

## **EL PAPEL DE LA AUTOEFICACIA EN EL TRATAMIENTO DE LAS DROGODEPENDENCIAS**

Francisca López-Torrecillas<sup>1</sup>,  
M<sup>a</sup> del Mar Salvador  
Isabel Ramírez  
Antonio Verdejo  
*Universidad de Granada*

### **Resumen**

En este estudio se analiza la autoeficacia general y la autoeficacia o seguridad de no consumir en una serie de situaciones de alto riesgo en los drogodependientes que están en tratamiento. Para ello se utilizaron 60 sujetos consumidores de alcohol y drogas en tratamiento para su dependencia. Los grupos fueron divididos en función del tipo de tratamiento que estaban realizando (grupo de metadona, grupo libre de drogas y grupo de alcohol (control)). Se realizaron medidas relacionadas con la autoeficacia general y con la autoeficacia de no consumir en situaciones de alto riesgo, con la severidad del consumo de alcohol y drogas y con aspectos sociodemográficos. Los resultados muestran que existen diferencias en autoeficacia general y autoeficacia o seguridad de no consumir entre los 3 grupos.

**PALABRAS CLAVE:** *Autoeficacia, confianza situacional, tratamiento, drogodependencias.*

### **Abstract**

General self efficacy and self efficacy or confidence in one's ability to refrain from drug consumption in a series of high risk situations are analyzed for drug addicts in treatment. Sixty drug and alcohol abusers were included in this study. Groups were divided with respect to the type of therapy they were involved in (Methadone group, drug free group, alcohol group (control group)). General self efficacy measures were correlated with measures of ability to refrain from use in high risk situations self efficacy, severity of drug and alcohol abuse and sociodemographic variables. Results revealed differences between the three groups with respect to general self efficacy and consumption self efficacy. **KEY WORDS:** *Self efficacy, situational confidence, substance abuse treatment.*

---

<sup>1</sup> *Correspondencia:* Francisca López-Torrecillas. Dpto. Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico. Facultad de Psicología. Universidad de Granada, Campus Universitario de Cartuja s/n, 18071 Granada. E-mail: fcalopez@platon.urg.es

## **Introducción**

Los estudios que relacionan la autoeficacia con el pronóstico de tratamiento en el campo de las drogodependencias varían en cuanto a la conceptualización del propio concepto de autoeficacia.

Por un lado y de acuerdo con el planteamiento de Bandura (1977, 1982, 1986, 1995), la creencia de ser capaz de superar la tentación de consumir alcohol y drogas influye en el resultado del tratamiento porque condiciona la actitud y la actuación del drogodependiente ante éste. La autoeficacia favorece la participación activa en el tratamiento, en el afrontamiento adecuado del problema, en el esfuerzo y en la persistencia. Diferentes estudios confirman una relación positiva entre la autoeficacia y la evolución en el tratamiento de los drogodependientes. Concretamente, Sadowski, Long y Jenkins (1993) encontraron que los drogodependientes que habían recibido tratamiento presentaban puntuaciones más elevadas en autoeficacia en comparación con aquellos que no habían recibido tratamiento, consecuentemente los sujetos que presentaban puntuaciones altas en autoeficacia se mantenían abstinentes. Sitharthan y Kavanagh (1990), observaron que cuando los sujetos presentaban bajas puntuaciones en autoeficacia, no afrontaban adecuadamente las situaciones de riesgo de consumo en los periodos de tratamiento y seguimiento, mientras que aquellos que tenían puntuaciones más altas en autoeficacia afrontaban con éxito las situaciones de riesgo de consumo. Estos estudios nos revelan la idea de que las creencias de eficacia podrían no ser específicas para las situaciones sino que es la habilidad percibida, por parte del sujeto de su capacidad para conseguir realizar una determinada tarea con éxito, lo que se relaciona con el pronóstico de tratamiento.

Por otro lado, destacamos los estudios derivados de la idea de que la autoeficacia es específica de las situaciones, de esta forma, las creencias de la propia habilidad para resistirse a la conducta adictiva en situaciones específicas predicen el éxito en el tratamiento. El concepto de autoeficacia o seguridad de no consumir drogas en una serie de situaciones de alto riesgo en la fase de tratamiento de las drogodependencias lo proponen Annis (1982); Colleti, Supnick y Payne (1985); Condiotte y Lichtenstein (1981); Diclemente, Prochaska y Gibertini (1985). En este sentido, Burling, Reilly, Moltzen y Ziff (1989) encontraron que los sujetos que presentaban elevadas expectativas de autoeficacia para mantener la abstinencia realizaban el tratamiento en menos tiempo que aquellos con una baja autoeficacia. Rychtarick, Prue, Rapp y King (1992) observaron que la autoeficacia era generalmente baja en el momento de la entrada a tratamiento y aumentaba significativamente durante el tratamiento. La autoeficacia pretratamiento se relacionaba con las recaídas, es decir, los sujetos con elevados niveles de confianza para resistir al consumo de drogas, eran menos propensos a las recaídas.

Considerando lo expuesto anteriormente, este estudio persigue analizar la relación entre autoeficacia y autoeficacia o seguridad de no consumir alcohol y drogas en una serie de situaciones de alto riesgo en los sujetos que están en tratamiento de alcohol y drogas. De este objetivo se deducen las siguientes hipótesis:

- Los sujetos que están en tratamiento con metadona presentarán puntuaciones más bajas en autoeficacia que los sujetos que están en tratamiento libre de drogas.

- Los sujetos que están en tratamiento con metadona presentarán puntuaciones más bajas en autoeficacia o seguridad de no consumir drogas en una serie de situaciones de alto riesgo que los sujetos que están en tratamiento libre de drogas.

- Los sujetos que están en tratamiento con metadona y libre de drogas presentarán puntuaciones más bajas en autoeficacia que los sujetos controles.

- Los sujetos que están en tratamiento con metadona y en tratamiento libre de drogas presentarán puntuaciones más bajas en autoeficacia o seguridad de no consumir drogas en una serie de situaciones de alto riesgo que los sujetos controles.

## **Método**

### *Muestra*

Participaron en este estudio 60 sujetos, 55 hombres y 5 mujeres, con una edad media de 32.07, desviación típica 7.40 y un rango de 17-60 años. Estaban realizando tratamiento para su dependencia a alcohol, hachís, cocaína, anfetaminas y heroína, habían pasado la fase de desintoxicación y estaban en fase de deshabituación. Concretamente 16 sujetos habían demandado tratamiento para su dependencia al alcohol, 1 había demandado tratamiento para su dependencia al hachís, 6 para su dependencia a la cocaína, 6 para las anfetaminas, 6 para la heroína, 27 para su dependencia a la heroína con cocaína y 4 para su dependencia a la cocaína con alcohol.

La selección de los sujetos se realizó en el CCD de Baza y completaban de forma voluntaria los cuestionarios y escala, que a continuación se describen. Los sujetos fueron asignados a 3 grupos dependiendo de la decisión del equipo terapéutico considerando como criterio el grado de adicción de los sujetos. Los grupos quedaron formados de la siguiente manera:

- Grupo de drogodependientes en tratamiento con metadona (n=21), compuesto por 21 hombres, con una edad media de 31.71, desviación típica de 5.18 y rango de 19-40 años. Estos sujetos entraban al Centro de Drogodependencias y demandaban tratamiento de metadona. Su inclusión dependía del criterio del equipo terapéutico (fundamentalmente fracasos repetidos de desintoxicación). Los sujetos que componían este grupo consumían hachís, cocaína, heroína, metadona y alcohol en el momento de la evaluación

- Grupo de drogodependientes en tratamiento libre de drogas (n=20), compuesto por 18 hombres y 2 mujeres, con una edad media de 28.35 años, desviación típica de 5.98 y rango de 14-43 años. Estos sujetos entraban al Centro de Drogodependencias y demandaban tratamiento libre de drogas. Su inclusión dependía del criterio del equipo terapéutico. Los sujetos que componían este grupo consumían hachís, cocaína, heroína y alcohol en el momento de la evaluación.

- Grupo de control: Alcohólicos (n=19), compuesto por 16 hombres y 3 mujeres, con una edad media de 36.37, desviación típica 8.77 y rango 20-60 años. Estos sujetos entraban al Centro de Drogodependencias y demandaban tratamiento para su

dependencia a alcohol. Los sujetos que componían este grupo habían consumido hachís, cocaína, alucinógenos y alcohol pero en el momento de la evaluación no consumían ninguna sustancia.

### *Instrumentos*

Se realizaron medidas relacionadas con la autoeficacia, con la autoeficacia o seguridad de no consumir en situaciones de riesgo de consumo, con la severidad del consumo de alcohol y drogas y con aspectos sociodemográficos de los sujetos utilizando los instrumentos que a continuación se describen:

- *Escala de Autoeficacia de Sherer et al. (1982) (A.E)*

Esta escala fue desarrollada para analizar las creencias que tienen los sujetos acerca de sus habilidades para manejar determinadas situaciones. Fue traducida por Godoy (1990).

La escala está compuesta de 30 ítems que miden la autoeficacia total (AET). Los 30 ítems están divididos en 2 subescalas. En la subescala de autoeficacia general (AEG), el sujeto describe cómo maneja determinadas situaciones relacionadas con tareas personales y en la subescala de autoeficacia social (AES), el sujeto describe como maneja determinadas situaciones sociales. En ambas escalas el sujeto debe indicar el grado de acuerdo de la frase que le describe o caracteriza en una escala de 1 a 5. La escala también incluye 7 ítems filler.

Sherer et al. (1982) señalan una consistencia interna, con el coeficiente alpha de Cronbach (1951), de 0.86 para la subescala de autoeficacia general y de 0.71 para la subescala de autoeficacia social y Woodruff y Cashman (1993) obtienen un coeficiente alpha de Cronbach (1951), de 0.84 para la subescala de autoeficacia general y de 0.69 para la subescala de autoeficacia social. Con respecto al criterio de validación, Sherer et al. (1982) señalan una validez convergente con otras medidas de características de personalidad (Locus de Control, Control Personal, Fuerza del Ego, Competencia Interpersonal) relacionadas con la eficacia general sin ser sinónimas.

Esta escala se ha utilizado para analizar la relación entre el esfuerzo y persistencia de los comportamientos elegidos y otras conductas relacionadas con la salud, sobre todo en lo que respecta a adherencia a tratamientos y al pronóstico en rehabilitación de enfermedades crónicas. Una alta puntuación en esta escala indica niveles elevados de autoeficacia, mientras que una baja puntuación, es indicativa de ausencia de autoeficacia.

- *Cuestionario de Confianza o Seguridad en Situaciones de Riesgo para Consumir de Annis y Martin (1985) (ASR).*

Es una medida de autoinforme destinada a evaluar los niveles de autoeficacia o seguridad de no consumir drogas en una serie de situaciones de riesgo para su consumo. Consta de 50 ítems que incluyen situaciones representativas de cada una de las 8 categorías de la taxonomía, propuesta por el grupo de Marlatt (Cummnigs, Gordon y Marlatt, 1980; Marlatt, 1985, Marlatt y Gordon, 1980) de situaciones de alto riesgo que favorecen las recaídas y que son clasificadas en intrapersonales e interpersonales. Entre

las intrapersonales se encuentran: 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 interpersonales se hallan las situaciones de conflicto interpersonal, las situaciones de presión social para consumir y los estados emocionales positivos o momentos agradables con los demás.

Este cuestionario fue traducido y adaptado por Tejero, Trujols y Roca (1993). En su trabajo se desprende que el cuestionario parece poseer una consistencia interna satisfactoria así como una elevada eficacia discriminativa ya que en las ocho escalas del cuestionario obtuvieron diferencias estadísticamente significativas entre una muestra de adictos a opiáceos que se hallaban en el estadio de acción y otra de adictos situados en el estadio de mantenimiento, diferencias comprendidas entre  $p=0.002$  para la escala de estados emocionales negativos y  $p=0.040$  para la escala de comprobando el control.

Tejero y Trujols (1994) afirman que esta medida es de gran utilidad respecto a la planificación del tratamiento ya que proporciona un perfil individualizado de las áreas de mayor riesgo para el consumo de heroína. Este hecho resulta pues, 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.

- *Cuestionario de Información acerca del Nivel Cultural y Categoría Profesional (C.C.C.P).*

Fue desarrollado para evaluar las variables socio-demográficas. El sujeto tiene que contestar una serie de preguntas tales como edad (años), sexo (varón o mujer), nivel educativo (años de escolarización de acuerdo a una escala de 1 a 6) y categoría profesional a la que pertenece, según la clasificación realizada por el CENSO que incluye una lista amplia de 15 apartados, referidos a las profesiones existentes. En cada uno de estos apartados, de forma minuciosa aparecen las profesiones derivadas de estudios superiores, tales como ingeniería, matemáticas, hasta las profesiones que sólo requieren experiencia práctica, tales como albañil, pintor, pescador, etc.

- *Cuestionario de Investigación acerca del Comportamiento Adictivo (CICA).*

Fue desarrollado para detectar el consumo de alcohol y drogas en el momento de la evaluación, versa sobre el comportamiento adictivo, particularmente del consumo de alcohol, hachís, anfetaminas, metadona, alucinógenos, cocaína y heroína. Hace referencia a la frecuencia de consumo de estas sustancias, cantidad de consumo y edad de inicio de las mismas. Consta de 7 ítems que se dividen en tres grupos de preguntas, un grupo hace referencia a la cantidad (frecuencia), un segundo grupo también hace referencia a la cantidad (gramos, mililitros o unidades), y un tercer grupo hace referencia a la cronicidad (años desde que inició el consumo). Cada ítem refleja la pauta de consumo de una determinada droga. Las drogas denotadas por el cuestionario son alcohol, hachís, anfetaminas, metadona, alucinógenos, cocaína y heroína. Consiste en pedir al sujeto que describa su historia de consumo de drogas. Cada una de las drogas de las que se le demanda información es valorada en función de la frecuencia de consumo, considerado como cantidad, que se puntúa desde 1 hasta 8 y oscila desde nunca hasta a

diario. El segundo grupo de preguntas hace referencia, también, a la cantidad de consumo, que se puntúa en unidades al mes, teniendo en cuenta que un whisky equivale a 1 unidad y un vino o una cerveza equivale a 0.5, el hachís se puntúa en número de cigarrillos, las anfetaminas y los alucinógenos se puntúan en unidades, la metadona se puntúa en miligramos y la cocaína y heroína en gramos al mes. El tercer grupo de preguntas hace referencia a la cronicidad, se puntúa en años y se valora el tiempo de consumo desde la edad de inicio hasta el momento de la evaluación.

A partir de este cuestionario se obtienen 14 medidas 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 una puntuación total sumando las 14 medidas estandarizadas.

### *Procedimiento*

Las medidas fueron cumplimentadas por los sujetos en las dependencias del Centro Comarcal de Drogodependencias de Baza (Granada), en horario de consulta (de 8 a 15).

Se procedió, en primer lugar, a realizar una entrevista inicial individualizada, en la que se daba información de la investigación y se preguntaba al sujeto si quería participar. En caso positivo, éste comenzaba rellenando los cuestionarios de información acerca del nivel cultural y categoría profesional y del comportamiento adictivo. En segundo lugar, se comenzaba, de manera individualizada, a realizar los diferentes cuestionarios y escala. Estos fueron administrados de forma contrabalanceada. Las normas de aplicación de los cuestionarios y escala fueron las estandarizadas de cada prueba, es decir, el sujeto se sienta en la mesa frente al experimentador y éste le entrega un cuadernillo y un bolígrafo, diciéndole que escriba su nombre y lea atentamente las instrucciones. Una vez que el experimentador se aseguraba que el sujeto había entendido las instrucciones y la lógica de los items, éste último procedía a responder.

## **Resultados**

Para demostrar que no había diferencias significativas en edad entre los grupos, se realizó un análisis de varianza (ANOVA) para un diseño unifactorial entre grupos utilizando la variable grupo como factor (grupo de metadona, grupo libre de drogas y grupo de alcohólicos) y como variable dependiente la edad de los sujetos. Los resultados mostraron que había diferencias significativas entre los grupos en función de la edad ( $F_{2,57} = 6.92$ ;  $Mce = 315.24$ ;  $p = 0.002$ ).

Posteriormente, procedimos a realizar seis tablas de contingencia para demostrar la igualdad entre los grupos en características sociodemográficas. Los resultados mostraron que los porcentajes no eran estadísticamente significativos para ninguna de

las seis variables analizadas: sexo ( $\chi^2(2)= 3.37$ ;  $p=0.186$ ), nivel educativo ( $\chi^2(16)= 23.69$ ;  $p=0.096$ ), si en el momento de ser evaluados estaban estudiando ( $\chi^2(2)= 0.449$ ;  $p=0.799$ ), si en el momento de ser evaluados estaban trabajando ( $\chi^2(2)= 0.126$ ;  $p=0.939$ ), categoría profesional ( $\chi^2(12)= 13.992$ ;  $p=0.301$ ) y posibles recursos de apoyo al tratamiento ( $\chi^2(4)= 8.435$ ;  $p=0.077$ ), por lo que concluimos que no existen diferencias significativas entre los tres grupos (grupo de metadona, grupo libre de drogas y grupo de alcohólicos) en función de las características sociodemográficas de los sujetos.

A continuación se procedió a comprobar si la severidad en el consumo de alcohol y drogas (cantidad y cronicidad del consumo alcohol, hachís, cocaína y heroína), en sus puntuaciones estandarizadas, en el momento de la evaluación diferenciaban a los grupos de metadona y libre de drogas. Para ello, se utilizó una prueba t de Student, utilizando como variable dependiente las puntuaciones estandarizadas de la severidad en el consumo y como variable independiente el grupo (metadona versus libre de drogas). Los resultados mostraron que había diferencias significativas entre los grupos ( $t_{(39)}=3.20$ ;  $p=0.003$ ).

Para comprobar si había diferencias en autoeficacia y autoeficacia o seguridad de no consumir en situaciones de alto riesgo entre los grupos y puesto que habíamos obtenido diferencias estadísticamente significativas en la severidad del consumo de alcohol y drogas entre los grupos en el momento de su evaluación, procedimos a realizar Análisis Multivariado de la Varianza (MANCOVA), para un diseño unifactorial, utilizando la variables grupo (metadona, libre de drogas y alcohol) como factor, las variables de autoeficacia y de autoeficacia o seguridad de no consumir drogas en una serie de situaciones de riesgo (autoeficacia general, autoeficacia social, autoeficacia total, 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 autoeficacia total o seguridad de no consumir) y como covariado se utilizó la puntuación total estandarizada de la severidad en el consumo de alcohol y drogas en el momento de la evaluación. Los resultados indicaron que había diferencias significativas entre los grupos (Wilks' Lambda = 0.475,  $F_{22, 92}= 1.885$ ;  $p = 0.019$ ).

Puesto que el MANCOVA mostró resultados estadísticamente significativos, se procedió a realizar ANCOVAs univariados para cada variable dependiente (autoeficacia general, autoeficacia social, autoeficacia total, 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 autoeficacia total o seguridad de no consumir) utilizando el factor grupo y como covariado se utilizó la puntuación total estandarizada de la severidad en el consumo de alcohol y drogas en el momento de la evaluación.

En la tabla 1 encontramos las medias, desviaciones típicas de los grupos y resultados de los ANCOVAs, de las variables de autoeficacia y de autoeficacia o seguridad de no consumir drogas en una serie de situaciones de riesgo.

**Tabla 1.** Media, desviación típica de los grupos y resultados de los ANCOVAs, de las variables de autoeficacia y de autoeficacia o seguridad de no consumir drogas en una serie de situaciones de riesgo

VARIABLE	Grupo de metadona		Grupo libre de drogas		Grupo de alcohólicos		F	P
	MEDIA	DESV. TIPICA	MEDIA	DESV. TIPICA	MEDIA	DESV. TIPICA		
<b>Autoeficacia General</b>	59.43	774	58.25	9.09	54.37	5.86	4.332	0.018
<b>Autoeficacia Social</b>	19.24	3.28	20.10	4.10	18.79	3.50	1.260	0.292
<b>Autoeficacia Total</b>	78.67	9.65	78.35	11.82	73.16	8.45	3.872	0.027
<b>Emociones Desagradables</b>	566.67	254.11	724.00	222.77	766.31	197.01	1.700	0.192
<b>Malestar Físico</b>	357.14	135.39	432.00	61.35	457.89	47.09	2.382	0.102
<b>Emociones Agradables</b>	379.05	125.77	437.00	70.57	443.16	66.08	2.927	0.062
<b>Comprobar Control</b>	300.00	128.99	350.00	133.38	420.00	80.55	0.572	0.568
<b>Urgencia</b>	300.95	128.29	365.00	126.14	416.84	75.21	1.043	0.359
<b>Conflictos con Otros</b>	672.38	266.04	803.00	184.02	839.37	134.26	2.690	0.077
<b>Presiones de los demás</b>	270.48	153.96	335.00	134.38	414.74	90.15	1.749	0.183
<b>Momentos Agradables</b>	325.71	149.69	362.00	116.60	425.26	75.97	0.648	0.527
<b>Autoeficacia Total</b>	3167.62	1194.51	3813.00	916.45	4120.00	809.63	1.536	224

Dichos ANCOVAs mostraron que había diferencias estadísticamente significativas en la autoeficacia general ( $F_{2,56} = 4.332$ ;  $Mce = 245.122$ ;  $p = 0.018$ ) y en la autoeficacia total ( $F_{2,56} = 3.872$ ;  $Mce = 373.759$ ;  $p = 0.027$ ). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la autoeficacia social ( $F_{2,56} = 1.260$ ;  $Mce = 16.410$ ;  $p = 0.292$ ), emociones desagradables ( $F_{2,56} = 1.700$ ;  $Mce = 88308.86$ ;  $p = 0.192$ ), malestar físico ( $F_{2,56} = 2.382$ ;  $Mce = 19996.757$ ;  $p = 0.102$ ), emociones agradables ( $F_{2,56} = 2.927$ ;  $Mce = 25278.013$ ;  $p = 0.062$ ), comprobando el control ( $F_{2,56}$



= 0.572; Mce = 7106.778;  $p= 0.568$ ), urgencia ( $F_{2,56} = 1.043$ ; Mce = 13013.514;  $p= 0.359$ ), conflicto con los demás ( $F_{2,56} = 2.690$ ; Mce = 114248.372;  $p= 0.077$ ), presiones de los demás para consumir ( $F_{2,56} = 1.749$ ; Mce = 29095.577;  $p= 0.183$ ), momentos agradables con los demás ( $F_{2,56} = 0.648$ ; Mce = 8905.808;  $p= 0.527$ ) y autoeficacia total o seguridad de no consumir ( $F_{2,56} = 1.536$ ; Mce = 1518224.17;  $p= 0.224$ ).

## **Discusión**

El propósito del planteamiento de este trabajo fue el de estudiar la relación entre autoeficacia y autoeficacia o seguridad de no consumir en una serie de situaciones de alto riesgo en los sujetos que estaban en tratamiento de alcohol y drogas.

Nuestros resultados indican que aparecen diferencias estadísticamente significativas en autoeficacia general y autoeficacia total, aunque no encontramos diferencias en autoeficacia social. Los sujetos del grupo de metadona y los del grupo libre de drogas puntúan más alto en autoeficacia general y autoeficacia total que los sujetos del grupo de control. Estos resultados son consonantes con los obtenidos por Sadowski et al. (1993) quienes encuentran que los sujetos que reciben tratamiento aumentan la autoeficacia y mantienen su abstinencia y por los obtenidos por Sitharthan y Kavanagh (1990) quienes encuentran la relación entre autoeficacia y tratamiento.

Aunque no encontramos diferencias estadísticamente significativas en la autoeficacia, o seguridad de no consumir drogas en una serie de situaciones de alto riesgo, entre los grupos, destacamos que aparecen diferencias casi significativas entre los grupos en dos subescalas (emociones agradables y conflictos con los demás). En ambos casos el grupo de metadona y el libre de drogas puntúan más alto que el grupo control. Estos resultados son consonantes con los obtenidos por Burling et al. (1989) quienes encuentran que la autoeficacia a lo largo del tratamiento predice el resultado y por Rychtarik et al. (1992) quienes encuentran que la autoeficacia pretratamiento predice el resultado del mismo.

Estos resultados nos llevarían a plantearnos que ambos constructos (autoeficacia total y autoeficacia o seguridad, de no consumir en algunas situaciones de alto riesgo) están relacionados con el tratamiento. Sin embargo habría que destacar, desde nuestros resultados, que esta relación es inversa.

En resumen, todos estos resultados relacionados con autoeficacia, sus diferentes conceptualizaciones y medidas, nos llevan a plantearnos la necesidad de continuar investigando con el fin de aclarar si verdaderamente son constructos diferentes o constructos que están relacionados.

Finalmente y dado que no existe ningún estudio que compare ambos constructos en diferentes tratamientos (metadona versus libre de drogas), no podemos afirmar, aunque si sugerir, que quizá habría que replantearse los criterios de inclusión a los tratamientos. Parece lógico que el grupo de metadona puntúe más bajo en autoeficacia

que el grupo libre de drogas y nosotros hemos obtenido todo lo contrario. Pensamos que habría que considerar variables personales, tales como la autoeficacia, como otro criterio de inclusión en el tratamiento de las drogodependencias (metadona versus libre de drogas).

### Referencias

- Annis, H.M. (1982). *Situational confidence questionnaire*. Addiction Research Foundation. Toronto, Canada.
- Annis, H.M. y Martin, G. (1985). *Drug-taking confidence questionnaire*. Addiction Research Foundation of Ontario, Toronto, Canada.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist*, 37, 122-147.
- 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: University Press.
- Burling, T., Reilly, 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 of Studies on Alcohol*, 50, 54-360.
- Colletti, G., Supnick, J.A. y Payne, T.J. (1985). The smoking self-efficacy questionnaire (SSEQ): Preliminary scale development and validation. *Behavioral Assessment*, 7, 249-260.
- Conditte, M.M. y Lichtenstein, E. (1981). Self-efficacy and relapse in smoking cessation programs. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 49, 648-658.
- Cummins, C., Gordon, J.R. y Marlatt, G.A. (1980). Relapse: Prevention and prediction en: WR Miller (Ed.), *The addictive behaviors: Treatment of alcoholism, drug abuse, smoking and obesity*. New York: Pergamon Press.
- Diclemente, C.C., Prochaska, J.O. y Gibertini, M. (1985). Self-efficacy and the stages of self-change of smoking. *Cognitive Therapy and Research*, 9, 181-200.
- Godoy, J.F. (1990). *Escala de autoeficacia*. Versión experimental, no publicada.
- Marlatt, G.A. (1985). Cognitive assessment and intervention procedures for relapse prevention. En G.A. Marlatt y J.R. Gordon (Eds.), *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York: the Guilford Press.
- Marlatt, G.A. y Gordon, J.R. (1980). Determinant of relapse: Implications for the maintenance of behavior change. En: P.O. Davidson y S.M. Davidson (Eds.), *Behavioral Medicine: Changing health life styles*. New York: Brunner/Mazel.
- Rychtarik, 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.

- 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.
- 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 (Ed.), *Conductas adictivas: Teoría, evaluación y tratamiento*. Madrid: Debate.
- Tejero, A., Trujols, J. y Roca, X. (1993). Motivación para el cambio y autoeficacia en adictos a opiáceos: Análisis de su interrelación y de las diferencias entre estadios de cambio. *Comunicación presentada al Segundo Congreso Nacional de Psicología Conductual*, Mallorca.
- Woodruff, S.L. & Cashman, J.F. (1993). Task, domain and general efficacy: A reexamination of the Self-efficacy Scale. *Psychological Reports*, 72, 423-432.