



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA

ESCUELA DE POSGRADO

MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA Y DE LA SALUD

AUTOEFICACIA, ESTADIOS DE CAMBIO Y RIESGO DE RECAÍDA EN
PACIENTES CON ADICCIÓN A DROGAS EN COMUNIDADES
TERAPÉUTICAS DE LIMA, 2022

TESIS

PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE MAESTRA EN PSICOLOGÍA
CLÍNICA Y DE LA SALUD

AUTOR

VALLES VÁSQUEZ JESSICA MILAGROS

(ORCID: 0000-0002-0567-8238)

ASESOR

DÍAZ GERVASI, GIOVANI MARTIN

(ORCID: 0000-0002-2505-2689)

Lima, Perú

2024

Metadatos Complementarios

Datos de autor

Valles Vásquez Jessica Milagros

Tipo de documento de identidad del AUTOR: DNI.

Número de documento de identidad del AUTOR: 70341417

Datos de asesor

Díaz Gervasi, Giovani Martin

Tipo de documento de identidad del ASESOR: DNI.

Número de documento de identidad del ASESOR: 10301350

Datos del jurado

JURADO 1: Fernandez Rodriguez, Rosa Maria, DNI: 09277632, Orcid: 0000-0002-8200-8959

JURADO 2: Huertas Mantilla, Leonardo Percy. DNI: 47355739, Orcid: 0000-0002-4423-1105

JURADO 3: Baños Chaparro, Jonatan Humberto, DNI: 70083856, Orcid: 0000-0002-2604-7822

Datos de la investigación

Campo del conocimiento OCDE: 313247

Código del Programa: 5.01.02

DECLARACIÓN JURADA DE ORIGINALIDAD

Yo, Jessica Milagros Valles Vásquez, con código de estudiante N° 201912510 con DNI N° 70341417, con domicilio en Las Orquídeas, Mz. J, lote 31, distrito de San Bartolo, provincia y departamento de Lima, en mi condición de Maestro en Psicología clínica y de la salud de la Escuela de Posgrado, declaro bajo juramento que:

La presente tesis **titulado:** “Autoeficacia, estadios de cambio y riesgo de recaída en pacientes con adicción a drogas de comunidades terapéuticas de Lima, 2022” es de mi única autoría, bajo el asesoramiento del docente Giovani Martin Diaz Gervasi, y no existe plagio y/o copia de ninguna naturaleza, en especial de otro documento de investigación presentado por cualquier persona natural o jurídica ante cualquier institución académica o de investigación, universidad, etc; la cual ha sido sometida al antiplagio Turnitin y tiene el 17% de similitud final.

Dejo constancia que las citas de otros autores han sido debidamente identificadas en la tesis el contenido de estas corresponde a las opiniones de ellos, y por las cuales no asumo responsabilidad, ya sean de fuentes encontradas en medios escritos, digitales o de internet.

Asimismo, ratifico plenamente que el contenido íntegro de la tesis es de mi conocimiento y autoría. Por tal motivo, asumo toda la responsabilidad de cualquier error u omisión en la tesis y soy consciente de las connotaciones éticas y legales involucradas.

En caso de falsa declaración, me someto a lo dispuesto en las normas de la Universidad Ricardo Palma y a los dispositivos legales nacionales vigentes.

Surco, 25 de marzo de 2024.

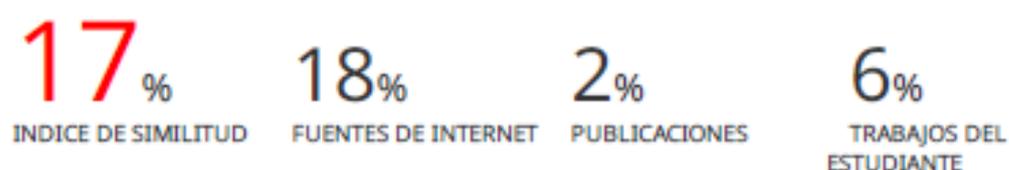


Jessica Milagros Valles Vásquez

DNI N°: 70341417

AUTOEFICACIA, ESTADIOS DE CAMBIO Y RIESGO DE RECAÍDA EN PACIENTES CON ADICCIÓN A DROGAS EN COMUNIDADES TERAPÉUTICAS DE LIMA, 2022

INFORME DE ORIGINALIDAD



FUENTES PRIMARIAS

1	repositorio.autonoma.edu.pe Fuente de Internet	2%
2	idoc.pub Fuente de Internet	1%
3	core.ac.uk Fuente de Internet	1%
4	hdl.handle.net Fuente de Internet	1%
5	repositorio.unfv.edu.pe Fuente de Internet	1%
6	repositorio.upch.edu.pe Fuente de Internet	1%
7	repositorio.umb.edu.pe:8080 Fuente de Internet	1%
8	repositorio.cedro.org.pe Fuente de Internet	1%

9	repositorio.ucv.edu.pe Fuente de Internet	1 %
10	www.aeesme.org Fuente de Internet	1 %
11	repositorio.upn.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
12	eprints.ucm.es Fuente de Internet	<1 %
13	NamSze Cheng, JanitaPakChun Chau, KamLunEllis Hon, ChungMo Chow et al. "Translation and Validation of a Chinese Version of the Parental Self-Efficacy with Eczema Care Index", Dermatology, 2020 Publicación	<1 %
14	es.scribd.com Fuente de Internet	<1 %
15	repositorio.iberoamericana.edu.co Fuente de Internet	<1 %
16	bdigital.dgse.uaa.mx:8080 Fuente de Internet	<1 %
17	revistas.autonoma.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
18	www.dspace.uce.edu.ec Fuente de Internet	<1 %

19	eprints.uanl.mx Fuente de Internet	<1 %
20	qdoc.tips Fuente de Internet	<1 %
21	polodelconocimiento.com Fuente de Internet	<1 %
22	repositorio.upeu.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
23	repositorio.ug.edu.ec Fuente de Internet	<1 %
24	pt.scribd.com Fuente de Internet	<1 %
25	www.madrid.org Fuente de Internet	<1 %
26	repositorio.usil.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
27	www.soyanalistaconductual.org Fuente de Internet	<1 %
28	Submitted to Universidad Ricardo Palma Trabajo del estudiante	<1 %
29	Submitted to Universidad Nacional Federico Villarreal Trabajo del estudiante	<1 %
30	repositorio.ucss.edu.pe	

	Fuente de Internet	<1 %
31	doczz.es Fuente de Internet	<1 %
32	riull.ull.es Fuente de Internet	<1 %
33	docplayer.es Fuente de Internet	<1 %
34	joubertsyndrome.washington.edu Fuente de Internet	<1 %
35	psiquiatria.com Fuente de Internet	<1 %
36	digital.lib.washington.edu Fuente de Internet	<1 %
37	www.drim.es Fuente de Internet	<1 %
38	www.researchgate.net Fuente de Internet	<1 %
39	fdocuments.ec Fuente de Internet	<1 %
40	www.slideshare.net Fuente de Internet	<1 %
41	scielo.isciii.es Fuente de Internet	<1 %

42	nepsi.com Fuente de Internet	<1 %
43	www.repositorio.upla.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
44	cbattc.uccaribe.edu Fuente de Internet	<1 %
45	repositorio.uti.edu.ec Fuente de Internet	<1 %
46	getd.libs.uga.edu Fuente de Internet	<1 %
47	cybertesis.unmsm.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
48	Submitted to Universidad Peruana Los Andes Trabajo del estudiante	<1 %
49	bdigital.unal.edu.co Fuente de Internet	<1 %
50	Submitted to Universidad Rey Juan Carlos Trabajo del estudiante	<1 %
51	www.dspace.uce.edu.ec:8080 Fuente de Internet	<1 %
52	www.trabajosocialpalencia.org Fuente de Internet	<1 %
53	repositorio.uap.edu.pe Fuente de Internet	<1 %

54	www.dipucadiz.es Fuente de Internet	<1 %
55	www.zaragoza.unam.mx Fuente de Internet	<1 %
56	Submitted to Universidad Cesar Vallejo Trabajo del estudiante	<1 %
57	Submitted to Universidad San Francisco de Quito Trabajo del estudiante	<1 %
58	congresopsicologiacolombia.com Fuente de Internet	<1 %
59	repositorioacademico.upc.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
60	repository.unab.edu.co Fuente de Internet	<1 %
61	upcommons.upc.edu Fuente de Internet	<1 %

Excluir citas Activo

Excluir bibliografía Activo

Excluir coincidencias < 20 words

Dedicatoria

A Martin, Harold, Milagritos, Slim y Dora,
mi familia.

Agradecimiento

A Martin Becerra Julca, a Silvana Varela Guevara, a Corina Mallma Paredes, al Dr. José Anicama Gómez y a Raúl Márquez por su comprensión, paciencia y aportes para el desarrollo de esta investigación.

Índice de Contenidos

Dedicatoria.....	10
Agradecimiento.....	11
Índice de Tablas	14
Resumen.....	15
Abstract.....	16
Introducción	17
Capítulo I: Planteamiento del Problema	19
1.1 Descripción del Problema.....	19
1.2 Formulación y Delimitación del Problema.....	26
1.2.1 Problema General.....	26
1.2.2 Problemas Específicos	26
1.3 Importancia y Justificación del Estudio	27
1.5 Limitaciones del estudio.....	30
1.6 Objetivos de la Investigación	31
1.6.1 Objetivo General.....	31
1.6.2 Objetivos Específicos.....	31
Capítulo II: Marco Teórico	33
2.1 Marco Histórico.....	33
2.2 Investigaciones Relacionadas con el Tema	41
2.2.1 Investigaciones Internacionales	41
2.2.2 Investigaciones Nacionales	47
2.3 Estructura Teórica y Científica que Sustente el Estudio	52
2.3.1 Modelo Transteórico de cambio (MTC).....	52
2.3.2 Riesgo de Recaída.....	65
2.4 Definición de términos básicos	68
2.5 Fundamentos teóricos que sustentan el estudio.....	70
2.6 Hipótesis.....	71
2.6.1 Hipótesis General.....	71
2.6.2 Hipótesis Específicas	71
2.7 Variables.....	71
Capítulo III. Marco Metodológico.....	74

3.1	Tipo, Método y Diseño de Investigación	74
3.2	Población y Muestra	75
3.3	Técnicas e instrumentos de recolección de datos	77
3.3.1	Ficha Sociodemográfica.....	77
3.3.2	Cuestionario de Confianza en Situaciones de Riesgo para Consumir Drogas (DTCQ).....	77
3.3.3	Escala de Evaluación del Cambio de la Universidad de Rhode Island (URICA) 80	
3.3.4	Cuestionario de Riesgo de Recaída AWARE 3.0.....	82
3.4	Descripción de procedimientos de análisis.....	85
	Capítulo IV. Resultados y Análisis de Resultados.....	87
4.1	Resultados.....	87
4.1.1	Correlación entre Autoeficacia, Estadios de Cambio y Riesgo de Recaída .	90
4.1.2	Autoeficacia y Variables Sociodemográficas.....	91
4.1.3	Estadios de Cambio y Variables Sociodemográficas	92
4.1.4	Riesgo de Recaída y Variables Sociodemográficas	94
4.2	Análisis de resultados	96
	Conclusiones y Recomendaciones.....	108
	Conclusiones.....	108
	Recomendaciones	111
	Referencias.....	113
	Anexos	123
	Anexo 1. Declaración de Autenticidad y no plagio	124
	Anexo 2. Autorización de consentimiento para realizar la investigación.....	125
	Anexo 3. Matriz de consistencia.....	131
	Anexo 4. Matriz de operacionalización de variables	132
	Anexo 5. Instrumentos utilizados	134
	Anexo 6. Tablas de evidencias de validez y confiabilidad	141
	Anexo 7. Otras tablas de procesamiento estadístico.....	154
	Anexo 8. Consentimiento Informado para Participar en una Investigación	157
	Anexo 9. Autorización para emplear la adaptación a la población peruana del Cuestionario de Confianza ante Situaciones de Consumo de Drogas (DTCQ).....	161
	Anexo 10. Autorización para emplear la adaptación a la población peruana de la Escala de Evaluación del Cambio de la Universidad de Rhode Island – URICA.	162

Índice de Tablas

Tabla 1. Descripción de la muestra	71
Tabla 2. Correlación entre Autoeficacia, Estadios de cambio y Riesgo de recaída	75
Tabla 3. Diferencia estadística de Autoeficacia según variables sociodemográficas.....	76
Tabla 4. Diferencia estadística de Estadios de cambio según variables sociodemográficas	77
Tabla 5. Diferencia estadística de Riesgo de recaída según variables sociodemográficas.....	79

Autoeficacia, Estadios de Cambio y Riesgo de Recaída en Pacientes con Adicción a Drogas en Comunidades Terapéuticas de Lima, 2022

Jessica Milagros Valles Vásquez

Resumen

Se determinó la relación que existe entre la autoeficacia, los estadios de cambio y el riesgo de recaída en 204 pacientes con adicción a drogas de ambos sexos de comunidades terapéuticas de Lima. El diseño fue no experimental, de nivel correlacional. Se validaron y utilizaron las siguientes escalas: el Cuestionario de Confianza ante Situaciones de Riesgo de consumo de drogas (DTCQ) de Annis & Martin (1985), la Escala de Evaluación del Cambio de la Universidad de Rhode Island (Prochaska & DiClemente, 1984) y el Cuestionario de Riesgo de recaída AWARE 3.0 de Gorski y Miller (2000). Se observó una relación muy significativa entre la Autoeficacia y los estadios de cambio de Contemplación ($r=.229$, $p=.001$) y Acción ($r=.202$, $p=.004$). Además, el Riesgo de recaída se relaciona de manera significativa con Precontemplación ($r=.153$, $p<.05$) y con Mantenimiento ($r=.162$, $p<.05$). De la misma manera, la Autoeficacia y el Riesgo de recaída se relacionan negativa y muy significativamente ($r= -.262$, $p=.000$). Por otro lado, se apreciaron diferencias significativas con variables como sexo, tiempo de consumo o tiempo de tratamiento. Entonces, el aumento del nivel de riesgo de recaída estaría relacionado a una baja autoeficacia, así como al estadio de cambio de precontemplación.

Palabras clave: Autoeficacia, estadios de cambio, riesgo de recaída, comunidad terapéutica.

Self-Efficacy, Stages of Change and Risk of Relapse in Patients with Drug Addiction in Therapeutic Communities of Lima, 2022

Jessica Milagros Valles Vasquez

Abstract

The relationship between self-efficacy, the stages of change and the risk of relapse was determined in 204 patients with drug addiction, of both sexes from therapeutic communities in Lima. The design was non-experimental, correlational level. The following scales were validated and used: Drug Use Risk Confidence Questionnaire (DTCQ) by Annis & Martin (1985), the University of Rhode Island Change Assessment Scale (Prochaska & DiClemente, 1984), and the Relapse Risk Questionnaire AWARE 3.0 by Gorski & Miller (2000). A highly significant relationship was observed between Self-efficacy and the Contemplation phase ($r=.229$, $p=.001$) and Action ($r=.202$, $p=.004$). In addition, the risk of relapse significantly related to Precontemplation ($r=.153$, $p<.05$) and Maintenance ($r=.162$, $p<.05$). In the same way, self-efficacy and risk of relapse are negatively and very significantly related ($r= -.262$, $p=.000$). On the other hand, significant differences were observed with variables such as sex, consumption time or treatment time. Then, the increased level of risk of relapse would be related to low self-efficacy, as well as the stage of change from precontemplation.

Keywords: Self-efficacy, stages of change, risk of relapse, therapeutic community.

Introducción

El tratamiento de personas con abuso y adicción a drogas acarrea grandes costos económicos, sociales, médicos e individuales, por lo cual es de suma importancia que se centren los esfuerzos en realizar investigaciones e intervenciones a nivel promocional, preventivo y de reducción de daños dirigidos a que quienes tienen problemas con el abuso de sustancias puedan tener un cambio de estilo de vida a uno más saludable y logren tener una vida de calidad, además de ser un ciudadano que contribuya de manera favorable a nuestro país.

Con frecuencia se observa en la prensa diversas publicaciones y denuncias acerca del deficiente trato e intervención que algunas comunidades terapéuticas del Perú brindan a los usuarios en el internamiento, esto probablemente se debe a la baja presencia de profesionales o de trabajadores poco capacitados en intervenciones actuales basadas en evidencia científica, lo cual hace que la tasa de reincidencia se mantenga o se vea aumentada, pero sobre todo carecen de trato humano que permita al paciente con adicción a drogas recibir un tratamiento digno, efectivo y de calidad.

En este sentido, esta investigación se plantea luego de la observación de aspectos que deben ser reforzados en la intervención psicológica para casos de adicciones, para esto se requiere fundamentar qué tipo de variables tienen asociación directa o inversa sobre la recaída y con ello las instituciones podrán tener evidencia ajustada a su contexto, de manera que podrán decidir qué criterios de su programa de internamiento son necesarios modificar o implementar, y también capacitar a su personal con información actualizada.

Por lo antes mencionado, se tuvo como fin el describir y precisar la relación que existe entre la autoeficacia frente a estímulos de alta probabilidad de retorno al consumo de drogas, los estadios de cambio y el riesgo de recaída en pacientes con diagnóstico de trastornos del

comportamiento debido al uso de drogas que actualmente estén recibiendo tratamiento en modalidad residencial en comunidades terapéuticas de Lima.

Finalmente, se espera que los hallazgos sean una contribución relevante al ámbito de la intervención psicológica en las conductas adictivas.

Capítulo I. Planteamiento del Problema

1.1. Descripción del Problema

El consumo, la elaboración y el tráfico de estupefacientes se ha convertido en un problema cada vez mayor que no sólo se focaliza en la persona consumidora y en su impacto desfavorable a corto y a largo plazo, sino que también estos efectos se dirigen a otras áreas: familia, comunidad, sociedad, economía, gobierno y otros. En ese sentido, múltiples fenómenos que se vinculan al uso de sustancias serán observados: la inserción de personas en actividades económicas ilícitas (llamados coccaleros y otros), la baja presencia del estado en las zonas de siembra y producción de drogas que hace que el narcotráfico gane mayor territorio, generando un incremento de los índices de agresividad, la inseguridad ciudadana, prostitución y el cohecho de funcionarios en gobiernos locales y regionales, incremento de la violencia en sus múltiples formas, lavado de activos, financiamiento del tráfico ilícito de drogas, entre otros (Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas [DEVIDA], 2017a).

Otros problemas que genera el abuso de drogas es el alto costo económico que de él se deriva, el cual es elevado en todos los países con altos índices de consumo; para el 2015 el vecino país Ecuador estimó que fue de USD 13 per cápita, lo que representa un 0.2% del Producto Bruto Interno (PBI), mientras que en el Perú la cifra ascendió a USD 16 per cápita para el mismo año, esto evidencia que las diferencias en el costo económico del consumo de drogas no son distantes (Naranjo y Jaramillo, 2017).

Al hablar sobre las secuelas del consumo de drogas en el individuo y en su entorno cercano se sabe que la adicción genera problemas a largo plazo en la persona, originando mayores conductas problemáticas o antisociales, y síntomas patológicos a nivel individual, así como el aumento de los problemas a nivel psicosocial (Macleod et al., 2005). Al tener en

cuenta que el costo social y económico de una persona adicta es alto, es necesario reconocer que el tratamiento lo es también, y éste se ve incrementado si es en modalidad residencial, puesto que la persona se encuentra recibiendo intervención terapéutica los siete días de la semana, por lo tanto, es evidente que estos costos se ven multiplicados con respecto a la tasa de recaídas y que se espera que mientras más historia de reincidencia en los patrones de conducta adictiva tenga la persona, su disposición para tomar decisiones acerca de abandonar el consumo, la motivación para hacerlo y la calidad de vida se verán notablemente afectadas, dado que presentar problemas de adicción está fuertemente relacionado con el contexto en el cual la persona se desenvuelve (González-Roz et al., 2021).

La Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC, 2019), en su Informe Mundial sobre las Drogas reporta que la cantidad de personas que usan drogas ha incrementado en un 30% en comparación con el 2009. Además, en el 2017, el 5.5% de la población mundial de quince a sesenta y cuatro años (cifra que asciende a 271 millones de personas) ha probado algún tipo de droga durante el año previo. Sólo en India y Nigeria, se considera que son más de treinta y cinco millones de personas las que sufren algún diagnóstico asociado a la dependencia del consumo de estupefacientes, mientras que, en Estados Unidos, entre el 2007 y el 2017, la cantidad de personas que consumió marihuana incrementó en un 60% aproximadamente, y el número de personas que lo hacen de manera diaria o casi diariamente se duplicó en el mismo lapso. Este incremento progresivo de los indicadores de consumo de drogas a nivel mundial resulta alarmante debido a las nocivas consecuencias asociadas a esta problemática que se han expuesto líneas arriba.

García-Álvarez et al. (2020) mencionan que la pandemia de COVID-19 así como las medidas de confinamiento que ha adoptado la comunidad internacional para contener la propagación del virus podrían tener consecuencias psicológicas disfuncionales como ansiedad, depresión o estrés, lo cual podría producir el aumento de comportamientos de

riesgo como el abuso de alcohol o tabaco como estrategia de evitación o disminución de dichos estados emocionales. De la misma manera, las personas que tuvieron tratamientos previos por trastorno por consumo de drogas y que antes del confinamiento estuvieron en remisión, podrían hacerles frente a situaciones de alto riesgo como constantes emociones desagradables, tensión y deseos intensos de consumir, lo cual favorecería el incremento del riesgo de recaída (García-Álvarez et al., 2020; Ponciano, 2020).

Además, la UNDOC (2020) reporta que la disponibilidad de tratamiento por trastornos por consumo de drogas sigue siendo bajo, e incluso los mandatos de distanciamiento físico exigidos durante la pandemia por infección de coronavirus habrían mermado mucho más el acceso a un tratamiento para muchas personas. El recibir estos servicios varía según el tipo de droga y del país: entre el 2015 y el 2018 la proporción de personas con problemas de abuso de narcóticos que accedieron a algún tipo de intervención fluctúa entre menos del uno por ciento hasta el 86%, cifras que continúan siendo muy bajas en algunos países.

El nivel de afectación producto del abuso de drogas para la salud es más fuerte según la vía de administración usada (oral, fumada, inyectada, esnifada, inhalada, etc.) debido a las altas probabilidades de contraer otro tipo de enfermedades. La UNODC (2019) indica que más de un millón de personas se inyectaban sustancias en el mundo en el 2017, de ellas, el 12.5% vive con VIH (1.4 millones de personas) y que la probabilidad de contagio del VIH entre los consumidores de drogas de manera inyectada es 22 veces mayor que la población general. Asimismo, se considera que un poco más de cinco millones de usuarios de drogas que tienen la misma forma de consumo viven con hepatitis C. En cuanto a la cifra de decesos y años de vida saludable perdidos debido al uso de narcóticos, en el 2017 aproximadamente 585 mil personas murieron y se perdieron cuarenta y dos millones de años de vida con salud

(defunciones precoces y tiempo vividos con discapacidad), todo esto debido al uso de sustancias psicoactivas.

En Latinoamérica, las consecuencias del consumo de sustancias no varían, por el contrario, son alarmantes puesto que se evidencia el bajo porcentaje de personas que buscaron y tuvieron acceso a intervención por diagnóstico asociados al uso de estupefacientes a pesar de la gran cantidad de individuos que requiere intervención terapéutica debido a este problema. Ante esto, la Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación de Argentina (SEDRONAR, 2017) señala que 14 029 396 personas han consumido una o varias drogas legales o ilegales durante el último año en ese país, de los cuales, solo el 0.8% buscó apoyo terapéutico para reducir el consumo en ese lapso, siendo los varones quienes buscaron mayor ayuda profesional que las mujeres (59.2% vs. 35.8%); además, las edades con mayor proporción fueron de treinta y cinco a 49 años con el 1.3%, y de dieciocho a 24 años con el 1.1%. Además, el 11.7% presenta indicadores de dependencia a drogas legales o ilegales. Con respecto a los lugares y tipo de tratamiento, el 13.1% lo ha recibido en comunidades terapéuticas, no obstante, un número grande de personas buscó ayuda profesional pero no realizó tratamiento por alguna razón (n=52 240).

En cuanto al Perú, DEVIDA (2017b) estima que el 9.4% de la población escolar demanda tratamiento por consumo de drogas, sin embargo, solo el 3.8% indica haber tenido acceso a servicios de tratamiento; y se reporta que el tratamiento residencial fue el de mayor acceso (42.3%), frente a un 40.5% en tratamiento ambulatorio y un 18.2% en modalidad semi residencial.

Ahora bien, el poco acceso al tratamiento no es la única causa de preocupación entre los especialistas, se conoce bien que el fenómeno de las recaídas constituye un problema nuclear dentro de las adicciones. Marlatt y Gordon (1985) postulan que la recaída es el desenlace que presenta un individuo al enfrentarse a un evento de riesgo que amenaza su

percepción de autoeficacia y que no logra actuar con formas de afronte adecuadas y que logre asegurar que su abstinencia se prolongue, de manera que aumente el riesgo de recaídas. Es, entonces, un proceso en el que se presentan factores cognitivos y situacionales, centrándose en los factores precipitantes y en las reacciones que suceden después de un lapso de limpieza del consumo.

En relación a la tasa de recaídas, Grau-López (2014) refiere que, en un grupo de 481 españoles con adicción, el 48.4% retomaron el consumo luego de noventa días, y el 66.7% a los ciento ochenta días luego de iniciar un tratamiento, mientras que Kalani (2019) afirma que la prevalencia de la recaída fue de 63.3% en 269 pacientes con adicción al alcohol de un hospital de Butabika en Uganda. En el Perú, las cifras tampoco son alentadoras, Jara (2008) indica que, al término de un año de tratamiento en tres hospitales de Lima, la tasa de deserción es del 62%, mientras que DEVIDA (2017b) menciona que los resultados del tratamiento accedido por escolares son positivos en un 38.6% para el cese y en 35.1% para la disminución del consumo de drogas; no obstante, existe un 9.7% que abandonó el tratamiento y un 9.4% que retornó al consumo luego de recibir tratamiento.

Debido a estas preocupantes cifras, múltiples investigaciones intentan describir y explicar qué eventos y estímulos se vinculan con el regreso al uso de drogas, entre ellos Anicama et al. (2001) refieren que en una muestra de 67 adictos en Lima, los factores intrapersonales tienen mayor implicancia en el retorno al consumo de sustancias, es decir, situaciones relacionadas a emociones agradables o desagradables, deseos de consumo, creencias de que se tiene el control del consumo y estados físicos negativos; y en menor medida se aprecian los factores interpersonales (76.12% vs. 23.88%), es decir, por emociones agradables a partir de interacción social, conflictos interpersonales y la presión social.

En la misma línea de los factores intrapersonales, Martínez y Pedroza (2011) hallaron que, en una muestra de 160 adolescentes mexicanos, quienes sufren mayor número de

recaídas tienen consumos mayores y presentan un ambiente familiar menos favorable; asimismo, Pedroncini (2015) indica que existe mayor vulnerabilidad a la recaída en los adictos que tuvieron rígidos o negativos estilos de crianza, destacando que también había menos soporte de su entorno, sin embargo, quienes tuvieron mayor flexibilidad por parte de sus padres tienen menor probabilidad de recaer; y Martínez et al. (2019) afirman que entre las causas relacionadas con la recaída se encuentra el momento de inicio, la cantidad de años de consumo, qué narcóticos usa, la modalidad de intervención que recibe, su motivación y adherencia, así como el contexto social y familiar en el que se desarrolla.

A la luz de estos hallazgos en los últimos años, los investigadores y psicólogos ligados al campo de las adicciones han buscado algunos factores que permitan identificar a aquellos sujetos con alto o bajo riesgo de recaer en situaciones asociadas al consumo de sustancias. En esta línea, dos conceptos emergen con mucha fuerza: la autoeficacia y los estadios de cambio. La primera es entendida como la confianza que tiene la persona en sus propias habilidades para reducir o frenar el consumo, resistir el deseo y tentación y mantener los cambios conductuales en el tiempo (Müller et al., 2019), mientras que los estadios de cambio son un factor importante en la detección de un requerimiento de la modificación de conducta, superación de la ambivalencia, la búsqueda de necesidad de tratamiento, en la reducción del consumo y mantenerse en abstinencia, por tanto, disminuir la probabilidad de recaída.

Tal es así que varios investigadores decidieron estudiar estas variables, Pérez (2011) halló que, en una muestra de 76 pacientes españoles con dependencia de drogas en tratamiento en comunidad terapéutica, aumentaron los niveles de autoeficacia [$F(1,73) = 1440, p < .001$] a los seis meses de tratamiento, lo que evidencia que la tentación del consumo disminuyó de manera significativa y la confianza aumentó significativamente, es decir, la Autoeficacia incrementó considerablemente; en cuanto a la evaluación del cambio, la fase

que incrementa en el mismo lapso es el estadio de Acción [$F(1.75) = 11979, p < .001$], por tanto, se aprecia que sus expectativas de cambio han incrementado en ese período de tiempo. Además, Blanco y Jiménez (2015) observaron que, en una muestra de 101 adolescentes costarricenses en tratamiento por consumo de sustancias, a menores niveles de confianza situacional (seguridad del individuo ante situaciones en las cuales existiría mayor posibilidad del uso de narcóticos), habrá mayores precipitantes a las recaídas ($r = .399, p < .01$).

Asimismo, Valles (2016) halló una asociación inversa muy significativa ($r = -.389, p < .05$) entre la autoeficacia y la probabilidad de recaída en personas internadas en comunidades terapéuticas de Lima Sur; mientras que Kalani (2019) analizó la autoeficacia como mediadora de la recaída, hallando que no se relacionaban significativamente en pacientes alcohólicos en Uganda ($OR = .93$; IC de 95% = .85-1, $p = .061$); no obstante, Müller et al. (2019) refieren que el nivel de autoeficacia al alta del tratamiento muestra una asociación moderada con la motivación luego de un año de seguimiento ($r = .492, p < .001$) y con la autoeficacia al año de seguimiento ($r = .546, p < .001$), y que ésta tiene un efecto significativo de interacción con el tiempo ($F [3, 217] = 16.54, p < .001$) dependiendo de la abstinencia o del consumo a los cinco años de seguimiento, hallando que el grupo de abstinencia presenta un incremento en los niveles de autoeficacia y el grupo que retornó al consumo mostró una disminución de la misma.

Además, Olubunmi y Adedotun (2020) refieren que la autoeficacia se relaciona de manera directa con la intención de dejar de consumir drogas ($Beta = .244, p < .05$) en sujetos drogodependientes en Nigeria. En referencia a las etapas de cambio, Félix et al. (2018) encontraron que éstos y el nivel de motivación no difieren estadísticamente ($p > .05$) en sujetos brasileños. Sin embargo, Abramonte (2019) afirmó que la motivación para cambiar y la posibilidad de recaer se relacionan de forma negativa, pero débil ($r = -.082, p < .05$) en drogodependientes de Lima.

Estos datos evidencian un incremento notable de la prevalencia de las recaídas en el Perú y a nivel mundial, así como la discrepancia de los investigadores con respecto a la asociación que tiene la autoeficacia, los estadios de cambio y el riesgo de recaída en personas con diagnóstico de adicciones, es por ello que se requiere que los estudios y las posteriores intervenciones se enfoquen en los factores que refuercen los deseos de cambio y el mantenimiento de la abstinencia.

Tras haber analizado las preocupantes cifras que revelan que en el transcurso del tiempo el abuso de drogas y los problemas asociados se han ido incrementando, conociendo además las bajas tasas de acceso a los tratamientos ambulatorios y de modalidad residencial, y la alta frecuencia de recaídas en esta población, resulta necesario reunir esfuerzos que permitan evidenciar qué factores están directamente vinculados al riesgo de regresar a consumir estupefacientes, de modo que se pueda garantizar que las acciones de intervención que se realicen apunten a aquellas variables realmente implicadas y así incrementar la probabilidad de éxito en el tratamiento. Es por ello que esta investigación buscará conocer si la autoeficacia, los estadios de cambio y el riesgo de recaída se relacionan en pacientes con adicción a drogas actualmente internados recibiendo una intervención en modalidad residencial en comunidades terapéuticas de Lima.

1.2. Formulación y Delimitación del Problema

1.2.1. Problema General

Por lo sustentado anteriormente, se formula el siguiente problema de investigación:

¿Cuál es la relación que existe entre la autoeficacia, los estados de cambio y el riesgo de recaída en pacientes con adicción a drogas en comunidades terapéuticas de Lima?

1.2.2. Problemas Específicos

1. ¿Cuáles son los niveles de autoeficacia y sus dimensiones en pacientes con adicción a drogas en comunidades terapéuticas de Lima, 2022?
2. ¿Cuáles son las frecuencias y porcentajes de cada estadio de cambio en pacientes con adicción a drogas en comunidades terapéuticas de Lima, 2022?
3. ¿Cuáles son los niveles del riesgo de recaída en pacientes con adicción a drogas en comunidades terapéuticas de Lima, 2022?
4. ¿Cuáles son las diferencias estadísticamente significativas a nivel de la autoeficacia según edad, sexo, estado civil, nivel educativo, ocupación, tiempo de consumo, tiempo de tratamiento, número de tratamientos previos en pacientes con adicción a drogas en comunidades terapéuticas de Lima, 2022?
5. ¿Cuáles son las diferencias estadísticamente significativas a nivel de los estadios de cambio según edad, sexo, estado civil, nivel educativo, ocupación, tiempo de consumo, tiempo de tratamiento, número de tratamientos previos en pacientes con adicción a drogas en comunidades terapéuticas de Lima, 2022?
6. ¿Cuáles son las diferencias estadísticamente significativas a nivel del riesgo de recaída según edad, sexo, estado civil, nivel educativo, ocupación, tiempo de consumo, tiempo de tratamiento, número de tratamientos previos en pacientes con adicción a drogas en comunidades terapéuticas de Lima, 2022?

1.3. Importancia y Justificación del Estudio

El consumo de drogas genera múltiples efectos negativos en el individuo, su entorno y la sociedad. El Perú es uno de los más grandes elaboradores y exportadores de hoja de coca y cocaína en el mundo, lo que ha producido un fácil acceso a las sustancias y se ha reducido la percepción de riesgo del consumo y sus consecuencias en los adolescentes y jóvenes (Salazar et al., 2011). Múltiples organismos nacionales e internacionales, incluyendo sector público y privado, trabajan constantemente para el combate del consumo y la comercialización de

narcóticos a través del diseño de estrategias de intervención en diversas áreas: promoción de una vida sin drogas, prevención e intervención del abuso de sustancias a nivel individual, familiar, comunitario, programas para las escuelas, políticas de salud, económicas, entre otras; sin embargo, muchos de estos esfuerzos tienen que seguir fortaleciéndose para que los resultados positivos incrementen y se mantengan (Salazar et al., 2011).

La UNODC (2019) señala que la disponibilidad de nuevos datos confiables sobre los daños del abuso de psicoactivos ayuda a mejorar y ampliar las medidas y los servicios que se brindan a las personas y ámbitos en los que el consumo y tráfico de drogas tiene mayor perjuicio, por tanto, es necesario aumentar los recursos no sólo económicos, sino de información científica y análisis de la misma que sirva para diseñar estrategias de prevención e intervención, así como de políticas públicas eficaces que respeten los lineamientos mundiales sobre los derechos humanos y que sean accesibles, pues la situación del consumo de drogas en el mundo es cambiante y compleja, por ello se requiere disponer de información actualizada, de calidad y precisa sobre el tema.

Por su parte, García-Álvarez et al. (2020) sugieren que se debe poner atención a los tratamientos por drogodependencias para reducir el riesgo de recaída puesto que el afronte a situaciones de tensión emocional y de deseos de consumo podrían ser factores que provocan el retorno al uso de drogas como alivio a estados emocionales desagradables, y que se han visto incrementados durante el estado actual de confinamiento por COVID-19.

Con base a lo mencionado, la presente investigación tiene justificación teórica, puesto que permitirá aportar nueva data sobre la asociación entre la autoeficacia, los estadios de cambio y el riesgo de recaída y, además, ayudará a apoyar con datos actualizados a los modelos teóricos que se han escogido como marco de esta investigación; mientras que a nivel práctico, servirá de beneficio para comprender cómo se manifiestan estas variables dentro del tratamiento residencial de manera que las instituciones, previa comunicación de los

resultados, podrán evaluar su plan de intervención y diseñar nuevas estrategias que permitan mejorar los sistemas preventivo-promocionales y rehabilitación de las drogodependencias.

Esto se fundamenta a partir de investigaciones previas en muestras similares que señalan que la autoeficacia (Valles, 2016) y los estadios de cambio (Abramonte, 2019) se asocian de manera negativa y significativa con la probabilidad de recaídas en drogodependientes internados en comunidades terapéuticas de Lima Sur y ambas autoras recomiendan continuar estudiando tales variables en tratamientos similares, ya que se observa que dichos constructos podrían intervenir en el éxito de la rehabilitación de drogodependientes y, por tanto, mantener la abstinencia y reducir la vulnerabilidad frente a las recaídas (Ibrahim et al., 2011; Rivera, 2011; Saravia y Frech, 2012; Tijerina, 2005).

Finalmente, a nivel metodológico, se obtendrán las propiedades psicométricas del cuestionario de Confianza ante situaciones de riesgo de consumo de drogas de Annis y Martin (1985), de la Escala de la Evaluación del Cambio de Prochaska y DiClemente (1984) y del Cuestionario de Riesgo de recaída AWARE 3.0 de Gorski y Miller (1986), en la presente muestra.

1.4. Delimitación del Estudio

1.4.1. Delimitación Espacial

Con respecto a la delimitación espacial del estudio, ésta se realizó con personas con adicción a drogas que se encontraban recibiendo un proceso de intervención en modalidad residencial en comunidades terapéuticas de Lima.

1.4.2. Delimitación Temporal

En referencia a la delimitación temporal, la recolección de los datos se realizó con pacientes con adicción a drogas de 18 a 65 años durante los meses de febrero, marzo, abril y setiembre del 2022, además, el análisis de los datos y la elaboración del reporte final se ejecutó durante los meses de octubre y noviembre del 2022 y mayo de 2023.

1.4.3. Delimitación Teórica

La medición de los niveles de autoeficacia, de los estadios de motivación al cambio y del riesgo de recaída, así como la relación entre éstas para posterior análisis fueron tomados a partir del Modelo Transteórico de Cambio de Prochaska y DiClemente (1985) y del Modelo de Etapas de Recaída de Gorski (1982), los cuales constituyen la delimitación teórica de la presente investigación.

1.5. Limitaciones del Estudio

En cuanto a las barreras de la investigación la constituyó el acceso a la muestra dado que al realizarse en Comunidades Terapéuticas (CT) de Lima que pertenecen al sector privado, fue necesario solicitar una reunión con los directores de cada institución para mencionar los objetivos y acepten de manera voluntaria la participación en la investigación, lo cual requirió mayor tiempo para iniciar la recolección de los datos, por tanto, el contacto con cada CT se realizó por lo menos con un mes de anticipación.

Por otro lado, el contexto de pandemia por COVID-19 ha provocado que muchas de las naciones determinen entrar en cuarentena y distanciamiento físico a través de decretos legales en los cuales se indica que no se permite la aglomeración de personas, así como la implementación de estrictas medidas de bioseguridad. El Perú no escapa de tales disposiciones, en consecuencia, el cuidado que mantienen las CT en Lima es riguroso para evitar el contagio de los usuarios que reciben tratamiento residencial. El acceso de personas externas a dichas instituciones es limitado y se solicita que el visitante use equipos de protección personal (EPP) como mascarilla, protector facial y una bata. Por lo tanto, la investigadora empleó los EPP necesarios y tomó medidas de distanciamiento físico y no aglomeración para evitar la propagación del virus mientras se realiza la recogida de información de la muestra de estudio. Además, para el ingreso a algunas instituciones, se

acató la normativa interna de someterse a una prueba rápida de COVID-19 para confirmar que no haya infección antes del acceso a la comunidad terapéutica.

Durante la aplicación de los cuestionarios, varios de los participantes se negaron a participar del estudio, otro grupo abandonó el completado de los instrumentos y un número de ellos no cumplían los criterios de inclusión del mismo, por lo cual se redujo la cantidad de la muestra, entonces se buscó tener acceso al mayor número de CT, de manera que se logre llegar a una muestra significativa. Además, se tuvo la limitación de realizar una mayor comparación de las diferencias de sexo con respecto a las variables debido a que son pocas las CT que realizan tratamientos residenciales para mujeres; sin embargo, se trató de realizar un muestreo de bola de nieve con los directores de las CT o con los participantes para tratar de alcanzar mayor muestra de sexo femenino.

Finalmente, respecto al tipo de diseño seleccionado para este estudio, al ser este uno correlacional, no permite arribar a conclusiones acerca de la causalidad de las variables y su asociación a lo largo del tiempo con el riesgo de recaída.

1.6. Objetivos de la Investigación

1.6.1. Objetivo General

Determinar la relación que existe entre la autoeficacia, los estadios de cambio y el riesgo de recaída en pacientes con adicción a drogas en comunidades terapéuticas de Lima, 2022.

1.6.2. Objetivos Específicos

1. Describir los niveles de autoeficacia y sus dimensiones en pacientes con adicción a drogas en comunidades terapéuticas de Lima, 2022.
2. Describir los estadios de cambio en pacientes con adicción a drogas en comunidades terapéuticas de Lima, 2022.

3. Describir los niveles de riesgo de recaída en pacientes con adicción a drogas en comunidades terapéuticas de Lima, 2022.
4. Determinar si existen diferencias estadísticamente significativas a nivel de la autoeficacia según edad, sexo, estado civil, nivel educativo, ocupación, tiempo de consumo, tiempo de tratamiento, número de tratamientos previos en pacientes con adicción a drogas en comunidades terapéuticas de Lima, 2022.
5. Determinar si existen diferencias estadísticamente significativas a nivel de los estadios de cambio según edad, sexo, estado civil, nivel educativo, ocupación, tiempo de consumo, tiempo de tratamiento, número de tratamientos previos en pacientes con adicción a drogas en comunidades terapéuticas de Lima, 2022.
6. Determinar si existen diferencias estadísticamente significativas a nivel del riesgo de recaída según edad, sexo, estado civil, nivel educativo, ocupación, tiempo de consumo, tiempo de tratamiento, número de tratamientos previos en pacientes con adicción a drogas en comunidades terapéuticas de Lima, 2022.

Capítulo II: Marco Teórico

2.1 Marco Histórico

Varios autores fijan el registro más antiguo de los términos “drogas” y “adicción” entre los años 5000 a.C. (Correa, 2007) y 2700 a.C. (Pinto, 1998), momento en el cual la marihuana aparece en las descripciones de la cultura China, constituyendo el narcótico más importante de los países islámicos y al parecer ya se conocían las posibles ventajas y riesgos de su uso.

El cultivo de marihuana proveniente de la planta cannabis, es registrada arqueológicamente desde hace 10 000 años y se usaba como fibra textil desde el año 4000 a.C. destinada a la confección de zapatos, sogas, ropa y velas de barcos (Correa, 2007). El consumo de marihuana de manera fumada e ingerida se extendió por el Oriente durante la Edad Media cuando se conocieron por primera vez sus propiedades alucinógenas; fueron los médicos árabes quienes la llevaron a las universidades de Europa junto al conocimiento sobre sus propiedades farmacológicas. En la misma época, los aprendices de brujo usaban la marihuana en bebidas y ungüentos que sectas satánicas empleaban para buscar la ayuda del demonio y experimentaban la psicosis química producto del consumo y estos efectos eran considerados como posesión demoníaca temporal (Correa, 2007).

Los sabios y médicos que acompañaron a Napoleón a Egipto fueron quienes realizaron los primeros estudios sobre la marihuana, a partir de 1845 luego de constantes investigaciones, el consumo de esa sustancia se expandió en París entre médicos, poetas, literatos y artistas en reuniones bohemias. Se cree que la planta fue introducida a América traída por esclavos negros, no obstante, hay indicios de que los conquistadores españoles la introdujeron por Chile, y luego el consumo se extendió a Colombia por los años 20 proveniente de Panamá (Pinto, 1998), y actualmente es el estupefaciente ilegal más usado en Estados Unidos (UNDOC, 2019). Asimismo, se señala que el abuso de marihuana se

vinculaba a grupos específicos, pero con la llegada de la cultura *hippie*, de la aparición del rock y del reggae, se extendió su uso recreativo a todos los estratos sociales y se asociaba con la rebeldía juvenil (Correa, 2007).

Otra sustancia que es descrita desde la historia antigua es el opio, el cual es representado por los sumerios y por los egipcios desde el siglo XVI a.C. quienes lo incluían en 700 y 800 recetas (Pinto, 1998). La adormidera, planta de amapola, fue empleada como alimento o aceite, los datos señalan que hacia el año 3000 a.C. ya se conocían sus efectos psicotrópicos (Correa, 2007). Además, en Grecia, Hipócrates apoyaba el uso del opio para el tratamiento de las leucorreas y bochornos uterinos. En el Renacimiento, Paracelso, el más grande médico de la época, hacía preparados con opio y otras plantas que empleaba con pacientes que iban a ser amputados. El comercio ilegal de opio incrementó en el Oriente durante los primeros cincuenta años del siglo XIX por parte de Inglaterra en China, pero los pobladores de la zona luchaban por impedirlo, puesto que ya habían más de dieciséis millones de adictos al opio fumado en China, por lo cual se generó un conflicto en el que los ingleses los superaron, por tanto, los orientales se vieron obligados a aceptar el tráfico ilegal de opio y entregar el islote de Hong Kong a la reina Victoria desde 1843; estos hechos son conocidos como la guerra del opio, la que finalizó en 1997 cuando el territorio fue devuelto a China (Correa, 2007; Pinto, 1998).

Hacia fines del siglo XIX la morfina, nombrada así debido al dios del sueño Morfeo, fue aislada y la heroína o diaacetilmorfina se sintetizó en 1874, a la vez que se crearon las máquinas de cigarrillo, haciendo que el costo disminuya y aumente su consumo, años después fue comercializada por los laboratorios Bayer como antitusígeno y como reemplazo del opio y de la morfina en los procesos de deshabituación (Correa, 2007). Se calcula que en los inicios del siglo XX ya eran tres millones de personas con adicción a los opiáceos y debido a ello a partir de 1906 se exigía que en etiquetas y anuncios se indique la

concentración de tal sustancia, de la misma manera que con la cocaína. Posterior a ello han surgido derivados del fentanilo, un opioide usado como analgésico y anestésico, aquellas sustancias son potentes y han producido muertes, e incluso son consumidas de manera simultánea con alcohol, marihuana, cocaína y otros (Pinto, 1998).

Con respecto al alcohol, las investigaciones históricas no son concluyentes, pero se presume que podría ser la primera sustancia psicoactiva que surgió a partir de la fermentación de algún fruto o de la miel, dado que desde el año 8000 a.C. ya existían vasijas y que alrededor del año 5000 a.C. se usaban para el almacenamiento de miel y que ésta fermentada y diluida en agua pudo ser el primer vino para consumo humano (Correa, 2007). Ya en Grecia se comentaba sobre los posibles perjuicios y prohibieron el consumo de vino a las mujeres gestantes. Los aztecas preparaban un fermentado a base de maguey o ágave, y en la región andina, los indios fermentaban maíz para obtener chicha. En la Edad Media los árabes introdujeron la técnica del destilado y se consideraba al alcohol como un elixir de vida y curaba enfermedades (Pinto, 1998).

Por otro lado, la coca es una planta (*Erythroxylum coca*) consumida de manera milenaria en rituales de nativos y también por su efecto reductor del apetito y generador de euforia desde alrededor del año 5000 a.C. (Correa, 2007). Se cree que los Chibcha y los Arhuacos, indígenas colombianos, llevaron la planta de coca a Perú y según la leyenda, fue introducida por los fundadores del Imperio Incaico y produjo guerras sangrientas entre indígenas para la posesión de los cultivos entre los años 1139 y 1315. Cuando los conquistadores españoles llegaron a la región quedaron sorprendidos del impacto y sensaciones al masticar la hoja de coca, ya que disminuía el hambre, el cansancio y los efectos de la altitud, así como las molestias digestivas y las contusiones; inicialmente se intentó prohibir su uso por razones religiosas, pero luego se empleó como estimulante para explotar a los obreros en las minas de plata (Correa, 2007).

Ya en 1859, el principal principio activo de la coca, la cocaína, fue aislada por Nieman, quien al lado de Sigmund Freud buscaban un anestésico para cirugías oftalmológicas, y posteriormente Freud la empleaba para disminuir la debilidad nerviosa, la impotencia y la adicción al alcohol y a la morfina (Correa, 2007). Se señala que en 1885 hubo la primera epidemia de adicción al alcaloide de cocaína en Estados Unidos y disminuyó alrededor de los 20's. En 1912, la adicción a la cocaína se extendió a Europa, con mayor énfasis en Francia, puesto que su costo bajó de \$280 a \$3 la onza, lo que aumentó las ventas y los casos de cocainómanos; pero su distribución declinó debido a la Primera Guerra Mundial, y en 1924 había más de cien mil cocainómanos sólo en ese país.

En sus inicios, la coca era considerada como una sustancia inofensiva y el “vino de coca” se comercializaba como digestivo, y en 1885 la Coca Cola se vendía como una bebida basada en ese vino para luego reemplazarse por agua bicarbonatada ya que se consideraba que el alcohol era más lesivo que la coca, hasta que, finalmente, en 1930 se retira la coca de manera definitiva y es sustituida por cafeína. En 1914, se promulgó la *Harrison Narcotic Act* que hizo a la coca una sustancia controlada, sin embargo, hacia 1975 la adicción a las drogas, especialmente a la cocaína y marihuana se transformó en una pandemia ya que el consumo masivo llegó a Europa y en menor medida a Latinoamérica. Inicialmente el uso de la cocaína se consideró sin riesgos ya que médicos y autoridades percibían más los efectos benignos pero efímeros, por tanto, se estimuló la siembra en Sudamérica, haciendo que los costos disminuyan y que sea más accesible a las clases sociales bajas (Pinto, 1998).

A la par que el ser humano se iba inmiscuyendo en la experiencia de las drogas, ya sea con fines mágico-religiosos, médicos o recreativos, también se iban descubriendo sus efectos o consecuencias problemáticas si su uso era descontrolado; por ejemplo, en Egipto hacia el año 2000 a.C. se señalaba como advertencia que la cerveza podría ser la perdición del alma, mientras que en el Oriente en el siglo VIII aproximadamente, Mahoma pidió que se

azote a un borracho como pena por no cumplir con sus responsabilidades y a partir de ese momento empieza el impedimento para libar alcohol en la cultura islámica. En 1484 el Papa Inocencio VIII señaló que el cannabis era un símbolo impío de rituales satánicos por lo que prohibió su consumo (Correa, 2007).

En el siglo XVIII, los médicos en Europa ya consideraban como alarmante a la forma en que se consumía alcohol en los sectores populares de la población al que relacionaban con el proceso de industrialización que empezaba en esa época, ya que hubo una gran afectación negativa sobre las familias de los obreros y sobre su salud a partir del incremento en el uso de alcohol, provocando enfermedades, agresividad, ruina o delitos y las tabernas se convirtieron en lugares de vicio y perversión. Asimismo, a fines del siglo XIX la cocaína y el opio y sus derivados también fueron vistos como sustancias dañinas para la salud pública y observándose el uso problemático con intenciones únicamente recreativos y de placer, se empezó a establecer leyes más punitivas para las drogas de uso médico y se emprendieron persecuciones mundiales a este nuevo fenómeno del abuso de drogas, tal es así que desde inicios del siglo XX se fueron organizando diversas reuniones internacionales para crear tratados con el fin de regular la preparación, venta, distribución y consumo de drogas, que inicialmente regían sólo en los países donde no se prohibiera la importación de tales sustancias (Correa, 2007).

En 1919, luego de finalizada la Primera Guerra Mundial, se añadió el Convenio de La Haya al Tratado de Versalles que fue firmado por 44 países con el compromiso de trabajar en el control del tráfico interno de cocaína y heroína. En 1925, se realizó en Viena la Segunda Convención Internacional sobre opio, en el que se prohibió la venta de opio, la morfina y la cocaína y se incluye a la marihuana como sustancia ilegal, pero el alcohol y el tabaco no formaron parte de la restricción, y posteriormente en las convenciones de Ginebra se

determinó la imposición de condenas severas para los comercializadores de sustancias no legales (Correa, 2007).

En 1946, es fundada la Organización Mundial de la Salud (OMS), la que apoyó la percepción de riesgo sobre las drogas y su uso y venta indiscriminada. En 1962, se admite que es necesario el uso de drogas con fines médicos, pero controlados, ya que las adicciones se tornaban graves para la persona, la sociedad y la humanidad; es en ese año, en la Convención Única acerca de narcóticos en Nueva York, en donde se enlistan las drogas prohibidas y de uso restringido, y obligó a los estados que la firmaron a tomar medidas con drogas específicas para, en 1972, enfatizar que era necesario que los drogodependientes reciban tratamiento y rehabilitación. Es en 1988 cuando en Viena se ejecuta la Convención de las Naciones Unidas contra el tráfico ilícito de drogas y sustancias psicotrópicas, en la cual se disponen nuevas y más estrictas normas contra el delito de tráfico de estupefacientes y lavado de activos, constituyendo la principal acción de cooperación internacional para combatir la comercialización de estupefacientes, ya que se determinó el embargo y confiscación de bienes activos y pasivos provenientes del tráfico, la extradición de traficantes, la realización de trámites penales en el extranjero con el compromiso de eliminar o reducir la demanda de drogas. (Correa, 2007).

Recorriendo la evolución histórica se aprecia que el uso de drogas y los daños que acarrea se han ido conociendo a lo largo del tiempo, así como el surgimiento de nuevas sustancias, el cambio de formas de consumo y también las prohibiciones de su uso que en sus inicios eran de carácter religioso, para luego ser de carácter social, legal, médico y de salud pública, pero el reconocimiento oficial y legal de la necesidad de que las personas adictas a estas sustancias reciban tratamiento y rehabilitación es relativamente reciente, desde 1972 que se crearon políticas para su cumplimiento. (Correa, 2007).

A partir de ello surgen distintas investigaciones, enfoques y modelos que predominan para tratar las adicciones desde que éstas se concibieron como problemas sociales entre los 60's y 80's del siglo pasado. Becoña (2016) refiere que se ha demostrado que la concepción antigua de las adicciones que eran consideradas como una enfermedad cerebral ya ha sido descartada puesto que, desde la psicología, se han ido aportando numerosos estudios que sustentan la comprensión, evaluación, prevención y tratamiento desde el modelo biopsicosocial. Este modelo concibe a la persona de manera integral, a diferencia del modelo médico o psiquiátrico que ve a las adicciones de manera parcializada y reduccionista, como si fuera una enfermedad biológica más. Esta concepción médico-biológica surge a partir de investigación con opiáceos mayormente en animales y con el posterior descubrimiento de los receptores cerebrales, además de que el gobierno estadounidense en su lucha contra las drogas se enfocó en buscar el origen biológico de las adicciones y se empezó a estudiar el grado de responsabilidad que posee el individuo, puesto que si se es enfermo cerebral, si la voluntad o el autocontrol se pierden, entonces el sujeto no tiene responsabilidad de sus actos. (Vrecko, 2010; como se citó en Becoña, 2016).

En 1977, el *National Institute on Drug Abuse* (NIDA) señala que la mejor forma de explicar la adicción era considerándola como una enfermedad crónica a nivel cerebral y que se caracterizaba por recaídas; a pesar de que el inicio del uso de drogas se daba por voluntad propia, el consumo generaba cambios neuroquímicos que hacían que las personas motivadas a dejar de usarlas no lo logren, por ello su consumo se convertía en compulsivo y se presentaban episodios de recaídas en poco tiempo; por tanto, el tratamiento debía ser conductual y farmacológico ya que los cambios se daban a nivel de las estructuras y funciones cerebrales del sujeto, y se le daba importancia al entorno social para el mantenimiento o disminución del consumo. Asimismo, se afirma que Nora Volkow, quien está a la cabeza del NIDA desde el 2003, ha difundido y consolidado el modelo biológico a

través de publicaciones de manuales que han sido actualizados constantemente, en donde se insiste que las drogodependencias constituyen una enfermedad cerebral, crónica y tratable, y que puede haber procesos de recaída en el que interactúan los componentes genéticos y el contexto social. (Becoña, 2016).

El modelo psicológico de las adicciones no niega el rol que cumplen los aspectos biológicos en este problema, sino que sustenta que no es el único fundamento para explicar la adicción; mientras que el modelo psicológico considera factores culturales, sociales, contextuales, psicológicos e individuales para entender a las adicciones. Tal es así que Becoña (2016) rechaza el modelo biológico para concebir a las adicciones dado que es “simple, sesgado, interesado, reduccionista, no se basa en los datos científicos existentes sobre adicción [...] y no vale para los intereses de los consumidores” (p. 124), y que los aportes que brinda la psicología a las adicciones se enfoca en información científica real producto de años de investigación que permite ayudar a la persona y no crear herramientas o productos para obtener beneficios o patentes.

Finalmente, los modelos clásicos afirmaban que la restructuración del patrón adictivo es el paso del consumo continuado y compulsivo de drogas a un estado de abstinencia o de no ejecución de la conducta problemática. Tejero y Trujols (1994) señalan que el cese del uso de drogas ya no tiene la definición tradicional de un hecho dicotómico de abstinencia – consumo (todo o nada) como indicadores para identificar la eficacia de las intervenciones. Desde 1976 hasta la actualidad, varios autores sustentan que el cambio va en progreso sistemático que se divide en fases, las cuales varían según el autor, pero se sugieren tres estadios en común: contemplación del cambio y motivación, compromiso y acción y mantenimiento. Tal es así que el modelo transteórico de Prochaska y DiClemente es el que presenta mayor evidencia empírica con respecto a describir, explicar y predecir el proceso de cambio de las conductas adictivas (Tejero y Trujols, 1994).

2.2 Investigaciones Relacionadas con el Tema

2.2.1 Investigaciones Internacionales

López y Fernández (2022) investigaron las situaciones de riesgo para el consumo de drogas y su relación con las estrategias de afrontamiento y la autoeficacia en veinticinco pacientes con drogodependencia internos en un centro de rehabilitación en México. Se usó un diseño no experimental, de nivel correlacional. Aplicaron el Inventario de situaciones de consumo de drogas adaptado por De León y Pérez (2001), el Inventario de Estrategias de afrontamiento adaptado por Cano et al. (2007) y el Cuestionario breve de confianza situacional de Breslin et al. (2000). Se reporta la existencia de relación significativa entre las dimensiones expresión emocional y conflicto con otros ($r=.412$ $p<.05$), con la dimensión presión social ($r=.605$, $p<.05$) y con la dimensión malestar físico ($r=.494$, $p<.05$). De la misma manera, la dimensión resolución de problemas se correlaciona con la autoeficacia para no consumir ante situaciones de conflicto con otros ($r=.451$, $p<.05$). Concluyen que el aumento de estrategias de afrontamiento tal como son la resolución de problemas puede reducir la probabilidad de recaer cuando la persona se enfrenta a conflictos interpersonales o presión social y, por lo tanto, incrementar el nivel de autoconfianza para prolongar la abstinencia.

Moeini et al. (2020) identificaron la relación entre la preparación para tratar el consumo de drogas y la autoeficacia basada en habilidades para la vida en usuarios de estupefacientes del noroeste de Irán. La muestra la conformaron 118 sujetos varones ($n=104$) y mujeres ($n=14$), el 24.6% tenían menos de 30 años, el 59.9% entre 30 y 50 años y el 15.5% más de 50 años, y consumían opio, en Hamadan en Irán. Se empleó la escala de Etapas de preparación para el cambio, la escala de Ansiedad por el tratamiento (SOCRATES) y la escala de Autoeficacia para el rechazo del consumo de drogas (DASES). Se usó un diseño no experimental, de nivel correlacional. Hallaron una relación significativa entre la ambivalencia con la resolución de problemas, la toma de decisiones, asertividad, la comunicación y la

autoeficacia total ($p < .05$). Se concluye que la autoeficacia basada en habilidades para la vida puede lograr aumentar la preparación de los consumidores de drogas para el tratamiento de su problemática.

Olubunmi y Adedotun (2020) estudiaron si la autoeficacia y el apoyo social influía sobre la intención para abandonar el consumo de drogas en usuarios de centros de salud mental y en universitarios. La muestra fue de 25 estudiantes de la Universidad Estatal de Ekti en Nigeria y 60 pacientes de varios centros de salud mental. Se utilizó la Escala de Autoeficacia General, la Escala de Apoyo social multidimensional y la Escala de preparación para el cambio y la ansiedad por el tratamiento (SOCRATES). El diseño fue cuasiexperimental de tipo *ex post facto*. Se demostró que existen diferencias significativas entre los drogodependientes de centros de salud mental y los de entorno universitario en las tres dimensiones de la intención de abandonar el consumo de sustancias. Se observa que las dimensiones del apoyo social no tienen influencia significativa sobre la intención de dejar las drogas, sin embargo, la autoeficacia tiene gran influencia en la intención del abandono del consumo ($Beta = .244, p < .05$), pero existe una influencia conjunta del apoyo social y la autoeficacia sobre la intención de dejar el consumo ($r = .36, F = 2.77, p < .05$). Se concluye que la autoeficacia y otras características individuales son importantes en el tratamiento y en la intención para abandonar las sustancias.

Martínez et al. (2019) estudiaron los determinantes asociados a las drogodependencias y a la recaída en pacientes de una comunidad terapéutica de Ecuador. El diseño fue no experimental, de nivel descriptivo, con enfoque cuantitativo y cualitativo. La muestra estuvo conformada por 34 sujetos actualmente en tratamiento por consumo de drogas. Se estudiaron las evoluciones clínicas de los pacientes que estuvieron por lo menos seis meses de intervención psicológica individual y familiar y a los que se les realiza seguimiento post tratamiento. Se halló que los factores asociados al consumo son el momento de inicio, la

cantidad de años o meses de consumo, la variedad de sustancias consumidas, tiempo de intervención, la voluntad del paciente y la participación de la familia; además, cuando la familia participa de la intervención el consumo persiste, por tanto, se infiere que el apoyo familiar es fundamental en la prevención del abuso de drogas. Asimismo, se indica que el tiempo de consumo ($X=18$ años) incrementa la probabilidad de recaer. Finalmente, los autores señalan que es necesario intervenir en los determinantes que inciden en las recaídas: habilidades de afrontamiento y autoeficacia, puesto que estas reducen la probabilidad de recaída y contribuyen a un afronte eficaz a los estímulos que hacen posible el retorno al uso de drogas.

Müller et al. (2019) analizaron si la autoeficacia y la motivación en un seguimiento de un año son mediadoras de la relación de la autoeficacia al alta del tratamiento residencial con el consumo de alcohol luego de cinco años de seguimiento en 263 personas de ambos sexos con trastorno grave por consumo de alcohol de 12 programas de tratamiento residencial en Suiza. Se empleó un diseño no experimental, de nivel correlacional y longitudinal. Para evaluar la gravedad de la dependencia al alcohol se extrajeron nueve ítems de la Escala de Dependencia del alcohol y 15 ítems para evaluar los problemas por uso de sustancias; los síntomas psiquiátricos fueron evaluados con el Inventario Breve de síntomas. La abstinencia durante el tratamiento se evaluó con el auto reporte del individuo, la autoeficacia fue medida a través de una pregunta individual en escala de 1 a 10 sobre su seguridad para mantener su abstinencia en un año; la motivación al cambio se midió con los ocho ítems de la subescala de pasos de la Escala SOCRATES. Se encontró que la autoeficacia al alta predijo la abstinencia y el porcentaje de días de abstinencia (PDA). Además, la autoeficacia al alta se asoció con la autoeficacia y la motivación en el seguimiento de un año ($r=.546$, $p<.001$), y que ésta tiene un efecto significativo de interacción con el tiempo ($F [3, 217] = 16.54$, $p<.001$), que a la vez se relacionó con mejores resultados para la abstinencia y el PDA a los

cinco años de seguimiento. Se concluye que la autoeficacia y la motivación se interrelacionan para mejorar la abstinencia a largo plazo y el PDA después del tratamiento residencial y puede tener un rol importante en la recuperación de pacientes con adicción al alcohol.

Kalani (2019) determinó la prevalencia de la recaída en la adicción al alcohol y la asociación con la autoeficacia y la percepción del apoyo social en pacientes alcohólicos de centro hospitalario de Uganda. Los participantes fueron 269 personas que recibieron tratamiento por adicción al alcohol en el Hospital de Butabika en Uganda entre enero de 2016 y diciembre de 2017. Se utilizó la Escala de Autoeficacia general, la Escala Multidimensional para el apoyo social percibido y la subescala de recaída del consumo de alcohol de la escala SCID-5. El diseño fue no experimental, de nivel correlacional. Los hallazgos indican que la prevalencia de la recaída fue del 63.3%, de los cuales, el 98% tenían síntomas graves de adicción al alcohol, las mujeres tenían mayor probabilidad de recaer que los hombres (OR=.19; IC 95% = .04-.86, $p<.03$). Además, los sujetos con mayor apoyo social percibido (OR=.85; IC 95% = .81-.09, $p<.001$) tenían menos probabilidades de recaer, sin embargo, la autoeficacia (OR=.93; IC 95% = .85-1, $p<.061$) no se asoció significativamente con la recaída. Se concluye que la prevalencia de recaída es alta y que en el tratamiento para prevenir recaídas debe enfatizarse la importancia del apoyo social, pero se recomienda estudiar más de qué manera se relacionan las recaídas con la autoeficacia.

Gorgulu (2019) investigó la autoeficacia, las estrategias de afrontamiento y las variables psicosociales sobre la motivación al tratamiento en 336 usuarios de drogas de un tratamiento grupal del Programa de Tratamiento de Adicción al cigarrillo, al alcohol y a las drogas (SAMBA) del hospital de Butabika de Turquía, que habían completado por lo menos dos sesiones de la intervención y que hayan sido remitidos por a la Dirección de Libertad Condicional en Ankara – Turquía, luego de ser sentenciados por consumo de sustancias ilegales de acuerdo al Código Penal Turco. Se utilizó el Cuestionario de Motivación al

tratamiento (TMQ) de Ryan et al., la Escala de Autoeficacia General de Sherer et al. y el Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento (COPE, forma breve) de Carver. El diseño fue no experimental, de nivel correlacional, realizándose un análisis de regresión múltiple. Los resultados sustentan una asociación significativa entre la motivación al tratamiento según edad ($F [4-307] = 2.65, p=.05$), siendo los del grupo de 32 a 37 años quienes tuvieron puntuaciones más altas que los del grupo de 38 a 45 años. También se apreció una relación significativa entre la motivación al tratamiento y el nivel educativo ($F [4-324] = 2.98, p=.05$), con el nivel de ingresos ($F [5-297] = 2.20, p=.05$), con el tiempo de consumo ($F [2-263] = 3.42, p=.05$), con la cantidad de sustancias consumidas ($t [325] = 2.99, p=.003$). Finalmente, se identifica que las estrategias de afrontamiento son una variable predictiva estadísticamente significativa para la motivación del tratamiento $R^2 = .227, F (10-177) = 5.195, p<.001$, el R^2 ajustado $= .183$ y la proporción de varianza explicada es 22.7%. Se concluye que las mejores variables predictivas para la motivación al tratamiento son la existencia de ingreso mensual, la presencia de por lo menos un niño, los conflictos familiares debido al consumo de narcóticos y las estrategias de afrontamiento.

Cabascango (2019) determinó la relación entre el bienestar psicológico y la motivación al cambio en 47 pacientes de sexo masculino actualmente en tratamiento por abuso de drogas del Centro especializado en el tratamiento a personas con consumo problemática de alcohol y otras drogas (CETAD) en Ecuador. Empleó la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff y la Escala de Evaluación del Cambio de la Universidad de Rhode Island (URICA). El diseño fue no experimental y de nivel correlacional. Se encontró que el 42.5% posee un nivel bajo de bienestar psicológico y el 40.04% está en la etapa de contemplación frente a su problema con el consumo de drogas. Además, halló una relación positiva moderadamente alta ($r=.576, p<.000$) entre el bienestar psicológico general y la motivación al cambio. Se concluye que, mientras existan más niveles de bienestar psicológico, la

motivación al cambio incrementará y favorecerá que el paciente complete la intervención para el abandono del uso de sustancias.

Vargas (2018) estudió el sentido de la vida y las etapas de motivación en el tratamiento de pacientes drogodependientes de un instituto psiquiátrico de Ecuador. La muestra constó de 13 pacientes adictos a sustancias, de entre 17 y 65 años. El nivel de estudio fue correlacional, de diseño no experimental y de corte transversal. Se empleó el test PIL para medir el sentido de vida, la Escala URICA para medir los estadios de cambio y una entrevista semi estructurada. No se observó relación entre las variables ($\chi^2 = 7,43 < 12,59$). Además, se aprecia que el 85% de la muestra se encuentra en Contemplación y el 15% en fase de Acción, en cuanto al sentido de vida, el 68% de la muestra presenta un nivel bueno de logro interior de sentido de vida. Se concluye que es probable que no se encuentre relación entre las variables debido al tamaño reducido de la muestra, sin embargo, se señala que es importante el desarrollo del sentido de vida en los pacientes drogodependientes para obtener mejores resultados en el tratamiento.

Félix et al. (2018) estudiaron la motivación al cambio en 120 abusadores de drogas enviados por sentencia judicial ($n=35$) y de comunidades terapéuticas ($n=85$) mayores de 18 años que no hayan consumido drogas las últimas 24 horas que no presenten síntomas psicóticos que no presenten síntomas psicóticos y que puntúen más de 24 puntos en el Mini Examen del estado Mental, de Porto Velho en Brasil. Es estudio fue de diseño no experimental, de alcance descriptivo y transversal, de comparación entre dos grupos. Los instrumentos empleados fueron el Mini Examen del estado mental (MEEM, traducido al portugués), y la versión abreviada del Cuestionario de evaluación del cambio Rhode Island. Se observó que el nivel de motivación al cambio y las fases de precontemplación, contemplación, acción y mantenimiento no difieren ($p > .05$) en los sujetos enviados por la

justicia y los sujetos en tratamiento habitual. Se concluye que la motivación es fundamental para alcanzar los objetivos terapéuticos y la adherencia al tratamiento.

2.2.2 Investigaciones Nacionales

Casaico (2023) estudió si la búsqueda de sensaciones se relacionaba con el riesgo de recaída en 120 personas que consumen drogas en comunidades terapéuticas de Lima Este, de edades entre 15 a 21 años. El diseño fue no experimental, de alcance correlacional. Aplicó la Escala Breve de búsqueda de sensaciones de Palmgreen et al. (2002) y el Cuestionario de Riesgo de recaída AWARE 3.0, adaptado por Miller y Harris (2000). Se demostró la existencia de una relación positiva y significativa entre las variables ($r=.311$, $p=.001$), así como una relación significativa entre el riesgo de recaída con la dimensión desinhibición ($r=.414$, $p<.05$) y la susceptibilidad al aburrimiento ($r=.322$, $p<.05$). Sin embargo, se encontró que la edad, el sexo, el grado de instrucción y el tipo de consumo no establecían diferencias con respecto al nivel de búsqueda de sensaciones ni del riesgo de recaída. Asimismo, el 24.2% de la muestra presenta un nivel alto de riesgo de recaída y un 33.3% un nivel alto de búsqueda de sensaciones. Finalmente, concluyen que, si el sujeto muestra un grado alto de búsqueda de sensaciones, entonces el riesgo de recaída aumentaría.

Kamiche y Fernández (2023) analizaron la relación entre el riesgo de recaída y la flexibilidad psicológica en 253 sujetos que presentaban conductas adictivas y que se encontraran internados en tres comunidades terapéuticas de Lima. El diseño fue no experimental, de nivel correlacional y la muestra se seleccionó mediante un muestreo no probabilístico intencional. Emplearon el cuestionario de Riesgo de recaídas AWARE 3.0 de Gorski y Miller (2000) y el cuestionario de aceptación acción sobre abuso de sustancias (AAQ-SA), validado por Pérez y Vite-Sierra (2020). Los hallazgos indican que un 37.55% de la muestra ha desarrollado un bajo nivel de flexibilidad psicológica, mientras que el 33.20% presenta un nivel alto de riesgo de recaída. Por otro lado, no observaron diferencias entre las

variables según el sexo y los meses de internamiento, pero sí con la edad del participante. Con respecto a la relación, encontraron la existencia de una correlación inversa y significativa entre las variables ($r=-.43$, $p<.05$). Asimismo, hallaron que el riesgo de recaída se relaciona de manera inversa y negativamente con las dimensiones valor/compromiso ($r=-.16$, $p<.05$) y aceptación/defusión ($r=-.38$, $p<.05$). Por lo tanto, concluyen que, si la persona ha desarrollado mayor flexibilidad psicológica, entonces el riesgo de recaer disminuirá.

Delgado (2021) comparó la autoeficacia y los estadios de cambio en 110 adolescentes infractores pertenecientes a dos programas de reinserción social del Poder Judicial de Lima Metropolitana. El diseño fue no experimental. Se empleó la Escala de Autoeficacia General de Baessler y Schwarzer y la Escala de Evaluación del cambio. Los resultados indican que el 44.55% de la muestra obtuvo un nivel promedio en autoeficacia, mientras que el 50.91% obtuvo un nivel promedio en el estadio de cambio de contemplación. Asimismo, halló una relación significativa entre la autoeficacia y los niveles de estadios de cambio. Finalmente, concluye que la autoeficacia puede aumentar de acuerdo al estadio de cambio en el que se encuentre la persona.

Gonzales y Ruiz (2020) estudiaron la relación entre la calidad de vida y los estadios de cambio en el comportamiento adictivo en 35 pacientes varones de entre 15 y 65 años, ingresados en una comunidad terapéutica de Tarapoto. Se empleó la Escala de Evaluación del Cambio de la Universidad Rhode Island y el cuestionario de salud SF-36. El diseño fue no experimental, de alcance correlacional. Hallaron que no existe una relación significativa entre las variables de estudio ($\chi^2= 3,03^a$, $p>.05$). Además, no se encontró relación significativa entre las dimensiones de calidad de vida: física, psicológica y social, y los estadios de cambio ($p>.05$). De la misma manera, hallaron que, si la persona poseía menos de seis meses de abstinencia, su calidad de vida era baja también, mientras que el 72.7% de quienes poseían más de seis meses de abstinencia se encontraban en el estadio de cambio de mantenimiento.

Por otro lado, el estadio de cambio que prevaleció en la muestra fue el de acción con 42.9%. Se concluyó que la calidad de vida no es determinada por el estadio de cambio en el cual la persona se encuentre.

Abramonte (2019) estudió la relación que existe entre los estadios motivacionales de cambio y el riesgo de recaída en 154 adictos en tratamiento en comunidades terapéuticas de Lima Sur, de edades entre 18 y 65 años, de ambos sexos. El diseño fue no experimental y de nivel correlacional. Se empleó la Escala URICA de McConanughy, Prochaska y Velicer (2015) y el Cuestionario de Riesgo de Recaída AWARE 3.0 de Gorski y Miller (2000). Halló que, con respecto al estadio de precontemplación, se demostró que el 10.4% de participantes se encuentra en nivel muy bajo de motivación al cambio. En cuanto al estadio de contemplación, el 9.7% presenta un nivel muy bajo; mientras que, en el estadio de acción, el 18.8% obtiene un nivel bajo y en el estadio de mantenimiento el 10.4% presenta un nivel muy bajo. Con respecto al riesgo de recaída, se observó que el 3.2% presenta un nivel alto. Además, los estadios de cambio y el nivel de riesgo de recaída no varían estadísticamente según el sexo, edad o droga principal de adicción. Por otro lado, se aprecia una asociación débil e inversa entre los estadios de cambio y el riesgo de recaída ($r=-.082$, $p<.05$); además, la etapa de Precontemplación se relaciona significativamente con el riesgo de recaída ($r=.217$, $p<.000$). Asimismo, existe una relación negativa y significativa entre los estadios de acción ($r=-.189$, $p<.05$) y de mantenimiento ($r=-.205$, $p<.05$) con el riesgo de recaída, mientras que no existe relación entre el estadio de contemplación y el riesgo de recaída ($p=.169$). Se concluye que a mayores niveles de motivación al cambio el riesgo de recaída disminuirá, y si el individuo se encuentra en el estadio de precontemplación, la probabilidad de recaer aumenta; pero si se encuentra en estadio de acción o mantenimiento, el riesgo será menor (Abramonte, 2019).

Saavedra (2018) investigó los esquemas maladaptativos tempranos y el riesgo de recaída en 127 pacientes adictos a las drogas internados en seis comunidades terapéuticas de Lambayeque. Los instrumentos empleados fueron la forma breve del Cuestionario de Esquemas de Young y el Cuestionario de Riesgo de recaída Aware 3.0. El diseño fue no experimental, de nivel correlacional. Los resultados señalan una relación muy significativa entre los esquemas de privación emocional ($r=.333$, $p<.000$), abandono ($r=.257$, $p<.004$), desconfianza ($r=.303$, $p<.001$), aislamiento social ($r=.393$, $p<.000$), inadecuación ($r=.405$, $p<.000$), fracaso ($r=.375$, $p<.000$), dependencia ($r=.359$, $p<.000$), vulnerabilidad ($r=.260$, $p<.003$), yo dependiente ($r=.231$, $p<.009$), subyugación ($r=.362$, $p<.000$), inhibición emocional ($r=.359$, $p<.000$), grandiosidad ($r=.278$, $p<.002$), autocontrol insuficiente ($r=.395$, $p<.000$) y el riesgo de recaída. Además, el riesgo de recaída no difiere en función al tiempo de tratamiento actual en comunidad terapéutica ($p>.05$). Asimismo, se observa que el 19.69% de la muestra obtiene un nivel muy alto de riesgo de recaída. Se concluye que el riesgo de recaída está asociado a diversos patrones de conductas aprendidas a partir de experiencias negativas en relación a los vínculos afectivos durante edades tempranas y que han sido potenciados por estilos de afrontamiento y pensamientos adictivos que pueden aumentar los deseos de consumo de droga incluso estando en tratamiento por adicciones.

Solano (2017) estudió los estilos de afrontamiento y el riesgo de recaída en 240 pacientes con adicción a drogas de ambos sexos que se encontraban internados en comunidades terapéuticas de Lima. El nivel fue correlacional, de diseño no experimental. Se empleó el Cuestionario COPE de Carver *et al.* y el Cuestionario de Riesgo de recaída AWARE 3.0 de Gorski y Miller. Se indicó que el estilo de afrontamiento más frecuente es el Orientado a la tarea ($M=60.61$), y la estrategia de afrontamiento más empleada es la reinterpretación positiva y crecimiento ($M=11.02$, $DE=2.5$), y que el 14.2% de la muestra presenta un nivel alto de riesgo de recaída y el 2.9% muy alto. Además, existe una relación

inversa y significativa entre el estilo Orientado a la Tarea y el riesgo de recaída ($r=-.323$, $p<.000$), así como una asociación significativa entre el estilo de afrontamiento Evitativo y el riesgo de recaída ($r=.414$, $p<.000$), y no existe relación entre el estilo de afrontamiento Emocional y social ($p=.315$) y el riesgo de recaída. Asimismo, los estilos de afrontamiento y el riesgo de recaída no varían estadísticamente según la edad, sexo y nivel educativo. Se concluye que los sujetos que emplean estilos de solución planificada y activa tienen un afronte más eficaz ante eventos que le generen estrés y pueden disminuir la probabilidad del consumo de drogas.

Caycho (2017) identificó los niveles de autoeficacia en drogodependientes de una comunidad terapéutica del cono sur. La muestra fue de 80 pacientes varones de 18 a 60 años con dependencia al alcohol y otros narcóticos que se encontraban internados en una comunidad terapéutica de la zona sur de Lima. El instrumento utilizado fue el Cuestionario de confianza o seguridad en situaciones de riesgo para consumir (*Drug Taking Confidence Questionnaire*, DTCQ) de Annis y Martin (1985). Se aplicó un diseño no experimental, de nivel descriptivo y transversal. Se señala que en todas las subescalas del instrumento se obtienen porcentajes que oscilan entre 52% a 78% de nivel elevado de confianza ante diversas situaciones de riesgo de consumo. Además, se reportaron diferencias estadísticas según edad ($p<.05$) en las subescalas intentos de control y emociones desagradables, siendo los de 18 a 30 años quienes presentan puntajes bajos, pero no se muestran diferencias significativas según el nivel de instrucción, edad de inicio de consumo, estado civil, tiempo de consumo de la droga problemática, el tiempo transcurrido en internamientos y el tiempo de tratamiento actual ($p>.05$). Se concluye que la autoeficacia se asocia a la valoración que tiene la persona sobre su capacidad para superar los deseos de consumo de drogas.

Valles (2016) estudió la autoeficacia general y el riesgo de recaída en 129 usuarios de alcohol y otras drogas, de ambos sexos, de edades entre 14 y 67 años, internados en

comunidades terapéuticas de Lima Sur. El diseño de investigación fue no experimental, de nivel correlacional. Empleó la Escala de Autoeficacia General (EAG) de Baessler y Schwarzer y el Cuestionario de Riesgo de recaídas AWARE 3.0 de Gorski y Miller. Se indicó que existe relación inversa y altamente significativa, de nivel moderado bajo ($r = -.389$, $p < .05$) entre las variables. Además, el 2.3% de sujetos obtiene un nivel alto en autoeficacia y el 18.6% presenta un nivel muy alto en el riesgo de recaída. Asimismo, la autoeficacia difiere estadística y significativamente según el nivel educativo, mientras que el riesgo de recaída varía significativamente de acuerdo al estado civil, la ocupación y el nivel educativo de los participantes. Se concluye que, a mayores niveles de percepción de autoeficacia en las capacidades para afrontar situaciones estresantes, el riesgo de recaída disminuye en pacientes adictos.

2.3 Estructura Teórica y Científica que Sustente el Estudio

2.3.1 *Modelo Transteórico de Cambio (MTC)*

Este modelo fue postulado por Prochaska y DiClemente a partir del estudio exhaustivo de las teorías, investigaciones y trabajos de exploración con respecto al modo de cambio en los patrones de comportamiento adictivo. Esta postura es tridimensional y brinda una explicación global pero también diferenciada de este campo e integra lo que nombran como estadios, procesos y niveles de cambio (DiClemente y Prochaska, 1982; Tejero y Trujols, 1994). Este modelo se basa en que el cambio conductual es un proceso que se da en una serie de fases o estadios a lo largo del tiempo. El cambio puede ser espontáneo o inducido a partir de constructos teóricos: estadios y procesos de cambio, balance decisional, autoeficacia y tentaciones. (DiClemente y Prochaska, 1982).

Estadios de cambio. Este componente del modelo transteórico constituye la dimensión de tiempo o evolución (Tejero y Trujols, 1994), o sea, busca explicar en qué momento ocurre la modificación del patrón adictivo, así como el grado de intención o

disposición con respecto al cambio. Los estadios que lo conforman son: precontemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento. Se señala que en el transcurso de los primeros siete años se trabajó con un modelo de cuatro estadios sin considerar al estadio de preparación o determinación o de toma de decisión; esto sucedió debido a que en el análisis de componentes principales que se realizaba a la escala de evaluación del cambio se observaban cuatro factores, asumiéndose así la presencia de sólo cuatro estadios.

No obstante, al realizarse un *cluster analysis* los datos señalaron la existencia del estadio de preparación, por tanto, para considerar que el abandono del consumo sea exitoso, la persona pasará un proceso progresivo desde la etapa de precontemplación hasta el de mantenimiento; sin embargo, uno de los problemas importantes en este proceso de cambio es la alta tasa de recaídas, por tanto, este modelo postula que el progreso en los estadios de cambio no es lineal, sino que es un patrón o ciclo y que el cambio de conducta adictiva oscila entre tres o cuatro veces ese ciclo antes de lograr el mantenimiento del cambio (Prochaska y DiClemente, 1983; Tejero y Trujols, 1994).

Como se mencionó, este componente del modelo lo constituyen varios estadios que serán explicados a continuación:

Pre Contemplación.

En este estadio los drogodependientes no tienen intención de cambiar el comportamiento en un futuro cercano, por lo regular dentro de los siguientes ciento ochenta días, y no han tomado conciencia que es necesario un cambio de su repertorio adictivo y de su estilo de vida, esto podría deberse a que no consideran que tienen un problema con el uso de drogas que deben cambiar, puesto que reconocen más aspectos positivos o placenteros que consecuencias negativas, por lo cual puede haber resistencia a iniciar un programa de intervención y, en caso lo inicie, suele ser presionado por su entorno, quienes sí observan que el precontemplador tiene problemas, e incluso se pueden observar algunos cambios, no

obstante, si la presión se reduce, la persona retornará fácilmente a las conductas adictivas previas. Lo que distingue a esta etapa es la resistencia para aceptar o cambiar un problema. (Prochaska et al., 1992; Tejero y Trujols, 1994).

Contemplación.

Los individuos que se ubican en este estadio logran ver que tienen un problema con el consumo y tienen en cuenta de manera seria la posibilidad de abandonar el consumo en los siguientes seis meses, sin embargo, el compromiso para hacerlo no es sólido y aún no toman medidas para cambiar, incluso permaneciendo atrapadas por largo tiempo es esta etapa (Prochaska et al., 1992). Este estadio está caracterizado por que la persona busca informarse o entender el problema de adicción y se aprecia una creciente necesidad de hablar sobre el tema (Prochaska et al., 1992; Tejero y Trujols, 1994). Este estadio de cambio se relaciona con la frase “sí, lo sé. Todavía no estoy listo” (Prochaska et al., 1992, p. 1104).

Preparación.

Inicialmente fue llamada determinación o toma de decisión (DiClemente y Prochaska, 1982). En esta fase la persona decide y se responsabiliza para cambiar su conducta adictiva, combinando la intención de cambio y criterios comportamentales. Aquí el individuo tiene intención de realizar algún cambio en el próximo mes y probablemente lo intentaron sin éxito los últimos doce meses. Quienes se encuentran listos para la acción logran realizar algunos leves cambios conductuales como reducir la cantidad de consumo en el día o retrasar su primer consumo del día, pero a pesar de estos cambios, la persona aún no ha logrado todos los criterios para alcanzar una acción efectiva, pero sí tienen el deseo de hacerlo en un futuro muy cercano, son los primeros pasos de la etapa de acción (Prochaska et al., 1992; Tejero y Trujols, 1994).

Acción.

Prochaska et al. (1992) señalan que esta etapa es aquella en la que las personas cambian su comportamiento, vivencias o contexto para vencer sus problemas, esto significa que el sujeto tiene conductas más evidentes sobre el cambio y tiene un compromiso grande en el cual invierte tiempo y energía, por ello las modificaciones son más claras y son más observadas y reconocidas por el entorno. Para estimar que una persona se encuentra en el estadio de acción se evaluará si han cambiado con éxito el patrón adictivo con o sin ayuda profesional en un lapso entre un día a seis meses, por ejemplo, dejar de consumir. (Prochaska et al., 1992; Tejero y Trujols, 1994).

Mantenimiento.

En este estadio de cambio el drogodependiente trabaja para la prevención de recaídas y afianzar los resultados conseguidos en la fase de acción. Habitualmente el estadio de mantenimiento se consideraba como una fase fija, sin embargo, el mantenimiento es un período de continuación y no una mera inexistencia de cambio, que se extiende de manera indeterminada desde los seis meses y para algunas conductas puede prolongarse durante toda la vida luego de haber estabilizado el cambio conductual y evitar recaídas (Prochaska et al., 1992; Tejero y Trujols, 1994).

Recaída.

Tejero y Trujols (1994) señalan que ésta sucede cuando las estrategias para lograr conservar el cambio conductual fracasan, es entonces, que puede suceder en el estadio de acción o de mantenimiento. Las personas que recaen pueden experimentar sentimientos de fracaso, culpa, desesperanza o frustración, y se afecta su percepción positiva de autoeficacia, con excepción de algunas personas, en quienes la recaída es producto de una decisión planificada; y el sujeto se mueve a estadios previos a la acción: precontemplación, contemplación o preparación.

Finalización.

Se señala la posibilidad de que exista un estadio que finalice el ciclo de cambio, es decir, el repertorio conductual adictivo se ha extinguido totalmente y que el mantenimiento no constituye un sacrificio adicional de tiempo o energía. Este estadio está definido operacionalmente como a) una nula urgencia de uso de drogas en diversas situaciones y b) la autoeficacia para evitar usar drogas en cualquier situación está al 100%; además, en cuanto al tiempo, para que la persona se encuentre en este estadio es a partir de los cinco años de mantenimiento de la abstinencia en el caso de adicción a la nicotina (Velicer et al., 1992; como se citó en Tejero y Trujols, 1994).

Procesos de Cambio.

Esta segunda dimensión importante del modelo transteórico contribuye a entender cómo suceden los cambios. Estos procesos son experiencias abiertas y encubiertas en las cuales la persona se implica durante sus intentos por abandonar conductas problema. Los procesos de cambio son categorías que engloban diversas técnicas, métodos e intervenciones de diversas orientaciones teóricas y se pueden ejecutar recurriendo o no a ayuda profesional. Asimismo, se observa que los procesos de cambio han sido predictores del avance en los estadios de cambio (DiClemente y Prochaska, 1982; Prochaska et al., 1992; Tejero y Trujols, 1994).

Estos autores reportan diez procesos de cambio a partir de estudios teóricos y empíricos según Prochaska et al. (1992):

Aumento de la concientización.

Es un proceso enteramente cognitivo que busca incrementar la información sobre su patrón adictivo y las ventajas del cambio, pueden emplearse observaciones, confrontaciones, interpretaciones, biblioterapia, entre otros.

Autorreevaluación.

Se basa en una evaluación afectiva y cognitiva de las consecuencias del ritual adictivo sobre su personalidad y sus valores, es decir, la persona estima cómo se siente y piensa sobre su problema e inicia a valorar lo que supondría para su vida el cambio de la conducta adictiva. Se emplea: aclaración de valores, imaginación y experiencias emocionales correctivas.

Reevaluación Ambiental.

La persona evalúa cómo su problema influye en la interacción interpersonal con su entorno cercano y en general y de las consecuencias que le está trayendo el consumir drogas y empieza a valorar lo positivo del cambio en tales relaciones. Se emplea entrenamiento en empatía, documentales.

Relieve Dramático.

El adicto experimenta y expresa sus emociones y sentimiento con respecto a las consecuencias de su problema y de la solución, se pueden emplear: psicodrama, pérdidas dolorosas, juego de roles.

Autoliberación.

Implica un incremento de la disposición o creer en su capacidad para elegir y comprometerse con el cambio y que se es imprescindible para el ciclo de cambio puesto que la persona posee o puede desarrollar habilidades necesarias para el cambio. Se usa: técnicas para la toma de decisiones, logoterapia, técnicas para la mejora del compromiso.

Liberación social.

Constituye también que el adicto experimenta un incremento en sus capacidades para decidir a partir del reconocimiento de las estimaciones sociales sobre la conducta problema, así como de los esfuerzos sociales para luchar contra ellas a través de opciones más adaptativas, para ello se toma: abogar por los derechos, empoderamiento, políticas de intervención.

Manejo de Contingencias.

Es una tecnología conductual que supone el incremento de la posibilidad de ocurrencia de una conducta y que es auto o heteroreforzada por lograr tales cambios, para ello se emplean contratos de contingencia, reforzamientos abiertos y encubiertos, autorrefuerzos.

Relaciones de Ayuda.

Consiste en que la persona reconozca la existencia de apoyo social y mostrarse abierto y confiar en alguna persona allegada de manera que tenga soporte para facilitar el proceso de cambio del patrón adictivo, se emplean: alianza terapéutica, apoyo social y grupos de autoayuda.

Contracondicionamiento.

Busca desarrollar conductas alternativas sustituyendo las respuestas cognitivas, motoras y/o fisiológicas provocadas por estímulos condicionados al repertorio adictivo o a situaciones de riesgo, se emplea: relajación, desensibilización, autoafirmaciones positivas.

Control de Estímulos.

Se basa en evitar o disminuir los estímulos que elicitán conductas problemáticas o evitar hacer frente a eventos de alto riesgo para el consumo, ya sea reestructurando el entorno, evitar las señales de alto riesgo, técnicas de desvanecimiento.

Integración de los Estadios y Procesos de Cambio.

Diversos estudios señalan que determinados procesos de cambio suceden durante estadios de cambio específicos, por ejemplo, en la fase precontemplativa se emplean mucho menos procesos de cambio que los farmacodependientes que se ubican en otro estadio de cambio, puesto que ellos tienen menos información sobre su conducta adictiva, utilizan menos tiempo en reevaluarse a sí mismos, tienen menos clases de respuestas emocionales con respecto al impacto negativo de su adicción y son menos abiertos y comunicativos sobre su problema.

En la etapa de contemplación, los procesos de cambio que más se centran las personas son el incremento de la concientización, relieve dramático y reevaluación ambiental. El proceso de autreevaluación suele ser el nexo entre los estadios de contemplación y preparación. La autoliberación es empleada como conexión entre preparación y acción. Finalmente, entre los estadios de acción y mantenimiento se enfatizan los procesos de relaciones de ayuda, manejo de contingencias, control de estímulos y contracondicionamiento, lo que apoya a la concepción del mantenimiento como una fase de cambio activo y no como ausencia de cambio (Prochaska et al., 1992, Tejero y Trujols, 1994).

Niveles de cambio.

Esta dimensión intenta explicar qué deben cambiar los drogodependientes para lograr abandonar el patrón adictivo. Esta dimensión abarca cinco niveles que se trabajan en diferentes intervenciones psicoterapéuticas (Tejero y Trujols, 1994):

- Síntoma/situacional.
- Cogniciones desadaptadas.
- Conflictos interpersonales actuales.
- Conflictos sistémicos/familiares.
- Conflictos intrapersonales.

Además, se señala que se debe optar por intervenir en primera instancia sobre el síntoma/situacional puesto que el cambio puede empezar fácilmente desde un nivel observable, es la razón principal por la que acude a terapia, es el nivel más contemporáneo y el grado de análisis para la intervención es menor, y el cambio en uno de los niveles genera cambios en otros, dado que los niveles no son independientes.

Integración de los Estadios, Procesos y Niveles de Cambio.

En este modelo se señala que para llevar a cabo la intervención en las conductas adictivas se debe aplicar diferencialmente los procesos de cambio durante todas las etapas de cambio según la gravedad del problema que se está abordando. Por tanto, se emplean tres estrategias de intervención: el cambio de niveles mediante el cual el tratamiento se centra en las conductas del adicto y las situaciones que evocan o mantienen tal conducta; la estrategia del nivel clave, ya que la intervención se centrará en tal nivel al conocer la causa de la incorporación o mantenimiento de la conducta adictiva; y emplear estrategias de alto impacto terapéutico, ya que varios niveles pueden verse implicados como causa, consecuencias o mantenedores del problema, para lo cual se logrará el cambio (Tejero y Trujols, 1994).

Variables Cognitivo Conductuales Integradas al Modelo Transteórico.

El modelo transteórico permite una integración de variables que inicialmente no se incluían, ya que considera variables del propio drogodependiente que son estáticas y que pueden ser modificadas dentro de la intervención que se han observado como predictoras para la abstinencia o como señales de buen pronóstico del cambio. Tales variables son la motivación para el cambio o toma de decisiones y las expectativas de autoeficacia; pero no son las únicas variables estudiadas, las otras evaluadas fueron excluidas dado que su aporte al modelo era mínimo o nulo. (Tejero y Trujols, 1994).

Motivación para el Cambio o Toma de Decisiones.

Esta variable fue poco estudiada inicialmente debido a la baja calidad psicométrica para evaluar tal constructo y que alrededor de los años 80, la motivación para el cambio era considerada como un estado y no como un rasgo relacionado al hecho de ser un drogadicto, a pesar de los estudios realizados desde los 60's ya postulaban un modelo dinámico de la variable. En el modelo transteórico se operativiza a la motivación para el cambio como los componentes motivacionales y cognitivos involucrados en la toma de decisiones asociadas a la probabilidad de realizar un cambio conductual, en el cual la persona se centra en identificar

los beneficios y las desventajas para sí mismo y para su entorno luego de renunciar o mantener el patrón adictivo (Tejero y Trujols, 1994)

Autoeficacia.

Para Bandura (1982) la percepción de autoeficacia va a intervenir en los patrones de pensamiento, acciones y emociones, puesto que es definida como una valoración que la persona tiene sobre su propia capacidad para emitir alguna conducta específica que es imprescindible para lograr un resultado deseado. Se ha demostrado que mientras la persona tenga mayor nivel de autoeficacia, su rendimiento será mayor y su activación emocional será menor; es decir, quienes no confíen en sus capacidades para regular adecuadamente sus acciones tienden a debilitar sus esfuerzos en situaciones que requieren tales capacidades.

En el campo de las recaídas en adicciones, se señala que este proceso es común en las dependencias a distintas sustancias, y que la autoeficacia reguladora es un factor influyente dado que se requiere un sacrificio arduo para afrontar situaciones de alto riesgo y solo las personas que poseen las habilidades y un adecuado nivel de ésta lo harán exitosamente, una vez que la persona lo logre, su autoeficacia reguladora se fortalecerá. Sin embargo, si el individuo no ha desarrollado habilidades o no las emplea de manera apropiada y, además, su nivel de autoeficacia es bajo, recaerá, para luego abandonar los logros terapéuticos y se producirá una crisis total en el autocontrol del consumo (Marlatt y Gordon, 1980; como se citó en Bandura, 1982). De la misma manera, Marlatt (1985a) defiende que la autoeficacia es la percepción o valoración individual sobre la propia habilidad de realizar conductas de afrontamiento a futuras situaciones de alto riesgo. Si la persona lo hace de manera exitosa, el sentido de autoeficacia incrementa y disminuye la probabilidad de recaídas, mientras que si su afronte es negativo, la percepción de autoeficacia decrementa y la recaída se hace inminente.

Expectativas de Autoeficacia y Expectativas de Resultado.

Bandura (1977) señala que las expectativas de autoeficacia y las expectativas de respuesta o resultado son dos conceptos diferentes. Las expectativas de resultados constituyen una valoración que hace la persona sobre qué conducta específica va a traerle determinados resultados; mientras que las expectativas de autoeficacia se refieren a la seguridad que se tiene para emitir exitosamente la conducta necesaria para lograr los resultados. Ambas expectativas se diferencian porque el individuo puede estimar que tal comportamiento tendrá un resultado determinado, pero si se muestra inseguro con respecto a si es capaz de realizar tal comportamiento, entonces dicha expectativa no influirá en su comportamiento. Por tanto, se señala que la potencia de las creencias de las personas sobre su propia efectividad podría interferir en su éxito si intentan afrontar ciertas situaciones, ya sea en la iniciación o en el mantenimiento de la conducta de afrontamiento.

Dimensiones de las Expectativas de Autoeficacia.

Las expectativas de autoeficacia varían en diversas dimensiones, las cuales influyen de manera importante en el rendimiento del individuo (Bandura, 1977):

Magnitud: puesto que las actividades se ordenan según el grado de dificultad, por tanto, las expectativas de autoeficacia de las personas pueden ajustarse a tareas más simples, extenderse a las medianamente difíciles e incluir a las más exigentes.

Generalidad: dado que algunas experiencias generan expectativas de autoeficacia restringidas, y algunas otras provocan una percepción de autoeficacia generalizada que se expande más allá del tratamiento.

Fuerza: las expectativas débiles pueden afectar fácilmente el desempeño, mientras que el individuo que mantenga fuertes expectativas, sus esfuerzos en el desempeño persistirán a pesar de vivir experiencias estresantes o en donde no tuvo éxito.

Por tanto, para realizar un análisis adecuado de las expectativas de autoeficacia se necesita realizar una valoración a detalle sobre la magnitud, generalidad y fuerza de las

mismas y que sean proporcionales a la medida de la conducta. Las expectativas de autoeficacia influyen en el rendimiento y serán afectadas a partir de las consecuencias acumulativas de los esfuerzos (Bandura, 1977). La autoeficacia ha demostrado ser factor importante en el inicio, el reconocimiento y la realización de los cambios de comportamiento (Olubunmi y Adedotun, 2020).

Autoeficacia y Estadios de Cambio.

DiClemente et al. (1985) afirman que los niveles de autoeficacia cumplen un rol importante en la predicción del abandono y mantenimiento de la conducta de fumar. Asimismo, el grado de autoeficacia es variante en los estadios de cambio, observándose que son realmente bajos en los estadios de precontemplación y contemplación, y que incrementa considerablemente cuando se mueve al estadio de acción y logran su tope durante el estadio de mantenimiento. Varios estudios señalan que las expectativas de autoeficacia pueden predecir el término exitoso de un programa de intervención, las recaídas luego del tratamiento y la tasa de seguimiento del tabaquismo.

Asimismo, las expectativas de autoeficacia están vinculadas con la capacidad de la persona para mantener el cese del hábito de fumar y para moverse entre los estadios de cambio a lo largo del tiempo para los individuos contempladores y para quienes dejaron de fumar recientemente. Finalmente, quienes se encontraban inicialmente en estadio de acción, el nivel de autoeficacia difería de manera significativa de los sujetos que lograrían mantener la abstinencia de los que recaerían (DiClemente et al., 1985; Tejero y Trujols, 1994).

Evaluación de la autoeficacia.

Marlatt y Gordon (1985) refieren que la autoeficacia tiene un papel importante en las recaídas. Quienes se encuentran en un estadio de mantenimiento se exponen constantemente a situaciones de alto riesgo que los puede conducir a las recaídas, y frente a estos sucesos, si

la persona posee baja percepción de autoeficacia retornará rápidamente el uso de drogas puesto que el manejo de los estímulos de riesgo será deficiente.

Marlatt (1985b) señala que la evaluación de la autoeficacia se puede realizar preguntando a la persona el grado de confianza que posee para ejecutar una tarea o conducta en particular, además, Bandura (1977) indica que la medición se debe realizar en tres dimensiones: nivel, generalidad y fuerza. El nivel será una valoración dicotómica que hace la persona sobre si posee o no la habilidad para realizar la conducta meta, por ejemplo, una respuesta de afrontamiento en situaciones de alto riesgo. La fuerza se refiere a la autovaloración sobre el grado de confianza que se tiene en tal valoración, y la generalidad se refiere a la estimación de la fuerza en otras situaciones similares.

Diversos autores han desarrollado varios inventarios para medir la autoeficacia que son empleadas en las conductas adictivas, frecuentemente se le muestra a la persona un listado de ítems que detallan situaciones específicas y se le solicita que otorgue un puntaje de acuerdo al nivel de dificultad que estimaría al experimentar tal situación sin llevar a cabo la conducta problema. Luego se evalúa la puntuación global como medición de su expectativa de autoeficacia general u observando cada situación particular para descubrir situaciones potencialmente problemáticas. Tal es así que Annis (1982, como se citó en Marlatt, 1985b) diseña el Situational Confidence Questionare (SCQ) conformado por 100 ítems intentando abarcar la mayor cantidad y variedad de situaciones difíciles que viven personas con alcoholismo; dichas situaciones han sido clasificadas en una lista de determinantes de recaídas semejantes a las postuladas en la taxonomía de situaciones de alto riesgo postulada por Marlatt (1985) y, ante cada evento planteado, el individuo puntuará de 0% (no del todo seguro) a 100% (muy confiado) el nivel de confianza que presenta:

Determinantes Intrapersonales-Ambientales.

1. Estados emocionales negativos.

2. Estados físicos negativos.
3. Estados emocionales positivos.
4. Poner a prueba el control personal.
5. Tentaciones y deseos.

Determinantes Interpersonales.

1. Conflictos interpersonales.
2. Presión social para beber.
3. Estados emocionales positivos.

2.3.2 Riesgo de Recaída

Definición de recaída.

Inicialmente las recaídas eran entendidas como un fracaso o un obstáculo en el abandono de la conducta adictiva. Actualmente, se describe como un ciclo en el que median una serie de eventos que llevan al adicto a retornar al consumo de drogas, y no es un simple evento que sucede de forma imprevista. Para hablar de la presencia de una recaída se considera que ésta sucede luego de por lo menos seis meses a un año de cambios notorios y relevantes de la conducta adictiva. (Chávez, 2010).

Marlatt y Gordon (1985) postulan que la recaída es un desenlace que le ocurre a alguien al enfrentarse a los estímulos de riesgo, pero sin responder con estrategias de afrontamiento adecuadas para asegurar el prolongar de su limpieza de consumo. Es, entonces, un proceso en el que se presentan factores cognitivos y situacionales, centrándose en los factores precipitantes y en las reacciones que suceden luego de un período de abstinencia. Además, se tiene en cuenta que para desarrollar y mantener el patrón adictivo intervienen múltiples determinantes como factores genéticos, situacionales, historia familiar de consumo de drogas, formar parte de un ambiente social consumidor, inicio temprano del uso de drogas o creencias erróneas sobre los efectos o inocuidad de las sustancias psicoactivas.

A su vez, tales autores afirman que existe una diferencia entre un “desliz”, “resbalón” o “caída temporal” y la “recaída”, ésta última es comprendida como el retorno progresivo al patrón de conducta adictiva que se intentaba abandonar luego del desliz inicial, que es concebido como el primer consumo luego de un lapso de abstinencia y que constituye un retroceso en la intención de lograr el cambio (Marlatt y Gordon, 1985).

Además, existen situaciones de alto riesgo asociados a las recaídas, éstas son definidas como diversos factores que signifiquen una advertencia para la percepción de control del individuo y aumenten posibles recaídas (Marlatt y Gordon, 1985). Según estos autores, las situaciones de alto riesgo se dividen en determinantes interpersonales: conflicto interpersonal, presión social, estado emocional positivo; y determinantes intrapersonales: estado emocional negativo, estado emocional positivo, estado físico negativo, poner a prueba el control personal y ceder a las tentaciones y deseos.

Modelo de prevención de recaídas de Gorski.

Miller y Harris (2000) refieren que el concepto en que este modelo se fundamenta en el síndrome de abstinencia prolongada de alcohol (PAWS debido a sus siglas en inglés) y una progresión de 37 pasos hacia la recaída. Cada paso representa una señal de advertencia del riesgo próximo a recaer (Gorski y Miller, 1982; como se citó en Miller y Harris, 2000).

Gorski y Miller (1982, como se citó en Álvarez, 2011) postulan el modelo de proceso de recaída, indicando que la constituyen una serie de síntomas que se observan antes del retorno al primer consumo, que van desde los más leves hasta los más perturbadores, pero es probable que la recaída en varias personas no presente todos los síntomas, pero la presencia de varios de ellos es frecuente. Tales síntomas se ordenan en fases o etapas (Gorski y Miller, 1982; como se citó en Álvarez, 2011):

Etapas 1. la constituyen los signos internos de advertencia de recaída, tales signos pueden involucrar dificultades para pensar y para manejar emociones, problemas para

afrontar el estrés, para conciliar y mantener el sueño, presencia de vergüenza, culpa, desesperanza, etc.

Etapa 2. Retorno a la negación, momento en el cual se observan constantes preocupaciones sobre el bienestar propio, pero algunos individuos pueden experimentar sentimientos de negación de tal preocupación.

Etapa 3. Impedimentos y comportamientos defensivos, observados a través de pensamientos de que nunca más consumirá, mostrar mayor preocupación por su entorno que por sí mismo, estar con una actitud defensiva, impulsividad y sentimientos de soledad.

Etapa 4. Construcción de la crisis, período durante el cual la persona presenta una visión de túnel, sintomatología leve de depresión, abandonar la planificación diaria y los planes hechos empiezan a fallar.

Etapa 5. Inmovilización, manifestada a través de inversión de tiempo en ilusiones o rumias, sentimientos de que nada tiene solución, deseos irreales de alcanzar la felicidad.

Etapa 6. Confusión y sobrerreacción, observada a través de momentos de confusión, mostrarse irritable con el entorno social y familiar.

Etapa 7. Depresión, con señales como deficientes hábitos alimenticios, mala calidad de sueño, pérdida de la iniciativa, desorden de la rutina diaria, momentos de tristeza intensa.

Etapa 8. Pérdida del control del comportamiento, en la cual se aprecian signos como asistencia irregular al programa de tratamiento, negación a recibir algún tipo de ayuda, insatisfacción con la vida, impotencia y se puede mostrar desentendido o desinteresado con la situación.

Etapa 9. Reconocimiento de la pérdida del control, frente a ello el individuo experimenta sentimiento de autocompasión, presencia de pensamientos de consumir de manera social, tiene a mentir de forma concienzuda, pérdida completa de la confianza en sí mismo.

Etapa 10. Reducción de opciones, ante ello se experimentan constantes resentimientos irrazonables, fuertes sentimientos de soledad, frustración, rabia y tensión y notoria pérdida del control de la conducta.

Etapa 11. Episodio de recaída o regreso al consumo de la sustancia y debido a ello se produce un colapso físico y emocional, sentimientos de vergüenza y culpa, pérdida del autocontrol y problemas con la vida en general, ya sea con su entorno y su propia salud.

Como se ha observado, la recaída es concebida como un proceso que avanza a medida que el individuo se enfrenta a amenazas que aumentarían el riesgo de recaídas.

Riesgo de recaídas y autoeficacia.

Marlatt y Gordon (1980; cómo se citó en Bandura, 1982) señalan que la autoeficacia influye de manera importante cuando la persona se va a enfrentar a situaciones de alto riesgo, dado que se requiere un esfuerzo importante y solo aquellos quienes poseen las habilidades y una fuerte percepción de autoeficacia lo lograrán de manera exitosa; pero si no se posee habilidades o no se muestra seguro y confiado en ellas, el individuo tendrá un alto riesgo de recaer.

Además, la persona fortalece sus expectativas de autoeficacia a partir de que logra mantener la abstinencia en el tiempo: a más tiempo de abstinencia, mayor nivel de autoeficacia (Marlatt y Gordon, 1985). Por tanto, la autoeficacia va a jugar un rol importante en cuanto a desarrollo de habilidades para enfrentar los obstáculos y mantener la modificación del repertorio adictivo haciendo que el éxito terapéutico en la rehabilitación del adicto sea mayor si éste se encuentra seguro de sí mismo y de que es capaz de hacerlo (Ibrahim et al., 2011).

2.4 Definición de Términos Básicos

2.4.1 Autoeficacia

Valoración individual o expectativas sobre la propia habilidad o capacidad percibida para realizar una conducta de afrontamiento a futuras situaciones de alto riesgo que pueda poner en peligro la percepción de control. (Marlatt, 1985a).

2.4.2 *Estadios de Cambio*

Grado de intención, disposición, motivación o actitud con respecto al cambio (Prochaska y DiClemente, 1984).

2.4.3 *Riesgo de Recaída*

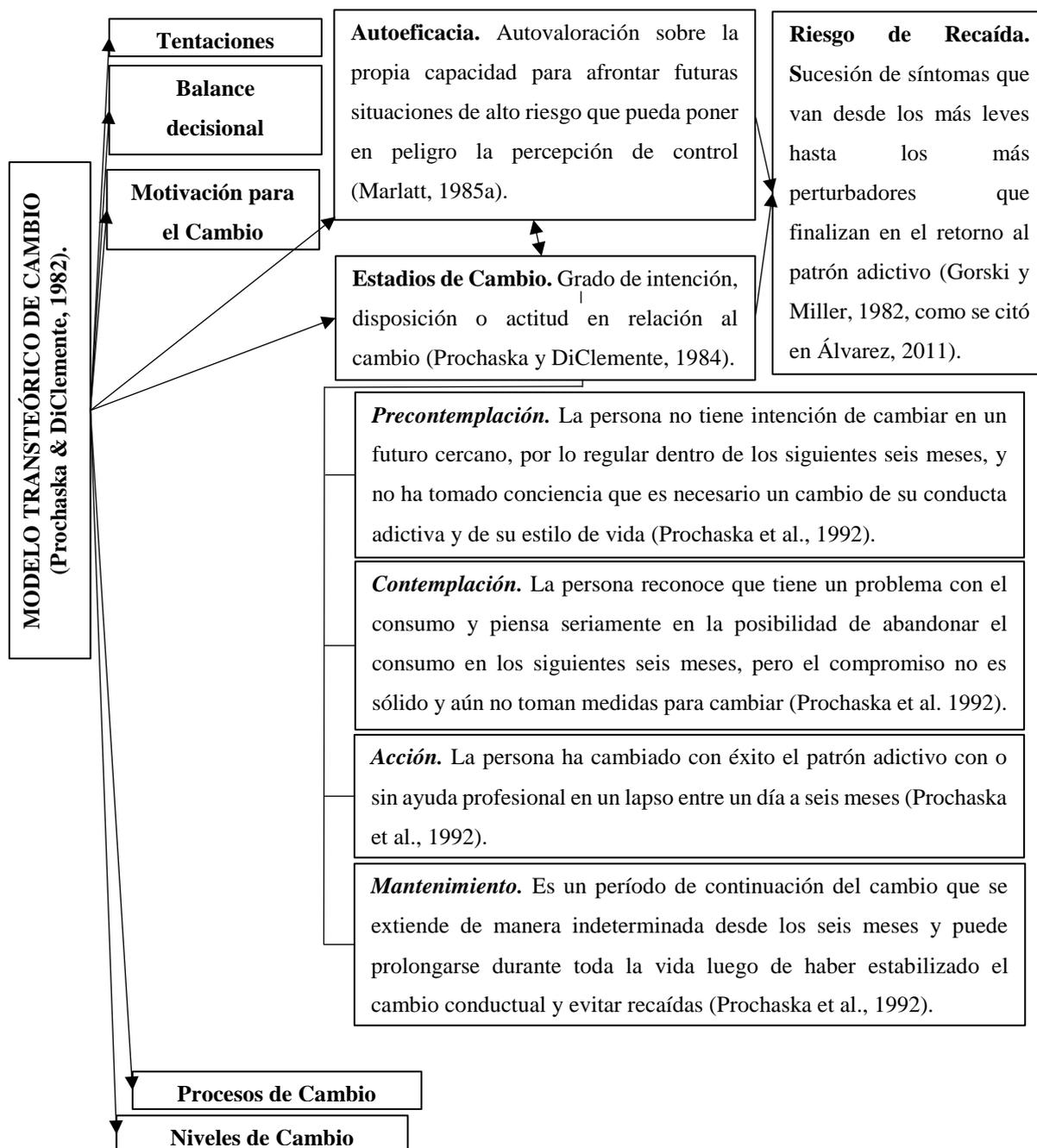
Es una serie de síntomas que van desde los más leves hasta los más perturbadores que finalizan en el retorno a la conducta adictiva (Gorski y Miller, 1982, como se citó en Álvarez, 2011).

2.5 Fundamentos teóricos que sustentan el estudio

A continuación, se presentan de manera gráfica los fundamentos teóricos que sustentan el planteamiento del presente estudio.

Figura 1

La Autoeficacia y los Estadios de Cambio desde el Modelo Transteórico de Cambio de Prochaska y DiClemente (1982) como predictores del riesgo de recaída según Gorski y Miller (1982).



2.6 Hipótesis

2.6.1 Hipótesis General

H.G. Existe relación significativa entre la autoeficacia, los estadios de cambio y el riesgo de recaída en previos en pacientes con adicción a drogas en comunidades terapéuticas de Lima.

2.6.2 Hipótesis Específicas

H1. Los niveles de autoeficacia y sus dimensiones en pacientes con adicción a drogas en comunidades terapéuticas de Lima, 2022 son bajos.

H2. El estadio de cambio que predomina en pacientes con adicción a drogas en comunidades terapéuticas de Lima, 2022 es de acción.

H3. Los niveles de riesgo de recaída en pacientes con adicción a drogas en comunidades terapéuticas de Lima, 2022 son promedio.

H4. Existen diferencias estadísticamente significativas a nivel de la autoeficacia según edad, sexo, estado civil, nivel educativo, ocupación, tiempo de consumo, tiempo de tratamiento, número de tratamientos previos en pacientes con adicción a drogas en comunidades terapéuticas de Lima.

H5. Existen diferencias estadísticamente significativas a nivel de los estadios de cambio según edad, sexo, estado civil, nivel educativo, ocupación, tiempo de consumo, tiempo de tratamiento, número de tratamientos previos en pacientes con adicción a drogas en comunidades terapéuticas de Lima.

H6. Existen diferencias estadísticamente significativas a nivel del riesgo de recaída según edad, sexo, estado civil, nivel educativo, ocupación, tiempo de consumo, tiempo de tratamiento, número de tratamientos previos en pacientes con adicción a drogas en comunidades terapéuticas de Lima.

2.7 Variables.

Autoeficacia

Definición Conceptual. Valoración individual o expectativas sobre la propia habilidad o capacidad percibida para realizar una conducta de afrontamiento a futuras situaciones de alto riesgo que pueda poner en peligro la percepción de control (Marlatt, 1985a).

Definición Operacional. La variable es de tipo cualitativa, ordinal y politómica. La autoeficacia y sus ocho dimensiones se medirán a través de los siguientes niveles y percentiles: bajo (Pc 0 a 39), dentro del promedio (Pc 40 a 50), superior promedio (Pc 51 a 74) y superior (Pc 75 a 99), los cuales están descritos en el anexo J.

Estadios de Cambio.

Definición Conceptual.

Grado de intención, disposición o actitud en relación al cambio (Prochaska y DiClemente, 1984).

Definición Operacional.

La variable es de tipo cualitativa, nominal y politómica. La puntuación mínima es 32 y máxima es 160. Se medirá a través de la sumatoria de los puntajes de los ítems correspondientes a cada dimensión, siendo el estadio asignado aquel que puntúe más alto, cuyos puntajes oscilan entre 8 y 40 puntos por dimensión: Precontemplación (ítems 1, 5, 11, 13, 23, 26, 29 y 31), contemplación (ítems 2, 4, 8, 12, 15, 19, 21, 24), acción (3, 7, 10, 14, 17, 20, 25 y 30) y mantenimiento (6, 9, 16, 18, 22, 27, 28, 32).

Riesgo de Recaída.

Definición conceptual. Es un conjunto de síntomas que van desde los más leves hasta los más perturbadores que finalizan en el retorno a la conducta adictiva (Gorski y Miller, 1982, como se citó en Álvarez, 2011).

Definición operacional. La variable es de tipo cualitativa ordinal y politómica. La puntuación mínima es 28 y máxima es 196. Es unidimensional y se medirán a través de los

siguientes rangos y niveles: del percentil 91 al 99 corresponderá al nivel muy alto, del percentil 76 al 90 al nivel alto, del percentil 25 al 75 al nivel promedio, del percentil 10 al 24 al nivel bajo y del percentil 0 al 9 al nivel muy bajo (Valles, 2016).

Variables sociodemográficas.

- Sexo : Masculino y femenino.
- Estado civil : soltero, casado, conviviente, divorciado, separado, viudo.
- Edad : 18 a 65 años.
- Nivel educativo : analfabeto, primaria incompleta, primaria completa, secundaria incompleta, secundaria completa, técnico incompleto, técnico completo, superior incompleta, superior completa.
- Ocupación : estudio, trabajo, ambos, otros (actividad ilícita) y ninguna (ninguna ocupación).
- Droga de inicio : PBC, cocaína, marihuana, alcohol, otros.
- Sustancias consumidas: PBC, cocaína, marihuana, alcohol, otros.
- Droga Problema : PBC, cocaína, marihuana, alcohol, otros (“mixtos”, “bembos”, etc.).
- Tiempo de consumo : menos de 2 años, 2 a 6 años, 7 a 11 años, 12 a 16 años, más de 17 años.
- Tiempo de tratamiento: 1 mes o menos, 2-5 meses, 6–8 meses, 9-12 meses, 13 meses a más.
- Número de tratamientos previos: 1, 2, 3, 4, 5, 6, más de 6.

Capítulo III. Marco Metodológico

3.1 Tipo, Método y Diseño de Investigación

El enfoque de investigación es cuantitativo, puesto que se estimó la ocurrencia de las variables y se probaron hipótesis, y el procedimiento para la ejecución de la investigación se hizo en fases ordenadas y se emplearon análisis estadísticos (Hernández-Sampieri y Mendoza, 2018).

3.1.1 Tipo de Investigación

El tipo de investigación es básico debido a que se generaron nuevos conocimientos a través de un proceso sistemático y ordenado (Ochoa, 1989), empleando procedimientos de muestreo con miras a generalizar los resultados, pero no se enfoca en aplicar los conocimientos encontrados (Tamayo, 2003).

3.1.2 Método de Investigación

El método de investigación es hipotético-deductivo ya que se formularon hipótesis a partir de datos empíricos, para luego ponerse a prueba de manera que se corrobore su veracidad y finalmente extraer conclusiones que son inferidas a partir de la verificación de las hipótesis (Rodríguez y Pérez, 2017).

3.1.3 Diseño y Nivel de Investigación

El diseño de la presente investigación es no experimental debido a que se observaron las variables tal y como están en el contexto natural para analizarlos y no se realizará manipulación de las mismas (Hernández et al., 2010; Hernández-Sampieri y Mendoza, 2018).

El nivel de investigación es descriptivo, dado que se busca conocer y describir el nivel de las variables en la muestra de estudio (Hernández-Sampieri y Mendoza, 2018), es comparativo, ya que se procura identificar las diferencias de las variables de estudio a partir de un criterio de contraste (Hernández-Sampieri y Mendoza, 2018); y finalmente, es correlacional, puesto que se pretende identificar el grado de asociación entre dos o más

variables o conceptos en términos estadísticos (Alarcón, 1991; Hernández-Sampieri y Mendoza, 2018), y en este caso, se midieron los niveles de Autoeficacia, Estadios de Cambio y Riesgo de recaída para luego identificar si determinadas variables sociodemográficas establecen diferencias a nivel de las variables de estudio y, posteriormente, analizar si existe asociación entre tales variables.

3.2 Población y Muestra

3.2.1 Población

Para la presente investigación se tomó como población a 270 pacientes con drogodependencia de ambos sexos en tratamiento en modalidad residencial en siete Comunidades Terapéuticas (CT) de Lima. Tales instituciones se dedican al tratamiento de adicciones químicas y comportamentales, así como trastornos de conducta y algunas atienden personas con trastornos psiquiátricos severos. Palacios (2013) clasifica a las Comunidades terapéuticas como:

Institucionales. conformadas por personal técnico y profesional, y su estructura de trabajo se rige bajo cánones de servicios de salud.

No institucionales. constituidas por personal no profesional, con operadores terapéuticos rehabilitados o re-educados, su forma de trabajo responde a filosofías ideológicas, religiosas y vivenciales.

Mixtas o modificadas. las que están conformadas por un equipo profesional, técnico, incluyendo a operadores rehabilitados y los usuarios, por tanto, el trabajo se realiza a partir de los aportes y experiencias de todo el equipo.

Además, las CT en Perú admiten el ingreso a usuarios a partir de la mayoría de edad legal: los 18 años en adelante, sin embargo, algunas de ellas han firmado convenios con entidades del estado para referir el ingreso de menores de edad en aquellas CT que cumplan los requisitos para el internamiento de menores. Asimismo, las condiciones socioeconómicas

de las personas usuarias de estas instituciones oscilan entre nivel medio bajo hasta nivel alto. De la misma manera, el nivel educativo es diverso, desde analfabetos o hasta superior completo. Cabe resaltar que la presente investigación se realizará en el contexto de la pandemia de Covid-19, la cual está produciendo un gran impacto emocional en la población, haciendo probable que se use el consumo de drogas como una forma de afronte ante esta situación de estrés (Rojas-Jara, 2020).

3.2.2 Muestra

Debido a las características dispersas de la población, para seleccionar la muestra se realizó un muestreo no probabilístico, de tipo intencional puesto que se requería seleccionar a los participantes que reúnan características específicas (Otzen y Manterola, 2017), para ello se tuvieron en cuenta los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

Criterios de inclusión.

- Participación voluntaria.
- Sexo: masculino y femenino.
- Edad: 18 a 65 años.
- Persona en tratamiento en modalidad residencial o internamiento por consumo de drogas en CT de tipos institucionales y mixtas de Lima Metropolitana.

Criterios de exclusión.

- Persona en tratamiento por adicciones comportamentales, por trastornos de conducta o trastornos psiquiátricos.
- Persona bajo los efectos de alguna droga durante la recolección de datos.
- Persona con algún trastorno sensorial y/o mental grave.
- Persona ingresada en CT de tipo no institucionales.
- Persona en tratamiento residencial en CT ubicadas fuera de Lima.
- Persona que omita la respuesta a un (01) ítem o más de los instrumentos.

Por lo tanto, la población encontrada en las siete comunidades terapéuticas visitadas fue de 270, y luego de seleccionar a los participantes que cumplían los criterios de inclusión, se obtuvo una muestra de 204 sujetos, siendo ese el tamaño de muestra seleccionado para el presente estudio.

3.3 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

La técnica para la recolección de datos fue la encuesta. Asimismo, los instrumentos a emplearse en la presente investigación son: ficha sociodemográfica, el Cuestionario de Confianza en Situaciones de Riesgo para consumir drogas (DTCQ), la Escala de Evaluación del Cambio de la Universidad de Rhode Island (URICA) y el Cuestionario de Riesgo de Recaída AWARE 3.0; los que serán descritos a continuación:

3.3.1 Ficha Sociodemográfica

En la cual se obtendrán datos como: edad, sexo, nivel educativo, lugar de nacimiento, ocupación, estado civil, drogas consumidas, droga problema, tiempo de consumo, número de tratamientos previos, tiempo de tratamiento y última fecha de consumo.

3.3.2 Cuestionario de Confianza en Situaciones de Riesgo para Consumir Drogas (DTCQ)

Autor	: H. Annis y G. Martin.
Año de creación	: 1985 (escala original), 2011 (adaptado por Saldarriaga).
País de origen	: Canadá.
Administración	: Individual y colectiva.
Tiempo de aplicación	: Sin tiempo límite, pero se estima que su desarrollo demora 20 minutos.
Área	: Confianza o autoeficacia para resistir el consumo de sustancias.
Significación	: Evalúa la autoeficacia o confianza para afrontar y resistir ocho

categorías de situaciones de alto riesgo para el consumo de drogas, basado en los determinantes de recaída de Marlatt y Gordon (1985): emociones desagradables (10 ítems), molestias físicas (5), emociones agradables (5), poner a prueba el control personal (5), ceder a impulsos o tentaciones para el consumo (5), conflicto interpersonal (10), presión social (5) y aumentar el sentimiento de celebración (5).

Calificación : Conformada por 50 enunciados que serán respondidos en una escala de 6 puntos que va desde 0 (en absoluto seguro) a 100 (muy seguro).

Aspectos psicométricos.

Saldarriaga (2011) adaptó el Cuestionario de Confianza ante situaciones de riesgo de consumir drogas (DTCQ) en 61 sujetos en rehabilitación por consumo de estupefacientes de dos comunidades terapéuticas de Lima, hallando validez de contenido mediante el coeficiente V de Aiken, asimismo, al realizar el análisis factorial exploratorio, encontró un valor de .70 como saturación para los ocho factores propuestos teóricamente. Asimismo, obtuvo una alta confiabilidad por consistencia interna con un Coeficiente Alpha de .98.

3.3.2. Evidencias de validez para la presente investigación.

Validez de contenido.

Según Ecurra (1988) el coeficiente V de Aiken es considerado como el más adecuado para estimar la validez de contenido puesto que los valores obtenidos pueden contrastarse estadísticamente de acuerdo al tamaño de la muestra seleccionada.

Los ítems del presente instrumento fueron revisados por el criterio de 10 jueces expertos (psicólogos especialistas en adicciones y en investigación), considerándose a la pertinencia, la relevancia y la claridad como criterios de valoración en una escala Likert de 1 a 5, en donde 1

equivale a un mínimo del criterio y 5 a un máximo.

Como resultado de este proceso, se obtuvo las evidencias de validez de contenido mediante el criterio de juicio de expertos, cuya valoración de los ítems del cuestionario DTCQ presentan coeficientes V de Aiken que oscilan entre .85 y 1.00, con un promedio de .96 (ver anexo 6, tabla 6)., siendo válidos, puesto que según Escurra (1988), al contar con 10 jueces, se requiere el acuerdo de por lo menos ocho de ellos (.80) para considerarse como aceptable.

Por otro lado, las observaciones y sugerencias de los jueces expertos se tomaron en cuenta para la modificación de los ítems 2, 5, 9, 10, 12, 14, 15, 16, 20, 31, 33, 34, 41, 42, 44, 46, 47, 48, 49 y 50, (ver anexo 6, tabla 7).

Validez de Constructo.

Para realizar la validez de constructo se empleó el análisis factorial exploratorio, en el cual se utilizó como método de extracción máxima de ejes principales con rotación Varimax, a través del cual se apreció un índice de KMO de .964 y una prueba de esfericidad de Bartlett de $X^2 = 9501.637$, $p < .001$. Dichos valores evidenciaron ser adecuados para la ejecución del análisis factorial confirmatorio.

Con respecto a la matriz de estructura del instrumento, se aprecia que la extracción de 8 factores se explica con el 73.393% de la varianza total explicada (V.E.A.). De la misma manera, se evidencia que se confirma el modelo teórico del cuestionario, puesto que los autovalores son mayores a 1 y los ítems corresponden a cada factor, siendo sus puntuaciones mayores a .30, considerándose aceptable (ver anexo 6, tabla 8).

3.3.3. Evidencias de confiabilidad para el presente estudio

Análisis de Consistencia interna.

Para conocer el índice de confiabilidad se empleó el Coeficiente Alfa, el cual deberá ser de .70 como mínimo para escalas de 14 ítems o más, y de .72 para escalas de seis ítems (Cortina, 1993; como se citó en Streiner, 2003).

Por lo tanto, el nivel de coeficiente Alfa del Cuestionario total es de .983, lo cual indica que el índice de fiabilidad del instrumento es excelente, mientras que el coeficiente Alfa obtenido en las dimensiones oscilan entre .848 hasta .939, es decir, el nivel de confiabilidad se encuentra en un nivel bueno hasta excelente (ver anexo 6, tabla 9).

3.3.4. Escala de Evaluación del Cambio de la Universidad de Rhode Island (URICA)

Autor	: J. Prochaska y C. DiClemente.
Año de creación	: 1984 (escala original), 2007 (adaptación peruana por Vallejos, Orbegoso y Capa).
País de origen	: Estados Unidos.
Administración	: Individual y colectiva.
Tiempo de aplicación	: Ilimitado; pero su desarrollo es de 15 minutos aproximadamente.
Área	: Evaluación del cambio en la conducta adictiva.
Significación	: Medir el grado de intención o disposición con respecto al cambio.
Calificación	: La puntuación es obtenida a través de una escala Likert de 1 (muy en desacuerdo) a 5 (muy de acuerdo), el puntaje mínimo es 32 y el máximo es 160. Consta de 32 ítems distribuidos en cuatro dimensiones: precontemplación, contemplación, acción y mantenimiento

Aspectos psicométricos.

Rossi et al. (1992; como se citó en Vallejos et al., 2007) reportan la confiabilidad de

una versión breve de 16 ítems con coeficientes alfa por dimensiones: precontemplación (.60), contemplación (.75), acción (.77) y mantenimiento (.70).

En Perú, Vallejos et al. (2007) adaptaron la escala en 105 pacientes adictos a las drogas, de sexo masculino, de dieciocho y sesenta años de Trujillo, en el departamento de La Libertad. Inicialmente modificaron los ítems que contenían la palabra cocaína para reemplazarla por alcohol y drogas y se sometió a una validación a través de la valoración de jueces expertos en el campo de las adicciones. Las evidencias de validez de constructo se obtuvieron a través de un análisis factorial exploratorio con la prueba de esfericidad de Barlett ($X^2 = 1228.343$, $p < .000$), hallando que la matriz de correlación es una matriz de identidad; asimismo, el valor de la estadística KMO es de .676. Sobre la confiabilidad, se estimó mediante la consistencia interna, hallando coeficiente Alfa para para la escala total (.8146) y para cada dimensión: precontemplación (.735), contemplación (.689), acción (.717) y mantenimiento (.684).

3.3.5. Evidencias de Validez para la presente investigación

Validez de contenido.

Diez jueces, psicólogos especialistas en adicciones y en investigación, revisaron los enunciados de la Escala URICA, empleando como criterios de valoración a la pertinencia, la relevancia y la claridad en una escala Likert de 1 a 5, en donde 1 equivale a un mínimo del criterio y 5 a un máximo.

Las evidencias de validez de contenido obtenidas mediante este proceso muestran coeficientes de V de Aiken que oscilan entre .92 y 1.00, con un promedio de .97 (ver anexo 6, tabla 10), considerándose aceptables, dado que Escurra (1988) menciona que se requieren puntajes mayores o iguales a .80. Además, se consideraron las recomendaciones de los jueces expertos para la modificación de los ítems 3, 5, 11, 12, 15, 20, 21, 23 y 25, (ver anexo 6, tabla 11).

Validez de Constructo.

Para realizar la validez de constructo se empleó el análisis factorial exploratorio, en el cual se utilizó como método de extracción máxima de ejes principales con rotación Varimax. Se obtuvo un índice de KMO de .909 y una prueba de esfericidad de Bartlett de $X^2 = 3418.117$, $p=.000$. Dichos valores evidenciaron ser adecuados para la ejecución del análisis factorial confirmatorio.

Asimismo, al observar la matriz estructura de la escala, se aprecia que la extracción de 4 factores se explica con el 54.980% de la varianza total explicada (V.E.A.). De la misma manera, se evidencia que se confirma el modelo teórico del cuestionario, puesto que los autovalores son mayores a 1 y los ítems corresponden a cada factor, siendo sus puntuaciones mayores a .30, considerándose aceptable (ver anexo 6, tabla 12).

Evidencias de Confiabilidad para el presente estudio.

Análisis de Consistencia interna. Se empleó el Coeficiente Alfa para conocer el índice de confiabilidad por el método de consistencia interna, que según Cortina (1993, como se citó en Streiner, 2003) para escalas de 14 ítems a más, el coeficiente Alfa deberá ser de .70, y para escalas de seis ítems, tendrán valores de .72.

Tal es así que la dimensión Precontemplación obtiene un coeficiente Alfa de .757 y la dimensión Mantenimiento de .796, ambos siendo de nivel aceptable, mientras que las dimensiones Contemplación presenta un coeficiente Alfa de .860 y la dimensión Acción de .892, correspondientes a un nivel bueno de fiabilidad (ver anexo 6, tabla 9).

3.3.6. Cuestionario de Riesgo de Recaída AWARE 3.0

Autor : T. Gorski y M. Miller.
 Año de creación : 1986 (escala original), 2000 (modificado por Miller & Harris),
 2016 (adaptado a Lima por Valles).
 País de origen : Estados Unidos.

Administración	: Individual y colectiva.
Tiempo de aplicación	: Ilimitado; sin embargo, su desarrollo tarda 12 minutos aproximadamente.
Área	: Señales de alerta de recaídas.
Significación	: Evalúa el nivel de riesgo de recaída en adicciones.
Calificación	: La puntuación se obtiene sumando el total de respuestas marcadas, pero invirtiendo los puntajes en los ítems 8, 14, 20, 24, 26.
Interpretación	: A mayor puntuación, el individuo presenta más indicadores de advertencia de una recaída. El rango de puntuaciones es de 28 (puntuación mínima) a 196 (puntuación máxima).

Aspectos psicométricos.

Psicometría de la prueba original.

El Cuestionario AWARE (*advance warning for relapse*) inicialmente se construyó con 37 ítems para evaluar los indicadores de alerta de recaída a partir de los resultados de entrevistas clínicas a 117 pacientes alcohólicos crónicos que habían completado por lo menos un tratamiento residencial de rehabilitación y que fueron reingresados por el mismo problema.

Los autores hallaron que este cuestionario es un buen predictor de las recaídas ($r = .42$, $p < .001$). Posteriormente, la escala fue analizada por Miller y Harris (2000), quienes la redujeron a 28 ítems que se agrupaban en un solo factor, con una alta confiabilidad por consistencia interna, con coeficientes Alfa entre .92 y .93.

Además, a través del coeficiente de estabilidad test-retest medida en intervalos de sesenta días durante doce meses, se encontró una fiabilidad de $r = .80$. Se observó que el cuestionario predijo de manera significativa los deslices y recaídas posteriores dado que,

según las ecuaciones de regresión, las tasas de recaída de las personas con puntajes más altos tuvieron entre 33% y 46% más probabilidad de recaer que quienes obtuvieron puntuaciones menores (Miller y Harris, 2000). Finalmente, se detalla que los ítems se presentan en el orden de aparición de las señales de alerta que plantea Gorski; no obstante, Miller y Harris (2000) indican que la puntuación total es mejor predictora de recaídas y agregan que no se hallaron evidencias de que los signos de advertencia se presentan en tiempo real en el orden que señala Gorski.

Adaptaciones a la población peruana.

Valles (2016) tradujo la escala al castellano y realizó una adaptación piloto del instrumento en 50 pacientes adictos institucionalizados en comunidades terapéuticas de Lima Sur de edades entre 14 y 67 años, en el que se demuestra la validez de contenido a través del Coeficiente V. de Aiken con valores que oscilan entre .80 a 1.0, así como la validez según la Prueba Binomial ($p=.000$). Con respecto a la confiabilidad por consistencia interna obtuvo un Coeficiente Alfa de .905, demostraron un nivel muy alto de confiabilidad.

De la misma manera, Solano y Copez-Lonzoy (2017) analizaron la estructura interna del instrumento en 240 pacientes adictos en tratamiento residencial de edades entre 18 y 61 años en Lima. Confirman que el instrumento posee un solo factor, así como el análisis de la confiabilidad arrojó puntuaciones adecuadas para las variables observadas y variables latentes. Además, se señala que existe un mejor ajuste con el modelo de ítems directos y plantean una versión breve del cuestionario (12 ítems).

Evidencias de Validez para la presente investigación.

Validez de Contenido.

Los ítems fueron revisados por diez jueces, psicólogos especialistas en adicciones y en investigación, empleando como criterios de valoración a la pertinencia, la relevancia y la claridad en una escala Likert de 1 a 5, en donde 1 equivale a un mínimo del criterio y 5 a un

máximo.

Las evidencias de validez de contenido obtenidas muestran coeficientes de V de Aiken que oscilan entre .93 y .99, con un promedio de .97, considerándose aceptables, dado que Ecurra (1988) menciona que se requieren puntajes mayores o iguales a .80 (ver anexo 6, tabla 13). Asimismo, se tomaron las sugerencias de los jueces expertos para la modificación de los ítems 7, 18, 19 y 25 (ver anexo 6, tabla 14).

Evidencias de Confiabilidad para el presente estudio.

Análisis de Consistencia interna.

Se empleó el Coeficiente Alfa para conocer el índice de confiabilidad por el método de consistencia interna, que según Streiner (2003) el nivel de confiabilidad máximo recomendado para un instrumento es de .90. Por lo cual, se aprecia que el coeficiente Alfa para el Cuestionario AWARE es de .918 (ver anexo 6, tabla 9).

3.4. Descripción de procedimientos de análisis

Se contactó a los directores de las comunidades terapéuticas que formaron parte de la presente investigación, de manera que se coordinó para que brinden el permiso verbal y escrito a la muestra de estudio y aplicar los instrumentos de manera colectiva, previa firma del consentimiento informado de cada participante. La recolección de los datos se realizó en la sala de terapias grupales de dichas instituciones en condiciones adecuadas y libres de estímulos distractores que interfieran con el adecuado levantamiento de los datos durante los meses de febrero, marzo, abril y setiembre del 2022. Luego de la aplicación de los instrumentos se diseñó la base de datos para posterior análisis con el paquete estadístico SPSS versión 25.

En principio, se ejecutó los análisis preliminares mediante la extracción de las propiedades psicométricas de los instrumentos. En segundo lugar, se verificó si los datos tienen una distribución normal a partir del análisis de la prueba de normalidad Kolmogorov-

Smirnov (ver anexo 7). Posteriormente, se realizaron los análisis descriptivos para extraer las medias y desviaciones estándar de las variables de estudio, además, se examinaron descriptivamente los niveles alcanzados por la muestra en Autoeficacia, se identificaron los Estadios de cambio predominantes en la muestra y se identificó el nivel del Riesgo de recaída. Finalmente, se analizó el grado de asociación entre las mismas mediante el coeficiente *rho* de Spearman.

Capítulo IV. Resultados y Análisis de Resultados

4.1. Resultados

A continuación, se presentan los resultados del estudio de acuerdo a los objetivos planteados. Los procedimientos estadísticos y las tablas derivados a estos y previos a las tablas de resultados, se pueden observar en la sección anexos.

En la tabla 1 se detalla la descripción de la muestra según variables sociodemográficas, así como los niveles según la autoeficacia, los estadios de cambio y de riesgo de recaída.

Tabla 1

Descripción de la muestra

		f	%
Comunidad terapéutica	CT 1	81	39.7
	CT 2	17	8.3
	CT 3	16	7.8
	CT 4	38	18.6
	CT 5	15	7.4
	CT 6	14	6.9
	CT 7	23	11.3
Edad	18 a 20 años	27	13.2
	21 a 30 años	78	38.2
	31 a 40 años	48	23.5
	41 a 50 años	28	13.7
	51 a 60	23	11.3
Sexo	Masculino	164	80.4
	Femenino	40	19.6
Estado civil	Soltero	165	80.9
	Casado	17	8.3
	Conviviente	14	6.9
	Divorciado	6	2.9
Nivel educativo	Viudo	2	1
	Primaria incompleta	9	4.4
	Primaria completa	5	2.5
	Secundaria incompleta	33	16.2
	Secundaria completa	85	41.7
	Técnico incompleto	6	2.9

	Técnico completo	15	7.4
	Superior incompleto	21	10.3
	Superior completo	30	14.7
	Trabajo	114	55.9
	Estudio	17	8.3
Ocupación	Trabajo y estudio	36	17.6
	Otros	10	4.9
	Ninguno	27	13.2
	Menos de 2 años	33	16.2
	2 a 6 años	56	27.5
Tiempo de consumo	7 a 11 años	36	17.6
	12 a 16 años	33	16.2
	Más de 17 años	46	22.5
	1 mes o menos	35	17.2
	2 a 5 meses	64	31.4
Tiempo de tratamiento	6 a 8 meses	24	11.8
	9 a 12 meses	22	10.8
	13 meses a más	59	28.9
	Ninguno	88	43.1
	01 tratamiento previo	38	18.6
	02 tratamientos previos	24	11.8
Número de tratamientos previos	03 tratamientos previos	15	7.4
	04 tratamientos previos	8	3.9
	05 tratamientos previos	12	5.9
	06 tratamientos previos	3	1.5
	Más de 6 tratamientos previos	16	7.8
	Pasta Básica de Cocaína (PBC)	29	14.2
	Cocaína	29	14.2
Droga problema de consumo	Marihuana	43	21.1
	Alcohol	40	19.6
	Policonsumo	63	30.9
	Bajo	98	48
Niveles de autoeficacia	Dentro del promedio	2	1
	Superior promedio	104	51
	Bajo	110	53.9
Emociones desagradables	Dentro del promedio	1	0.5

	Superior promedio	22	10.8
	Superior	71	34.8
Molestias físicas	Bajo	159	77.9
	Superior	45	22.1
	Bajo	97	47.5
Emociones agradables	Dentro del promedio	17	8.3
	Superior promedio	32	15.7
	Superior	58	28.4
Poner a prueba el control personal	Bajo	132	64.7
	Superior	72	35.3
	f		%
Ceder a tentaciones y deseos	Bajo	130	63.7
	Superior	74	36.3
	f		%
Conflicto interpersonal	Bajo	106	52
	Superior promedio	28	13.7
	Superior	70	34.3
	f		%
Presión social	Bajo	92	45.1
	Dentro del promedio	6	2.9
	Superior promedio	40	19.6
	Superior	66	32.4
	f		%
Aumentar el sentimiento de celebración	Bajo	99	48.5
	Dentro del promedio	4	2
	Superior promedio	44	21.6
	Superior	57	27.9
	Precontemplación	14	6.9
Estadios de cambio	Contemplación	89	43.6
	Acción	91	44.6
	Mantenimiento	10	4.9
	Muy alto	12	5.9
	Alto	13	6.4
Niveles de Riesgo de recaída	Promedio	81	39.7
	Bajo	56	27.5
	Muy bajo	42	20.6

En la tabla 1 se detalla que la edad del 38.2% de la muestra oscila entre 21 a 30 años, mientras que el 80.9% es soltero, el 41.7% posee secundaria completa, el 55.9% trabajaba antes de ser internado en el actual tratamiento y el 22.5% ha consumido drogas durante más de 17 años. A la misma vez, se aprecia que el 31.4% se encuentra internado entre dos a cinco meses en el momento de la recolección de datos y el 7.8% ha tenido más de seis tratamientos previos. De la misma manera, se observa que el 30.9% consume múltiples sustancias, mientras que el 21.1% usa sólo marihuana. Con respecto a los niveles, el 48% presenta un nivel bajo de autoeficacia, el 44.6% se encuentra en el estadio de cambio de acción y el 6.4% muestra un alto nivel de riesgo de recaída.

4.1.1 Correlación entre Autoeficacia, Estadios de Cambio y Riesgo de Recaída

A continuación, se presenta la relación que existe entre la Autoeficacia, los Estadios de cambio y el Riesgo de recaída en la muestra.

Tabla 2

Correlación entre Autoeficacia, Estadios de cambio y Riesgo de recaída

		Autoeficacia	Riesgo de recaída
Rho de Spearman	Precontemplación	Coefficiente de correlación	-0.038
		<i>p</i>	,153*
	Contemplación	Coefficiente de correlación	0.591
		<i>p</i>	0.029
	Acción	Coefficiente de correlación	,229**
		<i>p</i>	-0.092
	Mantenimiento	Coefficiente de correlación	0.001
		<i>p</i>	0.190
	Autoeficacia	Coefficiente de correlación	,202**
		<i>p</i>	-0.076
	Riesgo de recaída	Coefficiente de correlación	0.004
		<i>p</i>	0.280
	Coefficiente de correlación	-0.028	
	<i>p</i>	,162*	
	Coefficiente de correlación	1.000	
	<i>p</i>	0.689	
	Coefficiente de correlación	-0.028	
	<i>p</i>	0.000	
	Coefficiente de correlación	1.000	
	<i>p</i>	0.000	

Como se aprecia en la tabla 2, existe correlación estadísticamente muy significativa ($r=.229$, $p<.05$) entre la Autoeficacia y el Estadio de cambio de Contemplación, entre la Autoeficacia y el estadio de cambio Acción ($r=.202$, $p<.05$). Además, se muestra que existe una correlación positiva y estadísticamente significativa ($r=.153$, $p<.05$) entre el Riesgo de recaída y el estadio de cambio de Precontemplación, y con el estadio de cambio Mantenimiento ($r=.162$, $p<.05$). Finalmente, se observa una correlación negativa y estadísticamente muy significativa ($r= -.262$, $p<.05$) entre la Autoeficacia y el Riesgo de recaída.

Variables de Estudio y Características Sociodemográficas de la Muestra.

4.1.2 Autoeficacia y Variables Sociodemográficas.

Se emplearon los estadísticos de prueba no paramétricos U de Mann-Whitney y Kruskal Wallis para identificar si existen diferencias significativas a nivel de la Autoeficacia según variables sociodemográficas.

Tabla 3*Diferencias estadísticas de Autoeficacia según variables sociodemográficas*

		Autoeficacia
Edad	H de Kruskal-Wallis	1.754
	Gl	4
	<i>p</i>	0.781
Sexo	U de Mann-Whitney	3036.5
	W de Wilcoxon	3856.5
	Z	-0.727
Estado civil	<i>p</i>	0.467
	H de Kruskal-Wallis	4.548
	Gl	4
Nivel educativo	<i>p</i>	0.337
	H de Kruskal-Wallis	10.643
	Gl	7
Ocupación	<i>p</i>	0.155
	H de Kruskal-Wallis	2.31
	Gl	4
Tiempo de consumo	<i>p</i>	0.679
	H de Kruskal-Wallis	10.755
	Gl	4
Tiempo de tratamiento	<i>p</i>	0.029
	H de Kruskal-Wallis	6.499
	Gl	4
Número de tratamientos previos	<i>p</i>	0.165
	H de Kruskal-Wallis	8.8
	Gl	7
	<i>p</i>	0.267

En la tabla 3 se detalla que existen diferencias estadísticamente significativas en el puntaje de Autoeficacia según el tiempo de consumo de la muestra ($p < .05$). Dichas diferencias se observan entre quienes consumen entre siete a once años y quienes tienen más de 17 años de consumo (ver anexo 7, tabla 16).

4.1.3 Estadios de Cambio y Variables Sociodemográficas

Se emplearon los estadísticos de prueba no paramétricos U de Mann-Whitney y Kruskal Wallis para identificar si existen diferencias significativas a nivel de los Estadios de cambio según edad, sexo, estadio civil, nivel educativo, ocupación, tiempo de consumo, tiempo de tratamiento y número de tratamientos previos.

Tabla 4

Diferencias estadísticas de Estadios de cambio según variables sociodemográficas

	Precontemplación	Contemplación	Acción	Mantenimiento
Edad				
H de Kruskal-Wallis	8.785	1.712	4.105	6.276
gl	4	4	4	4
<i>p</i>	0.067	0.789	0.392	0.179
Sexo				
U de Mann-Whitney	2407	2494	2397.5	2527
W de Wilcoxon	3227	16024	15927.5	16057
Z	-2.612	-2.354	-2.644	-2.253
<i>p</i>	0.009	0.019	0.008	0.024
Estado civil				
H de Kruskal-Wallis	6.845	7.14	3.321	3.165
Gl	4	4	4	4
<i>p</i>	0.144	0.129	0.506	0.531
Nivel educativo				
H de Kruskal-Wallis	3.859	2.856	8.118	8.573
gl	7	7	7	7
<i>p</i>	0.796	0.898	0.322	0.285
Según ocupación				
H de Kruskal-Wallis	8.582	2.158	3.306	2.446
gl	4	4	4	4
<i>p</i>	0.072	0.707	0.508	0.654
Tiempo de consumo				
H de Kruskal-Wallis	7.439	1.942	1.135	7.654
gl	4	4	4	4
<i>p</i>	0.114	0.746	0.889	0.105
Tiempo de tratamiento				

H de Kruskal-Wallis	15.287	12.188	9.691	2.171
gl	4	4	4	4
<i>p</i>	0.004	0.016	0.046	0.704
Número de tratamientos previos				
H de Kruskal-Wallis	4.731	7.177	8.388	10.117
gl	7	7	7	7
<i>p</i>	0.693	0.411	0.3	0.182

En la tabla 4 se muestra que no existen diferencias estadísticamente significativas en los Estadios de cambio según la edad, estado civil, nivel educativo, ocupación, tiempo de consumo y número de tratamientos previos ($p > .05$), no obstante, sí se observan según el sexo ($p < .05$), siendo el sexo femenino quienes se encuentran en los estadios de cambio de Contemplación, Acción y Mantenimiento, mientras que los varones se encuentran con más frecuencia en Precontemplación (ver anexo 7, tabla 17).

Además, se muestra que existen diferencias estadísticamente significativas en los Estadios de cambio Precontemplación, Contemplación y Acción ($p < .05$), pero no existen para el estadio de cambio de Mantenimiento ($p > .05$) según el tiempo de tratamiento. Entonces, se observa que quienes están un mes o menos de tratamiento se encuentran en el estadio de Precontemplación, quienes están entre 9 a 12 meses se encuentran en el estadio de Contemplación o en el estadio de Acción (ver anexo 7, tabla 18).

4.1.4 Riesgo de Recaída y Variables Sociodemográficas

Se emplearon los estadísticos no paramétricos U de Mann-Whitney y Kruskal Wallis para identificar si existen diferencias significativas a nivel del Riesgo de recaída según edad, sexo, estado civil, nivel educativo, ocupación, tiempo de consumo, tiempo de tratamiento y número de tratamientos previos.

Tabla 5*Diferencias estadísticas de Riesgo de recaída según variables sociodemográficas*

		Riesgo de recaída
Edad	H de Kruskal-Wallis	1.034
	gl	4
	<i>p</i>	0.905
Sexo	U de Mann-Whitney	2973.5
	W de Wilcoxon	3793.5
	Z	-0.916
Estado civil	<i>p</i>	0.36
	H de Kruskal-Wallis	4.153
	gl	4
Nivel educativo	<i>p</i>	0.386
	H de Kruskal-Wallis	10.107
	gl	7
Ocupación	<i>p</i>	0.183
	H de Kruskal-Wallis	4.101
	gl	4
Tiempo de consumo	<i>p</i>	0.392
	H de Kruskal-Wallis	4.096
	gl	4
Tiempo de tratamiento	<i>p</i>	0.393
	H de Kruskal-Wallis	12.158
	gl	4
Número de tratamientos previos	<i>p</i>	0.016
	H de Kruskal-Wallis	9.833
	gl	7
	<i>p</i>	0.198

En la tabla 5 se muestra que no existen diferencias estadísticamente significativas en el puntaje del Riesgo de recaída según edad, sexo, estado civil, nivel educativo, ocupación, tiempo de consumo, número de tratamientos previos ($p > .05$) en la muestra de estudio. Sin

embargo, se evidencia que existen diferencias estadísticamente significativas en el puntaje del Riesgo de recaída según el tiempo de tratamiento ($p < .05$), ya que quienes se encuentran con un mes o menos de tratamiento presentan mayor puntaje en Riesgo de recaída, mientras que quienes se encuentran recibiendo tratamiento durante nueve a doce meses presentan menor puntuación (ver anexo 7, tabla 19).

4.2 Análisis de Resultados

La finalidad de esta investigación fue el determinar la relación que existe entre la autoeficacia, los estadios de cambio y el riesgo de recaída en pacientes con adicción a las drogas de comunidades terapéuticas de Lima. Los resultados afirman que existe una relación positiva entre la autoeficacia y los estadios de cambio de contemplación ($r = .229$, $p < .05$) y acción ($r = .202$, $p < .05$), pero no se relaciona con los estadios de cambio precontemplación ni mantenimiento. Además, se apreció que el riesgo de recaída presenta una relación significativa con precontemplación ($r = .153$, $p < .05$) y con mantenimiento ($r = .162$, $p < .05$), no obstante, no se relaciona con los estadios de cambio contemplación ni acción. Asimismo, se observaron diferencias significativas de las variables con el sexo, el tiempo de consumo y con el tiempo de tratamiento.

Tal como se describió, los hallazgos exponen la existencia de una relación significativa entre la autoeficacia y el estadio de cambio de contemplación, por lo cual, se acepta la hipótesis general propuesta. Al respecto Müller et al. (2019) señalan que la autoeficacia alta se asocia con la motivación para la intervención y con la abstinencia a largo plazo en una muestra de 263 pacientes consumidores de ambos sexos en Suiza. Tal es así que DiClemente et al. (1985) y Tejero y Trujols (1994) afirman que la autoeficacia está asociada a la capacidad que ha desarrollado la persona para prolongar el cese del consumo y que esta capacidad influye en el progreso terapéutico a lo largo de los estadios de cambio para quienes están ubicados en la fase de Contemplación y para quienes abandonaron recientemente el

consumo. Por lo tanto, lo encontrado explicaría que la persona en tratamiento por adicción a drogas, al tener mayor conciencia del problema, es decir, encontrarse en el estadio de contemplación, podría tener mayor nivel de autoeficacia. Este estadio contribuiría a que la intención de abandonar el consumo se incremente al confiar en que posee habilidades para ello y así aumentar su compromiso con el tratamiento. Este hallazgo podría permitir a las instituciones enfocar sus esfuerzos en fortalecer sus estrategias de intervención y lograr aumentar los niveles de conciencia o aceptación del problema, de manera que se prevengan recaídas tanto en pacientes reincidentes, como en quienes reciben tratamiento por primera vez.

De igual modo, se halló una relación significativa entre la Autoeficacia y el Estadio de cambio de Acción, lo cual indica que la hipótesis general es aceptada. Esto coincide con Olubunmi y Adedotun (2020), quienes hallaron que la autoeficacia tiene gran injerencia sobre la intención de dejar de consumir en una muestra de 25 universitarios y 60 pacientes de centros de salud mental de Nigeria. Tal es así que DiClemente et al. (1985) y Tejero y Trujols (1994) observaron que los usuarios de sustancias que se hallaban en un inicio en el estadio de acción podían tener niveles de Autoeficacia significativamente distintos para evitar el retorno al consumo, de las personas que recaerían. Entonces, el que un porcentaje importante de la muestra de estudio se encuentre en el estadio de cambio de acción indicaría que las estrategias que los centros de internamiento les brindan estarían sirviendo para que el sujeto logre detener, por períodos cada vez más prolongados, el consumo de drogas; aunado a esto, por el aumento a un nivel adecuado de autoconfianza.

De la misma manera, se halló una relación significativa entre el riesgo de recaída y el estadio de cambio de precontemplación, es decir, la hipótesis general se acepta. Esto coincide con lo encontrado por Abramonte (2019), quien determinó la existencia de una relación directa y significativa entre la fase de precontemplación y el riesgo de recaída en usuarios de

comunidades terapéuticas de Lima sur. Esto se corrobora con lo indicado por Prochaska et al. (1992) y por Tejero y Trujols (1994), quienes señalan que la persona en el estadio de cambio de precontemplación carece de la suficiente motivación e intención de modificar la conducta adictiva en un corto plazo debido a que la toma de conciencia del problema es nula o mínima. Tal es así que este resultado podría explicarse porque casi la mitad de la muestra posee menos de 6 meses de tratamiento, tiempo en el cual gran parte de los pacientes aún se encuentran en el proceso de toma de conciencia del problema (estadio precontemplativo), lo cual estaría relacionado a cierto rechazo frente a la oferta y requerimiento de ayuda para la reducción total del consumo, incrementándose la probabilidad de recaer en la conducta adictiva y/o de retirarse de la comunidad terapéutica. Este resultado podría corroborar la importancia de que los centros de tratamiento refuercen sus estrategias de intervención para lograr que la persona con adicción acepte que presenta un problema con las drogas y que la posibilidad de recaer estaría presente.

En la misma línea, se halló una correlación inversa y significativa entre el riesgo de recaída y el estadio de cambio de mantenimiento, lo cual corrobora que la hipótesis general se aceptó. Asimismo, Abramonte (2019) afirmó que la fase de mantenimiento y el riesgo de recaída se relacionan significativamente en pacientes en tratamiento residencial de Lima Sur. Ante ello, se puede retomar lo señalado por Prochaska et al. (1992) y Tejero y Trujols (1994) en cuanto indican que el estadio de Mantenimiento se caracteriza por que la persona realiza un trabajo constante para prevenir recaídas y que no es un período estático, sino que implica un proceso de continuación del cambio y no la ausencia del mismo, por lo cual se requiere que la persona haya consolidado las estrategias aprendidas en tratamiento, de lo contrario, al carecer de técnicas para reforzar la abstinencia del consumo, se producirían emociones de culpa, desesperanza o frustración, que al manejarse de manera poco efectiva, aumentaría la probabilidad de una recaída. En cuanto lo hallado en el presente estudio, se debería a que

menos del 13% de la muestra se encuentra con un alto riesgo de presentar recaídas, lo que implicaría que la mayoría de los participantes aplican con éxito las estrategias terapéuticas aprendidas durante su internamiento, por lo tanto, lograrían sostener la abstinencia del consumo de drogas, mejorar su calidad de vida y cumplir su plan de vida.

Asimismo, los hallazgos indican una relación significativa entre la Autoeficacia y el Riesgo de recaída, por lo cual, se aceptó la hipótesis general propuesta. Esto difiere de lo hallado por Kalani (2019), quien encontró que la autoeficacia no se relaciona significativamente con la recaída en consumidores de alcohol en Uganda. Sin embargo, coincide con lo encontrado por Valles (2016), quien halló una correlación negativa entre la autoeficacia y las recaídas en 129 pacientes de comunidades terapéuticas de Lima Sur y en 107 usuarios atendidos en una institución de Costa Rica, respectivamente. Esto se ratifica por lo propuesto por Marlatt y Gordon (1980; como se citó en Bandura, 1982) y Marlatt (1985a) quienes señalan que la autoeficacia influye sobre la percepción que la persona tiene acerca de su capacidad para afrontar los estímulos de alto riesgo y mantener la abstinencia, y aumenta o disminuye la probabilidad de recaer. Asimismo, Valles (2016) señala que la probabilidad de retornar al consumo es menor a medida que la persona evalúe como alto su nivel de autoeficacia, de esa manera el sujeto puede gestionar de manera eficaz aquellos eventos internos o externos que constituyan un riesgo para la recaída, ya que, si la forma de afrontar una contingencia es funcional y adaptativa, la posibilidad de recaer será menor (Tijerina, 2005) y el tiempo de abstinencia del consumo será mayor (DiClemente et al., 1985). Es así que, para el presente estudio dicha relación se explicaría a partir de que más de la mitad de la muestra posee alta percepción de autoeficacia, la cual sería producto de una adecuada adherencia al tratamiento y que los pacientes se involucren de manera activa con su evolución en su intención de abandonar el consumo de manera que el riesgo de recaída sea menor al emplear constantemente las técnicas para controlar su consumo.

Por otro lado, se halló que el nivel de Autoeficacia que prevalece es el superior promedio, seguido del nivel bajo, por lo tanto, la hipótesis específica uno se acepta. Sin embargo, en cuanto a todas las dimensiones: emociones desagradables, molestias físicas, emociones agradables, poner a prueba el control personal, ceder a tentaciones y deseos, conflicto interpersonal, Presión social, Aumentar el sentimiento de celebración, el nivel bajo es el que predomina. Esto es similar a lo descrito por López y Fernández (2022), quienes refieren que el experimentar momentos agradables con otras personas es uno de los factores que producen mayor riesgo para el consumo de drogas en pacientes mexicanos internados en un centro de rehabilitación. En la misma línea, Caycho (2017), observó que un gran porcentaje de una muestra de 80 pacientes de una comunidad terapéutica del sur de Lima presentó un nivel elevado de confianza en las mismas dimensiones del cuestionario DTCQ. Asimismo, Valles (2016) identificó que más de la mitad de un grupo de 129 residentes de comunidades terapéuticas de la zona sur de Lima presentó un nivel bajo en Autoeficacia. Esta concordancia podría atribuirse a que Marlatt y Gordon (1980; como se citó en Bandura, 1982) indican que la Autoeficacia es una característica que contribuye a regular los esfuerzos para hacerle frente a los estímulos de alto riesgo, por tanto, quienes hayan desarrollado las habilidades necesarias para reforzar su confianza lo afrontarán con éxito. Además, DiClemente et al. (1985) indican que el tiempo en el que el sujeto ha parado de consumir tiene influencia sobre la autoeficacia, en otras palabras, mientras más tiempo de abstinencia exista, el sujeto tendrá más nivel de confianza para afrontar situaciones de riesgo de consumo, lo cual se ve reflejado en los hallazgos, ya que casi la mitad de la muestra se encuentra con menos de seis meses de tratamiento, lo cual refleja que aún están en proceso de adquirir y reforzar nuevas habilidades para mantenerse en abstinencia del consumo de drogas, ya que en el contexto peruano, el común de duración del internamiento en las comunidades terapéuticas participantes del estudio es de doce a dieciocho meses. En este sentido, se espera

que al término de este periodo la persona tenga mayores estrategias de afronte a situaciones de riesgo de consumo incorporadas a su repertorio conductual, lo cual incrementaría su percepción de autoeficacia una vez culminado el tratamiento.

Con respecto a los Estadios de cambio, se observó que el que más predomina en la muestra es la fase de Acción, seguida de Contemplación, por lo tanto, la hipótesis específica dos se acepta. Esto es similar a lo hallado por Cabascango (2019) que encontró que el estadio de Contemplación es el más frecuente en 47 usuarios de drogas actualmente en tratamiento en Ecuador, y a lo hallado por Vargas (2018), que reveló que gran parte de usuarios internados en un hospital psiquiátrico de Ecuador estaba en el estadio de Contemplación, seguido de la fase de Acción. Esto se corrobora a partir de lo señalado por Tejero y Trujols (1994), quienes indican que, para lograr el cese del consumo de sustancias, las personas deben experimentar un progreso por las distintas fases, iniciando por la precontemplación, pasando por contemplación, preparación, acción, hasta el estadio de Mantenimiento, sin embargo, dicho proceso motivacional de cambio es un ciclo no lineal, por lo cual, el lograr la abstinencia puede implicar que se experimente esa espiral durante tres o cuatro veces antes de llegar a la fase de Mantenimiento. En este sentido, el estadio de cambio acción es el que posee mayor porcentaje en la muestra. Esto podría explicarse porque los centros de tratamiento ofrecen el cese del consumo de sustancias desde el primer día, ya que los pacientes se encuentran en un medio cerrado en el cual se emplea un alto control de estímulos de riesgo para el uso de drogas, facilitando de gran manera el que la persona oriente sus conductas a mantener la abstinencia al encontrarse fuera del contexto que lo inducía al consumo y, al no poder consumir, los residentes podrían aprender otras conductas no compatibles con el consumo guiadas por el equipo terapéutico y que estén encaminadas al cese del mismo.

En cuanto al Riesgo de recaída, se encontró que gran parte de los participantes muestran un nivel promedio, demostrándose que la hipótesis específica tres se acepta, lo cual

coincide con Saavedra (2018), quien observó que el nivel promedio de Riesgo de recaída era el que más incidencia tenía en un grupo de 127 pacientes de tratamiento residencial de Lambayeque, así como Solano (2017) y Valles (2016), quienes determinaron que el nivel promedio de Riesgo de recaída fue el que más prevaleció en 240 pacientes de comunidades terapéuticas de Lima y en 129 pacientes de comunidades terapéuticas de Lima Sur, respectivamente. Sin embargo, Kalani (2019) halló que, en una muestra de 269 pacientes con adicción al alcohol de un hospital de Uganda, la prevalencia de la recaída fue de 63.3%. Al respecto, Marlatt y Gordon (1985) y Chávez (2010) indican que la recaída es un proceso entendido como una secuencia de situaciones que llevan al consumidor a regresar a usar narcóticos tras un lapso de abstinencia y no como un suceso que ocurre de manera repentina, por tanto, se puede explicar que la muestra, al ubicarse en nivel promedio de riesgo de recaída, permanece sin consumir al estar actualmente en tratamiento residencial, momentos en los cuales se encuentran entrenándose en estrategias para detectar y afrontar los eventos vinculados al uso de sustancias, esperándose que al tener mayor tiempo de abstinencia, el riesgo de recaer disminuirá.

Al estudiar si la edad, sexo, estado civil, nivel educativo, ocupación, tiempo de tratamiento o número de tratamientos previos determinaban alguna variación con respecto al nivel de Autoeficacia, se rechazó que existan diferencias estadísticamente significativas, es decir, la hipótesis específica cuatro fue rechazada. Estos hallazgos coinciden con los observados por Caycho (2017), quien no encontró diferencias en la Autoeficacia y dichas variables. Ante esto, DiClemente et al. (1985) y Tejero y Trujols (1994) afirman que la autoeficacia se asocia con las competencias que ha desarrollado la persona para encarar situaciones agobiantes y así prolongar su abstinencia al consumo; asimismo, esta variable depende también de la suma de los esfuerzos exitosos o no para afrontar eventos de alto riesgo (Bandura, 1977), pero no está asociada directamente con variables sociodemográficas,

lo cual es corroborado por Anicama et al. (2012), quienes indican que la autoeficacia no difiere según la edad del sujeto. Tal es así que, en la muestra de estudio, dichas variables sociodemográficas no estarían en relación al grado de confianza en su capacidad para afrontar situaciones de riesgo; por el contrario, serían otros factores los que estarían involucrados, entre ellos su nivel de motivación al cambio.

Por otra parte, se encontró que el nivel de Autoeficacia estaría en relación al tiempo de consumo del sujeto, siendo quienes poseen más de 17 años de consumo los que presentan menor nivel de Autoeficacia. Esto es similar a lo hallado por Gonzales y Ruiz (2020), quienes refieren que, en una muestra de 35 pacientes varones de una comunidad terapéutica de Tarapoto, el tiempo de consumo está vinculado al estadio de cambio en el que la persona se encuentra, siendo quienes poseen más de seis meses de no haber consumido quienes se encuentran en el estadio de mantenimiento y, por lo tanto, tendrían mayor autoeficacia. En esa línea, se aprecia que DiClemente et al. (1985) y Marlatt y Gordon (1985) afirman que el periodo de consumo y de abstinencia interviene sobre el nivel de autoeficacia de la persona, es decir, mientras más largo es el período de consumo, la percepción de confianza o autoeficacia ante situaciones de riesgo es menor. Lo cual es ratificado por los hallazgos de la presente investigación, dado que las personas que presentan más tiempo de consumo obtienen menores niveles de autoeficacia, ya que pueden poseer pensamientos que los hagan sentir desesperanzados acerca de su capacidad para cambiar la conducta adictiva y llevarlos a desarrollar creencias de baja autoeficacia (Marlatt, 1985, como se citó en Beck et al., 1977) como “así soy, no puedo cambiar”, por tanto, llevarlos a constantes episodios de recaída y reforzar dichas creencias de imposibilidad de abandono del consumo de estupefacientes.

Se halló que no existen diferencias estadísticamente significativas entre los Estadios de cambio y la edad, el estado civil, nivel educativo, ocupación, tiempo de consumo y número de tratamientos previos del sujeto, lo cual indica que la hipótesis específica 5 se

rechaza. Estos hallazgos coinciden con los analizados por Gonzales y Ruiz (2020), quienes afirman que, en una muestra de 35 pacientes varones de una comunidad terapéutica de Tarapoto, las etapas de desarrollo y el tipo de familia no podrían vincularse al estadio de cambio en el que la persona se encuentre, pero sí con el tiempo de consumo, siendo quienes tienen más tiempo abstinencia los que permanecen en el estadio de Acción y Mantenimiento. Al observarse esto, se encuentra que Tejero y Trujols (1994) señalan que los Estadios de cambio tratan de explicar en qué momento sucede el cambio del consumo de sustancias, así como el nivel de intención y actitud favorable o desfavorable frente al cambio, por lo cual los resultados demuestran que las variables sociodemográficas mencionadas no establecen diferencias estadísticas en relación a los estadios de cambio. Sin embargo, otros aspectos estarían relacionados a la intención del cambio de la conducta adictiva, por ejemplo, el grado de autoconfianza para hacer frente a los estímulos discriminativos personales asociados al uso de drogas.

No obstante, se observó que los Estadios de cambio varían según el sexo de los participantes, siendo las mujeres quienes se ubican en las fases de Contemplación, Acción y Mantenimiento, pero en menor frecuencia en la fase de Precontemplación. Lo cual se opone a lo hallado por Abramonte (2019), quien señala que los Estadios de cambio no son diferentes según el sexo en 154 residentes de comunidades terapéuticas de Lima Sur. La discrepancia hallada podría deberse a que el porcentaje de mujeres que conforma la muestra es menor en comparación a los varones, y que las mujeres que participaron de este estudio se encontraban, en su mayoría, con rangos de tiempo de tratamiento de dos a cinco meses, y en 13 meses a más, y como se había mencionado, el tiempo de abstinencia contribuye a que la persona tenga mayor capacidad de decisión a favor del abandono del consumo de narcóticos (DiClemente et al., 1985; Marlatt y Gordon, 1985).

Además, se apreció que el tiempo de tratamiento establece diferencias en relación a los Estadios de cambio Precontemplación, Contemplación y Acción, siendo quienes se encuentran llevando tratamiento durante un mes o menos los que están en Precontemplación, los que tienen nueve a doce meses en tratamiento se encuentran en Contemplación o en Acción. De la misma manera, Müller et al. (2019) encontraron que el tiempo tiene un efecto significativo con las fases de motivación y que ambas variables se relacionan para lograr que la persona mejore su cese del consumo a largo plazo en una muestra de 263 usuarios de programas de internamiento en Suiza. Esto es reforzado por el modelo transteórico de cambio, en el que se postula que quienes tienen mayor nivel de intención para el cambio son las personas que han desarrollado más conciencia del problema y compromiso con el tratamiento para lograr el cambio, por lo cual el sujeto se encuentra en búsqueda de información, de comprender su problema, lo cual obedece al momento del tratamiento en el cual se encuentre (Prochaska et al., 1992; Tejero y Trujols, 1994), por tanto, los hallazgos de este estudio podrían fundamentarse en más de la mitad de la muestra ya superó los seis meses de tratamiento, entonces gran parte de los participantes puede haber logrado aumentar su conciencia sobre el problema y aceptar que requieren ayuda profesional para cesar el uso de drogas a partir del trabajo psicoterapéutico realizado durante el tiempo en el que llevan internados en las comunidades terapéuticas de las que provienen.

Por el contrario, se halló que el nivel de riesgo de recaída no difiere estadísticamente según la edad, sexo, estado civil, nivel educativo, ocupación, tiempo de consumo y número de tratamientos previos de la muestra de estudio, por lo cual se rechaza la hipótesis específica número 6. Esto coincide con Kamiche y Fernández (2023) quienes indican que el sexo no establece diferencias con respecto al riesgo de recaída en personas con conducta adictiva internados en tres comunidades terapéuticas de Lima, y con Abramonte (2019) quien no halló diferencias en el riesgo de recaída a partir del sexo o la edad en un grupo de 154 pacientes en

tratamiento residencial en Lima Sur, así como Solano (2017) no halló diferencias según sexo, edad y nivel educativo a nivel del Riesgo de recaída. Estos resultados descubiertos se apoyan teóricamente en que los factores que propician una recaída están relacionados a situaciones intrapersonales, ambientales e interpersonales (Marlatt, 1985), pero los aspectos sociodemográficos no influyen estadísticamente sobre el riesgo de recaída. Entonces, para la presente investigación se puede explicar que no existen diferencias según el sexo a causa de la baja cantidad de participantes de sexo femenino debido a que la oferta de tratamiento residencial para mujeres es menor a la de varones; además, el estado civil soltero constituye ochenta puntos porcentuales de la muestra, por lo cual, sería difícil delimitar la existencia de alguna diferencia estadística por esta variable sociodemográfica que carece de homogeneidad en la cantidad de participantes.

Finalmente, en contraposición, el tiempo de tratamiento sí establece diferencias estadísticamente significativas sobre el Riesgo de recaída, hallándose que los participantes que tienen un mes o menos de tratamiento presentan mayor nivel de Riesgo de recaída. Lo cual coincide con Martínez et al. (2019) que refieren que el tiempo de tratamiento es una variable que influye sobre la probabilidad de recaída en un grupo de pacientes ecuatorianos que recibían tratamiento en una comunidad terapéutica. Al respecto, Diclemente et al. (1985) y Marlatt y Gordon (1985) señalan que la recaída se hace inminente cuando el período de abstinencia es menor ya que la persona posee escasas estrategias para exponerse a situaciones de riesgo de consumo y afrontarlas con éxito. Los hallazgos obtenidos pueden explicarse a partir de que quienes recién inician un tratamiento en comunidad terapéutica podrían estar vivenciando el síndrome de abstinencia agudo, el cual constituye un determinante intrapersonal de tipo molestia física. Por lo tanto, la probabilidad de retorno al consumo de sustancias sería mayor si se enfrentaran a algún factor de riesgo adicional puesto que las

estrategias de afronte a los estímulos de alto riesgo se tratan posteriormente a la identificación y manejo del síndrome de abstinencia, es decir, posterior al primer mes de internamiento.

Capítulo v. Conclusiones y Recomendaciones

5.1. Conclusiones

1. La Autoeficacia y los Estadios de cambio se relacionan muy significativamente. Asimismo, la Autoeficacia está relacionada a los estadios de cambio de Contemplación y de Acción. Esto permitiría indicar que la persona que posee mayor grado de autoeficacia en su capacidad para abandonar el consumo, se relacionaría al grado de intención de abandono del uso de drogas y emita conductas orientadas a la abstinencia a corto plazo.
2. Al analizar la correlación entre los Estadios de cambio y el Riesgo de recaída, se apreció que existe una relación significativa entre el Riesgo de recaída y el estadio de cambio de precontemplación y con Mantenimiento. En este sentido, el hecho de que la persona rechace la presencia de problemas para dejar de consumir drogas y la aceptación de ayuda profesional para hacerlo, estaría relacionada a la mayor probabilidad de mantener la conducta adictiva y del riesgo de recaer.
3. La Autoeficacia y el Riesgo de recaída se relacionan de manera negativa y muy significativa, por lo tanto, el nivel de desarrollo de confianza en sus habilidades y estrategias para afrontar a los distintos eventos intrapersonales e interpersonales que están asociadas al consumo problemático estaría relacionado a la reducción de la probabilidad de que la persona retome la conducta adictiva, mantendría un menor riesgo de recaída y mejoraría su estilo de vida.
4. Los niveles de Autoeficacia predominantes en la muestra de estudio fueron el superior promedio y el nivel bajo. Además, presentan nivel bajo de autoeficacia para afrontar las situaciones de alto riesgo asociadas a las emociones desagradables, a los malestares físicos, las emociones desagradables, el poner su autocontrol a prueba, ceder a las tentaciones y deseos, los conflictos interpersonales, a la presión social, a

augmentar el sentimiento de celebración, lo que implica que existen diversos factores específicos relacionados a una actitud de inseguridad en personas con adicción a drogas, por lo tanto, se mostrarían con baja confianza en sus habilidades para afrontar estímulos de alto riesgo para el consumo de drogas.

5. Se encontró que el Estadio de cambio que prevalece en los participantes del estudio fue la fase de Contemplación y de Acción, lo que denota que gran parte de la muestra empezaría a darse cuenta que el consumo de sustancias le ha traído consecuencias desfavorables para su vida y empieza a considerar abandonarlo, y otro grupo ya inició a tomar acción para dejar de usar drogas y orientarse a patrones conductuales más funcionales.
6. Al observar el Riesgo de recaída, se halló que gran parte de la muestra se encuentra dentro del promedio o con un nivel alto, lo que evidenciaría que la mayoría de participantes aún está en proceso de detectar los indicadores de una probable recaída y así poder aplicar estrategias para prevenirla.
7. El nivel de autoeficacia en las situaciones que pueden llevar al consumo no difiere según la edad, sexo, estado civil, nivel educativo, ocupación, tiempo de tratamiento o número de tratamientos previos. Sin embargo, en relación al tiempo de consumo, se observó que establecía diferencias, hallando que quienes tienen más de 17 años de consumo presentan menor nivel de la misma, lo que significaría un factor que interviene en el nivel de autoeficacia.
8. Se encontró que las variables sociodemográficas: edad, estado civil, nivel educativo, ocupación, tiempo de consumo y número de tratamientos previos no establecían diferencias con respecto a los Estadios de cambio. Por otro lado, sí varía según el sexo de la persona, apreciando que con mayor frecuencia las mujeres de la muestra son quienes se encuentran en las etapas de Contemplación, Acción y Mantenimiento, pero

menos en Precontemplación. Además, los Estadios de Cambio difieren según el tiempo de tratamiento del sujeto, observándose que quienes se encuentran internados durante un mes o menos se encuentran en la fase de Precontemplación, mientras quienes tienen nueve a doce meses se ubican en las fases de Contemplación o Acción. Por tanto, las variables sociodemográficas tendrían poca relación en el estadio de cambio, por el contrario, lo que favorecería en la evolución del participante estaría asociado a situaciones internas, contextuales y de interacción con sus pares.

9. De la misma manera, se apreció que el Riesgo de recaída no se diferencia según la edad, sexo, estado civil, nivel educativo, ocupación, tiempo de consumo y número de tratamientos previos de la muestra de estudio. No obstante, sí varía de acuerdo al tiempo de tratamiento que tiene la persona, evidenciando que quienes han iniciado su internamiento hace un mes o menos experimentan mayor nivel de riesgo de recaer. Entonces, un corto tiempo de abstinencia implicaría que el paciente carezca de estrategias para afrontar con éxito aquellos estímulos que lo ponen en riesgo para retomar el consumo de drogas.

5.2. Recomendaciones

1. En el presente estudio se halló que la autoeficacia está relacionada a las situaciones de alto riesgo de consumo de drogas. De esta forma se asocia con la intención de abandonar el consumo y con la probabilidad de que la persona retome el uso de sustancias. Este resultado sugeriría la elaboración de diversas estrategias de intervención ajustadas a la problemática y necesidades de quienes actualmente se encuentran en tratamiento de forma residencial en comunidades terapéuticas con un modelo biopsicosocial, de modo que se observe a futuro la reducción de la tasa de reincidencia de las conductas adictivas y se contribuya al bienestar y calidad de vida de la persona con adicción y su entorno, además, los resultados permitirán diseñar actividades en favor del desarrollo de habilidades de afrontamiento y rechazo hacia el consumo de sustancias, tanto a nivel preventivo como promocional de la salud, lo cual podrían constituirse en políticas públicas e implementarse en proyectos sociales.
2. Además, los hallazgos harán posible que las instituciones que brindan tratamiento residencial en modalidad de comunidad terapéutica o similares, puedan enfocar sus esfuerzos en reestructurar sus intervenciones fortaleciendo e implementando aquellas técnicas que les permitan a los usuarios detectar las situaciones de alto riesgo tanto interpersonales como intrapersonales más potentes para cada uno de ellos, así como aumentar la autoeficacia, la motivación e intención de cambio y cese del consumo de sustancias.
3. Al haberse observado la presencia de creencias de baja autoeficacia en la muestra de estudio, por ejemplo: “así soy, no voy a cambiar”, se sugiere que las instituciones refuercen sus intervenciones en el área cognitiva y motivacional, teniendo en cuenta que un abordaje integral, que incluye los aspectos biopsicosociales, tendría mayores

efectos positivos sobre la reducción de la conducta adictiva y la prevención de recaídas.

4. Con respecto al nivel metodológico, se sugiere estudiar de qué manera la evitación a enfrentar diversas experiencias interpersonales o intrapersonales es un predictor de las recaídas, puesto que un aporte importante para que posteriormente se mejoren las intervenciones sería el conocer en qué medida el que las personas no deseen dar la cara a las situaciones de alto riesgo favorece a que se produzca una recaída, ya que si la persona evita exponerse a eventos que le generen algún malestar, deseos o recuerdos de consumo, síndrome de abstinencia u otros, entonces no podrá poner en práctica estrategias para afrontarlas y probablemente la autoeficacia e intención de cambio se verá afectada.
5. Asimismo, se propone el estudio de las variables de la presente investigación en otros contextos del Perú, de manera que permita comparar los resultados teniendo en cuenta aspectos interculturales.
6. De la misma forma, se recomienda la ejecución de estudios longitudinales, lo cual posibilitará el realizar un seguimiento de cómo se comportan y evolucionan las variables a lo largo del tiempo, así como el realizar estudios cualitativos para obtener información de primera mano sobre las variables por parte de las personas con adicción a drogas que reciben tratamiento en las comunidades terapéuticas. Ello contribuiría a mejorar los programas de tratamiento de adicciones haciendo el seguimiento de las variables en tiempos más prolongados.
7. Finalmente, se sugiere continuar realizando validaciones de los instrumentos psicológicos a contextos de personas con adicción a drogas, lo cual contribuirá a obtener una mayor fiabilidad de los resultados de posteriores investigaciones.

Referencias

- Abramonte, K. (2019). *Motivación al cambio y riesgo de recaída en pacientes drogodependientes de cinco comunidades terapéuticas de Lima Sur* [tesis de Pregrado, Universidad Autónoma del Perú]. Repositorio de la Universidad Autónoma del Perú. <http://repositorio.autonoma.edu.pe/handle/AUTONOMA/843>
- Alarcón, R. (1991). *Métodos y diseños de investigación del comportamiento*. Universidad Peruana Cayetano Heredia.
- Álvarez, A. (2011). El proceso de recaída en el alcoholismo. *Revista del Hospital Psiquiátrico de La Habana*, 8(2). <http://www.revistahph.sld.cu/hph0211/hph12211.html#:~:text=La%20reca%C3%ADda%20es%20un%20regreso,de%20alcohol%20retorna%20a%20%C3%A9l>.
- Anicama, J., Caballero, G., Cirilo, I., Aguirre, M., Briceño, R. y Ambrocio, T. (2012). Autoeficacia y Salud mental positiva en estudiantes de psicología de Lima. *Revista de Psicología Trujillo*, 14(2), 144-163. https://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/rev_psicologia_cv/v14_2012_2/pdf/a02v14n2.pdf
- Anicama, J., Mayorga, E. y Henostroza, C. (2001). Calidad de vida y recaídas en adictos a sustancias psicoactivas de Lima Metropolitana. *Psicoactiva*, 19(1), 7-27. http://venumperu.com/psicoactiva%2019/Psicoactiva%2019%20p7_28.pdf
- Bandura, A. (1977). Self-Efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change. *Psychological Review*, 84(2), 191-215. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.84.2.191>
- Bandura, A. (1982). Self-Efficacy: Mechanism in Human Agency. *American Psychologist*, 37(2), 122-147. <https://pdfs.semanticscholar.org/8bee/c556fe7a650120544a99e9e063eb8fcd987b.pdf>

- Becoña, E. (2016). La adicción “no” es una enfermedad cerebral. *Papeles del psicólogo*, 37(2), 118-125. <http://papelesdelpsicologo.es/pdf/2696.pdf>
- Beck, A., Wright, F., Newman, C., Liese, B. (1977). *Terapia cognitiva de las drogodependencias*. Paidós.
- Blanco, T. y Jiménez, S. (2015). Factores de riesgo que influyen en la recaída de consumo de drogas lícitas e ilícitas en adolescentes atendidos en el Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia. *Revista Costarricense de Psicología*, 34(2), 147-157. <http://www.rcps-cr.org/openjournal/index.php/RCPs/article/view/60>
- Cabascango, C. (2019). *Bienestar psicológico asociado a la motivación de cambio en el proceso de rehabilitación en pacientes con consumo problemático de sustancias*, CETAD [Tesis de Pregrado, Universidad Central del Ecuador]. Repositorio digital de la Universidad Central del Ecuador. <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/18272>
- Casaico, G. (2023). *Búsqueda de sensaciones y riesgo de recaída en consumidores de drogas internados en comunidades terapéuticas de Lima Este* [Tesis de Pregrado. Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio digital de la Universidad Nacional Federico Villarreal. http://190.12.84.13/bitstream/handle/20.500.13084/6893/UNFV_FP_Casaico_Paredes_Patricia_Milagros_Titulo_profesional_2023.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Caycho, A. (2017). Autoeficacia en pacientes dependientes de drogas de una comunidad terapéutica del cono sur. *Cátedra Villarreal*, 5(1), 35-44. <http://dx.doi.org/10.24039/cv201751185>
- Chávez, E. (2010). *Prevención de recaídas. Manual de aplicación*. Centros de Integración Juvenil. <http://www.intranet.cij.gob.mx/archivos/pdf/materialdidacticotrataamiento/manualprevrecaidas.pdf>

- Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin drogas: DEVIDA. (2017a). *Estrategia Nacional de Lucha Contra las Drogas 2017-2021*. DEVIDA. https://www.devida.gob.pe/documents/20182/314196/ENLCD+2017-2021/b61fc_a74_b2b1-405b-b5e1-8ae4bd7e69ca
- Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin drogas: DEVIDA. (2017b). *Estudio Nacional sobre Prevención y Consumo de Drogas en Estudiantes de Secundaria 2017*. DEVIDA. <http://www.cicad.oas.org/oid/pubs/PER%C3%9A%20-%20Estudio%20Nacional%20sobre%20Prevenci%C3%B3n%20y%20Consumo%20de%20Drogas%20en%20Estudiantes%20de%20Secundaria%202017.pdf>
- Correa, J. (2007). *Historia de las drogas y de la guerra contra su difusión*. Universidad Complutense de Madrid. http://saludpublicavirtual.udea.edu.co/cvsp/políticas_publicas/historia%20drogas.pdf
- Delgado, R. (2021). *Autoeficacia y estadios motivacionales en adolescentes infractores participantes de dos programas de reinserción social del Poder Judicial de Lima Metropolitana* [tesis de licenciatura. Universidad Autónoma del Perú]. Repositorio digital de la Universidad Autónoma del Perú. <https://repositorio.autonoma.edu.pe/handle/20.500.13067/1100>
- DiClemente, C. y Prochaska, J. (1982). Self-change and therapy change of smoking behavior: a comparison of processes of change in cessation and maintenance. *Addictive Behavior*, 7(1), 133-142. DOI: 10.1016/0306-4603(82)90038-7
- DiClemente, C., Prochaska, J. y Gilbertini, M. (1985). Self-Efficacy and the Stages of Self-Change of Smoking. *Cognitive Therapy and Research*, 9(2), 181-200. <https://doi.org/10.1007/BF01204849>

- Escurrea, L. (1988). Cuantificación de la validez de contenido por criterio de jueces. *Revista de Psicología*, 6(1-2), 103-111. <https://revistas.pucp.edu.pe/index.php/psicologia/article/view/4555>
- Félix, I., Calheiros, P. y Crispim, P. (2018). Motivação para mudança no uso de substâncias entre usuários de drogas encaminhados pela justiça. *Temas em psicologia*, 26(3), 1363-1378. <https://www.scielo.br/pdf/tpsy/v26n3/2358-1883-tpsy-26-03-1363.pdf>
- García-Álvarez, L., De La Fuente-Tomás, L., Alejandra, P., García-Portilla, M., y Bobes, J. (2020). ¿Se observarán cambios en el consumo de alcohol y tabaco durante el confinamiento por COVID-19? *Adicciones*, 3(2), 85-89. <http://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/1546/1119>
- Gonzalez, L. y Ruiz, H. (2020). *Calidad de vida y estadios de cambio en la conducta adictiva en internos de la Asociación Comunidad Cristiana Jesús sí Cambia Tarapoto, 2019* [Tesis de Pregrado. Universidad Peruana Unión]. Repositorio digital de la Universidad Peruana Unión. <https://repositorio.upeu.edu.pe/handle/20.500.12840/3393>
- González-Roz, A., Secades-Villa, R., Martínez-Loredo, V. y Fernández-Hermida, J. (2021). Aportaciones de la Economía conductual a la evaluación, la prevención y el tratamiento psicológico en adicciones. *Papeles del psicólogo*, 41(2), 91-98. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2020.2922>
- Gorgulu, T. (2019). The effect of self-efficacy and coping strategies on treatment motivation of individuals in the substance addiction group work process. *The Journal of Psychiatry and neurological Sciences*, 1(32), 33-42. https://www.researchgate.net/publication/331994242_The_effect_of_self-efficacy_and_coping_strategies_on_treatment_motivation_of_individuals_in_the_substance_addiction_group_work_process

- Grau-López, L. (2014). *Factores predictores de recaída en pacientes adictos y la importancia de la evaluación y tratamiento del insomnio para mantener la abstinencia* [Tesis Doctoral, Universidad Autónoma de Barcelona]. Repositorio de la Universidad Autónoma de Barcelona. <https://www.tdx.cat/handle/10803/283644#page=1>
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, L. (2010). *Metodología de la investigación*. McGraw-Hill Interamericana.
- Hernández-Sampieri, R. y Mendoza, C. (2018). *Metodología de la investigación: las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. McGraw-Hill Interamericana.
- Ibrahim, F., Kumar, N. y Abu Samah, B. (2011). Self-efficacy and relapsed addiction tendency: an empirical study. *The social sciences*, 6(4), 277-282.
- Jara, C. (2008). *La motivación para el cambio de conducta y la evolución del tratamiento en pacientes dependientes a sustancias* [Tesis Doctoral, Universidad Nacional Mayor de San Marcos]. Repositorio de tesis digitales de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. <https://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/565>
- Kamiche, M. y Fernández, L. (2023). Relación entre riesgo de recaída y flexibilidad psicológica en personas con conducta adictiva en comunidades terapéuticas de Lima. *Polo del conocimiento*, 8(2), 353-376. <https://polodelconocimiento.com/ojs/index.php/es/article/view/5196/12672#>
- López, A. y Fernández, A. (2022). Situaciones de riesgo, estrategias de afrontamiento y autoconfianza en pacientes con drogodependencia en tratamiento residencial. *Revista electrónica de Psicología de la FEZ Zaragoza – UNAM*, 12(24), 67-73. [https://www.zaragoza.unam.mx/wp-content/2022/Publicaciones/revistas/Rev_Elec_Psico/Vol12_No_24/REP12\(24\)-art7.pdf](https://www.zaragoza.unam.mx/wp-content/2022/Publicaciones/revistas/Rev_Elec_Psico/Vol12_No_24/REP12(24)-art7.pdf)
- Macleod, J., Oakes, R., Copello, A., Crome, I., Hckman, M., Oppenkowski, T., Stokes-Lampard, H. y Smith, G. (2005). Consecuencias psicológicas y sociales del cannabis y

- otras drogas ilícitas consumidas por los jóvenes: informe sistemático de estudios longitudinales de la población general. *Revista de toxicomanías*, 1(43), 11-22. https://www.cat-barcelona.com/uploads/rets/RET43_2.pdf
- Marlatt, A. (1985a). Cognitive factors in the relapse process. En Marlatt, A. y Gordon, J. (Ed.), *Relapse prevention Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors* (pp. 128-200). The Guilford Press.
- Marlatt, A. (1985b). Cognitive assessment and intervention procedures. En Marlatt, A. y Gordon, J. (Ed.), *Relapse prevention Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors* (pp. 200-279). The Guilford Press.
- Marlatt, A. y Gordon, J. (1985). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. The Guilford Press.
- Martínez, H., Rodríguez, A. y Vines, G. (2019). Factores asociados en la adicción y recaídas de pacientes con consumo de estupefacientes. *Universidad, ciencia y tecnología*, 23(93), 82-89. <https://www.uctunexpo.autanabooks.com/index.php/uct/article/view/148/191>
- Martínez, K. y Pedroza, F. (2011). Factores asociados al proceso de recaída en adolescentes consumidores de alcohol. *International journal of developmental and educational psychology*, 2(1), 215-224. <https://www.scielo.sa.cr/pdf/rcp/v34n2/1659-2913-rcp-34-02-00147.pdf>
- Miller, W. y Harris, R. (2000). A simple scale of Gorski's warning signs for relapse. *Journal of Studies on Alcohol*, 61(5), 759-765. <https://doi.org/10.15288/jsa.2000.61.759>
- Moeini, B., Hazavehei, S., Faradmal, J., Ahmadpanah, M., Dashti, S., Hashemian, M. y Shahrabadi, R. (2020). The relationship between readiness for treatment of substance use and self-efficacy based on life skills. *Journal of Ethnicity in Substance Abuse*, 1(1), 1-13. <https://doi.org/10.1080/15332640.2020.1772930>

- Müller, A., Znoj, H. y Moggi, F. (2019). How are self-efficacy and motivation related to drinking five years after residential treatment? A longitudinal multicenter study. *European Addiction Research*, 25(1), 213-223. <https://doi.org/10.1159/000500520>
- Naranjo, F. y Jaramillo, D. (2017). *Costo del fenómeno de las drogas en Ecuador en 2015*. Secretaría Técnica de Drogas. <http://www.cicad.oas.org/oid/pubs/EconomicCostofDrugsEcuador2015ESP.pdf>
- Ochoa, R. (1989). Investigación pura e investigación aplicada. *Revista de Química*, 3(1), 72-84. <http://revistas.pucp.edu.pe/index.php/quimica/article/view/4976/4969>
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito: UNODC. (2019). *World drug report 2019*. https://wdr.unodc.org/wdr2019/prelaunch/WDR19_Booklet_1_EXECUTIVE_SUMMARY.pdf
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito: UNODC. (2020). *World drug report 2020*. https://wdr.unodc.org/wdr2020/field/V2002977_ExSum_Spanish.pdf
- Olubunmi, M. y Adedotun, A. (2020). Impact of self-efficacy and social support on intention to quit drug use among people with drug abuse cases. *Advances in research*, 21(1), 67-74. <https://doi.org/10.9734/air/2020/v21i130182>
- Otzen, T. y Manterola, C. (2017). Técnicas de muestreo sobre una población. *International Journal of Morphology*, 35(1), 227-232. https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95022017000100037
- Palacios, J. (2013). *Comunidad Terapéutica: una definición operativa*. Federación Latinoamericana de Comunidades Terapéuticas. http://www.enlinea.cij.gob.mx/cursos/hospitalizacion/pdf/palacios_juan.pdf
- Pedroncini, Y. (2015). *Estilos parentales percibidos en adictos en proceso de recuperación y su relación con el apoyo social* [tesis de licenciatura, Universidad Abierta

- Interamericana]. Repositorio de la Universidad Abierta Interamericana.
<http://imgbiblio.vaneduc.edu.ar/fulltext/files/TC118528.pdf>
- Pérez, F. (2011). En qué cambian los pacientes drogodependientes a los seis meses de tratamiento en la comunidad terapéutica. *Revista Adicción y Ciencia*, 1(4), 1-13.
[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352012000200006#:~:text=Esto%20quiere%20decir%20que%20a,del%20maltrato%20ajeno%20\(41\).](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352012000200006#:~:text=Esto%20quiere%20decir%20que%20a,del%20maltrato%20ajeno%20(41).)
- Pinto, P. (1998). Las drogas en la historia. *Salud Uninorte*, 13(1), 23-30.
<http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/article/viewArticle/4217/5873>
- Ponciano, M. (2020). Adicciones en la época de la COVID-19. *Boletín sobre COVID-19*, 1(3), 6-9. http://dsp.facmed.unam.mx/wp-content/uploads/2013/12/COVID-19-No_3-04-Adicciones-COVID-19.pdf
- Prochaska, J. y DiClemente, C. (1983). Stages and Processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *Journal of consulting and Clinical Psychology*, 51(3), 390-395. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.51.3.390>
- Prochaska, J., DiClemente, C. y Norcross, J. (1992). In search of how people change. Applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47(9), 1102-1114.
<https://doi.org/10.1037//0003-066x.47.9.1102>
- Rivera, A. (2011). *Autoeficacia de resistencia, asertividad y consumo de drogas en jóvenes universitarios* [Tesis de Maestría, Universidad Autónoma de Nuevo León]. Repositorio de la Universidad Autónoma de Nuevo León. <http://cdigital.dgb.uanl.mx/te/1080211202.PDF>
- Rodríguez, A., y Pérez, A. (2017). Métodos científicos de indagación y de construcción del conocimiento. *Revista Escuela de Administración de Negocios*, 1(82), 179-200.
<http://www.scielo.org.co/pdf/ean/n82/0120-8160-ean-82-00179.pdf>

- Rojas-Jara, C. (2020). Cuarentena, aislamiento forzado y uso de drogas. *Cuadernos de Neuropsicología*, 14(1), 24-28. <http://www.cnps.cl/index.php/cnps/article/view/395/442>
- Saavedra, I. (2018). *Esquemas maladaptativos tempranos y riesgo de recaída en internos de comunidades terapéuticas de Lambayeque, 2018* [tesis de licenciatura, Universidad Privada Juan Mejía Baca]. Repositorio institucional de la Universidad Privada Juan Mejía Baca. <http://repositorio.umb.edu.pe/handle/UMB/126>
- Salazar, F., Bustamante, I., Rodríguez, E., Megías, I. y Ballesteros, J. (2011). *Percepciones sociales sobre drogas en Lima (Perú)*. FAD editores. <http://www.repositorio.cedro.org.pe/handle/CEDRO/173>
- Saravia, J. y Frech, H. (2012). Relación entre autoeficacia, autoestima y el consumo de drogas médicas sin prescripción en escolares de colegios urbanos de Perú. *Revista Peruana de Epidemiología*, 16(3), 01-08. <https://www.redalyc.org/pdf/2031/203125431009.pdf>
- Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación de Argentina: SEDRONAR. (2017). *Estudio nacional en población de 12 a 65 años sobre consumo de sustancias psicoactivas*. <https://observatorio.gov.ar/media/k2/attachments/15.pdf>
- Streiner, D. (2003). Starting at the beginning: an introduction to coefficient alpha internal consistency. *Journal of personality assessment*, 80(1), 99-103. https://doi.org/10.1207/S15327752JPA8001_18
- Tamayo, M. (2003). *El proceso de la investigación científica incluye evaluación y administración de proyectos de investigación*. Limusa Noriega editores.
- Tijerina, M. (2005). *Autoeficacia, asertividad y consumo de tabaco y alcohol* [Tesis de Maestría, Universidad Autónoma de Nuevo León]. Repositorio de la Universidad Autónoma de Nuevo León. <http://eprints.uanl.mx/6931/1/1080129423.pdf>
- Tejero, A. y Trujols, J. (1994). El modelo transteórico de Prochaska y DiClemente. En Graña, J. (Ed.), *Conductas adictivas, teoría, evaluación y tratamiento* (pp. 3-43). Debate.

Valles, J. (2016). Autoeficacia y riesgo de recaída en adictos residentes en comunidades terapéuticas. *Acta Psicológica Peruana*, 1(1), 67-82.

Vargas, J. (2018). *Sentido de la vida en relación a las fases de motivación al cambio de los pacientes de Centro Integral de tratamiento para adicciones Benito Menni: CITABM del Instituto Psiquiátrico "Sagrado Corazón"* [Tesis de Pregrado, Universidad Central del Ecuador]. Repositorio digital de la Universidad Central del Ecuador. <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/17136>

Anexos

Anexo 1. Declaración de Autenticidad y no plagio



Escuela de Posgrado

DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y NO PLAGIO

DECLARACIÓN DEL GRADUANDO

Por el presente, el graduando:

JESSICA MILAGROS VALLES VÁSQUEZ

en condición de egresado del Programa de Posgrado:

Maestría en Psicología Clínica y de la Salud

deja constancia que ha elaborado la tesis intitulada:

Autenticidad, estadios de cambio y riesgo de recaída en pacientes con adicción a drogas en comunidades terapéuticas de Lima, 2021.

Declara que el presente trabajo de tesis ha sido elaborado por el mismo y no existe plagio/copia de ninguna naturaleza, en especial de otro documento de investigación (tesis, revista, texto, congreso o similar) presentado por cualquier persona natural o jurídica ante cualquier institución académica, de investigación, profesional o similar.

Deja constancia que las citas de otros autores han sido debidamente identificadas en el trabajo de investigación, por lo que no ha asumido como suyas las opiniones vertidas por terceros, ya sea de fuentes encontradas en medios escritos, digitales o de la internet.

Asimismo, ratifica que es plenamente consciente de todo el contenido de la tesis y asume la responsabilidad de cualquier error u omisión en el documento y es consciente de las connotaciones éticas y legales involucradas.

En caso de incumplimiento de esta declaración, el graduando se somete a lo dispuesto en las normas de la Universidad Ricardo Palma y los dispositivos legales vigentes.


Firma del graduando

11-11-2022

Fecha

Anexo 2. Autorización de consentimiento para realizar la investigación.



Escuela de Posgrado

AUTORIZACIÓN PARA REALIZAR LA INVESTIGACIÓN

DECLARACIÓN DEL RESPONSABLE DEL ÁREA O DEPENDENCIA DONDE SE REALIZARÁ LA INVESTIGACIÓN

Dejo constancia que el área o dependencia que dirijo, ha tomado conocimiento del proyecto de tesis titulado:

Autoeficacia, estados de cambio y riesgo de recaída en pacientes con adicción a drogas en comunidades terapéuticas de Lima, 2021.

el mismo que es realizado por el Sr./Srta. estudiante:

Jessica Milagro Valls Vásquez.

, en condición de estudiante – investigador del Programa de:

Maestría en Psicología Clínica y de la Salud.

Así mismo señalamos, que según nuestra normativa interna procederemos con el apoyo al desarrollo del proyecto de investigación, dando las facilidades del caso para la aplicación de los instrumentos de recolección de datos.

En razón de lo expresado doy mi consentimiento para el uso de la información y/o la aplicación de los instrumentos de recolección de datos:

Nombre de la empresa:	Autorización para el uso del nombre de la Empresa en el informe final.	<input checked="" type="radio"/> SÍ
Comunidad Terapéutica "Restauración LIFE"		<input type="radio"/> NO

Apellidos y nombres del jefe/responsable del área:	Cargo del jefe/responsable del área:
Gabriela Villacreses Cavero	Directora general

Teléfono fijo (incluyendo anexo) y/o celular:	Correo electrónico de la empresa:
993 460 774	gvillacreses@gmail.com


Firma

11-02-2022

Fecha

AUTORIZACIÓN PARA REALIZAR LA INVESTIGACIÓN

**DECLARACIÓN DEL RESPONSABLE DEL ÁREA O DEPENDENCIA
DONDE SE REALIZARÁ LA INVESTIGACIÓN**

Dejo constancia que el área o dependencia que dirijo, ha tomado conocimiento del proyecto de tesis titulado:

Autoexposición, Estudios de cambio y riesgo de recaída en pacientes con adicción a drogas en comunidades terapéuticas de Lima, 2021.

el mismo que es realizado por el Sr./Srta. estudiante:

Jessica Melagros Valles Vásquez.

, en condición de estudiante – investigador del Programa de:

Maestría en psicología clínica y de la Salud.

Así mismo señalamos, que según nuestra normativa interna procederemos con el apoyo al desarrollo del proyecto de investigación, dando las facilidades del caso para la aplicación de los instrumentos de recolección de datos.

En razón de lo expresado doy mi consentimiento para el uso de la información y/o la aplicación de los instrumentos de recolección de datos:

Nombre de la empresa: <i>Centro de Salud Mental "David"</i>	Autorización para el uso del nombre de la Empresa en el informe final.	<input checked="" type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO
--	--	---

Apellidos y nombres del jefe/responsable del área: <i>Portilla Quispe Gerardo Moisés.</i>	Cargo del jefe/responsable del área: <i>Director.</i>
--	--

Teléfono fijo (incluyendo anexo) y/o celular: <i>947431353.</i>	Correo electrónico de la empresa: <i>gerardo-moi.py@hotmail.com</i>
--	--


Firma

15-02-22.
Fecha

AUTORIZACIÓN PARA REALIZAR LA INVESTIGACIÓN

DECLARACIÓN DEL RESPONSABLE DEL ÁREA O DEPENDENCIA DONDE SE REALIZARÁ LA INVESTIGACIÓN

Dejo constancia que el área o dependencia que dirijo, ha tomado conocimiento del proyecto de tesis titulado:

Autoexposición, estados de cambio y riesgo de recaída en pacientes con adicción a drogas en comunidades terapéuticas de Lima, 2021.

el mismo que es realizado por el Sr./Srta. estudiante:

Jessica Melagros Valles Vasquez.

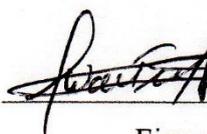
, en condición de estudiante – investigador del Programa de:

Maestría en Psicología Clínica y de la Salud.

Así mismo señalamos, que según nuestra normativa interna procederemos con el apoyo al desarrollo del proyecto de investigación, dando las facilidades del caso para la aplicación de los instrumentos de recolección de datos.

En razón de lo expresado doy mi consentimiento para el uso de la información y/o la aplicación de los instrumentos de recolección de datos:

Nombre de la empresa: ASOCIACION TERAPEUTICA PROYECTO FENIX	Autorización para el uso del nombre de la Empresa en el informe final.	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Apellidos y nombres del jefe/responsable del área: WALTER CRISTOBAL PEÑEZ CORDERO	Cargo del jefe/responsable del área: DIRECTOR GENERAL	
Teléfono fijo (incluyendo anexo) y/o celular: 942 840203	Correo electrónico de la empresa: ProyRemia@Gmail.com	


Firma



17-02-2022

Fecha

AUTORIZACIÓN PARA REALIZAR LA INVESTIGACIÓN

DECLARACIÓN DEL RESPONSABLE DEL ÁREA O DEPENDENCIA DONDE SE REALIZARÁ LA INVESTIGACIÓN

Dejo constancia que el área o dependencia que dirijo, ha tomado conocimiento del proyecto de tesis titulado:

Autopercepción, estadíos de cambio y riesgo de recaída en pacientes con adicción a drogas en comunidades terapéuticas de Lima, 2021.
--

el mismo que es realizado por el Sr./Srta. estudiante:

Jessica Melagro Valles Vásquez.

, en condición de estudiante – investigador del Programa de:

Maestría en Psicología Clínica y de la Salud.

Así mismo señalamos, que según nuestra normativa interna procederemos con el apoyo al desarrollo del proyecto de investigación, dando las facilidades del caso para la aplicación de los instrumentos de recolección de datos.

En razón de lo expresado doy mi consentimiento para el uso de la información y/o la aplicación de los instrumentos de recolección de datos:

Nombre de la empresa: Asociación Terapéutica ATP "VIDA"	Autorización para el uso del nombre de la Empresa en el informe final.	<input checked="" type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO
Apellidos y nombres del jefe/responsable del área: Rojas Armejo Aurelio	Cargo del jefe/responsable del área: Coordinador General	
Teléfono fijo (incluyendo anexo) y/o celular: 997609657	Correo electrónico de la empresa: contacto@atpvida.com	


Firma

21-02-2022

Fecha

AUTORIZACIÓN PARA REALIZAR LA INVESTIGACIÓN

**DECLARACIÓN DEL RESPONSABLE DEL ÁREA O DEPENDENCIA
DONDE SE REALIZARÁ LA INVESTIGACIÓN**

Dejo constancia que el área o dependencia que dirijo, ha tomado conocimiento del proyecto de tesis titulado:

Autoeficacia, estados de cambio y riesgo de recaída en pacientes con adicción en comunidades terapéuticas de Lima, 2021.

el mismo que es realizado por el Sr./Srta. estudiante:

Jessica Melagro Valles Vásquez

, en condición de estudiante – investigador del Programa de:

Maestría en Psicología Clínica y de la Salud

Así mismo señalamos, que según nuestra normativa interna procederemos con el apoyo al desarrollo del proyecto de investigación, dando las facilidades del caso para la aplicación de los instrumentos de recolección de datos.

En razón de lo expresado doy mi consentimiento para el uso de la información y/o la aplicación de los instrumentos de recolección de datos:

Nombre de la empresa: <i>COMUNIDAD TERAPÉUTICA UN MILLENO DE VIDA</i>	Autorización para el uso del nombre de la Empresa en el informe final.	<input checked="" type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
--	--	---

Apellidos y nombres del jefe/responsable del área: <i>PEREZ BUENDIA MANUEL HUGO</i>	Cargo del jefe/responsable del área: <i>DIRECTOR</i>
--	---

Teléfono fijo (incluyendo anexo) y/o celular: <i>972 028 582</i>	Correo electrónico de la empresa: <i>PEREZBUENDIA MANUEL HUGO@GMAIL.COM</i>
---	--

[Handwritten Signature]
Firma
MANUEL HUGO PEREZ BUENDIA
Director Ejecutivo
IOSMTPEP



02 - 03 - 2022
Fecha

AUTORIZACIÓN PARA REALIZAR LA INVESTIGACIÓN

DECLARACIÓN DEL RESPONSABLE DEL ÁREA O DEPENDENCIA DONDE SE REALIZARÁ LA INVESTIGACIÓN

Dejo constancia que el área o dependencia que dirijo, ha tomado conocimiento del proyecto de tesis titulado:

Autoeficacia, estadios de cambio y riesgo de recaída en pacientes con adicción a drogas en comunidades terapéuticas de Lima, 2021.

el mismo que es realizado por el Sr./Srta. estudiante:

Jessica Melagris Valles Vásquez.

, en condición de estudiante – investigador del Programa de:

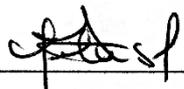
Maestría en Psicología Clínica y de la Salud.

Así mismo señalamos, que según nuestra normativa interna procederemos con el apoyo al desarrollo del proyecto de investigación, dando las facilidades del caso para la aplicación de los instrumentos de recolección de datos.

En razón de lo expresado doy mi consentimiento para el uso de la información y/o la aplicación de los instrumentos de recolección de datos:

Nombre de la empresa:	Autorización para el uso del nombre de la Empresa en el informe final.	<input checked="" type="checkbox"/> NO
Casa Hogar Sembrando Esperanza		
Apellidos y nombres del jefe/responsable del área:	Cargo del jefe/responsable del área:	
Sicha Pérez, Pilar	Encargada	
Teléfono fijo (incluyendo anexo) y/o celular:	Correo electrónico de la empresa:	
987255260	pesp17@gmail.com.	




Firma

06-03-2022
Fecha

Anexo 4. Matriz de operacionalización de variables

VARIABLE	INDICADOR	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INSTRUMENTO DE MEDICIÓN
Autoeficacia	<p>Puntuación total obtenida en las ocho subescalas del DTCQ que miden el nivel de confianza que la persona percibe ante distintas situaciones de alto riesgo de consumir drogas, las cuales son</p> <p>3. Determinantes intrapersonales: Son aquellas situaciones relacionadas con aspectos internos o encubiertos de la persona.</p> <ul style="list-style-type: none"> – Estados emocionales negativos. – Estados físicos negativos. – Estados emocionales positivos. – Poner a prueba el control personal. – Tentaciones y deseos. <p>4. Determinantes interpersonales: son aquellas situaciones que ocurre en el contexto en el que la persona se desenvuelve.</p> <ul style="list-style-type: none"> – Conflictos interpersonales. – Presión social. – Estados emocionales positivos. 	<p>Valoración individual o expectativas sobre la propia habilidad o capacidad percibida para realizar una conducta de afrontamiento a futuras situaciones de alto riesgo que pueda poner en peligro la percepción de control (Marlatt, 1985a).</p>	<p>La variable es de tipo cualitativa ordinal y politómica. La autoeficacia y sus ocho dimensiones se medirán a través de los niveles: bajo (Pc 0 a 39), dentro del promedio (Pc 40 a 50), superior promedio (Pc 51 a 74) y superior (Pc 75 a 99).</p>	<p>Determinantes</p> <p>Intrapersonales:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Estados emocionales negativos. - Estados físicos negativos. - Estados emocionales positivos. - Poner a prueba el control personal. - Tentaciones y deseos. <p>Determinantes interpersonales:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Conflictos interpersonales. - Presión social. - Estados emocionales positivos. 	<p>Cuestionario de Confianza ante situaciones de riesgo de consumo de drogas de Annis y Martin (1985).</p>
Estadios de cambio	<p>5 Puntuación total obtenida en la subescala Precontemplación, que mide la ausencia de intención de cambio de la conducta adictiva dentro de los siguientes seis meses.</p> <p>6 Puntuación total obtenida en la subescala Contemplación, que mide la intención de cambio de</p>	<p>Grado de intención, disposición o actitud en relación al cambio (Prochaska y DiClemente, 1984).</p>	<p>La variable es de tipo cualitativa nominal y politómica. La puntuación mínima es 32 y máxima es 160. Se medirá a través de la sumatoria de los puntajes de los ítems correspondientes a cada dimensión,</p>	<p>Precontemplación, acción y mantenimiento.</p>	<p>Escala de Evaluación del Cambio de la Universidad de Rhode Island – URICA de</p>

	la conducta adictiva dentro de los siguientes seis meses.				
	7 Puntuación total obtenida en la subescala Acción, que mide los cambios realizados con éxito para abandonar la conducta adictiva en los últimos seis meses.				
	8 Puntuación total obtenida en la subescala Mantenimiento, que mide cambios realizados con éxito para abandonar la conducta adictiva desde hace seis meses a más.				
			siendo el estadio asignado aquel que puntúe más alto, cuyos puntajes oscilan entre 8 y 40 puntos por dimensión: Precontemplación (ítems 1, 5, 11, 13, 23, 26, 29 y 31), contemplación (ítems 2, 4, 8, 12, 15, 19, 21, 24), acción (3, 7, 10, 14, 17, 20, 25 y 30) y mantenimiento (6, 9, 16, 22, 27, 28, 32).		Prochaska y DiClemente (1984)
Riesgo de Recaída	Puntaje obtenido en la escala total que mide el nivel de riesgo de recaída en la conducta adictiva.	Serie de síntomas que van desde los más leves hasta los más perturbadores que finalizan en el retorno a la conducta adictiva (Gorski & Miller, 1982, citado en Álvarez, 2011).	La variable es de tipo cualitativa ordinal y politómica. La puntuación mínima es 28 y máxima es 196. Se medirá a través de los siguientes rangos y niveles: Muy alto (Pc 91 al 99), alto (76 al 90), promedio (25 al 75), bajo (10 al 24) y muy bajo (0 al 9).	La variable es unidimensional.	Cuestionario AWARE 3.0 de Gorski y Miller (1986)

Anexo 5. Instrumentos utilizados

Ficha Sociodemográfica

Esta ficha busca recolectar información sobre los principales datos sobre su uso de sustancias psicoactivas. Responda a **TODAS** las preguntas con la mayor sinceridad posible. Marque con un aspa(X) de acuerdo a las siguientes alternativas o complete según se le indique:

Centro de tratamiento:					Fecha:	___/___/2022	
Edad:		Sexo:	F	M	Grado de instrucción:		
Lugar de nacimiento:		Lima ()	Provincia (especifique) _____			Extranjero (especifique) _____	
Estado civil:		Soltero () Casado () Conviviente () Divorciado () Viudo ()					
Estuve infectado de covid-19:		SÍ	NO				
Tiempo post infección:		() 1 mes o menos () 2-5 meses () 6-8 meses () 9-12 meses () 13 meses a más					

DATOS DE CONSUMO Y TRATAMIENTO

Droga de inicio:	() PBC	() Cocaína	() Marihuana	() Alcohol	() Otro (señalar) _____
Sustancias consumidas:	() PBC	() Cocaína	() Marihuana	() Alcohol	() Otro (señalar) _____
Droga problema (señalar la droga que más consume):	() PBC	() Cocaína	() Marihuana	() Alcohol	() Otro (señalar) _____
Tiempo de consumo (señalar el tiempo de la adicción principal):	a. Menos de 2 años	b. 2 a 6 años	c. 7 a 11 años	d. 12 a 16 años	e. Más de 17 años

Tiempo de tratamiento:	() 1 mes o menos	() 2-5 meses	() 6-8 meses	() 9-12 meses	() 13 meses a más		
Tratamientos anteriores:	() SÍ	() NO					
Si la respuesta es SI, señalar el número de programas que participó:	() 1	() 2	() 3	() 4	() 5	() 6	() Más de 6
Lugar:	Lima ()	Provincia (especifique) _____			Extranjero (especifique) _____		

Última fecha de consumo (droga problema):	En el último mes ()		En los últimos dos meses ()		Más de dos meses ()	
¿Usted realizaba alguna de estas actividades antes de recaer?	(a) Trabajo	(b) Estudio	(c) A y B	(d) Otros (especifique) _____	(e) Ninguno	

Cuestionario de Confianza ante Situaciones de Riesgo de Consumo de Drogas

Versión adaptada por Valles (2022)

A continuación, se presentan 50 diferentes situaciones que están relacionadas con su antiguo estilo de vida de consumo. Imagínese que **en este momento** está en cada una de estas situaciones e indique en la escala qué tan seguro se siente de poder resistir la necesidad de consumir alguna droga en exceso, marcando con una “X” desde 1 que “SEGURO QUE NO PODRÍA” ante esa situación, 6 si se siente #SEGURO QUE SÍ PODRÍA” resistir de consumir en exceso.

1. Seguro que no podría.
2. No podría.
3. A veces no podría.
4. A veces si podría.
5. Sí podría.
6. Seguro que sí podría.

ÍTEMS	1	2	3	4	5	6
1. Si estuviera deprimido por las cosas que me ocurren en general.						
2. Si me sintiera tembloroso, enfermo, con náuseas o malestar físico.						
3. Si me sintiera bien, contento, feliz.						
4. Si sintiera que no tengo a nadie a quien recurrir y no tengo otra salida.						
5. Si quisiera comprobar si podía consumir con moderación.						
6. Si estuviera en un lugar en el que hubiera consumido o comprado con anterioridad.						
7. Si me sintiera tenso o incómodo ante la presencia de alguien.						
8. Si fuera invitado a la casa de alguien, me ofrecieran droga y me sintiera incómodo por tener que rechazar la droga.						
9. Si me encontrara con viejos amigo y quisiera divertirme.						
10. Si fuera incapaz de expresar mis sentimientos a alguna persona.						
11. Si me sintiera decepcionado.						
12. Si tuviera problemas para dormir.						
13. Si me sintiera seguro y relajado.						
14. Si estuviera aburrido.						
15. Si quisiera probarme a mí mismo que las drogas no son un problema para mí.						
16. Si de forma inesperada me encontrara con ella o sucediera algo que me la recordara.						
17. Si los demás me rechazaran o me pareciera que no les caigo bien.						
18. Si los amigos con lo que estuviera pasando el rato no paran de proponerme que fuéramos a algún sitio y consumiéramos.						
19. Si estuviera con un amigo/a y quisiéramos sentirnos mejor juntos.						

20. Si algunas personas me trataran injustamente o impedirían que yo pudiera hacer mis planes.						
21. Si me sintiera solo.						
22. Si quisiera mantenerme despierto, más alerta o tener más energía.						
23. Si me sintiera contento por alguna cosa.						
24. Si me siento nervioso o tenso por algo.						
25. Si quisiera comprobar que puedo consumir drogas de vez en cuando sin llegar a engancharme.						
26. Si hubiera estado bebiendo alcohol y me viniese a la cabeza las ideas de consumir.						
27. Si sintiera que mi familia me presiona demasiado o que no puedo estar a la altura que ellos esperaban.						
28. Si me encontrara en un lugar donde otras personas estuviesen consumiendo y pienso que esperan que me una a ellos.						
29. Si estuviera con mis amigos y quisiera divertirme más.						
30. Si no me llevo bien con mis compañeros de estudio o de trabajo.						
31. Si empezara a sentirme culpable por algo.						
32. Si quisiera perder peso.						
33. Si me sintiera contento con mi vida.						
34. Si me sintiera agobiado y quisiera evadir de alguna forma.						
35. Si quisiera comprobar que puedo estar con amigos de consumo sin necesidad de consumir yo.						
36. Si escuchara a alguien comentar su experiencia con la droga.						
37. Si hubiera discusiones en casa.						
38. Si me estuvieran presionando a consumir y sintiera que no puedo rechazarla.						
39. Si quisiera celebrar algo con un amigo.						
40. Si alguien estuviera descontento con mi trabajo o me presionara en el trabajo o en los estudios.						
41. Si estuviera enfadado por el modo en que salen las cosas.						
42. Si tuviera dolor de cabeza o alguna otra molestia.						
43. Si recordara algo bueno que hubiera sucedido.						
44. Si me sintiera confundido acerca de qué es lo que debo hacer.						
45. Si quisiera comprobar que puedo estar sin consumir en sitios donde se está consumiendo drogas.						
46. Si pensara en lo bien que me iba a sentir si consumiera.						
47. Si sintiera que necesito valor para enfrentarme a alguien.						
48. Si estuviera con gente que consume drogas.						
49. Si estuviera pensando un buen rato y quisiera aumentar mi placer sexual.						
50. Si sintiera que alguien me está tratando de controlar y quisiera sentirme más independiente.						

Escala de Evaluación del Cambio de la Universidad de Rhode Island

Versión adaptada por Valles (2022)

Cada una de las siguientes frases describe cómo podría sentirse una persona cuando empieza un tratamiento o aborda algún problema en su vida. Por favor, indica tu grado de acuerdo o desacuerdo con cada una de estas frases marcando con una (x). En cada caso responde en función de cómo te sientes ahora, y no en función a cómo te sentiste en el pasado o cómo te gustaría sentirte. Recuerda que siempre que aparezca la palabra problema se refiere a tu problema con las sustancias.

1. Muy en desacuerdo.
2. En desacuerdo.
3. Indeciso.
4. De acuerdo.
5. Muy de acuerdo.

Ítems	1	2	3	4	5
1. Que yo sepa no tengo problemas que cambiar.					
2. Creo que puedo estar preparado para mejorar de alguna manera.					
3. Estoy haciendo algo con los problemas que me han estado preocupando.					
4. Puede que valga la pena el que trabaje para solucionar mi problema.					
5. No soy una persona que tenga problemas. No tiene ningún sentido que yo esté aquí.					
6. Me preocupa la posibilidad de que dé un paso atrás con un problema que ya he cambiado, por esto estoy aquí en búsqueda de ayuda.					
7. Por fin estoy haciendo algo para resolver mi problema.					
8. He estado pensando que tal vez quiera cambiar algo de mí mismo.					
9. He trabajado con éxito en mi problema, pero no estoy seguro de que pueda mantener el esfuerzo yo solo.					
10. A veces mi problema es dificultoso, pero estoy trabajando para resolverlo.					
11. Para mí, el hecho de estar aquí es casi como perder el tiempo ya que el problema no tiene que ver conmigo.					
12. Espero que en este lugar me ayuden a comprenderme mejor a mí mismo.					
13. Supongo que tengo defectos, pero no hay nada que yo necesite realmente cambiar.					
14. Me estoy esforzando realmente mucho para cambiar.					
15. Tengo un problema y pienso realmente que debo afrontarlo.					
16. No me siento capaz de mantener lo que he cambiado en la forma que yo esperaba, y estoy aquí para prevenir una recaída en ese problema.					
17. Aunque no siempre consigo resolver con éxito mi problema, al menos lo estoy intentando.					
18. Pensaba que una vez hubiera resuelto mi problema me sentiría liberado, pero a veces aún me encuentro luchando con él.					
19. Me gustaría tener más ideas sobre cómo resolver mi problema.					
20. He empezado a hacer frente a mis problemas, pero me gustaría que se me ayudara.					
21. Quizás en este lugar me puedan ayudar.					
22. Puede que ahora necesite un empuje para ayudarme a mantener los cambios que ya he llevado a cabo.					
23. Puede que yo sea parte del problema, pero no creo que realmente sea así.					

24. Espero que aquí alguien me pueda dar un buen consejo.					
25. Cualquier persona puede hablar sobre el cambio, yo de hecho estoy haciendo algo para cambiar.					
26. Toda esta charla psicológica es aburrida. ¿Por qué no podrá la gente simplemente olvidar sus problemas?					
27. Estoy aquí para prevenir la posibilidad de recaer en mi problema.					
28. Es frustrante, pero siento que podría reaparecer el problema que pensaba haber resuelto.					
29. Tengo tantas preocupaciones como cualquier otra persona. ¿Por qué perder el tiempo pensando en ellas?					
30. Estoy trabajando activamente en mi problema.					
31. Asumiría mis defectos antes que intentar cambiarlos.					
32. Después de todo lo que he hecho para intentar cambiar mi problema, de vez en cuando vuelve a aparecer y me preocupa.					

Cuestionario AWARE 3.0
 Versión adaptada por Valles (2022)

Lea las siguientes afirmaciones y por cada uno, encierre un número, de 1 a 7, en un círculo, para indicar cuán verdadero ha sido dicho enunciado para usted recientemente. Por favor encierre un sólo un número para cada enunciado.

	Nunca	Pocas veces	A veces	Relativamente a menudo	A menudo	Casi siempre	Siempre
1. Me siento nervioso o inseguro de mis recursos para mantenerme libre de drogas.	1	2	3	4	5	6	7
2. Tengo muchos problemas en mi vida que afectan mi estado emocional.	1	2	3	4	5	6	7
3. Tiendo a actuar impulsivamente.	1	2	3	4	5	6	7
4. Soy reservado y me siento solo.	1	2	3	4	5	6	7
5. Me enfoco mucho en un(as) área(as) de mi vida.	1	2	3	4	5	6	7
6. Me siento triste, desanimado o deprimido.	1	2	3	4	5	6	7
7. Me dedico a hacerme ilusiones sobre el consumo.	1	2	3	4	5	6	7
8. Los planes que hago tienen éxito.	1	2	3	4	5	6	7
9. Tengo dificultad para concentrarme y prefiero imaginar cómo podrían ser las cosas.	1	2	3	4	5	6	7
10. Lo que suelo realizar no me sale bien.	1	2	3	4	5	6	7
11. Me siento confundido sobre volver a consumir.	1	2	3	4	5	6	7
12. Me irrito o molesto con mis amigos.	1	2	3	4	5	6	7
13. Me siento enojado o frustrado.	1	2	3	4	5	6	7
14. Tengo buenos hábitos alimenticios.	1	2	3	4	5	6	7
15. Me siento atrapado y estancado, sin salida.	1	2	3	4	5	6	7
16. Tengo dificultad para dormir.	1	2	3	4	5	6	7
17. Tengo largos períodos de tristeza intensa.	1	2	3	4	5	6	7
18. Me da igual suceda lo que suceda.	1	2	3	4	5	6	7
19. Siento que las cosas están tan mal, que podría consumir drogas.	1	2	3	4	5	6	7

20. Soy capaz de pensar con claridad.	1	2	3	4	5	6	7
21. Siento lástima de mí mismo.	1	2	3	4	5	6	7
22. Pienso reiteradamente en consumir drogas.	1	2	3	4	5	6	7
23. Miento a otras personas.	1	2	3	4	5	6	7
24. Me siento seguro y lleno de esperanzas.	1	2	3	4	5	6	7
25. Me siento enojado con el mundo en general.	1	2	3	4	5	6	7
26. Estoy haciendo lo posible para mantenerme en abstinencia.	1	2	3	4	5	6	7
27. Me temo que estoy perdiendo la razón.	1	2	3	4	5	6	7
28. Estoy consumiendo o tengo deseos de consumir drogas sin control.	1	2	3	4	5	6	7

Anexo 6. Tablas de evidencias de validez y confiabilidad

Tabla 6.

Coefficiente V de Aiken para los ítems, dimensiones y áreas del Cuestionario de Confianza en situaciones de riesgo para consumir drogas (Valles, 2023).

Ítems	V			
	Pertinencia	Relevancia	Claridad	Total
Ítem 1	1.00	1.00	0.85	0.95
Ítem 2	1.00	0.98	0.80	0.93
Ítem 3	1.00	1.00	0.90	0.97
Ítem 4	1.00	1.00	1.00	1.00
Ítem 5	1.00	1.00	0.93	0.98
Ítem 6	1.00	1.00	1.00	1.00
Ítem 7	1.00	1.00	0.95	0.98
Ítem 8	1.00	1.00	0.90	0.97
Ítem 9	0.93	0.95	0.93	0.93
Ítem 10	1.00	1.00	0.93	0.98
Ítem 11	1.00	1.00	0.98	0.99
Ítem 12	1.00	1.00	0.93	0.98
Ítem 13	1.00	1.00	0.98	0.99
Ítem 14	1.00	1.00	0.98	0.99
Ítem 15	1.00	1.00	0.93	0.98
Ítem 16	0.90	0.90	0.75	0.85
Ítem 17	1.00	1.00	1.00	1.00
Ítem 18	1.00	1.00	0.95	0.98
Ítem 19	0.93	0.93	0.93	0.93
Ítem 20	1.00	0.98	0.83	0.93
Ítem 21	1.00	1.00	1.00	1.00
Ítem 22	0.93	0.93	0.90	0.92
Ítem 23	0.90	0.90	0.93	0.91
Ítem 24	1.00	1.00	0.85	0.95
Ítem 25	1.00	1.00	0.95	0.98
Ítem 26	1.00	1.00	1.00	1.00
Ítem 27	0.95	0.95	0.88	0.93
Ítem 28	1.00	1.00	0.95	0.98
Ítem 29	0.85	0.85	0.83	0.84

Ítem 30	1.00	1.00	0.98	0.99
Ítem 31	1.00	1.00	1.00	1.00
Ítem 32	0.93	0.88	0.88	0.89
Ítem 33	0.93	0.90	0.93	0.92
Ítem 34	0.98	1.00	0.88	0.95
Ítem 35	1.00	1.00	1.00	1.00
Ítem 36	1.00	1.00	1.00	1.00
Ítem 37	1.00	1.00	1.00	1.00
Ítem 38	1.00	1.00	0.98	0.99
Ítem 39	0.93	0.93	0.93	0.93
Ítem 40	1.00	1.00	0.95	0.98
Ítem 41	1.00	1.00	0.93	0.98
Ítem 42	1.00	0.98	0.83	0.93
Ítem 43	1.00	0.98	1.00	0.99
Ítem 44	1.00	0.98	0.90	0.96
Ítem 45	1.00	1.00	1.00	1.00
Ítem 46	1.00	1.00	0.95	0.98
Ítem 47	1.00	1.00	0.93	0.98
Ítem 48	0.95	0.90	0.90	0.92
Ítem 49	0.93	0.93	0.93	0.93
Ítem 50	1.00	1.00	0.83	0.94
<hr/>				
Emociones desagradables	1.00	1.00	0.94	0.98
Molestias físicas	0.97	0.95	0.87	0.93
Emociones agradables	0.97	0.96	0.95	0.96
Poner a prueba el control personal	1.00	1.00	0.96	0.99
Ceder a impulsos o tentaciones para el consumo	0.98	0.98	0.94	0.97
Conflicto interpersonal	1.00	0.99	0.94	0.98
Presión social	0.99	0.98	0.94	0.97
Aumentar el sentimiento de celebración	0.91	0.92	0.89	0.91
Total	0.98	0.97	0.93	0.96
<hr/>				

Tabla 7*Ítems originales e ítems modificados por las observaciones de los jueces.*

Ítems originales	Ítems modificados
1. Si estuviera deprimido por las cosas que me ocurren en general.	
2. Si me sintiera tembloroso, enfermo, con náuseas o malestar físico.	2. Si me sintiera tembloroso, con náuseas o algún otro malestar físico. *
3. Si me sintiera bien, contento, feliz.	
4. Si sintiera que no tengo a nadie a quien recurrir y no tengo otra salida.	
5. Si quisiera comprobar si podía consumir con moderación.	5. Si quisiera comprobar si puedo controlar mi consumo. *
6. Si estuviera en un lugar en el que hubiera consumido o comprado con anterioridad.	
7. Si me sintiera tenso o incómodo ante la presencia de alguien.	
8. Si fuera invitado a la casa de alguien, me ofrecieran droga y me sintiera incómodo por tener que rechazar la droga.	
9. Si me encontrara con viejos amigos y quisiera divertirme.	9. Si me encontrara con viejos amigos de consumo y quisiera divertirme. *
10. Si fuera incapaz de expresar mis sentimientos a alguna persona.	10. Si fuera incapaz de expresar mis sentimientos hacia alguna persona. *
11. Si me sintiera decepcionado.	
12. Si tuviera problemas para dormir.	12. Si tuviera problemas para conciliar el sueño. *
13. Si me sintiera seguro y relajado.	
14. Si estuviera aburrido.	14. Si me sintiera aburrido. *
15. Si quisiera probarme a mí mismo que las drogas no son un problema para mí.	15. Si quisiera probarme a mí mismo que las drogas no me causan problemas. *
16. Si de forma inesperada me encontrara con ella o sucediera algo que me la recordara.	16. Si de forma inesperada me encontrara con la droga que yo consumía o sucediera algo que me la recordara. *
17. Si los demás me rechazaran o me pareciera que no les caigo bien.	
18. Si los amigos con los que estuviera pasando el rato no paran de proponerme que fuéramos a algún sitio y consumiéramos.	
19. Si estuviera con un amigo/a y quisiéramos sentirnos mejor juntos.	
20. Si algunas personas me trataran injustamente o impidieran que yo pudiera hacer mis planes.	20. Si algunas personas me trataran injustamente o impidieran que yo pudiera realizar mis proyectos. *

21. Si me sintiera solo.
22. Si quisiera mantenerme despierto, más alerta o tener más energía.
23. Si me sintiera contento por alguna cosa.
24. Si me siento nervioso o tenso por algo.
25. Si quisiera comprobar que puedo consumir drogas de vez en cuando sin llegar a engancharme.
26. Si hubiera estado bebiendo alcohol y me viniese a la cabeza las ideas de consumir.
27. Si sintiera que mi familia me presiona demasiado o que no puedo estar a la altura que ellos esperaban.
28. Si me encontrara en un lugar donde otras personas estuviesen consumiendo y pienso que esperan que me una a ellos.
29. Si estuviera con mis amigos y quisiera divertirme más.
30. Si no me llevo bien con mis compañeros de estudio o de trabajo.
31. Si empezara a sentirme culpable por algo.
32. Si quisiera perder peso.
33. Si me sintiera contento con mi vida.
34. Si me sintiera agobiado y quisiera evadir de alguna forma.
35. Si quisiera comprobar que puedo estar con amigos de consumo sin necesidad de consumir yo.
36. Si escuchara a alguien comentar su experiencia con la droga.
37. Si hubiera discusiones en casa.
38. Si me estuvieran presionando a consumir y sintiera que no puedo rechazarla.
39. Si quisiera celebrar algo con un amigo.
40. Si alguien estuviera descontento con mi trabajo o me presionara en el trabajo o en los estudios.
41. Si estuviera enfadado por el modo en que salen las cosas.
42. Si tuviera dolor de cabeza o alguna otra molestia.
43. Si recordara algo bueno que hubiera sucedido.
44. Si me sintiera confundido acerca de qué es lo que debo hacer.
31. Si me sintiera culpable por algo. *
33. Si me sintiera satisfecho con mi vida. *
34. Si me sintiera agobiado y quisiera evadir de alguna forma los problemas. *
41. Si estuviera enfadado por el modo en que me resultan las cosas. *
42. Si tuviera dolor de cabeza o alguna otra molestia física parecida. *
44. Si me sintiera confundido al tomar alguna decisión. *

45. Si quisiera comprobar que puedo estar sin consumir en sitios donde se está consumiendo drogas.
46. Si pensara en lo bien que me iba a sentir si consumiera.
47. Si sintiera que necesito valor para enfrentarme a alguien.
48. Si estuviera con gente que consume drogas.
49. Si estuviera pensando un buen rato y quisiera aumentar mi placer sexual.
50. Si sintiera que alguien me está tratando de controlar y quisiera sentirme más independiente.
46. Si pensara en lo bien que me sentiría si consumiera. *
47. Si sintiera que me falta suficiente valor para enfrentarme a alguien. *
48. Si estuviera con gente que consume drogas y sé que me van a ofrecer. *
49. Si estuviera pensando en pasar un buen rato y quisiera aumentar mi placer sexual. *
50. Si sintiera que alguien me está tratando de controlar y quisiera sentirme más libre. *

* Ítem modificado

Tabla 8

Matriz de estructura factorial del Cuestionario DTCQ (Valles, 2023).

	Componente							
	Emociones desagradables	Molestias físicas	Emociones agradables	Poner a prueba el control personal	Impulsos o tentaciones para el consumo	Conflicto interpersonal	Presión social	Aumentar el sentimiento de celebración
I1	0.806							
I4	0.744							
I11	0.696							
I14	0.731							
I21	0.741							
I24	0.713							
I31	0.726							
I34	0.702							
I41	0.752							
I44	0.773							
I2		0.769						
I12		0.729						
I22		0.766						
I32		0.787						
I42		0.702						
I3			0.692					
I13			0.712					
I23			0.735					
I33			0.739					
I43			0.822					
I5				0.785				
I15				0.751				

I25				0.786				
I35				0.603				
I45				0.770				
I6					0.658			
I16					0.716			
I26					0.746			
I36					0.716			
I46					0.764			
I7						0.662		
I10						0.588		
I17						0.730		
I20						0.731		
I27						0.790		
I30						0.754		
I37						0.756		
I40						0.774		
I47						0.690		
I50						0.716		
I8							0.704	
I18							0.714	
I28							0.779	
I38							0.767	
I48							0.753	
I9								0.715
I19								0.729
I29								0.727
I39								0.774
I49								0.712
Autoval	8.183	7.142	6.886	4.635	3.525	2.689	2.643	0.993
% V.E.	16.367	14.283	13.773	9.269	7.051	5.377	5.286	1.986
% V.E.A.	16.367	30.650	44.423	53.692	60.743	66.120	71.407	73.393

Tabla 9

Coeficiente Alfa de los instrumentos empleados en la investigación (Valles, 2023).

Instrumento	Dimensiones	Alfa	N de elementos
Cuestionario de Confianza en Situaciones de Riesgo para consumir drogas (DTCQ)	Emociones desagradables	0.939	10
	Molestias físicas	0.878	5
	Emociones agradables	0.881	5
	Poner a prueba el control personal	0.864	5
	Ceder a impulsos o tentaciones para el consumo	0.848	5
	Conflicto interpersonal	0.939	10
	Presión social	0.902	5
	Aumentar el sentimiento de celebración	0.882	5
	Cuestionario total	0.983	50
Escala de Evaluación del Cambio de la Universidad de Rhode Island	Precontemplación	0.757	8
	Contemplación	0.86	8
	Acción	0.892	8
	Mantenimiento	0.796	8
Cuestionario de Riesgo de Recaída AWARE 3.0		0.918	28

Tabla 10

Coeficiente V de Aiken para los ítems, dimensiones y áreas de la Escala de Evaluación del Cambio de la Universidad de Rhode Island (Valles, 2023).

Ítems	V			
	Pertinencia	Relevancia	Claridad	Total
Ítem 1	1.00	1.00	0.88	0.96
Ítem 2	1.00	1.00	0.95	0.98
Ítem 3	1.00	1.00	0.93	0.98
Ítem 4	0.98	0.98	0.91	0.96
Ítem 5	1.00	1.00	0.85	0.95
Ítem 6	0.98	1.00	0.93	0.97
Ítem 7	0.99	0.99	0.92	0.97
Ítem 8	0.98	0.98	0.91	0.96
Ítem 9	0.99	0.99	0.92	0.97
Ítem 10	0.99	0.99	0.93	0.97
Ítem 11	1.00	1.00	0.90	0.97
Ítem 12	0.98	0.98	0.92	0.96
Ítem 13	1.00	1.00	0.98	0.99

Ítem 14	0.99	0.99	0.93	0.97
Ítem 15	1.00	1.00	0.98	0.99
Ítem 16	0.99	0.99	0.92	0.97
Ítem 17	1.00	1.00	0.95	0.98
Ítem 18	0.99	0.99	0.93	0.97
Ítem 19	1.00	1.00	0.95	0.98
Ítem 20	1.00	1.00	0.95	0.98
Ítem 21	1.00	1.00	0.95	0.98
Ítem 22	0.95	0.95	0.95	0.95
Ítem 23	1.00	1.00	0.90	0.97
Ítem 24	1.00	1.00	1.00	1.00
Ítem 25	1.00	1.00	0.80	0.93
Ítem 26	0.95	0.95	0.93	0.94
Ítem 27	1.00	1.00	0.95	0.98
Ítem 28	1.00	1.00	0.95	0.98
Ítem 29	0.95	0.95	0.95	0.95
Ítem 30	1.00	1.00	0.95	0.98
Ítem 31	0.95	0.95	0.85	0.92
Ítem 32	1.00	1.00	0.95	0.98
Precontemplación	0.98	0.98	0.90	0.95
Contemplación	0.99	0.99	0.95	0.98
Acción	1.00	1.00	0.92	0.97
Mantenimiento	0.99	0.99	0.94	0.97
Total	0.99	0.99	0.93	0.97

Tabla 11

Ítems originales e ítems modificados por las observaciones de los jueces.

Ítems originales	Ítems modificados
1. Que yo sepa no tengo problemas que cambiar.	
2. Creo que puedo estar preparado para mejorar de alguna manera.	
3. Estoy haciendo algo con los problemas que me han estado preocupando.	3. Estoy buscando solución a los problemas de consumo que me han estado preocupando. *
4. Puede que valga la pena el que trabaje para solucionar mi problema.	
5. No soy una persona que tenga problemas. No tiene ningún sentido que yo esté aquí.	5. No soy una persona que tenga problemas. No tiene ningún sentido que yo esté aquí internado. *

6. Me preocupa la posibilidad de que dé un paso atrás con un problema que ya he cambiado, por esto estoy aquí en búsqueda de ayuda.
7. Por fin estoy haciendo algo para resolver mi problema.
8. He estado pensando que tal vez quiera cambiar algo de mí mismo.
9. He trabajado con éxito en mi problema, pero no estoy seguro de que pueda mantener el esfuerzo yo solo.
10. A veces mi problema es dificultoso, pero estoy trabajando para resolverlo.
11. Para mí, el hecho de estar aquí es casi como perder el tiempo ya que el problema no tiene que ver conmigo.
12. Espero que en este lugar me ayuden a comprenderme mejor a mí mismo.
13. Supongo que tengo defectos, pero no hay nada que yo necesite realmente cambiar.
14. Me estoy esforzando realmente mucho para cambiar.
15. Tengo un problema y pienso realmente que debo afrontarlo.
16. No me siento capaz de mantener lo que he cambiado en la forma que yo esperaba, y estoy aquí para prevenir una recaída en ese problema.
17. Aunque no siempre consigo resolver con éxito mi problema, al menos lo estoy intentando.
18. Pensaba que una vez hubiera resuelto mi problema me sentiría liberado, pero a veces aún me encuentro luchando con él.
19. Me gustaría tener más ideas sobre cómo resolver mi problema.
20. He empezado a hacer frente a mis problemas, pero me gustaría que se me ayudara.
11. Para mí, el hecho de estar internado es casi como perder el tiempo ya que el problema no tiene que ver conmigo. *
12. Espero que en este internamiento me ayuden a conocerme mejor a mí mismo. *
15. Reconozco que tengo un problema y pienso realmente que debo afrontarlo. *
20. He empezado a hacer frente a mis problemas, pero me gustaría que se me ayudara más. *

21. Quizás en este lugar me puedan ayudar.
22. Puede que ahora necesite un empuje para ayudarme a mantener los cambios que ya he llevado a cabo.
23. Puede que yo sea parte del problema, pero no creo que realmente sea así.
24. Espero que aquí alguien me pueda dar un buen consejo.
25. Cualquier persona puede hablar sobre el cambio, yo de hecho estoy haciendo algo para cambiar.
26. Toda esta charla psicológica es aburrida. ¿Por qué no podrá la gente simplemente olvidar sus problemas?
27. Estoy aquí para prevenir la posibilidad de recaer en mi problema.
28. Es frustrante, pero siento que podría reaparecer el problema que pensaba haber resuelto.
29. Tengo tantas preocupaciones como cualquier otra persona. ¿Por qué perder el tiempo pensando en ellas?
30. Estoy trabajando activamente en mi problema.
31. Asumiría mis defectos antes que intentar cambiarlos.
32. Después de todo lo que he hecho para intentar cambiar mi problema, de vez en cuando vuelve a aparecer y me preocupa.
21. Quizás en este internamiento me puedan ayudar. *
23. Puede que yo sea parte del problema, pero no creo que realmente yo sea totalmente responsable de ello. *
25. Cualquier persona puede hablar sobre el cambio, lo más importante es que estoy haciendo algo para cambiar. *

* Ítem modificado

Tabla 12

Matriz de estructura factorial de la Escala de evaluación del Cambio (URICA, Valles, 2023).

	Componente			
	Precontemplación	Contemplación	Acción	Mantenimiento
I1	0.277			
I5	0.662			
II1	0.593			

I13	0.562			
I23	0.517			
I26	0.488			
I29	0.172			
I31	0.332			
I2		0.550		
I4		0.476		
I8		0.500		
I12		0.619		
I15		0.531		
I19		0.653		
I21		0.602		
I24		0.666		
I3			0.588	
I7			0.688	
I10			0.583	
I14			0.623	
I17			0.484	
I20			0.718	
I25			0.711	
I39			0.769	
I6				0.519
I9				0.422
I16				0.493
I18				0.549
I22				0.620
I27				0.611
I28				0.564
I32				0.453
<hr/>				
Autoval.	7.256	4.011	3.330	2.997
% V.E.	22.675	12.534	10.406	9.365
% V.E.A.	22.675	35.209	45.615	54.980
<hr/>				

Tabla 13

Coefficiente V de Aiken para los ítems del Cuestionario de Riesgo de Recaída AWARE 3.0 (Valles, 2023).

Ítems	V			
	Pertinencia	Relevancia	Claridad	Total
Ítem 1	0.94	0.95	0.95	0.95
Ítem 2	0.94	0.97	0.97	0.96
Ítem 3	0.96	0.97	0.97	0.97
Ítem 4	0.97	0.97	0.96	0.97
Ítem 5	0.95	0.95	0.95	0.95
Ítem 6	0.98	0.97	0.97	0.97
Ítem 7	0.97	0.97	0.97	0.97
Ítem 8	0.95	0.96	0.96	0.96
Ítem 9	0.95	0.96	0.96	0.96
Ítem 10	0.96	0.96	0.96	0.96
Ítem 11	0.96	0.97	0.96	0.96
Ítem 12	0.96	0.96	0.96	0.96
Ítem 13	0.99	0.99	0.99	0.99
Ítem 14	0.97	0.97	0.97	0.97
Ítem 15	0.98	0.99	0.99	0.98
Ítem 16	0.91	0.94	0.95	0.93
Ítem 17	0.99	0.99	0.98	0.99
Ítem 18	0.96	0.97	0.97	0.97
Ítem 19	0.96	0.97	0.97	0.97
Ítem 20	0.96	0.97	0.97	0.97
Ítem 21	0.99	0.99	0.98	0.99
Ítem 22	0.94	0.94	0.95	0.94
Ítem 23	0.95	0.95	0.96	0.96
Ítem 24	0.97	0.99	0.99	0.98
Ítem 25	0.94	0.94	0.94	0.94
Ítem 26	0.96	0.97	0.97	0.96
Ítem 27	0.96	0.97	0.97	0.97
Ítem 28	0.98	0.98	0.98	0.98
Total	0.98	0.98	0.96	0.97

Tabla 14*Ítems originales e ítems modificados por las observaciones de los jueces.*

Ítems originales	Ítems modificados
1. Me siento nervioso o inseguro de mis recursos para mantenerme libre de drogas.	
2. Tengo muchos problemas en mi vida que afectan mi estado emocional.	
3. Tiendo a actuar impulsivamente.	
4. Soy reservado y me siento solo.	
5. Me enfoco mucho en un(as) área(as) de mi vida.	
6. Me siento triste, desanimado o deprimido.	
7. Me dedico a hacerme ilusiones sobre el consumo.	7. Me hago ilusiones referentes al consumo con facilidad. *
8. Los planes que hago tienen éxito.	
9. Tengo dificultad para concentrarme y prefiero imaginar cómo podrían ser las cosas.	
10. Lo que suelo realizar no me sale bien.	
11. Me siento confundido sobre volver a consumir.	
12. Me irrito o molesto con mis amigos.	
13. Me siento enojado o frustrado.	
14. Tengo buenos hábitos alimenticios.	
15. Me siento atrapado y estancado, sin salida.	
16. Tengo dificultad para dormir.	
17. Tengo largos períodos de tristeza intensa.	
18. Me da igual suceda lo que suceda.	18. Me da igual suceda lo que suceda sobre mi consumo. *
19. Siento que las cosas están tan mal, que podría consumir drogas.	19. Siento que las cosas están tan mal, que podría llegar a consumir drogas. *
20. Soy capaz de pensar con claridad.	
21. Siento lástima de mí mismo.	
22. Pienso reiteradamente en consumir drogas.	
23. Miento a otras personas.	
24. Me siento seguro y lleno de esperanzas.	
25. Me siento enojado con el mundo en general.	25. Me siento enojado con la mayoría de situaciones. *
26. Estoy haciendo lo posible para mantenerme en abstinencia.	
27. Me temo que estoy perdiendo la razón.	
28. Estoy consumiendo o tengo deseos de consumir drogas sin control.	

* Ítem modificado.

Anexo 7. Otras tablas de procesamiento estadístico

Tabla 15

Prueba de normalidad de autoeficacia, estadios de cambio y riesgo de recaída, y sus dimensiones.

		Autoeficacia									Estadios de cambio				Riesgo de recaída
		Emociones desagradables	Molestias físicas	Emociones agradables	Poner a prueba el control personal	Ceder a deseos o tentaciones	Conflicto interpersonal	Presión social	Aumentar el sentimiento de celebración	Autoeficacia total	Precontemplación	Contemplación	Acción	Mantenimiento	
N		204	204	204	204	204	204	204	204	204	204	204	204	204	204
Parámetros normales ^{a,b}	Media	41.41	22.06	22.79	19.47	20.15	43.55	20.32	20.25	210.01	20.31	32.92	33.18	28.33	72.94
	Desv. Desviación	14.05	7.194	7.048	7.613	7.189	14.009	7.853	7.442	65.997	6.536	6.44	6.5	6.355	26.101
Máximas diferencias extremas	Absoluto	0.117	0.168	0.153	0.119	0.116	0.129	0.121	0.129	0.09	0.08	0.169	0.183	0.106	0.138
	Positivo	0.093	0.135	0.153	0.083	0.085	0.12	0.109	0.095	0.086	0.08	0.136	0.147	0.065	0.138
	Negativo	-0.117	-0.168	-0.151	-0.119	-0.116	-0.129	-0.121	-0.129	-0.09	-0.043	-0.169	-0.183	-0.106	-0.087
Estadístico de prueba		0.117	0.168	0.153	0.119	0.116	0.129	0.121	0.129	0.09	0.08	0.169	0.183	0.106	0.138
<i>p</i>		,000 ^c	,000 ^c	,000 ^c	,000 ^c	,000 ^c	,000 ^c	,000 ^c	,000 ^c	,000 ^c	,003 ^c	,000 ^c	,000 ^c	,000 ^c	,000 ^c

Se empleó la prueba estadística Kolmogorov-Smirnov como forma de conocer la normalidad de los datos de las variables autoeficacia, estadios de cambio y riesgo de recaída. Tras realizar los análisis respectivos, se apreció que las variables de estudio presentaron una distribución no normal ($p < .05$), por lo cual se acredita el uso de estadísticos no paramétricos.

Tabla 16*Diferencias entre los rangos de la Autoeficacia según tiempo de consumo.*

	Tiempo de consumo	N	Rango promedio
Autoeficacia	Menos de 2 años	33	104.35
	2 a 6 años	56	106.49
	7 a 11 años	36	122.03
	12 a 16 años	33	103.55
	Más de 17 años	46	80.28

Tabla 17*Diferencias entre rangos a nivel de los Estadios de cambio según sexo.*

	Sexo	N	Rango promedio	Suma de rangos
Precontemplación	Masculino	164	107.82	17683.00
	Femenino	40	80.68	3227.00
Contemplación	Masculino	164	97.71	16024.00
	Femenino	40	122.15	4886.00
Acción	Masculino	164	97.12	15927.50
	Femenino	40	124.56	4982.50
Mantenimiento	Masculino	164	97.91	16057.00
	Femenino	40	121.33	4853.00

Tabla 18*Diferencias entre rangos a nivel de los Estadios de cambio según tiempo de tratamiento*

Tiempo de tratamiento	N	Rango promedio	
Precontemplación	1 mes o menos	35	128.74
	2 a 5 meses	64	109.13
	6 a 8 meses	24	106.13
	9 a 12 meses	22	89.41
	13 meses a más	59	83.14
Contemplación	1 mes o menos	35	105.39
	2 a 5 meses	64	89.64

	6 a 8 meses	24	81.81
	9 a 12 meses	22	127.11
	13 meses a más	59	113.97
	1 mes o menos	35	107.47
	2 a 5 meses	64	90.84
Acción	6 a 8 meses	24	84.92
	9 a 12 meses	22	126.82
	13 meses a más	59	110.28

Tabla 19

Diferencias entre rangos a nivel del Riesgo de recaída según tiempo de tratamiento

Tiempo de tratamiento	N	Rango promedio	
1 mes o menos	35	126.04	
2 a 5 meses	64	97.90	
Riesgo de recaída	6 a 8 meses	24	118.15
	9 a 12 meses	22	77.70
	13 meses a más	59	96.41

Anexo 8. Consentimiento Informado para Participar en una Investigación

Título del estudio : Autoeficacia, estadios de cambio y riesgo de recaída en pacientes con adicción a drogas en comunidades terapéuticas de Lima, 2021.

Investigadora : Jessica Milagros Valles Vásquez.

Institución :

Declaración de la investigadora:

Le invito a participar en una investigación. El objetivo de este formulario de consentimiento es darle la información que necesitará para ayudarlo a decidir si participará o no en el estudio. Le pido que lea el formulario con atención, puede hacer preguntas acerca del propósito de la investigación, sobre lo que le pediré que haga durante el estudio, de los posibles riesgos y beneficios o cualquier otro detalle que no esté claro sobre la investigación o sobre este formulario.

Cuando todas sus preguntas hayan sido resueltas, puede decidir si quiere participar en el estudio o no. Este proceso se llama “consentimiento informado”. Se le entregará una copia de este formulario para su propio registro.

Propósito del estudio:

El objetivo de esta investigación es identificar la relación que existe entre la autoeficacia, los estadios de cambio y el riesgo de recaída en personas con adicciones que reciben tratamiento residencial en comunidades terapéuticas de Lima, el cual es desarrollado por la psicóloga Jessica Milagros Valles Vásquez, identificada con DNI N° 70341417 y con número de colegiatura C.Ps.P. 27764, como parte de su trabajo de investigación para obtener el grado de Maestra en Psicología Clínica y de la Salud en la Universidad Ricardo Palma.

Este estudio se plantea luego de observar el incremento de la tasa de recaídas en personas con problemas de consumo de sustancias que han llevado tratamiento psicológico o psiquiátrico en algún momento de su vida. La recaída se presenta cuando una persona no logra responder con estrategias de afrontamiento adecuadas para asegurar el mantenimiento de su abstinencia, de manera que amenaza su percepción de autoeficacia y, por tanto, aumenta la probabilidad de recaer. Es por ello que esta investigación servirá de beneficio para comprender cómo se relacionan la autoeficacia, los estadios de cambio y el riesgo de recaída dentro del tratamiento

residencial de manera que las instituciones podrán evaluar su plan de intervención y diseñar estrategias que permitan mejorar los programas de prevención y rehabilitación del consumo de drogas.

Procedimientos:

Si usted acepta participar en este estudio, el procedimiento a seguir será:

1. Completar de forma honesta una ficha en la cual se tomarán los datos sociodemográficos: edad, sexo, estado civil, nivel educativo, ocupación, así como los datos sobre la historia de consumo de drogas: droga de inicio, sustancias consumidas, droga problema, tiempo de consumo, tiempo de tratamiento y número de tratamientos previos.
2. Completar de forma honesta el Cuestionario de confianza en situaciones de riesgo para consumir drogas que consta de 50 preguntas, la Escala de evaluación del cambio que contiene 30 preguntas, y el Cuestionario de riesgo de recaída que consta de 28 preguntas. Para resolver estos cuestionarios deberá marcar con un aspa la alternativa que considere se aplique a su forma de actuar en la vida cotidiana. Resolver estos cuestionarios le tomará aproximadamente entre 30 y 40 minutos.

Riesgos:

No existe ningún riesgo al participar en esta investigación, sin embargo, algunas preguntas le pueden causar incomodidad, en ese caso, puede saltarse alguna pregunta o dejar de responder los cuestionarios en cualquier momento sin que ello lo perjudique de ninguna forma. En el caso de experimentar molestias relacionadas con el estudio al resolver las preguntas, puede contactar con la investigadora al correo jevallesv@gmail.com o al número telefónico 998560273.

Participación en el estudio:

La participación es voluntaria. Si decide no participar, no será penalizado. Si decide participar en la investigación, puede abandonarla en cualquier momento, aunque haya completado los cuestionarios.

Beneficios del estudio:

Luego de finalizar su participación en el presente estudio, usted se beneficiará con participación voluntaria en una sesión psicoeducativa grupal con duración de 60 minutos sobre prevención de recaídas en el consumo de drogas dirigida por la investigadora. La fecha y hora de ejecución de dicha sesión será coordinada con la institución a la que pertenece. Además, se espera que los resultados beneficien en el futuro a las personas e instituciones similares para que

implementen mejoras en sus estrategias de intervención para la prevención de las recaídas en adicciones.

Costos e incentivos:

No deberá pagar nada por participar en el estudio. De la misma manera, no recibirá ningún incentivo económico ni de otra índole, únicamente la satisfacción de colaborar con una mayor comprensión de la autoeficacia, los estadios de cambio y del riesgo de recaída.

Confidencialidad:

Su participación en el presente estudio será confidencial. La investigadora guardará su información con códigos y no con nombres. Toda la información que proporcione será confidencial y se usará solo con fines de investigación. No se le preguntará su nombre ni otros datos de identificación o de contacto. En cualquier publicación de los resultados de la investigación, los participantes no serán identificados por su nombre. Estos datos no serán solicitados, por lo tanto, no se establecerá ningún vínculo entre su identidad y las respuestas proporcionadas a la investigadora, por tanto, no se contempla el procesamiento o devolución de resultados a nivel individual.

Derechos del participante:

Es libre de negarse a participar y de retirarse del estudio en cualquier momento. En determinadas circunstancias, el investigador podrá retirar a los participantes si lo considera necesario para el participante o para el estudio.

Declaración del participante:

Me ha sido explicado el estudio. Me ofrezco como voluntario para participar en esta investigación. Si tengo preguntas más adelante o he sido perjudicado por este estudio, puedo contactar con la investigadora al teléfono 998560273 o al correo electrónico: jevallesv@gmail.com. He tenido la oportunidad de hacer preguntas. Si más adelante tengo preguntas sobre el estudio, puedo preguntar a la investigadora. Recibiré una copia de este formulario de consentimiento.

CONSENTIMIENTO:

Acepto voluntariamente participar en este estudio, comprendo el procedimiento y las actividades en las que participaré al decidir ingresar al estudio, también entiendo que puedo decidir no participar y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento.

Sí () No ()

Además, acepto que mi información pueda ser utilizada en futuros estudios propuestos por la investigadora y futuros miembros del equipo de investigación.

Sí () No ()

**Nombres y apellidos
Participante**

Fecha y hora

**Nombres y apellidos
Testigo (si el participante es
analfabeto)**

Fecha y hora

**Nombres y apellidos
Investigadora**

Fecha y hora

Anexo 9. Autorización para emplear la adaptación a la población peruana del Cuestionario de Confianza ante Situaciones de Consumo de Drogas (DTCQ)

Sobre autorización para uso del Cuestionario de Confianza en Situaciones de Riesgo para consumir drogas (DTCQ)    Recibidos x

Jessica Milagros Valles Vásquez mié, 2 dic 20:47 (hace 19 horas) ☆
Estimado Psic. José Miguel Saldarriaga Silva: Previo cordial saludo y esperando que se encuentre bien de salud en compañía de sus seres queridos, le escribo par

JOSE MIGUEL SALDARRIAGA SILVA 9:52 (hace 6 horas) ☆  
para mí ▾

Buenos días estimada Jessica:

De acuerdo a lo solicitado, confirmo la autorización para utilizar del Cuestionario de Confianza en Situaciones de Riesgo para consumir drogas (DTCQ), con la finalidad de ser utilizado con propósitos que aprotena la investigación científica a nivel psicológicos.

Atte.

-



**Programa Nacional de
Centros Juveniles
PRONACEJ**

JOSE MIGUEL SALDARRIAGA SILVA
DIRECTOR
CJDR-CHICLAYO



jsaldarriaga@pronacej.gob.pe



Carretera Pimentel Km 9 - Pimentel - Chiclayo

Anexo 10. Autorización para emplear la adaptación a la población peruana de la Escala de Evaluación del Cambio de la Universidad de Rhode Island – URICA.

Sobre autorización para uso de Escala de evaluación del cambio - URICA  Recibidos x   

Jessica Milagros Valles Vásquez

20:39 (hace 14 minutos) ☆

Estimado Dr. Miguel Vallejos: Previo cordial saludo y esperando que se encuentre bien de salud en compañía de sus seres queridos, le escribo para solicitar...

miguelvallejos@hotmail.com

20:53 (hace 0 minutos) ☆  

para mí ▾

Hola Jessica

Un gusto contribuir con tu investigación

De mi parte tienes el apoyo para usar el instrumento

Recordarte que nos soy el autor del instrumento, son los de la Universidad de Rhode Island, ingresa y encontrarás más información

Éxitos
