



Adicciones

ISSN: 0214-4840

secretaria@adicciones.es

Sociedad Científica Española de Estudios
sobre el Alcohol, el Alcoholismo y las otras
Toxicomanías
España

Chicharro Romero, Juan; Pedrero Pérez, Eduardo J.; Pérez López, María
Autoeficacia para resistirse al consumo de sustancias como predictora de resultados de tratamiento y
su relación con variables de personalidad: estudio de una muestra de adictos con el DTCQ, el VIP y el
MCMI-II

Adicciones, vol. 19, núm. 2, 2007, pp. 141-151

Sociedad Científica Española de Estudios sobre el Alcohol, el Alcoholismo y las otras Toxicomanías
Palma de Mallorca, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=289122037004>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Autoeficacia para resistirse al consumo de sustancias como predictora de resultados de tratamiento y su relación con variables de personalidad: estudio de una muestra de adictos con el DTCQ, el VIP y el MCMI-II

JUAN CHICHARRO ROMERO; EDUARDO J. PEDRERO PÉREZ; MARÍA PÉREZ LÓPEZ

Centro de Atención a Drogodependencias CAD-4-San Blas
Instituto de Adicciones de la Ciudad de Madrid (España)

Enviar correspondencia a:

Juan Chicharro Romero. Centro de Atención a Drogodependencias CAD-4-San Blas. Instituto de Adicciones de la Ciudad de Madrid.
C/ Alcalá, 527. 28027 MADRID. Tfno: 917434771. Fax: 917434775. Correo @: juanchicharro@yahoo.es

Recibido: Septiembre de 2006.

Aceptado: Marzo de 2007.

RESUMEN

La autoeficacia percibida para resistirse al consumo ante situaciones de estrés o presión social se ha estudiado a partir de la confección del Drug Taking Confidence Questionnaire (DTCQ; Annis y Martin, 1985). En general se estima que una mayor autoeficacia favorece la consecución de objetivos terapéuticos. Estudiamos la capacidad predictiva de este cuestionario administrado al inicio del tratamiento a una muestra de adictos a sustancias en relación al cumplimiento de objetivos. Realizamos un estudio psicométrico del instrumento y la relación que presenta con variables de personalidad estimadas a partir del MCMI-II y el VIP. Los datos sugieren: (1) que los 50 ítems del cuestionario pueden reducirse a 8 e incluso a 3 para alcanzar los mismos resultados, (2) que la autoeficacia al inicio del tratamiento sólo predice los resultados en el corto plazo, y (3) que la autoeficacia es una disposición que se explica a partir de la estructura de la personalidad. Los mejores resultados se obtienen a partir de puntuaciones de autoeficacia intermedia, mientras que puntuaciones muy bajas o muy altas predicen pobres resultados y presentan fuertes correlaciones con variables psicopatológicas.

Palabras clave: Autoeficacia, Afrontamiento, Personalidad, Evaluación, DTCQ, MCMI-II, Adicción, Tratamiento.

ABSTRACT

Perceived self-efficacy in being able to resist taking drugs when faced with situations of stress or social pressure was studied using the Drug Taking Confidence Questionnaire (DTCQ; Annis and Martin, 1985). In general, stronger self-efficacy is associated with the achievement of therapeutic objectives. We studied the predictive capacity of this questionnaire, administered at the beginning of treatment to a sample of substance-addicts in respect of compliance with objectives. We made a psychometric study of the instrument and its relationship with personality variables assessed with MCMI-II and VIP. Data suggest that: (1) 50 DTCQ items can be reduced to 8 and even to 3 in order to achieve the same results, (2) self-efficacy at the beginning of treatment only predicts outcomes in the short term, and (3) self-efficacy is a characteristic that is explained on the basis of personality structure. The best results are obtained from intermediate self-efficacy scores, whereas very low or very high scores predict poor outcome levels and display strong correlations with psychopathologic variables.

Key words: Self-efficacy, Coping, Personality, Assessment, DTCQ, MCMI-II, Addiction, Treatment.

INTRODUCCIÓN

La autoeficacia es un concepto central en la teoría del aprendizaje social de Bandura (1986), que la define como el "juicio personal sobre sus propias capacidades para organizar y ejecutar las líneas de conducta requeridas para obtener determinados

resultados" (p. 391). Se han identificado diversas fuentes de autoeficacia: (a) experiencias de destreza, que proporcionan evidencia palpable de habilidad personal; (b) experiencias vicarias, que establecen creencias personales que se derivan de la comparación de uno mismo con los otros; (c) persuasión verbal, que modula la formación de creencias a partir de los

comentarios hechos por otros; y (d) estados afectivos fisiológicos, que establecen la percepción personal de competencia o de su carencia (Bandura, 1997)

En el campo de las adicciones, el término autoeficacia se refiere a la expectativa del individuo de resistirse a la urgencia de consumir drogas en situaciones estresantes o de alto riesgo (Sklar, Annis y Turner, 1997). Según Marlatt y Gordon (1985), una elevada autoeficacia está fuertemente relacionada con estrategias de afrontamiento eficaces. Marlatt, Baer y Quigley (1995) han identificado 5 categorías de autoeficacia relacionada con las conductas adictivas: (a) autoeficacia de resistencia, capacidad percibida para resistir el contacto inicial con sustancias recreacionales (Belcher y Shinitzky, 1998; Herrmann y McWhirter, 1997); (b) autoeficacia de reducción de daños, capacidad percibida de reducir el consumo de sustancias habitual para prevenir los problemas derivados del abuso (Tatarsky, 1998); (c) autoeficacia de acción, capacidad percibida de cesar en el consumo de sustancias que se perciben como perjudiciales (Prochaska y Prochaska, 1993); (d) autoeficacia de afrontamiento, capacidad percibida para sobreponerse a situaciones de alto riesgo de consumo (Monti, Rohsenow, Michalec, Martin y Abrams, 1997); y (e) autoeficacia de recuperación, capacidad percibida de superar una "caída" (*lapse*) y recuperar nuevamente la abstinencia (Haaga y Stewart, 1992).

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

Recientemente algunos autores han criticado la vinculación que se propone en el modelo de Marlatt y Gordon entre la autoeficacia y las probabilidades de superar la adicción; según este modelo, una baja percepción de eficacia favorece la implicación de los adictos en el tratamiento y la consecución de una abstinencia prolongada, en la medida en que posibilita un posicionamiento más realista ante los riesgos de recaída que una elevada autoeficacia percibida que hace tender a una desestimación de los riesgos reales (Fiorentine y Hillhouse, 2003a; 2003b; 2004). También se ha propuesto que la autoeficacia es predecible a partir de los rasgos de la personalidad, de modo que a determinados rasgos corresponden determinadas atribuciones de eficacia, lo que resta a ésta relevancia informativa en favor de la estructura de la personalidad (Chicharro, 2005).

El Cuestionario de Autoconfianza para el Consumo de Drogas (*Drug-Taking Confidence Questionnaire*, DTCQ; Annis y Martín, 1985) fue desarrollado como instrumento de medida para evaluar la autoeficacia o confianza en uno mismo para resistir el deseo de consumir drogas en una serie de situaciones particulares "de riesgo" y, en tal medida, es considerado como una medida anticipatoria de la autoeficacia de afrontamiento, aunque también se pensó con el objetivo de monitorizar esa autoeficacia durante el curso de tratamiento (Llorente, Fernández y Vallejo, 2002).

El objetivo del presente trabajo es estudiar las propiedades psicométricas del DTCQ y estudiar sus relaciones con los patrones disfuncionales de personalidad, estimados a partir del MCMI-II, así como su relación con otras variables interaccionales, medidas por el VIP, y la capacidad predictiva de la autoeficacia percibida en relación a la consecución de objetivos del tratamiento rehabilitador en una muestra de adictos a sustancias.

MATERIAL Y MÉTODO

Participantes

Se obtiene una muestra de 116 sujetos que inician tratamiento por abuso/dependencia de heroína (15%), cocaína (43%), alcohol (34%) y cannabis (8%) en un centro público de tratamiento ambulatorio (CAD 4 San Blas, Instituto de Adicciones de la Ciudad de Madrid). Se trata de 90 varones (78.7%) y 26 mujeres (22%) entre 18 y 57 años (media 34.8; d.t. 9.0) que llevan entre 12.9 y 34 años (media 12.9; d.t. 8.3) consumiendo la droga principal, y que iniciaron su consumo a los 21.6 años como media (d.t. 7.6).

Instrumentos

El Cuestionario de Autoconfianza para el Consumo de Drogas (*Drug Taking Confidence Questionnaire*, DTCQ; Annis y Martin, 1985) es un autoinforme sobre la capacidad percibida para afrontar adecuadamente una serie de situaciones de alto riesgo y resistirse al consumo. Consta de 50 ítems que se agrupan en ocho dominios, basados en las ocho categorías de riesgo identificadas por el grupo de Marlatt (Marlatt y Gordon, 1980, 1985; Cummings, Gordon y Marlatt, 1980): emociones desagradables, malestar físico, emociones agradables, intentos de control, tentaciones/urgencias de consumo, confrontación con otros, presión social y momentos agradables con otros. Adicionalmente, el DTCQ proporciona una puntuación global de autoeficacia. Se puntúan entre 0 (nula confianza para resistirse al consumo) y 100 (certeza de resistirse al consumo), de modo que altas puntuaciones indican una atribución de elevada capacidad de controlar la conducta ante situaciones de riesgo de consumo. Contamos con una versión para consumidores de heroína validada en español (Llorente, 1997; Llorente, Fernández y Vallejo, 2002). Se ha propuesto una versión reducida a 8 de los 50 ítems del DTCQ que dan cuenta del 95% de la varianza y correlacionan 0.97 con el cuestionario completo (Sklar y Turner, 1999).

El Inventario Clínico Multiaxial de Millon-II (*Millon Clinical Multiaxial Inventory-II*, MCMI-II; Millon, 1999) es un cuestionario de 175 ítems, que se responden en una escala dicotómica verdadero/falso. Estima la puntuación en 10 escalas de trastornos de la personalidad de moderada gravedad y tres de severidad. Cuenta con escalas de validez, alteración, distorsión y sinceridad.

EL Cuestionario de Variables de Interacción Psicosocial (VIP; Pedrero, Pérez, de Ena y Garrido, 2005) es un cuestionario de 84 ítems, que se responde en una escala Likert de 4 opciones. Mide autoestima, autoeficacia general, optimismo, locus de control, habilidades sociales, autocontrol, afrontamiento centrado en la tarea, en la emoción y en la búsqueda de apoyo social.

El Proceso de Acogida y Valoración (PAV) es una entrevista semiestructurada estándar para todos los centros del Instituto de Adicciones, en la que se recogen variables sociodemográficas, variables relativas al consumo y un historial clínico completo. Tras su administración se puede determinar un diagnóstico DSM-IV de abuso o dependencia de sustancias. De esta entrevista se extraen variables como edad, sexo, droga principal, edad de inicio y tiempo de consumo.

Seguimiento clínico, registro de las actividades del equipo interdisciplinar en el que se recogen los avances y los objetivos alcanzados y pendientes de logro en el proyecto individualizado de tratamiento. De él

se extraen los niveles de consecución de logros a los 3, 6 y 9 meses de los sujetos que persisten en tratamiento. Estos objetivos son formulados al inicio del tratamiento, abarcando los ámbitos biomédico, psicológico, social y ocupacional, así como los relativos a la remisión del consumo; la puntuación adjudicada corresponde al porcentaje de objetivos propuestos que han sido alcanzados en el momento de la evaluación. A efectos del presente trabajo, asumimos como equivalentes los términos “cumplimiento de objetivos”, “nivel de evolución” y “resultados de tratamiento”, en la medida en que todos ellos hacen referencia a la variable propuesta.

Procedimiento

Los participantes cumplimentan, dentro de la batería general de pruebas de evaluación psicológica y psicopatológica, los cuestionarios DTCQ, MCMI-II y VIP, una vez se tiene certeza de que se encuentran libres de los efectos de las sustancias (intoxicación, abstinencia, etc.). En el presente trabajo se incluye únicamente a los sujetos que recibieron un diagnóstico de abuso/dependencia de la sustancia por la que solicitaban tratamiento, excluyendo a todos aquellos que lo presentaban a una sustancia distinta o que no alcanzaban criterios para establecer un diagnóstico cierto. Los participantes firman el consentimiento informado para la utilización anónima de los resultados. Una vez efectuada la corrección se desechan los cuestionarios incompletos o mal cumplimentados. A partir de los cuestionarios aceptados se plantea el desarrollo de un estudio de tipo descriptivo transversal y un estudio longitudinal de cohorte.

Análisis de datos

Utilizamos el paquete estadístico SPSS para Windows 10.0, mediante el cual estimamos medidas de fiabilidad, análisis factorial exploratorio (con rotación Promax, asumiendo la oblicuidad de las dimensiones estudiadas), análisis descriptivos y comparaciones de medias (con técnicas no paramétricas, dado lo reducido de algunos de los subgrupos), correlaciones bivariadas (no paramétricas, por el mismo motivo) y análisis de regresión lineal (en esta ocasión, con la muestra en su totalidad).

RESULTADOS

El DTCQ presenta una fiabilidad, medida por el coeficiente de Crombach, de 0.98. Todos los ítems correlacionan $r = 0.98$ con el test una vez excluidos de él. Un análisis factorial exploratorio nos informa

de la existencia de 8 componentes con autovalores superiores a 1.0 que explicarían el 74.7% de la varianza total, si bien la estructura resultante de una rotación Promax muestra una estructura en la que casi todos los ítems presentan fuertes correlaciones con muchos otros componentes además de aquel en el

que es máximo su peso factorial. Un análisis factorial de segundo orden proporciona un único componente que explica el 70.5% de la varianza en el que cargan todas las escalas (pesos factoriales entre 0.75 y 0.92), que, además, presentan fuertes correlaciones entre sí (tabla 1).

Tabla 1. Correlaciones r de Spearman entre las subescalas y la escala total del DTCQ. (N=116).

	EMOCIONES DESAGRADABLES	MALESTAR FÍSICO	EMOCIONES AGRADABLES	INTENTOS DE CONTROL	TENTACIONES / URGENCIAS DE CONSUMO	CONFRONTACIÓN CON OTROS	PRESIÓN SOCIAL	MOMENTOS AGRADABLES CON OTROS
TOTAL DTCQ	.91 **	.76 **	.71 **	.88 **	.94 **	.83 **	.85 **	.87 **
EMOCIONES DESAGRADABLES		.71 **	.60 **	.74 **	.83 **	.89 **	.69 **	.74 **
MALESTAR FÍSICO			.59 **	.57 **	.67 **	.71 **	.52 **	.64 **
EMOCIONES AGRADABLES				.52 **	.60 **	.63 **	.51 **	.69 **
INTENTOS DE CONTROL					.85 **	.62 **	.80 **	.71 **
TENTACIONES / URGENCIAS DE CONSUMO						.72 **	.82 **	.80 **
CONFRONTACIÓN CON OTROS							.57 **	.64 **
PRESIÓN SOCIAL								.77 **

** $p < 0.001$

Al explorar los 8 ítems que componen la versión reducida (ítems 12, 16, 18, 20, 25, 39, 41 y 43) propuesta por Sklar y Turner (1999) encontramos que presenta un α de Crombach de 0.89, y que correlaciona $r = 0.97$ con la versión completa. Es posible incluso encontrar una escala de sólo 3 ítems (11, 16 y 24) que presenta una fiabilidad similar ($\alpha = 0.89$) y correlaciona $r = 0.91$ con el DTCQ-50 y con el DTCQ-8.

Los sujetos se distribuyen casi por igual en todos los percentiles: 28% bajo el percentil 25 (autoeficacia muy baja), 20% entre el 25 y el 50 (baja), 24% entre el 50 y el 75 (alta) y 27% por encima del 75 (muy alta). Por drogas, los consumidores de cannabis son los que muestran mayor autoeficacia ($m = 79.5$; $d.t. = 6.1$) y los de cocaína los que menos ($m = 57.2$; $d.t. = 26.1$), quedando en posición intermedia los consumidores de heroína ($m = 74.0$; $d.t. = 18.9$) y los de alcohol ($m = 75.3$; $d.t. = 21.4$), siendo significativas las diferencias (prueba de Kruskal-Wallis, $p < 0.01$).

En la figura 1 se muestra la distribución de los sujetos de la muestra según el grado de cumpli-

miento de objetivos, a los 3, 6 y 9 meses. No hay significación en las diferencias según la droga conocida, aunque los datos apuntan a que los que mejor evolucionan son los consumidores de cannabis y los que peor los de alcohol.

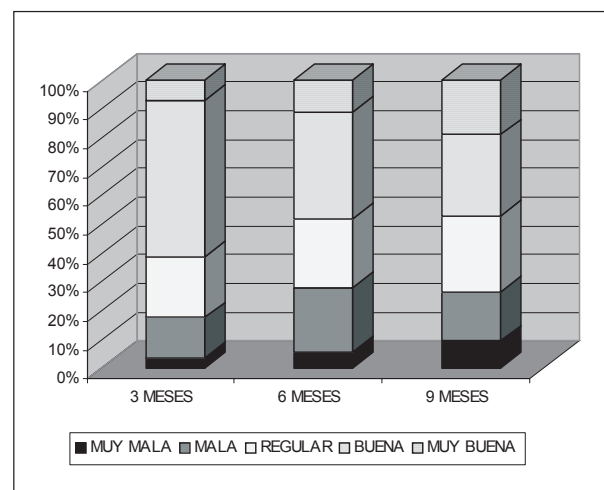


Figura 1. Grupos, según evolución, a los 3, 6 y 9 meses de tratamiento.

La puntuación obtenida en el DTCQ sólo presenta correlación significativa con la evolución a los tres meses (r de Spearman = 0.29; $p < 0.05$), pero no a los 6 meses ($r = 0.23$; $p = 0.08$) ni a los 9 meses ($r = 0.19$; $p = 0.14$). No hay relación significativa entre la puntuación del DTCQ y la edad, el tiempo de consumo o la edad de inicio, ni existen diferencias en relación al sexo, ni en la puntuación total ni en ninguna de las subescalas.

La Figura 2 muestra el porcentaje de sujetos que alcanzan las puntuaciones de corte establecidas por los autores, para presencia ($TB > 74$) y severidad ($TB > 84$) de trastornos de personalidad y síndromes clínicos en el MCMI-II. En la tabla 2 se presentan las correlaciones r de Spearman entre el DTCQ, en sus versiones de 50, 8 y 3 ítems, y las escalas de patrones de personalidad y de síndromes clínicos del MCMI-II. Puede observarse que las correlaciones presentan un patrón consistente de correlación con 9 de los 13 trastornos de personalidad explorados por el MCMI-II (todos menos esquizoide, dependiente, narcisista y paranoide). La relación siempre se muestra en dirección a una menor autoeficacia percibida a medida que aumenta la severidad del trastorno, salvo en el caso del patrón obsesivo/compulsivo, que opera en sentido contrario.

También se observa ese amplio patrón de correlaciones en los síndromes del Eje I, siempre en dirección a menor autoeficacia a mayor psicopatología.

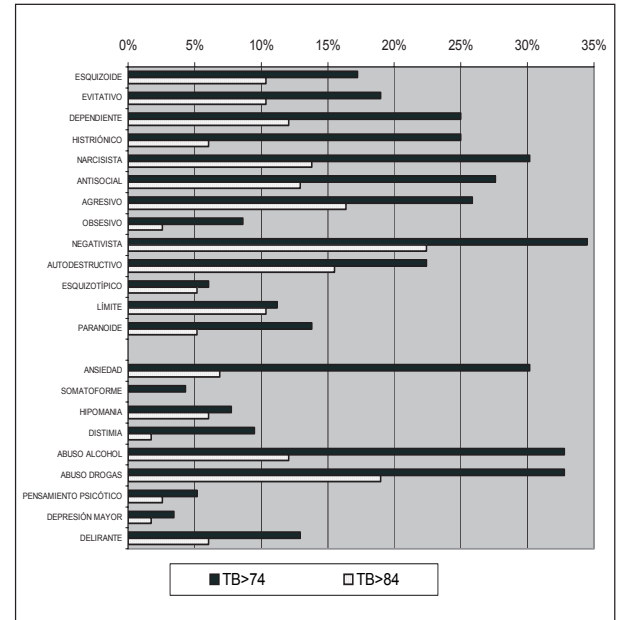


Figura 2. Porcentaje de sujetos que superan los puntos de corte de probable presencia ($TB > 74$) y severidad ($TB > 84$) de trastornos de personalidad y síndromes clínicos en las puntuaciones del MCMI-II (N=116).

Tabla 2. Correlaciones r de Spearman entre el DTCQ (versiones de 50, 8 y 3 ítems) y las escalas de patrones de personalidad y de síndromes clínicos del MCMI-II (N=116).

	ESQUIZOIDE	EVITATIVO	DEPENDIENTE	HISTRIONICO	NARCISISTA	ANTISOCIAL	AGRESIVO	OBSESIVO	NEGATIVISTA	AUTODESTRUCTIVO	ESQUIZOTIPICO	LIMITE	PARANOIDE
TOTAL DTCQ-50	-.04	-.37***	-.17	-.28**	-.15	-.34***	-.29**	.43***	-.45***	-.49***	-.36***	-.55***	-.04
TOTAL DTCQ-8	-.01	-.35***	-.13	-.27**	-.14	-.34***	-.26**	.42***	-.43***	-.45***	-.33***	-.51***	-.03
TOTAL DTCQ-3	-.07	-.37***	-.14	-.22*	-.06	-.30**	-.19*	.38***	-.38***	-.45***	-.32***	-.46***	.01
	ANSIEDAD	SOMATOFORME	HIPOMANIA	DISTIMIA	ABUSO DE ALCOHOL	ABUSO DE DROGAS	PENSAMIENTO PSICOTICO	DEPRESION MAYOR	TRASTORNO DELIRANTE				
TOTAL DTCQ-50	-.27**	-.36***	-.27**	-.21*	-.30**	-.42***	-.37***	-.38***	-.06				
TOTAL DTCQ-8	-.21*	-.31**	-.27**	-.21*	-.26**	-.37***	-.32***	-.33***	-.06				
TOTAL DTCQ-3	-.26**	-.33***	-.21*	-.28**	-.26**	-.30**	-.33***	-.36***	-.01				

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

En la tabla 3 se muestran las correlaciones aparecidas entre la puntuación obtenida en el DTCQ y en las escalas del Eje II del MCMI-II y la evolución de los sujetos en tratamiento a los tres, seis y nueve meses, así como a una medida global de la evolución. Puede observarse que la autoeficacia percibida, informada a través del DTCQ, mantiene una cierta relación con la evolución, con una moderada significación, en los primeros periodos del tratamiento, en tanto que, a

medida que este avanza, los patrones de personalidad disfuncional correlacionan más significativamente y con mayor magnitud del efecto. En la tabla 4 se muestra la capacidad predictiva de cada una de las variables por separado (R^2 corregida x 100), observándose que la autoeficacia predice moderadamente la evolución y que es, a su vez, fuertemente predecible a partir de varios patrones de personalidad.

Tabla 3. Correlaciones entre la puntuación obtenida en el DTCQ y en las escalas del Eje II del MCMI-II y la evolución de los sujetos en tratamiento a los tres, seis y nueve meses.

	EVOLUCIÓN TRAS			EVOLUCIÓN GENERAL (N=54)
	3 MESES (N=64)	6 MESES (N=62)	9 MESES (N=54)	
DTCQ	.29 *	.23	.19	.28*
ESQUIZOIDE	-.02	-.00	.01	-.07
EVITATIVO	-.18	-.20	-.10	-.29*
DEPENDIENTE	.11	-.11	-.10	-.09
HISTRIÓNICO	-.09	-.09	-.03	-.05
NARCISISTA	-.06	-.02	-.03	.00
ANTISOCIAL	-.25 *	-.10	-.05	-.15
AGRESIVO	-.22	-.12	-.16	-.20
OBSESIVO	.19	.15	.13	.20
NEGATIVISTA	-.21	-.21	-.21	-.32*
AUTODESTRUCTIVO	-.23	-.41**	-.27*	-.41**
ESQUIZOTÍPICO	-.19	-.22	-.21	-.38**
LÍMITE	-.21	-.35**	-.27*	-.41**
PARANOIDE	.01	.01	-.08	-.10

* $p < .05$; ** $p < .01$.

Tabla 4. Porcentaje de la varianza de la evolución en tratamiento y de la puntuación global del DTCQ explicado por cada una de las variables por separado. (R^2 corregida x 100).

	EVOLUCIÓN	TOTAL DTCQ
TOTAL DTCQ	8.3%	
Sexo	4.4%	-.4%
Edad	.2%	-.1%
Tiempo de consumo	-.8%	-.2%
Edad de inicio	-1.9%	-1.1%
ESQUIZOIDE	.6%	.1%
EVITATIVO	13.1%	12.7%
DEPENDIENTE	-1.1%	.1%
HISTRIÓNICO	-1.5%	3.8%
NARCISISTA	-1.7%	1.8%
ANTISOCIAL	1.1%	1.6%
AGRESIVO	1.7%	7.9%
OBSESIVO	5.9%	16.6%
NEGATIVISTA	7.4%	2.2%
AUTODESTRUCTIVO	16.2%	23.3%
ESQUIZOTÍPICO	15.9%	12.7%
LÍMITE	13.2%	29.4%
PARANOIDE	-.9%	-.5%

En la Figura 3 se muestra la relación entre la autoeficacia percibida al inicio del tratamiento y los resultados obtenidos, tanto entre la muestra en su totalidad (N=116) como considerando únicamente a aquellos que persistían en el proceso a los 9 meses. Se observa que la autoeficacia muestra una distribución en U invertida, de modo

que los mejores resultados se obtienen de aquellos que iniciaron el proceso de rehabilitación con moderadas estimaciones de autoeficacia, mientras que tanto los que declararon muy baja autoeficacia como los que la sobreestimaron es más probable que obtengan malos resultados.

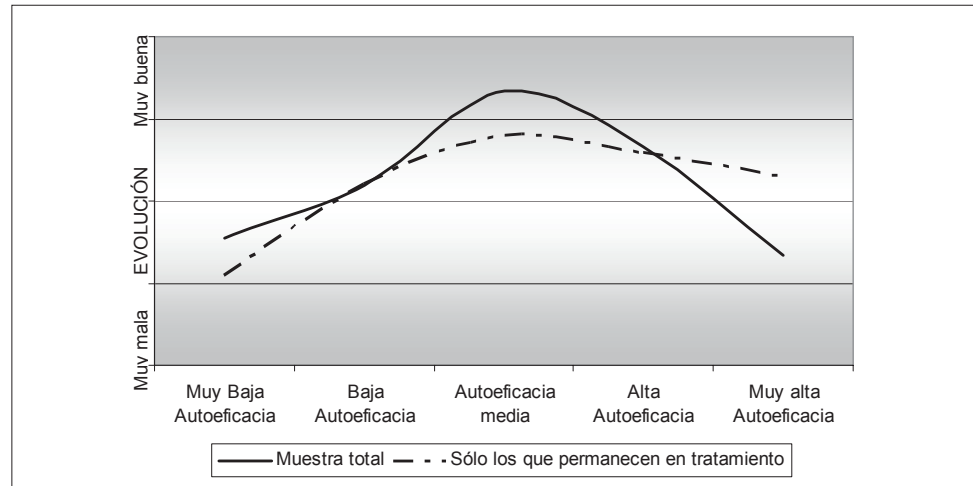


Figura 3. Relación entre la autoeficacia percibida al principio del tratamiento y los resultados de éste.

Finalmente, en la tabla 5 se hacen constar las correlaciones entre las escalas del DTCQ y su puntuación total y las escalas del VIP. Puede apreciarse que, contra lo que cabría suponer, las principales correlaciones no se establecen con la

autoeficacia general y el afrontamiento centrado en la tarea, sino con la autoestima, el autocontrol y el locus de control interno, en positivo, y con el afrontamiento emocional, en negativo.

Tabla 5. Correlaciones r de Spearman entre las escalas del DTCQ y su puntuación total y las escalas del VIP (N=42).

	TOTAL DTCQ	EMOCIONES DESAGRADABLES	MALESTAR FÍSICO	EMOCIONES AGRADABLES	INTENTOS DE CONTROL	TENTACIONES / URGENCIAS DE CONSUMO	CONFRONTACIÓN CON OTROS	PRESIÓN SOCIAL	MOMENTOS AGRADABLES CON OTROS
AUTOESTIMA	.46 **	.55 ***	.45 **	.14	.28	.49 **	.46 **	.41 **	.29
AUTOEFICACIA	.29	.30	.01	-.01	.31 *	.28	.23	.48 **	.38 *
OPTIMISMO	.23	.29	.26	.14	.05	.24	.29	.25	.17
INTERNALIDAD	.36 *	.42 **	.32 *	.42 **	.16	.31 *	.34 *	.27	.37 *
HABILIDADES SOCIALES	-.00	.11	.00	-.05	-.07	-.01	.06	.04	-.07
AUTOCONTROL	.41 **	.51 **	.37 *	.28	.21	.43 **	.40 **	.38 *	.42 **
AFRONTAMIENTO DE TAREA	.19	.17	.10	-.01	.20	.22	.17	.37 *	.29
AFRONTAMIENTO EMOCIONAL	-.33 *	-.45 **	-.37 *	-.12	-.16	-.39 *	-.36 *	-.29	-.23
AFRONTAMIENTO BÚSQ. APOYO SOCIAL	-.02	.09	-.12	.01	-.01	-.02	.09	-.01	-.09

* p<.05; ** p<.01; *** p<.001.

DISCUSIÓN

Hemos estudiado la autoeficacia percibida para resistirse al consumo de sustancias en una muestra de sujetos que inician tratamiento para superar su adicción. Las dos principales ventajas que esta medición nos debería proporcionar son: (a) que la magnitud de la autoeficacia pudiera predecir de algún modo los resultados del proceso que se inicia; (b) que el sujeto nos informara de aquellas circunstancias en las cuales perciba menos autoeficacia para evitar el consumo, y que podrían ser las dianas del tratamiento. Ninguna de las dos parece que pueda deducirse de los datos obtenidos en el presente estudio.

El DTCQ parece ser un instrumento con una excelente consistencia interna, pero, principalmente, porque todos los ítems y todas las subescalas parecen medir un mismo constructo unidimensional, algo ya evidenciado en trabajos precedentes (Llorente et al., 2002). La autoeficacia percibida no parece mostrar relación con los diferentes escenarios o situaciones en las que debe ponerse a prueba, sino que parece más bien una estimación unitaria basada en características disposicionales que miden una estimación global de capacidad de resistencia. Todos los ítems correlacionan 0.98 con el test del que han sido excluidos y todas las subescalas se agrupan, tras un análisis factorial de segundo orden, en un único componente. Además, si se extrae una escala de sólo 8 ítems prácticamente se conservan la totalidad de las propiedades psicométricas de la escala completa, y se resienten muy poco si se utilizan sólo 3 de los ítems de la escala global. Es decir, 50 ítems miden prácticamente lo mismo que 3 ítems, lo que sugiere lo innecesario de utilizar la batería al completo.

El hecho de que todos los ítems parezcan medir lo mismo y la fuerte correlación que presentan entre sí todas las subescalas del test impide obtener el segundo de los beneficios esperados. Conocer en qué circunstancias el sujeto tiene más problemas para rechazar el consumo nos informaría de forma indirecta sobre los objetivos que persigue con ese consumo. Por ejemplo, saber que ante situaciones que desencadenaran emociones desagradables el sujeto difícilmente eludiría el consumo nos informaría de su carencia de estrategias para reducir el malestar emocional e, indirectamente, de la capacidad atribuida a la droga para conseguir lo que no puede evitar por otros medios. Nos informaría, en definitiva de “para qué” consume y, en último término, de la función que cumple la droga con relación a su patrón de personalidad

general (Pedrero et al., 2005). Sin embargo, en las condiciones psicométricas observadas, tal discriminación no es posible.

En cuanto al primero de los beneficios esperables del DTCQ, tampoco parece que sus puntuaciones sean buenos predictores de resultados. Más bien, las puntuaciones extremas parecerían informar de la posible existencia de trastornos en los ejes I y II, a tenor de las correlaciones observadas con el MCMI-II. Los datos apuntan a que la mayor parte de las escalas de trastornos de la personalidad se corresponden con bajas puntuaciones de autoeficacia, salvo el trastorno obsesivo/compulsivo de la personalidad que se corresponde con muy elevadas puntuaciones en el DTCQ. La mayor parte de los síndromes clínicos, estimados mediante el MCMI-II, también se corresponden con muy baja autoatribución de eficacia, algo que también se ha encontrado cuando se utilizan otros instrumentos como el SCL-90-R (Llorente et al. 2002). Los datos sugieren que la valoración de la propia eficacia en los momentos iniciales del tratamiento se encuentra mediatizada por un estado anímico dominado por el malestar, a la postre el desencadenante de la petición de ayuda profesional (Pedrero Pérez y López-Durán, 2005), que condiciona una estimación a la baja de la capacidad de resistirse al consumo: en esta medida, la autoeficacia se comportaría como una variable de estado.

Sin embargo, parece que la autoeficacia se corresponde en un primer periodo del tratamiento con sus resultados, pero, a medida que éste avanza, son los patrones de personalidad los que muestran más relación con el cumplimiento de objetivos y los que muestran, a la postre, una mayor capacidad predictiva. De hecho, también los resultados en el DTCQ se pueden predecir, en buena medida, a partir de los patrones de personalidad, lo que vendría a reafirmar la idea de que la autoatribución de eficacia para resistirse al consumo está fuertemente determinada por disposiciones evaluativas más que por una estimación situacional de las probabilidades de éxito o fracaso, al menos en los periodos iniciales del tratamiento. En definitiva, lo que debiera ser una variable de estado (autoeficacia percibida para resistirse al consumo) parece resultar más próxima a comportarse como una variable de rasgo, la autoatribución general de autoeficacia, relacionada, en último término, con la configuración global de rasgos que componen la estructura de personalidad de los sujetos.

A tenor de los datos, la autoeficacia parece presentar una relación en U invertida con los resultados del tratamiento: los niveles intermedios de autoeficacia predicen mejores resultados, en tanto que una muy

baja autoeficacia y una autoeficacia excesiva predicen pobres resultados. Estos resultados concuerdan con lo propuesto por Fiorentine y Hillhouse (2003a, b; 2004) que proponen un modelo (*Self-Addicted Model*) en el que una baja autoeficacia no es necesariamente predictiva de malos resultados, en la medida en que se basa en una evaluación más realista de recursos de afrontamiento y favorece una mayor implicación en el tratamiento y en el mantenimiento de abstinencia completa. Según nuestros datos, también podría deberse a que los niveles intermedios de autoeficacia se relacionan con patrones menos disfuncionales de personalidad o con los menos disfuncionales de entre sus trastornos, lo que favorecería menos sesgos evaluativos y un mayor apego a las condiciones reales en que deben desarrollarse los esfuerzos para no consumir. La autoeficacia percibida está modulada por rasgos de personalidad como control de emociones, cooperatividad, perseverancia y apertura a la cultura (Chicharro, 2005).

Cuando buscamos la relación entre la autoeficacia percibida para resistirse al consumo y otras variables de interacción, encontramos, sorpresivamente, que no muestra relación ni con la autoeficacia general ni con el afrontamiento centrado en la tarea, que deberían ser, teóricamente, las variables amplias en las que se acomodara la estudiada. Se relaciona fuertemente con autoestima, lo que viene a suponer más bien una estimación de intenciones que una estimación de posibilidades reales de afrontar con éxito los riesgos. Demmel y Beck (2004) sugerían que un sobredimensionamiento de las capacidades de resistencia al consumo podría ser una estrategia para incrementar la autoestima de cara a afrontar el proceso de rehabilitación. Nuestra muestra es muy pequeña para formular una ecuación estructural que determinara la relación causal entre ambas variables, pero parecen covariar fuertemente. Una autoestima exagerada podría sobrevalorar las propias capacidades, como una sobrevaloración de las propias capacidades podría reforzar la autoestima. Sin embargo, no existe relación significativa con la autoeficacia general, sino principalmente con una autoatribución interna de control y con una capacidad de controlar la propia conducta y no verse ante estímulos emocionales. Por una parte, la autoeficacia frente al riesgo de consumo está teóricamente asociada a un determinado estilo atributivo sobre la abstinencia y la recaída, de modo que se considera que las expectativas de autoeficacia serán mayores en los sujetos que consideren que la abstinencia se debe a causas internas y estables y que su mantenimiento se encuentra bajo control interno (Llorente et al., 2002), lo que se confirma por los datos del presente estudio. Por otra parte, la autoatribución de eficacia parece relacionarse con una concepción del afrontamiento que Hobfoll ha denominado “el

individuo contra los elementos” (Monnier, Hobfoll, Dunahoo, Hulsizer y Jonson, 1998), de modo que se desestiman todos los elementos sociales y relacionales que pueden ponerse en juego en una situación de riesgo o en su prevención.

En conclusión, podemos considerar que la utilización del DTCQ en las fases iniciales de un proceso de rehabilitación ofrece pocas ventajas desde una perspectiva nomotética. No parece predecir los resultados del tratamiento ni ofrecer información relevante sobre las características del sujeto que efectúa la autoevaluación, salvo acaso su mayor o menor nivel de psicopatología. La autoatribución de eficacia para resistirse al consumo parece fuertemente determinada por disposiciones personales, rasgos o patrones de personalidad, cuya evaluación parece evidentemente más fructífera de cara a la formulación de objetivos terapéuticos, farmacológicos, psicológicos y educativos. Sin embargo, nuestros datos no descartan la posibilidad de que el DTCQ sea un instrumento útil en la relación terapeuta-paciente, en la medida en que informen personalmente de las dificultades que el paciente va encontrando a medida que avanza el tratamiento e incluso de los cambios que vayan produciéndose a consecuencia de éste. Quizá en este caso proceda el uso de un cuestionario completo de 50 ítems, en la medida en que amplía las situaciones objeto de trabajo y proporciona una jerarquía individualizada de situaciones de riesgo percibido, pero en ningún caso se justifica su uso como medida general y su estudio desde la perspectiva nomotética, dado que los 50 ítems pueden reducirse a 8 e incluso a 3 para obtener el mismo volumen y calidad de información.

REFERENCIAS

- Annis, H.M. y Martin, G. (1985). *Drug-Taking Confidence Questionnaire*. Toronto: Addiction Research Foundation.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: a social cognitive theory*. Prentice-Hall: Englewood Cliffs.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. Nueva York: Freeman.
- Belcher, H. M. y Shinitzky, H. E. (1998). Substance abuse in children: Prediction, protection, and prevention. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 152, 952-960.
- Chicharro, J. (2005). Variables indicadoras del tratamiento y evolución en pacientes drogodependientes. Su relación con rasgos de personalidad. *Psicología.com*, 9. Disponible en URL [consultado 05/08/2006]: <http://www.psiquiatria.com/psicologia/revista/150/>.
- Cummings, C., Gordon, J.R. y Marlatt, G.A. (1980). Relapse: prevention and prediction. En W.R. Miller (ed.), *The*

addictive behaviors: treatment of alcoholism, drug abuse, smoking and obesity. Oxford: England Pergamon.

Demmel, R., Beck, B. y Lammers, A. (2003). Prediction of treatment outcome in a clinical sample of problem drinkers. *German Medical Science*, 1, Doc06. Disponible en URL [consultado 05/08/2006]: <http://www.egms.de/en/gms/volume1.shtml>.

Demmel, R. y Beck, B. (2004). Anticipated outcome of short-term treatment for alcohol dependence: self-efficacy ratings and beliefs about the success of others. *Addictive Disorders & Their Treatment*, 3, 77-82.

Demmel, R. y Rist, F. (2005). Prediction of treatment outcome in a clinical sample of problem drinkers: self-efficacy and coping style. *Addictive Disorders & Their Treatment* 4, 5-10.

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

Fiorentine, R. y Hillhouse, M.P. (2003a). When low self-efficacy is efficacious: toward an addicted-self model of cessation of alcohol- and drug-dependent behaviour. *American Journal on Addictions*, 12, 346-364.

Fiorentine, R. y Hillhouse, M.P. (2003b). Replicating the Addicted-Self Model of recovery. *Addictive Behaviors*, 28, 1063-1080.

Fiorentine, R. y Hillhouse, M.P. (2004). The addicted-self model of addictive behaviour cessation: does it predict recovery for gender, ethnic, age and drug preference populations? *American Journal on Addictions*, 13, 268-280.

Goldbeck, R., Myatt, P. y Aitchison, T. (1997). End-of-treatment self-efficacy: a predictor of abstinence. *Addiction*, 92, 313-324.

Haaga, D.A.F. y Stewart, B.L. (1992). Self-efficacy for recovery from a lapse after smoking cessation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 24-28.

Herrmann, D. S. y McWhirter, J. J. (1997). Refusal and resistance skills for children and adolescents: A selected review. *Journal of Counseling & Development*, 75, 177-187.

Ito, J.R., Donovan, D.M. y Hall, J.J. (1988). Relapse prevention in alcohol aftercare: effects on drinking outcome, change process, and aftercare attendance. *British Journal of Addiction*, 83, 171-81.

Llorente, J.M. (1997). Validación del DTCQ-H en población española. Tesis Doctoral no publicada. UNED.

Llorente, J.M., Fernández, C. Y Vallejo, M.A. (2002). Validación del Cuestionario de Confianza ante Situaciones de Riesgo de Consumo de Drogas-Heroína (DTCQ-H) en población española. En I. Iraurgi y F. González (eds.), *Instrumentos de Evaluación en Drogodependencias*. Barcelona: Aula Médica.

Marlatt, A.A., Baer, J.S. y Quigley, A.A. (1995). Self-efficacy and Addictive Behavior. En A. Bandura (Ed.), *Self-efficacy in Changing Societies* (pp. 289-316). Nueva York: Cambridge University Press.

Marlatt, G.A. y Gordon, J.R. (1980). Determinants of relapse. En P.O. Davidson y S.M. Davidson (eds.), *Behavioral Medicine: changing health life styles*. Nueva York: Brunnel-Mazel.

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

Mckay, J.R., Merikle, E., Mulvaney, F.D., Weiss, R.V. y Koppenhaver, J.M. (2001). Factors accounting for cocaine use two years following initiation of continuing care. *Addiction*, 96, 213-225.

Millon, T. (1999). *MCMI-II. Inventario clínico multiaxial de Millon-II. Manual*. Adaptación española de A. Ávila-Espada (Dir.), F. Jiménez Gómez (Coord.) y cols. Madrid: TEA.

Monnier, J., Hobfoll, S.E., Dunahoo, C.L., Hulsizer, M.R. y Jonson, R. (1998). There's more than rugged individualism in coping. Part 2: Construct validity and further model testing. *Anxiety, Stress, and Coping*, 11, 247-272.

Monti, P.M., Rohsenow, D.J., Michalec, E., Martin, R.A. y Abrams, D.B. (1997). Brief coping skills treatment for cocaine abuse: Substance use outcomes at 3 months. *Addiction*, 92, 1717-1728.

Pedrero y López-Durán, A. (2005). Autoinformes de sintomatología depresiva en drogodependientes: nivel de coincidencia del BDI, SCL-90-R y MCMI-II. ¿Depresión o malestar inespecífico? *Adicciones*, 17, 215-230.

Pedrero, E.J., Pérez, M, de Ena, S. y Garrido, C. (2005). Validación del Cuestionario de Variables de Interacción Psicosocial (VIP): hacia un modelo de tratamiento de las conductas adictivas "guiado por la personalidad". *Trastornos Adictivos*, 7, 166-184.

Prochaska, J.O. y Prochaska, J.M. (1993). Modelo transteórico de cambio para conductas adictivas. En: M. Casas y M. Gossop (Coord.): *Recaída y prevención de recaídas*. Barcelona: CITRAN.

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

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

Sayre, P.L., Schmitz, J.M., Stotts, A.L., Averill, P.M. y Rhoades, H.M. (2002). Determining predictors of attrition in an

- outpatient substance abuse program. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 28, 55-72.
- Sklar, S.M., Annis, H.M. y Turner, N.E. (1997). Development and validation of the Drug-Taking Confidence Questionnaire: a measure of coping self-efficacy. *Addictive Behaviors*, 22, 655-670.
- Sklar, S.M. y Turner, N.E. (1999). A brief measure for the assessment of coping self-efficacy among alcohol and other drug users. *Addiction*, 94, 723-729.
- Tatarsky, A. (1998). An integrative approach to harm reduction psychotherapy: A case of problem drinking secondary to depression. *In Session: Psychotherapy in Practice*, 4, 9-24.
- Whittinghill, D., Whittinghill, L.R. y Loesch, L.C. (2000). The benefits of a self-efficacy approach to substance abuse counseling in the era of managed care. *Journal of Addictions & Offender Counseling*, 20, 64-74.

