



**UNIVERSIDAD DE CUENCA**  
**Facultad de Psicología**  
**Carrera de Psicología Clínica**

**Autoeficacia en pacientes drogodependientes internados en centros de rehabilitación  
de los cantones Paute y Déleg durante el periodo marzo-julio 2020**

Trabajo de titulación previo a la obtención del  
Título de Psicóloga Clínica

**Autoras:**

Wendy Lizbeth Michay Valarezo

CI: 1105377061

Correo: wendy.kalela1997@gmail.com

Jhoana Jenmina Pillaga Cuesta

CI: 0106653520

Correo: pillagajhoa@gmail.com

**Directora:**

Mgt. Sandra Eugenia Lima Castro

CI: 0703976274

**Cuenca – Ecuador**

**05-marzo-2021**



## Resumen

El consumo de sustancias es considerado una problemática mundial debido a las consecuencias y repercusiones que genera tanto para los consumidores como para la sociedad; dicha conducta de consumo se encuentra mediada por distintas variables que contribuyen a su inicio, mantenimiento, cese y abstinencia, siendo una de ellas, la autoeficacia, concebida como la percepción de confianza personal para superar eventos estresantes o de riesgo a lo largo de la vida. Es por ello que, la presente investigación tiene como objetivo determinar la relación entre los niveles de autoeficacia y las variables sociodemográficas de pacientes drogodependientes internados en centros de rehabilitación de los cantones Paute y Déleg. La investigación tiene un enfoque cuantitativo, de tipo no experimental con corte transversal y un alcance correlacional. La población estuvo conformada por 50 pacientes de sexo masculino internados en los centros de rehabilitación mencionados, cuyas edades oscilaron entre 18 y 65 años. Los instrumentos utilizados fueron una ficha sociodemográfica y la escala de Autoeficacia general validada para su uso en el contexto ecuatoriano. Para el análisis descriptivo de los datos se utilizaron medidas de tendencia central, mientras que, para el estudio correlacional se usaron pruebas estadísticas paramétricas y no paramétricas. Los resultados indican que ciertas características sociodemográficas como la edad (encontrarse en un rango de 36 a 65 años), presentar una relación de pareja (compromiso), ingresos mensuales altos y un mejor nivel académico, inciden en los niveles de autoeficacia, conjuntamente con variables relacionadas con el consumo y el número de recaídas en la población.

**Palabras claves:** Autoeficacia. Drogodependencia. Rehabilitación. Consumo. Recaída.



## Abstract

Substance use is considered a problem worldwide due to the consequences and repercussions it generates for both consumers and society; in turn, said consumption behavior is mediated by different variables that contribute to its initiation, maintenance, cessation and abstinence, one of them being self-efficacy, conceived as the perception of personal confidence to overcome various stressful or risk events to throughout life. That is why the present research aims to determine the relationship between the levels of self-efficacy and the sociodemographic variables of drug-dependent patients admitted to rehabilitation centers in the cantons of Paute and Deleg. The research has a quantitative approach, of a non-experimental type with a cross section and a correlational scope. The population consisted of 50 male patients admitted to the mentioned rehabilitation centers, whose ages ranged from 18 to 65 years. The instruments used were a sociodemographic record and the validated general Self-efficacy scale for use in the Ecuadorian context. For the descriptive analysis of the data measures of central tendency were used, while parametric and non-parametric statistical tests were used for the correlational study. The results indicate that certain sociodemographic characteristics such as age (being in a range of 36 to 65 years), having a relationship (commitment), high monthly income and a better academic level, influence the levels of self-efficacy, together with variables related to consumption, such as the number of relapses in the population.

**Keywords:** Self-efficacy. Drug dependence. Rehabilitation. Consumption. Relapse.



## Índice de contenidos

<b>Contenido</b>	<b>Páginas</b>
Resumen.....	2
Abstract.....	3
Fundamentación teórica.....	10
<b>Enfoque, tipo y alcance de investigación</b> .....	18
<b>Participantes</b> .....	18
<b>Instrumentos</b> .....	19
<b>Procedimiento de investigación</b> .....	20
<b>Aspectos éticos</b> .....	21
Resultados.....	22
<b>Niveles de autoeficacia en pacientes drogodependientes internados en centros de rehabilitación de los cantones Paute y Déleg</b> .....	22
<b>Niveles de autoeficacia en función de las variables sociodemográficas</b> .....	23
Niveles de autoeficacia en función de la edad. ....	23
Niveles de autoeficacia en función del estado civil.....	24
Niveles de autoeficacia en función de la etnia de la población. ....	25
Niveles de autoeficacia en función de los ingresos económicos mensuales de la población .....	25
Niveles de autoeficacia en función del rango de estudios alcanzados .....	26
Niveles de autoeficacia en función del lugar de residencia de la población .....	27
Al analizar los niveles de autoeficacia en función del lugar de residencia de la población .....	27
<b>Niveles de autoeficacia en función de las variables relacionadas al consumo de sustancias en los centros de rehabilitación de Paute y Déleg</b> .....	28
Niveles de autoeficacia en función de la frecuencia del consumo de sustancias .....	28
Niveles de autoeficacia en función del número de internamientos previos.....	29
Niveles de autoeficacia en función del número de recaídas de la población .....	31
Niveles de autoeficacia en función del número de tratamientos terminados satisfactoriamente .....	32
Conclusiones .....	34
Recomendaciones.....	35
Referencias bibliográficas.....	36
Anexos .....	41

## Índice de Tablas

<b>Contenido</b>	<b>Páginas</b>
Tabla 1 Características de los participantes.....	19
Tabla 2 Estadísticos descriptivos de autoeficacia.....	23
Tabla 3 Niveles de autoeficacia en función de la edad .....	23



Tabla 4 Niveles de autoeficacia en función del estado civil.....	24
Tabla 5 Niveles de autoeficacia en función de la etnia de la población .....	25
Tabla 6 Niveles de autoeficacia en función de los ingresos económicos mensuales de la población .....	26
Tabla 7 Niveles de autoeficacia en función del rango de estudios alcanzado .....	27
Tabla 8 Niveles de autoeficacia según el lugar de residencia de la población .....	28
Tabla 9 Niveles de autoeficacia en función de la frecuencia en el consumo de sustancias .....	29
Tabla 10 Niveles de autoeficacia en función del número de internamientos previos de la población .....	30
Tabla 11 Niveles de autoeficacia en función del número de recaídas de la población .....	31
Tabla 12 Niveles de autoeficacia en función del número de tratamientos previos terminados satisfactoriamente .....	33

### Índice de Ilustraciones

<b>Contenido</b>	<b>Páginas</b>
<b>Ilustración 1.</b> Media de la escala de Autoeficacia, según el estado civil .....	24
<b>Ilustración 2.</b> Media de la escala de Autoeficacia, según nivel de ingresos .....	26
<b>Ilustración 3.</b> Media de la escala de Autoeficacia, según número de ingresos .....	30
<b>Ilustración 4.</b> Niveles de autoeficacia según el número de recaídas .....	32



### **Cláusula de licencia y autorización para publicación en el Repositorio Institucional**

Yo, Wendy Lizbeth Michay Valarezo, en calidad de autora y titular de los derechos morales y patrimoniales del trabajo de titulación “Autoeficacia en pacientes drogodependientes internados en centros de rehabilitación de los cantones Paute y Déleg durante el periodo marzo-julio 2020” de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN, reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Asimismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de este trabajo de titulación en el repositorio institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 05 de marzo de 2021

---

Wendy Lizbeth Michay Valarezo

C.I. 1105377061



### **Cláusula de licencia y autorización para publicación en el Repositorio Institucional**

Yo, Jhoana Jenmina Pillaga Cuesta, en calidad de autora y titular de los derechos morales y patrimoniales del trabajo de titulación “Autoeficacia en pacientes drogodependientes internados en centros de rehabilitación de los cantones Paute y Déleg durante el periodo marzo-julio 2020” de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN, reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Asimismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de este trabajo de titulación en el repositorio institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 05 de marzo de 2021

---

Jhoana Jenmina Pillaga Cuesta

C.I. 0106653520



### Cláusula de Propiedad Intelectual

Yo, Wendy Lizbeth Michay Valarezo, autora del trabajo de titulación “Autoeficacia en pacientes drogodependientes internados en centros de rehabilitación de los cantones Paute y Déleg durante el periodo marzo-julio 2020” certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 05 de marzo de 2021

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Wendy Lizbeth Michay Valarezo'.

---

Wendy Lizbeth Michay Valarezo

C.I. 1105377061



### Cláusula de Propiedad Intelectual

Yo, Jhoana Jenmina Pillaga Cuesta, autora del trabajo de titulación “Autoeficacia en pacientes drogodependientes internados en centros de rehabilitación de los cantones Paute y Déleg durante el periodo marzo-julio 2020” certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 05 de marzo de 2021

A handwritten signature in blue ink that reads "Jhoana Jenmina Pillaga Cuesta" with a period at the end.

---

Jhoana Jenmina Pillaga Cuesta

C.I. 0106653520



## Fundamentación teórica

A lo largo de las últimas décadas, el consumo de sustancias se ha convertido en una problemática a nivel mundial, debido al impacto económico y social que genera tanto en la calidad de vida de las personas consumidoras, sus familias y la población en general (Marín, Benjet, Borges, Hernández, Alvarado, Ayala y Medina, 2013). Se estima que, durante el año 2017, alrededor de 271 millones de personas de entre 15 a 64 años de edad, han consumido algún tipo de droga ilícita, siendo el cannabis, la principal sustancia de uso y abuso a escala global, seguido por el alcohol, los opioides y la cocaína; de los cuales, aproximadamente 35,3 millones de personas padecen ya trastornos derivados del consumo de sustancias (Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito [UNODC], 2019).

En Europa, más de 92 millones de personas han consumido drogas por alguna ocasión, siendo el cannabis la principal sustancia utilizada como experiencia de consumo, con un índice de prevalencia de 7,4 % (24,7 millones de personas) (Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías [EMCDDA], 2018). Situación similar se evidencia en el continente americano, en donde la prevalencia de consumo de esta sustancia oscila entre el 0,5 % y el 16 % de la población (Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas [CICAD], Organización de los Estados Americanos [OEA], 2019); mientras que, en relación al alcohol, este continente presenta el segundo consumo más alto per cápita después de los países europeos (World Health Organization [WHO], 2014); lo cual repercute en el incremento de la incidencia de trastornos relacionados con el consumo de sustancias, los cuales se presentan en una población aproximada de 4,4 millones de hombres y 1,2 millones de mujeres de América Latina y el Caribe (Organización Panamericana de la Salud, 2009).

De la misma manera, en países sudamericanos como Colombia, el índice de trastornos relacionados con el consumo de sustancias es cada vez mayor, encontrándose en 1,4 % y 0,1 % de abuso y dependencia de sustancias como el cannabis; 0,8 % y 1,7 % de abuso y dependencia de alcohol; y 0,3 % y 0,1 % de abuso y dependencia de cocaína (Castaño, Sierra, Sánchez, Torres, Salas, y Buitrago, 2018).

En el Ecuador, la situación también es muy preocupante, según la Encuesta de Condiciones de Vida desarrollada durante los años 2013 y 2014, se estima que aproximadamente el 6 % de la población ecuatoriana ha consumido alcohol, lo cual coloca a



este país en el segundo lugar de América Latina con mayor consumo de bebidas alcohólicas, además de presentar altas tasas de drogodependencia y un consumo de alto riesgo (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos [INEC], 2015).

Por otro lado, desde el enfoque biológico, se establece que, cuando una persona consume una droga, en ella se produce una activación general de su sistema de recompensa cerebral, que conlleva a la búsqueda en mayor medida al consumo de dicha sustancia para experimentar placer y satisfacción a partir de un comportamiento desadaptativo (American Psychiatric Association [APA], 2002). De esta manera, los efectos gratificantes que producen las drogas, así como sus refuerzos sociales relacionados, desencadenan en un incremento de dicho consumo, a pesar de las consecuencias y repercusiones que este puede ocasionar en el consumidor (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2010).

Mientras que, desde el enfoque psicológico, se considera que la conducta de consumo, es adquirida y mantenida a partir de varios procesos psicosociales como: el modelado, el refuerzo social, los efectos anticipatorios de la droga, la experiencia directa de sus efectos como refuerzos o castigos y la dependencia física; en donde además, desempeñan un papel fundamental, los eventos vitales estresantes, las presiones, el trabajo, la familia, el papel de las redes sociales y el apoyo social que tiene un sujeto (Bandura, 1969). Además de ello, dentro de esta perspectiva, la autoeficacia juega un rol trascendental, ya que se convierte en un factor que incide tanto en los procesos de motivación como en el comportamiento de un individuo (Palacios, 2015).

En este contexto, con la finalidad de comprender esta problemática, sus impactos, consecuencias y repercusiones, es importante considerar múltiples estudios desde una perspectiva biopsicosocial, en los cuales se evidencia que la autoeficacia, entendida como “un sentido amplio y estable de competencia personal sobre cuán efectiva puede ser la persona al afrontar una variedad de situaciones estresantes” (Medina y Urra, 2007), forma parte de uno de los factores que inciden en el consumo de sustancias, ya que, una percepción baja de la misma, repercute tanto en la incidencia como reincidencia en el consumo (López-Torrecillas, Salvador, Verdejo y Cobo, 2002), situación que a su vez corresponde a la problemática de la presente investigación.

Por otro lado, según el modelo Psicosocial Sintético para el Consumo Adictivo, no existe un perfil único del consumidor, sino que involucra una combinación de múltiples variables



y factores que se encuentran influenciando indistintamente en cada sujeto, los cuales, frente al consumo de sustancias, pueden actuar tanto como factores de riesgo como de protección. Dentro de los principales factores de riesgo, se encuentran las actitudes favorables hacia el consumo, las características de la personalidad y las variables sociodemográficas (Saiz, 2008); así como también la presencia de dificultades en el desarrollo de la asertividad, la poca capacidad de toma de decisiones, la escasa o nula comunicación familiar, la presión social, la baja autoestima y los mitos referentes al consumo (Valles, 2016).

Mientras que dentro de los factores protectores resalta la importancia de la autoeficacia, que implica un sentimiento estable de competencia personal para controlar y responder adaptativamente a diversas situaciones estresantes, evitando así el consumo de sustancias (Pereyra et al., 2018). Según el Modelo Psicosociológico de la Salud Mental tanto la autoestima como la autoeficacia y las estrategias de afrontamiento son considerados factores que favorecen la estabilidad entre la posición social del sujeto, su conducta y su situación personal; sin embargo, un desequilibrio en uno de ellos, genera una posición social desfavorable que puede colocar al sujeto en condiciones de vida que crean estrés y alineación, lo cual a su vez desencadena en conductas de riesgo como el consumo de sustancias (Sánchez, Garrido y Álvaro, 2003).

También hay que considerar que la autoeficacia general, hace referencia a las creencias individuales acerca de las propias habilidades para llevar a cabo distintas actividades y superar con éxito las diversas vicisitudes de la vida (Olivari y Urra, 2007). Por lo tanto, una persona con un alto nivel de autoeficacia general, presenta seguridad respecto a sí misma y a su rendimiento, lo cual, a su vez, le permite seleccionar y desempeñar tareas más desafiantes en base a metas y objetivos más altos, es más persistente y mantiene un mayor compromiso frente a las dificultades que se le vayan presentando (Bandura, 2001). Así mismo, un alto nivel de autoeficacia implica la presencia de una buena capacidad de autocontrol, adecuada ejecución de conductas de promoción y cuidado de la salud, creencia en las propias capacidades para ejecutar acciones que permitan obtener resultados favorables, confianza en las propias habilidades para resolver inconvenientes y problemas de la vida cotidiana con diferentes niveles de dificultad, resiliencia y un alto grado de motivación (Mateus y Céspedes, 2015; Tejero, Vega, Vaquero y Ruiz, 2016).



Por otro lado, un individuo con un nivel medio de autoeficacia general, tiende a asumir una actitud pesimista y presenta una confianza moderada respecto a sus propias creencias para hacer frente a distintos problemas de la vida cotidiana; en ocasiones, puede considerar que los problemas superan sus habilidades, por lo cual, aunque establezca estrategias para solucionarlos, no las ejecuta con regularidad y pierde el control fácilmente (Prieto, 2007). Mientras que, una persona con autoeficacia baja presenta grandes niveles de ansiedad, estrés, depresión, sensación de desamparo, síntomas psicósomáticos y malestar; tiende a interpretar los acontecimientos como incontrolables y evita tareas desafiantes, ya que considera que están fuera de su alcance; lo que, a su vez desencadena una baja confianza en sus propias capacidades, acompañada de una actitud pesimista y fatalista ante los problemas (Ornelas, Blanco, Cuadras y Muñoz, 2013).

En el ámbito de las conductas adictivas, la autoeficacia se ha estudiado específicamente como aquella expectativa que presenta un individuo respecto a la propia capacidad para resistirse a la necesidad de consumir drogas en situaciones estresantes o de alto riesgo; por lo que, sus niveles pueden influenciar tanto en la incidencia del consumo como en las posteriores posibles recaídas de los pacientes que se encuentran recibiendo un tratamiento frente a la drogodependencia (Sklar, Annis y Turner, 1997). Dichos pacientes presentan ya un vínculo patológico o una necesidad compulsiva de consumo de sustancias, lo cual, a su vez, repercute en la presencia de niveles bajos de autoeficacia, que inciden en el mantenimiento del consumo, a pesar de las consecuencias clínicamente significativas que puede ocasionar sobre las diversas áreas de funcionamiento de la persona (Gómez, 2007).

En este sentido, la variable de autoeficacia ha sido utilizada en el desarrollo de múltiples modelos de prevención, como el Modelo de Prevención de Recaídas de Marlatt y Gordon 1985, el cual, establece que una persona experimenta una sensación de control durante el tiempo en el que mantiene la abstinencia, es decir, conforme se incrementa la restricción del consumo, esta sensación también será mayor (Castilla, 2016). Sin embargo, cuando dicha persona se enfrenta a una situación de alto riesgo, aquella sensación de control se verá amenazada, pudiendo llevarla al consumo o a una recaída, a causa de la disminución de su percepción de autoeficacia; la cual, inclusive tiende a decrecer aún más debido a la carga emocional que provoca el haber fallado en la abstinencia y haber consumido nuevamente (Castilla, 2016); por tal razón, la autoeficacia ejerce un rol muy importante tanto en el



consumo como en el riesgo de una recaída, que implica un retorno a una conducta adictiva (Valles, 2016).

Además, desde este mismo modelo, se han identificado una serie de categorías de autoeficacia relacionadas con las conductas adictivas, las cuales hacen referencia a la capacidad percibida para resistir, reducir, afrontar, superar y cesar el consumo de sustancias; con lo cual se destaca su importancia para el tratamiento de las adicciones tanto en el modelo mencionado como en la teoría general del cambio de comportamiento de Prochaska y Diclemente desarrollada entre los años 1983 y 1984 (Castilla, 2016). Por lo tanto, cuanto más alto sea el nivel de autoeficacia percibida durante el proceso de tratamiento, menores serán las dificultades para lograr tanto la modificación, como el abandono del consumo de sustancias (Chicharro, Pedrero y Pérez, 2007).

Según el modelo de Prochaska y Diclemente desarrollado durante los años de 1983 - 1984, se considera que una alta percepción de autoeficacia, se convierte en un factor precipitante de conductas que conllevan a la superación de un problema, es decir que, en el ámbito clínico de las conductas adictivas, si bien, al inicio del tratamiento los niveles de tentación para el consumo son más elevados, conforme avanza el proceso de rehabilitación, la autoeficacia se convierte en la variable de mayor peso en la etapa de mantenimiento de la abstinencia (Becoña y Cortés, 2010). Mientras que un déficit en la percepción de eficacia personal, repercute tanto en la incidencia como reincidencia del consumo de sustancias, lo cual, a su vez, dificulta el logro de la abstinencia por parte de los pacientes internados en centros de rehabilitación (Álvarez, 2011; Becoña y Cortés, 2010).

Por lo tanto, la decisión última de incurrir en una conducta de consumo o abstinencia, radica en las expectativas de autoeficacia y de resultado que presenta una persona dentro del contexto situacional en el cual se encuentre. En este sentido, Coon, Pena y Illich (1998) consideran que dichas expectativas, constituyen una variable clave para la recuperación exitosa de comportamientos adictivos, ya que, disponer de un alto nivel de autoeficacia, repercute en el desarrollo y mantenimiento de una sensación de control personal sobre la acción, que a su vez, permite dirigir el curso de vida de forma activa y autónoma (Baessler y Schwarzer, 1996); así como también adquirir e implementar estrategias de afrontamiento necesarias para alcanzar con éxito la recuperación y enfrentarse de manera adaptativa y exitosa a diversas situaciones cotidianas que conllevan dificultad (Bandura, 1982).



En este sentido, Kadden y Litt (2011) establecen que la relación entre un comportamiento previo y uno posterior, se encuentra mediada por los niveles de autoeficacia, por lo que, dicha variable incide tanto en el esfuerzo como en la movilización de recursos necesarios que permitan alcanzar y mantener resultados deseados, que, en este caso, corresponden a la abstinencia y/o a la rehabilitación clínica. Por lo tanto, desde la perspectiva del aprendizaje social, se considera que la autoeficacia para resistirse al consumo tiende a incrementarse conforme avanza el proceso de tratamiento (Chicharro et al. 2007).

Además de ello, el análisis de la variable de autoeficacia, le resulta crucial al profesional clínico, ya que, le permite generar estrategias terapéuticas para incrementar la autoeficacia de sus pacientes, así como también le otorga un indicador de la probabilidad de que los clientes mantengan su progreso terapéutico y avancen hacia la recuperación (Bandura, 1995).

Se puede decir entonces, que la autoeficacia está relacionada tanto con las conductas adictivas como de prevención, modificación de metas y de expectativas de resultados personales, ya que aquellos pacientes que poseen mejores habilidades de afrontamiento y altos niveles de autoeficacia disponen de mayores probabilidades para la movilización de los esfuerzos necesarios que les permitan resistir a las diversas situaciones de riesgo que pueden desencadenar en el consumo de sustancias y/o recaídas (Bandura, 1995).

Por lo tanto, incrementar los niveles de autoeficacia en todas las áreas de riesgo percibido de consumo para los pacientes, constituye uno de los principales objetivos de la rehabilitación clínica en la drogodependencia, con lo cual, dicha variable, se convierte en un importante predictor y/o mediador del resultado del tratamiento (Kadden y Litt, 2011). Por esta razón, es fundamental tener en cuenta e identificar la presencia de diversos elementos que influyen en la autoeficacia como por ejemplo el establecimiento de metas, el procesamiento de la información, los modelos y la retroalimentación; variables que se encuentran alteradas en la vida de los pacientes drogodependientes, así como también los factores sociodemográficos como: la edad, el estado civil, el nivel educativo, los ingresos económicos, los factores familiares y las situaciones de vida estresantes; aspectos que estarían influenciando tanto en la incidencia como en la reincidencia en el consumo (Schunk, 1995).

De esta manera, se considera a la autoeficacia como un predictor del resultado del tratamiento, puesto que una vez finalizado el proceso de rehabilitación aquellos individuos con puntajes de autoeficacia más altos tienen mejores resultados, que aquellos con niveles



bajos de autoeficacia, siendo así estos niveles, variables claves para predecir posibles recaídas en el consumo de sustancias (Chavarría, Ferrari, Jason y Stevens, 2012; Kadden y Litt, 2011). Por ejemplo, en la investigación realizada por Coon, et al. (1998) en personas consumidoras de crack-cocaína (como la principal sustancia de abuso) se encontró que el incremento en los niveles de autoeficacia luego de haber recibido el tratamiento fue estadísticamente significativo con relación a las fases iniciales del proceso de rehabilitación.

Otros estudios desarrollados por Kadden y Litt (2011) postulan que la autoeficacia está relacionada con la frecuencia del consumo de alcohol o drogas, considerándola un predictor relativamente fuerte de la abstinencia postratamiento y la reducción del consumo. Es decir que, los cambios en las puntuaciones de autoeficacia repercuten significativamente en la abstinencia del consumo de sustancias, puesto que, por cada cambio de un punto en los niveles de autoeficacia, existe un 2 % de efectos sobre la abstinencia en cuanto al uso de sustancias; por lo tanto, el incremento de los niveles de autoeficacia en los pacientes drogodependientes reducirá las probabilidades de futuras recaídas (Chavarría et al. 2012).

En contraste a la información presentada, algunas investigaciones postulan que no existe una relación entre la autoeficacia, el consumo de sustancias, las recaídas y los resultados del tratamiento, puesto que, consideran que un incremento en las propias capacidades para resistir el consumo y la recaída puede únicamente tratarse de un mecanismo para recobrar la autoestima frente a las probabilidades estimadas de recuperación (Chicharro et al. 2007).

Sin embargo, las autoras de la presente investigación consideran que resulta crucial la evaluación de las creencias de un individuo sobre sus propias capacidades “autoeficacia” en relación a las competencias de dominio específicas, como, por ejemplo, el poder vencer la adicción, permanecer libre del consumo de sustancias y no recaer. Además, su estudio es prioritario como un factor crucial dentro de la drogodependencia ya que su conocimiento a profundidad aportaría a la implementación de planificaciones terapéuticas que permitan incrementar los niveles de autoeficacia en los pacientes internados en los centros de rehabilitación para alcanzar exitosamente su recuperación (Chavarría, et al. 2012).

Considerando la relevancia de esta variable, el presente estudio analiza la relación entre la autoeficacia y el riesgo de recaída en personas adictas a sustancias psicoactivas, con la finalidad de aportar con insumos que permitan a la comunidad terapéutica centralizar sus esfuerzos en atender aquellos factores que están influenciando en la reincidencia en el



consumo de sus pacientes. Así también, permite la comprensión, de cómo los factores protectores, como la autoeficacia, contribuyen al bienestar integral del adicto y al diseño estrategias de intervención considerando estos factores como elementos claves de la recuperación. Es decir, la utilidad práctica de la presente investigación es comprender cómo se relacionan la autoeficacia (factor protector) con el riesgo de recaídas a fin de elaborar y aplicar programas de intervención frente al consumo de sustancias psicoactivas y la prevención de recaídas (Valles, 2016).

En base al marco teórico descrito, se plantean las siguientes preguntas:

¿Cuáles son los niveles de autoeficacia en pacientes drogodependientes internados en centros de rehabilitación de los cantones Paute y Déleg durante el periodo marzo - julio de 2020?

¿Qué relación existe entre los niveles de autoeficacia y las variables sociodemográficas?

¿Qué relación existe entre los niveles de autoeficacia y las variables de incidencia y reincidencia en el consumo de sustancias?

Para dar respuesta a las preguntas planteadas, la investigación tuvo como objetivo general determinar la relación entre los niveles de autoeficacia y variables sociodemográficas de pacientes drogodependientes internados en centros de rehabilitación de los cantones Paute y Déleg; y como específicos: identificar los niveles de autoeficacia predominantes en pacientes drogodependientes internados en centros de rehabilitación y su relación con las variables sociodemográficas (edad, estado civil, etnia, valor de los ingresos económicos, nivel de estudios alcanzados, lugar de procedencia y residencia); y analizar los niveles de autoeficacia de pacientes drogodependientes internados en centros de rehabilitación de los cantones Paute y Déleg, según las variables relacionadas con la incidencia y reincidencia en el consumo.



## **Proceso metodológico**

### **Enfoque, tipo y alcance de investigación**

La presente investigación corresponde a un enfoque cuantitativo, de tipo no experimental con corte transversal, puesto que no existe manipulación de variables, sino más bien se observan los fenómenos para analizarlos en un tiempo determinado. Además de ello, se seleccionó un alcance correlacional, ya que los objetivos buscan encontrar relaciones con base en datos estadísticos entre los niveles de autoeficacia y las variables sociodemográficas, incidencia y reincidencia en pacientes ingresados en los respectivos centros de rehabilitación (Hernández, Fernández, y Baptista, 2014).

### **Participantes**

La población considerada para el desarrollo del presente estudio estuvo conformada por 50 pacientes de sexo masculino, internados en los centros de rehabilitación para recibir tratamientos por trastornos de consumo de sustancias; 30 pacientes estaban internados en el centro de rehabilitación del cantón Paute y los 20 restantes, en el centro de rehabilitación del cantón Déleg; cuyas edades oscilaron entre los 18 y los 65 años; con una media de 32.36 años (DT= 10.575 años).

Los criterios de inclusión considerados en este estudio fueron: ser mayor de edad, de sexo masculino, saber leer y escribir, encontrarse internado debido a trastornos de conductas adictivas independientemente de la droga consumida en los centros de rehabilitación de los cantones Paute y Déleg que colaboraron con el estudio. Se excluyó de la investigación a pacientes menores de 18 años; cuyo tratamiento era ambulatorio; que además presentaron un trastorno psiquiátrico descompensado; o que presentasen algún tipo de discapacidad intelectual, visual o auditiva que les imposibilita realizar la evaluación y aquellos que expresaron su negativa a participar en el estudio.



Tabla 1.

*Características de los participantes*

Características sociodemográficas	Frecuencia (n=100)
Edad	
18 a 35	34
36 a 65	16
Estado civil	
Con pareja	20
Sin pareja	30
Etnia	
Mestizos	45
Otros	5
Nivel de estudios	
Ninguno	14
Primaria	8
Secundaria	13
Estudios universitarios o tecnológicos	15
Lugar de residencia	
Sierra	42
Otras provincias	8
Ingresos mensuales	
Ninguno	14
Ingresos inferiores de \$ 400	8
Ingresos de \$ 400	13
Ingresos superiores de \$ 400	1

**Fuente:** Encuesta a pacientes drogodependientes internados en centros de rehabilitación de los cantones Paute y Déleg, durante el periodo marzo - julio 2020.

**Elaboración:** Autoras.

### **Instrumentos**

Para la recolección de la información, se utilizaron dos instrumentos auto aplicados: una ficha sociodemográfica y la escala de Autoeficacia General. En primer lugar, se aplicó la ficha sociodemográfica que permitió recoger la siguiente información: la edad, el estado civil, la etnia, el valor de ingresos mensuales, el nivel de estudios máximo alcanzado y los



lugares de procedencia y residencia. Además, contenía preguntas relacionadas con el consumo de sustancias, como por ejemplo el tipo de sustancias consumidas, la frecuencia de consumo en los últimos seis meses, la edad del primer consumo, el número de veces que han sido ingresados en un centro de rehabilitación, el número de ocasiones en que han terminado un proceso de internamiento en un centro de rehabilitación y el número de recaídas.

Mientras que, para la evaluación de la autoeficacia, se utilizó la Escala de Autoeficacia General de Baessler y Shwarcer, 1979, en su versión en español y validada para su uso en el contexto ecuatoriano por las autoras Bueno, Lima, Peña, Cedillo y Aguilar (2018); la cual evalúa el sentimiento estable de competencia personal para manejar eficazmente una gran variedad de situaciones estresantes. Esta escala cuenta con una buena consistencia interna, fiabilidad y validez, con un alfa de Cronbach de .81 y está compuesta por 10 ítems con formatos de respuesta tipo likert de cuatro rangos: 1 = nunca; 2 = pocas veces; 3 = muchas veces y 4 = siempre; siendo 40 puntos, el valor máximo a obtener, mismo que demuestra el nivel más alto de autoeficacia; y el puntaje mínimo de 10 puntos, que representa el nivel más bajo de autoeficacia percibida (Bueno, et al., 2018). Cabe mencionar, que el alfa de Cronbach del presente estudio es de 0.881, lo cual garantiza la confiabilidad del instrumento dentro de esta investigación.

### **Procedimiento de investigación**

El procedimiento de la recolección de los datos se efectuó durante los meses de julio y agosto del 2020; previamente se contactó y coordinó con los responsables de los centros de ambos cantones, a quienes se dio a conocer los objetivos de la investigación y el procedimiento a llevarse a cabo para obtener facilidades para el respectivo acceso a los potenciales participantes del estudio. Posteriormente, las instituciones proporcionaron el espacio para la aplicación de los instrumentos, misma que se efectuó siguiendo estrictas medidas de bioseguridad propuestas por los centros debido a la emergencia sanitaria ocasionada por la pandemia global del COVID-19.

Los instrumentos fueron aplicados con una duración aproximada de 20 minutos, inicialmente, se dio lectura y entrega del consentimiento informado a los participantes, indicándoles tanto el propósito de la investigación, como su participación voluntaria y anónima, con la finalidad de garantizar la confidencialidad de los datos obtenidos; posterior a ello, se les entregó tanto la ficha sociodemográfica como la escala de autoeficacia general.



Para la tabulación y sistematización de los resultados, se generó un código numérico para cada participante, mediante el cual se creó una base de datos en el programa Excel, para posteriormente migrar dicha información al programa Statistical Package for Social Science [SPSS], en donde se realizó el análisis y procesamiento estadístico. Para el estudio descriptivo se consideraron los siguientes pasos: valoración de las variables sociodemográficas como la edad, el estado civil, la etnia, el valor de ingresos mensuales, el nivel de estudios máximo alcanzado, lugar de residencia y variables relacionadas con el consumo como el tipo de sustancias consumidas, la frecuencia de consumo en los últimos seis meses antes de ingresar al centro, el número de ingresos, de recaídas y de tratamientos terminados, mediante el uso de medidas de tendencia central como la media, mediana, frecuencia relativa y absoluta, la desviación típica y sus porcentajes. Mientras que, para el análisis comparativo de variables cualitativas se han utilizado pruebas estadísticas paramétricas y no paramétricas como la correlación de Pearson, ANOVA, T de student, correlación Spearman, Tau b de Kendall y Kruskal-Wallis, respectivamente

Cabe mencionar que, para el cálculo del nivel global de autoeficacia, se efectuó la suma de los 10 ítems, a partir de los cuales se obtuvieron medidas tendencia central, dispersión y frecuencias; este procedimiento, se llevó a cabo considerando que el instrumento utilizado aún no cuenta con baremos estandarizados para el cálculo de nivel de autoeficacia en pacientes drogodependientes en el contexto ecuatoriano.

### **Aspectos éticos**

La presente investigación se basó en los principios éticos propuestos por la American Psychology Association [APA], (2010) a partir de los cuales se informó a los participantes que los objetivos de la investigación y la utilización de los datos poseen únicamente fines investigativos, además se presentó el consentimiento informado, documento que garantiza la participación libre, voluntaria y confidencial de los usuarios y explica los riesgos y beneficios del estudio. Cabe mencionar además que, para el desarrollo del mismo, previamente se contó con la aprobación del diseño de investigación por parte del Comité de Bioética en Investigación del Área de Salud (COBIAS) de la Universidad de Cuenca, lo cual garantiza la ética y seguridad de la presente.



## Resultados

A continuación, se detallan los resultados obtenidos a partir del análisis estadístico de los datos, mismos que han sido organizados en función de los objetivos planteados para una mejor comprensión.

### **Niveles de autoeficacia en pacientes drogodependientes internados en centros de rehabilitación de los cantones Paute y Déleg**

En promedio los pacientes drogodependientes de los centros de Paute y Déleg presentan una media de autoeficacia de 28.92, con una desviación típica de 6.48 y un intervalo de confianza del 95%; del total de la población, un paciente presentó un valor mínimo de 13 puntos en el puntaje de autoeficacia; mientras que dos pacientes presentaron 40 puntos, siendo considerado como el valor máximo de autoeficacia percibida. La distribución de la escala de autoeficacia con respecto a la media es casi simétrica, con un sesgo negativo de -0.25, indicando una ligera orientación hacia la derecha y una distribución platicúrtica, ya que el coeficiente de curtosis es menor a cero (-0.54).

Al analizar los puntajes de autoeficacia por centro de rehabilitación, se encontró que los pacientes drogodependientes internados en el centro de rehabilitación del cantón Paute obtuvieron valores entre 13 y 40 puntos, con una media de 29.10, una mediana de 29.00 y una desviación típica 6.14. Mientras que en el centro del cantón Déleg se obtuvieron valores entre 17 y 39 puntos, con una media de 28.67, una mediana de 27.00 y una desviación típica 7.06 (ver Tabla 2).

A pesar del sesgo encontrado en las distribuciones de la escala de autoeficacia a nivel general y por cada centro de rehabilitación, la prueba de normalidad de Shapiro-Wilk para muestras menores o iguales 50 casos (Romero, 2016), indica que los datos se distribuyen normalmente en las tres poblaciones, ya que se acepta la hipótesis nula de normalidad, con un nivel de significancia mayor a 0.05 ( $sig. = 0.46, sig. = 0.48, sig. = 0.66 > 0.05, respectivamente$ ).

Los puntajes obtenidos por los participantes de ambos centros son superiores a los obtenidos en el estudio de Valles (2016) de adictos residentes en comunidades terapéuticas del Perú, en donde se encontró que el puntaje promedio de autoeficacia general es de 23.83.



Tabla 2.

<i>Estadísticos descriptivos de autoeficacia</i>	Centros de rehabilitación	Mínimo	Máximo	Media	Mediana	Desviación estándar
	Centro del cantón Paute	13	49	29.10	29.00	6.14
	Centro del cantón Déleg	17	39	28.67	27.00	7.06

**Fuente:** Encuesta a pacientes drogodependientes internados en centros de rehabilitación de los cantones Paute y Déleg, durante el periodo marzo - julio 2020

**Elaboración:** Autoras

### Niveles de autoeficacia en función de las variables sociodemográficas

#### Niveles de autoeficacia en función de la edad.

Los pacientes drogodependientes de entre 36 y 65 años presentan en promedio el mayor nivel de autoeficacia, con una media de 29,44 puntos y una desviación estándar de 7,05. Por el contrario, los pacientes que se encuentran entre los 18 y 35 años presentan en promedio un menor puntaje en la escala de autoeficacia, con una media de 28,68 puntos y una desviación estándar de 6,29. Sin embargo, al analizar las diferencias entre las medias se comprobó que la diferencia no es significativa ( $t(48) = -0.38, sig. = 0.703 > 0.05$ ). Además, al efectuar un análisis correlacional entre estas dos variables, mediante el coeficiente de correlación Spearman, se encontró que la relación no es significativa estadísticamente ( $\rho = 0.07, sig. = 0.62 > 0.05$ )

Los resultados encontrados coinciden con los planteamientos de Valles (2016) quien afirma que las diferencias entre la edad y la autoeficacia no son significativas, ya que el consumo probablemente se encuentre influenciado por factores como las experiencias previas, las experiencias vicarias, y los estados fisiológicos, más no por la variable de edad.

Tabla 3.

#### Niveles de autoeficacia en función de la edad

Edad	Mínimo	Máximo	Media	Mediana	Desviación estándar	Sig. (bilateral)
De 18 a 35 años (n=34)	17	40	28.68	28.00	6.29	0.62
De 36 a 65 años (n=16)	13	40	29.44	30.00	7.05	

**Fuente:** Encuesta a pacientes drogodependientes internados en centros de rehabilitación de los cantones Paute y Déleg, durante el periodo marzo - julio 2020.

**Elaboración:** Autoras.



**Niveles de autoeficacia en función del estado civil**

Para facilitar el análisis estadístico del estado civil según la situación de pareja de los pacientes, se agrupó a los solteros, divorciados y separados, en la variable sin compromiso; mientras que aquellos pacientes que se encuentran casados o en una unión libre, son parte del grupo de los que tienen compromiso. En el gráfico 3 podemos observar que los pacientes que tienen compromiso presentan un mayor nivel de autoeficacia ( $\bar{x} = 29, s = 5.63$ ), a diferencia de los que no tienen compromiso ( $\bar{x} = 28.87, s = 7.084$ ). Sin embargo, no hay evidencia estadísticamente significativa para indicar que las medias del nivel de autoeficacia sean diferentes ( $t(48) = -0.07, sig. = 0.94$ ), así mismo, no se comprueba ninguna relación lineal positiva o negativa significativa entre estas dos variables ( $\rho_{Tau_b \text{ de Kendall}} = -0.007, sig. = 0.95 > 0.05$ )

En relación a los resultados encontrados tanto en la presente investigación como en otros estudios, podemos plantear que la percepción de autoeficacia está más ligada a la condición de conciencia de la enfermedad que al estado civil que presentan los pacientes (Oliveira, Da Rocha, Ávilla, Silva, De Almeida y Barbosa, 2015).

Tabla 4.

*Niveles de autoeficacia en función del estado civil*

Estado civil	Mínimo	Máximo	Media	Mediana	Desviación estándar	Sig. (bilateral)
Sin compromiso (n=30)	13	40	28.87	28.50	7.08	0.95
Con compromiso (n=20)	19	39	29.00	29.00	5.63	

**Fuente:** Encuesta a pacientes drogodependientes internados en centros de rehabilitación de los cantones Paute y Déleg, durante el periodo marzo - julio 2020.

**Elaboración:** Autoras.

**Ilustración 1.** Media de la escala de Autoeficacia, según el estado civil



**Fuente:** Encuesta a pacientes drogodependientes internados en centros de rehabilitación de los cantones Paute y Déleg, durante el periodo marzo - julio 2020.



**Niveles de autoeficacia en función de la etnia de la población.**

Para analizar la autoeficacia en función de la etnia, se agrupó a la población en dos categorías: mestizos y otros (indígena, montubio, afroecuatoriano, blanco), con la finalidad de balancear los datos estadísticos. A partir de lo cual, se encontró que los pacientes que se autoidentifican como mestizos presentan un mayor nivel de autoeficacia ( $\bar{x} = 28.93, s = 6.41$ ) a diferencia de aquellos pacientes pertenecientes a otras etnias ( $\bar{x} = 28.80, s = 7.91$ ), sin embargo, la diferencia entre las medias no es estadísticamente significativa ( $t(48) = -0.04, sig. = 0.96$ ), de igual manera no se comprueba una asociación lineal positiva o negativa estadísticamente significativa ( $\rho_{Tau_b\ de\ Kendall} = 0.01, sig. = 0.89 > 0.05$ ) entre estas dos variables.

Tabla 5.

*Niveles de autoeficacia en función de la etnia de la población*

Etnia	Mínimo	Máximo	Media	Mediana	Desviación estándar	Sig (bilateral)
Mestizos (n=45)	13.00	40.00	28.93	29.00	6.41	0,89
Otras etnias (n=5)	17.00	36.00	28.80	29.00	7.91	

**Fuente:** Encuesta a pacientes drogodependientes internados en centros de rehabilitación de los cantones Paute y Déleg, durante el periodo marzo - julio 2020.

**Elaboración:** Autoras.

**Niveles de autoeficacia en función de los ingresos económicos mensuales de la población**

En relación a la autoeficacia en función de los ingresos económicos mensuales de la población, se encontró que aquellos pacientes con ingresos superiores a \$400 dólares mensuales, tienen un mayor nivel de autoeficacia que los demás ( $\bar{x} = 31.73, s = 6.36$ ); por el contrario, los pacientes que no disponen de ningún tipo de ingresos presentan menores niveles de autoeficacia ( $\bar{x} = 25.93, s = 7.790$ ). Estas diferencias fueron estadísticamente significativas ( $F(3) = 2.38, sig. = 0.08$ ). Además, se encontró una relación positiva significativa entre el nivel de autoeficacia y el nivel de ingresos ( $\rho_{spearman} = 0.26, sig. = 0.06 < 0.10$ ). Por lo que, podría considerarse que la situación económica de los pacientes internados les otorga a los pacientes una mayor seguridad personal sobre sus capacidades y/o les facilita recursos y condiciones favorables, que se reflejan en mayores niveles de autoeficacia.



Tabla 6.

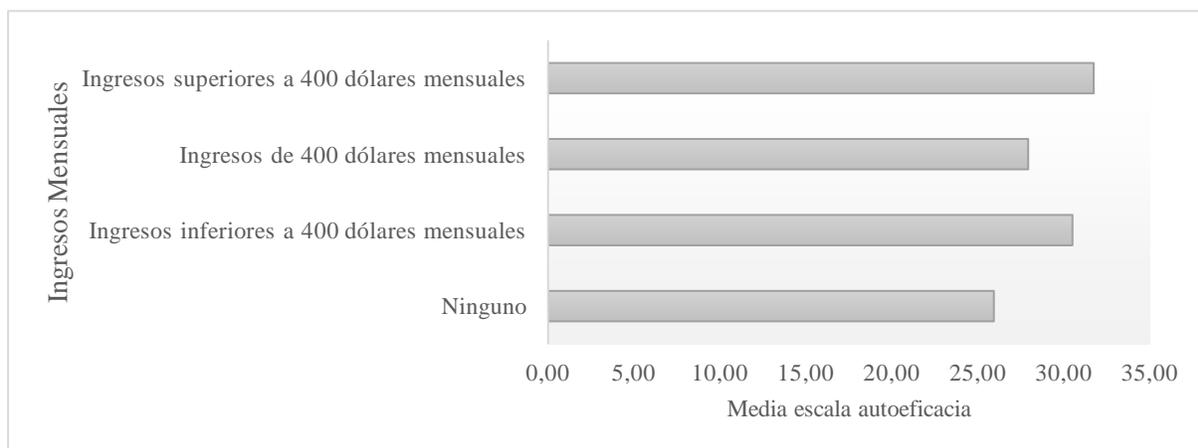
*Niveles de autoeficacia en función de los ingresos económicos mensuales de la población*

Ingresos económicos mensuales	Mínimo	Máximo	Media	Mediana	Desviación estándar	Sig (bilateral)
Ninguno (n=14)	13.00	38.00	25.93	25.50	7.79	
Ingresos inferiores a 400 dólares mensuales (n=8)	25.00	36.00	30.50	30.50	4.03	
Ingresos de 400 dólares mensuales (n=13)	20.00	39.00	27.92	27.00	5.10	0.06
Ingresos superiores a 400 dólares mensuales (n=15)	20.00	40.00	31.73	33.00	6.36	

**Fuente:** Encuesta a pacientes drogodependientes internados en centros de rehabilitación de los cantones Paute y Déleg, durante el periodo marzo - julio 2020.

**Elaboración:** Autoras.

**Ilustración 2.** Media de la escala de Autoeficacia, según nivel de ingresos



**Fuente:** Encuesta a pacientes drogodependientes internados en centros de rehabilitación de los cantones Paute y Déleg, durante el periodo marzo - julio 2020.

**Elaboración:** Autoras.

### Niveles de autoeficacia en función del rango de estudios alcanzados

En referencia a estas variables, los datos, nos revelan que, los pacientes que no tiene ningún nivel de educación pero que disponen de conocimientos de lectura y escritura, son los que presentan un mayor puntaje de autoeficacia ( $\bar{x} = 34.67, s = 5.13$ ); por el contrario, aquellos pacientes que han completado sus estudios de primaria son los que en promedio presentan menores niveles de autoeficacia ( $\bar{x} = 27.87, s = 7.61$ ). Sin embargo, el análisis de diferencia de medias indica que no hay evidencia estadísticamente significativa para



determinar que las medias de autoeficacia por nivel de educación sean diferentes ( $\chi^2(3) = 3.23, sig. = 0.35$ ); de igual manera, no se observa una correlación negativa significativa entre estas dos variables ( $\rho_{spearman} = -0.02, sig. = 0.86 > 0.05$ ) Situación que probablemente se encuentre relacionada con la falta de conciencia de la enfermedad o el encontrarse en una etapa de negación (López-Torrecillas, Salvador, Verdejo y Cobo, 2002). Otros estudios han podido comprobar que la autoeficacia tiende a ser superior en aquellas personas que alcanzan niveles educativos altos, puesto que esto implica la finalización de metas importantes en la vida y a su vez, les otorga una mayor sensación de eficacia personal y autorrealización (Romero, 2007). Además de ello, Barraza (2010) afirma que, si una persona abandona su instrucción en algún nivel, es probable que presente un bajo nivel de autoeficacia.

Tabla 7

*Niveles de autoeficacia en función del rango de estudios alcanzado*

Nivel de estudios alcanzado	Mínimo	Máximo	Media	Media	Desviación estándar	Sig (bilateral)
Ninguno (n=3)	29.00	39.00	34.67	36.00	5.13	0.86
Primaria (n=15)	13.00	40.00	27.87	27.00	7.61	
Secundaria (n=25)	17.00	39.00	28.48	28.00	6.33	
Estudios universitarios o tecnológicos (n=7)	24.00	33.00	30.29	33.00	4.03	

**Fuente:** Encuesta a pacientes drogodependientes internados en centros de rehabilitación de los cantones Paute y Déleg, durante el periodo marzo - julio 2020.

**Elaboración:** Autoras.

### **Niveles de autoeficacia en función del lugar de residencia de la población**

Al analizar los niveles de autoeficacia en función del lugar de residencia de la población encontramos que los pacientes que residen en otras regiones diferentes a la serranía presentan en promedio mayores niveles de autoeficacia ( $\bar{x} = 33.63, s = 4.74$ ); mientras que aquellos que pertenecen a la Sierra presentan menores niveles de autoeficacia ( $\bar{x} = 28.02, s = 6.42$ ). Con un nivel de confianza del 95% se encuentran diferencias estadísticamente significativas ( $t(48) = -2.34, sig. = 0.02$ ) y una relación positiva significativa entre el nivel de autoeficacia y el lugar de residencia ( $\rho_{Tau_b \text{ de Kendall}} = 0.27, sig. = 0.02 < 0.05$ ).



Tabla 8

*Niveles de autoeficacia según el lugar de residencia de la población*

Lugar de residencia	Mínimo	Máximo	Media	Mediana	Desviación estándar	Sig (bilateral)
Sierra (n=42)	13.00	40.00	28.02	27.50	6.42	0.02
Otras regiones (n=8)	27.00	40.00	33.63	34.00	4.74	

**Fuente:** Encuesta a pacientes drogodependientes internados en centros de rehabilitación de los cantones Paute y Déleg, durante el periodo marzo - julio 2020.

**Elaboración:** Autoras.

### **Niveles de autoeficacia en función de las variables relacionadas al consumo de sustancias en los centros de rehabilitación de Paute y Déleg**

#### **Niveles de autoeficacia en función de la frecuencia del consumo de sustancias**

Con respecto a las variables relacionadas con la frecuencia en el consumo de sustancias, encontramos que los pacientes que consumían drogas todos los días son lo que reportan mayores niveles de autoeficacia ( $\bar{x} = 30.94, s = 5.18$ ). Por el contrario, aquellos pacientes que consumían rara vez drogas, tienen en promedio un menor nivel de autoeficacia (19 puntos) y una desviación estándar de 4.96. En este sentido, se encontró una relación positiva,  $\rho = 0.33 *$ ,  $sig. = 0.01 < 0.05$ , estadísticamente significativa con un nivel de confianza del 95%, indicando que, mientras mayor haya sido la frecuencia en el consumo de drogas, mayores niveles de autoeficacia reportan actualmente los pacientes; se determina además, que las diferencias de medias de autoeficacia según frecuencia de consumo de drogas son estadísticamente significativas ( $F(3) = 4.75, sig. = 0.006 < 0.05$ ).

Un resultado no esperado según su comportamiento de consumo, sin embargo, considerando la etapa del tratamiento y el componente cognitivo de la conducta adictiva; esta situación probablemente se relaciona tanto a la falta de conciencia de la enfermedad, como a que los pacientes aún se encuentren en la fase de pre-contemplación en el proceso de rehabilitación (López-Torrecillas, Salvador, Verdejo y Cobo, 2002). Además, Cabe mencionar que en algunas ocasiones un alto nivel de autoeficacia puede convertirse en un factor de riesgo para el drogodependiente, llevándolo a tener una confianza excesiva sobre sus capacidades e infravalorar las dificultades, lo cual a su vez incrementa el riesgo de recaídas (López-Torrecillas, Salvador, Verdejo y Cobo, 2002).



Tabla 9

*Niveles de autoeficacia en función de la frecuencia en el consumo de sustancias*

Frecuencia	Mínimo	Máximo	Media	Mediana	Desviación estándar	Sig (bilateral)
Rara vez (n=4)	13.00	24.00	19.00	19.50	4.96	0.01
Una o dos veces al mes (n=10)	19.00	36.00	27.90	28.50	6.54	
Una o dos veces a la semana (n=18)	19.00	39.00	29.67	31.00	6.21	
Todos los días (n=18)	23.00	40.00	30.94	30.00	5.18	

**Fuente:** Encuesta a pacientes drogodependientes internados en centros de rehabilitación de los cantones Paute y Déleg, durante el periodo marzo - julio 2020.

**Elaboración:** Autoras.

### Niveles de autoeficacia en función del número de internamientos previos

La relación entre el nivel de autoeficacia de los pacientes drogodependientes y el número de veces que han sido ingresados a un centro de rehabilitación no es significativa ( $\rho = -0.01, sig. = 0.90 > 0.05$ ). Aquellos pacientes que han sido ingresados por tres ocasiones son los que presentan mayor nivel de autoeficacia ( $\bar{x} = 30.75, s = 7.04$ ), en comparación con los demás; mientras que los pacientes que reportan menores niveles de autoeficacia, son aquellos que han sido ingresados por más de cuatro ocasiones ( $\bar{x} = 25.75, s = 5.43$ ). Se evidencian diferencias estadísticamente significativas entre los puntajes medios de autoeficacia de los pacientes según el número de ingresos ( $F(3) = 0.66, sig. = 0.57 > 0.05$ ), así mismo, la correlación entre estas dos variables no es significativa ( $\rho_{Spearman} = -0.01, sig. = 0.90 > 0.05$ ).

Es importante recalcar que la presencia de una elevada autoeficacia también puede convertirse en un factor de riesgo para recaídas, puesto a que en algunas ocasiones, los drogodependientes podrían sobreestimar sus capacidades e infravalorar las dificultades que se les van presentando a lo largo de su proceso de recuperación y llevarlos nuevamente a una recaída en el consumo de drogas, lo que a su vez, se evidenciaría en el número de veces en los pacientes han sido internados en un centro de rehabilitación debido a este comportamiento (López-Torrecillas, Salvador, Verdejo y Cobo, 2002). Además, estos resultados pueden verse



influenciados por variables moderadoras no consideradas en este estudio tales como: las propias expectativas de los sujetos, la presencia de patología dual y el proceso de tratamiento como tal, que influyen en los niveles de autoeficacia de los drogodependientes puesto que condicionan su actitud y comportamiento ante el proceso consumo - tratamiento – abstinencia (López-Torrecillas, Salvador, Verdejo y Cobo, 2002).

Tabla 10.

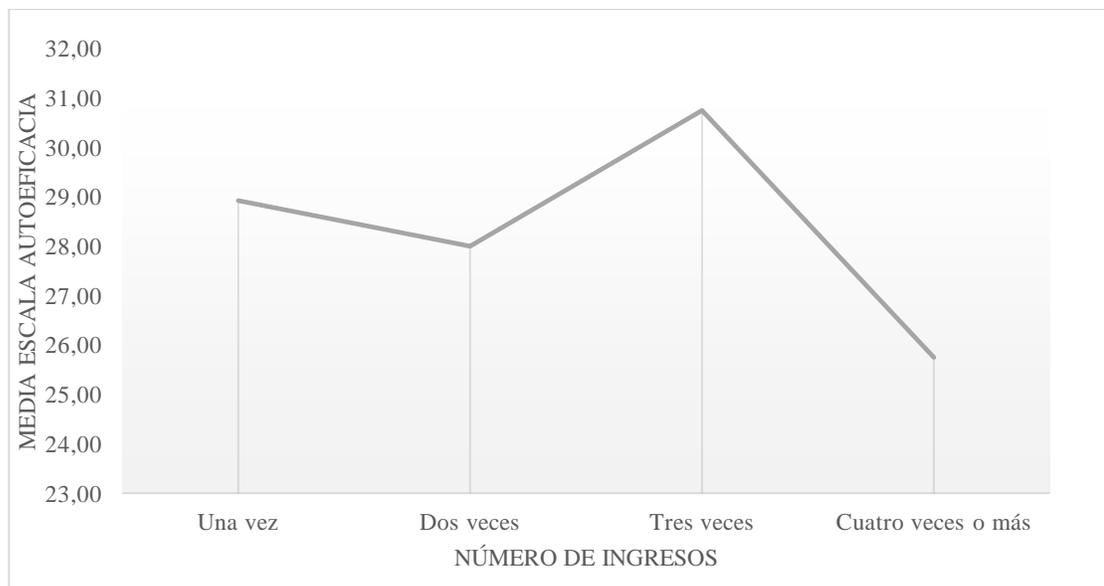
*Niveles de autoeficacia en función del número de internamientos previos de la población*

Número de internamientos previos	Mínimo	Máximo	Media	Mediana	Desviación estándar	Sig. bilateral
Una vez (n=25)	17.00	40.00	28.92	29.00	6.51	0.90
Dos veces (n=8)	13.00	36.00	28.00	28.50	6.71	
Tres veces (n=12)	20.00	40.00	30.75	32.00	7.04	
Cuatro veces o más (n=4)	20.00	33.00	25.75	25.00	5.43	

**Fuente:** Encuesta a pacientes drogodependientes internados en centros de rehabilitación de los cantones Paute y Déleg, durante el periodo marzo - julio 2020.

**Elaboración:** Autoras.

**Ilustración 3.** Media de la escala de Autoeficacia, según número de ingresos



**Fuente:** Encuesta a pacientes drogodependientes internados en centros de rehabilitación de los cantones Paute y Déleg, durante el periodo marzo - julio 2020.

**Elaboración:** Autoras.



### Niveles de autoeficacia en función del número de recaídas de la población

Por otro lado, al analizar el nivel de autoeficacia con la variable de número de recaídas, encontramos que los pacientes que no han presentado ninguna recaída presentan un mayor nivel de autoeficacia ( $\bar{x} = 30.04, s = 6.43$ ), mientras que, aquellos pacientes que han recaído por más de dos ocasiones son los que presentan menores niveles de autoeficacia ( $\bar{x} = 26, s = 4.69$ ). En la figura 4 se puede visualizar una especie de relación en U, ya que el nivel de autoeficacia según número de recaídas va disminuyendo y luego empieza a aumentar, por ello, no se encuentra una correlación lineal significativa ( $\rho_{Spearman} = -0.17, sig. = 0.22 > 0.05$ ); además, según el análisis de diferencia de medias, no se encuentra una evidencia estadísticamente significativa para rechazar la  $H_0$  de igual de medias de autoeficacia según número de ingresos ( $\chi^2(4) = 2.99, sig. = 0.55 > 0.05$ ).

Lo cual concuerda con estudios señalados por López-Torrecillas, Salvador, Verdejo y Cobo (2002), en los cuales se propone que la autoeficacia varía en la población drogodependiente de acuerdo al tiempo de abstinencia, es decir que mientras mayor sea el tiempo de cese de consumo, mayor será su nivel de autoeficacia, con lo cual se reduce el riesgo de volver a incurrir en una conducta de consumo, puesto que el individuo tendrá más confianza en sus propias capacidades y recursos para permanecer libre de drogas o abandonar su consumo, evitará situaciones de riesgo y/o podrá solicitar ayuda cuando lo considere necesario. De manera similar Ibrahim, Kumar, y Abu Samah (2011) y Valles (2016) encontraron que la relación entre la autoeficacia y las recaídas es inversamente proporcional, es decir que, mientras mayor sea la autoeficacia, menor será el índice de recaídas en los pacientes; en este sentido, un nivel alto de autoeficacia constituye un factor protector y de predicción frente a las recaídas, ya que se encuentra asociado a la convicción por parte de los sujetos, de sentirse capaces de mantener la abstinencia (Melo y Castanheira, 2010).

Tabla 11.

*Niveles de autoeficacia en función del número de recaídas de la población*

Número de recaídas	Mínimo	Máximo	Media	Mediana	Desviación estándar	Sig (bilateral)
Ninguna (n=24)	19.00	40.00	30.04	31.50	6.43	
Una vez (n=9)	13.00	36.00	28.78	29.00	6.70	0.22
Dos veces (n=4)	23.00	33.00	26.00	24.00	4.69	

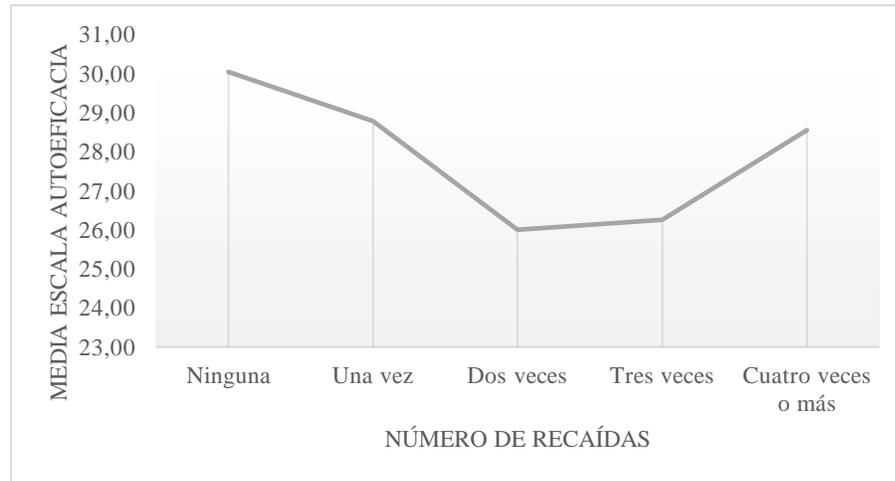


Tres veces (n=4)	20.00	39.00	26.25	23.00	8.95
Cuatro veces o más (n=9)	17.00	38.00	28.56	27.00	6.57

**Fuente:** Encuesta a pacientes drogodependientes internados en centros de rehabilitación de los cantones Paute y Déleg, durante el periodo marzo - julio 2020.

**Elaboración:** Autoras.

**Ilustración 4.** Niveles de autoeficacia según el número de recaídas



**Fuente:** Encuesta a pacientes drogodependientes internados en centros de rehabilitación de los cantones Paute y Déleg, durante el periodo marzo - julio 2020.

**Elaboración:** Autoras.

### Niveles de autoeficacia en función del número de tratamientos terminados satisfactoriamente

Los pacientes que presentan tres tratamientos terminados reportan en promedio mayores niveles de autoeficacia,  $\bar{x} = 32.50, s = 7.77$ ; por el contrario, aquellos pacientes con dos tratamientos terminados reportan en promedio menores niveles de autoeficacia ( $\bar{x} = 25.20, s = 9.41$ ). Además de ello, se encontró que la correlación lineal entre estas dos variables no es significativa ( $\rho_{pearson} = 0.004, sig. = 0.97 > 0.05$ ) así como también el test de diferencias de medias indica que la diferencia de los puntajes medios según número de tratamientos terminados no son significativos ( $\chi^2(3) = 1.99, sig. = 0.57 > 0.05$ ) lo cual evidencia que estas dos variables son independientes. Sin embargo, existen estudios que consideran que el mayor tiempo de permanencia en un tratamiento genera ventajas y cambios significativos en el paciente como el mejoramiento de las habilidades de afrontamiento y el incremento de su autoeficacia, contribuyendo así al cese del consumo y al mantenimiento de la abstinencia. Sin embargo, se debe considerar que el éxito de un tratamiento se encuentra



mediado por múltiples factores como las características personales del paciente, el tipo y la calidad del tratamiento recibido, entre otros (Pérez, 2012).

Tabla 12.

*Niveles de autoeficacia en función del número de tratamientos previos terminados satisfactoriamente*

Tratamientos terminados satisfactoriamente	Mínimo	Máximo	Media	Mediana	Desviación estándar	Sig (bilateral)
Cero (n=32)	17.00	40.00	28.75	29.00	5.98	0.97
Uno (n=11)	20.00	40.00	30.45	28.00	6.42	
Dos (n= 5)	13.00	36.00	25.20	24.00	9.41	
Tres (n= 2)	27.00	38.00	32.50	32.50	7.77	

**Fuente:** Encuesta a pacientes drogodependientes internados en centros de rehabilitación de los cantones Paute y Déleg, durante el periodo marzo - julio 2020.

**Elaboración:** Autoras.



## Conclusiones

El objetivo de la presente investigación fue determinar la relación entre los niveles de autoeficacia y variables sociodemográficas de pacientes drogodependientes internados en centros de rehabilitación de los cantones Paute y Déleg; a partir de los resultados encontrados, de manera general se concluye que, en promedio, los pacientes drogodependientes internados en los centros antes mencionados, presentan una media de autoeficacia de 28.92.

En relación a las variables sociodemográficas, se encontró que aquellas que están relacionadas con los niveles de autoeficacia son: la edad, el tener una relación de pareja, los ingresos económicos (altos) y el nivel académico alcanzado; se podría considerar que estas variables influyen al bienestar personal, lo que a su vez estimula una alta percepción de confianza en las propias capacidades y una mayor seguridad personal, la cual les permitiría enfrentar adaptativamente las diversas dificultades y situaciones que se presentan a lo largo de la vida, incluido el riesgo de consumir sustancias.

En cuanto a las variables relacionadas con el consumo de sustancias se encontró una relación estadísticamente significativa entre la frecuencia del consumo y los niveles de autoeficacia, es decir que a mayor frecuencia de consumo los pacientes reportaron mayores niveles de autoeficacia, lo cual puede estar relacionado con las cogniciones propias de la conducta de consumo y la fase del tratamiento en la que se encuentre el paciente. Sin embargo, esta situación puede convertirse en un factor contraproducente o de riesgo para el drogodependiente, ya que esta pseudo autoeficacia puede llevarlo a confiar excesivamente en sus propias capacidades e infravalorar las dificultades que se le presenten en la vida, lo cual a su vez incrementa el riesgo de una posible recaída.

Por otro lado, los resultados evidencian que, a menores recaídas, los pacientes drogodependientes presentan mayores niveles de autoeficacia; por lo que, una alta percepción de confianza en las propias capacidades y recursos, se convierte en la variable de mayor peso en el momento de decidir el abandono del consumo y la abstinencia, puesto que incide tanto en el incremento de la motivación hacia el cambio, el esfuerzo, la movilización de recursos y la implementación de nuevas y mejores estrategias de afrontamiento, que en conjunto favorecen el proceso de recuperación clínica para aquellos pacientes que se encuentran internados en los centros de rehabilitación.



### **Recomendaciones**

La drogodependencia constituye una problemática biopsicosocial a nivel mundial, por lo que resulta pertinente el desarrollo de mayores estudios que identifiquen a personas que tienen mayor riesgo de recaídas; el modelo de aprendizaje social de Bandura ha demostrado ser de utilidad, pero es necesario seguir estudiando sus planteamientos a nivel empírico para establecer estrategias e intervenciones eficaces.

Además de ello, se recomienda, con el fin de obtener una mayor comprensión sobre esta problemática, desarrollar estudios futuros que consideren la posible relación entre las variables analizadas en el presente estudio y constructos psicológicos tales como: la personalidad, las estrategias de afrontamiento, la autoestima, presencia de una patología dual, las creencias socioculturales, el nivel de bienestar y/o la calidad de vida, además de factores ambientales que se encuentran incidiendo en las expectativas de autoeficacia, debido a que estas median las acciones de una persona para hacer frente las situaciones de alto riesgo como el consumo.

Finalmente, con respecto a las limitaciones presentadas en esta investigación, se puede considerar el tamaño de la población, lo que limita la generalización de los resultados, lamentablemente el acceso a misma resultó muy limitado debido a la pandemia ocasionada por el Covid-19.



## Referencias bibliográficas

- Álvarez, A. (2011). Intervención breve para la prevención del consumo de alcohol, tabaco y marihuana en adolescentes. (Tesis doctoral), Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, México. Recuperado de <http://eprints.uanl.mx/2971/1/1080211161.pdf>
- American Psychiatric Association. (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5*. Barcelona: Masson.
- American Psychological Association. (2010). *Principios éticos de los psicólogos y código de conducta: Enmiendas 2010*. Estados Unidos.
- Baessler, J. y Schwarzer, R. (1996). Evaluación de la autoeficacia: Adaptación española de la escala de Autoeficacia General. *Ansiedad y Estrés*, 2(1), 1-8. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=186652>
- Bandura, A. (1969). *Principles of behavior modification*. New York: Holt, Rinehart y Winston
- Bandura, A. (1982). *Teoría del aprendizaje social*. Madrid. Ed. Espasa Calpe. Recuperado de <http://www.lazoblanco.org/wpcontent/uploads/2013/08manual/adolescentes/0086.oc>
- Bandura, A. (1995). *Self-Efficacy in changing societies*. New York. Cambridge University Press.
- Bandura, A. (2001). Guía para la construcción de escalas de autoeficacia. *Revista Evaluar*, 2(15), 7-37. Recuperado de <http://www.uky.edu/~eushe2/Pajares/effguideSpanish.html>
- Barraza, A. (2010). Validación del inventario de expectativas de autoeficacia académica en tres muestras secuenciales e independientes. *Revista de investigación educativa* 1(10), 1-30. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/2831/283121719001.pdf>
- Becoña, E., y Cortés, M. (2010). *Manual de Adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación*. Valencia: Socidrogalcohol.
- Bueno, A., Lima, S., Peña, E., Cedillo, C., y Aguilar, M. (2018). Adaptación al Español de la Escala de Autoeficacia General para su Uso en el Contexto Ecuatoriano. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación – e Avaliação Psicológica. RIDEP*, 48(3), 5-17. doi.org/10.21865/RIDEP48.3.01



- Castaño, G., Sierra, G., Sánchez, D., Torres, Y., Salas, C., y Buitrago, C. (2018). Trastornos mentales y consumo de drogas en la población víctima del conflicto armado en tres ciudades de Colombia. *Biomédica*, 38, 70-85. doi <https://doi.org/10.7705/biomedica.v38i0.3890>
- Castilla, P. (2016). La prevención de recaídas desde el modelo de Marlatt. Aportaciones desde el trabajo social. *Trabajo Social Hoy*, 77(1), 109-133. doi 10.12960/TSH.2016.0006.
- Chavarria, J., Stevens, E. B., Jason, L. A., y Ferrari, J. R. (2012). The effects of self-regulation and self-efficacy on substance use abstinence. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 30(4), 422-432. doi: 10.1080/07347324.2012.718960
- Chicharro, J., Pedrero, E. y Pérez, M. (2007). Autoeficacia para resistir al consumo de sustancias como predicción 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*, 19 (2), 141-151. Recuperado de <https://www.itesm.ucm.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/312>
- Consejo Nacional de Control de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas, Observatorio Ecuatoriano de Drogas, Comisión Interamericana Contra el Abuso de Drogas y la Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito. (2007). *Informe del Estudio Nacional a hogares sobre consumo de drogas*. Quito: Satré Comunicación.
- Coon, G., Pena, D., y Illich, P. (1998). Self-efficacy and substance abuse: assessment using a brief phone interview. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 15(5),385–391. doi: 10.1016/S0740-5472(97)00285-7
- Gómez, R. (2007). *¿De qué hablamos cuando hablamos de Drogas?* Córdoba: Editorial Brujas.
- Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, P. (2014). *Metodología de la Investigación*. México: McGRAW-HILL.
- 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. Recuperado de <http://www.medwelljournals.com/fulltext/?doi=sscience.2011.277.282>
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (2015). Compendio de Resultados de la Encuesta de Condiciones de Vida ECV Sexta ronda 2015. Recuperado de



- [https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/ECV/ECV\\_2015/documentos/ECV%20COMPENDIO%20LIBRO.pdf](https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/ECV/ECV_2015/documentos/ECV%20COMPENDIO%20LIBRO.pdf)
- Kadden, R., y Litt, M. (2011). The role of self-efficacy in the treatment of substance use disorders. *Addictive Behaviors*, 36 (1.) 1120–1126. doi: 10.1016/j.addbeh.2011.07.032
- López-Torrecillas, F., Salvador, M., Verdejo, A. y Cobo, P. (2002). Autoeficacia y consumo de drogas: una revisión. *Psicopatología Clínica Legal y Forense*, 2(1), 33-51.
- Marín, R., Benjet, C., Borges, G., Eliosa, A., Nanni, R., Ayala, M., y Medina, M. (2013). Comorbilidad de los trastornos por consumo de sustancias con otros trastornos psiquiátricos en Centros Residenciales de Ayuda-Mutua para la Atención de las Adicciones. *Salud mental*, 36(6), 471-479. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam-2013/sam136d.pdf>
- Mateus, E., y Céspedes, V. (2015). Validez y confiabilidad del instrumento “Medición de la autoeficacia percibida en apnea del sueño” - SEMSA. Versión en español. *Aquichan*, 16(1), 67-82. Recuperado de <https://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/4394/4145>
- Medina, C. y Urra, E. (2007). Autoeficacia y conductas de salud. *Ciencia y enfermería* 13 (1): 9-15, 2007. Recuperado de [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-5532007000100002](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-5532007000100002)
- Melo, D., y Castanheira, N. (2010). Autoeficacia y actitud hacia el consumo de drogas en la infancia: explorando los conceptos. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 18(spe), 655-662. doi:10.1590/S0104-11692010000700024
- Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (2018), *Informe Europeo sobre Drogas 2018: Tendencias y novedades*, Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, Luxemburgo. doi:10.2810/574265
- Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito (2019). *Informe mundial sobre las drogas 2019*. Recuperado de [https://wdr.unodc.org/wdr2019/prelaunch/WDR2019\\_B1\\_S.pdf](https://wdr.unodc.org/wdr2019/prelaunch/WDR2019_B1_S.pdf)



- Olivari, C. y Urra, E. (2007). Autoeficacia y conductas de salud. *Ciencia y enfermería*. 13(1), 9-15. doi: 10.4067/S0717-95532007000100002.
- Oliveira, L.; Da Rocha, E.; Ávilla, I.; Silva, E.; De Almeida, P. y Barbosa, L. (2015). Factores sociodemográficos en la autoeficacia para prevenir la diarrea infantil: estudio longitudinal. *Online Brazilian Journal of Nursing*, 14(1), 62-70. Recuperado de [http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/5100/pdf\\_368](http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/5100/pdf_368)
- Organización Panamericana de la Salud. (2009). *Epidemiología del uso de drogas en América Latina y el Caribe: un enfoque de salud pública*. Rev Panam Salud Publica. Washington, D. C.: OPS.
- Organización Panamericana de la Salud. (2010). *La política de drogas y el bien público*. Washington D.C.: OPS.
- Ornelas, M., Blanco, H., Cuadras, G. y Muñoz, F. (2013). Perfiles de autoeficacia en conductas académicas en alumnos de primer ingreso a la universidad. *Revista electrónica de Investigación Educativa*, 15(1), 18-25. Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/redie/v15n1/v15n1a2.pdf>
- Palacios, J., (2015). Estimación psicométrica de la escala de autoeficacia ante conductas de riesgo para adolescentes en México. *Psychosocial Intervention*, 24(1),1-7. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=1798/179837738001>
- Pereyra, C., Ronchieri, C., Rivas, A., Trueba, D., Mur, J. y Páez, N. (2018). Autoeficacia: una revisión aplicada a diversas áreas de la psicología. *Ajayu Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología UCBSA*, 16(2), 299-325. Recuperado de [http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2077-21612018000200004&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-21612018000200004&lng=es&tlng=es)
- Pérez del Río, Fernando. (2012). En qué cambian los pacientes drogodependientes a los seis meses de tratamiento en la comunidad terapéutica. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 32(114), 287-303. <https://dx.doi.org/10.4321/S0211-57352012000200006>
- Prieto, L. (2007). Autoeficacia del profesor universitario: eficacia percibida y práctica docente. Narcea S.A de Ediciones. Madrid. España. Recuperado de [https://books.google.com.pe/books?id=t3fJBCzITUGC&printsec=frontcover&source=gbg\\_summary\\_r&cad=0#v=onepage&q&f=false](https://books.google.com.pe/books?id=t3fJBCzITUGC&printsec=frontcover&source=gbg_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false)



- Romero, M. (2007). Percepción de autoeficacia en un grupo de varones dependientes principalmente de pasta básica de cocaína. (*Tesis de licenciatura en Psicología*). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú.
- Saiz, J. (2008). Psicología Social de la Salud sobre el consumo adictivo de cocaína: un modelo psicosocial sintético. *Psychosocial Intervention*. 17(1), 61-74. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/inter/v17n1/v17n1a06.pdf>
- Sánchez, E., Garrido, A. y Álvaro, J. L. (2003). Un modelo psicosociológico para el estudio de la salud mental. *Revista de Psicología Social*, 18(1), 17-33. doi: 10.1174/02134740360521750
- Schunk, DH (1995). Autoeficacia, motivación y rendimiento. *Revista de psicología deportiva aplicada*, 7(1), 109-134. doi: 10.1080/10413209508406961
- Sklar, S., Annis, H. y Turner, N. (1997). Development and validation of the Drug-Taking Confidence Questionnaire: a measure of coping self-efficacy. *Addictive Behaviors*, 22(1), 655-670. doi: [https://doi.org/10.1016/S0306-4603\(97\)00006-3](https://doi.org/10.1016/S0306-4603(97)00006-3)
- Tejero, C., Vega, R., Vaquero, M. y Ruiz, R. (2016). Satisfacción con la vida y autoeficacia en jugadores de baloncesto en silla de ruedas. *Revista de Psicología del deporte*, 25(1), 51- 56. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/2351/235143645007.pdf>
- Valles, J. M. (2016). Autoeficacia y riesgo de recaída en adictos residentes en comunidades terapéuticas. *Acta Psicológica Peruana*, 1(1), 67-82. Recuperado de <http://revistas.autonoma.edu.pe/index.php/ACPP/article/view/46/34>
- World Health Organization (WHO) 2014. Global status report on alcohol and health 2014. ISBN 978 92 4 069276 3. Geneva. Recuperado de [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112736/9789240692763\\_eng.pdf;jsessionid=3A287FC152C5B1767AF15A6778E0F49B?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112736/9789240692763_eng.pdf;jsessionid=3A287FC152C5B1767AF15A6778E0F49B?sequence=1)



**Anexos**

**Anexo 1. Ficha sociodemográfica.**

**Código N°: .....**

• **INSTRUMENTO 1: Ficha sociodemográfica.**

**A. Datos de identificación**

<b>Cédula de identidad:</b>	
<b>1. Edad:</b>	

Por favor, marque con una "X" la opción que usted considere, en relación a cada pregunta.

<b>2. Estado civil:</b>	2.1 Soltero		2.5 Noviazgo	
	2.2 Casado		2.6 Unión libre	
	2.3 Separado		2.7 Divorciado	
	2.4 Viudo			

<b>3. ¿Cómo se identifica usted?</b>	3.1 Mestizo	
	3.2 Indígena	
	3.3 Montubio	
	3.4 Afroecuatoriano	
	3.5 Blanco	
	Otro:	

<b>4. ¿Cuál es el valor de sus ingresos mensuales?</b>	4.1 Ingresos inferiores a 400 dólares mensuales	
	4.2 Ingresos de 400 dólares mensuales	
	4.3 Ingresos superiores a 400 dólares mensuales	

<b>5. ¿Cuál es su nivel de estudios máximo alcanzado?</b>	5.1. Primaria	
	5.2. Secundaria	
	5.3 Estudios universitarios o tecnológicos	
	5.4 Posgrado.	
Especificar el último año que cursó.		

<b>6. Lugar de procedencia:</b>	6.1 Costa.		6.3 Sierra	
	6.2 Oriente		6.4 Región Insular	

Especificar la ciudad: .....

<b>7. Lugar de residencia:</b>	7.1 Costa.		7.2 Sierra	
	7.3 Oriente		7.4 Región Insular	



Especificar la ciudad: .....

**B. Preguntas relacionadas con el consumo de sustancias.**

<b>8. ¿Qué tipo de sustancias consume?</b>  Puede señalar varias respuestas.	8.1 Alcohol	
	8.2 Tabaco	
	8.3 Marihuana	
	8.4 Cocaína	
	8.5 Heroína	
	8.6 LSD	
	8.7 Fármacos	
	8.8 Otros: Especificar cuáles	

<b>9. ¿Con qué frecuencia ha consumido sustancias en los últimos 6 meses antes de ingresar al centro?</b>	9.1 Todos los días		9.4 Rara vez	
	9.2 Una o dos veces a la semana		9.5 Nunca	
	9.3 Una o dos veces al mes			

<b>10. ¿A qué edad consumió por primera vez?</b>	
--	--

<b>11. ¿Cuántas veces ha sido ingresado en un Centro de Rehabilitación?</b>	11.1. Una vez		11.2 Dos veces	
	11.3 Tres veces		11.4 Cuatro veces o más.	

<b>12. ¿En cuántas ocasiones ha terminado un proceso de internamiento en un Centro de Rehabilitación?</b>	12.1 Una ocasión		12.2 Dos ocasiones	
	12.3 Tres ocasiones		12.4 Cuatro ocasiones o más.	

Especificar cuántas veces.....

Una recaída se define como un regreso a los patrones de comportamiento y pensamiento típicos de la adicción activa, que conllevan el volver nuevamente al consumo de la o las sustancias, situaciones que ya se habían superado (abstinencia).

Especificar cuántas.....

<b>13. Tomando en cuenta esta definición, ¿cuál es el número de recaídas que usted ha tenido, sin que esto involucre necesariamente un proceso de internamiento?</b>	13.1 Una vez		13.2. Dos veces	
	13.3 Tres veces		13.4 Cuatro veces o más.	



## Anexo 2.

### Escala de Autoeficacia General

Indique en qué grado está de acuerdo o en desacuerdo con las siguientes afirmaciones, acorde la siguiente escala: **1 = Nunca; 2 = Pocas veces; 3 = Muchas veces; 4 = Siempre**

	1 Nunca	2 Pocas veces	3 Muchas veces	4 Siempre
1. A pesar de los obstáculos yo puedo encontrar las maneras de obtener lo que quiero				
2. Yo enfrento problemas graves si me esfuerzo lo suficiente				
3. Es fácil mantenerme en mis metas hasta alcanzarlas				
4. Me siento seguro de poder enfrentar eficazmente situaciones inesperadas				
5. Gracias a mis cualidades personales yo puedo enfrentar situaciones inesperadas				
6. Yo puedo mantener la calma cuando estoy en problemas porque confío en mis habilidades para enfrentarlos				
7. Venga lo que venga, por lo general soy capaz de manejarlo				
8. Yo puedo resolver la mayoría de los problemas si me esfuerzo lo necesario				
9. En una situación difícil, generalmente se me ocurre lo que debo hacer				
10. Cuando me enfrento a un problema, generalmente encuentro varias soluciones				

**¡Gracias!**



**Anexo 3**

**Consentimiento FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Título de la investigación: **Autoeficacia en pacientes drogodependientes internados en centros de rehabilitación de los cantones Paute y Dèleg durante el periodo marzo-julio 2020**

Datos del equipo de investigación:

	Nombres completos	# de cedula	Institución a la que pertenece
Investigador Principal	Wendy Lizbeth Michay Valarezo	1105377061	Universidad de Cuenca
Investigador Principal	Jhoana Jenmina Pillaga Cuesta	0106653520	Universidad de Cuenca

<b>¿De qué se trata este documento?</b>
<p>Estimado usuario, usted está invitado(a) a participar en este estudio denominado: <i>"Autoeficacia en pacientes drogodependientes internados en centros de rehabilitación de los cantones Paute y Dèleg durante el periodo marzo-julio 2020"</i>.</p> <p>En este documento llamado "consentimiento informado" se explica las razones por las que se realiza el estudio, cuál será su participación y si acepta la invitación. También se explica los posibles riesgos, beneficios y sus derechos en caso de que usted decida participar. Después de revisar la información en este Consentimiento y aclarar todas sus dudas, tendrá el conocimiento para tomar una decisión sobre su participación o no en este estudio.</p>
<b>Introducción</b>
<p>La drogodependencia es considerada una problemática significativa a nivel mundial debido al incremento en sus niveles de consumo, como afirma Muñoz (2019) durante el año 2016 al menos 275 millones de personas de entre 15 y 64 años han consumido drogas al menos por una ocasión, implica un vínculo patológico con la sustancia. el estudio de diversos factores que se encuentran influenciando en las conductas de consumo, proponen a la autoeficacia como un recurso protector, la cual según Bandura Baessler y Schwarner (1996) debe entenderse como un sentimiento de confianza en las capacidades propias para manejar específicamente los dispositivos estresores de la vida. López, Salvador, Verdejo y Cobo (2002) afirman que las personas con niveles bajos de autoeficacia podrían ir en contra de la utilización de habilidades de afrontamiento adecuadas en una situación estresora, vinculándose así con conductas de riesgo para la salud, como por ejemplo el consumo de sustancias. Es decir, que el consumo sería una consecuencia de un déficit de autoeficacia, situación que se ha considerado como problemática concreta del presente estudio.</p>
<b>Objetivo del estudio</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Determinar la relación entre los niveles de autoeficacia y variables sociodemográficas de pacientes drogodependientes internados en centros de rehabilitación del cantón Paute y Dèleg.</li> </ul>
<b>Descripción de los procedimientos</b>
<p>La población de referencia para realizar la investigación estará conformada por 75 personas, hombres mayores de 18 años internados en centros de rehabilitación, dentro de los cuales 45 pertenecen al centro ubicado en el cantón Paute y los otros 30 al cantón Dèleg.</p> <p>En la investigación propuesta los instrumentos se aplicarán de manera impresa y a cada participante se le solicita llenar dos instrumentos: la Escala de Autoeficacia General creada por Baessler y Schwarcer, la cual consta de 10 ítems con formatos de respuesta de escalas de tipo Likert y se basa en el concepto de expectativa de autoeficacia definida por Albert Bandura, que hace referencia al sentimiento de confianza en las capacidades propias para manejar los estresores y para realizar la correlación de las distintas variables, se formuló una ficha sociodemográfica compuesta en su mayoría de preguntas cerradas. El proceso de evaluación individual tendrá una duración aproximada entre 10 a 20 minutos.</p>
<b>Riesgos y beneficios</b>
<p>Durante el proceso de participación se pueden presentar algunos riesgos que están ligados a las esferas: emocional y/o psicológica. Además, usted debe conocer que, en caso de ser necesario, podría existir riesgo de quebranto de la confidencialidad. Estas situaciones se explican a continuación en el apartado de Derechos de los Participantes. los</p>



<p>beneficiarios directos de esta investigación serán los pacientes ya que la identificación de dichos niveles permitirá desarrollar a futuro planes de tratamiento efectivos para enfrentar esta problemática; mientras que los beneficiarios indirectos vendrían a ser la familia de los pacientes, como la sociedad en general.</p>										
<p><b>Otras opciones si no participa en el estudio</b></p>										
<p>Los instrumentos presentan situaciones que pueden acarrear sentimientos de incomodidad al momento de contestar, ante lo cual usted está en total libertad de NO RESPONDER y retirarse del proceso cuando usted lo considere necesario.</p>										
<p><b>Derechos de los participantes</b> <i>(debe leerse todos los derechos a los participantes)</i></p>										
<p>Usted tiene derecho a:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Recibir la información del estudio de forma clara;</li> <li>2) Tener la oportunidad de aclarar todas sus dudas;</li> <li>3) Tener el tiempo que sea necesario para decidir si quiere o no participar del estudio;</li> <li>4) Ser libre de negarse a participar en el estudio, y esto no traerá ningún problema para usted;</li> <li>5) Ser libre para renunciar y retirarse del estudio en cualquier momento;</li> <li>6) Recibir cuidados necesarios si hay algún daño resultante del estudio, de forma gratuita, siempre que sea necesario;</li> <li>7) Tener acceso a los resultados de las pruebas realizadas durante el estudio, si procede;</li> <li>8) El respeto de su anonimato (confidencialidad);</li> <li>9) Que se respete su intimidad (privacidad);</li> <li>10) Recibir una copia de este documento, firmado y rubricado en cada página por usted y el investigador;</li> <li>11) Tener libertad para no responder preguntas que le molesten;</li> <li>12) Estar libre de retirar su consentimiento para utilizar o mantener el material biológico que se haya obtenido de usted, si procede;</li> <li>13) Contar con la asistencia necesaria para que el problema de salud o afectación de los derechos que sean detectados durante el estudio, sean manejados según normas y protocolos de atención establecidas por las instituciones correspondientes;</li> <li>14) Usted no recibirá ningún pago ni tendrá que pagar absolutamente nada por participar en este estudio.</li> </ol>										
<p><b>Información de contacto</b></p>										
<p>+Si usted tiene alguna pregunta sobre el estudio por favor llame a los siguientes teléfonos que pertenecen a las investigadoras, o envíe un correo electrónico.</p> <table border="0"> <tr> <td>Nombre: Wendy Michay V.</td> <td>Nombre: Jhoana Pillaga C.</td> </tr> <tr> <td>Correo: wendy.michay@ucuenca.edu.ec</td> <td>Correo: jenmina.pillagac@ucuenca.edu.ec</td> </tr> <tr> <td>Teléfono: 072555152</td> <td>Teléfono: 074183100</td> </tr> <tr> <td>Celular: 0967339999</td> <td>Celular: 0999069191</td> </tr> </table>			Nombre: Wendy Michay V.	Nombre: Jhoana Pillaga C.	Correo: wendy.michay@ucuenca.edu.ec	Correo: jenmina.pillagac@ucuenca.edu.ec	Teléfono: 072555152	Teléfono: 074183100	Celular: 0967339999	Celular: 0999069191
Nombre: Wendy Michay V.	Nombre: Jhoana Pillaga C.									
Correo: wendy.michay@ucuenca.edu.ec	Correo: jenmina.pillagac@ucuenca.edu.ec									
Teléfono: 072555152	Teléfono: 074183100									
Celular: 0967339999	Celular: 0999069191									
<p><b>Consentimiento informado</b></p>										
<p>Comprendo mi participación en este estudio. Me han explicado los riesgos y beneficios de participar en un lenguaje claro y sencillo. Todas mis preguntas fueron contestadas. Me permitieron contar con tiempo suficiente para tomar la decisión de participar y me entregaron una copia de este formulario de consentimiento informado. Acepto voluntariamente participar en esta investigación.</p>										

_____	_____	_____
Nombres completos del/a participante	Firma del/a participante	Fecha
_____	_____	_____
Nombres completos del/a investigador/a	Firma del/a investigador/a	Fecha
_____	_____	_____
Nombres completos del/a investigador/a	Firma del/a investigador/a	Fecha

Si usted tiene preguntas sobre este formulario puede contactar al Dr. José Ortiz Segarra, Presidente del Comité de Bioética de la Universidad de Cuenca, al siguiente correo electrónico: jose.ortiz@ucuenca.edu.ec



**Anexo 4.**

*Matriz de correlaciones inter-elementos del test de Autoeficacia*

	Preg. 1	Preg. 2	Preg. 3	Preg. 4	Preg. 5	Preg. 6	Preg. 7	Preg. 8	Preg. 9	Preg. 10
Preg. 1	1.000	.43	.43	.31	.26	.45	.32	.46	.34	.41
Preg. 2	.43	1.000	.45	.30	.27	.26	.38	.42	.37	.58
Preg. 3	.43	.45	1.000	.69	.55	.57	.60	.66	.15	.39
Preg. 4	.31	.30	.69	1.000	.55	.47	.52	.32	.15	.22
Preg. 5	.26	.27	.55	.55	1.000	.39	.33	.45	.41	.21
Preg. 6	.45	.26	.57	.47	.39	1.000	.51	.48	.05	.45
Preg. 7	.32	.38	.60	.52	.33	.51	1.000	.56	.22	.63
Preg. 8	.46	.42	.66	.32	.45	.48	.56	1.000	.18	.40
Preg. 9	.34	.37	.15	.15	.41	.05	.22	.18	1.000	.19
Preg. 10	.41	.58	.39	.22	.21	.45	.63	.40	.19	1.000

**Fuente:** Encuesta a pacientes drogodependientes internados en centros de rehabilitación de los cantones Paute y Déleg, durante el periodo marzo - julio 2020.

**Elaboración:** Autoras.

**Anexo 5.**

*Test de asociación entre el nivel de autoeficacia y variables sociodemográficas.*

Variables	Tipo de Estadístico	Coefficiente de correlación	Sig. (bilateral)	N
Escala Autoeficacia * Rango edad	Rho de Spearman	0.07	0.62	50
Escala Autoeficacia * Estado civil	Tau_b de Kendall	-0.007	0.95	50
Escala Autoeficacia * Etnia	Tau_b de Kendall	0.01	0.89	50
Escala Autoeficacia * Ingresos mensuales	Rho de Spearman	0.26	0.06	50
Escala Autoeficacia * Nivel de estudios alcanzado	Rho de Spearman	-0.02	0.86	50
Escala Autoeficacia * Lugar de residencia	Tau_b de Kendall	0,27*	0.02	50
	Rho de Spearman	0,33*	0.01	50

**Fuente:** Encuesta a pacientes drogodependientes internados en centros de rehabilitación de los cantones Paute y Déleg, durante el periodo marzo - julio 2020.

**Elaboración:** Autoras.



**Anexo 6.**

Pruebas de normalidad y elección de test para diferencia de medias entre el nivel de autoeficacia y variables sociodemográficas.

	Categorías	Puntaje de la escala de autoeficacia			Prueba de normalidad: Shapiro-Wilk		Decisión de test de diferencia de medias
		Media	Desv. típ.	N	Estadístico	Sig.	
Autoeficacia * Rango edad	18 a 35 años	28.68	6.29	34	.96	.38	Prueba T para muestras independientes, hay normalidad en todas las poblaciones.
	36 a 65 años	29.44	7.05	16	.96	.68	
Autoeficacia * Estado civil	Sin compromiso	28.87	7.08	30	.97	.68	Prueba T para muestras independientes, hay normalidad en todas las poblaciones.
	Con compromiso	29.00	5.63	20	.97	.75	
Autoeficacia * Etnia	Mestizo	28.93	6.41	45	.97	.50	Prueba T para muestras independientes, hay normalidad en todas las poblaciones.
	Otros	28.80	7.91	5	.90	.42	
Autoeficacia * Ingresos mensuales	Ninguno	25.93	7.79	14	.96	.73	Prueba ANOVA, hay normalidad en todas las poblaciones.
	Ingresos inferiores a 400 dólares mensuales	30.50	4.03	8	.92	.46	
	Ingresos de 400 dólares mensuales	27.92	5.10	13	.92	.31	
	Ingresos superiores a 400 dólares mensuales	31.73	6.36	15	.91	.15	
Autoeficacia * Nivel de estudios alcanzado	Ninguno	34.67	5.13	3	.94	.56	Prueba no paramétrica de Kruskal-Wallis, no se puede probar normalidad en todas las poblaciones.
	Primaria	27.87	7.61	15	.94	.44	
	Secundaria	28.48	6.33	25	.94	.24	
	Estudios universitarios o tecnológicos	30.29	4.03	7	.71	.005	
Autoeficacia * Lugar de residencia	Sierra	28.02	6.42	42	.98	.75	Prueba T para muestras independientes hay normalidad en todas las poblaciones.
	Otras regiones	33.63	4.74	8	.94	.67	



**Fuente:** Encuesta a pacientes drogodependientes internados en centros de rehabilitación de los cantones Paute y Déleg, durante el periodo marzo - julio 2020.

Como podemos observar, en la relación entre el nivel de autoeficacia\* ingresos mensuales se aplica la prueba ANOVA de un factor, ya que con un nivel de confianza del 95%, se acepta la hipótesis nula de normalidad de varianzas en cada una de las poblaciones (sig.>0.05). En los casos, nivel de autoeficacia\*rango de edad, nivel autoeficacia\*estado civil, nivel de autoeficacia\*etnia, nivel de autoeficacia\*lugar de residencia se aplica la prueba T para dos muestras independientes, ya que al igual que en el caso anterior, las dos poblaciones se distribuyen normalmente (sig.>0.05). Por el contrario, en el último caso, nivel autoeficacia\*nivel de estudios alcanzados, es necesario aplicar la prueba no paramétrica de Kruskal-Wallis, ya que con un nivel de confianza del 95% no todas las poblaciones se distribuyen normalmente (sig.<0.05).

**Anexo 7.**

Estadísticos de las pruebas de diferencia de medias entre el nivel de autoeficacia y variables sociodemográficas.

	Prueba de homogeneidad de varianzas		ANOVA de un factor: Inter-grupos			
	Estadístico de Levene	Sig.	Suma de cuadrados	F	gl	Sig.
Autoeficacia * Ingresos mensuales	2.33	.086	276.89	2.38	3	.082
	Prueba de homogeneidad de varianzas		Prueba T para muestras independientes			
	Estadístico de Levene	Sig.	Diferencia de medias	t	gl	Sig
Autoeficacia * Rango edad	0.002	.96	-0.76	-0.38	48	.70
Autoeficacia * Estado civil	1.14	.29	-0.13	-0.07	48	.94
Autoeficacia * Etnia	.097	.757	0.13	0.04	48	.96
Autoeficacia * Lugar de residencia	1.47	.230	-5.60	-2.34	48	.024
Kruskal-Wallis- Estadísticos de contraste						
	Chi-cuadrado	gl	Sig. asintót.			
Autoeficacia * Nivel de	3.230	3	.358			



estudios  
alcanzado

**Fuente:** Encuesta a pacientes drogodependientes internados en centros de rehabilitación de los cantones Paute y Déleg, durante el periodo marzo - julio 2020.

**Elaboración:** Autoras.

Al realizar las pruebas respectivas para determinar si existe diferencia de medias en cada una de las relaciones del nivel de autoeficacia y las variables sociodemográficas, encontramos que con un nivel de confianza del 90%, hay diferencias estadísticamente significativas entre las medias de autoeficacia de los pacientes con diferentes niveles de ingresos mensuales, ya que se está rechazando la hipótesis nula ( $H_0$ ) de que la medias de autoeficacia sean iguales en cada una de las categorías de los ingresos mensuales ( $\text{sig.}=0.082<0.10$ ); así mismo, con un nivel del confianza del 95% se encuentra que hay diferencias estadísticamente significativas entre los niveles de autoeficacia de los pacientes por lugar de residencia ( $\text{sig.}= 0.02<0.05$ ); en estos dos únicos casos las comparaciones diferenciales entre medias son válidas estadísticamente.

**Anexo 8.** Test de asociación entre el nivel de autoeficacia y variables de incidencia y reincidencia en el consumo de drogas.

Variables	Tipo de Estadístico	Coefficiente de correlación	Sig. (bilateral)	N
Escala Autoeficacia * Frecuencia de consumo	Rho de Spearman	0.33*	0.01	50
Escala Autoeficacia * Número de ingresos	Rho de Spearman	-0.01	0.90	49
Escala Autoeficacia * Número de recaídas	Rho de Spearman	-0.17	0.22	50
Escala Autoeficacia * Tratamientos terminados	Rho de Pearson	0.004	0.97	50

**Fuente:** Encuesta a pacientes drogodependientes internados en centros de rehabilitación de los cantones Paute y Déleg, durante el periodo marzo - julio 2020.

**Elaboración:** Autoras.