

Autoeficacia en pacientes dependientes de drogas de una comunidad terapéutica del cono sur

Self-efficacy in drug-dependent patients in a therapeutic community of the southern cone

Recibido: marzo 15 de 2017 | Revisado: abril 10 de 2017 | Aceptado: junio 15 de 2017

AARON CAYCHO CAJAU¹

ABSTRACT

Self-efficacy of 80 men aged 18 to 60 years dependent on alcohol and illegal drugs in a therapeutic community in the southern cone described age. Questionnaire Trust or Security was employed At Risk for Eating (Drug Taking Confidence Questionnaire , DTCQ) being found that more than 50 % of the population demonstrates a high level of self-efficacy in the eight subscales DTCQ . No patients were found in levels of insecurity and not confident. Significant differences in self-efficacy were observed according to age in the subscales of social pressure to consume and pleasant moments with others.

Key words: self-efficacy, therapeutic community, social pressure to consumption, pleasant moments with others, risk situations

RESUMEN

Se describió la autoeficacia de 80 varones de 18 a 60 años de edad dependientes de alcohol y drogas ilegales de una comunidad terapéutica del cono sur. Se empleó el Cuestionario de Confianza o Seguridad en Situaciones de Riesgo para Consumir (Drug Taking Confidence Questionnaire, DTCQ) y halló que más del 50% de la población evidencia un nivel elevado de autoeficacia en las ocho subescalas del DTCQ. No se encontraron pacientes en los niveles de inseguridad y no tiene confianza. Se hallaron diferencias significativas para la autoeficacia según la variable edad en las subescalas de presión social al consumo y momentos agradables con otros.

Palabras clave: autoeficacia, comunidad terapéutica, presión social al consumo, momentos agradables con otros, situaciones de riesgo.

¹ Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Email: aaronb612@hotmail.com

Introducción

La autoeficacia es un concepto ampliamente estudiado en la psicología e involucra desde la perspectiva del aprendizaje social de Bandura (1986), el juicio respecto a las propias capacidades para la ejecución de conductas necesarias para obtener determinados resultados. Para Bandura (1986) es el conjunto de creencias que expresan el grado de confianza que posee un sujeto respecto a su desempeño en alguna actividad y que le permiten dirigir y organizar su comportamiento. A pesar de que se puede considerar a la autoeficacia como elemento indispensable del cambio conductual en la teoría del aprendizaje social de Bandura, López-Torrecillas, Salvador, Verdejo y Cobo (2002) consideran importante el desarrollo del repertorio básico de habilidades, comportamientos y recursos materiales que permitan las condiciones necesarias para el cambio conductual.

Dentro de la definición brindada por Bandura (1977) se distingue la expectativa de autoeficacia como la autoeficacia que se percibe y que implica el juicio cognitivo de la certidumbre en conseguir resultados favorables o positivos. Por otra parte, la expectativa de resultados se refiere a la creencia de obtener ciertas consecuencias determinadas provocadas por un comportamiento determinado. Para Kirsch (1982), la distinción entre ambos conceptos permite explicar por qué un sujeto con expectativa de autoeficacia puede considerarse competente para realizar una tarea, pero no involucra necesariamente que pueda lograrla.

En cambio la expectativa del resultado va a poner a prueba sus creencias en realizar ciertas conductas y va a condicionarse del juicio que elabore el sujeto al encontrar cuál es su eficacia en realizar ciertas conductas que pueden traerle consecuencias positivas o negativas (Kirsch, 1982).

La autoeficacia también permite explicar el comportamiento adictivo que es entendido como la manifestación de los componentes cognitivos de un individuo en relación a las expec-

tativas de eficacia que lo orientarán o no hacia el consumo de drogas (Bandura, 1977). Según Bandura (1977), la creencia en la propia capacidad de manejar el consumo de drogas se relaciona al inicio del consumo y al tratamiento mismo.

Annis (1982) a partir del desarrollo teórico de Bandura, conceptualiza la autoeficacia en función de circunstancias específicas asociadas al consumo que son consideradas situaciones de alto riesgo que influyen en el inicio de la conducta adictiva y el pronóstico del tratamiento. A partir de la distinción realizada por Annis, se asocia las expectativas de la eficacia de los individuos, pero en relación a situaciones específicas de consumo que, incluso dentro del modelo de prevención de recaídas que posee el autor, tiene una prueba que mide, justamente, la autoeficacia en ocho situaciones específicas, el Drug Taking Confidence Questionnaire (DTCQ), elaborado por Annis y Martin (1985).

Tomando como referencia la conceptualización de Annis (1985), se espera que en aquellas condiciones en las cuales hay mayores situaciones de alto riesgo, haya mayores probabilidades de consumo. En el caso de los pacientes adictos en internamiento en una comunidad terapéutica, se observa ciertas condiciones que hacen incierta la autoeficacia de los mismos. Muchos de ellos son consumidores de drogas ilegales que ellos creen, se asocian a un mayor deterioro biológico, personal, familiar y laboral. Ellos mismos refieren que las drogas ilegales que han consumido se asocian a un estilo de vida delictivo que tiene una valoración negativa y desaprobatoria si es comparada con drogas legales como el alcohol que posee cierta aceptación por parte de la sociedad.

Por otra parte, los consumidores de alcohol creen que su consumo es realizado por todos y por lo mismo no está mal salvo en exceso. Ellos mismos consideran que son los consumidores de drogas ilegales los que llegan a un mayor deterioro comparado con ellos además que añaden que los consumidores de drogas

ilegales están más asociados a un estilo de vida delictivo del cual es difícil escapar. En ese contexto, se encuentra una variedad de elementos cognitivos que pueden propiciar una mayor o menor eficacia frente a situaciones de alto riesgo. Si se toma en consideración que los pacientes están internados y no están expuestos a situaciones ambientales de alto riesgo, se hace incierto cual será la autoeficacia de dichos pacientes para controlar las situaciones de alto riesgo a las cuales sean expuestos considerándose obviamente que la autoeficacia que posean guarda estrecha relación con el pronóstico del tratamiento que reciben los pacientes (Annis, 1982).

En ese contexto se plantea:

¿Cuáles son los niveles de autoeficacia de los pacientes dependientes a drogas de una comunidad terapéutica del Cono Sur?

Se consideró como hipótesis que existen diferencias significativas en los niveles de autoeficacia en los pacientes dependientes a drogas de una comunidad terapéutica del Cono Sur. También se buscó contrastar si existen diferencias significativas entre las ocho subescalas del DTCQ en la población de estudio según el diagnóstico de dependencia, edad, nivel de instrucción, edad de inicio de consumo de drogas, estado civil, tiempo de consumo de la droga problema, tiempo transcurrido en internamientos anteriores y el tiempo de tratamiento actual en la comunidad terapéutica.

De lo anterior, el objetivo general que se sigue de la presente involucra determinar la autoeficacia de los pacientes dependientes de drogas de una comunidad terapéutica del Cono Sur.

Metodología

La presente investigación es de diseño no experimental, ya que no se ejerce una manipulación o control directo sobre variable independiente alguna (Kerlinger, 2002). Además Her-

nández, Fernández y Baptista (2010) señalan que en el diseño no experimental solo se realiza una observación de los fenómenos en su contexto natural para un análisis posterior. El tipo de investigación es transversal o transeccional y el diseño empleado involucra describir la variable autoeficacia, por lo que se considera un diseño descriptivo (Hernández et al., 2010).

Población

La población estuvo constituida por 80 sujetos varones de una comunidad terapéutica del Cono Sur, cuyas edades fluctúan entre los 18 y 60 años quienes fueron diagnosticados de dependencia a drogas. Los sujetos fueron divididos en un grupo de 40 sujetos con dependencia al alcohol y otro, de 40 sujetos con dependencia a drogas ilegales como la cocaína, marihuana o incluso polidependientes. Se diagnosticó ambos grupos según los criterios de la Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud (1992) en su décima versión (CIE 10) y consideró, además, un tiempo de tratamiento menor o igual al año y medio. Se excluyeron pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, retardo mental y cuadros orgánicos.

Variables

Autoeficacia

Definición conceptual. Son las creencias en las propias capacidades para organizar y ejecutar los cursos de acción requeridos para manejar situaciones de alto riesgo para el consumo de drogas.

Definición operacional. Involucra los niveles de autoeficacia en ocho subescalas: Emociones desagradables, Estados agradables, Malestar físico, Urgencias de consumo, Intentos de control, Conflictos con otros, Momentos agradables con otros y Presión social al consumo. Cada subescala posee un valor de 0 -20, 20 - 40, 40 - 60, 60 - 80 y 80 - 100 para los niveles: no tiene confianza, inseguridad, capacidad de resistencia, tendencia a confianza y confianza elevada, respectivamente.

Instrumento

Se utilizó el Cuestionario de Confianza o Seguridad en Situaciones de Riesgo para Consumir (Drug Taking Confidence Questionnaire, DTCQ) elaborado por Annis y Martin (1985). El DTCQ es un instrumento de 50 ítems basado en el autoinforme. Vigo (2003) realizó la adaptación psicométrica del DTCQ en Perú, en 154 pacientes adictos varones de cinco instituciones. Vigo (2003) obtuvo la confiabilidad del DTCQ empleando el método de mitades y el de homogeneidad. A través del método de mitades halló un coeficiente de correlación $r = 0.92$, que afirma que el DTCQ mide de manera consistente los niveles de seguridad del DTCQ.

Por otro lado, mediante el método de consistencia interna por homogeneidad se obtuvo un coeficiente ($r = 0.96$) que sugiere un índice de confiabilidad alto confirmando una relación homogénea entre los reactivos del DTCQ. El autor también realizó la validez de contenido del DTCQ a través del análisis ítem-test para determinar las propiedades individuales que forman del test usando la correlación producto momento de Pearson y la prueba T para calcular la significación estadística.

Los hallazgos muestran que las correlaciones son altamente significativas ($p < 0.000$) lo cual confirma la contribución de cada reactivo al instrumento; sin embargo, solo tres ítems presentaron correlaciones inferiores a 0.40 ($r = 33$, $r = 39$, $r = 31$) y el restante de ítems muestra correlaciones menores a 0.60 (Vigo, 2003). La validez de criterio de Jueces a través diez especialistas en el área indicó que del total de ítems evaluados del DTCQ 49 ítems obtuvieron resultados, altamente significativos, entre 0.05 a 0.001 justificándose el DTCQ como instrumento que mide la variable mencionada.

Por otra parte, se obtuvo la validez de constructo a través del método de análisis factorial identificando los factores que explican el mayor porcentaje de la varianza del test. Los

resultados obtenidos a través del KMO ($r = 0.92$) reflejan un nivel sobresaliente y en Test de Bartlett se observa un nivel significativo. Posteriormente, se empleó el análisis factorial exploratorio por rotación varimax, obteniéndose una solución factorial de 10 factores los cuales explican el 73,23% de la varianza total de los 50 ítems del DTCQ. Se empleó el Análisis Factorial confirmatorio por Rotación Varimax en la muestra peruana logrando, de manera similar a la muestra española (Llorente, 1997), cinco factores.

Por último, Vigo (2003) obtuvo la validez de criterio para lo cual procedió a utilizar las pruebas de Kolmogorov-Smirnov y Shapiro-Wilk entre un grupo de sujetos normales y un grupo de sujetos clínicos. Los datos encontrados por el autor arrojan que ambos grupos no presentan una distribución normal. Luego, se empleó el Test de Mann Whitney en un grupo normal y un grupo clínico encontrando diferencias significativas entre la muestra de sujetos normales (67.91) y la muestra de sujetos clínicos (33.09), lo cual indica que las calificaciones predictorias del DTCQ pueden establecer diferencias entre dos o más grupos específicos que están diferenciados por su ejecución en el criterio ($p < 0.000$).

Resultados

Se observa que para todas las subescalas del DTCQ existe un mayor porcentaje de individuos que se ubican en un nivel de confianza elevada, encontrándose el más alto porcentaje en la subescala de emociones agradables (77.5%). Si se considera el nivel de Tendencia a confianza, el mayor porcentaje se ubica en la subescala urgencias de consumo (31.3%). Además, se halló el menor porcentaje de individuos para el nivel de capacidad de resistencia, en la subescala conflicto con otros (1.3%). No se encontraron pacientes que se ubiquen en los niveles de inseguridad o no tiene confianza. La Tabla 1 señala los Niveles de Autoeficacia del DTCQ en cada una de las ocho subescalas del modelo planteado por Annis (1982).

Tabla 1
Niveles de Autoeficacia del DTCQ en las ocho subescalas

Subescalas de Autoeficacia	No tiene confianza		Inseguridad		Capacidad de resistencia		Tendencia a confianza		Confianza elevada	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Presión social al consumo	0	0%	0	0%	10	12.5%	18	22.5%	52	65%
Malestar físico	0	0%	0	0%	3	3.8%	23	28.8%	54	67.5%
Emociones agradables	0	0%	0	0%	2	2.5%	16	20%	62	77.5%
Intentos de control	0	0%	0	0%	11	13.8%	24	30%	45	56.3%
Urgencias de consumo	0	0%	0	0%	13	16.3%	25	31.3%	42	52.5%
Conflicto con otros	0	0%	0	0%	1	1.3%	23	28.8%	56	70%
Momentos agradables con otros	0	0%	0	0%	7	8.8%	19	23.8%	54	67.5%
Emociones desagradables	0	0%	0	0%	8	10%	25	31.3%	47	58.8%

Posteriormente, se empleó la prueba de Kolgomorov Smirnov y se encontró que las subescalas de intentos de control, urgencias de consumo, conflicto con otros y emociones desagradables presentan una distribución normal ($p > .05$). Mientras que las subescalas de presión social al consumo, malestar físico, emociones agradables y momentos agradables con otros no presentan una distribución normal ($p < .05$), lo cual determinó el empleo de pruebas paramétricas y no paramétricas respectivamente.

Luego se realizó el análisis de las ocho subescalas del DTCQ por cada una de las variables de control: diagnóstico de dependen-

cia, edad, grado de instrucción, edad de inicio del consumo, estado civil, tiempo de consumo de la droga problema, tiempo transcurrido en los internamientos y tiempo transcurrido en el tratamiento terapéutico actual.

Al realizar el estudio, según cada una de las variables de control mencionadas, se empleó la T de Student para analizar las diferencias significativas de la variable autoeficacia en pacientes dependientes a drogas según el tipo de diagnóstico, en las subescalas de Intentos de control, urgencias de consumo, conflicto con otros y emociones desagradables; sin hallarse diferencias significativas ($p > .05$), tal y como se observa en la Tabla 2.

Tabla 2
Prueba de T de Student para las subescalas de Intentos de control, Urgencias de consumo, Conflicto con otros y Emociones desagradables; según el tipo de diagnóstico

Diagnóstico de dependencia	Intentos de control	Urgencias de consumo	Conflicto con otros	Emociones desagradables
Alcohólicos – drogas ilegales	p .824	p .601	p .347	p .827

También se utilizó la U de Mann Whitney, en las subescalas de presión social al consumo, malestar físico, emociones agradables y mo-

mentos agradables con otros; sin encontrarse diferencias significativas ($p > .05$), tal y como se observa en la Tabla 3.

Tabla 3

Prueba U de Mann para las subescalas de Presión social al consumo, Malestar físico, Emociones agradables y Momentos agradables con otros, según el tipo de diagnóstico

Diagnóstico de dependencia	Intentos de control	Urgencias de consumo	Conflicto con otros	Emociones desagradables
Alcohólicos – drogas ilegales	p .455	p .817	p .256	p .469

En la Tabla 4 se observa el análisis realizado de las subescalas de intentos de control, urgencias de consumo, conflicto con otros y emociones desagradables del DTCQ a través del estadístico Anova según las variables:

- Edad, en los intervalos: 18 – 30, 31 – 40, 41 – 50, 51 – 60.
- Nivel de instrucción: primaria, secundaria, superior no universitaria y universitaria.
- Edad de inicio de consumo, expresado en años en los intervalos: 11 – 14, 15 – 17, 18 – 25.
- Estado civil: casados, solteros, divorciados y convivientes.

- Tiempo de consumo de la droga problema en años, para los intervalos: 1 – 3, 4 – 6, 7 – 9, 10 – 12, 13 – 15, 16 – 25, 26 – 35, 36 – 45.
- Tiempo transcurrido en internamientos pasados expresado en número de meses según los intervalos: 1 – 12, 13 – 24, 25 – 36, 37 – 48, 49 – 65.
- Tiempo de tratamiento en la comunidad terapéutica de internamiento actual expresado en meses para los periodos comprendidos entre: 1 – 3, 13 – 18.

Los resultados indican que no se encontraron diferencias significativas en ninguna de las variables mencionadas ($p > .05$).

Tabla 4

Resultados del estadístico Anova para las subescalas de Intentos de control, Urgencias de consumo, Conflicto con otros y Emociones desagradables; según la edad, nivel de instrucción, edad de inicio, estado civil, tiempo de consumo de la droga problema, tiempo transcurrido en internamientos pasados y tiempo de tratamiento en la comunidad terapéutica actual

Variables de control	Intentos de control	Urgencias de consumo	Conflicto con otros	Emociones desagradables
	p	p	p	p
Edad	1.62	0.54	.260	.158
Nivel de instrucción	.377	.442	.360	.381
Edad de inicio de consumo	.417	.432	.327	.143
Estado civil	.342	.217	.491	.483
Tiempo de consumo de la droga problema	.201	.324	.377	.393
Tiempo transcurrido en internamientos	.174	.518	.585	.212
Tiempo de tratamiento actual	.488	.756	.157	.173

En la Tabla 5 se observa el análisis realizado de las subescalas de intentos de control, urgencias de consumo, conflicto con otros y emociones desagradables del DTCQ a través del estadístico Kruskall Wallis según las variables:

- Edad en los intervalos: 18 – 30, 31 – 40, 41 – 50, 51 – 60
- Nivel de instrucción: primaria, secundaria, superior no universitaria y universitaria
- Edad de inicio de consumo, expresado en años en los intervalos: 11 – 14, 15 – 17, 18 – 25.
- Estado civil: casados, solteros, divorciados y convivientes
- Tiempo de consumo de la droga problema en años, para los intervalos: 1 – 3,

4 – 6, 7 – 9, 10 – 12, 13 – 15, 16 – 25, 26 – 35, 36 – 45.

- Tiempo transcurrido en internamientos pasados expresado en número de meses, según los intervalos: 1 – 12, 13 – 24, 25 -36, 37 – 48, 49 – 65.
- Tiempo de tratamiento en la comunidad terapéutica de internamiento actual expresado en meses para los periodos comprendidos entre: 1 – 3, 13 – 18.

Se encontraron diferencias significativas ($p < .05$) en las subescalas de presión social al consumo y momentos agradables con otros. No se hallaron diferencias significativas para el resto de variables.

Tabla 5

Prueba de Kruskall Wallis para las subescalas de Presión social al consumo, Malestar físico, Emociones agradables y Momentos agradables con otros, según la edad, nivel de instrucción, edad de inicio, estado civil, tiempo de consumo de la droga problema, tiempo transcurrido en internamientos pasados y tiempo de tratamiento en la comunidad terapéutica actual.

Variables de control	Intentos de control	Urgencias de consumo	Conflicto con otros	Emociones desagradables
	p	p	p	p
Edad	.014*	.353	.260	.025*
Nivel de instrucción	.869	.161	.366	.409
Edad de inicio de consumo	.425	.407	.231	.069
Estado civil	.156	.663	.334	.459
Tiempo de consumo de la droga problema	.119	.953	.364	.086
Tiempo transcurrido en internamientos	.256	.553	.454	.284
Tiempo de tratamiento actual	.051	.152	.455	.398

* Diferencias significativas ($p < .05$)

** Diferencias muy significativas ($p < .01$)

Discusión

Según el presente estudio se encuentra que más del 50% de la población evaluada presenta una autoeficacia elevada en las ocho subescalas del DTCQ. Son resultados similares a los encontrados por Sadowski, Long y Jenkins

(1993) quienes indican que la autoeficacia tiende a incrementarse con el tratamiento.

Además la subescala de emociones agradables es la que presenta el mayor porcentaje de pacientes con confianza elevada (77.5%) este hecho puede involucrar un potencial

riesgo de recaída (Burling, Really, Moltzen y Ziff, 1989), ya que el paciente se confía exageradamente en que puede afrontar situaciones de consumo sin ninguna dificultad (Burling et al. 1989).

Por otra parte, no se encontraron pacientes ubicados en los niveles de inseguridad y no tiene confianza. El caso contrario resultaría riesgoso, ya que el exceso o el déficit de autoeficacia puede implicar condiciones peligrosas que pueden suscitar recaídas en los pacientes (López-Torrecillas et al., 2002).

Al analizar las ocho subescalas el DTCQ según la edad del paciente, se halló que existen diferencias significativas para las subescalas de presión social al consumo y momentos agradables con otros, encontrándose puntajes más bajos en el intervalo de 18 a 30 años. Probablemente, la autoeficacia puede relacionarse a componentes de personalidad que a partir de los 30 años tienden a definirse y estabilizarse (McCrae y Costa, 2008) y que les da mayor seguridad en situaciones de consumo. La Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas (DEVIDA) (2010) en la Encuesta nacional para Lima Metropolitana, en zona sur, halló que la prevalencia de vida en los consumidores de drogas es más alta en los intervalos de edad comprendidos entre los 26-35 años y 36-45 años, casi el mismo grupo etario que la presente investigación lo cual podría sugerir que a mayor edad hay un mayor prevalencia del consumo de drogas porque los individuos confían en poder resistir situaciones de consumo. No se hallaron diferencias significativas en las escalas restantes según la variable edad.

Además, no se encontraron diferencias significativas en las ocho subescalas del DTCQ según el diagnóstico, el nivel de instrucción, edad de inicio de consumo, estado civil, tiempo de consumo de la droga problema, tiempo transcurrido en internamientos anteriores y tiempo transcurrido en internamiento actual en comunidad terapéutica.

Probablemente la autoeficacia se asocia más a la creencia en superar las tentaciones de consumo (Bandura, 1995) y en las propias habilidades para resistir el consumo de drogas en situaciones peculiares de riesgo (Annis, 1982). Annis (1982) indica también que puede involucrar variables como la motivación para beber, dependencia física, deterioro neurológico, habilidades sociales, etc. El modelo biopsicosocial refiere que el mantenerse abstinentes, que viene a relacionarse también con la autoeficacia, depende más de factores de distinta naturaleza como la motivación asociada al consumo de alcohol, la dependencia física, daño neurológico, habilidades, etc., tal como han indicado Brownell et al., Edwards, Rodríguez-Martos y Wallace (citados en López-Torrecillas et al., 2002).

Para el caso del tiempo de consumo de la droga problema, el no encontrar diferencias significativas puede vincularse a que solo el 20% de pacientes ha consumido por más de 26 años. El 80% restante ha consumido por menos tiempo, pero no necesariamente involucra que hayan tenido problemas asociados a su consumo en todo ese intervalo de tiempo y de manera continua. Respecto al tiempo de tratamiento actual en comunidad terapéutica no se encontraron diferencias significativas probablemente por características de la población ya que el 12% de la población tiene un tiempo de tratamiento de 13 a 18 meses y el 88% restante tiene entre uno y tres meses de tratamiento. Tal condición puede estar afectando en cierta medida los resultados al estudiar la variable mencionada.

Referencias

- Annis, H.M. (1982). *Situational confidence questionnaire*. Toronto, Canadá: Addiction Research Foundation.
- Annis, H.M. y Martin, G. (1985). *Drug-Taking Confidence Questionnaire*. Toronto, Canadá: Addiction Research Foundation.

- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191-215.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: a social cognitive theory*. New Jersey, EUA: Prentice-Hall.
- Bandura, A. (1995). *Self-efficacy in changing societies*. Cambridge, Reino Unido: University Press.
- 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.
- Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas (2010). *Encuesta nacional de consumo de drogas en población general de Lima metropolitana – 2010a*. Lima: DEVIDA – Observatorio Peruano de Drogas, 2012. Recuperado de <http://www.devida.gob.pe/2012/12/informe-estadistico-encuesta-nacional-sobre-consumo-de-drogas-Lima-Metropolitana-2010/>
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, T. (2010). *Metodología de la investigación*. México DF, México: McGraw-Hill.
- Kerlinger, F. y Lee, H. (2002). *Investigación del comportamiento. Métodos de investigación en Ciencias Sociales*. México DF, México: McGraw-Hill/Interamericana.
- Kirsch, I. (1982). Efficacy expectation or response predictions: the meaning of efficacy ratings as a function of task characteristics. *Journal of personality and Social Psychology*, 42(2), 207-211.
- 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.
- Llorente, J.M. (1997). *Validación del DTCQ-H en población española* (Tesis doctoral no publicada). Universidad Nacional de Educación a Distancia, Madrid, España.
- Organización Mundial de la Salud (1992). *Clasificación internacional de trastornos mentales, décima edición*. Ginebra, Suiza: O.M.S
- McCrae, R. y Costa, P. (2008). The five-factor theory of personality. En O. P. John, R. W. Robins, y L. A. Pervin (Eds.), *Handbook of personality: Theory and research* (pp. 159–181). New York, EUA: Guilford.
- 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.
- Vigo, A. (2003). *Adaptación psicométrica del Cuestionario de Confianza ante Situaciones de Riesgo para Consumir en pacientes adictos*. (Tesis de licenciatura). Universidad Nacional Federico Villarreal, Lima, Perú.