan nuestros participantes es necesario utilizar instrumentos de evaluación más sensibles a la percepción de la propia capacidad de control en situaciones de riesgo para el consumo, algo que permite un instrumento como el IDTS (que está más en sintonía con el modelo de Annis).

Una limitación de nuestro estudio es que todos los participantes eran de un mismo centro de tratamiento, esto hace que sea difícil generalizar los resultados a la población drogodependiente. Sin embargo, la ventaja de nuestro estudio es lo que se deriva de los resultados. Si bien los pacientes que están en tratamiento con metadona no reciben ningún tratamiento psicológico, nuestros resultados indican la necesidad urgente de trabajar con ellos para desarrollar su autoeficacia en el sentido de la confianza situacional propuesto por Annis (1982), no sin antes construir perfiles individuales que permitan definir las áreas de mayor riesgo para el uso de heroína. Una segunda limitación, que pensamos que se podría subsanar en investigaciones futuras, es el resultado obtenido en la autoeficacia general y en la puntuación total en la SES (modelo de Bandura) por los participantes que están en tratamiento con metadona. Debido a que fue el grupo que presentó puntuaciones más altas que los participantes que están en tratamiento libre de drogas y de alcohol, consideramos que sería necesario realizar estudios con otras muestras para evaluar la persistencia y la generalización de los datos, así como estudios con una manipulación del grupo con metadona, subdividiendo la muestra en dos grupos, uno con puntuaciones altas y otro con puntuaciones bajas de autoeficacia, para someterlos al mismo tratamiento psicológico cognitivo conductual que realizan los pacientes en tratamiento libre de drogas, y así evaluar si hay diferencias entre los grupos en lo que respecta a la autoeficacia. Una tercera limitación sería la asunción de homogeneidad en los perfiles de cada grupo de adicción a la heroína y al alcohol; esto resulta útil y necesario para analizar y describir la información relacionada con las puntuaciones de autoeficacia de los grupos, dado que nos ofrecen distintos puntos de vista, así como diferentes tendencias de los datos que caracterizan el objeto en cuestión y permiten establecer parámetros de comparación más complejos y dinámicos que los meros valores aislados o simplemente sometidos a su promedio aritmético. Sin embargo, como puede verse en las tablas 3 y 4 el valor η hace referencia al tamaño del efecto, por ejemplo, las diferencias entre los grupos son de 3,6% y de 28% para las puntuaciones totales de autoeficacia y de autoeficacia o seguridad de no

consumir en situaciones de riesgo, respectivamente. Un paso aún mayor en la investigación, sería poder evaluar a estos mismos sujetos después del tratamiento y ver cómo se ha comportado la autoeficacia después de la intervención, así que por aquí, hay otra línea de trabajo futuro. Por tanto desde la literatura revisada queda claro el papel de la autoeficacia en el mantenimiento de la adicción, en el pronóstico de tratamiento y en la recaída. Sin embargo, los resultados van a depender del instrumento utilizado para evaluar la autoeficacia; la elección de uno u otro instrumento que conlleva inevitablemente la elección de un modelo teórico, puede provocar diferentes resultados, tal y como hemos comprobado en nuestro estudio.

Referencias

Alonso, M. M., Esparza, S. E., López, K. S., Rodríguez, L., Guzmán, F. R. y Alonso, M. T. (2013). Prevención de consumo de drogas y fortalecimiento de conductas saludables en jóvenes de preparatoria. *Ciencia UANL,* 62, 56-67.

Annis, H. M. (1982). *Situational Confidence Questionnaire*. Toronto: Addiction Research Foundation.

Annis, H. M. y Davis, C. S. (1988). Self-efficacy and the prevention of alcoholic relapse: initial findings from a treatment trial. En T. B. Baker y D. S. Cannon (dirs.), *Assessment and treatment of addictive disorders* (pp. 88-112). Nueva York, NY: Praeger.

Annis, H. M. y Davis, C. S. (1989). Relapse prevention. En R. K. Hester y W. R. Miller (dirs.), *Handbook of alcoholism treatment approaches* (pp. 170-182). Nueva York, NY: Pergamon.

Annis, H. M, Graham, J. M. y Davis, C. S. (1987). *Inventory of Drinking Situations (IDS): user's guide*. Toronto: Addiction Research Foundation.

Annis, H. M. y Martin, G. (1985). *The Drug-Taking Confidence Questionnaire*. Toronto: Addiction Research Foundation of Ontario.

Baldwing, A. R., Oei, T. P. S. y Young, R. (1993). To drink or not to drink: the differential role of alcohol expectancies and drinking refusal self-efficacy in quantity and frequency of alcohol consumption. *Cognitive Therapy and Research, 17,* 511-530.

Bandura, A. (1969). *Principles of behavior modification*. Nueva York, NY: Holt, Rinehart and Winston.

Bandura, A. (1977) Self-efficacy: toward a unifying theory or behavioral change. *Psychological Review, 84*, 191-215.

Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: a social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Bandura, A. (1995). *Self-efficacy in changing societies*. Cambridge: Cambridge University Press.

Berndt, N. C., Hayes, A. F., Verboon, P., Lechner, L., Bolman, C. y De Vries, H. (2013). Self-efficacy mediates the impact of craving on smoking abstinence in low to moderately anxious patients: results of a moderated mediation approach. *Psychology of Addictive Behaviors, 1*, 113-124.

Burling, T. A, Really, P. M., Moltzen, J. O. y Ziff, D. C. (1989). Self-efficacy and relapse among inpatient drug and alcohol abusers: a predictor of outcome. *Journal Studies on Alcohol, 50*, 345-360.

Condiotte, M. M. y Lichtenstein, E. (1981). Self-efficacy and relapse in smoking cessation programs. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 49*, 648-658.

Connor, J. P., Gullo, M. J., Feeney, G. F. X., Kavanagh, D. J. y Young, R. McD. (2014). The relationship between cannabis outcome expectancies and cannabis refusal self-efficacy in a treatment population. *Addiction, 109*, 111-119.

Cummings, A. M., Gallop, R. J. y Greenfield, S. F. (2010). Self-efficacy and substance use outcomes for women in single gender versus mixed-gender group treatment. *Journal of Groups* in *Addiction* & *Recovery, 5*, 4-16.

Cummings, C., Gordon, J. R. y Marlatt, G. A. (1980). Relapse: prevention and prediction. En W. R. Miller (dir.), *The addictive behaviors: treatment of alcoholism, drug abuse, smoking, and obesity* (pp. 291-321). Oxford: Pergamon.

DeMartini, K. S., Devine, E. G., DiClemente, C. C., Martin, D. J., Ray, L. A. y O'Malley, S. S. (2014). Predictors of pretreatment commitment to abstinence: results from the COMBINE study. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs, 75*, 438-446.

De Weert-Van Oene, G. H., Breteler, M., Schippers, G. M. y Schrijvers, A. (2000). The validity of the self-efficacy list for drug users. *Addictive Behaviors, 25*, 599-605.

DiClemente, C. C., Carbonari, J. P., Montgomery, R. P. y Hughes, S.O. (1994). The Alcohol Abstinence Self-Efficacy Scale*. Journal of Studies Alcohol, 55*,141-148.

Diclemente, C. C., Fairhurst, S. K. y Piotrowski, N. A. (1995). Self-efficacy and addictive behaviors. En J. E. Maddux (dir.), *Self-efficacy, adaptation, and adjustment: theory, research, and application* (pp. 109-141). Nueva York, NY: Plenum.

Diclemente, C. C. y Hughes, S. O. (1990). Stages of change profiles in outpatient alcoholism treatment. *Journal of Substance Abuse, 2*, 217-235.

Dijkstra, A., de Vries, H. y Bakker, M. (1996). Pros and cons of quitting, self-efficacy, and the stages of change in smoking cessation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*, 758-763.

Dolan, S. L., Martin, R. A. y Rohsenow, D. J. (2008). Self-Efficacy for cocaine abstinence: pretreatment correlates and relationship to outcomes. *Addictive Behavior, 33*, 675-688.

Etter, J. F., Bergman, M., Humair, J. y Perneger, T. V. (2000). Development and validation of a scale measuring self-efficacy of current and former smokers. *Addiction, 95*, 901-913.

García-Rodríguez, O., Secades-Villa, R., Fernández-Hermida, J. R., Carballo-Crespo, J. L., Errasti-Pérez, J. M. y Al-halabi-Díaz, S. (2005). Comparación de pacientes cocainómanos y heroinómanos en el EuropASI. *Adicciones,* 17, 33-42.

Gwaltney, C. J., Shiffman, S., Paty, J. A., Liu, K. S., Kassel, J. D., Gnys, M. y Hickcox, M. (2002). Using self-efficacy judgments to predict characteristics of lapses to smoking. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70,* 1140-1149.

Hartzler, B., Witkiewitz, K., Villarroel, N. y Donovan, D. (2012). Self-Efficacy change as a mediator of associations between therapeutic bond and one-year outcomes in treatments for alcohol dependence. *Psychology Addictive Behaviors, 25*, 269-278.

Kinard, B. R. y Webster, C. (2010). The effects of advertising, social influences, and self-efficacy on adolescent tobacco use and alcohol consumption. *The Journal of Consumer Affairs, 44*, 24-40.

Litman, G. K., Eiser, J. R., Rawson, N. S. B. y Oppenheim, A. N. (1977). Towards a typology of relapse: a preliminary report. *Drug and Alcohol Dependence, 2*, 157-162.

Littman, G. K., Fiser, J. R., Rawson, N. S. B. y Oppenheim, A. N. (1979). Towards a typology of relapse: a preliminary report. *Drug and Alcohol Dependence*, *2*, 157-162.

López-Torrecillas, F. (1996). *Estrés, afrontamiento, variables de personalidad y consumo de drogas*. Granada: Universidad de Granada, España.

López-Torrecillas, F., Caballo, V., Pastor Del Carpio, L. y Ramírez-Uclés, I. (2005). La eficacia general como predictora de la cronicidad del consumo de drogas. *Psicología Conductual*, 13, 289-296.

López-Torrecillas, F., Peralta, I., Muñoz-Rivas M. y Godoy, J. F. (2003). Autocontrol y consumo de drogas, *Adicciones, 15*, 127-136.

López-Torrecillas, F., García, J., Cañadas, G. A., Ramírez-Uclés, I. y de La Fuente, E. I. (2006). Validity of Self-Efficacy Scale scores for a Spanish sample. *Psychological Reports, 98*, 437-450.

Marlatt, G. A. (1985). Cognitive assessment and intervention procedures for relapse prevention. En G. A. Marlatt y J. R. Gordon (dirs.), Relapse prevention: maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors (pp. 201-275). Nueva York, NY: Guilford.

Marlatt, G. A., Baer, J. S. y Quigley, L. A. (1995). Self-efficacy and addictive bahavior. En A. Bandura (dir.), *Self-efficacy: in changing societies* (pp. 289-316). Nueva York, NY: Freeman.

Marlatt, G. A. y Gordon, J. R. (1985). *Relapse prevention: maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. Nueva York, NY: Guilford.

Observatorio Español sobre la Droga y las Toxicomanías (2014). *Plan de actuación frente a la cocaína 2007-2010. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre drogas*. Disponible en http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/home.htm

Pentz, M. A. (1985). Social competence and self-efficacy as determinants of substance use in adolescence. En S. Shiffman y T. A. Wills (dirs.), Coping and substance use (pp. 117-142). Nueva York, NY: Academic Press

Peterson, C., Semmel, A., Von Baeyer, C., Abramson, L. Y., Metalsky, L. I. y Seligman, M. E. P. (1982). The Attributional Style Questionnaire. *Cognitive Therapy and Research, 6*, 287-300.

Phua, J. J. (2013). The reference group perspective for smoking cessation: an examination of the influence of social norms and social identification with reference groups on smoking cessation self-efficacy. *Psychology of Addictive Behaviors, 1*, 102-112.

Powell, J., Dawe, S., Richards, D., Gossop, M., Marks, I., Strang, J. y Gray, J. (1993). Can opiate addicts tell us about their risk? Subjetive predictors of clinical prognosis. *Addictive Behaviors, 18*, 473-490.

Ramo, D. E., Myers, M. G. y Brown, B. A. (2010). Self-efficacy mediates the relationship between depression and length of abstinence after treatment among youth but not among adults. *Substance Use & Misuse, 45*, 2301-2322.

Rathus, S. A. (1973). A 30-item schedule for assessing assertive behavior. *Behavior Therapy, 4*, 398-406.

Reilly, P. M., Sees, K. L., Shopshire, M. S., Hall, S. M., Delucchi, K. L., Tusel, D. J., Banys, P., Clark, H. W. y Piotrowski, N. A. (1995). Self-efficacy and illicit opioid use in a 180-day methadone detoxification treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 63*, 158-162.

Rosenbaum, M. (1980). Cuestionario de autocontrol. En A. Capafóns y P. Barreto (1989) Competencia aprendida: fiabilidad y validez de su medida, críticas y recomendaciones. *Revista Española de Terapia del Comportamiento, 1*, 19-39.

Rychtarick, R. G., Prue, D. M., Rapp, S. R. y King, A. C. (1992). Self-efficacy, aftercare and relapse in a treatment program for alcoholics. *Journal of Studies on Alcohol, 53*, 435-440.

Sadowski, C. J., Long, C. L. y Jenkins, L. R. (1993). Does substance abuse treatment have self-schematic effects? *The Journal of Psychology, 127*, 323-327.

Sklar, S. M., Annis, H. M. y Turner, N. E. (1997). Development and validation of the Drug-Taking Confidence Questionnaire: a measure of coping self-efficacy. *Addictive Behaviors, 22,* 655-670.

Sherer, M., Maddux, J. E., Mercandante, B., Prentice-Dunn, S., Jacobs, B. y Rogers, R. W. (1982). The Self-Efficacy Scale: construction and validation. *Psychological Reports, 51*, 663-671.

Sitharthan, T. y Kaavanagh, D. J. (1990). Role of self-efficacy in predicting outcomes from a programme for controlled drinking. *Drug and Alcohol Dependence, 27*, 87-94.

Stephens, R., Wertz, J. y Roffman, R. (1993). Predictors of marihuana treatment outcomes. *Journal of Substance Abuse, 5*, 341-354.

Tejero, A. y Trujols, J. (1994). El modelo transteórico de Prochaska y DiClemente: un modelo dinámico del cambio en el ámbito de las conductas adictivas. En J. L. Graña (dir.), *Conductas adictivas: teoría, evaluación y tratamiento* (pp. 3-43). Madrid: Debate.

Young, R. McD. y Kavanagh, D. J. (1997). *The Cannabis Refusal Self-Efficacy Questionnaire (CRSEQ)*. Queensland: Universidad de Queensland, Australia.

RECIBIDO: 15 de octubre de 2014
ACEPTADO: 28 de febrero de 2015