

AUTOEFICACIA Y CONSUMO DE DROGAS: UNA REVISIÓN

Francisca López-Torrecillas¹, María del Mar Salvador,
Antonio Verdejo y Pablo Cobo
Universidad de Granada

Resumen

En el presente estudio, se revisan las principales aportaciones del concepto de autoeficacia a la investigación de conductas adictivas. Se resalta la relevancia del papel de la autoeficacia en el inicio de la conducta de consumo, en el curso del tratamiento y en el mantenimiento de la abstinencia y la prevención de recaídas. Los estudios que relacionan la autoeficacia con el consumo de sustancias adictivas son agrupados en función de su vinculación con los principales modelos explicativos de su influencia. De acuerdo con el modelo de Bandura (1977), la creencia de ser capaz de superar la tentación de consumir influye en el resultado del tratamiento al condicionar la actitud y la actuación del drogodependiente ante éste, mientras que los estudios derivados de la idea de que la autoeficacia es específica de las situaciones (Annis, 1982), sugieren que son las creencias de la propia habilidad para resistirse a la conducta adictiva en situaciones específicas las que determinan el inicio de la conducta de consumo y el pronóstico de tratamiento.

PALABRAS CLAVE: *Autoeficacia, consumo de drogas.*

Abstract

The main contributions made by the concept of self efficacy to the study of addictive behaviors are reviewed in the present study. The role of self efficacy with respect to first use, course of treatment, maintenance of abstinence and relapse prevention is highlighted. Studies relating self efficacy to substance abuse are grouped together based on their association to the major theoretical models explaining its influence. According to Bandura's model (1977), the belief in being able to overcome the urge to use affects treatment outcome by conditioning the addict's attitude and behavior towards it. On the other hand, other studies, derived from the idea that self efficacy is specific to situations (Annis, 1982), suggest that it is the person's belief in his/her own ability to refrain from addictive behaviors in specific situations which determines consumption and treatment prognosis.

KEY WORDS: Self efficacy, substance abuse.

¹ *Correspondencia:* Francisca López-Torrecillas. Dpto. Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico. Facultad de Psicología. Universidad de Granada, Campus Universitario de Cartuja s/n, 18071 Granada. E-mail: fcalopez@platon.urg.es

Introducción

La teoría del aprendizaje social (Bandura, 1969) redenominada actualmente, teoría cognitiva social (Bandura 1986), propone el concepto de autoeficacia como un componente central de la misma y como el elemento explicativo más importante relacionado con la adquisición, mantenimiento y cambio de la conducta (Bandura, 1995), sin embargo, esta teoría asume la importancia del condicionamiento clásico, así como la del operante y del vicario y que todos ellos pueden estar modulados por el proceso cognitivo de la autoeficacia.

Bandura, mediante su concepto de autoeficacia, trata de integrar el concepto de cognición dentro de la modificación de conducta, ya que a través de una adecuada evaluación, la autoeficacia puede servir para guiar y predecir la conducta (Bandura, 1982), es decir, elabora una teoría en la que los eventos inobservables (ej. juicios cognitivos de autoeficacia) son postulados como causales de la ejecución conductual y desarrolla un modo objetivo de evaluarlos, haciendo que ellos sean conductas observables.

La teoría de la autoeficacia tiene como núcleo central las percepciones que tienen los individuos de su capacidad de actuar. La autoeficacia percibida afecta a los propios niveles de motivación y de logro del individuo a través de su capacidad para afrontar los cambios de vida. Esta teoría se basa en la distinción conceptual realizada por Bandura (1977) entre expectativas de eficacia y expectativas de resultados:

a) La expectativa de eficacia sería la convicción de que uno puede ejecutar con éxito una conducta para producir determinados resultados. En este sentido, la autoeficacia o las percepciones sobre autoeficacia, son juicios personales, creencias sobre nuestras propias capacidades en relación a experiencias de dominio de situaciones. De este modo, la autoeficacia se igualaría con “control personal”. Se puede definir como la expectativa de que la conducta de “enfrentamiento” o el “automanejo” se pueden iniciar con buenos resultados. Las expectativas de eficacia se pueden escribir como reglas estructurales profundas que subyacen a la conducta defensiva y de miedo;

b) Las expectativas de resultado serían las estimaciones hechas por una persona respecto a que ciertas conductas van a conducirla a determinados resultados.

Estas dos variables son distintas y tienen un único valor predictivo (Cervone y Scott, 1995). La mayoría de los resultados que se han obtenido en las investigaciones apuntan a que la autoeficacia percibida contribuye claramente a la ejecución, más allá de los efectos de las expectativas de resultado. Aunque ambas giran alrededor de los resultados, se deben diferenciar, puesto que una persona puede creer que seguir un curso de acción determinado, producirá ciertos resultados, pero se inhibirá en su acción desde el momento que piense que carece de habilidades necesarias para ejecutarlas.

Las expectativas de autoeficacia determinan, en gran medida, la elección de las actividades, el esfuerzo y la persistencia en las actividades elegidas, los patrones de pensamiento y las respuestas emocionales. La ineficacia percibida para afrontar situaciones aversivas producirá ansiedad, mientras que la ineficacia percibida para conseguir resultados apetecidos, que otros son capaces de alcanzar, producirá depresión.

Sin embargo, una elevada autoeficacia no es condición suficiente para una actuación elevada, ya que han de poseerse, además, las habilidades, los incentivos y los recursos materiales necesarios para actuar.

En relación a las habilidades de afrontamiento, Bandura (1982), señala que si se tienen las habilidades necesarias suficientemente desarrolladas y uno se percibe a sí mismo como competente, se realizará el esfuerzo necesario para afrontar con éxito situaciones que entrañan dificultad. Si por el contrario, las expectativas de eficacia del individuo son muy bajas, un simple fracaso en la ejecución, puede llevarle a reducir, aún más, sus expectativas y abandonar los intentos necesarios de esfuerzo para iniciar y mantener su conducta.

En esta misma línea, Marlatt (1985), señala que el efecto de las expectativas depende de la valoración cognitiva de la información que haga el sujeto, es decir, si el individuo atribuye el éxito conseguido de una determinada tarea a su propia habilidad, generará mayores expectativas de autoeficacia que si lo atribuye a la suerte o a una ayuda externa. De la misma manera, si realiza con éxito una tarea que él considera de poca dificultad, las expectativas de autoeficacia serán inferiores a las que generará ante el éxito en una tarea de mayor dificultad. El esfuerzo que deberá realizar el sujeto también es un factor importante a la hora de percibirse ineficaz, cuanto menor sea el esfuerzo percibido para la realización de una tarea, mayor será la expectativa de autoeficacia generada ante la misma.

Bandura (1986), utiliza indistintamente las expresiones de expectativas de eficacia, autoeficacia y expectativas de autoeficacia para referirse a las creencias sobre las propias capacidades. Y las de expectativas de resultados y expectativas de acción-resultados para referirse a las creencias acerca de la relación entre las acciones y los eventos del entorno. En una determinada situación, las expectativas de autoeficacia de un sujeto pueden variar en tres dimensiones que poseen importantes implicaciones para la ejecución: la magnitud, la generalidad, y la fuerza, (Bandura, 1977):

- Difieren en magnitud: las personas pueden percibirse con una gran eficacia ante una tarea sencilla y reducir progresivamente esta percepción a medida que aumenta la complejidad de la tarea.
- Difieren en su generalidad: las expectativas generadas en una situación determinada, se pueden extender a otras situaciones similares.
- Difieren en cuanto a la fuerza: sujetos con percepciones fuertes tardan más en darse por vencidos ante situaciones en las cuales tienen unas expectativas de autoeficacia elevada que sujetos con unas expectativas de autoeficacia baja que no serán tan persistentes.

El supuesto central de esta teoría es que los procedimientos de intervención psicológicos, cualquiera que sea su forma, actúan como instrumentos que modifican la autoeficacia. El cambio en la autoeficacia, a su vez, determina el cambio conductual. Los distintos procedimientos psicológicos actúan sobre la autoeficacia a través de cuatro “fuentes de información”.

La primera de estas cuatro fuentes son los logros de ejecución que se basan en las experiencias reales. El éxito produce un aumento en las expectativas positivas de eficacia, mientras que el fracaso las disminuye. La influencia del fracaso en la autoeficacia va a depender, en parte, del momento y del patrón de experiencias en las que se da el fracaso. Así el éxito repetido reduce la influencia del fracaso, mientras que repetidos fracasos anulados por esfuerzos posteriores, pueden reforzar la persistencia automotivada al darse cuenta la persona, por experiencia, que incluso los obstáculos más difíciles pueden superarse con un esfuerzo continuado. Una vez establecida la autoeficacia, tiende a generalizarse a otras situaciones (Bandura, Jeffery y Gajdos, 1975).

La segunda es la experiencia vicaria, que se produce mediante la observación o la imaginación de que otras personas similares afrontan con éxito diferentes situaciones, aumentándose la percepción de eficacia del observador, llegando a persuadirse de que “si él puede yo también”. La información que se deriva de esta fuente altera la autoeficacia percibida, porque nos informa sobre la naturaleza y la predictibilidad de los acontecimientos ambientales. Aunque las experiencias vicarias no tienen tanta fuerza como las experiencias directas, son capaces de producir cambios significativos y duraderos mediante su efecto en el rendimiento.

La tercera es la persuasión verbal, que trata de hacer creer a la gente mediante la sugestión verbal que puede manejar adecuadamente lo que le da miedo. Las expectativas de autoeficacia creadas aquí son mucho más débiles que las anteriores, ya que no ofrecen auténticas experiencias al sujeto en las que basar la información que se le proporciona.

La cuarta, es el arousal emocional, que ofrece información sobre la propia competencia. Un alto nivel de activación disminuye el rendimiento, así el sujeto se percibirá más eficaz cuando los niveles de activación se mantengan dentro de unos niveles normales. El incremento de la activación emocional dificulta la ejecución, por lo que la persona que lo experimenta cree que es poco competente, disminuyendo así sus expectativas de autoeficacia.

Finalmente, subrayar que no es el cambio conductual el que produce directamente las percepciones de autoeficacia, sino que son las interpretaciones cognitivas, mediadas por las distintas modalidades, las que, en última instancia, determinan el juicio del sujeto sobre su propia habilidad, por lo que se convierte de esta forma a la autoeficacia en un proceso cognitivo, que nos permite entender el cambio y los mecanismos que operan en él.

La teoría de la autoeficacia presenta tres ventajas que es necesario resaltar. La primera es que estamos refiriéndonos a una teoría amplia e integradora, que se puede articular bien en otras teorías como la teoría de Beck o la de Meichenbaum; es comprobable, ya que las expectativas se miden con independencia de la ejecución; propone expectativas específicas y nos ofrece índices útiles de hasta qué punto experiencias de aprendizaje se han procesado cognitivamente y son utilizadas por un individuo para predecir su conducta futura (Goldfried y Robins, 1983). La segunda es que permite predecir como los juicios de autoeficacia, correctos o incorrectos, van a influir en la elección de actividades y de estímulos ambientales, así como cuanto esfuerzo

pondrá una persona para conseguir algo, y durante cuanto tiempo lo mantendrá, a pesar de las experiencias adversas y obstáculos que encuentre (Bandura, 1982). La tercera es que se puede aplicar en áreas tan diversas como el rendimiento académico y deportivo, conducta interpersonal, conductas adictivas, etc. (Bandura, 1995).

De acuerdo con Schippers (1991), la teoría del aprendizaje social como teoría explicativa integradora del consumo de sustancias psicoactivas considera 5 postulados básicos que son aplicables tanto al inicio como al mantenimiento, abandono y recaída de las conductas adictivas. El primero consiste en que la conducta adictiva está mediada por las cogniciones, compuestas de expectativas, que son creencias sobre los efectos de la conducta de consumo; el segundo, considera que estas cogniciones están acumuladas en el curso del desarrollo a través de la interacción social y de las experiencias con los efectos farmacológicos –directos- e interpersonales –indirectos- de la conducta de consumo; el tercero, señala que los principales determinantes del consumo son los significados funcionales unidos a la conducta de consumo en relación con la eficacia esperada de conductas alternativas; el cuarto, sostiene que los hábitos de consumo se desarrollan en el sentido de que cada episodio de consumo puede exacerbar la formación del hábito por el aumento del estrés y por limitar las opciones alternativas de conducta; finalmente, el quinto, especifica que la recuperación depende del desarrollo de habilidades de afrontamiento alternativas.

La teoría que Bandura (1969) explica tanto la conducta de no consumo como la de consumo recreacional y abusivo. La conducta de consumo se adquiere y mantiene por modelado, refuerzo social, efectos anticipatorios de la droga, experiencia directa de sus efectos como refuerzos o castigos y dependencia física. Algunos determinantes importantes son los eventos vitales estresantes, presiones, el trabajo, la familia, el papel de las redes sociales y el apoyo social que tiene el sujeto. Considera que estos factores varían a lo largo del tiempo así como su influencia de un individuo a otro. La importancia del modelado ha sido constatada en diversos trabajos, en los que se analizan diferentes factores como el contexto de consumo (Collins y Marlatt, 1981), el sexo de los sujetos (Lied y Marlatt, 1979) o la historia de consumo (Lied y Marlatt, 1979; Collins, Park y Marlatt, 1985).

La decisión última de consumir o no, está en función de las expectativas de autoeficacia y de resultado que tiene la persona en el contexto situacional en que se encuentra. Son los factores cognitivos los que modulan todas las interacciones persona-ambiente. Los efectos anticipados de una conducta son los que parecen importantes a la hora de determinar si esta conducta se realiza o no. Existen algunos autores como Brown (1985) o McAndrew y Edgerton (1969) que han observado el papel concreto de las expectativas de resultado positivo en relación con el consumo de drogas y sus efectos sobre la conducta. Por otro lado, Marlatt y Gordon (1985) estudiaron de manera muy precisa los factores cognitivos-conductuales implicados en la recaída. Si un individuo es capaz de mantener la abstinencia durante un periodo prolongado -entre 3 y 6 meses-, es posible que experimente una sensación de control personal sobre la drogodependencia (autoeficacia), y cuanto más largo sea ese periodo mayor la percepción de autocontrol. Este autocontrol va a continuar hasta que se encuentre con una situación de alto riesgo,

que si es capaz de manejar adecuadamente, generará un aumento de su autoeficacia personal y la probabilidad de la recaída disminuirá. Tanto las expectativas de autoeficacia como de las de resultado, median en la habilidad de una persona para afrontar situaciones de alto riesgo. Dichas expectativas están influidas por creencias sociales y culturales, por la autoestima del individuo, por factores ambientales y por el condicionamiento del deseo. La recaída va a ser más probable si anticipa unos efectos positivos de la sustancia, basados en la historia previa de consumo, y descarta los efectos negativos a largo plazo. Las expectativas de las consecuencias positivas son el determinante del uso del alcohol y de otras sustancias (Marlatt, 1987; Marlatt y Rosenhow, 1980).

Así pues, la autoeficacia puede introducirnos en una conducta adictiva así como prevenir su aparición, dependiendo de las metas y de las expectativas de resultados personales. Si los jóvenes creen que beber o consumir otro tipo de sustancias les proporciona ventajas importantes para ellos, la autoeficacia se dirige a las conductas necesarias para experimentar o iniciar el hábito, pero en el caso de que quieran abandonar el hábito, si perciben que el consumo les proporciona ventajas importantes para ellos, se pone en peligro la eficacia relativa a la propia habilidad para abandonarlo. Los conflictos de este tipo, entre iniciarse en el consumo o no, o entre abandonar o no abandonar, caracterizan de forma única el problema de la conducta adictiva (Marlatt, Baer y Quigley, 1995).

Diclemente, Fairhurst y Piotrowski (1995) destacan el papel de la autoeficacia percibida sobre las conductas adictivas. Describen cinco tipos de auto-valoraciones de eficacia. La primera es la *autoeficacia de manejo*, referida a la confianza en la propia habilidad para manejar satisfactoriamente situaciones específicas como resistirse a las presiones de los amigos para consumir sustancias o hablar con alguien cuando se está emocionalmente angustiado en lugar de emplear una sustancia adictiva; la segunda es la *autoeficacia para la conducta de tratamiento*, referida a la confianza del sujeto en su habilidad para ejecutar las tareas requeridas con el fin de lograr el cambio personal, por ejemplo, la automonitorización; la tercera, la *autoeficacia de recuperación*, relativa a los juicios de la capacidad para recuperarse de las recaídas y los lapsos; la cuarta, la *autoeficacia de control*, relativa a la capacidad percibida para controlar o moderar la conducta adictiva, por ejemplo, evitar el consumo excesivo de alcohol y la quinta, la *autoeficacia de abstinencia*, relativa a las propias capacidades percibidas para abstenerse del consumo de sustancias adictivas.

Marlatt, Baer y Quigley (1995), partiendo de la taxonomía de Diclemente (1995) proponen cinco categorías de creencias de eficacia. Su tipología incluye la autoeficacia tanto para el inicio como para la modificación de las conductas adictivas.

La primera categoría que se establece en la fase de inicio, es la *autoeficacia de resistencia* referida a la propia habilidad percibida para resistirse a la presión de beber o consumir drogas (Hays y Ellickson, 1990; Rohrbach, Graham, Hansen y Flay, 1987). La investigación ha demostrado que puntuaciones bajas en autoeficacia de resistencia, asociada a las influencias sociales a favor del consumo, predice tanto las intenciones como el consumo real de alcohol, tabaco y otras drogas en los adolescentes (Conrad, Flay

y Hill, 1992; Ellickson y Hays, 1991, 1992; Lawrence y Rubinson, 1986).

La segunda categoría es la *autoeficacia para la reducción del mal*, referida a la eficacia para reducir el riesgo tras el uso inicial. La experimentación inicial con drogas como el alcohol, el tabaco y la marihuana no necesariamente conduce al abuso o a la dependencia de la droga. En el caso del alcohol, el consumo moderado de alcohol es una meta aceptable de reducción del daño (Marlatt, Larimer, Baer y Quigley, 1993).

La tercera es la *autoeficacia de acción*, referida a la confianza en las propias capacidades de alcanzar la meta deseada de la abstinencia o consumo controlado, es decir, estaría relacionada con la fase de modificación de conducta o con el inicio del cambio. En un estudio realizado por Diclemente y Hughes (1990) donde evaluaron la autoeficacia para la abstinencia en el contexto de los estadios de cambio con sujetos alcohólicos, se observó que tanto la autoeficacia para la abstinencia como las tentaciones de beber estaban relacionadas con el estadio de cambio de cada drogodependiente. Los clasificados como no implicados o desanimados en relación al cambio tenían el nivel más bajo de autoeficacia y los niveles más altos de tentaciones.

La cuarta es la *autoeficacia de manejo* referida a la confianza en la propia habilidad para resistirse a la recaída y está relacionada con la fase de mantenimiento. La autoeficacia baja para el manejo de situaciones de alto riesgo se produce a menudo junto con las expectativas de resultados positivos para el consumo de la sustancia. Se ha observado también que la autoeficacia de manejo es un importante predictor de los resultados del tratamiento de adolescentes que abusan de drogas (Myers, Brown y Mott, 1993) y, por último, la quinta es la *autoeficacia de recuperación*, definida como la confianza en la propia habilidad para recuperarse de una recaída. Las reacciones propias ante deslices o recaídas pueden debilitar la eficacia para el mantenimiento a largo plazo. Una reacción debilitadora ante los lapsos es una respuesta atribucional conocida como la violación del efecto de abstinencia (VEA) (Collins y Lapp, 1991; Curry, Marlatt y Gordon, 1987; Ross, Miller, Emmerson y Todt, 1989). Los individuos con esta reacción atribuyen sus lapsos a los factores interpersonales, estables e incontrolables (ej., falta de voluntad o factores de enfermedad que van más allá del propio control individual). Los métodos de prevención de recaídas incluyen procedimientos para fomentar la eficacia de recuperación, en base a suponer que los errores son comunes en el proceso de cambio de hábito y no deberían ser interpretados como una señal de fracaso personal. Como ha señalado Bandura (1991) el éxito se logra normalmente mediante esfuerzos renovados tras los intentos fallidos. Los logros humanos necesitan un sentido resistente de eficacia personal; el éxito requiere un esfuerzo perseverante, de manera que el sentido de la eficacia de las personas no se vea debilitado ante los primeros meses.

Resaltamos ahora la relevancia del papel de la autoeficacia de cambio en el tratamiento y en la prevención de las recaídas en las adicciones. Las derivaciones para el tratamiento de la teoría de la autoeficacia son obvias e importantes, debido a que provee un marco estructurado de intervención con estrategias cognitivas y conductuales flexibles y específicas. El papel de la autoeficacia es de considerable interés en el ámbito de la intervención y en el de la prevención, porque rellena el vacío existente entre la teoría y la práctica. Una vez que se establece una conducta adictiva, el individuo puede

o no puede embarcarse en un intento de cambio. En términos de estadios, propuestos por Prochaska y Diclemente (1992) los individuos que han avanzado desde la fase de precontemplación (no consideran el cambio) hasta la de contemplación están considerando la posibilidad de avanzar a los estadios de preparación y acción de cambio de hábito. La autoeficacia para la acción, que implica la reducción de una conducta adictiva, es un factor crítico que comienza con el compromiso de actuar. La autoeficacia de manejo y la de recuperación son centrales para el estadio de mantenimiento de la modificación de hábitos. La autoeficacia parece así constituir un importante factor en el análisis de la recaída, prediciendo tanto la iniciación como la persistencia en la utilización de las habilidades de afrontamiento, prediciendo que una baja autoeficacia podría ir en contra de la utilización de habilidades de afrontamiento en una situación de riesgo determinada (Annis, 1986; Rollnick y Heather, 1982; Marlatt, 1978; Wilson, 1978). La autoeficacia se asocia significativamente con los esfuerzos por abandonar las conductas adictivas (autoeficacia de acción), el éxito en los intentos iniciales (autoeficacia de manejo) y las recaídas (autoeficacia de recuperación). Los juicios de autoeficacia reflejan logros en el tratamiento, y tales juicios a menudo son predictores significativos de las conductas siguientes, incluso cuando otros predictores están estadísticamente controlados. Sin embargo, los estudios varían en el uso de diferentes escalas de eficacia, en el marco temporal de la predicción conductual, el tipo de predicción conductual y la magnitud de las relaciones observadas.

Las escalas de autoeficacia para el consumo de drogas varían desde un número reducido de ítems (Erickson, Tiffany, Martín y Baker, 1983) hasta las escalas con 100 ítems o más (Annis, 1982). La escala más común es la que evalúa la autoeficacia de manejo que se refiere a la fortaleza o la confianza para evitar el consumo de sustancias en situaciones específicas (Annis, 1982; Colletti, Supnick y Payne, 1985; Condiotte y Lichtenstein, 1981; Diclemente, Prochaska y Gibertini, 1985). Estas escalas se elaboraron presuponiendo que las recaídas están impulsadas por influencias situacionales específicas (Marlatt y Gordon, 1985) y que la confianza en la eficacia de manejo es específica de las situaciones (Bandura, 1977). De esta forma, si las creencias en la propia habilidad para resistirse a la conducta adictiva en situaciones específicas predicen el éxito en el manejo, los sujetos deberían aprender el modo de manejar situaciones de alto riesgo para prevenir las recaídas. Los estudios factoriales analíticos de las escalas de eficacia de manejo revelan un fuerte componente de principio (Baer y Lichtenstein, 1988; Diclemente et al., 1985). De aquí se derivó la idea de que las creencias de eficacia podían no ser específicas para las situaciones. Sin embargo, estudios más recientes han revelado un factor de mayor orden y creencias de eficacia situacional (Velicer, Diclemente, Rossi y Prochaska, 1990). Estas escalas también se han diseñado para evaluar la habilidad percibida para restringir el consumo de sustancias (Fromme et al, 1986; Godding y Glasgow, 1985; Sitharthan y Kavanaugh, 1990; Young, Oei y Crook, 1991) y para mantener la abstinencia en periodos determinados de tiempo (Rychtarik, Prue, Rapp y King, 1992).

Diversos estudios llevados a cabo en el área de las drogodependencias han puesto de manifiesto el papel que desempeña la autoeficacia en el tratamiento y la

evolución del consumidor, y ello por su relación con los deseos de consumo (Annis y Davis, 1988; Annis y Davis, 1989; Curry y Marlatt, 1987; Diclemente, Fairhurst y Piotrowski, 1995; Heather y Robertson, 1989; Litman et al, 1979; Marlatt, 1985; Marlatt, Baer y Quigley, 1995; Rollnick y Heather, 1982; Wilson, 1978). La experimentación de deseos de consumo es una constante a lo largo del tratamiento e incluso tras haberlo finalizado y es uno de los antecedentes más claros de recaída; sin embargo, no es la mera experimentación de tentaciones o deseos lo que conduce a la recaída, sino la creencia de ser capaz de resistirlos lo que influye a que el alcohólico recaiga o no.

De acuerdo con el planteamiento de Bandura (1977), la creencia de ser capaz de superar la tentación de consumir influye en el resultado del tratamiento porque condiciona la actitud y la actuación del drogodependiente ante éste. La autoeficacia favorece la participación activa en el tratamiento, en el afrontamiento adecuado del problema, en el esfuerzo y en la persistencia. Por el contrario, creer que no se es capaz de resistir al deseo de consumir, disuade al intentar de dejar de beber y conduce a la pasividad. Diferentes estudios confirman una relación positiva entre la autoeficacia y la evolución del drogodependiente. Annis y Davis (1988); Burling et al. (1989); Solomon y Annis (1990) encuentran que a medida que el tratamiento transcurre y éste es efectivo, aumenta la autoeficacia. Otros autores como Miller et al. (1989); Ross et al. (1989); Rychtarick et al. (1992); Vielva (1994) observan que la autoeficacia diferencia significativamente a los drogodependientes en función del tiempo de abstinencia, es decir, los que más tiempo se mantienen abstinentes, son los que tienen una mayor autoeficacia. Otros autores como Annis y Davis (1988); Burling et al. (1989); Litman et al. (1977); Rist y Durham (1991); Rychtarick et al. (1992); Solomon y Annis (1990); Sitharthan y Kavanagh (1990); Vielva (1994) demuestran que la autoeficacia discrimina a los alcohólicos que se mantienen abstinentes o consumen de manera moderada de los que recaen en periodos de seguimiento de 6 a 12 meses. Los sujetos que se mantienen abstinentes poseen una mayor autoeficacia en comparación con los sujetos que recaen. Diclemente y Hughes (1990) encuentran que los pacientes más motivados hacia el tratamiento tienen una mayor autoeficacia que los que se muestran indecisos o pasivos hacia el cambio.

Una elevada autoeficacia puede ser un factor de riesgo porque lleva al drogodependiente a confiarse en exceso (Burling et al., 1989) o bien la autoeficacia no diferencia significativamente a los drogodependientes en función del resultado de su tratamiento (García et al., 1991; Mayer y Koeningsmark, 1991). Respecto al primer resultado, la creencia de “tener controlado” el problema puede llevar al drogodependiente a sobreestimar sus capacidades o a subestimar las dificultades con las que se va a encontrar, con el riesgo de recaída. Se recomienda por tanto, que la autoeficacia vaya aumentando conforme el tratamiento evolucione favorablemente y el drogodependiente experimente en la práctica un mayor control sobre las situaciones de riesgo. Tanto el exceso como el déficit en autoeficacia es contraproducente, sobre todo cuando el drogodependiente acaba de iniciar el tratamiento o sufre frecuentes recaídas. En lo que se refiere al segundo resultado, la ausencia de diferencias significativas en autoeficacia

que siguen evoluciones distintas, confirma la tesis sostenida por el modelo biopsicosocial de que tanto para el mantenimiento de la abstinencia como la recaída, depende de la combinación de factores de distinta naturaleza como puede ser la motivación para dejar de beber, nivel de dependencia física, deterioro neuropsicológico, habilidades, etc. Dicha combinación que varía de un alcoholístico a otro (Brownell et al., 1986; Edwards, 1987; Rodríguez-Martos, 1989; Wallace, 1989).

Los estudios que relacionan la autoeficacia con el consumo de drogas, tanto para el inicio del consumo como para el pronóstico de tratamiento, varían en cuanto a la conceptualización de la propia variable autoeficacia. Por un lado, y de acuerdo con el planteamiento de Bandura (1977; 1982; 1986; 1995), la creencia de ser capaz de superar la tentación de consumir alcohol y drogas influye en el inicio del consumo y en el resultado del tratamiento porque condiciona la actitud, la motivación y el esfuerzo del individuo. Las creencias de eficacia no serían específicas para las situaciones, ya que primaría la habilidad percibida por parte del sujeto de su capacidad para conseguir realizar una determinada tarea con éxito. La autoeficacia favorecería el afrontamiento adecuado del problema, la participación activa en el tratamiento, el esfuerzo y la persistencia. Por otro lado, los estudios derivados de la idea de que la autoeficacia es específica de las situaciones (Annis, 1982) sugieren que son las creencias de la propia habilidad para resistirse a la conducta adictiva en situaciones específicas las que determinan el inicio de la conducta de consumo y el pronóstico de tratamiento. Esta segunda perspectiva está relacionada con el concepto de autoeficacia o seguridad de no consumir drogas en una serie de situaciones de alto riesgo, que suele evaluarse mediante el cuestionario de confianza o seguridad situacional en situaciones de riesgo para consumir de Annis y Martín (1985).

Entre los estudios afines al modelo de Bandura (1977; 1982; 1986; 1995) en relación al inicio del consumo, Pentz (1985) mostró que los individuos que perciben baja autoeficacia, tienen un repertorio escaso de conductas incompatibles al consumo de drogas, beben en exceso y tienen la creencia de que el consumo les ayuda a experimentar relajación. Evaluaron autoeficacia y habilidades sociales en un grupo, que habían recibido tratamiento en prevención de consumo de alcohol, teniendo en cuenta otras variables tales como disponibilidad, presión de grupo de iguales para consumir, consumo de amigos y sanciones familiares por consumir. Dichas variables se midieron a los 6 meses y a los 2 años tras finalizar el tratamiento. Se comprobó que los niveles elevados de consumo inicial de alcohol conducen a una disminución en las habilidades sociales y autoeficacia, por lo que el consumo de alcohol se mantiene elevado en el tiempo. De esto se desprende la idea de que niveles iniciales de autoeficacia modulan las habilidades sociales y el consumo de drogas, al igual que el consumo inicial está más relacionado con las habilidades sociales que con el resto de las variables estudiadas.

Baldwin, Oei y Young (1993) realizaron un estudio que corrobora la relación entre autoeficacia y comportamientos dirigidos hacia el control del consumo. Escogen una muestra de 118 estudiantes. Midieron las expectativas de los efectos del alcohol utilizando el Cuestionario de Young y Oei (1990); el consumo de alcohol mediante el Cuestionario de Khavary y Faber (1978) y la autoeficacia según la Escala de Sherer et

al. (1982). Los resultados a los que llegaron son que los sujetos con bajas puntuaciones en autoeficacia, referida a la estrategia para rechazar el consumo de alcohol y a la valoración positiva de las ventajas del consumo (piensan que el alcohol les permite ser más asertivos, estar más relajados y mejorar las relaciones sexuales) consumen más cantidad de alcohol y más frecuentemente que aquellos que tienen puntuaciones más altas en autoeficacia, y no hacen ese tipo de valoraciones positivas acerca del consumo, por lo que tienden a mantener un nivel más bajo de consumo de alcohol tanto en cantidad como en frecuencia.

Por último, Ass, Klepp, Laberg y Leif (1995), examinaron la relación entre la intención para beber (dependiendo de la experiencia previa con el alcohol y la edad), las expectativas de resultado hacia el alcohol y las expectativas de autoeficacia. También evaluaron cómo las expectativas de resultado pronostican la intención de consumir en un periodo de 12 meses. Para ello, utilizaron una muestra de 2180 adolescentes. Como medidas de expectativas de resultado se emplearon una versión corta del Cuestionario de Expectativa de Alcohol para Adolescentes. Y medidas de intenciones para beber en los próximos 12 meses, uso actual de alcohol y alcohol relacionado con autoeficacia (por ej, la habilidad para rechazar el consumo). Los resultados muestran altas correlaciones entre la intención de beber con las expectativas de resultado y con las expectativas de autoeficacia. La experiencia previa con el consumo de alcohol tiene una elevada correlación con la intención de beber en los próximos 12 meses. La experiencia personal en el consumo influye más sobre los procesos de consumo que la edad, siendo el consumo de alcohol al mismo tiempo un resultado y un precursor para el desarrollo de expectativas más positivas hacia el consumo, menor autoeficacia e intención más fuerte para el mantenimiento del consumo.

Vinculados a la conceptualización de Annis (1982) de la variable como autoeficacia o seguridad de no consumir en situaciones de alto riesgo y en relación con el inicio de la conducta de consumo, Hays y Ellickson (1990) midieron la autoeficacia incluyendo el nivel de resistencia que el individuo percibía de sí mismo ante la presión del grupo en una situación de laboratorio y en una situación real. La población de estudio constó de 1261 sujetos. Con los datos resultantes elaboraron una escala de autoeficacia y encontraron que tanto la presión para tomar drogas como la autoeficacia de resistencia, parecen generalizarse para el alcohol y la marihuana, lo que sugiere que enseñando a los adolescentes a resistirse a una o más drogas de las que se consumen. Podemos esperar que estas capacidades de resistencia se generalicen a otras sustancias. Por último parece ser que los jóvenes experimentan como tareas más difíciles las situaciones sociales en las que se bebe alcohol, mientras que sienten menos presión cuando se trata de marihuana, ya que en esta última tienen más percepción de autoeficacia.

Ellickson y Hays (1991) realizaron un estudio longitudinal para examinar cómo las variables antecedentes tales como influencia social, autoeficacia de resistencia y percepción del predominio de sustancias, influyen en el posterior consumo de sustancias. Estas variables van a ser las mediadoras entre las expectativas futuras de consumo y el consumo real. Utilizaron para ello, una muestra de 1138 sujetos adolescentes. Para medir el consumo de drogas se basaron en la cantidad y en la frecuencia de consumo de alcohol

y tabaco, así como en la frecuencia del consumo de marihuana. La medida de la influencia social se realizó mediante un test que evaluaba la exposición a modelos de consumo así como ofrecimientos directos de esas sustancias y por último, la prevalencia percibida del consumo de drogas, se evaluó por medio de tres ítems similares para el alcohol, tabaco y marihuana. Los resultados de este estudio indicaron la importancia de la autoeficacia como antecedente (autoeficacia de resistencia e influencias sociales) para el consumo de drogas. En sujetos consumidores, las bajas expectativas de autoeficacia de resistencia y las influencias sociales a favor del consumo, producen mayores expectativas futuras hacia el consumo de drogas, lo que incrementa el posible consumo. En los sujetos no consumidores, las altas expectativas de autoeficacia para resistir al consumo estaban relacionadas con el no consumo. La percepción de disponibilidad del consumo no afecta ni a las expectativas futuras del consumo ni al consumo real en los sujetos no consumidores. Sin embargo, sí afecta el impacto directo de las influencias sociales a favor del consumo.

Bell, Ellickson y Harrinson (1993) postulan que la autoeficacia para resistirse al consumo de drogas bajo presión de grupo es una variable que está íntimamente relacionada con el inicio del consumo de drogas. En este estudio los autores llevaron a cabo un programa de prevención de consumo de drogas durante un periodo de dos años. El programa se aplicó a 30 sujetos de los cuales, 10 permanecieron en lista de espera, como grupo de control, mientras los 20 restantes realizaban el tratamiento. Tras un periodo de seis meses, se evaluaron variables tales como las creencias acerca de las consecuencias del consumo de drogas, el grado de incitación indirecta al estar en presencia de otros consumidores, la autoeficacia para rechazar el consumo y las expectativas de los efectos del consumo. Los resultados indicaron que estas cuatro variables mantienen relación con el inicio del consumo de drogas.

En relación con el pronóstico de tratamiento, De Weert-Van Oene, Breteler, Schippers y Schrijvers (2000) llevan a cabo un estudio con el objetivo de validar un instrumento que mida la autoeficacia. El diseño fue realizado para evaluar y validar los resultados de los factores medidos, así como las dimensiones que forman parte de la estructura de la escala. El instrumento se dividió en tres factores: ambientales, ánimo positivo y negativo. El cuestionario está originalmente basado en ítems pertenecientes a la escala de hábitos de bebidas de (Walburg y Van Emst, 1985). Lo analizaron a través de muestras de drogodependientes. Evaluaron la severidad del consumo mediante el Addiction Severity Index (ASI; Hendriks, Kaplan, Van Limbeek y Geerling, 1989; McLellann y col., 1985) y la autoeficacia con el SELD (lista de autoeficacia en drogodependientes). Los resultados mostraron que la baja autoeficacia estaba relacionada con un elevado número de días con problemas y experiencias relacionadas con el uso de drogas.

Diclemente y Hughes (1990) afirman que la autoeficacia se relaciona con la voluntad para cambiar de conducta. Evaluaron la autoeficacia para la abstinencia en el contexto de los estadios del modelo de cambio con sujetos alcohólicos que estaban dentro de un programa de tratamiento externo. Se observó que tanto la autoeficacia para la abstinencia como las tentaciones de beber estaban relacionadas con el estadio de

cambio de cada sujeto; entre aquellos que estaban en un estadio de precontemplación o contemplación, los clasificados como no implicados o desanimados en relación al cambio, tenían el nivel más bajo de autoeficacia y los niveles más altos de tentaciones.

Stephens, Wertz y Roffman (1993) examinaron la autoeficacia como un predictor de éxito en un programa de tratamiento externo para abandonar el consumo de marihuana. Utilizaron una escala de 19 ítems que evaluaba la confianza para evitar el consumo en distintas situaciones. Se comprobó que la autoeficacia predecía prospectivamente los índices de consumo hasta un año después del tratamiento, pero no se relacionaba con la experiencia de los problemas vinculados a la marihuana.

La aplicación del concepto de autoeficacia al mantenimiento de la abstinencia y la prevención de recaídas se ha articulado asimismo en torno a estos dos modelos. Vinculados al modelo de Bandura (1977; 1982; 1986; 1995), Sadowski, Long y Jenkins (1993) realizaron un estudio donde partieron de la hipótesis de que el tratamiento dirigido hacia la mejora de las expectativas de eficacia, permite aumentar la autoeficacia de los adictos y consecuentemente, el mantenimiento de la abstinencia. Escogieron para su estudio, una muestra de 1.291 estudiantes, de los cuales 142 habían recibido tratamiento para su dependencia. El resto de la muestra consumía drogas pero nunca había tenido tratamiento. Se igualó la cantidad y frecuencia de consumo de drogas, tanto de los que habían tenido tratamiento como los que no lo habían recibido. La autoeficacia se midió mediante la Escala de Sherer et al. (1982) y se encontró que aquellos que habían tenido tratamiento presentaban puntuaciones más elevadas en autoeficacia en comparación con aquellos que no habían recibido tratamiento.

Los estudios asociados a la perspectiva de Annis (1982) son algo más numerosos. Reilly et al. (1995) estudiaron la relación entre autoeficacia y consumo de opiáceos en sujetos que están en tratamiento de desintoxicación con metadona. Participaron en este estudio 74 sujetos, de los cuales, 50 eran hombres y el resto mujeres. Los sujetos se dividieron en 3 grupos que estaban igualados en edad, raza, profesión, nivel educativo y tipo de sustancia de consumo. Se evaluaron los cambios en autoeficacia durante el tratamiento mediante el Cuestionario de Confianza para Consumir Drogas (Annis y Martín, 1985) en diferentes fases (al final del tratamiento y en la fase de seguimiento). Los resultados a los que llegan son que bajo tratamiento con metadona, los cambios en autoeficacia coinciden con los cambios en la abstinencia, ya que los sujetos tienen la oportunidad de realizar conductas alternativas al consumo de drogas por lo que es lógico que si dejan de consumir, se modifiquen las creencias acerca de los cambios futuros de comportamiento y que en los tres grupos la tasa de abandono no depende de las puntuaciones en autoeficacia, por lo que no parece que haya relación entre esta variable y la retención en el tratamiento.

Litman, Fiser, Rawson y Oppenheim (1977) evaluaron la percepción de eficacia para afrontar situaciones en la que resulta difícil resistirse a la bebida y el grado de dependencia de alcohol. Seleccionaron para ello, una muestra de 120 sujetos que estaban en tratamiento o había transcurrido 6 meses después de su tratamiento. Para su medición, utilizaron un cuestionario, que habían elaborado para este mismo estudio, y analizaron las habilidades de afrontamiento ante situaciones de riesgo para éstos, las actitudes,

percepciones y cogniciones antecedentes y consecuentes a las recaídas. Se observó una elevada relación entre evitar situaciones de riesgo, baja autoeficacia y dependencia al alcohol.

Rist y Watzl (1983) encontraron que la autoeficacia es una variable protectora para el mantenimiento de la abstinencia al alcohol. Dicha afirmación se desprende del estudio que realizaron para ver la relación entre la creencia de los sujetos de ser capaces de mantener la abstinencia y el comportamiento abstinentes en sí. Para ello utilizaron una muestra de 145 mujeres alcohólicas, que hacía 3 meses que habían finalizado el tratamiento para su dependencia. La autoeficacia se evaluó mediante la Escala de Autoeficacia de Wanberg y Horn (1980); se midieron también las estrategias de afrontamiento, teniendo los sujetos que rehusar al consumo de alcohol, mediante la valoración de su propia capacidad de negarse a consumir. La identificación de estas situaciones de riesgo se realizó siguiendo la propuesta de Ullrich y Ullrich (1978). Dicha propuesta consistía en que los sujetos especificaran el grado de malestar en ocho situaciones generales. Se comprobó que en los sujetos que habían recaído, no había diferencias en cuanto a la convicción de sentirse capaces de mantener la abstinencia en el momento de iniciar el tratamiento.

Burling, Reilly, Moltzen y Ziff (1989) examinaron la relación entre autoeficacia y recaída, encontrando que la autoeficacia estaba relacionada con los resultados del tratamiento. Para ello, utilizaron una muestra de 419 politoxicómanos y alcohólicos que estaban en tratamiento. La autoeficacia se evaluó usando el Cuestionario de Confianza Situacional (CCS; Annis, 1982 modificado para posibilitar puntuaciones de drogas y alcohol) mensualmente durante el tratamiento. Transcurrido un periodo de 6 meses se valoró la permanencia basándose en el número de recaídas durante el tratamiento y el criterio de finalización del mismo se valoró a través de su realización exitosa, habiéndose mantenido abstinentes durante todo el proceso. Se observó una relación entre la duración del tratamiento y el nivel de autoeficacia. Los sujetos que presentaban elevadas expectativas de autoeficacia para mantener la abstinencia realizaban el tratamiento en menos tiempo que aquellos con una baja autoeficacia para mantener la abstinencia, ya que llegaban a presentar consumos esporádicos por lo que debían permanecer más tiempo en tratamiento. Aquí la predicción de recaídas revelaba que aunque las puntuaciones CCS pretratamiento y postratamiento no se relacionaban con las recaídas, el cambio en la eficacia a lo largo del tratamiento predecía el resultado. Aunque los pacientes que seguían manteniendo la abstinencia manifestaban valoraciones más bajas de eficacia al inicio del tratamiento, cambiaron más durante el mismo que aquellos con recaídas durante el seguimiento. Aquellos que tienen una eficacia inferior al inicio y valoraciones más exactas de su eficacia en las situaciones de alto riesgo, se benefician más del tratamiento y sus logros son mejores en el seguimiento frente a los que tienen una eficacia elevada al inicio y realizan valoraciones erróneas de sus habilidades para evitar recaídas.

Sitharthan y Kavanagh (1990) observaron buenas relaciones predictivas a partir de la eficacia postratamiento de un programa de bebida controlada. Participaron en el estudio 60 alcohólicos. La autoeficacia para afrontar situaciones de alto riesgo fue

medida a través del Cuestionario de Autoeficacia de Annis (1982). Los resultados a los que llegan son que cuando los sujetos presentan bajas puntuaciones en autoeficacia, no afrontan adecuadamente las situaciones en las que tienen una elevada probabilidad de consumo en los periodos de tratamiento y seguimiento, mientras que aquellos que tienen puntuaciones más altas en autoeficacia afrontan con éxito las situaciones de riesgo de consumo, y tienden a aumentar las puntuaciones durante las fases de tratamiento y seguimiento.

La autoeficacia de manejo también se ha estudiado en un programa de tratamiento para drogas opiáceas. Gossop, Greep, Phillips y Bradley (1990) estudiaron a 80 adictos a los opiáceos inmediatamente después del tratamiento de desintoxicación y seis meses más tarde. La autoeficacia se evaluó pidiendo a los sujetos que valoraran su habilidad para mantener la abstinencia durante seis periodos de tiempo distintos. Se observó que la síntesis de las puntuaciones de las seis respuestas predecía significativamente y prospectivamente el consumo de drogas a los 2 y a los 6 meses después de haber recibido el alta hospitalaria.

Rychtarik et al. (1992), realizan un estudio similar al de Burling et al. (1989) con resultados algo diferentes. Examinan la relación entre autoeficacia y recaída. Para ello escogen una muestra de 87 alcohólicos. Estos pacientes cumplimentaron una versión modificada del Cuestionario de Confianza (Condiotte y Lichtenstein, 1981) que reflejaba las creencias sobre “el porcentaje de tiempo que creían ser capaces de resistir la urgencia a beber en una situación”. Este cuestionario de autoeficacia era cumplimentado durante la admisión, en el momento de recibir el alta, 2 semanas y 1,2,3,6 y 12 meses después del alta en el programa de tratamiento que duraba 28 días. Observaron que la autoeficacia era generalmente baja en el momento de la admisión y aumentaba significativamente durante el tratamiento. En contraste con el estudio de Burling et al. (1989), la eficacia pretratamiento se relacionaba con las recaídas: aquellos con mucha confianza al inicio del tratamiento eran menos propensos a las recaídas. En ningún análisis las puntuaciones postratamiento predecían las recaídas, y el cambio en los juicios de eficacia tampoco lo hacía.

Powell et al. (1993), afirman que las expectativas hacia la consecución de la abstinencia en los adictos a opiáceos, están relacionadas con los resultados del tratamiento. Sugieren que la autoeficacia forma parte de las características de personalidad, haciendo a los sujetos más vulnerables a las recaídas. En su estudio valoraron la autoeficacia para resistir al consumo de drogas de 43 adictos a opiáceos mediante el Cuestionario de Autoeficacia de Annis (1982) en dos momentos distintos, cuando estaban iniciando tratamiento de desintoxicación, en régimen ambulatorio, y cuando había transcurrido un periodo de seis meses tras finalizar el tratamiento. Se midió también la ansiedad, mediante la Escala de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) de Spielberger et al. (1970), la impulsividad, mediante la Escala de Impulsividad de Eysenck (1975) y el neuroticismo, mediante el Cuestionario de Personalidad de Eysenck y Eysenck (1975). Los resultados desprenden que puntuaciones elevadas en ansiedad, impulsividad y neuroticismo así como puntuaciones bajas en autoeficacia, están relacionadas con las recaídas.

A modo de conclusión y de acuerdo con la literatura revisada, resaltamos el papel de la autoeficacia en las distintas fases de la conducta adictiva. En la mayoría de las investigaciones, la autoeficacia se evalúa antes de las recaídas, en el pretratamiento o el postratamiento. Hay estudios que han evaluado los procesos atribucionales después de las recaídas. Los sujetos, que experimentan una reacción de indefensión ante el primer lapsus o que están comprometidos a la abstinencia (efecto de violación de la abstinencia), tienden a atribuir la causa de las recaídas iniciales a factores internos, estables e incontrolables como la falta de voluntad o la necesidad biológica. Este tipo de atribuciones se asocian con mayores índices de recaídas en comparación con aquellos que los atribuyen al manejo deficiente de las demandas situacionales cambiantes que se perciben bajo el control personal (Curry, Marlatt y Gordon, 1987). La estructuración de las reacciones a las recaídas para establecer la eficacia y fomentar el manejo ayuda al drogodependiente a prevenir la indefensión (autoeficacia de recuperación).

La teoría de la autoeficacia puede ser útil como mínimo de tres formas para estructurar tratamientos:

- La primera es que puede dirigir el desarrollo de tratamientos que favorezcan la eficacia personal y de esta forma conducir a mejores resultados (Curry y Marlatt, 1987). La autoeficacia se altera mediante la ejecución de experiencias de dominio, el modelado social. La persuasión verbal y a partir de los estados emocionales. El tratamiento debería estar estructurado e implantado de tal forma que las diferencias entre las fuentes de influencia sean mayores. La mayoría de los programas se dirigen a reducir el consumo de sustancias mediante las experiencias de dominio. Los logros de ejecución futura exclusivamente no instauran siempre un alto sentido de eficacia, por lo que esta teoría sugiere formas para estructurar la experiencia de tal forma que aumente su impacto sobre las creencias en la propia capacidad para controlar la conducta adictiva;

- La segunda es que las puntuaciones de autoeficacia se usan para identificar a aquellos sujetos que tienen más riesgo de seguir consumiendo drogas y de recaer, es decir, identificar a las personas que no están preparadas para el cambio en ese momento y a aquellas con mayor riesgo de recaídas. Tal esquema de tratamiento requiere que los juicios de eficacia puedan predecir el éxito en los procesos de cambio. Dada la variabilidad de las escalas para medir diferentes facetas de la autoeficacia en diferentes fases del cambio y con problemas de diferentes adicciones, se necesita más investigación para especificar qué escalas de eficacia y para qué problemas dirigirán mejor las distintas fases de cambio y las decisiones del tratamiento;

- Por último, la tercera, que señala que los juicios de eficacia se podrían usar para evaluar qué momentos y lugares específicos son de riesgo para determinados sujetos. Esto podría dirigir la adaptación del tratamiento y el desarrollo de estrategias específicas de manejo para situaciones específicas (Annis y Davis, 1988). Recientes estudios, con diferentes métodos analíticos, sugieren que las creencias de eficacia pueden variar en diferentes clases de condiciones emocionales y situacionales (Annis y Davis, 1988; Burling et al., 1989; McDermut et al., 1991; Velicer et al., 1990).

Referencias

- Ass, H, Klepp, K.L., Laberg, J.C. y Leif, E. (1995). Predicting adolescents' intentions to drink alcohol: Outcome expectancies and self-efficacy. *Journal of Studies of Alcohol*, 56, 293-299.
- Annis, H.M. (1982). *Situational confidence questionnaire*. Toronto. Addiction Research Foundation.
- Annis, H.M. y Davis, C.S. (1988). Self-efficacy and the prevention of alcoholic relapse: Initial findings from a treatment trial. En T.B. Baker y D.S. Cannon (Eds), *Assessment and treatment of addictive disorders*. New York: Praeger.
- Annis, H.M. y Davis, C.S. (1989). Relapse prevention. En R.K. Hester y W.R. Miller (Eds.), *Handbook of alcoholism treatment approaches*. New York: Pergamon Press.
- Annis, H.M. y Graham, J.M. (1985). *Drug-taking confidence questionnaire*. Addiction Research Foundation of Ontario, Toronto, Canada.
- Baer, J. S. Y Lichtenstein, E. (1988) Cognitive assessment in smoking cessation. En D.M. Donovan y G.A. Marlatt (Eds), *Assessment of addictive behaviors*. New York: Guilford Press.
- Baldwin, A.R., Oei, T.P.S. y Young, R. (1993). To drink or not to drink: the differential role of alcohol expectancies and drinking refusal self-efficacy in quantity and frequency of alcohol consumption. *Cognitive Therapy and Research*, 17, 511-530.
- Bandura, A. (1969). Principles of behavior modification. Holt Rinehart, and Winston.
- Bandura, A et al. (1975). Generalizing change through participant modelling with self-directed mastery. *Behavior Research and Therapy*, 13, 141-152.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist*, 37, 122-147.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A Social Cognitive Theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Bandura, A. (1995). *Self-efficacy in changing societies*. Cambridge: University Press.
- Bell, R.M., Ellickson, P.L. y Harrison, E.R. (1993). Do drug prevention effects persist into high school. How project alert did with granders. *Preventive Medicine*, 22, 463-483.
- Brown, S. A. (1985). Reinforcement expectancies and alcoholism treatment after a one year follow-up. *Journal of Studies on Alcohol*, 46, 304-308.
- Brown, S.A., Stetson, B.A. y Beaty, P.A. (1986). Cognitive and behavioral features of adolescent coping in high-risk drinking situations. *Addictive Behaviors*, 14, 43-52.
- Burling, T.A, Really, P.M., Moltzen, J.O. y Ziff, D.C. (1989). Self-efficacy and relapse among inpatient drug and alcohol abusers: A predictor of outcome. *Journal Studies on Alcohol*, 50, 345-360.
- Colletti, G., Supnick, J.A. y Payne, T.J. (1985). The smoking self-efficacy questionnaire (SSEQ): Preliminary scale development and validation. *Behavioral Assessment*, 7, 249-260.
- Conditte, M.M. y Lichtenstein, E. (1981). Self-efficacy and relapse in smoking cessation programs. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 49, 648-658.
- Cronbach, L.J. (1951). Citado en M. Sherer, J.E. Maddux, B. Mercandante, S. Prentice-Curry, S. y Marlatt, G.A. (1987). Building self-confidence, self-efficacy and self-control. En W.M. Cox (Eds.), *Treatment and prevention of alcohol problems*. Orlando: Academic Press.

- De Weert-Van Oene, G.H., Breteler, M, Schippers, G.M. y Schrijvers, A. (2000). The validity of the self-efficacy list for drug users. *Addictive Behaviors*, 25, 599-605.
- Diclemente, C.C. y Hughes, S.O. (1990). Stages of change profiles in outpatient alcoholism treatment. *Journal of Substance Abuse*, 2, 217-235.
- Diclemente, C.C., Fairhurst, S.K. y Piotrowski, N.A. (1995). Self-efficacy and addictive behaviors. En J.E. Maddux (Ed.), *Self-efficacy, adaptation, and adjustment: Theory, research, and application*. New York: Plenum Press.
- Diclemente, C.C., Prochaska, J.O. y Gibertini, M. (1985). Self-efficacy and the stages of self-change of smoking. *Cognitive Therapy and Research*, 9, 181-200.
- Ellickson, P.L. y Hays, R.D. (1991). Beliefs about resistance self-efficacy and drug prudence: Do they really affect drug use? *The International Journal of the Addictions*, 25, 135-155.
- Erickson, L.M., Tiffany, S.T., Martin, E.M. y Baker, T.B. Aversive smoking therapies: A conditioning analysis of therapeutic effectiveness. *Behaviour Research and Therapy*, 21, 595-611.
- Hays, R.D y Ellickson, P.L. (1990). How generalizable are adolescents beliefs about pro-drug pressures and resistance self-efficacy?. *Journal of Applied Social Psychology*, 20, 321-340.
- Heather, N. y Robertson, I. (1989). *Problem drinking*. Oxford: Oxford University Press.
- Littman, G.K., Fiser, J.R., Rawson, N.S.B. y Oppenheim, A.N. (1977). Towards a typology of relapse: A preliminary report. *Drug and Alcohol Dependence*, 2, 157-162.
- Marlatt, G.A. y Rohsenow, D.R. (1980). Cognitive processes in alcohol use: Expectancy and the balance placebo design. En M.K. Mello (Ed.), *Advances in Substance Abuse: Behavioral and biological research*. Greenwich, CT: JAI Press.
- Marlatt, G.A. (1985). Cognitive assessment and intervention procedures for relapse prevention. En G.A. Marlatt y J.R. Gordon (Eds.), *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York: The Guilford Press.
- Marlatt, G.A. y Gordon, J.R. (1985). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York: The Guilford Press.
- Miller, P.J., Ross, S.M., Emmerson, R.Y. y Todt, E.H. (1989). Self-efficacy in alcoholics: Clinical validation of the Situational Confidence Questionnaire. *Addictive Behaviors*, 14, 217-224.
- Pentz. (1985). Coping and substance use: A conceptual framework. En S. Shiffman y T.A. Wills (Eds.), *Coping and substance use*. New York: Academic Press.
- Powell, J., Dawe, S., Richards, D., Gossop, M., Marks, I., Strang, J. y Gray, J. (1993). Can opiate addicts tell us about their risk?. Subjective predictors of clinical prognosis. *Addictive Behaviors*, 18, 473-490.
- Reilly, P.M., Sees, K.L., Shopshire, M.S., Hall, S.M., Delucchi, K.L., Tusel, D.J., Banys, P., Clark, H.W., Piotrowski, N.A. (1995). Self-efficacy and illicit opioid use in a 180-day methadone detoxification treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 158-162.
- Rist, F. y Watzl, H. (1983). Self assessment of relapse risk and assertiveness in relation to treatment outcome of female alcoholics. *Addictive Behaviors*, 8, 121-127.
- Rollnick, S. y Heather, N. (1982). The application of Bandura's self-efficacy theory to abstinence oriented alcoholism treatment. *Addictive Behaviors*, 7, 243-250.
- Ross, S.M., Miller, P.J., Emmerson, R.Y. y Todt, E.H. (1989). Self-efficacy, standards, and abstinence violation: A comparison between newly sober and long-term sober alcoholics. *Journal of Substance Abuse*, 1, 221-229.

- Rychtarik, R.G., Prue, D.M., Rapp, S.R. y King, A.C. (1992). Self-efficacy, aftercare and relapse in a treatment program for alcoholics. *Journal of Studies on Alcohol*, 53 (5), 435-440.
- Sadowski, C.J., Long, C.L. y Jenkins, L.R. (1993). Does substance abuse treatment have self-schematic effects?. *The Journal of Psychology*, 127, 323-327.
- Sherer, M., Maddux, J.E., Mercandante, B., Prentice-Dunn, S., Jacobs, B., & Rogers, R.W. (1982). The Self-efficacy Scale: Construction and validation. *Psychological Reports*, 51, 663-671.
- Sitharthan, T. y Kaavanagh, D.J. (1990). Role of self-efficacy in predicting outcomes from a programme for controlled drinking. *Drug and Alcohol Dependence*, 27, 87-94.
- Solomon, K. y Annis, H.M. (1990). Outcome and efficacy expectancy in the prediction of post-treatment drinking behavior. *British Journal of Addiction*, 85, 659-665.
- Stephens, R., Wertz, J., Roffman, R. (1993). Predictors of marihuana treatment outcomes. *Journal of Substance Abuse*, 5, 341-354.
- Tejero, A., y Trujols, J. (1994). El modelo transteórico de Prochaska y Diclemente: Un modelo dinámico del cambio en el ámbito de las conductas adictivas. En J.L. Graña (Ed.), *Conductas adictivas: Teoría, evaluación y tratamiento*. Madrid: Debate.
- Vielva, I. (1994). Relación entre las expectativas de autoeficacia y la abstinencia en una muestra de alcohólicos que recibe tratamiento en la provincia de Vizcaya. En *Ponencias y Comunicaciones de las XXI Jornadas Nacionales Socidrogalcohol*. Bilbao.
- Wilson, G.T. (1978). Chemical aversion conditioning as a treatment for alcoholism: A re-analysis. *Behavior Research and Therapy*, 25, 503-516.