

AUTOESTIMA Y AUTOEFICACIA EN PACIENTES ADICTOS EN EL CENTRO DE REHABILITACION DE ÑAÑA.

Ps. Liliana Castro Deza¹

Resumen

El propósito de este estudio ha sido describir el nivel de la autoestima y la autoeficacia en los pacientes internados en el centro de Rehabilitación de Ñaña, según la etapa del tratamiento en que se encuentran. La muestra estuvo compuesta por 80 pacientes adictos varones que estuvieron internados entre los años 2008 y 2009, cuyas edades oscilaban entre los 18 y los 67 años, a los que se les aplicó el Inventario de Autoestima de Barksdale y el Cuestionario Breve de Confianza Situacional de Annis y Gram. El estudio fue de tipo descriptivo y transversal. Los resultados revelaron que el 17.5% de los pacientes tenían autoestima inferior, el 50% autoestima promedio y el 32.5% autoestima superior. Además que el 35% de los pacientes tenían autoeficacia baja, el 36.3% autoeficacia normal y el 28.8% autoeficacia alta. Asimismo se encontró que el nivel de autoestima y autoeficacia se incrementaban según el paciente avanzaba en el tratamiento y que existía una correlación bilateral entre ambos constructos.

Palabras Clave: Autoestima, autoeficacia, adictos, etapas de tratamiento.

Summary

The purpose of this study was to describe the level of self-esteem and self-efficacy, in relation with several factors, in a group of patients with addiction who were hospitalized in Ñaña Rehabilitation Center. Special consideration is given to the treatment stage, and whether there was a relationship between these two theoretical constructs. The sample consisted of 80 male patients who were hospitalized between 2008 and 2009, aged between 18 and 67, to which we applied the Barksdale Self-Esteem Inventory and the Situational Confidence Brief Questionnaire from Annis and Gram. The study was descriptive and cross sectional. The results revealed that 17.5% of patients had low self-esteem, 50% had average self-esteem, and 32.5% higher self-esteem. ON the other hand, 35% of patients had low self-efficacy, 36.3% normal self-efficacy, and 28.8% high efficacy. It was also found that the level of self-esteem and efficacy were increased as the patient progressed in the treatment program and correlation between both constructs was found.

Keywords: self-esteem, self-efficacy, addiction, treatment phases.

¹. Psicóloga del Centro de Rehabilitación de Ñaña

Introducción.

Se entiende la drogodependencia como un fenómeno complejo, porque tanto en su inicio como en su mantenimiento confluyen factores personales, familiares, relacionales, educativos, laborales, sociales, económicos, culturales y políticos. La complejidad de estos factores hace necesario un marco conceptual que proporcione una visión global de los mismos y de sus niveles de incidencia y condicionamiento del comportamiento y que posibilite un marco de referencia para ajustar la intervención. Entre los factores personales se debe considerar a la autoestima y la autoeficacia, entre otros.

Para entender este fenómeno Catán, A. (2005) señala la existencia de una serie de rasgos de personalidad que hacen más vulnerables a los sujetos para iniciarse y llegar al consumo abusivo de sustancias psicoactivas, tales como: inconformismo, baja motivación para el rendimiento académico, tendencias antisociales tempranas en forma de agresividad y/o delincuencia, como las más destacadas. Asimismo refiere que si bien no existe una personalidad propia del drogodependiente, se acepta que, aquellos individuos con problemas de socialización, con un bajo umbral para la frustración, el fracaso y el dolor, que buscan la satisfacción inmediata y que carecen de habilidades sociales para la vida y para las demandas de la sociedad, son personas claramente identificables como de alto riesgo (Sánchez Moro, Aguilar, Jiménez y Castanyer, 1998). Por lo general, estas personas presentan un retraso en su desarrollo personal, con un bajo nivel de autocontrol emocional, baja autoestima y pobre autoeficacia. (Catán, Alejandra, 2005)

En algunos estudios (Martínez Maldonado y col., 2008) se ha reconocido la necesidad de estudiar las habilidades sociales individuales, como la autoestima y la autoeficacia percibida, como predictores de afrontamiento y resistencia al uso de sustancias adictivas. La autoeficacia percibida y la autoestima contribuyen a la capacidad del adolescente de resistir la presión del medio ambiente social (amigos, compañeros) para usar tabaco o alcohol. Además, se construyen en la persona en el entorno en el que viven y en la relación con su familia, amigos, compañeros, de tal manera que se hipotetiza la existencia de diferencias en estas dos habilidades sociales en los estudiantes que viven y estudian en áreas urbanas y en las rurales debido a las diferencias contextuales.

Considerables investigaciones han sido realizadas para comprender la etiología de los desórdenes del uso del alcohol y otras sustancias psicoactivas. Actualmente, las investigaciones están focalizadas en los atributos individuales como predictores del abuso del alcohol; específicamente, la autoestima ha sido implicada en el desarrollo de los desórdenes del uso del alcohol, mientras que la autoeficacia en la recaída y recuperación del alcohol. (Trucco, E y col., 2007)

El propósito del presente estudio, de tipo descriptivo, es determinar el nivel de Autoestima y Autoeficacia en los pacientes internados en el Centro de Rehabilitación de Ñaña, según la etapa del tratamiento en que se encuentre.

La Autoestima.

La autoestima se define como la consideración o aprecio de sí mismo que se basa en los pensamientos, sentimientos, sensaciones y experiencias que se han ido recogiendo durante la vida. (Becoña I., 1999)

Un buen nivel de autoestima es considerado un factor protector que aísla al sujeto de las influencias no saludables, ya que estas personas tienen una menor vulnerabilidad ante la conducta antisocial. Cuando la autoestima se encuentra amenazada por un evento negativo, se produce un incremento en los niveles de ansiedad. El individuo reacciona entonces buscando otras alternativas para afrontar la situación, que en muchos casos derivan en formas poco apropiadas o perjudiciales para la salud, como lo es el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas.

Musitu y Col (2007) en un trabajo realizado con población adolescente respecto a la autoestima y consumo de sustancias señala que distintos autores refieren que mientras la autoestima es un importante recurso de protección frente a problemas de carácter interno como la depresión, no está tan claro que sean los adolescentes con baja autoestima los que se impliquen en mayor medida en problemas externos como la conducta delictiva y el consumo de sustancias.

El mismo autor señala además que en la bibliografía se encuentra dos tipos de resultados en función de la medida utilizada para evaluar el constructo de autoestima. Es así que en los trabajos en los que se usan medidas globales se obtienen relaciones de protección, es decir, una correspondencia significativa entre la alta autoestima y el bajo consumo de sustancias, lo que les hace concluir que la evaluación positiva del sí mismo es un aspecto fundamental para el funcionamiento adaptativo del individuo. (Musitu, G y col., 2007) Asimismo señala que los trabajos que utilizan medidas multidimensionales objetan esta visión tradicional de la autoestima e indican que elevadas puntuaciones en determinados dominios de la autoestima (autoestima social y física) pueden constituir un factor de riesgo potencial para el desarrollo de problemas de conducta de carácter externo. (Musitu, G y col., 2007)

Jackson (1997) encuentra que los escolares con alta autoestima están menos implicados en la iniciación y experimentación hacia el consumo de tabaco y alcohol. También en población escolar, Graña y Muñoz - Rivas (2000) confirmaron que los principales factores de riesgo psicológicos para explicar el consumo de drogas legales eran la autoestima, la presencia de conductas antisociales y la desinhibición, siendo los factores de protección más importantes el concepto positivo de uno mismo, el nivel de sinceridad y la práctica religiosa. Del mismo modo, Graña, Muñoz-Rivas, Andreu et al. (2000) encuentran que los jóvenes que habitualmente beben, fuman y consumen cannabis, mantienen un bajo concepto de sí mismos. Por ello los programas de tratamiento en consumo de sustancias con frecuencia enfatizan en incrementar la autoestima.

Sin embargo, otros estudios reportan bajos niveles de autoestima luego del tratamiento entre pacientes alcohólicos y otros que no recibieron tratamiento. (Malcom, 2004).

La Autoeficacia.

Los estudios focalizados en el tratamiento de los pacientes adictos y las recaídas se centran en otro aspecto relacionado con la autopercepción: la autoeficacia.

El concepto de autoeficacia ha sido ampliamente investigado en las conductas adictivas. Bandura (1995) definió la autoeficacia como "la creencia que uno tiene de su capacidad para organizar y ejecutar las acciones requeridas para manejar situaciones futuras". Las percepciones de autoeficacia ejercen influencia directa sobre la toma de decisiones.

La autoeficacia alta permite que los individuos confíen más en sus propias capacidades; en cambio, las personas con baja autoeficacia son susceptibles a dudar sobre sus capacidades. La teoría de la autoeficacia tiene como núcleo central las percepciones que tienen los individuos de su capacidad de actuar.

Asimismo, la autoeficacia percibida afecta los propios niveles de motivación y de logro del individuo a través de su capacidad para afrontar los cambios de vida. Así, las personas que se sienten eficaces eligen tareas más desafiantes, se ponen metas más altas y persisten más en sus propósitos.

Por otro lado, la expectativa de autoeficacia puede influir en sentimientos, pensamientos y acciones. Es así que las personas con pocas expectativas tienden a mostrar baja autoestima y sentimientos negativos sobre su capacidad.

La teoría de Bandura (1969) explica tanto la conducta de no consumo como la de consumo recreacional y abusivo. La conducta de consumo se adquiere y mantiene por modelado, refuerzo social, efectos anticipatorios de la droga, experiencia directa de sus efectos como refuerzos o castigos y dependencia física. Algunos determinantes importantes son los eventos vitales estresantes, presiones, el trabajo, la familia, el papel de las redes sociales y el apoyo social que tiene el sujeto, los cuales varían a lo largo del tiempo así como su influencia de un individuo a otro. La decisión de consumir o no, está en función de las expectativas de autoeficacia y de resultado que tiene la persona en el contexto situacional en que se encuentra.

Marlatt y Gordon (1985) plantean que el hacer frente con éxito a una variedad de situaciones de alto riesgo incrementa la autoeficacia; la cual a su vez, reduce la vulnerabilidad para la recaída.

La autoeficacia constituye un importante factor en el análisis de la recaída, prediciendo que una baja autoeficacia podría ir en contra de la utilización de las habilidades de afrontamiento en una situación de riesgo determinada. (Annis, 1986; Rollnick y Heather, 1982; Marlatt, 1978; Wilson, 1978). Asimismo, la autoeficacia se asocia significativamente con los esfuerzos por abandonar las conductas adictivas (autoeficacia de acción), el éxito en los intentos iniciales (autoeficacia de manejo) y las recaídas (autoeficacia de recuperación).

Asimismo, favorece la participación activa en el tratamiento, en el afrontamiento adecuado del

problema, en el esfuerzo y en la persistencia. Por el contrario, creer que no se es capaz de resistir al deseo de consumir, disuade al intentar dejar de beber y conduce a la pasividad.

Annis y Davis (1988), Burling et al, (1989), Solomon y Annis (1990) encuentran que a medida que el tratamiento transcurre y es efectivo, aumenta la autoeficacia.

Del mismo modo, Miller et al (1989), Ross et al (1989), Rychtarick et al (1992), Vielva (1994) observan que los drogodependientes que más tiempo se mantienen abstinentes, son los que tienen una mayor autoeficacia.

Diclemente y Hughes (1990) encuentran que los pacientes más motivados hacia el tratamiento tienen una mayor autoeficacia que los que se muestran indecisos o pasivos hacia el cambio. Sin embargo, una elevada autoeficacia puede ser un factor de riesgo porque lleva al drogodependiente a confiarse en exceso (Burling et al, 1989) o bien la autoeficacia no diferencia significativamente a los drogodependientes en función del resultado de su tratamiento (García et al, 1991; Mayer y Koeningsmark, 1991).

Existe gran consenso entre los autores (Baldwin et al., 1993; Hays y Ellickson, 1990; Rist y Watzl, 1983; Sadowski et al., 1993) en afirmar que, cuanto más bajas sean las expectativas del sujeto, más vulnerable será en el momento del inicio de consumo, en la conducta de mantenimiento y en las posibles recaídas.

Hays y Ellickson (1990), observaron que existe una relación entre la autoeficacia para rehusar al consumo de alcohol y marihuana, bajo presión de grupo, y las conductas dirigidas hacia el mantenimiento de la abstinencia. En este trabajo se midió la autoeficacia, que incluía el nivel de resistencia que el sujeto percibía de sí mismo ante la presión del grupo en una situación de laboratorio y el mismo nivel de resistencia ante la presión del grupo en situaciones reales. El estudio se realizó con una muestra de sujetos que consumían hachís y alcohol. Con los datos obtenidos se elaboró una escala de autoeficacia, encontrando que las puntuaciones altas están relacionadas con conductas de abstinencia y que la autoeficacia para resistirse al consumo de una droga bajo presión social se generaliza para otras drogas.

El estudio de Baldwin et al. (1993) corrobora la relación entre autoeficacia y comportamientos dirigidos hacia el control del consumo. Utilizan una muestra de estudiantes para medir las expectativas de los efectos del alcohol, el consumo de alcohol y la autoeficacia. Encuentran que los sujetos que presentan puntuaciones bajas en autoeficacia (referida a la estrategia para rehusar el consumo de alcohol), piensan que el alcohol les permite ser más asertivos, estar más relajados y mejorar sus relaciones sexuales; además, consumen alcohol más frecuentemente y en mayor cantidad que aquellos que presentan puntuaciones más altas en autoeficacia y no piensan que el alcohol mejore sus relaciones sexuales y sociales ni les relaje. Estos últimos tienden a mantener un nivel bajo de consumo de alcohol en frecuencia y cantidad.

Trucco, E. (2007) señala que una elevada confianza en la habilidad para no beber en una situación de alto riesgo está asociada con el uso efectivo de estrategias y bajas tasas de recaídas.

De hecho, un gran número de estudios han reportado que las expectativas de autoeficacia para beber pueden predecir la recaída o la abstinencia luego del tratamiento en individuos con desórdenes del uso del alcohol. Los estudios señalan que los individuos con alta autoeficacia son menos propensos a la recaída, y más cercanos a mantener la abstinencia sobre los seis meses después del tratamiento. Similarmente, las bajas expectativas de autoeficacia medidas por el Cuestionario de Confidencia Situacional (SCQ) fueron predictores de recaída durante los 12 meses siguientes a la desintoxicación del alcohol. (Annis HM, Davis C 1988; Burling TA, Reilly PM, Moltzen JO, Ziff DC 1989; Jones BT, McMahon J. 1994; Rychtarik R, Prue D, Rapp S, King A. 1992; Greenfield SF, Hufford MR, Vagge LM, Muenz LR, Costello ME, Weiss RD. 2000)

Algunos autores, (Sadowski et al. 1993) señalan que el tratamiento dirigido hacia la mejora de las expectativas de eficacia, permite aumentar la autoeficacia de los drogodependientes y, consecuentemente, el mantenimiento de la abstinencia. Su idea se basa en los resultados de un estudio con estudiantes, que habían realizado tratamiento para su dependencia al alcohol, cocaína, hachís y otros medicamentos ingeridos sin prescripción médica. Se compararon los datos con los de la muestra que consumía las mismas drogas pero nunca había realizado tratamiento. Los resultados indicaron que los sujetos que habían realizado tratamiento presentaron puntuaciones más altas en autoeficacia que aquéllos que no habían recibido tratamiento.

Los programas de tratamiento cognitivo conductual incluyen entrenamiento en estrategias de afrontamiento que incrementan la percepción individual de eficacia (Ito, Donovan y Hall, 1988) y se considera que los modelos de autoeficacia proporcionan más beneficios a corto plazo favoreciendo la eficiencia de los programas (Whittinghill, Whittinghill y Loesch, 2000). En la línea propuesta por la teoría del aprendizaje social, se ha observado que la autoeficacia para resistirse al consumo de sustancias se incrementa durante el curso del tratamiento y es un buen predictor de resultados (DiClemente, Fairhurst y Piotrowski, 1995; Goldbeck, Myatt y Aitchison, 1997; Reilly, Sees, Shopshire, Hall, Delucchi, Tusel et al., 1995; Rychtarik, Prue, Rapp y King, 1992). Otros trabajos no encuentran capacidad predictiva de la autoeficacia sobre los resultados del tratamiento cuando se controlan otras variables (Chicharro, 2005; Demmel, Beck y Lammers, 2003; Demmel y Rist, 2005; McKay, Merikle, Mulvaney, Weiss y Koppenhaver, 2001; Sayre, Schmitz, Stotts, Averill y Rhoades, 2002) y se ha encontrado que existe una discrepancia importante entre las autoatribuciones de autoeficacia y las creencias sobre las posibilidades de recuperación, de modo que un incremento de las capacidades percibidas de recuperación puede ser simplemente un mecanismo para recobrar la autoestima frente a las probabilidades estimadas de recuperación (Demmel y Beck, 2004).

OBJETIVOS DEL ESTUDIO

- Determinar el nivel de Autoestima y Autoeficacia en pacientes farmacodependientes internados en el CRÑ, según la etapa de tratamiento.
- Describir la valoración de la autoeficacia según los diversos factores.
- Identificar la relación entre la Autoestima y Autoeficacia en pacientes farmacodependientes internados en el CRÑ.

MATERIAL Y MÉTODO

Participantes

Participaron en este estudio 80 pacientes adictos varones internados en el Centro de Rehabilitación de Ñaña entre el año 2008 y 2009, cuyas edades oscilaban entre los 18 y los 67 años, con un periodo de estancia entre los 3 y 335 días.

Sobre la base de la población identificada se conformó una muestra no probabilística por conveniencia (Hernández, Fernández y Baptista, 2003).

Cabe señalar que los pacientes internados en el Centro de Rehabilitación de Ñaña (CRÑ) se hallan divididos según la etapa de tratamiento en que se encuentran, las mismas se distinguen con un fotocheck de color diferente. Ello se visualiza en el siguiente cuadro:

Tabla N°1
Etapas de Tratamiento en el CRÑ

| Etapa de Tratamiento | Color | Meses |
|-------------------------------------|--------------|-----------------------|
| Etapa de Adaptación | Blanco | Del 1er. Al 3er.mes |
| Etapa de Tratamiento Central | Verde | Del 3er. Al 8vo. mes |
| Etapa De Operador | Celeste | Del 8vo. Al 10mo. mes |
| Etapa de Pre Alta | Azul | Del 10mo. al 12vo.mes |

Instrumentos

Los instrumentos utilizados fueron el Inventario de Autoestima de Barksdale y el Cuestionario de Confianza Situacional de Annis y Gram.

El inventario de Autoestima de Barksdale fue desarrollado por el Dr. Lilburn S. Barksdale en California en el año 1978 y fue traducido y adaptado al español por el Dr. José Navas en Puerto Rico en 1987. El objetivo principal de este inventario es hacer una evaluación global del nivel de autoestima de las personas y sobre esta base ayudar a las mismas a edificar una mayor y más saludable autoestima. El inventario está compuesto por un total de 50 ítems, los cuales se presentan en una escala de 0 a 3, de la siguiente manera:

- (0) No es verdad.
- (1) Es más o menos cierto.
- (2) Es bastante cierto.
- (3) Es completamente cierto.

Su tiempo de aplicación es de aproximadamente 15 minutos y se puede aplicar individual y colectiva a sujetos a partir de los 15 años.

El puntaje obtenido en el Inventario se traduce en Estanones y éstos en Categorías o Niveles: Superior al Promedio, Promedio e Inferior al Promedio.

Para la confiabilidad del Inventario de Autoestima se utilizó el método de PARES NONES o participación por mitades, obteniéndose un puntaje de $r=0.722$ (en Lima) según Pazzaglia (1990).

El Cuestionario de Confianza Situacional de Annis y Gram (DTCQ-8) es una versión breve del Drug Taking Confidence Questionnaire (Annis et al., 1997), compuesta por 8 ítems que representan el 95% de la varianza del DTCQ total. Los sujetos son instruidos para imaginarse a sí mismos (tal como están ahora) en cada una de las situaciones e indican en una escala de seis puntos cuánto confían en que podrían ser capaces de poder resistir el impulso de beber o consumir drogas en esa situación. Dicha escala es distribuida de la siguiente manera: 0, "no confía en absoluto"; 20, 20% confía; 40, 40% confía; 60, 60% confía; 80, 80% confía; y 100, "confía en absoluto".

El DTCQ-8 puede administrarse individualmente o en grupo y toma aproximadamente 5 minutos completar la prueba. Para obtener una puntuación global de autoeficacia, se calcula la media de las ocho respuestas, donde la más alta es la mayor puntuación de autoeficacia. Así, una puntuación de 0% a 20% de confianza indica que el sujeto tiene muy poca o ninguna confianza en todo lo que él será capaz de resistir el impulso de consumir alguna droga en particular (autoeficacia baja); de 40% a 60% de confianza indica que el sujeto confía medianamente en ser capaz de resistir el impulso de consumir alguna droga (autoeficacia media); y de 80% a 100% de confianza indica que el sujeto tiene mucha confianza en poder resistir el impulso de consumir alguna droga (autoeficacia alta). Asimismo, la prueba mide la autoeficacia en 8 factores:

- Factor 1: Emociones Desagradables
- Factor 2: Malestar Físico
- Factor 3: Emociones Agradables
- Factor 4: Probando mi Control
- Factor 5: Necesidad Física
- Factor 6: Conflicto con Otros
- Factor 7: Presión Social
- Factor 8: Momentos Agradables con Otros

Clínicamente esta evaluación puede informar el diseño de un plan de tratamiento individualizado en el que la práctica de las estrategias de afrontamiento incremente y fortifique la autoeficacia.

A continuación se muestra la consistencia interna de los instrumentos utilizados:

Tabla N°2
Instrumentos
Consistencia Interna

| Instrumento | No. de ítems | Alpha de Crombach |
|---|---------------------|--------------------------|
| Autoestima (Barksdale) | 50 | 0.794 |
| Cuestionario de Confianza Situacional (Annis y Gram) | 8 | 0.826 |

Procedimiento

El presente estudio es de tipo descriptivo y transversal.

Los participantes, previo consentimiento informado, son evaluados con los instrumentos seleccionados para el objeto del estudio. Luego las pruebas son corregidas y se desecharon aquellas incompletas o mal llenados.

Análisis de datos

Los datos obtenidos se analizaron usando el paquete estadístico SPSS para Windows versión 16, mediante el cual se estimó la consistencia interna de los instrumentos, los análisis descriptivos de cada una de las variables de estudio, así como el nivel de correlación entre las variables estudiadas.

RESULTADOS.

La muestra evaluada, según la etapa de tratamiento en que se encontraban, estuvo conformada por 25 pacientes en Etapa de Adaptación (Blancos), 35 en Etapa de Tratamiento Central (Verde), 11 en Etapa de Operador (Celeste) y 9 en Etapa de Pre alta (Azul).

Tabla N°3
Distribución de la Muestra Según Etapa del Tratamiento

| Etapa | N | % |
|---|----------|----------|
| Verde (Etapa de Tratamiento Central) | 35 | 43.75% |
| Blanco (Etapa de Adaptación) | 25 | 31.25% |
| Celeste (Etapa de Operador) | 11 | 13.75% |
| Azul (Etapa de pre Alta) | 9 | 11.25% |
| Total | 80 | 100% |

De acuerdo al diagnóstico según dependencia, se encontró que 17 pacientes (21.25%) eran dependientes a cocaína, 45 (56.25%) eran dependientes a múltiples sustancias, 13 (16.25%) eran dependientes a alcohol, 1 (1.25%) dependiente a marihuana y 4 (5%) eran dependientes a juego patológico.

Tabla N°4
Diagnóstico Según Dependencia (n= 80)

| Diagnóstico | N | % |
|---|----------|----------|
| Dependencia Múltiples Sustancias | 45 | 56.25% |
| Dependencia cocaína | 17 | 21.25% |
| Dependencia Alcohol | 13 | 16.25% |
| Juego Patológico | 4 | 5.00% |
| Dependencia Marihuana | 1 | 1.25% |

Por otro lado, de acuerdo al análisis de los datos procesados, en cuanto a la autoestima se encontró que del total de la muestra el 17.5% (14) tienen una autoestima inferior, el 50% (40) una autoestima promedio y el 32.5% (26) una autoestima superior.

Tabla N°5
Autoestima

| Categoría | Frecuencia | Porcentaje |
|---------------------|-------------------|-------------------|
| Autoestima Inferior | 14 | 17.50% |
| Autoestima Promedio | 40 | 50.00% |
| Autoestima Superior | 26 | 32.50% |
| Total | 80 | 100% |

Haciendo una relación entre la autoestima y la etapa de tratamiento en que se encontraban los participantes, se halló que el 52% (13/25) de los pacientes en etapa de adaptación (blancos) tiene una autoestima promedio, el 51.4% (18/35) de los pacientes en etapa de tratamiento central (verdes) también tiene una autoestima promedio; el 45.5% (5/11) de los pacientes en etapa de operador (celestes) tienen una autoestima promedio y el 55.6% (5/9) de los pacientes en etapa de prealta (azules) tienen una autoestima superior. Es decir que la autoestima también tiene un ligero incremento conforme el paciente va avanzando en su programa de tratamiento.

Tabla N°6
Autoestima Según Etapa de Tratamiento

| Categoría | Blanco | Verde | Celeste | Azul |
|---------------------|--------|-------|---------|------|
| Autoestima Inferior | 5 | 7 | 2 | 0 |
| Autoestima Promedio | 13 | 18 | 5 | 4 |
| Autoestima Superior | 7 | 10 | 4 | 5 |
| Total | 25 | 35 | 11 | 9 |

Tabla N°7
Etapa de Adaptación: Blanco

| Categoría | Frecuencia | Porcentaje |
|---------------------|------------|------------|
| Autoestima Inferior | 5 | 20% |
| Autoestima Promedio | 13 | 52% |
| Autoestima Superior | 7 | 28% |
| Total | 25 | 100% |

Tabla N°8
Etapa de Tratamiento Central: Verde

| Categoría | Frecuencia | Porcentaje |
|---------------------|------------|------------|
| Autoestima Inferior | 7 | 20% |
| Autoestima Promedio | 18 | 51.40% |
| Autoestima Superior | 10 | 28.60% |
| Total | 35 | 100% |

Tabla N°9
Etapas de Operador: Celeste

| Categoría | Frecuencia | Porcentaje |
|---------------------|------------|------------|
| Autoestima Inferior | 2 | 18.20% |
| Autoestima Promedio | 5 | 45.50% |
| Autoestima Superior | 4 | 36.40% |
| Total | 11 | 100% |

Tabla N°10
Etapas de Pre Alta: Azul

| Categoría | Frecuencia | Porcentaje |
|---------------------|------------|------------|
| Autoestima Inferior | 0 | 0% |
| Autoestima Promedio | 4 | 44.40% |
| Autoestima Superior | 5 | 55.60% |
| Total | 9 | 100% |

En lo que respecta a la Autoeficacia, analizando los resultados de la muestra se encontró que el 35% de los pacientes tienen una autoeficacia baja (28), el 36.3% autoeficacia normal (29) y el 28.8% autoeficacia alta (23).

Tabla N°11
Autoeficacia

| Categoría | Frecuencia | Porcentaje |
|---------------------|------------|------------|
| Autoeficacia Baja | 28 | 35.00% |
| Autoeficacia Normal | 29 | 36.30% |
| Autoeficacia Alta | 23 | 28.80% |
| Total | 80 | 100% |

En cuanto a la autoeficacia según la etapa de tratamiento en que se encontraban los participantes, se encontró que 11/25 de los residentes blancos tienen una autoeficacia baja (44%), 16/35 de los verdes autoeficacia normal (45.7%), 6/11 de los celestes y 5/9 de los azules autoeficacia alta (54.5% y 55.6% respectivamente). Es decir que la autoeficacia también se incrementa según el paciente avanza en el programa de tratamiento.

Tabla N°12
Autoeficacia Según Etapa de Tratamiento

| Categoría | Blanco | Verde | Celeste | Azul |
|---------------------|--------|-------|---------|------|
| Autoeficacia Baja | 11 | 14 | 1 | 2 |
| Autoeficacia Normal | 7 | 16 | 4 | 2 |
| Autoeficacia Alta | 7 | 5 | 6 | 5 |
| Total | 25 | 35 | 11 | 9 |

Haciendo un análisis de la autoeficacia según sus diferentes factores, en el Factor 1: **Emociones Desagradables**, se encontró que los pacientes que se hallan en la etapa de Pre-alta (Azul) el 100% de la muestra se sienten capaces de resistir la necesidad de consumir drogas ante situaciones que connoten emociones desagradables, en tanto que los celestes experimentan esta seguridad en un 91%, los verdes en un 57.2% y los blancos en un 72%. Es decir que la confianza para mantenerse en abstinencia frente a emociones desagradables se incrementa conforme el paciente va avanzando en su proceso terapéutico.

Tabla N°13
Autoeficacia Según Factores
Emociones Desagradables (1)

| Etapa Tratamiento | Frecuencia | Valoración Autoeficacia | Porcentaje |
|-------------------|------------|-------------------------|------------|
| Blanco | 18/25 | De 80% a 100% | 72% |
| Verde | 20/35 | De 80% a 100% | 57.20% |
| Celeste | 10-nov | De 80% a 100% | 91% |
| Azul | 09-sep | De 80% a 100% | 100% |

En cuanto al Factor 2: **Malestar Físico**, se halló que el 64% de los pacientes en la etapa de blanco se sienten capaces de resistir la necesidad de consumir drogas ante malestares físicos; mientras que el 68.6% de los pacientes verdes, el 100% de los celestes y el 88.9% de los azules experimentan esta misma seguridad. Aquí se observa lo mismo que en el factor anterior. La disminución en la última etapa responde solo a un participante.

Tabla N°14
Malestar Físico (2)

| Etapa Tratamiento | Frecuencia | Valoración Autoeficacia | Porcentaje |
|-------------------|------------|-------------------------|------------|
| Blanco | 15/25 | De 80% a 100% | 64% |
| Verde | 24/35 | De 80% a 100% | 68.60% |
| Celeste | 11-nov | De 80% a 100% | 100% |
| Azul | 08-sep | De 80% a 100% | 88.90% |

En el área 3: **Emociones Agradables**, se halló que el 76% de los pacientes blancos se sienten capaces de resistir la necesidad de consumir drogas cuando experimentan emociones agradables; en tanto que el 77.1% de los pacientes verdes, el 81.8% de los celestes y el 88.9% de los azules experimentan esta seguridad.

Tabla N°15
Emociones Agradables (3)

| Etapa Tratamiento | Frecuencia | Valoración Autoeficacia | Porcentaje |
|-------------------|------------|-------------------------|------------|
| Blanco | 19/25 | De 80% a 100% | 76% |
| Verde | 27/35 | De 80% a 100% | 77.10% |
| Celeste | 09-nov | De 80% a 100% | 81.80% |
| Azul | 08-sep | De 80% a 100% | 88.90% |

En lo referente al área 4: **Probando Mi Control**, se encontró que el 52% de los pacientes blancos se sienten capaces de resistir la necesidad de consumir drogas si es que aparecieran pensamientos de no tener problemas con el consumo de drogas, el 42.8% de los pacientes verdes tienen esta misma valoración de su autoeficacia, mientras que el 63.6% de los celestes y el 77.7% de los azules tienen el mismo nivel de seguridad.

Tabla N°16
Probando mi Control (4)

| Etapa Tratamiento | Frecuencia | Valoración Autoeficacia | Porcentaje |
|-------------------|------------|-------------------------|------------|
| Blanco | 13/25 | De 80% a 100% | 52% |
| Verde | 15/35 | De 80% a 100% | 42.80% |
| Celeste | 07-nov | De 80% a 100% | 63.60% |
| Azul | 07-sep | De 80% a 100% | 77.70% |

En el área 5: **Necesidad Física**, se observa que el 80% de los pacientes blancos se sienten capaces de resistir la necesidad de consumir drogas ante la aparición de una urgencia física, notándose una ligera disminución de esta seguridad en los pacientes verdes (71%) y un mayor porcentaje de los pacientes celestes (72.8%) y azules (77.7%)

Tabla N°17
Necesidad Física (5)

| Etapa Tratamiento | Frecuencia | Valoración Autoeficacia | Porcentaje |
|-------------------|------------|-------------------------|------------|
| Blanco | 19/25 | De 80% a 100% | 80% |
| Verde | 25/35 | De 80% a 100% | 71% |
| Celeste | 08-nov | De 80% a 100% | 72.80% |
| Azul | 07-sep | De 80% a 100% | 77.70% |

En cuanto al área 6: **Conflicto con Otros**, se halló que el 60% de los pacientes blancos se sienten capaces de resistir la necesidad de consumir drogas en caso de tener conflictos interpersonales, en tanto que el 68.6% de los pacientes verdes experimentan este mismo nivel de seguridad, así como el 88.9% de los pacientes azules y el 100% de los pacientes celestes.

Tabla N°18
Conflicto con Otros (6)

| Etapa Tratamiento | Frecuencia | Valoración Autoeficacia | Porcentaje |
|-------------------|------------|-------------------------|------------|
| Blanco | 15/25 | De 80% a 100% | 60% |
| Verde | 24/35 | De 80% a 100% | 68.60% |
| Celeste | 11-nov | De 80% a 100% | 100% |
| Azul | 08-sep | De 80% a 100% | 88.90% |

En lo que respecta al área 7: **Presión Social**, el 68.6% de los pacientes verdes se sienten capaces de resistir la necesidad de consumir drogas frente a la presión social, el 76% de los pacientes blancos tienen este mismo nivel de autoeficacia, así como 100% de los pacientes celestes y azules.

Tabla N°19
Presión Social (7)

| Etapa Tratamiento | Frecuencia | Valoración Autoeficacia | Porcentaje |
|-------------------|------------|-------------------------|------------|
| Blanco | 19/25 | De 80% a 100% | 76% |
| Verde | 24/35 | De 80% a 100% | 68.60% |
| Celeste | 11-nov | De 80% a 100% | 100% |
| Azul | 09-sep | De 80% a 100% | 100% |

En el área 8: **Momentos Agradables con Otros**, se halló que el 68% de los pacientes blancos se sienten capaces de resistir la necesidad de consumir drogas si tuviera el deseo de pasar un momento agradable con otras personas, en tanto que el 57.2% de los pacientes verdes, el 90.9% de los celestes y el 66.6% de los azules experimentan un nivel similar de seguridad.

Tabla N°20
Momentos Agradables con Otros (8)

| Etapa Tratamiento | Frecuencia | Valoración Autoeficacia | Porcentaje |
|-------------------|------------|-------------------------|------------|
| Blanco | 17/25 | De 80% a 100% | 68% |
| Verde | 20/35 | De 80% a 100% | 57.20% |
| Celeste | 10-nov | De 80% a 100% | 90.90% |
| Azul | 06-sep | De 80% a 100% | 66.60% |

Es importante notar que en las áreas 1, 4, 5, 7, 8, los participantes que se encuentran en la etapa de tratamiento nuclear (verdes) hay una disminución en la frecuencia de valoración en su autoeficacia. Una explicación podría estar dada porque en esta etapa empieza el proceso de reinserción familiar del paciente y aún están en proceso de rehabilitación de aspectos relacionados con el manejo de sus emociones, solución de problemas, autocontrol y asertividad, lo cual podría generar inseguridades iniciales que luego la confrontarían con su propia performance, estabilización y el consecuente incremento de su autoeficacia.

Por último se ha encontrado que existe una correlación bilateral entre la autoestima y la autoeficacia. La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Tabla N° 21
Relación Entre La Autoeficacia y La Autoestima

| | AUTOEFICACIA | |
|------------|--------------|-------|
| | r | p |
| AUTOESTIMA | 0.344 | 0.002 |

Conclusiones

- En la muestra analizada se encontró que el 17.5% (14) de los pacientes tienen una autoestima inferior, el 50% (40) una autoestima promedio y el 32.5% (26) una autoestima superior.
- En cuanto a la autoestima, según la etapa de tratamiento, se halló que el 52% (13/25) de los pacientes blancos tiene una autoestima promedio, el 51.4% (18/35) de los pacientes verdes también tiene una autoestima promedio; el 45.5% (5/11) tienen una autoestima promedio y el 55.6% (5/9) tienen una autoestima superior. Es decir que la autoestima se incrementa conforme el paciente va avanzando en su programa de tratamiento.
- Asimismo, se halló que el 35% de los pacientes tienen una autoeficacia baja (28), el 36.3% autoeficacia normal (29) y el 28.8% autoeficacia alta (23).
- En cuanto a la autoeficacia, según la etapa de tratamiento, los residentes blancos mayormente tienen una autoeficacia baja (44%), los verdes autoeficacia normal (45.7%), los celestes y azules autoeficacia alta (54.5% y 55.6% respectivamente) Es decir que la autoeficacia se incrementa según el paciente avanza en el programa de tratamiento.
- En relación a la Autoeficacia, según sus factores, se encontró, en los factores de emociones desagradables, probando mi control, necesidad física, presión social y momentos agradables con otros, un mayor número de pacientes en la Etapa de Adaptación (Blancos) que confían en resistir el impulso de consumir drogas en esas situaciones, en relación a los que están en Etapa de Tratamiento Nuclear (Verdes), lo cual hace necesario su abordaje terapéutico.
- En las áreas de malestar físico, conflicto con otros y momentos agradables con otros, se encontró menos pacientes que están en la Etapa de Pre Alta (Azul) que confían en resistir el impulso de consumir drogas en esas situaciones. Por lo que el afianzar estos aspectos terapéuticamente se hace necesario.
- Existe una correlación bilateral entre la autoestima y la autoeficacia; es decir que conforme la autoeficacia se va incrementando también lo hace la autoestima.

REFERENCIAS

1. Annis, H.M. (1982) Situational confidence questionnaire. Toronto. Adiccion Research Foundation.
2. Bandura, A. (1969) Principles of Behavior Modification.
3. Bandura, A. (1982) Self-Efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist*, 37,122-147.
4. Becoña I. (1999). Factores de riesgo y Protección. Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas: Plan Nacional de drogas. España: Universidad de Santiago de Compostela.
5. Catán, Alejandra. Estudio comparativo de autoestima y habilidades sociales de pacientes adictos de una comunidad terapéutica. *Salud y drogas* 2005; 5(1).
6. Chicharro Romero, Juan; Pedrero Pérez, Eduardo J.; Pérez López, María. Autoeficacia para resistirse al consumo de sustancias como predictora de resultados de tratamiento y su relación con variables de personalidad: estudio de una muestra de adictos con el DTCQ, el VIP y el MCMI-II. *Adicciones*, 2007, vol.19 Núm. 2, págs.141-152.
7. López Torrecillas, F.; Martín, I.; De la Fuente, I. y Godoy, J. Estilo atribucional, autocontrol y asertividad como predictores de la severidad del consumo de drogas. *Psicotema*, 2000. Vol 12, Supl No. 2.
8. López Torrecillas, F.; Salvador, M.; Verdejo, A. y Cobo, P. Autoeficacia y Consumo de Drogas: Una Revisión. *Psicopatología Clínica, legal y Forense*, Vol 2, No.1, 2002.
9. López Torrecillas, F.; Salvador, M.; Ramírez, I. y Verdejo, A. El Papel de la Autoeficacia en el Tratamiento de las Drogodependencias. *Psicopatología Clínica, legal y Forense*. Vol 2, No.1, 2002.
10. Martínez Maldonado, R.; Jorge Pedraoz, L.; Alonso Castillo, M.; López García, K.; Oliva Rodríguez, N. Autoestima, Autoeficacia Percibida, consumo de Tabaco y Alcohol en estudiantes de educación secundaria de Área urbana y rural de Monterrey, Nuevo León, México. *Revista Latinoamericana Enfermedades*. 2008. Mayo-Junio.
11. McKay Matthew, Fanning Patrick. (1999). Autoestima Evaluación y mejora. Ediciones Martínez Roca.
12. Musitu, Gonzalo; Jiménez, Teresa; Murgui, Sergio. Funcionamiento Familiar, autoestima y consumo de sustancias en Adolescentes: Un Modelo de Mediación. *Salud Pública de México*. Vol. 49, No. 1, Enero-Febrero del 2007.
13. Musitu, Gonzalo; Herrero, J. El rol de la Autoestima en el consumo Moderado de Drogas en la Adolescencia. *Sociotam: Revista Internacional de Ciencias Sociales* 2003; 13(1).
14. Trucco, E. BA; Smith Connery, H. MD, PHD, Griffin, M. PHD. The Relationship of Self-Esteem and Self-Efficacy to Treatment Outcomes of Alcohol-Dependent men and Women. *The American Journal on Adiccion*, 16: 85-02, 2007.
15. Sklar, Sherrilyn & Turner, Nigel. A Brief measure for the assessment of doping self-efficacy among alcohol and other drug users. *Addiction* (1999) 94 (5) , 723-729.

