

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL PERU  
FACULTAD DE LETRAS Y CIENCIAS HUMANAS**

**ESPECIALIDAD DE PSICOLOGÍA**

**Percepción de autoeficacia en un grupo de varones  
dependientes principalmente de Pasta Básica de Cocaína.**

**Tesis para optar por el grado de Licenciada en Psicología con  
mención en Psicología Clínica**

**María Fernanda Romero Neira**

**2007**

*La vida es una oportunidad, aprovéchala.  
La vida es un sueño, realízalo.  
La vida es un reto, Afróntalo.  
La vida es un deber, cúmplelo.  
La vida es un misterio, descúbrelo.  
La vida es un combate, acéptalo.  
La vida es un milagro, agradécelo.  
La vida es una aventura, empréndela.  
La vida es vida, defiéndela.*

(Madre Teresa de Calcuta).

*'Razones poderosas, logran acciones poderosas.'*

(Shakespeare)

## AGRADECIMIENTOS

La culminación de mis estudios en la Especialidad de Psicología y la realización de esta tesis, tienen una historia cuyo desenvolvimiento ha involucrado la participación importante y/o determinante de personas, a quienes deseo expresar mi profunda y especial GRATITUD:

A Dios, por su infinita y didáctica Sabiduría. Gracias por ser mi Fuerza y mi Energía, siempre.

A la Vida y al Tiempo, por esperarme.

A mis padres Fernando y María, por su amor incondicional, su fortaleza, por su permanente apoyo, por compartir conmigo este importante recorrido, por su compañía a pesar de la distancia ¡Gracias!.

A mis hermanos Fernando y Juan José, quienes a través de la distancia, me dieron un inmenso cariño, impulso y recomendaciones. ¡Gracias!.

A mi asesora la Doctora Cecilia Chau, por su paciente, rigurosa y perseverante dirección en la realización de esta tesis, por su disposición y tiempo, consejo e indicaciones. ¡Gracias!.

A todos quienes fueron mis Profesores y Profesoras, porque a través de sus enseñanzas y actitudes he aprendido a percibir al Ser Humano de una manera diferente. Gracias por aquel mensaje de: *‘no perder la perspectiva’*.

A todos quienes fueron mis Compañeros y Compañeras de aula, gracias por darme su ejemplo, por su acogida y calidez, todos y cada uno fueron significativos para mí. A Midori y a Julisa por su amistad.

A la señora Nilda y a la señora Alejandra, por su permanente sonrisa e irremplazable acogida cálida y cordial. A Fidel, por su siempre atenta disposición e insustituible presencia en la Especialidad de Psicología.

Al Doctor Chue, por sus consejos, por su aliento confiado en el impulso de este trabajo y por facilitarme la búsqueda de una parte de los participantes dependientes de PBC.

Al profesor Arturo Calderón por su tiempo, recomendaciones y directriz fundamental, por facilitarme el entendimiento de las cuestiones estadísticas.

A la Psicóloga Mónica Salas, por su dedicación y apoyo también en los temas estadísticos. A las profesoras Nancy Valdez y Marcela Cornejo por su valioso aporte y recomendaciones.

A 'Lugar de Escucha' de CEDRO, por su motivación, aportes y recomendaciones.

Agradezco de manera especial a los internos de las comunidades terapéuticas y a los participantes del grupo de comparación que abiertamente colaboraron con la resolución de los instrumentos; a todas las instituciones que me brindaron las facilidades para la realización de las entrevistas y recolección de datos.

A la PUCP, *mi* universidad, por estos años especiales de enseñanza y aprendizaje.

## RESUMEN

El presente trabajo se centra en la descripción de la percepción de autoeficacia de acuerdo a las variables edad, estado civil, nivel de instrucción profesión, ocupación, con quiénes vive y lugar de procedencia, en un grupo de participantes dependientes de Pasta Básica de Cocaína en comparación con un grupo de participantes no consumidores de drogas. La investigación se llevó a cabo con un grupo de estudio de 24 varones dependientes de PBC, cuyas edades están comprendidas entre los 18 y los 48 años, seleccionados intencionalmente de dos comunidades terapéuticas; y un grupo de comparación de 24 varones, con edades comprendidas entre los 20 y 46 años, seleccionados intencionalmente de un centro de trabajo. La percepción de autoeficacia fue evaluada mediante la Escala General de Autoeficacia de Schwarzer. Los resultados indican que no hay diferencias estadísticamente significativas en el comportamiento promedio entre ambos grupos tanto respecto al puntaje total de la escala como en el promedio de puntajes por ítem. En cuanto a los resultados según las variables, se encontró que los dependientes de PBC registran una menor percepción de autoeficacia cuando se mide Nivel de instrucción (Superior incompleta) y Lugar de procedencia (Distritos de Lima - sectores socioeconómicos C, D y E). En las demás variables (edad, estado civil, con quiénes vive, ocupación y profesión) no se identificaron diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos. Con relación a los puntajes por ítem de la escala, se registraron diferencias significativas en tres de los diez reactivos, evidenciándose una menor percepción de autoeficacia en los dependientes de PBC de acuerdo a los ítems 19 y 25, y una mejor percepción de autoeficacia para este grupo según el ítem 7.

## TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN. ....	I
CAPÍTULO I: DEPENDENCIA DE PASTA BÁSICA DE COCAÍNA	
1.1 Conceptos básicos .....	1
1.2 El síndrome de la Pasta Básica de Cocaína.....	6
1.3 Epidemiología y género. ....	7
1.4 Factores psicológicos y de riesgo asociados a la dependencia de PBC ... ..	10
CAPITULO II: AUTOEFICACIA	
2.1 Concepto. ....	15
2.2 Formación de las creencias de autoeficacia. ....	19
2.3 Las creencias de autoeficacia como reguladoras del funcionamiento humano. ....	21
2.4 La autoeficacia y su relación con el consumo de drogas ... ..	24
2.5 Planteamiento del problema .....	28

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA	
3.1 Nivel y tipo de investigación .....	31
3.2 Participantes. ....	31
3.3 Instrumentos. ....	39
3.4 Procedimiento. ....	45
3.5 Análisis estadístico. ....	47
CAPÍTULO IV: RESULTADOS .....	49
CAPÍTULO V: DISCUSIÓN .....	65
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	87
 ANEXOS:	
ANEXO 1: Formato de consentimiento informado.	
ANEXO 2: Ficha de datos para dependientes de PBC.	
ANEXO 3: Ficha de datos para participantes no consumidores.	
ANEXO 4: Escala General de Autoeficacia de Schwarzer.	
ANEXO 5: Tabla de distribución de respuestas y de participantes según tipo de Motivación (para dependientes de PBC).	
ANEXO 6: Frecuencia de puntajes y categorías de percepción de autoeficacia.	
ANEXO 7: Promedio de puntajes de la Escala General de Autoeficacia en otros países.	

## INTRODUCCIÓN

El tema del consumo de drogas se constituye en una problemática de orden mundial y nacional, trae consecuencias económicas, sociales y culturales para los países, pues genera un crecimiento en la demanda de atención médica y psiquiátrica, así como el incremento del índice de accidentes laborales y de tránsito, de violencia urbana, de pérdida de vidas, disminución de la productividad laboral y deterioro de la calidad de vida tanto del consumidor como de su familia.

Se ven afectados hombres y mujeres de diversas condiciones sociales, adultos, jóvenes, con instrucción educativa o sin ella. Es un problema que exacerba la propia marginación social y la pobreza que la genera (Peruga, Rincón y Selin (2002). Tal es la magnitud de este panorama, que Becoña (2003) comenta que a nivel cuantitativo, “las conductas adictivas serán el gran problema del siglo XXI” (p. 102).

Efectivamente, aproximadamente el consumo de drogas en el mundo equivale al 3% de la población mundial o al 4,7% de la población de 15 a 64 años de edad. Las nuevas estimaciones confirman que la marihuana es la sustancia de consumo más extendido, seguida por los estimulantes de tipo anfetamínico, drogas cocaínicas, y opiáceos (Oficina de las Naciones Unidas contra la droga y el delito - ONUDD, 2004).



Respecto a las repercusiones para la salud, calculadas en función de las solicitudes de tratamiento, los opiáceos siguen planteando el problema más grave a nivel mundial (primero en Asia, luego Europa y Oceanía, según orden de gravedad), aunque en Asia Sur oriental la metanfetamina se convierte en la principal droga problemática del último decenio. En África, el cannabis sigue siendo la droga de mayores solicitudes de tratamiento. La cocaína ocupa el primer lugar en las Américas en conjunto, pero actualmente el número de admisiones en centros de tratamiento de los Estados Unidos es mayor para la heroína que para la cocaína. (ONUDD, 2004).

El tema de adicción a drogas tanto legales como ilegales en Perú es alarmante en términos económicos, de supervivencia y de salud. Al hacer un recuento de indicadores se encuentra que, para el año 1998 el Instituto Especializado de Salud Mental (2002) calculó que la cifra de dependientes a sustancias psicoactivas bordeaba el millón de peruanos, donde la droga más estudiada fue la pasta básica de cocaína (PBC).

Para el año 2002 (Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas - DEVIDA, 2003), la prevalencia de dependencia para la PBC fue de 0.30% para los varones (equivalente a 15, 734 personas dependientes).

Importante mencionar que en Perú el Indicador de Demanda de Tratamiento – RIDET (DEVIDA, 2006b) describe que, casi la mitad de la población que demanda tratamiento (en centros de atención de día, comunidades terapéuticas o penales) lo hacen por abuso o dependencia a alguna droga cocaínica, constituyendo los dependientes de PBC el 25.5% del total de pacientes

que buscan ayuda, en comparación, por ejemplo con el 17.7% de dependientes a la cocaína, o el 22.2% de dependientes a marihuana.

Pero lo cuantitativo, tiene un correlato cualitativo, pues el deterioro de la salud física y psicológica del consumidor de drogas menoscaba su integridad como ser humano, interrumpiendo además su desarrollo y el avance de su proyecto de vida.

En esta problemática, la persona dependiente de drogas, utiliza la conducta de consumo como una alternativa de afronte a las demandas de su entorno, prescindiendo de su propia capacidad de afronte. Por ello se cree que son personas portadoras de un potencial de autoeficacia que desconocen y que por tanto no utilizan. Este recurso es el que se desea detectar en esta investigación.

Por eso y según este orden de ideas, la interrogante es: ¿cuál será la percepción de autoeficacia en los sujetos dependientes de drogas?. Tener la creencia en la propia capacidad para manejar las demandas externas y cambiar el estilo de vida, implica no sólo estar informado sobre los perjuicios de los hábitos negativos, sino, tener la certeza basada en la fuerza de creer en las propias capacidades para lograr un resultado querido.

Es así que en este estudio, se busca encontrar esos niveles de convencimiento de la propia capacidad –como potencial de autoeficacia inherente al ser humano- que podrían revertir positivamente y facilitar un proceso de cambio en los varones dependientes a la PBC. Se trabaja con población masculina, toda vez que las investigaciones (DEVIDA, 2003) sostienen que la PBC y la cocaína son drogas de uso casi exclusivo de varones, tanto en Perú, como en otros países andinos.

En el presente contexto no existen estudios que relacionen el tema de autoeficacia con la dependencia de PBC en un panorama de salud, pero sí se encuentran investigaciones que asocian determinadas variables con la dependencia y consumo, como son frustración y agresión (Boza, R., 1983), autoconcepto (Rodríguez, 1985), empatía (De la Puente, 1986), depresión (Wagner de Reyna, 1986), psicopatía (Rodríguez, 1989), creencias irracionales (Vigo, 1999), así como la funcionalidad familiar (Cañavera, 1988) y el rol sexual masculino (Jibaja, 1987).

En este sentido, la presente investigación podrá generar propuestas que favorezcan programas de tratamiento que induzcan el aprendizaje de creencias de eficacia, y el aprendizaje de conductas para lograr cambios de vida saludables.

En la tesis se revisan aspectos relativos a la pasta básica, como patrones de consumo y conceptos básicos, la delimitación del síndrome de la PBC, los factores y consecuencias psicológicas asociadas al consumo, así como los factores de riesgo que circundan esta conducta. Se contemplan estudios epidemiológicos que denotan tendencias de género en el consumo, específicamente de la PBC.

El segundo capítulo se centra en la autoeficacia, estableciendo conceptos, determinando cómo las creencias de autoeficacia se van formando y cómo dirigen el comportamiento humano. En el tercer capítulo se desarrolla la metodología y se señala que éste es un trabajo de tipo descriptivo, no experimental y transversal. En el cuarto capítulo se describen los resultados que avalan este trabajo, para culminar, en el quinto capítulo, con la discusión, conclusiones y las recomendaciones pertinentes.

## CAPÍTULO 1

### DEPENDENCIA DE PASTA BÁSICA DE COCAÍNA

*‘Absténganse esta noche, y la próxima abstinencia les será más fácil y más todavía la siguiente. El hábito y el ejercicio pueden cambiar el sello de la naturaleza (...), con fuerza maravillosa’.*

(Shakespeare)

#### 1.1 Conceptos básicos

Antes de llegar a la dependencia, el consumidor comúnmente pasa por patrones de consumo previos, llámense *consumo experimental, recreacional, circunstancial, abuso* y finalmente, *dependencia* de la SPA (Becoña, 1995; Chau, 2005).

Las características del *consumo dependiente*, están contempladas por el DSM-IV-TR (2002), tal como se describen a continuación.

*Definición de dependencia según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR, 2002)*

Según este manual, *la dependencia a SPA* se tipifica cuando se cumplen en el consumidor tres o más de los siguientes *criterios*, los que deben observarse en cualquier momento dentro de un mismo período de 12 meses:

1. *Tolerancia*, referida a: a) la necesidad de incrementar la dosis de la SPA para producir el mismo efecto deseado; o b) el consumo continuado de la misma cantidad de SPA produce un efecto cada vez menor en el consumidor.

2. *Abstinencia*, definida por cualquiera de los siguientes ítems: a) Síndrome de abstinencia característico para la sustancia; y b) se toma la misma sustancia (u otra similar) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.

3. Con frecuencia se toma la sustancia en mayores cantidades o durante períodos más prolongados de lo que se pretendía inicialmente.

4. Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos para reducir o controlar el uso de la sustancia.

5. Se invierte demasiado tiempo en actividades necesarias para obtener la sustancia (por ejemplo visitar varios médicos o desplazarse por largas distancias), en el consumo de la sustancia (por ejemplo fumar un cigarrillo tras otro), o en recuperarse de sus efectos.

6. Se reducen las actividades sociales, ocupacionales o recreativas importantes por el uso de la sustancia.

7. Se continúa en el uso de la sustancia a pesar de saber que se tiene un problema físico o psicológico persistente o recurrente (recidivante), que parecen causados o exacerbados por el uso de la sustancia (por ejemplo seguir consumiendo cocaína a pesar de saber que provoca depresión, o continuar en la ingesta de alcohol a pesar de saber que ello le agrava la úlcera). Lo central en este ítem es la imposibilidad de abstenerse del consumo de la SPA, aún siendo consciente de los daños que causa.

En esta definición, los criterios que obedecen a una dependencia fisiológica son el primero (tolerancia) y el segundo (abstinencia); los demás ítems incluyen elementos sobre la cognición (OPS, 2005). Por otro lado, si el diagnóstico de la dependencia requiere tres o más de los criterios señalados por el DSM-IV-TR (2002), se afirmarían que, para calificar dependencia, no serían necesarios los criterios de tolerancia ni abstinencia, siempre que se cumplan por lo menos con tres de los demás ítems (OPS, 2005).

### *¿Por qué se desarrolla la dependencia a SPA?*

Para explicar por qué se usan las drogas, la OPS (2005) y Pérez y Orellana (2007), parten de los siguientes planteamientos:

La fármaco dependencia se da como respuesta a la motivación por incentivo (cuando la persona responde en base a la motivación generada por un estímulo externo -olores, lugares, amigos- asociado al consumo), donde mediante asociaciones repetidas se incrementan las respuestas de consumo y el valor motivacional de las drogas, debido a sus propiedades gratificantes.

Por ejemplo, en el consumo de la PBC, Nizama (1979b) expone que, mediante un proceso de aprendizaje subcultural, se da un condicionamiento mental y conductual (comportamientos estereotipados, ritos, amigos y lugares de consumo).

Por otro lado, las consecuencias físicas adversas de abstenerse de los efectos de una droga, son calificadas como el principal factor determinante motivacional del consumo sostenido de drogas, porque mediante mecanismos de

reforzamiento negativo se alivia la disforia y la anhedonia (respuesta a la abstinencia).

Es así que en casi todas las SPA con propiedades de reforzamiento activan la dopamina mesolímbica, directa o indirectamente, liberándola en respuesta a toda recompensa inesperada, reforzando las conductas relacionadas con la ocurrencia de la recompensa. En esta neuroquímica, si por ejemplo los alimentos activan la dopamina en un 45%, la cocaína o la anfetamina lo hacen poderosamente en un 500%. Los autores hacen la aclaración de que, es posible ser dependiente sin haber abstinencia, y haber abstinencia sin dependencia – por ejemplo el caso de la cocaína- .

Importa resaltar que, las terapias motivacionales cognitivas, han sido diseñadas para funcionar en los mismos sistemas motivacionales del cerebro que quedan afectados por la dependencia de SPA. En estas terapias se busca sustituir la motivación de usar drogas por la motivación para emprender otras conductas, bajo los mismos principios de aprendizaje y motivación que describen también el desarrollo de la dependencia.

#### *Dependencia física, psicológica y social.*

Becoña y Vásquez (2001), indican que la dependencia física, psicológica y social son tres condiciones que funcionan en interacción. La dependencia física comprende a la tolerancia, la neuroadaptación y la abstinencia; los factores psicológicos tienen que ver con el aprendizaje y características personales; y la dependencia social alude al grupo de afinidad, cultura de grupo y medio ambiente.

*La dependencia cruzada* implica la capacidad de una SPA para suprimir el síndrome de abstinencia producida por otra SPA (Becoña & Vásquez, 2001).

El *síndrome de abstinencia*, se refiere al cambio conductual de adaptación, con manifestaciones fisiológicas y cognitivas, que se manifiestan cuando las concentraciones de una sustancia en la sangre o tejidos disminuye o se interrumpe en una persona que ha hecho uso de la SPA en forma intensa y prolongada. Este síndrome es característico para cada droga y se alivia con la readministración de la misma droga o con otra de efectos farmacológicos similares (Oliver, 2004; OPS, 2005).

*La tolerancia* es un estado de adaptación, caracterizado por la disminución de la respuesta a la misma cantidad de droga o por la necesidad de una dosis mayor para provocar el mismo nivel de efecto de la SPA (Becoña y Vásquez, 2001).

*La tolerancia cruzada* se desarrolla cuando una SPA es capaz de suprimir el síndrome de abstinencia provocado por otra SPA.

*La sensibilización o tolerancia invertida*, se da cuando hay intensificación de los efectos bajo el uso repetido de una misma dosis de droga. Por ejemplo la cocaína (Oliver, 2004).

*La neuroadaptación*, es un proceso que se desencadena una vez que el sujeto ha consumido la SPA. Actúa a nivel neuroquímico, desarrollando rápidamente un hambre hacia la droga. Este proceso no se da necesariamente en toda persona que ha probado la sustancia, pudiendo quedar ésta en un nivel experimental.



La *dependencia psicológica* detalla el sentimiento de satisfacción y el impulso psíquico que obligan al consumo para producir placer o aliviar (evitar) el malestar.

Finalmente se tiene que decir que una vez iniciado el consumo, se abren las posibilidades de que éste continúe, aunque no toda experiencia inicial con una droga deriva en una dependencia de ella. Sin embargo, en el caso de la PBC, su uso deriva rápidamente del patrón social o experimental al de dependencia (Villanueva, 1989; Nizama, 1991b).

## 1.2 El síndrome de la Pasta Básica de cocaína (SPBC)

Nizama (1979b) y Navarro (1988) coinciden en establecer que las fases por las que atraviesa el SPBC son *la Fase Prodrómica*, *la Fase Crítica* y *la Fase Post-Crítica*, que corresponden a los consumidores crónicos, pues no se observa en los consumidores experimentales.

La primera fase es desencadenada por la “apetencia” (búsqueda compulsiva de la droga), estimulada por el recuerdo del consumo anterior, o tener dinero, beber licor, estar solo o inactivo; con efectos placenteros de breve duración, euforia anticipatoria al consumo, disforia con angustia, ideas obsesivas por consumir, inquietud y agitación. En esta fase ya se presenta la sensibilización neuronal, la que se intensificará en razón directa a la privación.

Cuando la posesión de la droga es inminente, se produce la “gusanera” (dolores de estómago) y cuadros diarreicos si no se comienza el consumo. Sintomatología que desaparece con la primera aspirada del primer “tabacazo” (mezcla de cigarrillo de tabaco con PBC).

La Fase Crítica empieza con la primera aspirada del primer “tabacazo”, con una breve expansión placentera, luego disminución brusca del placer, de la euforia, de la “claridad mental” y de la ligereza física, y a veces de la excitación sexual; terminará el “tabacazo” buscando repetir la sensación placentera.

Terminado el “tabacazo”, experimenta angustia que lo induce a un segundo “tabacazo” con una expansión menos intensa que el primero, repitiéndose estos ciclos con un incremento gradual de la ansiedad y un decremento simultáneo de la euforia y placer, que generalmente desaparecen después del quinto a sétimo “tabacazo”. Paralelamente se produce un incremento de la disforia (“bajón”). De aquí para adelante, el consumo estará acompañado de intensa angustia, irritabilidad e inquietud, hipersensibilidad sensorial, alteraciones psicomotrices, síndrome paranoide y pseudopercepciones.

Finalmente, la Fase Pos-Crítica se da cuando el consumidor interrumpe el consumo por falta de droga o por causas fuera de su voluntad, apareciendo síntomas de privación e intensos deseos de consumir, para lo que cometerá delitos y robos a fin de comprar más droga. Cuando el consumidor deja el consumo por decisión propia (atosigamiento), estará fatigado, irritable, pudiendo mostrar una actitud de resignación, baja tolerancia a la frustración, disminución en el impulso sexual, con eventuales síntomas de depresión, y finalmente buscará dormir.

### 1.3 Epidemiología y género

La información epidemiológica respecto a la prevalencia de vida –consumo de la droga al menos una vez en la vida- de la PBC, muestra una tendencia

general a la reducción en el comportamiento estadístico cuando se comparan las cifras que corresponden al período 1992 a 1997, donde el dato de prevalencia es mayor respecto a los siguientes años (hasta el año 2005), tal como se puede observar en la Tabla 1.

Por ejemplo en el año 2003 la prevalencia de vida para la PBC fue de 4.1%, es decir, aproximadamente 4 de cada 100 peruanos entre 12 y 64 años residentes en localidades urbanas han llegado a consumir PBC, y un porcentaje similar se registra para la cocaína – 3.9%- (CEDRO, 2005).

Tabla 1

*Prevalencia de vida de la PBC en población urbana nacional (%)*

1979	1986	1988	1992	1995	1997	1998	1999	2001	2002	2003	2005
1.3	4.0	2.8	5.6	3.1	4.7	3.1	3.1	2.4	2.1	4.1	3.7
(9)	(4)	(4)	(3)	(5)	(5)	(1)	(6)	(2)	(8)	(11)	(10)

Nota.

- (1), (2). De “Estudio epidemiológico muestra un incremento en el consumo de drogas”, por CEDRO, 2002.
- (3) De “Drogas en el Perú urbano. Estudio epidemiológico 1992”, por CEDRO, 1993.
- (4) De “Uso de drogas en las ciudades del Perú. Encuesta de Hogares 1988”, por D. Ferrando, 1990.
- (5) De “Epidemiología de drogas en la población urbana peruana”, por M. Rojas y R. Castro de la Mata, 1999.
- (6) De “Encuesta nacional sobre prevención y uso de drogas. Informe general 1999”, por CONTRADROGAS, 1999.
- (7) De “Epidemiología de drogas en la población urbana peruana 2001. Encuesta de hogares”, *Monografía de investigación*, 20, por R. Castro de la Mata y A. Zavaleta, 2002.
- (8) De “II Encuesta nacional sobre prevención y consumo de drogas 2002”, por DEVIDA, 2003.
- (9) De “Uso y abuso de drogas en el Perú. Una investigación epidemiológica de drogas en el Perú urbano”, por J. Jutkowitz, 1987.
- (10) De “El problema de las drogas en el Perú”, por CEDRO, 2006.
- (11) De “El problema de las drogas en el Perú”, por CEDRO, 2005.

Lo expuesto, describe la prevalencia de vida sin diferenciar géneros.

La Tabla 2 grafica la prevalencia de vida por géneros, donde se visualiza la mayor tendencia de consumo en varones respecto a mujeres, aunque en las cifras

estimadas para ellas, se registra un incremento importante en el 2005 y en ellos una baja:

Tabla 2

*Prevalencia de vida en consumo de PBC según género.*

	1995	1997	2001	2003	2005
Sexo:	%	%	%	%	%
Femenino	0,7	0,6	0,9	0,9	1,4
Masculino	5,7	9,4	4,3	7,7	6,5
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

Nota.

(1) De “Abuso y dependencia de drogas psicoactivas en la mujer. Análisis desde la perspectiva psicosocial”, por M. Rojas, 1997.

(2) De “Epidemiología de drogas en la población urbana peruana”, por M. Rojas y R. Castro de la Mata, 1999.

(3) De “Epidemiología de drogas en la población urbana peruana 2001. Encuesta de hogares”, por R. Castro de la Mata y A. Zavaleta, 2002.

(4) De “Epidemiología de drogas en la población urbana peruana 2003. Encuesta de hogares”, por R. Castro de la Mata y A. Zavaleta, 2004.

(5) De “Epidemiología de drogas en la población urbana 2005”, por A. Zavaleta y R. Castro de la Mata, 2005.

Los datos estadísticos mostrados en la Tabla 2, comprenden poblaciones del Perú urbano, con edades de 12 a 64 años, en donde se observa que el sexo femenino registra índices de prevalencia de vida en el consumo de PBC bastante inferiores al marcado por los varones (Rojas, 1997; Rojas y Castro de la Mata, 1999; Castro de la Mata, 2002; Zavaleta y Castro de la Mata, 2005).

Según las investigaciones epidemiológicas llevadas a cabo en Perú y en países andinos como Colombia, Bolivia, Ecuador y Venezuela, se concluye que es el varón el que consume más PBC, en comparación a la mujer. La dependencia a

otras drogas como la marihuana y cocaína, igualmente, es un problema exclusivo del sexo masculino (Rojas, 1997, 2005; DEVIDA, 2003; OMS, 2004).

En la siguiente Tabla 3, se describe la *prevalencia de dependencia a la PBC* para el año 2002, *según sexo*, ratificando la exclusividad de dependencia para los varones con un 0.30% frente a un 0.0% en las mujeres. A la fecha, no se dispone de cifras de prevalencia de dependencia para los siguientes años 2003, 2004, 2005 y 2006.

Tabla 3

*Prevalencia de dependencia a drogas según sexo.*

Dependencia de PBC	Masculino		Femenino	
	n	%	n	%
	15,734	0.30	0.00	0.00

Nota. De “II Encuesta nacional sobre prevención y consumo de drogas 2002” por DEVIDA, 2003

#### 1.4 Factores Psicológicos y factores de riesgo asociados a la dependencia de PBC

##### *Factores psicológicos*

Estos factores aluden a rasgos de personalidad, aspectos cognitivos, conductuales y afectivos asociados a la dependencia a la PBC, pero que también corresponden a la dependencia a drogas en general (Rodríguez, 1985).

Entre las características de personalidad asociadas, se encuentra el rasgo de *búsqueda de sensaciones*, el *nivel inadecuado de autoestima*, rasgos de

*rechazo a la propia identidad*, sentimientos de inutilidad e ineficacia, *autoconcepto* deteriorado, pobre motivación y quiebre de la afectividad, aislamiento social, tendencia a llevar una vida desordenada, sin valores, sin metas ni objetivos salvo el de consumir drogas (Rodríguez, 1985).

Rodríguez (1989) añade comportamiento impulsivo y necesidad de agresión; dificultad para aprender de la experiencia (rasgo asociado a la psicopatía); baja tolerancia a la frustración (sólo buscan la satisfacción personal), irrespeto ante la autoridad, irritabilidad e irresponsabilidad.

Cognitivamente, los varones dependientes a drogas han sido caracterizados como portadores de *locus de control externo* (Millman, 1986, en Villanueva, 1989). Tienen la *creencia* de que no pueden controlar la ansiedad, lo que los lleva a sentir impotencia frente a ambientes estresantes que no pueden eliminar o controlar, situación que alivian con el uso inmediato de la droga. Esta creencia es la mayor distorsión de los dependientes, que a su vez les genera intensos sentimientos de baja autoestima (Kosbel, 1984, en Rodríguez, 1985)..

Son personas que prefieren un estilo de vida no estructurado, con ausencia de significado o sentido en su vida, lo que aumenta su sensación de ansiedad (Rodríguez, 1985).

Bocanegra (1991), ratifica que para los consumidores de PBC, la droga se constituye en un elemento condicional para enfrentar los problemas, lo que respalda lo encontrado por Vela (1992, en Oliver, 2004), respecto a que tienen menor capacidad para hacer frente a los obstáculos que se le presentan, dejando que otros resuelvan sus problemas inmediatos.

En cuanto al entorno familiar, Cevallos (1985, en Oliver, 2004) encuentra niveles de sobreprotección materna significativamente superiores respecto de otras madres de no adictos. Cañavera (1988) encuentra relaciones disfuncionales en las parejas de padres de dependientes a esta droga.

Por otro lado, Oliver (2004), refiere que estas personas presentan una *Conciencia* generalmente lúcida (percepción consciente, comprensión, reflexión), que se altera o trastorna durante la crisis de angustia en las fases del consumo.

Interesante lo anotado por Roth, Urquidi, Borth, Quiroga y otros (1987, en Oliver, 2004), quienes señalan que el dependiente de PBC va teniendo una mayor conciencia del daño que produce la droga, tiene deseos de dejarla, pero sienten la imposibilidad de hacerlo.

*El Síndrome de Psicopatización Secundaria (SPS) o metamorfosis psicopática de la personalidad*, es una consecuencia psicológica grave generada por el uso compulsivo y dependiente de la PBC, referido a conductas antisociales como vagancia, robo doméstico y agresión intrafamiliar de tipo verbal, que le acarrearán al consumidor problemas de tipo familiar, conyugal, social, legal y de desocupación. El consumidor dice experimentar sentimientos de culpa o arrepentimiento (Nizama, 1979; Jerí, 1980; Oliver y Cabanilas, 1980; Del Pozo, Lazo y Purizaga, 1985; Castro de La Mata, 1987; Castillo, 1986; en Villanueva, 1989; Vigo, 1999; Oliver, 2004).

En cambio, en *la psicopatía primaria* (Kaplan, Freedman y Sadock, 1984), hay ausencia de ansiedad, duda, culpa o remordimiento por la conducta ilegal o inmoral; registrándose conductas agresivas más severas y frecuentes, con

manipulación, mentiras y engaños, así como dificultad para aprender de la experiencia (Rodríguez, 1989).

Se ha mostrado la diferencia entre psicopatía primaria y secundaria para comprender mejor el fenómeno de la psicopatización.

Finalmente, en los pacientes consumidores de PBC Rivero (1983, en Oliver, 2004) identifica mediante el MMPI respuestas altamente significativas en las áreas paranoide, depresión e histeria. Oliver y Llerena (1980, en Oliver, 2004) describen una personalidad de tipo esquizo-paranoide, además de rasgos de ansiedad y depresión.

Al respecto, Herrero (2004) indica que las personas que consumen drogas en forma prolongada, exacerbaban la sintomatología de los trastornos de personalidad o enfermedades como depresión o ansiedad. Por ello, Pedrero (2003) se refiere a la importancia de la desintoxicación de las SPA, para lograr que tales síntomas disminuyan. Esto, dice Rousanville (1993, en Fernández, 2001), sería el procedimiento indicado antes de hacer una evaluación para diagnosticar patología dual.

#### *Factores de riesgo asociados al consumo de la PBC*

Los factores de riesgo para la dependencia se desarrollan en un entorno biológico, social y cultural, con resultados según cada persona.

El tema *cultural* en Perú está relacionado con el incremento del cultivo de hoja de coca, el destino que se le da a la producción total, su microcomercialización y exportación y su alta rentabilidad, su forma de consumo y



el bajo precio de la droga, temas éstos que describen la *disponibilidad* de la PBC como problema psico social.

En cuanto a la *microcomercialización* de las drogas en Perú, CEDRO, ONUDD y UNICRI (CEDRO, 2006) afirman que en la ciudad de Lima existe una economía de drogas basada en el libre mercado, los consumidores son abastecidos por una multitud de microcomercializadores o “paqueteros”, los que a su vez son proveídos por traficantes mayoristas (10 a 20 kg). Se usa la venta callejera, a domicilio (“delivery”) y por Internet (ésta para consumidores de estratos sociales medio-alto y alto con disponibilidad de dinero).

La amplia disponibilidad de drogas en la ciudad de Lima ha hecho que en muchos lugares sea posible adquirir 3 ó 4 “ketes” (unidad de venta) de PBC con un nuevo sol.

El consumo de la PBC se realiza en lugares variados, pero con predilección en los “fumaderos” o “huecos” (casas y lugares abandonados), espacios de difícil acceso para los no usuarios, donde la gente de mal vivir protege a los pastómanos. Pero también se consume en azoteas, techos, en casas, calles, parques, automóviles y hostales.

## CAPÍTULO 2

### AUTOEFICACIA

*‘Aprendamos a hacer juntos lo que no supimos hacer solos, para que luego, solos, hagamos lo que aprendimos a hacer juntos’.*

(CENA.RE.SO. Argentina)

#### 2.1. Concepto

El término autoeficacia fue utilizado por primera vez por Bandura para destacar el papel que tienen las creencias en la motivación de la persona y para resaltar a la autoeficacia como uno de los factores más influyentes en el funcionamiento humano (López y Moral, 2003; Bandura, 1987 en Olaz, 2003).

En 1999, Bandura definió a la autoeficacia como “las creencias en las propias capacidades para organizar y ejecutar los cursos de acción requeridos para manejar situaciones futuras” (Bandura, 1999a, p. 21).

El autor resalta que un desenvolvimiento efectivo requiere no sólo tener *habilidades*, sino también poseer las *creencias de eficacia para usar apropiadamente esas habilidades*. De esta forma, la percepción de autoeficacia, “no es una medida de las habilidades que la persona tiene, sino, es una creencia acerca de lo que la persona puede hacer bajo diferentes circunstancias o

condiciones con cualquier habilidad o destreza que posea” (Bandura, 1997a, p. 37). Esta creencia de *poder hacer*, refleja una percepción de autoconfianza y un sentido de control sobre las circunstancias, implicando así una acción adaptativa (Shwarzer y Fuchs, 1995; Schwarzer y Scholz, 2000; Schwarzer, 2005).

De esta forma, las creencias de autoeficacia pueden ser mejores predictores de la conducta posterior de las personas, más que de sus niveles de habilidad real (Carrasco y Del Barrio, 2002; Zeldin, 2000 en Olaz, 2003).

En consecuencia, un tema central en este proceso es el de causalidad, por ello Bandura (1999a) se pregunta “¿operan las creencias de eficacia como factores causales en el funcionamiento humano?” (p. 21), y responde que sí, que las investigaciones registran que las creencias contribuyen de una manera importante a la motivación y a los logros humanos (Bandura, 1992 en Bandura, 1999a; Schwarzer y Fuchs, 1995).

Este sentido de causalidad se lleva a cabo mediante mecanismos de *agencia personal* o *agencia humana* y están referidos a *la intencionalidad*, el *cuidadoso planeamiento del futuro (forethought)*, *Self Reactiveness* o *Autoreactividad* y el *Self Reflectiveness* o *Autoreflectividad* (Bandura, 1997a; 1999a; 2001).

Una *intención*, es la representación de un futuro curso de acción para realizar algo, caracterizando una proactiva acometida para causar la realización de ese futuro proyectado.

A través del *planeamiento cuidadoso del futuro* o *Forethought*, la gente se motiva por sí misma y guía sus acciones en forma anticipada hacia los eventos futuros y planeados, eventos éstos que al estar representados cognitivamente en

el presente como resultados esperados y metas proyectadas, se convierten en motivadores y reguladores de la conducta de la persona. Esta perspectiva le otorga dirección, coherencia y significado a la vida de uno, de manera que la persona estructura su vida de acuerdo a lo planeado.

Es necesario vincular *pensamiento* con *acción* para dar forma a lo planeado, proceso que toma el nombre de *Self Reactiveness*, o *Autoreactividad*, en esta etapa se autorregula la motivación, el afecto y la acción, a través del auto monitoreo, los autoincentivos y la autocorrección para llegar a la meta (Bandura, 1986, 1991b en Bandura, 2001). Para este efecto se deberá tener en cuenta las características de las metas: su especificidad, el nivel de riesgo, su proximidad temporal, entre otros, ya que una meta inespecífica, no sirve de guía ni incentivo.

Importa comprender que las metas no son activadores automáticos, sino que persuaden para asumir el compromiso autoevaluado de lograr el objetivo.

Cuando se habla de *Self Reflectiveness* o *Autoreflexividad*, se entiende que las personas también son auto examinadores de su propio funcionamiento en un afán metacognitivo de juzgar la adecuación entre los pensamientos y acciones, para así evaluar su motivación, sus valores, así como el significado de su proyecto de vida, lo que se realiza mediante el contraste con los resultados planeados de sus acciones, con los efectos de las acciones que otras personas realizan, con otras creencias y conocimientos, y con todo cuanto sea necesario, para que finalmente elija proceder del modo que acuse más conveniente.

Importa resaltar la conexión que hace Bandura (1997a) entre *autoeficacia* y *autorregulación*. Señala que la autorregulación juega un rol importante en la respuesta al abuso de sustancias o en alguna otra forma de adaptación que

implique un cambio de conducta saludable, su ejercicio – dice- “es una buena medicina” que no se logra mediante un acto de voluntad, sino mediante el desarrollo de destrezas autorreguladoras y motivacionales, sí como el aprendizaje del sentido de eficacia (Bandura, 1999a; 2005).

*Autoeficacia general y autoeficacia específica.*

Para comprender en qué forma se podrían rescatar conceptos sobre la generalidad de la autoeficacia en la narrativa de Bandura, se recoge la siguiente explicación:

En primer término, el autor destaca la importancia del *umbral de seguridad en uno mismo o autoseguridad*, para referirse a que la autoeficacia percibida representa la firme confianza que tiene la persona en el uso de sus habilidades para enfrentarse y adaptarse a diferentes demandas en una forma creativa (Bandura, 1987; 1999; 1997, en Luszczynska, Scholz y Schwarzer, 2005).

En otro aspecto, el autor señala que, en un primer momento, *cuando la persona inicia actividades nuevas*, y al carecer de la experiencia suficiente para evaluar si sus autopercepciones son verídicas o no, tiene por tanto que inferir su capacidad de ejecución a partir de su experiencia en otras situaciones. Y en un segundo momento, una vez establecida la autoeficacia firme y tener seguridad en sí mismo, la autoeficacia tiende a generalizarse a otras situaciones. Por ello afirma que “la evaluación de la autoeficacia es un proceso inferencial” (Bandura, 1987, p. 427).

En otro ámbito, la *forma vicaria de inducción de eficacia*, alude a los sujetos que observan estrategias de afrontamiento modeladas, pero no pueden ejecutar

acciones, por lo que dependen únicamente de lo que ven para formar “reglas y principios generales de conducta que les permita ir más allá de lo que ven y oyen” (Bandura, 1987, en Evans, 1987, p.290).

Finalmente, varios investigadores han coincidido en señalar que el sentido general de autoeficacia es un constructo universal, significado como una creencia básica inherente, intuitiva y global que tiene la persona en sus habilidades de afrontamiento para lidiar con una variedad de situaciones nuevas, (Luczszynska, Gutiérrez-Doña y Schwarzer, 2005; Scholz, Gutierrez-Doña, Sud y Schwarzer, 2002; Pajares, 2002; Bandura, 1997, en Luszczynska, Scholz y Schwarzer, 2005), en donde los patrones de generalización pueden variar de persona a persona (Cervone y Scott, 1995, en Becoña, 1999).

## 2.2 Formación de las creencias de autoeficacia

Las personas pueden desarrollar las creencias de autoeficacia a través de cuatro formas de influencia. Una de las más efectivas son *las experiencias de dominio o logros de ejecución*, donde los éxitos crean una fuerte creencia de eficacia personal, en cambio, los fracasos la debilitan, sobre todo antes de que se haya formado firmemente un sentido de autoeficacia (Bandura, 1999a, 1997b; Olaz, 2003).

Esta forma de adquisición de autoeficacia no tiene que ver solamente con adoptar hábitos preparados (p.e. rutina), sino que implica la adquisición de instrumentos cognitivos, conductuales y autorreguladores para crear y ejecutar en forma apropiada los cursos de acción necesarios que permitan manejar las circunstancias continuamente cambiantes de la vida.

En este proceso intervienen en forma conjunta y entre otros factores, el grado de dificultad de la tarea, la cantidad de esfuerzo que desarrolle, la tasa de logros, la cantidad de ayuda exterior que reciba, las circunstancias en las que actúe y el patrón temporal de éxitos y fracasos (Bandura, 1987).

El segundo modo influyente son las *experiencias vicarias o eficacia vicaria* presentadas por los modelos sociales. Es decir que, observar a personas similares a uno a alcanzar el éxito tras esfuerzos perseverantes, aumenta las creencias del observador en relación a que él también posee las capacidades necesarias para dominar actividades comparables.

A mayor similitud con el modelo -en edad, sexo, nivel cultural y socioeconómico, raza y etnia-, mayor será el efecto persuasivo. Pero muchas veces influirá más la audacia y perseverancia modelada, que la destreza del modelo (Bandura, 1986 y Schunk, 1987 en Bandura, 1999a).

El tercer modo influyente es *la persuasión social o persuasión verbal*. Las personas a quienes se persuade verbalmente de que poseen las capacidades para dominar determinadas actividades tienden a movilizar más esfuerzo y a sostenerlo durante más tiempo para lograr el objetivo, lo que no sucede cuando dudan de sí mismas y cuando piensan en sus deficiencias personales ante los problemas. Este proceso fomenta el desarrollo de destrezas y la estructuración de situaciones que favorecen el éxito (Bandura, 1987; Litt, 1988 y Schunk, 1989 en Bandura, 1999a).

La efectividad de la persuasión dependerá de quién es el que tiene la función de convencer, de su credibilidad y del grado de conocimiento de la

actividad de que se trate - a mayor credibilidad, mayor probabilidad de efecto persuasivo - (Bandura, 1987).

Por último, las personas responden parcialmente a sus *estados psicológicos y emocionales o fisiológicos* al juzgar sus capacidades. Para Bandura (1987, 1999a), el impacto de las reacciones emocionales o fisiológicas no es tan importante como el modo en que son percibidas o evaluadas. Por ejemplo, las personas que disponen de un alto sentido de eficacia tienden a considerar su estado de activación fisiológica como un facilitador que energiza la ejecución o como una reacción transitoria común; mientras que aquellos influidos por las dudas, ven su activación (estrés y tensión) como un elemento debilitador o como señal de vulnerabilidad.

En base a estas cuatro formas señaladas, se puede decir que “las creencias de autoeficacia son el producto de un complejo proceso de autopersuasión” (Bandura, 1999a, p. 29).

### **2. 3 Las creencias de eficacia como reguladoras del funcionamiento humano**

Bandura (1999a; Bandura, Caprara, Barbaranelli, Gerbino y Pastorelli, 2003) señala que las creencias de eficacia regulan el funcionamiento humano mediante cuatro procesos: los *procesos cognitivos, motivacionales, afectivos y selectivos*, que operan de modo conjunto y de forma continua.

En cuanto a los *procesos cognitivos*, el autor dice que gran parte de la conducta humana que persigue una finalidad, se regula mediante el pensamiento anticipador - ver pág. 31- (Locke y Lathan, 1990, en Bandura, 1999a; Bandura, 1999b; Tejero y Trujolls, 1994).



Cuando Bandura (1999a) habla sobre la autorregulación de la *motivación*, se refiere a que la mayor parte de la motivación humana se genera cognitivamente; pues las personas se motivan a sí mismas y dirigen sus acciones con antelación mediante el ejercicio del pensamiento anticipador, elaborando creencias sobre lo que pueden hacer, movilizándolo los recursos y el esfuerzo necesario para lograr lo que desean.

Existen diferentes formas de motivadores cognitivos, como las atribuciones causales, las expectativas de resultados y las metas cognitivas.

En el primer caso, las creencias de eficacia influyen sobre las atribuciones causales (Alden, 1986; Grove, 1993; McAuley, 1991; en Bandura, 1999a), pues las personas que se consideran a sí mismas como altamente eficaces, atribuyen sus fracasos al esfuerzo insuficiente o a las condiciones situacionales adversas, mientras que aquellas que se consideran ineficaces, tienden a atribuir sus fracasos a su escasa habilidad. De esta forma, las atribuciones causales influyen sobre la motivación, la ejecución y las reacciones afectivas (Chwalisz, Altamier y Russell, 1992; Relich, Debus y Walker, 1986; Schunk y Jun, 1986; en Bandura, 1999a).

En cuanto al valor de la expectativa, la motivación está regulada por la expectativa de que un determinado curso de acción producirá ciertos resultados además del valor otorgado a estos resultados. Aquí, el carácter predictivo está influenciado por la autoeficacia percibida (Azjen y Madden, 1986; deVries, Dijkstra y Kuhlman, 1988; Dzewaltowsky, Noble y Shaw, 1990 y Schwartz, 1992; en Bandura, 1999a).

Y finalmente, las investigaciones muestran que las metas explícitas y desafiantes fomentan y sostienen la motivación (Locke y Latham, 1990, en Bandura, 1999a).

El tema de *procesos afectivos* hace referencia a que, para ejercer control sobre los estresores, la autoeficacia percibida juega un rol importante en la activación de la ansiedad, la angustia y la depresión.

Es así que, un sentido bajo de eficacia para ejercer control y bloquear los pensamientos perturbadores, genera depresión y ansiedad, porque la persona interpreta el entorno como amenazante, magnifica la gravedad de la situación, se desanima y perjudica su nivel de funcionamiento. En cambio las personas que creen poder ejercer control sobre las posibles amenazas, las transforman cognitivamente, convirtiéndolas en situaciones benignas. De esta forma, el estado de ánimo y la eficacia percibida se influyen bidireccionalmente en un ciclo autodesmoralizante cada vez más profundo (Bandura, 1999a, 1997b).

Finalmente, las personas son *selectivas* pues cuando tienen un sentido bajo de autoeficacia evitan las actividades y los entornos que consideran que exceden a sus capacidades, tienen bajas aspiraciones, su compromiso es débil con las metas que adoptan, moderan sus esfuerzos, abandonan la tarea rápidamente ante las dificultades, se recuperan lentamente de los fracasos. Por ello, son víctimas fáciles de la ansiedad y la depresión.

Mientras que los que tienen un sentido alto de autoeficacia, asumen actividades retadoras, seleccionan entornos para los que se juzgan capaces de manejar, se comprometen intensamente ante los objetivos elegidos, aumentan y sostienen sus esfuerzos ante las dificultades, recuperan rápidamente la sensación

de autoeficacia ante los fracasos, atribuyen los fracasos a la insuficiencia de esfuerzos o a la deficiencia de conocimientos y destrezas. Esta posición fomenta el interés intrínseco, además de reducir el estrés y la vulnerabilidad a la depresión.

## 2. 4 La autoeficacia y su relación con el consumo de drogas

El objetivo de este acápite es mostrar el panorama que la literatura presenta respecto a la Teoría de la Autoeficacia en el área de las conductas adictivas, y se utiliza este marco teórico para hacer el deslinde entre lo que es *autoeficacia específica* para cambiar conductas adictivas y, lo que es *autoeficacia general* para el manejo de una variedad de entornos demandantes en personas con dependencia a PBC.

Previamente y siguiendo a Maddux y Lewis (1995), se expondrá el rol de las creencias de autoeficacia personal en el proceso de cambio de conductas propuesto por DiClemente (1995). En este modelo de cambio, la persona atraviesa por cinco etapas: a) *Precontemplación*: etapa inicial en la que la persona aún no considera seriamente el cambio y probablemente aún no ha desarrollado creencias firmes de autoeficacia para el cambio; b) *Contemplación*: caracterizado por un estado de ambivalencia, donde se evalúan los pros y los contras del cambio, donde las expectativas de resultados y expectativas de autoeficacia juegan un rol predictor; c) *Preparación*: el sujeto evalúa sus recursos y empieza a bosquejar un plan de acción para el cambio, sus creencias de autoeficacia serán más fuertes que en la etapa anterior y podrán estar influenciadas por las interpretaciones de sus intentos de cambio pasados; d) *Acción*: es cuando el plan

de acción es implementado y potenciado y hay un compromiso de cambio; las creencias de autoeficacia serán especialmente críticas porque la persona estará monitoreando y evaluando su desenvolvimiento para el cambio así como su autoeficacia para persistir y sobreponerse a los obstáculos; e) *Mantenimiento*, etapa en la que el individuo intenta conservar y consolidar los logros alcanzados en el estadio anterior y prevenir una posible recaída. Las creencias de autoeficacia estarán puestas a prueba, importará la interpretación que la persona haga de los deslices o recaídas, lo que podrá aumentar o disminuir la percepción de autoeficacia alcanzada.

Finalmente, Maddux y Lewis (1995) señalan que, este patrón de cambio en espiral, es consistente con las fluctuaciones en la fuerza o intensidad de las creencias de autoeficacia, lo que tal vez podría ser un factor que explique el movimiento de la persona de un estadio a otro.

Por otro lado, en el área de las conductas adictivas, las creencias de autoeficacia desempeñan un rol excepcional pues influyen tanto en el desarrollo inicial de los hábitos adictivos como sobre el proceso de modificación de conducta para el cese de tales hábitos y el mantenimiento de la abstinencia (Marlatt, Baer y Quigley , 1999).

La forma en que la teoría de la Autoeficacia interviene en la modificación de conductas adictivas, está referida específicamente a los tipos de autoeficacia que se aplican en cada una de estas etapas.

Así, Marlatt et al. (1999) propone cinco categorías de creencias de autoeficacia distribuidas en tres fases: *La primera fase de iniciación* comprende: a) *Autoeficacia de resistencia*: cuando la percepción de la propia capacidad está

referida a evitar el consumo previo al comienzo de la adicción; b) *Autoeficacia para la reducción del mal*: es decir, la autoeficacia para la reducción del riesgo o del daño luego del uso inicial o experimental (prevenir el abuso posterior de drogas).

La segunda fase de modificación, incluye: c) *autoeficacia de acción*: cuando la persona confía en su propia capacidad para lograr la meta de la abstinencia o consumo controlado. La última *fase de mantenimiento* diferencia dos categorías: d) la *Autoeficacia de manejo*: cuando mediante la eficacia anticipatoria, se pueden manejar las crisis de recaídas y, e), *Autoeficacia de recuperación*: cuando se cumple el restablecimiento del manejo luego de los episodios de recaídas

Para Bandura (1997, en Bandura, 1999a; 1999b) la autoeficacia percibida en los procesos de cambio en el abuso de sustancias, afecta o promueve cada fase de cambio, ya sea en la *iniciación del cambio*, en el *mantenimiento de la abstinencia*, como en la *recuperación de la abstinencia*.

Este autor explica que los consumidores de baja autoeficacia evitan el tratamiento o lo dejan al no encontrar resultados rápidos, o no ponen el esfuerzo necesario para modificar el hábito. Mientras que las personas que se liberan exitosamente por sí mismas presentan una autoeficacia más fuerte al principio, en comparación a aquellos que no cambian y a aquellos que recaen. Los que tienen autoeficacia más alta se benefician más del tratamiento (Carey y Carey, 1993 en Bandura, 1999b; DiClemente y Hughes, 1990; Schummel, 1985, 1986 en Bandura, 1999b, 1999a).

La autoeficacia al final del tratamiento predice quién recaerá, cuán pronto recaerá la persona, y las situaciones en las cuales es probable que estas

personas experimenten un desliz (Bandura, 1997b; Marlatt, Baer y Quigley, 1995 en Bandura, 1999b).

La propuesta de Schwarzer y Fuchs (1999), se refiere al rol de las creencias de autoeficacia en la modificación de las conductas de riesgo y en la adopción de conductas saludables. Para este autor las personas eligen conductas de riesgo como una alternativa al afronte del estrés: se tranquilizan fumando o consumiendo drogas.

Para Schwarzer, las creencias de autoeficacia tienen un estatus causal en el cambio de hábitos, proceso (de autorregulación) que comprende dos etapas marcadas. La primera es la *fase de motivación*, donde se forma la intención de cambio, se describe qué cambio decide hacer la persona. Aquí, la autoeficacia y las expectativas de resultados son vistas como los principales predictores de intención de cambio.

Concluída la fase de motivación, comienza la *fase de acción o volición*, referida a la fuerza o intensidad y el tiempo que la persona persiste en lograr el cambio (Schwarzer y Fuchs 1999; Schwarzer, 2006).

Entre una fase y otra se desarrolla la implementación de la intención mediante instrucciones y planes detallados para ejecutar la acción deseada, proceso intermedio que está más influenciado por las creencias de autoeficacia que por las expectativas de resultado.

Pero en este esquema no se contempla que la persona tendría que haber decidido primero cambiar su forma de afrontar las situaciones demandantes externas de una manera que no sea con el consumo de drogas.

Se podría entender que Schwarzer y Fuchs (1999) cubren el vacío cuando manifiesta que: “el cambio de conducta se considera como dependiente de la propia capacidad percibida para manejar el estrés y el aburrimiento y para movilizar los propios recursos y cursos de acción necesarios para satisfacer las demandas situacionales” (p. 226).

Estas demandas se referirían a algunos temas de fondo que subyacen a la conducta adictiva, por ejemplo, problemas interpersonales, familiares, intrapersonales y otros (Pedrero, Pérez, De Ena y Garrido, 2005; Conde, Ustárroz, Landa y López-Goñi, 2005).

## 2.5 Planteamiento del problema

Las personas sufren muchas veces incapacidades físicas y mueren prematuramente a consecuencia de hábitos que pueden prevenirse y que afectan negativamente la salud. Por estas razones, el cambio de hábitos de salud y de las prácticas ambientales podrían producir importantes beneficios para la salud, aspectos en los que la autoeficacia es uno de los determinantes importantes (Mayers, 2000).

En otro aspecto, de acuerdo al comportamiento del consumo de PBC en Perú, para el año 2002 los indicadores estadísticos de DEVIDA (2003), fijaron una proporción de dependencia de la PBC (riesgo de llegar a la dependencia) de 7.2% para los varones. Estas cifras pueden parecer pequeñas comparadas con el de otras drogas, como el de cocaína (11.7%) y marihuana (6.9%) en varones, pero son importantes en la medida en que la PBC es una droga altamente adictiva, con graves consecuencias tanto para el consumidor como para su entorno.

Resulta importante el dato emitido por RIDET (DEVIDA, 2006b), según el cual el 25.5% de pacientes que acuden a tratamiento lo hacen por dependencia o abuso de PBC, la cifra más alta después del alcohol (28.1%), seguida de la cocaína (17.7%).

Esta problemática genera el interés por conocer cuál será la percepción de autoeficacia general de personas dependientes de drogas, especialmente de PBC. Para tal efecto, dicha percepción de autoeficacia será medida mediante la Escala General de Autoeficacia de Schwarzer.

Los resultados facilitarán idear un programa de tratamiento que se ajuste a los requerimientos particulares de cada paciente, en el que se podría implementar el entrenamiento en adquisición de destrezas para el aprendizaje de autoeficacia. Se trata de que el paciente se convenza de que sí es capaz de realizar cambios en su estilo de vida. Como expresa Miller (1983, en Miller y Rollnick, 1999), cada persona tiene un potencial poderoso para el cambio y el terapeuta tiene la tarea de inducir la salida de ese potencial para que el paciente se dé cuenta de que sí tiene la capacidad de afronte y que puede tener éxito en el cambio.

Las razones señaladas conducen a la pregunta central en este trabajo: ¿Cuál es la percepción de autoeficacia en un grupo de varones de la ciudad de Lima dependientes principalmente de PBC?.

En este sentido, queda planteado el objetivo general, que es: describir la percepción de autoeficacia en un grupo de varones de la ciudad de Lima dependientes principalmente de PBC.

Los objetivos específicos apuntan a describir la percepción de autoeficacia en dependientes de PBC, según las variables:



1. Edad.
2. Estado civil.
3. Lugar de procedencia.
4. Nivel de instrucción.
5. Profesión y ocupación.
6. Con quiénes vivía antes de ingresar al centro terapéutico.

*Variables de investigación.*

*Autoeficacia percibida.*

“La autoeficacia percibida se refiere a las creencias en las propias capacidades para organizar y ejecutar los cursos de acción requeridos para manejar situaciones futuras” (Bandura, 1999a, p. 21).

*Dependencia.*

Se define la dependencia según los criterios señalados en el DSM-IV-TR (2002), que han sido reproducidos en el acápite 1.1 del primer capítulo de este trabajo.

## CAPÍTULO 3

### METODOLOGÍA

*‘El hombre se descubre, cuando se mide con un obstáculo’.*

(Antoine de Saint Exuperi)

#### 3.1 Nivel y tipo de investigación

Esta investigación corresponde a un nivel *descriptivo* por cuanto se ha medido y consignado la percepción de autoeficacia de los participantes de acuerdo a variables sociodemográficas. Es un estudio *no experimental o ex post-facto* porque no se han manipulado deliberadamente variables (Kerllinger y Lee, 2002, en Hernández , Fernández y Baptista, 2006; Hernández, et al., 2006).

El diseño es de tipo *transeccional o transversal*, ya que los datos han sido registrados en un tiempo único (Hernández et al., 1998; 2006).

#### 3.2 Participantes

Se ha llevado a cabo un muestreo *no probabilístico intencional*, ya que la selección de la muestra no ha obedecido a criterios aleatorios, sino que se ha

buscado intencionalmente participantes que cumplan con los criterios de inclusión de la muestra (Hernández et al., 1998; 2006).

Para efectos de este estudio, los participantes se distribuyeron en dos grupos: uno de estudio conformado por 24 sujetos dependientes de PBC (seleccionados de un total de 34 de acuerdo a los criterios de inclusión), y otro de comparación de 24 sujetos no consumidores (seleccionados de un total de 33).

Según Hernández, et al., (1998, 2006), en un estudio no experimental el investigador puede utilizar grupos de comparación en los que la variable independiente ya existe en el grupo de estudio como una situación “ya sucedida”, de tal manera que los fenómenos se observan como situaciones “ya existentes”. Para el presente caso, el grupo de estudio ya tenía la variable *dependencia*, no ha tenido que ser manipulada intencionalmente, como sí lo sería en un diseño experimental. Finalmente se ha querido identificar la percepción de autoeficacia de los participantes dependientes comparados con un grupo sin dependencia, con el fin de evaluar si tal sentido de autoeficacia en el grupo de trabajo, podría estar afectada por la variable dependencia.

Los *criterios de inclusión* para los sujetos dependientes a la PBC son: ser de sexo masculino, dependientes de la PBC según los criterios del DSM-IV-TR (2002), de 18 a 50 años de edad, no se exige nivel de instrucción específico, residir en Lima a la fecha de la aplicación de los instrumentos, no estar bajo los efectos de ninguna SPA ni presentar trastornos psiquiátricos asociados al momento de resolver la Escala General de Autoeficacia y la Ficha de Datos y no haber recibido tratamiento de rehabilitación por más de tres meses.

El grupo de comparación presenta las características sociodemográficas similares al grupo de estudio, excepto el no presentar dependencia a ninguna SPA.

Los instrumentos han sido resueltos con el consentimiento informado y voluntario de los participantes, según formato escrito (Ver Anexo 1).

*Características sociodemográficas de los participantes.*

Los participantes estuvieron conformados por 48 varones, con un rango de edad entre 18 a 48 años y una media de 27 años.

En el grupo de dependientes de PBC la media de edad es de 26.5 años, con una desviación estándar de 7.6; en el conjunto de no consumidores la media de edad es de 27.2 años y la desviación estándar es de 7.1. De acuerdo a los rangos de edad se observa que en ambos grupos los participantes están distribuidos simétricamente (50%) en cada rango de edad establecida, tal como se indica en la siguiente tabla:

Tabla 4

*Edad*

Dependientes de PBC (n=24)			No consumidores (n=24)		
Rangos			Rangos		
Edad	f	%	Edad	f	%
18-25	12	50.0	20-25	12	50.0
26-48	12	20.8	26-46	12	50.0

En cuanto al *estado civil*, en el grupo de dependientes se observa que 18 de ellos son solteros y 5 son convivientes; en cambio en la muestra de no consumidores, 14 son solteros, 6 convivientes y 4 son casados (Ver Tabla 5).

Tabla 5

*Estado civil*

Estado civil	Dependientes de PBC (n=24)		No consumidores n=24	
	f	%	f	%
Soltero	18	75	14	58.3
Casado	1	4.2	4	16
Conviviente	5	20.8	6	25

En relación al *lugar de procedencia* se verifica que en los sujetos dependientes de PBC, la mayoría provienen de distritos de Lima (n = 14) y 9 de zonas fuera de Lima; en el grupo de no consumidores en cambio, casi la totalidad (23) viven en Lima. El detalle de la distribución de los participantes dependientes de PBC en los *distritos de Lima* se examina en la Tabla 6.

Tabla 6

*Lugar de procedencia*

Lugar de proceden	Depend. de PBC (n = 23) *		No consum (n = 23)*		Dependientes de PBC (n=23)*			
	f	%	f	%	Distritos de Lima (n=14)	f	Fuera de Lima (n=9)	f
Distritos de Lima	14	58.3	23	95.8	SMP	2	Chimbote	5
					La Victoria	2	Chulucanas	1

Tabla 6 (Continuación)

Fuera de Lima	9	37.5	--	--	San Miguel	2	Chaclacayo	1
					Callao	1	Moro	1
					Carabaylo	1	Huánuco	1
					Comas	1		
					Ate Vitarte	1		
					El Agustino	1		
					SJL	1		
					Chorrillos	1		
					Barranco	1		

Nota. SMP: San Martín de Porres, SJL: San Juan de Lurigancho.

\* Un caso no respondió.

De acuerdo al *lugar de procedencia* y según los *distritos de Lima* señalados por los participantes de ambos grupos, se hace una aproximación a los sectores socio económicos a los que pertenecen. Así, Apoyo (2005), informa que estos distritos son sectorizados como de nivel C, D y E principalmente, perfiles que según Apoyo (2006), corresponden a los niveles socio económicos bajo, inferior y marginal, respectivamente. Ver Tabla 7.

Tabla 7

*Nivel socio económico según distritos*

Frecuencia	Distrito	Nivel socio económico			
Dependientes de PBC					
1	Callao		C	D	
2	La Victoria	B	C+	D-	
2	San Miguel	B	C-		
1	Carabaylo		C	D	E
1	Comas		C	D	
2	San Martín de Porres		C	D	
1	Ate Vitarte		C	D	E

Tabla 7 (Continuación)

Frecuencia	Distrito	Nivel socio económico		
Dependientes de PBC				
1	El Agustino	C	D	E
1	San Juan de Lurigancho	C	D+	E
1	Chorrillos	C	D	E
1	Barranco	B-	C+	
No consumidores				
2	Callao	C	D	
1	Ventanilla	C-	D-	E
1	San Miguel	B	C-	
1	Cercado de Lima	B-	C	
5	Comas	C	D	
1	San Martín de Porres	C	D	
6	Los Olivos	B-	C	D
1	Puente Piedra		D	E
3	San Juan de Lurigancho	C	D+	E
1	San Juan de Miraflores	C+	D	E
1	Vila María del Triunfo	C	D	E

Nota. El signo positivo adjunto a la letra que señala el nivel socio económico, indica que hay mayor incidencia de población en el sector señalado. El signo negativo indica que hay menor incidencia de población en el sector señalado.

Para el *nivel de instrucción* de los participantes, la muestra de dependientes de PBC presenta una mayor cantidad de sujetos (11) con secundaria incompleta, 5 con secundaria completa y otros 3 con superior incompleta, además de 2 que no tienen ningún tipo de instrucción. Por otro lado, los no consumidores registran en su mayoría (14) secundaria completa, sólo 5 presentan estudios superiores incompletos y 3 han terminado los estudios superiores (Ver Tabla 8).

Tabla 8

*Nivel de instrucción*

Nivel de instrucción	Dependientes de PBC (n=22)*		No consumidores (n=24)	
	f	%	f	%
Ninguna	2	8.3	--	--
Primaria	1	4.2	--	--
Sec. completa	5	20.8	14	58.3
Sec. incompleta	11	45.8	2	8.3
Superior incompleta	3	12.5	5	20.8
Superior completa	--	--	3	12.5

\* 2 casos no respondieron.

En cuanto a *profesión*, en el grupo de dependientes de PBC, se observa que 13 sujetos indican expresamente que no tiene ninguna profesión, 6 de ellos manifiestan que ejercen un oficio y sólo uno tiene nivel técnico. En el grupo de no consumidores, la mayoría (14) señala como profesión un oficio, otros 5 indican un nivel técnico. Importa señalar la diferencia entre ambos grupos, pues en el grupo de no consumidores, la mayoría detenta un oficio (actividad laboral) como profesión, mientras que en el grupo de dependientes, una mayoría indica ninguna profesión o no responde. Ver Tabla 9.

En forma seguida, en el grupo de dependientes de PBC, 14 participantes manifestaron desarrollar un *oficio* antes de ingresar a la comunidad terapéutica, 4 se dedicaban a robar y 3 no tenían trabajo. En los no consumidores, casi la totalidad se desenvolvía en un oficio, y uno señaló que era estudiante -Tabla 9-.



Tabla 9

*Profesión y ocupación*

	Profesión				Ocupación				
	Dep de PBC (n=20)*		No consumid (n=24)		Dep de PBC (n=21)*		No consumid (n=24)		
profesión	f	%	f	%	ocupación	f	%	f	%
Ninguna	13	54.2	--	--	Robar	4	16.7	--	--
Oficio	6	25.0	14	58.3	Desocupado	3	12.5	--	--
Técnica	1	4.2	5	20.8	Estudiante	--	--	1	4.2
					Oficio	14	58.3	23	95.8

\* En el grupo de dependientes de PBC, no respondieron: en *profesión* 4 sujetos y en *ocupación* 3.

En la condición de *con quiénes vivían o viven* los sujetos dependientes de PBC antes de ingresar a la comunidad terapéutica y la de los no consumidores a la fecha de la aplicación de la ficha de datos, respectivamente, se observa que en el primer grupo, 15 sujetos vivían con su familia nuclear, mientras que en el segundo grupo eran 19 los que vivían en esta condición. Entre los dependientes de PBC se encuentran 4 casos que vivían solos o en la calle (mayormente en la calle) y en el otro grupo, 3 casos que vivían con otros familiares. Ver Tabla 10.

Tabla 10

*Con quién vive o vivía*

	Dependientes de PBC		No consumidores	
	Con quién vivía antes de ingresar al centro (n=23)*		Con quién vive actualmente (n=24)	
	f	%	f	%
Solo o en la calle	4	16.7	1	4.2
Otras personas	1	4.2	1	4.2
Otros familiares	3	12.5	3	12.5
Familia nuclear	15	62.5	19	79.2

\* Un caso no responde.

### 3.3 Instrumentos

*Escala General de Autoeficacia de Schwarzer.*

Se utiliza la Escala de Autoeficacia General (Schwarzer, 1993, en Alcalde, 1998) que enfoca el sentido general de autoeficacia, subrayando la sensación de competencia personal amplia y estable ante el manejo de una variedad de situaciones estresantes (Ver Anexo 4).

Este instrumento de origen alemán, fue desarrollado por Jerusalem y Schwarzer en 1981; inicialmente estuvo compuesta por veinte ítems, para luego ser reducida a diez ítems y posteriormente adaptada a 28 idiomas (Scholz, et al., 2002).

Esta escala ha sido utilizada en numerosas investigaciones (Schwarzer y Scholz, 2000) generando consistencia interna entre un alpha de = .75 y .94. Su validez y confiabilidad ha sido examinada en muchos estudios longitudinales,

encontrándose que correlacionaba positivamente con medidas de optimismo, autoestima, locus de control interno, motivación de logro, percepción de desafío en situaciones estresantes, afrontamiento proactivo, autorregulación, extraversión, centrado en la acción y esperanza de éxito. Entre todas éstas, la correlación entre Autoeficacia General y Autorregulación fue significativa, positiva y fuerte. Pero se encontró una correlación negativa con medidas de ansiedad, depresión, procrastinación, despersonalización, soledad, timidez, pesimismo, neuroticismo y temor al fracaso (Alcalde, 1998; Luszczynska y Gutiérrez-Doña, 2005; Scholz et al., 2002; Schwarzer, 2005).

La escala está conformada por diez ítems, con cuatro opciones de respuesta en cada uno, en un formato tipo Lickert: 1. *Incorrecto*, 2. *Apenas cierto*, 3. *Más bien cierto* y 4. *Cierto*.

El puntaje mínimo total de la prueba es de 10 puntos y el puntaje máximo total es de 40 puntos, correspondiéndole 1 punto a *Incorrecto*, 2 puntos a *Apenas cierto*, 3 puntos a *Más bien cierto* y 4 a *Cierto* (Scholz et al., 2002, Schwarzer, 2005). Las preguntas refieren a un sentido amplio y general de la autoeficacia, evaluando el sentimiento estable de competencia general para manejar de forma eficaz una gran variedad de situaciones.

La versión española de la escala fue validada en Costa Rica en una muestra de 959 estudiantes universitarios varones y mujeres de la Universidad de Costa Rica (Baessler, 1998, en Alcalde, 1998).

En esta validación, los 10 ítems de la escala fueron aplicados junto con 18 ítems placebo o distractores pertenecientes a otros instrumentos, combinándolos

de manera aleatoria con el objetivo de evitar efectos acumulativos que pudieran abonar a favor de la deseabilidad social, lo que normalmente aumentaría los niveles de confiabilidad (Baessler, 1998, en Alcalde, 1998).

En Perú, Alcalde (1998) utilizó la versión española de este instrumento después de ser validada en Costa Rica, para medir los niveles de autoeficacia percibida en estudiantes universitarios de la ciudad de Lima. En la investigación peruana, el instrumento fue validado a través de la correlación ítem-test, estableciéndose una correlación mínima de 0.2 como criterio de aceptación. Se encontró que cada ítem cohesionaba bien con el test.

Se calculó el estadístico Kayser-Meyer-Olkin con el fin de saber si la muestra se adecuaba a un análisis factorial. Se obtuvo un valor de 0.8, lo que permitió establecer el análisis de factores.

Este análisis arrojó 2 factores conteniendo el primer factor el 36% de la carga factorial. Dado que los estudios actuales giran alrededor de considerar un sólo factor para resaltar la homogeneidad y unidimensionalidad de la escala, es que se prefirió utilizar sólo un factor con el criterio de unidimensionalidad que es característico de la escala (Alcalde, 1998).

Se utilizó el Alpha de Cronbach para establecer la confiabilidad, obteniéndose un índice de 0.8 (0.7955), lo que satisface el criterio de aceptación establecida.

Para la presente investigación, la confiabilidad de la escala mediante el Alpha de Cronbach, marcó un índice de 0.6 (0.568). Si bien el acuerdo general sobre el límite inferior para esta medida de confiabilidad es de 0.70 -pudiendo

bajar a 0.60 en las investigaciones exploratorias- (Hair, Anderson, Tathan y Black, 1999); sin embargo, Aiken (1994), explica que, cuando se trata de utilizar una prueba para determinar si las calificaciones medias de dos grupos de personas son diferentes en forma significativa, entonces puede ser satisfactorio un coeficiente de confiabilidad modesto de 0.6 a 0.7.

Al amparo de lo señalado por Aiken (1994), se ha considerado pertinente mantener el tenor de la escala por consideraciones teóricas, para no desvirtuar la intención del autor en la significación total del constructo y porque su validez y confiabilidad, como se ha visto en este acápite, ha sido favorable en las investigaciones internacionales.

La correlación Alpha ítem-test, es como sigue:

Tabla 11

*Correlación ítem-test*

Ítems	Confiabilidad Alpha
(1) AE	-0.034
(4) AE	0.368
(7) AE	0.108
(10) AE	0.198
(13) AE	0.338
(16) AE	0.471
(19) AE	0.421
(22) AE	0.278
(25) AE	0.243
(28) AE	0.257

Los diez ítems que califican la autoeficacia general son los siguientes (según la numeración que tienen en la Escala General de Autoeficacia señalada en el Anexo 4):

1. *Si alguien se me opone, puedo encontrar la manera de obtener lo que quiero.*
4. *Puedo resolver problemas difíciles siempre y cuando me esfuerce lo suficiente.*
7. *Me es fácil persistir en lo que me he propuesto hasta alcanzar mis metas.*
10. *Si me encuentro en una situación difícil, generalmente se me ocurre qué hacer.*
13. *Tengo confianza en que podría manejar eficazmente eventos inesperados.*
16. *Gracias a mis cualidades y recursos puedo superar situaciones imprevistas.*
19. *Venga lo que venga, por lo general soy capaz de manejarlo.*
22. *Puedo encontrar una solución para casi cualquier problema si invierto el esfuerzo necesario.*
25. *Cuando me encuentro en dificultades, puedo permanecer tranquilo porque cuento con habilidades y recursos para manejar situaciones difíciles.*
28. *Al estar confrontado con un problema, generalmente se me ocurren varias alternativas para resolverlo.*

En cuanto a los promedios obtenidos en la aplicación de esta escala en otras muestras y como referencia más próxima al contexto peruano, se tiene la investigación de Alcalde (1998), quien al examinar los niveles de autoeficacia y estilos de afrontamiento en un grupo de estudiantes universitarios limeños, encontró que la media del puntaje total de la escala en varones fue  $M = 32.89$ .

En otros países, se reportan promedios de autoeficacia (ver Anexo 7) que oscilan entre las cifras de  $M = 20.28$  a  $M = 34.44$ , puntuaciones que, dicen los autores, dependen de las características de cada país, principalmente de aspectos culturales, de las características sociodemográficas de cada muestra, así como de los determinantes de género (Scholz et al., 2002; Luszczynska, Gutiérrez-Doña y Schwarzer, 2005; Luszczynska, Scholz y Schwarzer, 2005)

Esta información es sólo referencial, ya que las características de las muestras, en todos los casos varían sustancialmente, en cuanto a número de participantes, edad, sector socio económico, nivel de instrucción, actividad laboral y contexto cultural.

Finalmente, se considera procedente aplicar esta prueba a la muestra de la presente investigación, toda vez que se obtuvo la opinión favorable de Schwarzer (comunicación personal, 28 de marzo del 2006).

#### *Ficha de datos personales.*

Para los sujetos dependientes a la PBC, se consideraron aspectos socio demográficos y características del consumo de sustancias de cada participante referidos a edad, sexo, nivel de instrucción, ocupación, profesión (tipo de preparación para el ejercicio económico), personas con quienes vive, motivación para ingresar a la comunicad terapéutica, historia del consumo (frecuencia del consumo, cantidad, tiempo de consumo, antecedentes familiares relacionados a consumo de sustancias y antecedentes psiquiátricos), todo lo cual complementa la información obtenida mediante la aplicación del instrumento.

Para la muestra del grupo de comparación, se recogieron datos sociodemográficos únicamente (Ver Anexo 3).

#### *Motivación en la Ficha de datos.*

En la Ficha de datos asignada a los sujetos dependientes de PBC, se incluyen preguntas que indagan sobre el tipo de motivación para ingresar al centro terapéutico. Son las siguientes:

1. *¿Por qué ha venido a este centro?.*
2. *¿Alguna situación en especial ha hecho que decida venir a este centro?.*
3. *¿Qué desea cambiar en su vida? ¿Por qué?.*

Estas preguntas tienen el objetivo de indagar si el encuestado acude a la comunidad terapéutica movido u obligado por presión externa o lo hace por convicción personal. El sentido de las respuestas permitirá enfocar el contenido de las recomendaciones finales.

Las preguntas fueron trabajadas en base a un marco teórico consistente y que por formar parte de un cuestionario (Ficha de datos), se consideró que no era necesario un proceso de validación.

### **3.4 Procedimiento**

#### *Selección de la muestra de participantes dependientes de PBC.*

Luego de obtenerse la autorización verbal de los directores de dos Comunidades Terapéuticas, se procedió a fijar la fecha para la selección de los participantes.



En la fecha convenida, se coordinó con los psicólogos y encargados para convocar a los participantes y poner en su conocimiento la razón de su colaboración. Se obtuvo su aceptación, primero verbal y luego por escrito cuando firmaron el documento de consentimiento informado (Ver Anexo 1) para participar.

Se logró encuestar a 34 sujetos, 10 de los cuales no fueron incluidos en el análisis final porque no cumplieron con los criterios de inclusión de la muestra, porque no completaron debidamente la Ficha de Datos Personales o el protocolo de la Escala General de Autoeficacia.

Los participantes fueron evaluados en grupo mayormente, 16 de ellos en una Comunidad Terapéutica, en una sola toma, y en la otra comunidad, 14 fueron encuestados en grupo y los 4 restantes, en forma individual, de acuerdo a su llegada a la comunidad.

Los directores y psicólogos de los centros informaron que, en la primera fase de tratamiento, la terapia a que habían sido objeto los colaboradores hasta la fecha de la toma de instrumentos, había sido principalmente la del aprendizaje de normas de comportamiento para facilitar la convivencia, tomar conciencia del problema, desintoxicación y evaluaciones psicológicas para los casos necesarios.

Finalmente, se remitieron cartas de agradecimiento a los directores y psicólogos de los centros por haber facilitado el acceso a sus centros terapéuticos y a la muestra. Las cartas fueron suscritas por el Coordinador de la Especialidad de Psicología de la universidad.

### *Selección de la muestra en el grupo de comparación.*

El grupo de comparación fue extraído de un grupo de trabajadores de una entidad privada, para cuyo efecto la asesora de tesis hizo el contacto pertinente con el jefe de la Oficina de Operaciones de la entidad, previa explicación del objetivo del estudio.

Se conversó con el encargado de esta oficina para estipular las características de la muestra, se estableció la fecha de la encuesta, a la que asistieron 33 trabajadores convocados por el jefe de la Oficina de Operaciones.

Reunido el grupo de comparación en un salón de la institución, se les explicó que se estaba realizando una investigación para conocer las actitudes de las personas ante determinadas situaciones. Se logró la aceptación verbal y escrita de todos, quienes llenaron la ficha de datos y la Escala General de Autoeficacia.

Concluido este procedimiento, se remitieron cartas de agradecimiento al jefe de operaciones de la entidad y a su adjunto, dirigidas por el Coordinador de la Especialidad de Psicología.

Finalmente se llevó a cabo el procesamiento de datos, para poder hacer luego la discusión y conclusiones.

### **3.5 Análisis estadístico.**

El procedimiento estadístico se ha realizado de acuerdo a los objetivos de este estudio y al nivel descriptivo.

Se utilizaron medidas de tendencia central. Se evaluó el puntaje total de la Escala General de Autoeficacia mediante la prueba de normalidad Shapiro-Wilk, determinándose normalidad en la distribución de puntajes tanto para la muestra total de participantes como por grupos (dependientes de PBC y no consumidores); bajo este supuesto, se emplearon los análisis paramétricos de comparación de grupos para muestras independientes: Prueba *t*-student. Para la evaluación de normalidad de cada uno de los ítems, igualmente se utilizó la prueba Shapiro Wilk, estableciéndose una distribución asimétrica de los ítems, por lo que, para la comparación de los puntajes por ítem, se aplicó la prueba no paramétrica de U Mann Whitney. Se utilizaron tablas de contingencias y la Prueba Chi Cuadrado.

En forma exploratoria se utilizó la Correlación de Pearson. Los análisis se procesaron con el programa Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS 15).

## CAPÍTULO 4

### RESULTADOS

*‘No luches con violencia, sino con quietud e insistencia’.*

(Anónimo).

Los resultados han sido ordenados y organizados de acuerdo a las variables de estudio y en función a los objetivos de esta investigación. Se describe la percepción de autoeficacia según las variables sociodemográficas, teniendo en cuenta el puntaje total de la prueba de autoeficacia, así como el puntaje por ítems, estableciéndose para ello una comparación entre el grupo de dependientes de PBC con el grupo de no consumidores.

Los estadísticos que determinan el comportamiento según la puntuación total de la Escala General de Autoeficacia, permiten apreciar que, en la muestra total ( $n=48$ ) de participantes, el promedio en la percepción de autoeficacia fue de 30.6, con una desviación estándar de 5.2; mientras que el puntaje promedio en la muestra de dependientes a PBC fue de 30.3, con una desviación estándar de 5.6

y paralelamente, el promedio en la muestra de no consumidores fue de 30.9, con una desviación estándar de 4.9.

En esta comparación (usando la *t*-student) entre los grupos de dependientes de PBC y no consumidores, las medias no muestran diferencias significativas al nivel 5%. Ver Tabla 12.

Tabla 12.

*Percepción de autoeficacia según el puntaje total de la Escala General de Autoeficacia*

	Muestra total (n=48)	Dependientes de PBC (n=24)	No Consumidores (n=24)	<i>T</i>	<i>p</i>
<i>M</i>	30.6	30.3	30.9	-0.3825	0.704
<i>DS</i>	5.2	5.6	4.9		

*Tabla de Contingencias con los niveles alto, medio y bajo en la percepción de autoeficacia*

Como se muestra en la Tabla 13, se ha creado la variable *Niveles de Autoeficacia*, generándose los niveles o categorías *alto*, *medio* y *bajo* a partir de los puntajes de la escala y en base a la Media ( $M = 30.6$ ) y la Desviación Estándar ( $DS = 5.2$ ) de la prueba total, tanto para el grupo de dependientes de PBC como para el de no consumidores. A estos resultados se les ha consignado los puntajes que les corresponden de acuerdo a lo obtenido en la frecuencia de puntajes de la Escala General de Autoeficacia. En el Anexo 6 se presenta una tabla conteniendo el detalle de los puntajes y el número de participantes en cada caso según los niveles de autoeficacia.

Conforme a estos resultados, se encontró que para el grupo de dependientes de PBC, el 50 por ciento de participantes (12 sujetos) se concentra en la categoría de percepción de autoeficacia *medio*, distribuyéndose el resto de este grupo en partes iguales entre las otras dos categorías. En cambio, en el grupo de no consumidores, se presenta una mayor concentración de participantes en la categoría *media*, con el 66.7% (16 participantes), distribuyéndose también el resto en forma equitativa entre las otras dos categorías. De acuerdo a la Prueba Chi Cuadrado, no se encontraron diferencias significativas entre los dos grupos de estudio ( $\chi^2 (2, N = 48) = 3.4, n.s.$ ).

Tabla 13

*Niveles de autoeficacia según grupos de trabajo y puntajes para cada categoría.*

Nivel de autoeficacia		Depend PBC	No consum	Total
Bajo	f	6	4	10
	%	25	16.7	20.8
	puntaje	20 - 24	19 - 25	
Medio	f	12	16	28
	%	50	66.7	58.3
	puntaje	26 - 35	27 - 35	
Alto	f	6	4	10
	%	25.00	16.7	20.8
	puntaje	36-39	36 - 38	
Total	f	24	24	48
	%	100	100	100

*Percepción de autoeficacia según el puntaje por ítems*

En la Tabla 14 se presenta la *comparación del promedio de la percepción de autoeficacia para cada grupo según cada uno de los 10 ítems que refieren a*

este constructo en la Escala General de Autoeficacia. El promedio total por ítem para cada grupo es similar (dependientes de PBC:  $M = 3.0$  y No consumidores:  $M = 3.1$ ) y no denotan diferencias estadísticamente significativas aplicando la Prueba U de Mann Whitney; sin embargo, de acuerdo a la comparación de puntajes por ítems con la mencionada prueba, sí se han encontrado diferencias de significación estadística en los reactivos 7, 19 y 25.

De acuerdo a los ítems 19 y 25 los participantes dependientes de PBC marcan una menor autoeficacia respecto del grupo de no consumidores, con un grado de diferencia “grande” ( $Z = -3.123$ ) y “pequeño” ( $Z = -2.100$ ), respectivamente, al nivel 5%. Mientras que para el ítem 7, los resultados muestran una mejor percepción de autoeficacia para el grupo de dependientes de PBC, con una diferencia estadística pequeña ( $Z = -2.081$ ), al nivel 5%.

Tabla 14

*Promedio de percepción de autoeficacia según el puntaje por cada ítem de la Escala General de Autoeficacia.*

Nro. de ítem	Descripción de ítems	Depend de PBC		No consum		Z	P	d
		M	DS	M	DS			
1	Si alguien se me opondrá, puedo encontrar la manera de obtener lo que quiero.	3.0	1.29	2.5	1.4	-1.368	0.171	
4	Puedo resolver problemas difíciles siempre y cuando me esfuerce lo suficiente.	3.3	1.13	3.5	0.9	-0.454	0.650	
7	Me es fácil persistir en lo que me he propuesto hasta alcanzar mis metas.	3.4	1.28	2.8	1.3	-2.081	0.037*	0.492
10	Si me encuentro en una situación difícil, generalmente se me ocurre qué hacer.	3.3	1.16	3.3	0.9	-0.720	0.471	
13	Tengo confianza en que podría manejar eficazmente eventos inesperados.	2.7	1.37	2.8	1.2	-0.064	0.949	
16	Gracias a mis cualidades y recursos puedo superar situaciones imprevistas.	3.3	1.16	3.0	1.1	-1.007	0.314	
19	Venga lo que venga, por lo general soy capaz de manejarlo.	2.3	0.99	3.2	0.9	-3.123	0.002*	0.998

Tabla 14 (Continuación)

Nro. de ítem	Descripción de ítems	Depend de PBC		No consum		Z	P	d
		M	DS	M	DS			
22	Puedo encontrar una solución para casi cualquier problema si invierto el esfuerzo necesario.	3.5	0.98	3.4	1.2	-0.051	0.959	
25	Cuando me encuentro en dificultades, puedo permanecer tranquilo porque cuento con habilidades y recursos para manejar situaciones difíciles.	2.4	1.28	3.2	1.0	-2.100	0.036*	0.368
28	Al estar confrontado con un problema, generalmente se me ocurren varias alternativas para resolverlo.	3.2	1.06	3.3	1.0	-0.080	0.936	
	PROMEDIO TOTAL DE ÍTEM	3.0	1.2	3.1	1.1			

$n = 24$  para cada grupo.

\*  $p < 0.05$

### Percepción de autoeficacia según variables sociodemográficas

En relación a las *variables sociodemográficas*, se ha revisado la probabilidad de diferencias en la percepción de autoeficacia de los dos grupos de participantes mediante la Prueba de Comparación de Medias *t*-student. Dado que en varias de estas comparaciones el número de sujetos en las muestras es bastante pequeño - lo que podría impedir detectar diferencias-, es que, con fines más bien exploratorios, se ha utilizado el índice del “Tamaño del Efecto” de Cohen para todos los casos, hayan o no diferencias estadísticamente significativas; en este último caso, para precisar también posibles *tendencias*.

La Tabla 15 describe los casos en donde se han encontrado diferencias estadísticamente significativas y los casos en que no hay diferencias. Los datos son como sigue:



Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en relación a las variables *lugar de procedencia* y *nivel de instrucción*. Para el primer caso, las diferencias están marcadas específicamente para quienes proceden de *distritos de Lima*. De esta forma, los sujetos dependientes de PBC que proceden de distritos de Lima muestran una menor percepción de autoeficacia ( $M = 27.8$ ) frente al grupo de no consumidores que comporta una mejor percepción ( $M = 30.9$ ). De acuerdo al estadístico  $d$  de Cohen esta diferencia es medianamente importante.

En cuanto a la variable *nivel de instrucción*, en la Tabla 15 se describe que el grupo dependiente de PBC con estudios *superiores incompletos* marca un nivel de autoeficacia menor ( $M = 25.7$ ) que el grupo de no consumidores con estudios equivalentes ( $M = 33.6$ ); los estadísticos denotan una diferencia estadísticamente significativa y de magnitud importante según la  $d$  de Cohen. Es relevante destacar que, en esta variable, a pesar de que las muestras son pequeñas, se ha encontrado una diferencia *grande* entre los dos grupos, tanto así que la  $t$ -student ha identificado las diferencias.

En los otros sub niveles de las restantes variables sociodemográficas descritas, no se han encontrado diferencias significativas, sin embargo, de manera exploratoria se pueden recuperar los siguientes datos:

Para el análisis según *edad*, se han reunido los datos de acuerdo a estos rangos: de 18 a 25 y de 26 a más años. Al nivel 5%, no se han encontrado diferencias significativas en la percepción de autoeficacia entre los grupos. Pero con el índice de Cohen ( $d = 0.57$ ), se encontraría una ligera tendencia de mayor percepción de autoeficacia en el rango de 26 años a más para el grupo de no consumidores. De manera exploratoria se utilizó la correlación de Pearson entre

las variables autoeficacia y edad de los participantes, y no se registró correlación para el caso de los dependientes de PBC ( $r = 0.069$ ), pero sí para el grupo de no consumidores, aunque con un índice débil ( $r = 0.268$ ), pudiéndose establecer que, a mayor edad la percepción de autoeficacia mejora en los no consumidores.

En cuanto a las variables *estado civil, ocupación, profesión y con quiénes vive o vivía*, no se registraron diferencias de significación estadística en la percepción de autoeficacia de los participantes, pero en el nivel *conviviente* de la variable *Estado civil* y según el índice de Cohen ( $d = 0.602$ ), se podría apreciar una ligera tendencia de mayor autoeficacia en el grupo de no consumidores.

En el nivel *Oficio* de la variable *Profesión* y siguiendo el índice de Cohen ( $d = 0.55$ ), se podría encontrar una ligera tendencia de mayor autoeficacia en el grupo de dependientes de PBC.

En el nivel *Otros familiares* de la variable *Con quiénes vive o vivía*, y según el índice del efecto de Cohen ( $d = 0.631$ ), se podría rescatar una ligera tendencia de mayor autoeficacia en el grupo de no consumidores.

Tabla 15

*Percepción de autoeficacia según variables sociodemográficas*

Variables	Dependientes De PBC		No Consumidores		<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>	Efecto
	<i>M</i>	<i>DS</i>	<i>M</i>	<i>DS</i>				
<u>Edad</u>								
18-25	30.3	6.5	29	5.2	0.55	0.59		
26 años a más	30.3	4.8	32.8	4.0	-1.39	0.18		
<u>Estado Civil</u>								
Soltero	30.3	5.6	30.0	5.6	0.167	0.868		
Conviviente	29.8	6.8	32.8	3.3	-0.971	0.357		

Tabla 15 (Continuación)

Variables	Dependientes De PBC		No Consumidores		<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>	Efecto
	<i>M</i>	<i>DS</i>	<i>M</i>	<i>DS</i>				
<u>Distrito donde vive</u>								
Distritos								
De Lima	27.8	4.8	30.9	5.1	-1.83	0.04*	0.625	Mediano
<u>Nivel de Instrucción</u>								
Secund. Completa	32.0	5.1	30.1	5.7	0.639	0.532		
Secund. Incompleta	30.5	6.2	28.5	4.9	0.415	0.686		
Superior incompleta	25.7	3.8	33.6	2.7	-3.498	0.013*	2,446	Grande
<u>Profesión</u>								
Oficio	32.3	5.4	29.6	4.4	1.175	0.255		
<u>Ocupación</u>								
Oficio	30.4	4.5	30.7	5.01	-0.234	0.816		
<u>Con quién</u>								
<u>Vive O vivía</u>								
Otros								
Familiares	27.3	6.4	31.0	5.2	-0.768	0.485		
Familia nuclear	30.1	5.3	31.5	4.5	-0.835	0.410		

**Nota.** Los subniveles *soltero* (de la variable Estado Civil), *Fuera de Lima* (de la variable Lugar de procedencia), *ninguno* y *primaria* (de la variable Nivel de Instrucción), *ninguna* y *técnica* (de la variable (Profesión) y *robar*, *desocupado* y *estudiante* (de la variable Ocupación) no han podido ser contrastados mediante la t-student, por no haber casos suficientes por categoría.

\*  $p < 0.05$

### Percepción de autoeficacia según Motivación en dependientes de PBC

La siguiente Tabla 16 reporta los resultados de la distribución de respuestas y de sujetos según el tipo de motivación que tuvieron los participantes para acudir a las comunidades terapéuticas en las que fueron encuestados. En el Anexo 5 se reporta en detalle el tenor de las respuestas.

Se observa que a la pregunta 1: *¿Por qué ha venido a este centro?*, el mayor porcentaje de respuestas se centra en el tipo de Motivación Intrínseca, y

sólo dos participantes han respondido con los dos tipos de motivación a la vez; mientras que en la pregunta 2: *¿Alguna situación en especial ha hecho que decida venir a este centro?*), las respuestas mayormente son de tipo Motivación Extrínseca, 12 de ellas referidas a razones familiares. Finalmente, a la pregunta 3: *¿Qué desea cambiar en su vida? ¿Por qué?*, el tipo de Motivación Intrínseca es el que mayor porcentaje de respuestas ha obtenido. En cuanto a los sujetos, 7 de ellos han reportado como único tipo de motivación para las tres preguntas, a la Motivación Intrínseca, mientras que los 17 restantes, han respondido utilizando los dos tipos de motivación a la vez.

Tabla 16

*Tipo de Motivación en dependientes de PBC*

Tipo Motiv	Pregunta 1			Pregunta 2			Pregunta 3			Tipo Motiv Resultante	
	Frec Rptas	% Rptas	Frec Sjtos	Frec Rptas	% Rptas	Frec Sjtos	Frec Rptas	% Rptas	Frec Sjtos	Frec Sjtos Total	% Sjtos
1	21	87.5	21	13	54	13	20	83.3	20	7	29
2	5	20.8	5	16	66.6	16	7	29	7	--	--
3	2	8.3	2	6	6	6	3	12.5	3	17	71

Nota. El Tipo de Motivación se refiere a: 1 = Motivación Intrínseca, 2 = Motivación Extrínseca, 3 = Ambos.  
n = 24

Con el fin de ahondar un poco más en el comportamiento de la percepción de autoeficacia en el grupo de dependientes de PBC con relación a la variable Motivación, es que se ha configurado una Tabla de Contingencias considerando

los niveles alto, medio y bajo de Autoeficacia. En los resultados se observa que en *ambos tipos de motivación (intrínseca y extrínseca)*, se encontró una mayor proporción de casos para los niveles *medio* y *alto* de autoeficacia; en cambio para la *motivación intrínseca*, se registró una menor proporción de casos para los niveles medio y alto. Ver Tabla 17.

Tabla 17

*Niveles de autoeficacia según el tipo de motivación en dependientes de PBC*

Nivel de Autoeficacia		Motivación Intrínseca	Ambos Tipos de Motivación
Bajo	f	3	3
	%	42.9	17.6
Medio	f	2	10
	%	28.6	58.8
Alto	f	2	4
	%	28.6	23.5

*Características de consumo de los participantes dependientes de PBC y percepción de autoeficacia..*

En las tablas 18 y 19 se presentan las características de consumo del grupo de sujetos dependientes de PBC, siguiendo el orden de la Ficha de Datos.

La PBC es la droga de consumo principal en todos los participantes dependientes. Sin embargo, se observa que la droga legal de mayor *consumo adicional a la PBC* es el alcohol con 19 casos.

Respecto al *tiempo de consumo de la PBC*, se observa que la mayor concentración de participantes se ubica en los rangos de 1-3 años y de 4-7 años.

Mientras que la *frecuencia de consumo* capta un importante número de participantes que consumen interdiario o todos los días (19).

Tabla 18  
*Características de consumo de la PBC.*

Drogas legales e ilegales de consumo adicional a la PBC (n=24)	Tiempo de consumo de la PBC (n=24)		Frecuencia de consumo de la PBC (n=24)	
	f	%	Rango Años	veces por semana
Alcohol	19	79.2	1-3	5
Tabaco	8	33.3	4-7	19
Cocaína	7	29.2	8-15	
Mixtos	9	37.5		
Bembos	2	8.3		
Tranquilizantes	1	4.2		
Inhalantes	2	8.3		
PBC	24	100.0		

El *tiempo máximo de abstinencia* reporta que más de la mitad de la muestra (15) se concentra en un rango de 1 a 7 días de no consumo, seguido por un 25% (6 sujetos) que se abstienen por un lapso de 60 a 270 días (de 2 meses a 9 meses). La mayoría señaló haber tenido de 2 a 3 *intentos para dejar el consumo* (19 casos).

En cuanto a la *cantidad máxima de "tabacazos" fumados en el lapso de 24 horas*, se registra que más de la mitad de los participantes (15) fuma de 8 a 42

“tabacazos” por día, pero también un número importante (8 = 34.6%) fuma esta droga en un número de 50 a 200 por día.

Para terminar con las características de consumo de la muestra, en la Tabla 18 se aprecia que una mayoría importante de casos (19) recibieron como máximo dos *tratamientos* previos para dejar la adicción.

Tabla 19

*Características de consumo de la PBC*

Tiempo máximo de abstinencia de PBC (n=24)			Número de intentos para dejar el consumo de PBC (n=24).			Cantidad máxima de “tabacazos” en 24 horas (n=23)*			Número de tratamientos anteriores (n=24)		
Rango	f	%	Rango	f	%	Cant	f	%	Cant	f	%
Días			#								
1-7	14	58.33	0-1	5	20.84	8-42	15	64.9	0-2	19	79.2
60-270	6	25.01	2-3	19	79.16	50-200	8	34.6	3-9	4	20.9
365-1095	4	16.67									

\* Un caso no respondió.

Más de la mitad de la muestra (13) procede de *familias completas o estructuradas* (no es divorciado o separado o no tiene padres separados), mientras que 10 sujetos sí provienen de *familias desestructuradas o incompletas*.

En cuanto al *consumo de drogas legales o ilegales en los familiares de la muestra* y de acuerdo a los resultados en las fichas de datos, se encuentra que 20 casos reportan familiares con consumo de alcohol, PBC y otras drogas. De estos 20 casos, 4 se refieren al consumo principalmente de alcohol por parte del padre, de los cuales solo un participante convive con su padre con problemas de

alcohol. En los demás casos, los familiares se refieren a hermanos, tíos, primos y abuelos, de los cuales 5 participantes consignan que conviven con los hermanos consumidores. Es decir, se trata de 5 casos donde el participante convive con el padre o hermanos consumidores. Se reportan 4 casos cuyos familiares no consumen ningún tipo de droga.

Para concluir con estos antecedentes, se tienen 7 participantes que reportan familiares que tienen o han tenido *tratamiento psiquiátrico o psicológico*, de estos casos ninguno consigna convivir con esos familiares. Mientras que 17 casos no tienen familiares con esos antecedentes (Tabla 20).

Tabla 20

*Antecedentes familiares*

Tipo de Familia (n=23)*	Familiares consumidores de alcohol (n=24)		Familiares consumidores de drogas ilegales (n=24)		Familiares con tratam psiquiát o psicológico (n=24)			
	f	%	f	%	f	%		
Compl.	13	54.2	Si 14	58.3	Si 13	54.2	Si 7	29.2
Incompl.	10	41.7	No 10	41.7	No 11	45.8	No 17	70.8

\* Un caso no respondió.

Finalmente, en la Tabla 21 se detallan los síntomas del síndrome de abstinencia reportados por participantes. De esta forma, se encuentra que casi la totalidad de la muestra de dependientes de PBC (23 casos), expresa que cada vez es mayor la necesidad de consumir mayor cantidad de esta droga para lograr el



efecto esperado y que además tienen que consumirla para evitar los síntomas de abstinencia.

Igualmente, un número mayoritario de casos (19) expresa que el consumo de PBC, así como las actividades necesarias para su obtención, se convierten en un aspecto importante de su vida; y la totalidad (24) manifiestan que fuman esta droga a pesar de que se dan cuenta de que su consumo les genera problemas físicos y psicológicos.

Tabla 21

*Síntomas del síndrome de abstinencia*

Incrementa necesidad de mayor cantidad de PBC para el efecto deseado (n=24)	Consumo PBC para evitar el síndrome de abstinencia (n=24)		El consumo de PBC y las actividades para su obtención son un aspecto importante de su vida (n=24)		Consumo PBC a pesar de que se da cuenta de que le produce problemas físicos o psicológicos. (n=24)			
	f	%	f	%	f	%		
Si	23	95.8	23	95.8	19	79.2	24	100.0
No	1	4.2	1	4.2	5	20.8	---	---

Con el fin de profundizar un poco más en el sentido de autoeficacia de estos participantes en relación a *antecedentes familiares y características de consumo*, es que se utilizó de manera exploratoria la Correlación de Pearson, en base a lo cual se encontraron los siguientes datos (Tabla 22):

Tabla 22

*Correlación de la variable Autoeficacia con las variables antecedentes familiares del dependiente de PBC y sus características de consumo*

AUTOEFICACIA en correlación con:	Coefficiente de Pearson	Se establece que:
Tipo de familia	$r = 0.15$	No hay relación.
Familiares consumidores De alcohol	$r = 0.279$	Los dependientes que no tienen familiares consumidores, tienen una mejor percepción de Autoeficacia.
Familiares consumidores de otras drogas	$r = 0.210$	Los participantes dependientes que no tienen familiares consumidores, tienen una mejor percepción de autoeficacia.
Número de intentos por dejar de consumir	$r = 0.223$	A mayor número de intentos por dejar de consumir, se observa un mejor nivel en la percepción de autoeficacia.
Número de tratamientos anteriores	$r = 0.015$	No hay relación.
Tiempo máximo de abstinencia	$r = -0.187$	A mayor tiempo de abstinencia se observa un menor nivel en la percepción de autoeficacia
Tiempo de consumo	$r = -0.116$	a mayor tiempo de consumo, se observa un menor nivel en la percepción de autoeficacia

*Datos de acuerdo a Tabla de Contingencias*

Se considera importante mencionar que, de acuerdo a la Tabla de Contingencias con las variables *Niveles de Autoeficacia (alto, medio y bajo)* y *Nivel de Instrucción (superior incompleta)*, se han identificado 2 participantes dependientes de PBC en el nivel de autoeficacia bajo, y 1 participante en el nivel medio. En cambio, para el grupo de no consumidores, se han registrado 4 participantes en el nivel medio y 1 en el alto, ninguno en el nivel bajo.

Bajo el mismo procedimiento y con las variables *Niveles de Autoeficacia* y *Lugar de Procedencia (Distritos de Lima y Fuera de Lima)* se han reconocido 6 participantes dependientes de PBC en el nivel bajo y 8 en el nivel medio y ninguno en el nivel alto de autoeficacia; mientras que en el grupo de no consumidores se ubican 4 participantes en el nivel bajo, 15 en el medio y 4 en el alto.

Igualmente, para el grupo de dependientes de PBC, se ve la necesidad de describir lo encontrado en la Tabla de Contingencias elaborada en función a las variables *Nivel de Autoeficacia* y *Ocupación antes de entrar al centro de rehabilitación (Robar, Desocupado, Estudiante y Oficio)*: en el nivel de autoeficacia bajo se tienen 4 participantes, 2 que roban y 2 con oficio; en el nivel medio se ubican 2 desocupados y 9 con oficio, y en el nivel alto se registran 2 que roban y 3 con oficio.

Se mencionan los resultados descritos en los párrafos precedentes, con la intención de mostrar las coincidencias con los resultados del análisis del puntaje total de la Escala General de autoeficacia según las variables *Nivel de Instrucción* y *Lugar de Procedencia*, en los que se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos de trabajo, mediante la Prueba *t*-student.

Igualmente se han descrito los resultados en la variable *Ocupación* de acuerdo a los *niveles de autoeficacia* porque se han reconocido datos que pueden aportar información en el análisis de las variables.

## CAPITULO 5

### DISCUSIÓN

*'La constancia no está en empezar, sino en perseverar'.*

(Leonardo Da Vinci).

El significado de la percepción de autoeficacia se manifiesta de una manera interesante y cuestionadora cuando se revisan los resultados obtenidos en esta investigación.

Al analizar el comportamiento promedio entre ambos grupos tanto respecto al puntaje total de la Escala General de Autoeficacia como en el promedio de puntajes por ítem, se encuentra que no hay diferencias significativas en la percepción de autoeficacia, por lo que se asumiría que los participantes de los dos grupos reaccionan de manera bastante similar frente a iguales situaciones demandantes de su entorno. La pregunta es, ¿cómo puede darse esta similitud considerando que los sujetos de estudio justamente presentan una variable (dependencia a PBC) que los podría hacer vulnerables a sentirse menos

autoeficaces en relación al grupo de comparación?. Ha de guardarse una posible respuesta para el final de este capítulo.

Sin embargo, sí se encontraron diferencias estadísticamente significativas en dos casos: uno, referido a tres ítems de la prueba de autoeficacia (7, 19 y 25) cuando se revisa la percepción de autoeficacia según los puntajes por ítems; y segundo, en dos variables, *nivel de instrucción* y *lugar de procedencia*, cuando se trata del sentido de autoeficacia de acuerdo al puntaje total de la Escala General de Autoeficacia. Tanto para el primer caso como para el segundo, se detecta que los dependientes de PBC presentan una menor percepción de autoeficacia respecto del grupo de comparación, salvo en el ítem 7 mencionado, cuyo puntaje denota una mejor percepción de autoeficacia para el grupo de estudio. En cambio las variables *edad*, *estado civil*, *profesión*, *ocupación* y *personas con las que vive o vivían* antes de ingresar al centro terapéutico no influyeron para marcar diferencias estadísticas entre los grupos.

En cuanto a los tres niveles de autoeficacia creados (alto, bajo y medio), no se encontraron diferencias significativas entre los dos grupos de trabajo. Pero se detecta una tendencia a la centralidad (el 50% o más de participantes se ubican en el nivel medio) en ambos grupos. En el caso de dependientes de PBC, se observa una concentración del 50% en el nivel medio, lo que indicaría que la variabilidad es mayor en este grupo; mientras que en los no consumidores, la media está más representada en el intervalo central. En términos generales se puede decir que se observa que tanto las puntuaciones como los participantes de los dos grupos de trabajo tienden a distribuirse en las tres categorías

mencionadas, lo que significa que la Escala General de Autoeficacia ha captado las diferencias en el comportamiento de los participantes de esta investigación.

Los resultados descriptivos de los dependientes de PBC de este estudio coinciden con los hallados por otros investigadores en el Perú, referidos éstos a que la mayor concentración de sujetos se ubica entre los 19 y 30 años, el número de consumidores es mayor entre quienes tienen educación secundaria o mayor nivel educativo, con predominio de quienes tienen oficios menores, así como estrato socio económico bajo (Castro de la Mata y Zavaleta, 2002; CEDRO, 1997; Navarro, 1988; Instituto Especializado de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi”, 2002; Nizama, 1999b). Además, es interesante notar que a pesar del tiempo transcurrido y de la muestra tan pequeña en esta investigación, el trazo característico del consumidor de PBC, se mantiene en los aspectos señalados.

#### *Diferencias en los ítems 7, 19 y 25 de la Escala General de Autoeficacia*

Se empezará revisando el ítem 25. Este ítem (*Cuando me encuentro en dificultades, puedo permanecer tranquilo porque cuento con las habilidades y recursos para manejar situaciones difíciles*) descubre una percepción baja de autoeficacia en el grupo de estudio, al puntuar significativamente diferente (con efecto ‘pequeño’).

Este reactivo involucra el manejo de la ansiedad y la percepción de autoconfianza para hacer frente a situaciones difíciles. Ha de notarse que este ítem, comparado con los otros de la prueba de autoeficacia, parece ser el de efecto más ansiógeno al contener doblemente proposiciones (cuando me encuentro en *dificultades* y *manejar situaciones difíciles*) que confrontan y exigen

al examinado una respuesta que implique el uso del *poder hacer* y el ejercicio del control sobre sus acciones y sobre los eventos del entorno.

En consecuencia, los resultados de baja autoeficacia en este ítem podrían estar relacionados con la presencia de niveles de ansiedad importantes en los examinados, lo que estaría en consonancia con lo que sostiene Rodríguez (1985), cuando afirma que los sujetos dependientes de PBC tienen la creencia persistente de que no pueden controlar la ansiedad. Este hecho podría facilitar una tendencia a la evasión de las *situaciones difíciles* que demandan estrés, responsabilidades o tensión (Vigo,1999). Aspecto fundamental (la ansiedad) que tendrá que ser considerado como parte del trabajo terapéutico con el paciente.

El puntaje del ítem 19 (*Venga lo que venga, por lo general soy capaz de manejarlo*) denota para los dependientes de PBC, una menor percepción de autoeficacia respecto al grupo de comparación, con una diferencia significativa de importancia 'grande'.

Este ítem califica la percepción de control personal que el sujeto posee sobre sus acciones y sobre cualquier entorno que lo afronta, lo que implica un manejo de los estados emocionales que puedan interferir en la realización de una conducta. A todo ello subyace la creencia del *poder hacer*, o la sensación de competencia. Estos contenidos permiten vincular al reactivo 19 con el 25, toda vez que la *ansiedad* es también una emoción, no obstante que el ítem 19 es más directo y general.

Los participantes dependientes de PBC, al puntuar menos en el ítem 19 respecto del grupo de no consumidores, muestran que no ejercen su capacidad de control porque 'anestesian' esta urgencia entregándole a la droga el 'manejo' de

las situaciones difíciles. Villanueva (1989), Bocanegra (1991) y Vela (1992, en Oliver, 2004) lo confirman. Frente a esta realidad, Schippers (1991, en Becoña, 1999) y Schwarzer (1999a) dirían que, para lograr un cambio de conducta, habrá primero que manejar el estrés y las demandas situacionales, utilizando los propios recursos y cursos de acción y desarrollando habilidades de afrontamiento alternativas.

No obstante lo dicho, se puede pensar que las limitaciones en la percepción de autoeficacia de estos participantes pueden deberse también a patrones de comportamiento aprendidos, los que podrían funcionar a su vez como promotores y potenciadores del consumo, consolidando la formación de creencias irracionales acerca de la incapacidad de dejar la droga. En este sentido, Navarro y Arévalo (1989) y Beck (1999) coinciden en argumentar que uno de los obstáculos principales a la hora de dejar la droga es la red de creencias disfuncionales, que finalmente terminan siendo profecías auto cumplidas (“me es imposible vivir sin consumir drogas”) que anulan todo intento de cambio y provocan en la persona una sensación de indefensión, lo que finalmente alimenta la convicción de incapacidad para enfrentar las demandas de un mundo competitivo.

Finalmente, los puntajes en el ítem 7 de la Escala General de Autoeficacia consignan un sentido de autoeficacia mayor en los participantes dependientes de PBC, respecto del grupo de comparación, aunque con una diferencia estadística pequeña. El ítem 7 (*Me es fácil persistir en lo que me he propuesto hasta alcanzar mis metas*) denota el uso de una sensación de control y el uso de la persistencia y esfuerzo en la consecución de una meta previamente proyectada, así como una motivación de logro.



No obstante que tanto el ítem 19 y el ítem 7 miden la sensación de control en la persona, sin embargo se considera que ambos se diferencian en que, en el reactivo 7, el *control* va incurso en una directriz (meta – expectativa de rehabilitación) ya establecida por la persona, la que tendría un carácter ‘regulador’ y a cuyo seguimiento persistente se sujeta la persona. Todo ello permitiría manejar mejor la ansiedad y la sensación de incertidumbre ante cualquier situación inesperada. En cambio en el ítem 19, la persona enfrenta un: *venga lo que venga* (situación desconocida).

Es probable que el resultado en el ítem 7 esté influenciado por la condición de internamiento de los participantes, donde las expectativas de rehabilitación (meta) como las expectativas de autoeficacia podrían estar reforzadas tanto por la intervención de los terapeutas como por la función de modelaje de los otros pacientes internos. Igualmente, se podría considerar lo sostenido por Navarro, Arévalo, Yupanqui, Girón y otros (1987), quienes al demostrar en sus investigaciones que los pacientes con más de cinco años de consumo son los que presentaron mayor adherencia al tratamiento y mayor éxito de abstinencia, evidencian que las expectativas de rehabilitación y el sentido de autoeficacia para el cambio, son importantes.

Finalmente, este sentido de competencia identificado aumentaría el estado de motivación intrínseca del participante (Decy y Ryan, 1980, 1985, en Reeve, 1999), al ser esta autopercepción una “experiencia inherentemente satisfactoria” (Reeve, 1999).

Cuando se revisan los ítems restantes de la escala de autoeficacia, se encuentra que los puntajes son similares en ambos grupos. Estos ítems están

referidos a *inversión de esfuerzo y persistencia, solución de problemas, cumplimiento de metas y autoconfianza*. Se podría pensar que esta similitud implicaría que el rasgo ‘percepción de autoeficacia’, formaría parte del repertorio de creencias de los participantes dependientes de PBC, pero no las activan cuando las circunstancias así lo exigen. ¿Por qué se da este fenómeno de resistencia?

Como se ha mostrado en la Tabla 22, la influencia del tiempo de consumo, del tiempo máximo de abstinencia y los antecedentes familiares de estos participantes, registran una correlación débil con la percepción de autoeficacia. Esto podría estar en consonancia con lo informado por Navarro et al., (1987), quienes sostienen que el éxito del tratamiento en estos pacientes no está influido por el tiempo de consumo, ni la cantidad ni variedad de drogas consumidas. En consecuencia ¿por qué no usan ese repertorio de creencias?

Se podría postular que subyace la forma cómo estos pacientes han aprendido a interpretar su realidad mediante cogniciones irracionales que utilizan para justificar el consumo: “la droga no es dañina”, “todo el mundo la consume”, “sé que la droga hace daño, pero voy a consumir sólo dos semanas y luego comenzaré la abstinencia”, pero principalmente: “me es imposible vivir sin drogas” (Navarro y Arévalo, 1989). Esta última creencia irracional tendría relación con el significado psicológico disfuncional de que acabar con el consumo de la droga producirá efectos secundarios intolerables (Beck, 1999; Pedrero, et al., 2005).

*Diferencias significativas respecto de las variables superior incompleta (nivel de Instrucción) y lugar de procedencia.*

Se empezará evaluando la variable *lugar de procedencia*, cuyos resultados ubican a los participantes dependientes de PBC con una menor percepción de autoeficacia respecto del grupo de comparación (con una diferencia estadística de mediana significación). La diferencia se identifica específicamente para quienes proceden de *distritos de Lima*, todos ellos principalmente pertenecientes a los sectores C, D y E tal como se expone en la Tabla 10. Es interesante observar que los distritos que corresponden a estos sectores y que están señalados en la Tabla 9, están identificados como zonas de micro comercialización de PBC (CEDRO, 2006).

En ese sentido, se ha visto que la *disponibilidad* de la droga es un elemento que facilita el consumo. El éxito de la autoeficacia general podría estar bloqueada por este factor de riesgo, al ser la tentación de consumo más fuerte que el ejercicio de la destreza de afrontar las situaciones demandantes del entorno. Tal como dice Gissi (1986, en Bivort, 2005), puede la persona tener la capacidad para resolver una situación, pero puede también sentir que hay factores externos que no puede controlar y que podrían hacer fallar sus intentos. De tal forma que, es posible que esta sensación de descontrol por la amenaza del entorno, haya sido uno de los aspectos que haya acentuado en los participantes una puntuación baja en la escala de autoeficacia, en relación al grupo de comparación.

Sin embargo, cabe preguntarse, ¿cómo es que el grupo de comparación que también vive en los sectores C, D y E y en distritos catalogados como centros de microcomercialización, ha puntuado más alto en la Escala General de

Autoeficacia?. Una probable respuesta podría ser que la variable *dependencia* hace vulnerable al grupo de consumidores de PBC en su interacción con el ambiente 'microcomercializador', pues la *disponibilidad* funciona como estímulo discriminador; en cambio, este contexto no afecta al grupo de comparación pues ellos no tienen la necesidad de la droga y por tanto no son vulnerables y en este sentido, no están 'desamparados'. Aunque no se descarta la posibilidad de que manejen otros recursos que los protejan de este medio.

La siguiente diferencia significativa importante encontrada se refiere a la menor percepción de autoeficacia de los dependientes de PBC cuando se trata del *Nivel de instrucción: Superior incompleta*, con una diferencia estadística 'grande' respecto del grupo de comparación (ver Tabla 25). Este resultado sugiere la pregunta: ¿qué papel juega la instrucción superior incompleta en el sentido de autoeficacia disminuída en el grupo de dependientes? – Teniendo en cuenta que, como dice Nizama (1979a), que los estudios incompletos se deben a que muchos de los consumidores de esta droga abandonan el estudio por la pastomanía - .

Primero es necesario tener en cuenta que la literatura sostiene que *Nivel de educación* es una variable que facilita el acceso al mercado laboral y al mejoramiento de la situación económica de la persona y su familia; además de considerar las características personales del sujeto, como responsabilidad, 'esfuerzo personal' y el afronte directo de las adversidades (Saavedra y Chacaltana, s.f.; Palomar y Cienfuegos, 2006; Moreno, 2007).

Bajo esta premisa, el peso de la *educación* para el grupo de estudio podría estar significado en términos de necesidad y de responsabilidad económica. A ello se suma el hecho de que son personas que han tenido (aunque en forma

incompleta) acceso a una mejor instrucción, con lo cual, tendrían más información y más herramientas para evaluar su situación, lo que podría darles un mayor sentido de consciencia de su circunstancia. Se podría suponer que, posiblemente, esta 'consciencia' sea uno de los aspectos que hayan influido en hacer la diferencia con el grupo de comparación. No se descarta la posible influencia de otros factores como la personalidad.

Se han revisado las diferencias entre los dos grupos de trabajo. Pero aún queda la interrogante acerca de por qué ambos grupos en promedio guardan similitudes. Se ensayará una posible explicación, tratando de hacer una evaluación integral de las variables *edad, ocupación, familia nuclear y motivación* registradas en esta investigación.

La *edad* en los dependientes de PBC (de acuerdo al grueso de casos) corresponde al adulto temprano. Uno se pregunta: ¿qué se espera normalmente de la persona que se encuentra en esta etapa de la vida?.

Para unos autores, en algún momento entre los 21 y 30 años la personalidad alcanzaría una forma estable de completo desarrollo; para otros, se estaría en un estado de permanente cambio y crecimiento; en todo caso se alude a un estado de madurez y capacidad de adaptación a las circunstancias a las que la persona tiene que enfrentarse, tanto a nivel laboral, académico, familiar u otros, todo lo cual implica lograr metas (Erikson, 1968, en DiCcaprio, 1989; Costa y McCrae, 1994, en Papalia, Olds y Felman, 2001).

Pero una persona dependiente de PBC presenta rasgos de inmadurez en el área afectivo-emocional, incluso ya como rasgo premórbido de personalidad (Nizama, 1991a), con la consiguiente interrupción en el desarrollo de roles -en las

áreas educacional, social, laboral, psicológico y familiar- (Llopis y Rebolida, s.f.), pudiéndose decir, en consecuencia, que la adicción posterga el afronte de las demandas externas o se constituye en una forma de afronte, esquivando la capacidad personal (Schippers, 1991, en Becoña, 1999).

Es probable que esta información explique la falta de correlación encontrada en esta investigación entre la edad del dependiente de PBC y su percepción de autoeficacia. Mientras que la correlación positiva – pero débil- entre estas variables para el grupo de no consumidores (ver Tabla 26), podría deberse a que el tema de la droga y la inmadurez emocional no atañe a estos participantes, por lo que se podría pensar que el pasar de los años ha fortalecido su sentido de autoeficacia como resultado de un proceso adaptativo de afronte a las responsabilidades y exigencias. Aunque Moscoso (1996) sostiene que la autoeficacia no es un beneficio que se adquiere con la edad, sino que es un atributo que debe ser creado por el individuo.

Otro tema a mencionar es que 15 participantes del grupo de dependientes de PBC vivían con su *familia nuclear* (13 de ellos con padre, madre o hermanos, y los otros 2 vivían con esposa e hijos) antes de ingresar al centro de rehabilitación. Importante porque esta variable puede ser un factor protector, como no serlo.

Efectivamente, López-Torrecillas, Bulas, León-Arroyo y Ramírez (2005), examinaron en un grupo de estudio y un grupo control (cada grupo dividido en dos subgrupos, uno con implicación de progenitores y el otro no), si el apoyo de los progenitores afectaría o no la autoeficacia de los drogadependientes. Encontraron tanto en el subgrupo de estudio como en el de control, una tendencia (no

diferencia significativa) de menor autoeficacia cuando los progenitores estaban implicados.

Sin embargo, estos autores mencionan que el resultado de otras investigaciones apunta a dos vertientes: una, donde la ausencia de ambos padres o de uno de ellos, o la disfuncionalidad familiar (padres irritables, intrusivos, sobreprotectores, manipuladores, punitivos, etc) se asocia con un mal pronóstico en el tratamiento del dependiente; mientras que el respaldo familiar (normas de conducta, solución de problemas, etc.) ayuda a superar el hábito del consumo (Kostem Cléber, Jalali y Hogan, 1983; Mancilla-Vega, Gómez-Racedo y Márquez, 1997 en López-Torrecillas, et al., 2005). La línea opuesta asocia la rehabilitación con el no vivir con los padres (Vaillant, 1966; Zahn y Ball, 1972, en López-Torrecillas, et al., 2005).

Esta controversia plantea si la familia nuclear se constituye o no en un factor protector para los participantes dependientes de PBC. Si bien 15 de ellos vivían con su familia nuclear, por los datos obtenidos no se puede saber si la estructura familiar es funcional o no. Sin embargo, se encontró de manera exploratoria que los participantes dependientes de PBC cuyos familiares no tenían problemas con el consumo de alcohol y drogas, tenían una mejor percepción de autoeficacia (ver Tabla 22). A lo que se añade que de los 15 casos mencionados, en sólo 5 de ellos el dependiente reportó convivir con un familiar consumidor de alcohol u otras drogas y sólo un caso de éstos reporta que el consumidor convive con el padre. En ningún caso de los 15, el dependiente consignó convivir con familiares en tratamiento psiquiátrico.

Con todo, el tema *familia nuclear* deja abierta las posibilidades a toda conjetura, mientras no se tenga una evaluación consistente sobre la funcionalidad familiar del dependiente de PBC.

En cuanto a *ocupación* se examinan dos puntos: el efecto que puede producir el tener un empleo y el no tenerlo cuando la persona es dependiente principalmente de PBC. De 14 de estos participantes (que antes del ingreso al centro terapéutico trabajaban en oficios como estibador, obrero, comerciante, fútbol, cobrador, músico y mozo), 12 puntuaron en los niveles de autoeficacia medio y alto.

El ejercicio de un trabajo juega un rol esencial en la vida de las personas, da confianza para resolver problemas, nutre el sentido de competencia laboral, implica metas y objetivos que pueden trascender lo económico, define un estatus y una identidad personal, en suma, proporciona un equilibrio adaptativo (Papalia, 2001; Salgado e Iglesias, 1994, en Sánchez, Garrido, Troyano y Bueno, 2002; Contreras, 2004).

Con estos elementos, se podría conjeturar que el oficio que ejercían los 12 participantes consumidores, se constituiría en un factor protector que les daría un sentido de competencia, consistente no sólo en saber que pueden trabajar (con todas las connotaciones económicas que esto conlleva), sino en sentirse capaces de 'resistir' y 'manejar' el trabajo y el consumo a la vez. Aunque se puede decir que el riesgo del desempleo estaría latente. Siguiendo el sentido de este párrafo, se tiene que en los resultados de la variable *profesión (oficio)*, se observa una ligera tendencia de mayor autoeficacia para el grupo de dependientes de PBC.



En cuanto a la situación de desempleo de los restantes 10 examinados, no necesariamente se debe, como dice Nizama (1979a), a una falta de oportunidades laborales, ya que como sustenta en sus estudios, la mayoría pierde su trabajo a causa del abuso de la droga. ¿Se podría considerar que el examinado reporta una percepción de autoeficacia inflada por efecto de la omnipotencia que le otorga la psicopatización?. Sí y no.

La respuesta es *no* cuando se aprecia que los participantes han sido evaluados en la etapa de primera fase de un centro terapéutico en el que han estado no más de tres meses en desintoxicación, por cuyo efecto, como dice Pedrero (2003), los síntomas de una psicopatización secundaria estarían despejados -una limitación contra este supuesto es que no se puede controlar el tiempo exacto que ha estado cada interno en el centro de rehabilitación, pero se tiene la certeza de que no son más de 3 meses- .

Se añade a ello lo que afirma Nizama (1979a, b; 1991b), que a pesar de su realidad, el sujeto no ha perdido el juicio. Incluso informa que son pocos los consumidores de PBC que llegan al último grado de deterioro, la gran mayoría de ellos abandona el consumo en los primeros niveles de progreso o se detienen en uno de éstos. Más aún, la expectativa de resultados que tuvieron sus pacientes (120 pacientes dependientes) fueron de rehabilitación para el 28%, el ya no considerarse dependientes (17%) y un 12% que afirmó que se liberaría de la dependencia por voluntad propia; es decir, un 57% de pacientes desearon y avizoraron el alejamiento de esta enfermedad.

La experiencia de Nizama es respaldada por Oliver (2004) al describir la lucidez de conciencia (generalmente) de estos sujetos en estado de sobriedad, y

por Roth et al. (1987, en Oliver, 2004) cuando mencionan que tienen conciencia del daño que produce la droga, que desean dejarla, pero sienten la imposibilidad de hacerlo.

Sin embargo, este estado de lucidez y necesidad de mejora no puede generalizarse, sobre todo cuando pueden haber psicopatías primarias o el imperativo de la deseabilidad social. En tal caso, la probabilidad del supuesto de autoeficacia inflada sí podría darse, tal vez más en los 2 participantes que reportaron *robar* y *vivir en la calle* y que puntuaron con alta autoeficacia.

Finalmente, se discute el hallazgo de la variable *Motivación* en el grupo de estudio. La proporción de sujetos que aduce una motivación intrínseca en las tres respuestas a la vez (7 sujetos, casi el 30% de la muestra), coincide prácticamente con el informe de RIDET (DEVIDA, 2006) -ver Tabla 16-.

Se estima favorable el panorama descrito en los resultados, toda vez que no sólo se registran 7 casos para motivación intrínseca, sino que además este tipo de motivación está presente en todos los casos restantes (17), coexistiendo con la motivación extrínseca. Es importante este dato cuando se verifica que estos casos –en proporción- presentan una mejor percepción de autoeficacia respecto de los que tienen sólo motivación intrínseca. El dato fundamental, en resumen, es que todos los examinados consignaron estar motivados.

El cuestionamiento surge para las respuestas que contienen ambos tipos de motivación. ¿Qué significado puede tener la motivación extrínseca (la necesidad de que la familia, o la pareja, o los hijos, etc. no los abandone) aparejada a una motivación intrínseca? ¿Se podría pensar en una aproximación entre ambos tipos de motivación?, es decir, ¿si por ejemplo, el acercamiento con la familia deja de

ser un objetivo instrumental para tornarse en una necesidad afectiva innata del sujeto, entonces, en tal caso, lo que empezó como una motivación extrínseca, va tomando la forma de una intrínseca?.

Para Palmero, Carpi, Gómez, Guerrero y Muños (2007), este razonamiento tendría un matiz intuitivo, pero rescatan la relevancia y la repercusión personal que pueda tener el objetivo extrínseco buscado. Bocanegra (1991), abona a favor de lo expresado, al señalar que el consumidor dependiente de PBC tiene una predisposición extrema a sentir la necesidad de cariño y aprobación de los familiares y amigos. En este sentido y de acuerdo al Anexo 5, una mayoría de respuestas contempla el tema familiar.

Según este orden de cosas, podría plantearse que el tema de la *Motivación* sería favorable, tratándose tanto de la intrínseca como de la extrínseca (según los casos), o del acercamiento entre ambos tipos.

Ahora, ¿cómo es que puede suceder este moldeamiento?. Una posible respuesta podría ser que los dependientes de PBC, como se dijo, estuvieron internados en los centros terapéuticos por no más de tres meses (primera fase), además de que la mayoría ya tenía antecedentes en otros centros de rehabilitación y casi todos manifestaron ‘muchos’ intentos para dejar la droga. Esta trayectoria impartiría una estructuración adaptativa inicial, lo que promovería el nacimiento de una conciencia de necesidad afectiva real versus instrumental.

Un dato que podría respaldar lo expresado es el referido a que el incremento en el número de intentos por dejar de consumir la PBC mejora la percepción de autoeficacia de los participantes (Ver Tabla 22).

Finalmente, se tiene que decir que no sólo es importante la presencia de Motivación, sino que va necesariamente aparejada a un sentido de autoeficacia, sólo un aspecto o sólo el otro no serían suficientes para lograr la meta de cambio de conducta (Marlatt, 1985; Luszczynska y Schawrzger, 2003), principalmente tratándose de la motivación intrínseca (Decy y Ryan, 1985, en Jiménez, 2003).

Por otro lado, la primera fase de internamiento de tres meses a la que estuvieron consignados los participantes, significaría el paso entre 'manejarse solo' y el 'manejarse con la ayuda de los demás'. Así habría un 'esfuerzo personal' solventado en el esfuerzo y apoyo de los demás: 'me esfuerzo en la medida que los demás me ayudan', pero también: 'me esfuerzo como los demás se esfuerzan'. Esto significaría que el soporte se presenta a dos niveles: el apoyo de los psicólogos del centro que fomentan el sentido de autoeficacia (Rodríguez, 2004) y el ejemplo de los otros internos –persuasión verbal y aprendizaje vicario, respectivamente-.

Bajo este antecedente, más el efecto del moldeamiento mencionado, ¿se podría sugerir que los participantes en internamiento inicial empiezan a percibir una '*utilidad del tratamiento*'?. Si así fuera, sería pertinente destacar lo señalado por López-Torrecillas, Verdejo, Muñoz-Rivas, Caballo, y Graña (2005), quienes encuentran un estilo atribucional más interno y estable en un grupo de adictos que demanda tratamiento, en comparación con otro grupo que no demanda tratamiento.

En cuanto a las correlaciones realizadas de manera exploratoria, respecto a la debilitación del sentido de autoeficacia en relación al mayor *tiempo de abstinencia* y al mayor *tiempo de consumo* del dependiente de PBC, si bien se ha

observado que tienen un índice de magnitud débil (ver Tabla 22), sin embargo, podría significar para el primer caso, la presencia de ansiedad provocada por el estado de abstinencia (Navarro y Arévalo, 1989); y en el segundo caso, la disminución de la autoeficacia podría deberse a que estas personas han ido dejando de lado una serie de repertorios conductuales y cognitivos de afronte, debido al consumo (Rodríguez, 2004).

El análisis realizado en este capítulo, permite apreciar que los participantes dependientes de PBC se encuentran en un contexto de variables que podrían abonar favorablemente en un sentido de autoeficacia equiparable al del grupo de comparación en términos de promedio. Pero también, los participantes del grupo de comparación presentan factores que podrían sugerir un mejor comportamiento autoeficaz respecto al grupo de dependientes. Sin embargo no se pueden establecer conclusiones, no más allá de los resultados estadísticos encontrados, ya que al ser ésta una investigación cuantitativa, debe primar la *objetividad* (Unrau, Grinnell y Williams, 2005, en Hernández et al., 2006).

Es posible considerar que el factor deseabilidad social pueda estar afectando la puntuación del grupo de dependientes si se considera que éstos querrían ‘compensar’ sus limitaciones (provocadas por el consumo) aparentando un mejor desenvolvimiento. Pero también cabe la posibilidad de que la deseabilidad social afecte al grupo de comparación.

### Recomendaciones

A partir del análisis de los resultados y para profundizar en el tema de Autoeficacia en consumidores, no sólo de PBC, sino incluso de otras drogas, se pueden proponer como recomendaciones, las siguientes:

1. Estudiar la asociación entre la percepción de autoeficacia, características de personalidad y estrés, para poder identificar de qué manera la autoeficacia es influida por las características de personalidad y cómo ello se manifiesta en la forma de afrontar el estrés.
2. Identificar rasgos de comorbilidad e inteligencia en el consumidor.
3. Hacer un reconocimiento de la realidad biográfica del consumidor de drogas mediante métodos cualitativos e identificar las creencias que hayan facilitado su conducta de consumo.
4. Identificar las situaciones estresantes que desencadenan la conducta de consumo en la persona, así como las estrategias de afrontamiento.
5. Identificar la funcionalidad familiar del consumidor, para determinar que las características de la terapia familiar sean consistentes con el objetivo del tratamiento.
6. Analizar la red de influencias psicosociales que modelan y apoyan los diferentes hábitos de salud.
7. Analizar el tema *educación* a fin de establecer hasta qué medida es una variable protectora en el contexto del consumo de PBC y de otras SPA.
8. Analizar la relación entre la variable *ocupación o ejercicio laboral* y *Autoeficacia* en el contexto del consumo de drogas.

9. Revisar la relación entre las variables *autoeficacia* y *motivación* en el contexto del consumo de drogas.
10. Revisar la relación entre las variables *propósito de vida* y *autoeficacia*.
11. Realizar estudios de género y autoeficacia en el contexto del consumo.
12. Promover el sentido de autoeficacia como una estrategia de prevención (Rueda y Pérez-García, 2004) primaria, secundaria y terciaria en el contexto del consumo de drogas.

Finalmente, lo que se plantea es el aprendizaje de autoeficacia como una herramienta más entre todas aquellas que se utilicen para el mejoramiento de la cognición, motivación y conducta de la persona, y como una variable más en la modificación de aquellos aspectos de la personalidad que tengan que ser atendidos.

En otro aspecto, entre las *limitaciones* observadas en el desarrollo de esta investigación, se mencionan el número reducido de participantes para cada muestra (ya que varios de ellos fueron suprimidos del análisis estadístico por no cumplir con los criterios de inclusión o porque no cumplieron con llenar los instrumentos debidamente), y el no tener el conocimiento exacto del tiempo que los participantes dependientes han permanecido en la primera fase de internamiento en los centros de rehabilitación.

## Conclusiones

En función a los resultados encontrados en este trabajo, se puede concluir con lo siguiente:

1. En términos generales, se encuentra que el promedio total en la percepción de autoeficacia entre los participantes dependientes de PBC y los participantes no consumidores, es similar, tanto en la puntuación total de la escala, como en el promedio total por ítems.
2. Los participantes dependientes de PBC muestran una menor percepción de autoeficacia de acuerdo a la variable *Nivel de instrucción*, tratándose específicamente de quienes no han terminado la *Instrucción superior*.
3. Los participantes dependientes de PBC que proceden de *distritos de Lima* (sectores C, D y E) registran una menor percepción de autoeficacia, no habiendo ninguno de ellos que haya sido identificado en la categoría de *autoeficacia alta*.
4. Se encuentra que no hay diferencias estadísticamente significativas en la percepción de autoeficacia entre los grupos de estudio respecto a las variables *edad, estado civil, ocupación, profesión y con quiénes vive*.
5. Se ha encontrado, aunque levemente, que para los participantes dependientes de PBC, el ítem 7 de la Escala General de Autoeficacia, denota una mejor percepción de autoeficacia respecto al grupo de comparación.
6. Los ítems 19 y 25 de la Escala General de Autoeficacia, registran para el grupo de dependientes de PBC, una menor percepción de autoeficacia respecto al grupo de comparación.



7. Se encuentra que no hay diferencias estadísticamente significativas en la percepción de autoeficacia entre los grupos en relación a los siete ítems restantes (ítems 1, 4, 10, 13, 16, 22, 28) de la Escala General de Autoeficacia.

8. La autoeficacia es sólo una variable de personalidad, entre otras (autocontrol, motivación, estilo atribucional, etc) que deben ser estudiadas para obtener indicadores más completos sobre el comportamiento del participante dependiente de drogas.



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aiken, I. (1994). Test psicológicos y evaluación. México:Ed. Prentice may Internacional.
- Alcalde, M.J. (1998). *Nivel de autoeficacia percibida y estilos de afrontamiento en estudiantes universitarios de Lima*. Tesis de Maestría, Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú.
- Apoyo, opinión y mercado, (2005). Perfiles zonales de Lima metropolitana. Lima: Apoyo, opinión y mercado S.A.
- Apoyo, opinión y mercado. (2006). Informe gerencial de marketing. Niveles socio económicos Gran Lima – 2006. Lima: Apoyo, opinión y mercado S.A.
- Bandura, A. (1987). *Pensamiento y acción. Fundamentos sociales*. Barcelona: Ediciones Martínez Roca S.A.
- Bandura, A. (1997a). *Self-Efficacy. The exercise of control*. New York: W. H. Freeman and Company.
- Bandura, A. (1997b). Autoeficacia [versión electrónica]. *Harvard Mental Health Letter*, 13(9).

- Bandura, A. (1999a). Ejercicio de la eficacia personal y colectiva en sociedades cambiantes. En A. Bandura (Ed.), *Autoeficacia: Cómo afrontamos los cambios de la sociedad actual* (pp. 19-54). Bilbao, España: Desclée de Brower S.A.
- Bandura, A. (1999b). A sociocognitive análisis of substance abuse: An agentic Perspective [Versión electrónica]. *Psychological Science*. 10(3), 214-217.
- Bandura, A. (2001). Social Cognitive Theory: An agentic perspective [Versión electrónica]. *Annual Review of Psychology*. 52, 1-26.
- Bandura, A. (2005). The primacy of self-Regulation in health promotion. [Versión electrónica], *Applied Psychology: An international review*, 54(2), p. 245-254.
- Bandura, A., Caprara, G. V., Barbaranelli, C., Gerbino, M. y Pastorelli, C. (2003). Role of affective self-regulatory efficacy in diverse spheres of psychosocial functioning [Versión electrónica], *Child Development* , 74(3), 769-782.
- Beck, A., Wright, F., Newman, C. y Liese, B.(1999). *Terapia Cognitiva de las drogodependencias*. Barcelona: A & M Grafic.
- Becoña, E. (1995). Drogodependencias. En Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. *Manual de psicopatología*. Vol. I, pp. 494-527.
- Becoña, E. (1999). Bases Teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas. Madrid: Plan Nacional Sobre Drogas.
- Becoña, E. y Vázquez, F., (2001). *Heroína, cocaína y drogas de síntesis*. Madrid: Editorial Síntesis.

- Becoña, E. y Oblitas, L.A., (2003). Psicología de la salud y adicciones: perspectiva terapéutica. *Revista de Psicología*, 21(1), 71-106.
- Bivort, B. M. (2005). Estrategias de superación de la pobreza: agencia, ciudadanía y redes en el Programa Puente. *Teoría*, 14(2), 9-16. Recuperado el 1 de agosto del 2007, de: <http://omega.fdo-may.ubiobio-cl/th/v/v15/a1.pdf>
- Bocanegra, C.A. (1991). Las creencias irracionales. Estudio comparativo entre un grupo de sujetos consumidores de pasta básica de cocaína y un grupo de sujetos no consumidores de drogas: Un enfoque racional emotivo. *Psicoactiva*, 8.
- Boza, R. (1983). *Frustración y agresión en pacientes dependientes a la pasta básica de cocaína a través del test de Rosenzeig*. Tesis de Bachiller, Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú.
- Cañavera, M. (1988). *Díada marital disfuncional y fármacodependencia a Pasta Básica de Cocaína*. Tesis de Bachiller, Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú.
- Carrasco, M.A. y Del Barrio, M.V., (2002). Diferentes dominios de la autoeficacia percibida en relación con la agresividad adolescente. [Versión electrónica] *Clínica y Salud*, 13(2), 181-194.
- Castro de la Mata, R. y Zavaleta, A. (2002). Epidemiología de drogas en la población urbana peruana 2001. Encuesta de hogares. *Monografía de investigación*, 20.
- Castro de la Mata, R. y Zavaleta, A. (2004). Epidemiología de drogas en la población urbana peruana 2003. Encuesta de hogares. *Monografía de Investigación*, 23.

- CEDRO. (1993). Drogas en el Perú urbano. Estudio epidemiológico 1992. *Monografía de Investigación*, 9.
- CEDRO (1997). Epidemiología de drogas en la población urbana – 1995. Encuesta de hogares. *Monografía de investigación*, 15.
- CEDRO. (2002). *Estudio epidemiológico muestra un incremento en el consumo de drogas*. Lima: CEDRO.
- CEDRO. (2002). *Estudio epidemiológico sobre uso de drogas en el Perú*. Lima: CEDRO.
- CEDRO (2005). El problema de las drogas en el Perú. Lima: CEDRO.
- CEDRO (2006). El problema de las drogas en el Perú. Lima: CEDRO.
- Chau, C. (2005). [Material dictado en clase de Psicología de las adicciones – Pontificia Universidad Católica del Perú]. Datos no publicados.
- Conde, I. L., Ustárroz, J. P., Landa, N. y López-Goñi, J. J. (2005). Deshabitación de drogas y funcionamiento cerebral: una visión integradora. *Adicciones*, 17(2), p. 121-129.
- Contreras, C. (2004). La incidencia del desempleo sobre el autoconcepto. Recuperado el 26 de julio del 2007, de:  
[http://www.ub.edu.ar/investigaciones/tesinas/142\\_contreras.pdf](http://www.ub.edu.ar/investigaciones/tesinas/142_contreras.pdf)
- CONTRADROGAS. (1999). *Encuesta nacional sobre prevención y uso de drogas. Informe general 1999*. Lima: CONTRADROGAS.

- De la Puente, M. (1986). *Empatía en un grupo de pacientes dependientes de la pasta básica de cocaína*. Tesis de Bachiller, Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú.
- DEVIDA (2003). II Encuesta nacional sobre prevención y consumo de drogas 2002. Lima: ONUDD.
- DEVIDA (2006a). Información estadística sobre drogas en el Perú. Observatorio Peruano de Drogas. [Disponible en disco compacto].
- DEVIDA (2006b). Información estadística sobre drogas en el Perú. Observatorio Peruano de Drogas (OPD). Lima: DEVIDA - OPD.
- DiClemente, C., Farirhurst, S. y Piotrowsky, N. (1995). Self-Efficacy and addictive behaviors. En J. Maddux (Ed.), *Self efficacy, adaptation, and adjustment. Theory, research and application* (pp. 109-141). New York, Estados Unidos: Plenum Press.
- Di Caprio, N. (1989). Teorías de la personalidad. México: Interamericana.
- DSM-IV-TR (2002). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Texto Revisado. Barcelona: Masson S.A.
- Evans, R. I. (1987). Los artífices de la psicología y el psicoanálisis. México: Fondo de Cultura Económica.
- Fernández, J.J. (2001). La evaluación clínica en adicciones: ¿de qué instrumentos disponemos?. *Psiquis*, 22(5), 183-193.
- Ferrando, D. (1990). Uso de drogas en las ciudades del Perú. Encuesta de Hogares 1988. *Monografía de investigación*, 5.

- Hair, J., Anderson, R., Tathan, R. y Black, W. (1999). *Análisis multivariante*. Madrid: Prentice Hall.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P., (1998). *Metodología de la investigación*. México: McGraw Hill.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P., (2006). *Metodología de la investigación*. México: McGraw Hill.
- Herrero, J. (2004). Alteraciones de la personalidad asociadas alas conductas adictivas: Influencia de la duración del consumo y sus implicaciones. [Versión electrónica], *Psykhe*, 13(1), 91-100.
- Instituto Especializado de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi” (2002). Estudio epidemiológico metropolitano en salud mental 2002, *Anales de salud mental*, 18.
- Jibaja, C. A. (1987). *Rol sexual masculino, estudio comparativo entre un grupo de sujetos dependientes a PBC y un grupo control*. Tesis de bachiller, Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú.
- Jiménez, M.P. (2003). Motivación intrínseca, competencia, autodeterminación y control. En E. G. Fernández, M. P. Jiménez y M. D. Martín (Eds.). *Emoción y motivación. La adaptación humana*. (pp. 797-827). Madrid, España: Editorial Centro de Estudios Ramón Areces S.A.
- Jutkowitz, J.M. (1987). Uso y abuso de drogas en el Perú. Una investigación epidemiológica de drogas en el Perú urbano. *Monografía de investigación*, 1.

Kaplan, H., Freedman, A. Y Sadock, B. (1984). *Compendio de psiquiatría*.  
Barcelona: Salvat Editores.

Llopis, J., Rebollida, M. y Castillo, A. (s. f.). *Adicción y condición de género. Trascendencia de la personalidad*.

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.

López-Torrecilla, F., Verdejo, A., Muñoz-Rivas, M., Caballo, V. y Graña, J. (2005). Variables de personalidad que motivan hacia el tratamiento. *Adicciones*, 17(4), 315-323.

López, F. y Moral, J. (2003). Sexo, autoeficacia y actitud hacia las conductas sexuales de riesgo en la población adolescente [Versión electrónica], *Medicina Universitaria*, 5(18), 3-11.

Luszczynska, A., Gutiérrez-Doña, B. y Schwarzer, R. (2005). General self-efficacy in various domains of human functioning: Evidence from five countries. [Versión electrónica], *International Journal of psychology*, 40(2), 80-89.

Luszczynka, A., Scholz, U. y Schwarzer, R. (2005). The general self efficacy scale: multicultural validation studies. [versión electrónica] *The journal of Psychology*, 139(5), 439-457.

Luszczynka, A. y Schwarzer, R. (2003). Planning and self efficacy in the adoption and maintenance of breast self-examination: a longitudinal study on self-regulatory cognitions. [Versión electrónica]. *Psychology and Health* , 18(1), p. 03-108.



- Maddux, J. E. y Lewis, J. (1995). Self efficacy and adjustment. Basic principles and issues. En Maddux, J. E. (Ed.). *Self efficacy, adaptation, and adjustment. Theory, research, and application*, (37- 68). New York, Estados Unidos: Plenum Press.
- Marlatt, G. A. (1985). Cognitive Factors in the relapse process. En Marlatt, G.A. y Gordon, J. (Ed.). *Relapse Prevention*, (pp. 128- 200). New York, Estados Unidos: The Guildorf Press.
- Marlatt, G.A., Baer, J.S. y Quigley, L.A. (1995). Autoeficacia y conducta adictiva. En A. Bandura (Ed.). *Autoeficacia: Cómo afrontamos los cambios de la sociedad actual* (pp. 245-267). Bilbao, España: Desclée de Brouwer.
- Miller, W.R. y Rollnick, S. (1999). *La entrevista motivacional. Preparar para el cambio de conductas adictivas*. Barcelona, España: Paidós.
- Moreno, A. (2007, 15 de octubre). *Openheimer presenta* (Transmisión por cadena de televisión). Lima, Perú: Canal 8.
- Moscoso, M. (1996). Hacia un análisis cognitivo del cambio conductual: El comportamiento social pro activo. *Revista de Psicología de la PUCP*, 14(1), 47-72.
- Myers, D. (2000). *Psicología Social*. Bogotá: McGraw Hill.
- Navarro, R. (1988). Perfiles del síndrome de la Pasta Básica de Cocaína. *Psicoactiva*, 3(2), 55-90.
- Navarro, R. (1989). Aspectos clínicos de la dependencia a la pasta básica de cocaína. En F. R. León y R. Castro (Eds.), *Pasta básica de cocaína. Un estudio multidisciplinario* (pp. 117-136). Lima, Perú : CEDRO.

- Navarro, R. y Arévalo, V. (1989). Tratamiento y rehabilitación. En F. R. León y R. Castro (Eds.), *Pasta básica de cocaína. Un estudio multidisciplinario* (pp. 327- 358). Lima, Perú : CEDRO.
- Navarro, R., Arévalo, V., Yupanqui, M., Girón, M., Geng, J., Beletti, A., y Valdivia, G. (1987). Desarrollo de un programa de modificación del comportamiento en el tratamiento y seguimiento de pacientes dependientes de drogas. *Psicoactiva*, 1(1), p.65-88.
- Nizama, M. (1979a). Síndrome de pasta básica de cocaína. *Revista de Neuropsiquiatría*, 42(2), 114-134.
- Nizama, M. (1979b). Síndrome de pasta básica de cocaína. *Revista de Neuropsiquiatría*, 42(3-4), 185-208.
- Nizama, M. (1991). Estudio fenomenológico descriptivo de 120 pacientes dependientes principalmente de pasta básica de cocaína. *Anales de Salud Mental*, 7, 9-31.
- Oficina de las Naciones Unidas contra la droga y el delito - ONUDD (2004). *Informe mundial sobre las drogas*. Vol 1, Austria: ONU.
- Olaz, F. O. (2003). Autoeficacia y variables vocacionales. *Psicología Educativa*, 9(1). 5-14.
- Oliver, E. (2004). Drogas. Psicopatología del uso, abuso y dependencia a las sustancias psicoactivas. Lima: Ediciones Libro Amigo.
- OMS. (2004). Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas. Resumen. Switzerland: OMS.

OPS. (2005). *Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas*. Maryland: Signatura Book Printing.

Pajares, F. (2002). Gender and perceived self-efficacy in Self regulated learner. [Versión Electrónica], *Theory into practice*, 41(2), pp. 116-125.

Palmero, F., Carpi, A., Gómez, C., Guerrero, C. y Muñoz, C. (2007). Motivación y cognición: desarrollos teóricos. *Revista electrónica de motivación y emoción*. Recuperado el 13 de julio del 2007, de: <http://reme.uji.es>

Palomar, J. y Cienfuegos, Y. I. (2006). Impacto de las variables de personalidad sobre la percepción de la pobreza. *Anales de Psicología*, Vol 22(2), 217-233. Recuperado el 1 de agosto del 2007, de:  
[http://www.um.es/analesps/v22/v22\\_2/07-22\\_2.pdf](http://www.um.es/analesps/v22/v22_2/07-22_2.pdf)

Papalia, D. E., Olds, S. W. y Feldman, R.D. (2001). *Desarrollo Humano*. Bogotá: McGraw Hill.

Pedrero, E. (2003). Los trastornos de la personalidad en drogodependientes desde la perspectiva de los cinco factores. *Adicciones*, 15(3), pp. 203-220.

Pedrero, E., Pérez, M., De Ena, S. y Garrido, C. (2005). Validación de cuestionario de Variables de Interacción Psicosocial (VIP): hacia un modelo de tratamiento de las conductas adictivas 'guiado por la personalidad'. *Transtornos adictivos*, 7(3), p. 166-186. Recuperado el 19 de agosto del 2007, de:  
<http://db.doyma.es/cqi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.fulltext?pidet=13081241>

Pérez, J. M. y Orellana, G. (2007). Avances en la clínica de las adicciones: el rol del aprendizaje y la dopamina. *Rev Med Chile*, vol 135, p. 384-391. Recuperado el 21 de agosto del 2007 de:

[www.scielo.cl/pdf/rmc/v135n3/art15.pdf](http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v135n3/art15.pdf)

Peruga, A., Rincón, A. y Selin, H. (2002). El consumo de sustancias adictivas en las Américas. *Adicciones*, 14(2), p. 227-238.

Reeve, J. M. (1999). *Motivación y Emoción*. Madrid: Mc Graw Hill.

Rodríguez, A. (1989). *La psicopatía en la dependencia de la pasta básica de cocaína vista a través de la escala 4 del Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota (MMPI). Un estudio comparativo entre un grupo de dependientes a la pasta básica de cocaína y un grupo de control*. Tesis de bachiller, Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú.

Rodríguez, E. (1985). *El autoconcepto en pacientes dependientes a la pasta básica de cocaína*. Tesis de bachiller, Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú.

Rodríguez, E. (2004). *Efectos de un programa de Psicoterapia Cognitivo-Conductual en el bajo nivel de autoconcepto y en los Estadios de Cambio en pacientes dependientes a sustancias psicoactivas*. Lima: DEVIDA.

Rojas, M. (2005). *Perspectivas de género en el abuso de sustancias psicoactivas en mujeres adolescentes y jóvenes y su impacto*. Lima: DEVIDA.

Rojas, M. (1997). *Abuso y dependencia de drogas psicoactivas en la mujer. Análisis desde la perspectiva psicosocial*. *Psicoactiva*, 15, 79-100.

Rojas, M. y Castro de la Mata, R. (1999). Epidemiología de drogas en la población urbana peruana. 1997. Encuesta de hogares. *Monografía*, 17.

Rueda, B. y Pérez-García, A. M. (2004). Personalidad y percepción de autoeficacia: influencia sobre el bienestar y el afrontamiento de los problemas de salud. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 9(3), p. 205-219.

Saavedra, J. y Chacaltana, J. (s.f.). Los jóvenes pobres y la capacitación en Perú. Recuperado el 1 de julio del 2007, de:

[http://www.projovent.gob.pe/descargas/ecaps/saa\\_cha.pdf](http://www.projovent.gob.pe/descargas/ecaps/saa_cha.pdf)

Sánchez, M., Garrido, M., Troyano, Y. y Bueno, R. (2002). Datos para definir políticas de educación y formación para el empleo, en función del perfil psicosocial de los jóvenes. *Psicothema*, 14(2), 288-292.

Scholz, U., Gutierrez-Doña, B., Sud, S. y Schwarzer, R. (2002). Is general self efficacy a universal construct ?. Psychometric findings from 25 countries. [Versión electrónica], *European Journal of psychological assesment*, 18(3), 242-251.

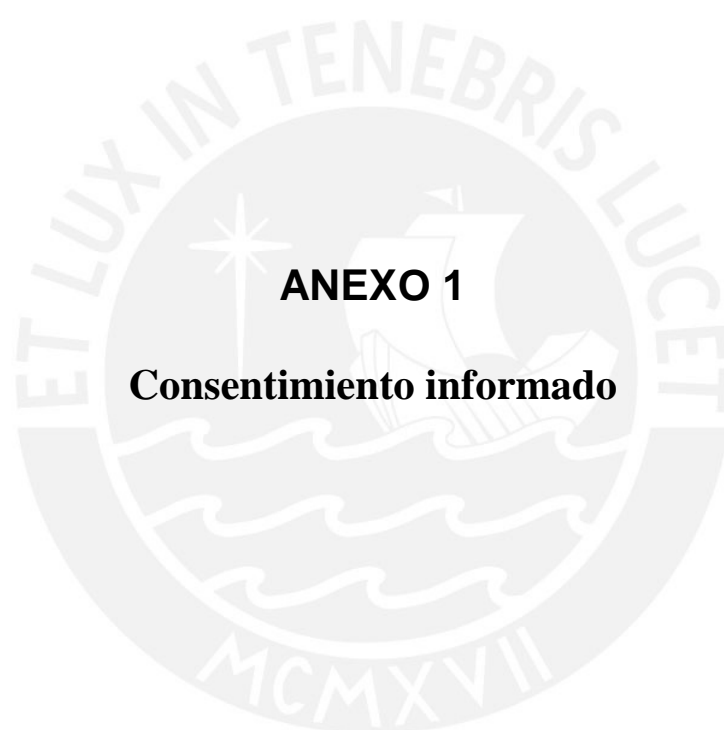
Schwarzer, R. (2005). Everything you wanted to know about the self efficacy scale but were afraid to ask. Recuperado el 27 de marzo del 2006, de:  
<http://userpage.fu-berlin.de/~health/hapa.htm>

Schwarzer, (2006). Comunicación personal.

Schwarzer, R. y Fuchs, R. (1995). Self efficacy and health behaviours. En Conner, M. y Norman, P. (Ed.). *Predicting health behaviour: Research and practice with social cognition models*. Buckingham: Open University Press.

Schwarzer, R. y Fuchs, R. (1999). Modificación de las conductas de riesgo y adopción de conductas saludables: el rol de las creencias de autoeficacia.

- En A. Bandura (Ed.), *Autoeficacia: Cómo afrontamos los cambios de la sociedad actual* (pp. 223-276). Bilbao, España: Desclée de Brower S.A.
- Schwarzer, R. y Scholz, U. (2000). Cross cultural assessment of coping resources: The general perceived self efficacy scale. Recuperado el 1 de marzo del 2006, de: <http://userpage.fu-berlin.de/~health/lingua5.htm>
- 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* (pp. 1-43), Madrid, España: Debate.
- Vigo, M. del R., (1999). *Creencias irracionales en varones y mujeres dependientes a la pasta básica de cocaína*. Tesis de maestría, Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú.
- Villanueva, M. (1989). Factores psicológicos asociados a la iniciación y habituación. En F. R. León y R. Castro (Eds.), *Pasta básica de cocaína. Un estudio multidisciplinario* (pp. 167-209). Lima, Perú : CEDRO.
- Visdómine, J.C. y Lozano, C. (2006). Locus de control y autorregulación conductual: revisiones conceptual y experimental. [Versión electrónica], *International journal of clinical and health psychology*, 6(3), 729-751.
- Wagner de Reyna, M. (1986). *Depresión y adicción a la pasta básica de cocaína a través del psicodiagnóstico de Rorschach*. Tesis de bachiller, Lima, Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Zavaleta, A. y Castro de la Mata, R. (2005). Epidemiología de drogas en la población urbana 2005. (Diapositiva impresa), Lima: CEDRO.



## **ANEXO 1**

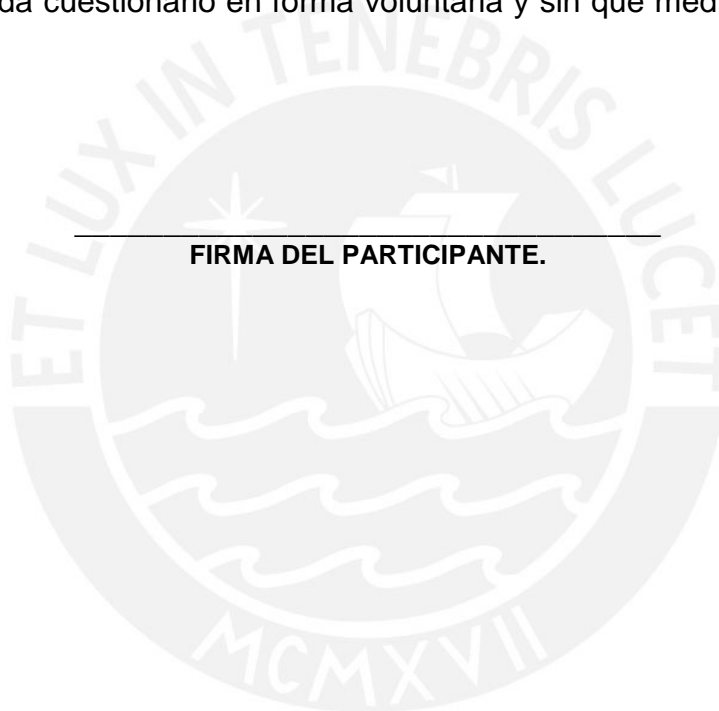
### **Consentimiento informado**

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

Mediante el presente documento, declaro que acepto participar en la investigación propuesta por la psicóloga que nos presenta los cuestionarios a resolver. Respondo a cada cuestionario en forma voluntaria y sin que medie ningún tipo de presión.

---

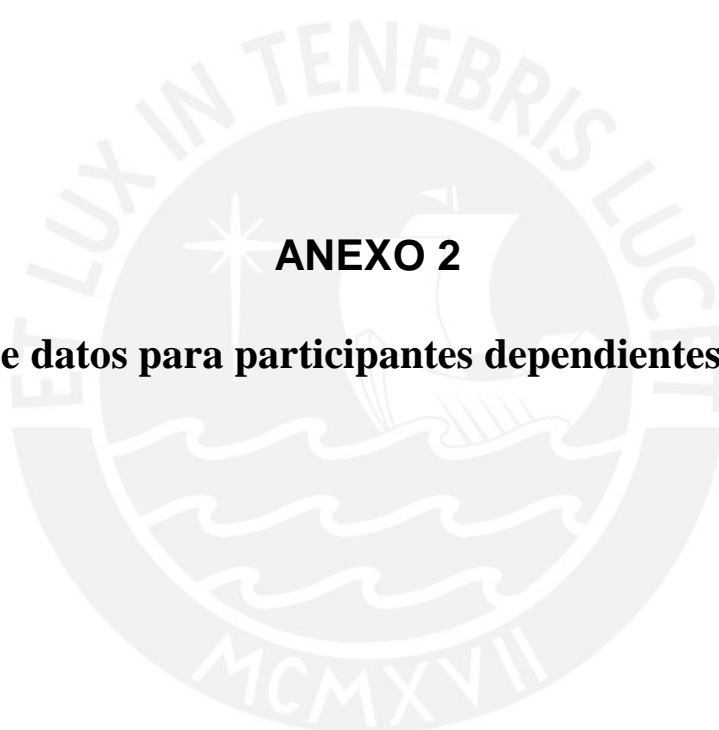
**FIRMA DEL PARTICIPANTE.**





## ANEXO 2

### Ficha de datos para participantes dependientes de PBC



## FICHA DE DATOS PARA PARTICIPANTES DEPENDIENTES DE PBC

Las respuestas y datos que usted proporcione en esta ficha, serán completamente confidenciales y anónimas. Las opiniones de todos los encuestados serán ponderadas, nunca se reportarán datos individuales y sólo se usarán para el propósito del estudio.

Le pedimos que conteste las preguntas con la mayor sinceridad posible:

Sexo: M ( ) F ( )

Edad .....

Estado civil:

Soltero ( )

Casado ( )

Viudo ( )

Divorciado ( )

Conviviente ( )

Distrito donde vive .....

Nivel de instrucción:

secundaria completa ( )

secundaria incompleta ( )

superior completa ( )

superior incompleta ( )

Profesión .....

Ocupación actual.....

¿Con quiénes vive actualmente? .....

¿Por qué ha venido a este centro? .....

.....

¿Alguna situación en especial ha hecho que decida venir a este centro? .....

.....

¿Qué desea cambiar en su vida? ¿por qué?.....

.....

¿Qué tipo de drogas legales o ilegales consume? (puede marcar más de una):

Alcohol ( )

Tabaco ( )

Marihuana ( )

Cocaína ( )

Pasta básica de cocaína ( )

Mixtos (PBC + Marihuana) ( )

Bembos o turco (cocaína + marihuana) ( )

Heroína ( )

Tranquilizantes ( )

Anfetaminas ( )

inhalantes ( )

alucinógenos (LSD, ayahuasca, etc) ( )

extasis ( )

ketamina ( )

GHB ( )

¿Cuál es la droga problema actualmente? .....

Tiempo de consumo de la droga problema:

Semanas ( ) meses ( ) años ( ).

Frecuencia de consumo en los últimos seis meses:

Diario ( ) interdiario ( ) veces a la semana ( ) veces al año ( ).

Tiempo máximo de abstinencia de consumo de la droga problema:

Días ( ) meses ( ) años ( ).

Número de intentos para dejar de consumir la droga:

Nunca ( ) 1 vez ( ) 2 veces ( ) muchas veces ( ).

Cantidad máxima de la droga problema que ha llegado a consumir en un lapso de 24 horas (un día) sólo usted:

Marihuana ("tronchos") ( )

PBC "tabacazos" ( )

Cocaína (gramos .....)

Cocaína (paquetitos .....)

otras drogas .....

Antecedentes de tratamiento:

Tratamiento actual Si ( ) No ( )

Tratamiento anterior Si ( ) No ( )

Número de tratamiento anteriores ( )

Lugares .....

Antecedentes familiares:

Tipo de familia: Completa ( ) Incompleta ( )

Alcoholismo: Abuelo/a ( ) Padre ( ) Madre ( ) Hermano/a ( ) Otros .....

Otras drogas ( ) ..... Abuelo/a ( ) Padre ( ) Madre ( ) Hermano/a ( )

Antecedentes psiquiátricos o tratamiento psicológico:

Abuelo/a ( ) Padre ( ) Madre ( ) Hermano/a ( ) otros familiares ( ).

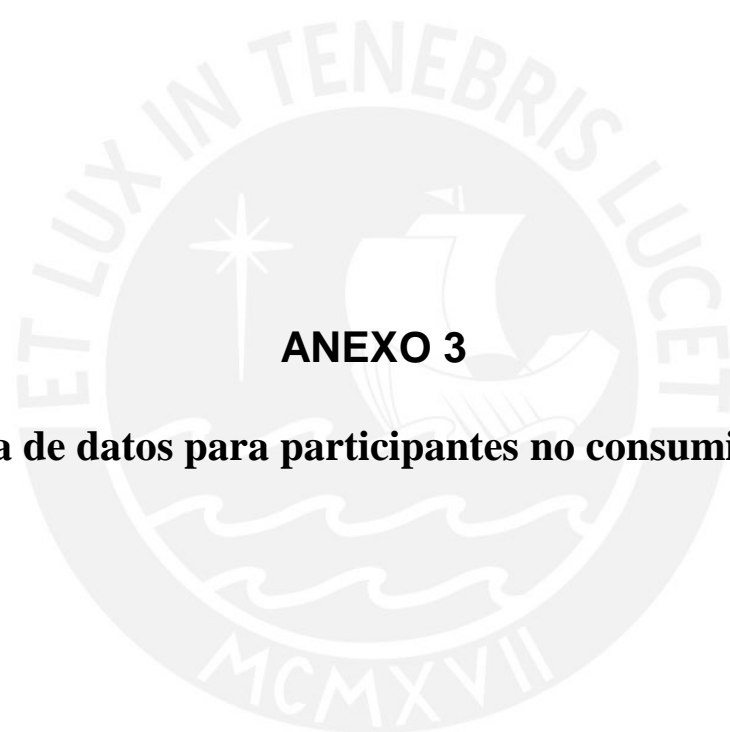
Cada vez incrementa la necesidad de mayor cantidad de la droga problema para lograr el efecto deseado: sí ( ) no ( ).

Cada vez toma la droga problema para evitar los síntomas de la abstinencia:

sí ( ) no ( ).

El consumo de la droga problema y las actividades para su obtención se convierten en un aspecto importante de su vida: sí ( ) no ( ).

Consumo la droga problema a pesar de que se da cuenta de que le produce problemas físicos o psicológicos: sí ( ) no ( ).



## **ANEXO 3**

### **Ficha de datos para participantes no consumidores**

## FICHA DE DATOS PARA PARTICIPANTES NO CONSUMIDORES

Las respuestas y datos que usted proporcione en esta ficha, serán completamente confidenciales y anónimas. Las opiniones de todos los encuestados serán ponderadas, nunca se reportarán datos individuales y sólo se usarán para el propósito del estudio.

Le pedimos que conteste las preguntas con la mayor sinceridad posible:

Sexo: M ( ) F ( )

Edad .....

Estado civil:

Soltero ( )

Casado ( )

Viudo ( )

Divorciado ( )

Conviviente ( )

Distrito donde vive .....

Nivel de instrucción:

secundaria completa ( )

secundaria incompleta ( )

superior completa ( )

superior incompleta ( )

Profesión .....

Ocupación actual.....

¿Con quiénes vive actualmente? .....

A large, faint watermark of the university's logo is centered on the page, featuring the same ship, star, and Latin motto as the header logo.

**ANEXO 4**

**Escala General de Autoeficacia (Schwarzer)**

## ESCALA GENERALDE AUTOEFICACIA (Schwarzer).

En esta hoja encontrará usted diversas afirmaciones. Por favor, marque con una “X”:

- en el casillero ‘incorrecto’ si usted está en desacuerdo con la afirmación.
- en el casillero ‘apenas cierto’ si usted está poco de acuerdo con la afirmación,
- en el casillero ‘más bien cierto’ si usted está relativamente de acuerdo y
- en el casillero ‘cierto’ si usted está completamente de acuerdo con la afirmación presentada.

No hay respuestas ‘buenas’ o ‘malas’. Todas las respuestas son igualmente válidas.

Recuerde que sólo debe marcar con una “X” en el lugar que corresponda. Por favor, no omita ninguna pregunta y no marque entre dos casilleros.

		INCORRECTO	APENAS CIERTO	MÁS BIEN CIERTO	CIERTO
1	Si alguien se me opone, puedo encontrar la manera de obtener lo que quiero.				
2	Tengo la sensación de que mi vida puede ser inútil.				
3	Me preocupo demasiado por cosas insignificantes.				
4	Puedo resolver problemas difíciles siempre y cuando me esfuerce lo suficiente.				
5	Pienso a menudo que he cometido muchos errores en mi vida.				
6	En tiempos de inseguridad me inclino a esperar lo mejor.				
7	Me es fácil persistir en lo que me he propuesto hasta alcanzar mis metas.				
8	No cuento con ayuda ajena en caso de ser necesario.				
9	Para ciertos temas soy tan susceptible que prefiero no tocarlos.				
10	Si me encuentro en una situación difícil, generalmente se me ocurre qué hacer.				
11	Pocas veces noto lo bueno que me ocurre.				
12	Las cosas nunca se desarrollan de la manera que yo quisiera.				
13	Tengo confianza en que podría manejar eficazmente eventos inesperados.				
14	Soy una persona equilibrada.				
15	Me siento solo(a).				
16	Gracias a mis cualidades y recursos puedo superar situaciones imprevistas.				
17	Tiendo a complicarme la vida.				
18	Encontraré quién me consuele y anime en caso de necesitarlo.				
19	Venga lo que venga, por lo general soy capaz de manejarlo.				
20	Me siento malentendido(a) por los demás.				
21	Si existe la posibilidad de que algo malo me pase, me pasa.				
22	Puedo encontrar una solución para casi cualquier problema si invierto el esfuerzo necesario.				
23	A veces me da un sentimiento de impotencia e invalidez.				
24	Las cosas siempre me salen al revés.				
25	Cuando me encuentro en dificultades, puedo permanecer tranquilo porque cuento con habilidades y recursos para manejar situaciones difíciles.				
26	Casi nunca espero que las cosas ocurran como yo quiero.				
27	Dudo que a las personas que me escuchan les interese lo que yo diga.				
28	Al estar confrontando con un problema, generalmente se me ocurren varias alternativas para resolverlo.				





**ANEXO 6**

**Tabla de Frecuencia de puntajes y categorías de percepción de autoeficacia**

*Frecuencia de puntajes de la Escala General de Autoeficacia y categorías de percepción de autoeficacia según puntajes.*

Dependientes PBC (n = 24)				No consumidores (n = 24)			
	Puntaje	f	%		Puntaje	f	%
Percep autoeficacia BAJA				Percep autoeficacia BAJA			
	20	1	4.17		19	1	4.2
	23	3	12.50		20	1	4.2
	<u>24</u>	<u>2</u>	<u>8.33</u>		<u>25</u>	<u>2</u>	<u>8.3</u>
Total	67	6	25.00	Total	64	4	16.7
Percep autoeficacia MEDIA				Percep autoeficacia MEDIA			
	26	1	4.17		27	1	4.2
	27	1	4.17		29	3	12.5
	28	1	4.17		30	2	8.3
	30	3	12.50		31	2	8.3
	31	1	4.17		32	1	4.2
	32	3	12.50		33	2	8.3
	33	1	4.17		34	4	16.7
	<u>35</u>	<u>1</u>	<u>4.17</u>		<u>35</u>	<u>1</u>	<u>4.2</u>
Total	242	12	50.00	Total	251	16	66.7
Percep autoeficacia ALTA				Percep autoeficacia ALTA			
	36	1	4.17		36	2	8.3
	37	3	12.50		37	1	4.2
	38	1	4.17		<u>38</u>	<u>1</u>	<u>4.2</u>
	<u>39</u>	<u>1</u>	<u>4.17</u>	Total	111	4	16.7
Total	150	6	25.00				
<b>TOTAL</b>	<b>459</b>	<b>24</b>	<b>100.00</b>	<b>TOTAL</b>	<b>426</b>	<b>24</b>	<b>100.00</b>

## ANEXO 7

### Tabla de promedios de percepción de autoeficacia en muestras de otros países

*Promedio de edades y de puntajes de la Escala General de Autoeficacia (EGA) en otros países*

País	(n) Varones	M (edad)	Media - DS (EGA)		
<b>Costa Rica</b>					
Estudiantes	356	21	34.44	4.14	(1)
Trabajadores	515	30.90	30.32	4.54	(1)
<b>Alemania</b>					
Profesores	104	---	29.24	4.75	(1)
Estudiantes	1663	15.90	30.00	3.90	(1)
Pac. probl cardiovasc	316	58.37	32.11	0.52	(3)
Pac cáncer	139	63.12	30.63	5.42	(3)
<b>Polonia</b>					
Estudiantes	230	16.83	29.71	4.25	(1)
Pac probl gastrointest	40	50.24	30.48	4.33	(3)
Nadadores	34	18.06	30.82	4.71	(3)
<b>Turquía</b>					
Estudiantes	300	16.83	32.33	4.18	(1)
<b>USA</b>					
Estudiantes	248	16.38	31.52	4.48	(1)
<b>Hong Kong</b>					
	342	17.4	24.68	4.86	(2)
<b>Japón</b>					
	194	18.8	20.28	6.43	(2)
<b>Canadá</b>					
	104	---	31.64	4.47	(2)
<b>Hungría</b>					
	25	---	28.30	3.76	(2)
<b>Korea del Sur</b>					
	405	31.92	29.30	4.98	(3)
<b>Perú</b>					
	371	---	32.89	4.30	(2)

Nota.

- (1) De: "General self efficacy in various domains of human functioning: Evidence from de five countries", por A. Luszczynska, B. Gutiérrez-Doña y R. Schwarzer, 2005b.  
 (2) De: Nivel de autoeficacia percibida y Estilos de afrontamiento en estudiantes universitarios de Lima", por M.J. Alcalde, 1998.  
 (3) De: "The General Self Efficacy Scale: Multicultural validation studies", por A. Luczynska, U. Scholz y R. Schwarzer, 2005.