



Universidad Nacional de Mar del Plata

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

adicciones
autocontrol
autoevaluación
toxicomanías
drogadicción

Título del proyecto:

Adaptación y validación de la escala DASES de autoeficacia para la evitación de drogas (DASES-The Drug Avoidance Self-Efficacy Scale). Un estudio piloto.

Informe final del trabajo de investigación correspondiente al requisito curricular O.C.S.

143/89

Apellido y nombre de las alumnas:

Etchemendi María Celeste (Mat. 5093/00 DNI 28.669.639)

Rodríguez Givaudant María del Mar (Mat. 5209/00 DNI 28.944.637)

Valenzuela Rocío (Mat. 4548/98 DNI 27.776.854)

Supervisor: García Fernando

Co-supervisor: Ledesma Rubén

Cátedra de radicación: Sistemas Psicológicos Contemporáneos II


Fecha de presentación:

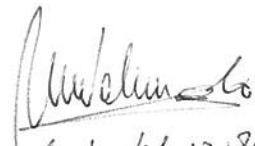
N.º DE ALUMNO	CONTRIBUCIÓN
199 E	
N.º DE INVENTARIO	
934	



“Este Informe Final corresponde al requisito curricular de Investigación y como tal es propiedad exclusiva del las alumnas Etchemendi María Celeste, Rodríguez Givaudant María del Mar y Valenzuela Rocío de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata y no puede ser publicado en un todo o en sus partes o resumirse, sin el previo consentimiento escrito de los autores”.


MARIA DEL MAR RODRIGUEZ
GIVAUDANT


MARIA CELESTE
ETCHEMENDI


ROCIO VALENZUELA

Mar del Plata, 4 de Julio del 2005

Secretaría de Investigación y Postgrado
Facultad de Psicología
Universidad Nacional de Mar del Plata


De mi mayor consideración:

Tenemos el agrado de dirigirnos a Uds. para, atento al cumplimiento de los requisitos prescriptos en las normas vigentes en el día de la fecha, dar aprobación al trabajo de investigación presentado por las alumnas Etchemendi María Celeste, Mat 5093/00, Rodríguez Givaudant María del Mar, Mat. 5209/00 y Valenzuela Rocio, Mat 4548/98.

Sin otro particular, saludamos a Uds. muy atentamente



Lic. Fernando García
Director de Tesis



Dr. Ruben Ledesma
Co-Director de Tesis

INFORME DEL SUPERVISOR y/o CO-SUPERVISOR

Dejo constancia que todas las autoras del presente informe han contribuido intelectualmente al desarrollo del trabajo de investigación, pudiendo calificarse el desempeño individual y grupal del equipo como *muy satisfactorio*, destacando el compromiso y seriedad con que las autoras han ejecutado el proyecto. Entiendo que el trabajo realizado, a pesar de estar sujeto a ciertas limitaciones propias de una experiencia de iniciación a la investigación, resulta sustancialmente novedoso y adecuado desde el punto de vista técnico.

Dr. Rubén Ledesma

“Atento al cumplimiento a los requisitos prescritos en las normas vigentes, en el día de la fecha se procede a dar aprobación al trabajo de investigación presentado por las alumnas Etchemendi María Celeste (Mat. 5093/00), Rodríguez Givaudant María del Mar (Mat. 5209/00) y Valenzuela Rocío (Mat. 4548/98).”

Firma del especialista interviniente, del Supervisor y/o Co- Supervisor y de cada uno de los miembros intervinientes del área de investigación.

Fecha de aprobación:

INDICE	
RESUMEN	1
PRIMERA PARTE	2
1 FUNDAMENTOS, ANTECEDENTES Y OBJETIVOS	2
1.1 JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DEL PROBLEMA	2
1.2 ENFOQUE TEORICO	4
1.2.1 TEORÍA DE LA AUTOEFICACIA PERCIBIDA	4
1.2.2 AUTOEFICACIA Y CONDUCTA ADICTIVA	5
1.2.3. DISTINTAS CLASIFICACIONES DE AUTOEFICACIA EN LA MODIFICACIÓN DE CONDUCTAS ADICTIVAS	6
1.2.4 AUTOEFICACIA PARA EL CAMBIO, TRATAMIENTO Y PREVENCIÓN DE RECAÍDAS	8
1.3 LA CONSTRUCCIÓN DE ESCALAS DE AUTOEFICACIA	11
1.4 EVALUACIÓN DE LA AUTOEFICACIA EN CONDUCTAS ADICTIVAS	15
1.5 ESCALA DE AUTOEFICACIA PARA LA EVITACIÓN DE DROGAS (DASES The Drug Avoidance Self-Efficay Scale)	18
1.6 OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN	20
SEGUNDA PARTE	22
2 METODOLOGIA	22
2.1. INSTRUMENTO	22
2.2.1 TRADUCCIÓN	22
2.2 ADAPTACIÓN DEL INSTRUMENTO	22
2.2.2 REDACCIÓN DE NUEVOS ÍTEMS	22
2.2.3 ANÁLISIS RACIONAL	23
2.2.4 DEPURACIÓN DE ITEMS	23

2.3	VERSIÓN FINAL DEL INSTRUMENTO	24
2.3.1	CUESTIONARIO Y CONSENTIMIENTO INFORMADO	25
2.4	PARTICIPANTES	25
2.5	PROCEDIMIENTO: ADMINISTRACIÓN DE LA ESCALA	26
2.6	ANÁLISIS DE DATOS	26
	TERCERA PARTE	28
3.	RESULTADOS	28
3.2	ANÁLISIS DESCRIPTIVO	28
3.3	ANÁLISIS DE DIMENSIONALIDAD	32
3.4	CONSISTENCIA INTERNA Y DISCRIMINACIÓN DE LOS ÍTEMS	32
3.5	ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS PARA LA ESCALA	33
3.6	OTROS RESULTADOS	34
	CUARTA PARTE	36
4.	CONCLUSIONES	36
	BIBLIOGRAFÍA	39
	ANEXO I: VERSIÓN FINAL DEL INSTRUMENTO	42
	ANEXO II: CONSENTIMIENTO INFORMADO	46



Universidad Nacional de Mar del Plata

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Plan de trabajo de la realización de la Investigación de Pregrado (O.C.S. 143/89)

Apellido y nombre de las alumnas:

Etchemendi María Celeste (Mat. 5093/00)

Rodríguez Givaudant María del Mar (Mat. 5209/00)

Valenzuela Rocio (Mat. 4548/98)

Cátedra de radicación: Sistemas Psicológicos Contemporáneos II

Supervisor: García Fernando

Co-supervisor: Ledesma Rubén

Título del proyecto:

Adaptación y validación de la escala de autoeficacia para la evitación de drogas (DASES-The Drug Avoidance Self-Efficacy Scale).

Descripción Resumida

Este proyecto se propone realizar una adaptación local y replicar las propiedades métricas de la escala DASES (The Drug Avoidance Self-Efficacy Scale). El DASES es un instrumento desarrollado para investigar la autoeficacia percibida para la subcompetencia específica del control de adicciones. Se trata de una técnica auto administrable que evalúa situaciones en las que un adicto puede o no controlar la tentación del consumo de sustancias. La escala original DASES fue desarrollada en Toronto, Canadá, existiendo evidencia a favor de su validez y confiabilidad. No obstante, no se dispone de una adaptación al castellano, además, algunos aspectos importantes sobre su validez no han sido examinados. Se espera que el presente proyecto contribuya al desarrollo de una versión en castellano y amplíe el conocimiento sobre las propiedades métricas (confiabilidad y validez) de la escala.

Palabras Claves: Autoeficacia percibida, adicciones, escala DASES, validación.

Motivos y Antecedentes

Desde la teoría cognitivo social, la autoeficacia (Bandura, 1987) hace referencia a las creencias de las personas acerca de sus propias capacidades para el logro de determinados resultados. El sistema de creencias de eficacia no es un rasgo global, sino un grupo de autocreencias ligadas a ámbitos de funcionamiento diferenciados. La autoeficacia percibida es un importante determinante de la intención. La autoeficacia percibida desempeña un papel fundamental en el funcionamiento humano puesto que afecta el comportamiento no solo de manera directa, sino también por su impacto en otros determinantes claves tales como metas y aspiraciones, expectativas de resultados, tendencias afectivas y percepción de los impedimentos y oportunidades que se presentan en el medio social. Las creencias de eficacia influyen en los pensamientos de las personas, tanto autoestimulantes como autodesvalorizantes, optimismo o pesimismo; en los cursos de acción que ellas eligen para perseguir, los desafíos y metas que ellas se plantean para sí mismas y su compromiso con los mismos; la cantidad de esfuerzo que invierten en determinados emprendimientos; los resultados que esperan alcanzar por sus esfuerzos; la magnitud de su perseverancia frente a sus obstáculos; su resistencia a la adversidad; el nivel de estrés y de presión que experimentan cuando se enfrentan con demandas exigentes del ambiente y los logros que alcanzan.

En 1977, Bandura introduce la teoría de la Autoeficacia en la cual propone que un mecanismo cognitivo común (Autoeficacia) puede explicar y predecir los cambios de comportamientos logrados por diferentes modos de tratamiento. El soporte empírico para la teoría de la Autoeficacia ha surgido de varios dominios comportamentales incluyendo fobia a las serpientes (Bandura & Adams, 1977), manejo del dolor (Manning & Wright, 1983), comportamiento asertivo (Lee, 1984), comportamientos de salud (O'Leary, 1985), comportamiento de logro (Bandura & Schunk, 1981), así también como adicciones (Burling, Reilly, Moltzen & Ziff, 1989; McKay, Maisto & O'Farrell, 1993). Para la subcompetencia de las adicciones la Autoeficacia no puede ser utilizada como predictor de conductas pero sí como un instrumento que releve información para poder intervenir a partir de esta. En tal sentido, varias escalas de evaluación han sido desarrolladas para medir la Autoeficacia en conductas adictivas (DiClemente, 1986), entre las cuales se encuentran el "*Confidence Questionnaire for smoking behavior*" (Condiotte & Lichtenstein, 1981), el "*Situational Confidence Questionnaire for alcohol use*" (Annis, 1982) y el "*Self-Efficacy List for Drug users (SELD)*" (Breteler†, Schippers & Schrijvers, 2000). Cabe mencionar que las escalas de autoeficacia se relacionan siempre con factores que determinen los logros en el dominio de funcionamiento seleccionado (subcompetencia específica), en este caso el control del consumo de sustancias.

Entre los instrumentos mencionados, la escala DASES posee varias ventajas: a) puede aplicarse a sujetos que consumen más de una sustancia a la vez (policonsumidores), mientras que el resto de las escalas deben aplicarse sucesivamente a la misma persona para evaluar la Autoeficacia concerniente a cada sustancia, b) tanto el contenido como el diseño de la escala se ajustan a las indicaciones originales de Bandura en lo referente a construcción de escalas de autoeficacia en dominios específicos, c) la escala DASES se encuentra disponible en una versión completa mientras, que las demás escala no lo están.

El propósito de este estudio es adaptar localmente y validar la escala DASES en una muestra de consumidores de la ciudad de Mar del Plata. Se espera de este modo contribuir al desarrollo de un instrumento que posibilite obtener información válida y confiable en el marco de los tratamientos terapéuticos.

Objetivos

General:

El objetivo general del proyecto es validar y replicar las propiedades métricas de la escala DASES en una muestra local de sujetos en tratamiento de rehabilitación por consumo de sustancias.

Particulares:

1. Adaptar lingüística y culturalmente el DASES.
2. Replicar a nivel local las propiedades métricas del DASES.

Métodos y técnicas

Muestra:

Se trabajará con una muestra no probabilística intencional. Se prevé trabajar con sujetos mayores de 16 años internados o en tratamiento ambulatorio y que accedan voluntariamente a participar del estudio. El tamaño de la muestra se estima, según lo convenido, en 70 pacientes.

La administración de la escala se realizará en diferentes instituciones locales que trabajan terapéuticamente con personas con comportamientos adictivos, tanto públicas como privadas: CPA, El Faro, Centro Municipal de Salud Mental. Para esto, se cuenta con la anuencia de las instituciones.

Instrumento:

Se administrará la escala DASES traducida y adaptada de la original y acompañada de un cuestionario con datos complementarios (edad, sexo, tiempo y tipo de tratamiento, etc.). Previamente, se solicitará el consentimiento informado a los sujetos, asegurando en todos los casos el carácter anónimo de la participación y la confidencialidad de los datos.

Diseño:

La validación del DASES se realizará en dos fases:

- a) Adaptación lingüística y cultural: Como todo estudio de validación de instrumentos provenientes de otras culturas, el trabajo de investigación comienza con un proceso de adaptación lingüística y cultural de la escala. Esta etapa se inicia con la recopilación, traducción y análisis racional de la escala DASES. Como parte de este proceso se prevé que un grupo de expertos evalúen racionalmente los items de la escala y juzguen su validez aparente.
- b) Análisis de propiedades psicométricas: se prevé analizar las siguientes propiedades del DASES:

Fiabilidad: esta propiedad se estimará mediante el método de consistencia interna, ya que el cuestionario se administrará solo una vez.

Validez: se analizará validez de constructo vía análisis factorial y validez discriminante en función de comparaciones de grupos según tipo y tiempo de tratamiento.

Lugar de realización

Trabajo de campo: en las instituciones mencionadas en el apartado Muestra.

Lugar de trabajo: Facultad de Psicología de la UNMdP.

Cronograma

ACTIVIDAD	MESES					
	1	2	3	4	5	6
Actualización y recopilación bibliográfica	*	*				
Traducción, adaptación lingüística y cultural del DASES	*					
Evaluación de la escala DASES por expertos		*				
Análisis, depuración y modificaciones al instrumento			*			
Desarrollo de una versión definitiva del DASES			*			
Administración a una muestra local			*	*		
Desarrollo de los estudios de validez y confiabilidad					*	
Elaboración de informe						*

Bibliografía básica de referencia

Bandura, A. (1987). Pensamiento y Acción. Madrid: Martinez Roca

Bandura (2003). Guía para la Construcción de Escalas de Autoeficacia [on-line] Disponible: URL: <http://www.emory.edu/EDUCATION/mfp/BanduraPubs.html>.

- Gerdien, H. & De Weert-Van Oene (2000). The validity of the self-efficacy list for drug users (Seld). *Addictive Behaviors*, 25, 4, July-August, 599-605.
- Martin, G. W. (1992). The role of self efficacy in the prediction of treatment outcome for young, multiple drug users. Disertación doctoral no publicada, Universidad de Toronto.
- Martin, G. W., Wilkinson, D. A. & Poulos, C. X. (1995). The drug avoidance self-efficacy scale. *Journal of Substance Abuse*, 7, 2. 151-163.
- Velicer, W.F., DiClemente, C.C., Ross, J.S. & Prochaska, J.O. (1990). Relapse situations and self-efficacy: An integrative model. *Addictive Behaviors*, 15, 271-283.


Firma del Supervisor


Firma del Co-supervisor


Firma de las alumnas

PI Área de Investigación

Resultado de la evaluación (aprobado/rehacer)

Fecha:

APROBADO

5 DE AGOSTO 2004


Mg. Claudia Arias

RESUMEN

Este trabajo se plantea contribuir al desarrollo de una adaptación local así como a una evaluación psicométrica de la escala DASES (The Drug Avoidance Self-Efficacy Scale). La DASES es un instrumento desarrollado para investigar la autoeficacia percibida para la subcompetencia específica del control de adicciones. Se trata de una técnica auto administrable que evalúa situaciones en las que un adicto puede o no controlar la tentación del consumo de sustancias. La escala original DASES fue desarrollada en Toronto, Canadá, existiendo evidencia a favor de su validez y confiabilidad. En nuestro caso, hemos desarrollado una versión en castellano adaptada de la original, la cual ha sido administrada a una muestra de 70 pacientes en tratamiento en instituciones de diferentes ciudades de la Provincia de Buenos Aires. Los resultados obtenidos permiten proporcionar evidencia preliminar en favor de la validez y confiabilidad de la escala.

PRIMERA PARTE

1 FUNDAMENTOS, ANTECEDENTES Y OBJETIVOS

1.1 JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DEL PROBLEMA

El presente trabajo busca contribuir al desarrollo y validación de la escala DASES (Escala de Autoeficacia para la Evitación de Drogas) a nivel local, para su uso en sujetos en tratamiento de rehabilitación por consumo de sustancias. Una amplia gama de motivos justifican la importancia de contribuir al desarrollo de instrumentos que posibiliten obtener datos válidos y confiables respecto de la autoeficacia en personas que están atravesando tratamientos terapéuticos para la modificación de conductas adictivas. Las adicciones exceden la esfera individual, por tanto los gobiernos buscan las causas del problema y las maneras de encarar políticas destinadas a su solución.

En primer lugar, el abuso de sustancias adictivas es una cuestión que conlleva serios problemas personales y sociales (Bandura, 1999). El abuso de drogas se ha convertido en un problema crónico de las sociedades modernas. En nuestro país, el incremento de las adicciones es sin duda un fenómeno relacionado con situaciones derivadas de la crisis, con los elevados índices de desocupación, marginalidad y pobreza, con la inmovilidad social y el espiral regresivo que vive la sociedad argentina desde hace décadas. Sin embargo el avance de la enfermedad en países desarrollados y en sociedades de economías más sólidas permite pensar que la drogadicción es el resultado de situaciones culturales y existenciales profundamente

complejas que expresan, dramáticamente, uno de los aspectos más perversos de la sociedad de consumo.

Una encuesta poblacional realizada por la Subsecretaría de Atención de las Adicciones del Ministerio de Salud¹ Bonaerense permite apreciar la magnitud del problema. De una muestra efectuada sobre 4.000 viviendas de toda la provincia, cuyos resultados finales están en elaboración, surge, por ejemplo que en el Gran La Plata, el 22% de la población entre 15 y 64 años - unas 142.000 personas - abusan del alcohol y, en el mismo segmento, el 3,8% consume drogas ilegales. Del mismo trabajo se desprende que el 17,3 % de la población, más de 110 mil personas, consumieron alguna vez en la vida drogas y el 10,7 % - más de 68 mil - lo hicieron en los últimos 12 meses. Pese a la gravedad de los números expuestos, no existen aún en nuestro país trabajos de investigación referentes a personas atravesando tratamientos de rehabilitación.

Por otro lado, los estudios sobre la teoría y la aplicación de la autoeficacia son relativamente jóvenes en la literatura de la drogadicción. Una revisión de la misma en relación a los tratamientos, revela que la autoeficacia se asocia sistemática y significativamente con los esfuerzos por abandonar las conductas adictivas (Marlatt, Baer y Quingley, 1999). Los juicios de autoeficacia reflejan logros en el tratamiento. En nuestro país, no se conocen desarrollos en cuanto a la adaptación de escalas de autoeficacia en personas con problemas de adicción, solo hemos identificado un proyecto en curso sin resultados publicados (Richard y Barrionuevo, 2002). Se espera, a través del presente trabajo, poder contribuir a obtener un instrumento válido

¹ Ministerio de la Salud de la Prov. de Buenos Aires (on line). Disponible: URL: <http://www.ms.gba.gov.ar/Informes/Adicciones.htm>

para evaluar la autoeficacia en personas que están atravesando tratamientos terapéuticos.

1.2 ENFOQUE TEORICO

1.2.1 TEORÍA DE LA AUTOEFICACIA PERCIBIDA

En 1977, Bandura introduce la teoría de la Autoeficacia en la cual propone que un mecanismo cognitivo común (Autoeficacia) puede explicar y predecir los cambios de comportamientos logrados por diferentes modos de tratamiento. El soporte empírico para la teoría de la Autoeficacia ha surgido de varios dominios comportamentales incluyendo fobia a las serpientes (Bandura y Adams, 1977), manejo del dolor (Manning y Wright, 1983), comportamientos asertivos (Lee, 1984), comportamientos de salud (O'Leary, 1985), comportamientos de logro (Bandura y Schunk, 1981), así también como adicciones (Burling, Reilly, Moltzen, y Ziff, 1989; McKay, Maisto, y O'Farrell, 1993).

Bandura sostiene que entre los mecanismos del autoconocimiento, quizás ninguno es más nuclear que las creencias de las personas en su eficacia personal. Desde este marco conceptual de la teoría cognitivo social, la autoeficacia (Bandura, 1977) es entendida como **las creencias de una persona sobre sus capacidades, a partir de lo cual organizará sus actos**; dependiendo de ella otras variables, como la motivación y la persistencia. En 1999 Bandura también define a la *autoeficacia percibida* como las creencias en las propias capacidades para organizar y ejecutar los cursos de acción requeridos para manejar situaciones futuras. Las creencias de eficacia influyen sobre el modo de pensar, sentir, motivarse y actuar de las personas.

Los hallazgos de diversos tests, donde las creencias de eficacia se modifican sistemáticamente, coinciden en presentar que tales creencias contribuyen significativamente a la motivación y a los logros humanos (Bandura, 1999).

Las creencias de las personas en relación a su eficacia pueden desarrollarse a través de cuatro formas fundamentales de influencia: *las experiencias de dominio, las experiencias vicarias, la persuasión social y los estados psicológicos y sociales*, constituyendo estos cuatro elementos, las fuentes de las creencias de eficacia. No se aspira en el presente trabajo a describir las bases conceptuales y metodológicas de la naturaleza, estructura y función de la autoeficacia, las cuales están discutidas en detalle en el capítulo 2 del libro de Bandura, *Autoeficacia: El ejercicio del control*.

1.2.2 AUTOEFICACIA Y CONDUCTA ADICTIVA

La investigación aplicada de la teoría de la autoeficacia para los problemas derivados del consumo de alcohol y de otras sustancias, está menos desarrollada que la investigación relativa al tabaquismo (véase DiClemente et al., en prensa, para una revisión). En general, podemos decir que los estudios sobre la teoría y la aplicación de la autoeficacia son relativamente jóvenes en la literatura de la drogadicción. Las investigaciones más clásicas sobre el tema, se refieren al rol de la autoeficacia percibida en la prevención de la aparición de la conducta adictiva, o en los procesos de abandono del consumo.

Existen autores como Marlatt, Baer y Quinley (1999) que observan que la autoeficacia puede influir de dos formas en el momento de la elección de conductas a seguir: además de la autoeficacia para resistir el consumo de la sustancia adictiva, la

autoeficacia también está implicada en los intentos de iniciar un hábito adictivo. Dicho de manera sencilla, la autoeficacia puede introducirnos en una conducta adictiva, así como prevenir su aparición, dependiendo de las metas y las expectativas de resultados personales.

Un ejemplo dado por Marlatt, es que si los jóvenes creen que fumar, beber o consumir drogas los hacen parecer mayores, la cuestión de la eficacia se dirige a las conductas requeridas para experimentar o iniciar el hábito. Este autor sostiene que se produce un conflicto entre la autoeficacia para decir NO y las presiones de los compañeros para hacerlo (decir SI). Un conflicto similar se produciría al tratar de abandonar los hábitos adictivos. Estos conflictos entre comenzar o no comenzar, o entre abandonar el hábito adictivo o no hacerlo, caracterizan el problema de la conducta adictiva

1.2.3. DISTINTAS CLASIFICACIONES DE AUTOEFICACIA EN LA MODIFICACIÓN DE CONDUCTAS ADICTIVAS

DiClemente, Fairhurst y Piotrowski (Marlatt, Baer y Quingley, 1999) describen cinco tipos diferentes de auto-valoraciones de eficacia: (1) 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”; (2) autoeficacia para la conducta de tratamiento, referida a la confianza del cliente en su habilidad para ejecutar las tareas requeridas con el fin de lograr el cambio personal,

como por ejemplo el automonitoreo; (3) autoeficacia de recuperación, relativa a los juicios de la capacidad para recuperarse de las recaídas; (4) autoeficacia de control, relativa a la capacidad percibida para controlar o moderar la conducta en cuestión (por ejemplo, evitar el consumo excesivo de alcohol) y (5) autoeficacia de abstinencia, relativa a las propias capacidades percibidas para abstenerse del consumo de sustancias adictivas.

En opinión de Marlatt, Baer y Quingley (1995), la taxonomía esgrimida por DiClemente sobre la autoeficacia es útil pero limitada. Las críticas a esta clasificación son las siguientes:

1. Los cinco tipos de autoeficacia están vinculados al tratamiento y prevención de recaídas. La autoeficacia como factor en el desarrollo inicial de la conducta adictiva no se incluye en la lista de DiClemente.

2. Parece haber una yuxtaposición considerable entre las categorías de creencias.

En base a la taxonomía de DiClemente, Marlatt propone otras cinco categorías de creencias de eficacia. Esta tipología incluye la autoeficacia tanto para la iniciación como para la subsiguiente modificación de las conductas adictivas.

En la **fase de iniciación**, se establece una diferencia entre (1) *autoeficacia de resistencia*, juicios sobre la propia capacidad para evitar el consumo previo a la iniciación del hábito, y (2) *autoeficacia para la reducción del mal*, eficacia para la reducción del riesgo tras el uso inicial.

En la **fase de modificación de conducta**, (3) *autoeficacia de acción*, o la confianza en las propias capacidades para alcanzar la meta deseada de la abstinencia o del consumo controlado, se diferencia de la autoeficacia para el mantenimiento a

largo plazo de la modificación alcanzada. En la eficacia de mantenimiento pueden diferenciarse además (4) la *autoeficacia de manejo*, relativa a la eficacia anticipatoria para manejar las crisis de recaídas y (5) la *autoeficacia de recuperación*, que implica el restablecimiento del manejo tras los episodios de recaídas.

1.2.4 AUTOEFICACIA PARA EL CAMBIO, TRATAMIENTO Y PREVENCIÓN DE RECAÍDAS

Una vez establecida una conducta adictiva, el individuo puede o no realizar un intento de cambio (Marlatt, Baer y Quinley, 1999). A continuación se describen los distintos tipos de autoeficacia que se establecen en los distintos estadios de la conducta adictiva:

- ***AUTOEFICACIA DE ACCIÓN***

Muchas de las personas con problemas de conductas adictivas que poseen la intención de abandonar dicho hábito permanecen atascadas en un período previo al abandono real de tales conductas (fase de contemplación del cambio conductual).

Las personas que se mantienen en la fase de contemplación pueden estar estancadas porque se perciben a sí mismas como incapaces de abandonar el consumo de la droga (por ejemplo: tabaquismo), y por lo tanto ni siquiera tratan de dejarla (Brod y May, 1984). Las personas que contemplan la posibilidad, pueden posponer la acción inicial porque dudan de su eficacia de cambio.

DiClemente y Hughers (1990) evaluaron la autoeficacia para la abstinencia en clientes alcohólicos participantes 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 cliente. Los clasificados como desanimados en relación al cambio, tenían el nivel más bajo de autoeficacia y los niveles más altos de tentación.

En opinión de Marlatt (1999), aunque la abstinencia es una meta común para la acción inicial, en algunos pacientes, el uso moderado o controlado de sustancias adictivas, podría ser una alternativa de cambio. La autoeficacia de acción puede evaluarse tanto en los individuos que tratan de cambiar sin ayuda, como en aquellos que participan en grupos de auto-ayuda o los que solicitan un tratamiento profesional.

- ***AUTOEFICACIA DE MANEJO***

Una vez que el individuo haya superado el estadio de acción del cambio personal, el desafío consiste en el mantenimiento a largo plazo.

Los índices de recaídas son altos para la modificación de una conducta adictiva. En el modelo cognitivo-conductual de recaídas presentado por Marlatt y Gordon (1985), la autoeficacia desempeña un rol crítico. Según este modelo, los individuos en la fase de mantenimiento se enfrentan muchas veces con situaciones de alto riesgo para las recaídas. Éstas pueden adoptar la forma de estados emocionales negativos, conflictos interpersonales o presiones sociales para consumir la sustancia. Tales situaciones pueden propulsar a que el individuo consuma la sustancia adictiva, salvo que ponga en funcionamiento estrategias de manejo efectivas. La autoeficacia baja para el manejo de situaciones de alto riesgo se conjuga con las expectativas de resultados positivos para el consumo de sustancia.

Las técnicas de prevención de recaídas están diseñadas para fomentar la autoeficacia para el manejo de las situaciones de alto riesgo, en situaciones de

urgencia y tentación (Chaney, O'Leary y Marlatt, 1985). La investigación de Shiffman (Shiffman, 1984; Shiffman y Wills, 1985) demuestra el rol crítico del manejo conductual y cognitivo en la prevención de recaídas cuando el sujeto trata de dejar de fumar. También se ha observado que la autoeficacia de manejo es un predictor importante de los resultados del tratamiento de adolescentes que abusan de drogas (Myers, Brown y Mott, 1993).

- ***AUTOEFICACIA DE RECUPERACIÓN***

Los individuos en el estadio de mantenimiento del cambio de hábito a menudo experimentan recaídas a medida que progresan. Las reacciones propias a tales reveses pueden debilitar la eficacia para el mantenimiento a largo plazo, provocando recaídas e incluso el abandono definitivo del cambio de hábito que ha iniciado. Una reacción debilitadora tal, ante las recaídas es una respuesta atribucional conocida como la violación del efecto de abstinencia o VEA (Collins y Lapp, 1991; Curry, Marlatt y Gordon, 1987; Ross, Miller, Emmerson y Todt, 1989). Los individuos con esta reacción atribuyen sus recaídas a los factores internos, estables e incontrolables (por ejemplo a la falta de voluntad o a factores de enfermedad que están más allá del propio control individual). Los métodos de prevención de recaídas incluyen procedimientos para fomentar la eficacia de recuperación, en base a la presunción de 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):

Los hábitos establecidos rara vez responden a un único esfuerzo de auto regulación. El éxito se logra normalmente a través de esfuerzos renovados tras los

intentos fallidos. Los logros humanos, por lo tanto, necesitan un sentido resistente de eficacia personal. Para fortalecer el poder restante de las autocreencias (...) debería subrayarse que el éxito requiere un esfuerzo perseverante, de forma que el sentido de eficacia de las personas no se vea debilitado ante los primeros reveses. (pág. 69)

1.3 LA CONSTRUCCIÓN DE ESCALAS DE AUTOEFICACIA

Como queda planteada la cuestión por Bandura (2003), las escalas de autoeficacia se deben adecuar al dominio particular de funcionamiento que es objeto de interés.

Aunque las creencias de eficacia son multifacéticas, la Teoría Social Cognitiva identifica algunas condiciones bajo las cuales hay cierta covariación entre dominios diferentes de funcionamiento: cuando diferentes esferas de actividad están relacionadas con subdestrezas semejantes, existe alguna relación interdominio en la eficacia percibida.

Bandura (2003) explica que los ítems de eficacia deben reflejar con precisión el constructo; sostiene que la autoeficacia sólo hace referencia a la capacidad percibida, por ello los ítems deben redactarse en términos de *puede hacer* en lugar de *lo haré*. La diferencia radica en que *Puedo hacer* es un juicio de capacidad mientras que *lo haré* es una declaración de intención. Los dos constructos deben estar empíricamente y conceptualmente separados.

La construcción de una escala de autoeficacia confiable requiere de un análisis conceptual informativo de los factores que influyen en un dominio de funcionamiento seleccionado. El conocimiento de los determinantes que influyen

sobre dominios de actividades, permite especificar qué aspectos de la eficacia personal se deberían medir.

Las creencias de las personas en sus **capacidades** para hacer aquello que sea necesario para tener éxito predicen mejor la conducta que sus creencias en sólo un aspecto de la autoeficacia relevante para el dominio.

Las diferentes facetas de la autoeficacia percibida que operan dentro de un dominio podrían influir con mayor fuerza en las diferentes fases de un propósito dado.

De acuerdo a las aseveraciones precedentes, lo más importante a tener en cuenta, es que las escalas de autoeficacia deben ajustarse a dominios de actividad y evaluar las formas multifacéticas en las que las creencias de eficacia operan dentro del dominio de actividad seleccionado. Las escalas de autoeficacia deben relacionarse con factores que determinen los logros en el dominio de funcionamiento correspondiente.

Otra cuestión que es de destacar, es que la eficacia percibida se debe medir empleando niveles de demandas de tarea que representen diferentes grados de desafío o impedimento para un rendimiento exitoso. Las evaluaciones de autoeficacia dan cuenta del nivel de dificultad que los individuos creen que pueden superar.

Los acontecimientos sobre los cuales se ejercen influencia personal pueden variar ampliamente. Esto podría comprender la regulación de nuestra propia motivación, procesos de pensamiento, nivel de rendimiento, estados emocionales o modificación de condiciones ambientales entre otras cuestiones.

El dominio de contenido debe corresponderse con el área de funcionamiento que uno busca controlar. Los desafíos pueden ser graduados en términos del nivel de

ingenuidad, presión, precisión, productividad, amenaza, autorregulación requerida, sólo por mencionar algunas de las demandas de rendimiento.

Lo que importa no es, si uno ocasionalmente puede realizar actividades, sino si posee la eficacia para realizarlas regularmente frente a diferentes tipos de condiciones disuasivas.

Redacción de los ítems

Los problemas que deben ser evitados en la redacción de los ítems de las escalas, según Bandura son:

- Ítems ambiguos o mal redactados
- Vocabulario técnico que no forma parte del lenguaje cotidiano
- Ítems multidimensionales que incluyen diferentes tipos de logros, para los cuales los sujetos tienen diferentes niveles de capacidad percibida.

Es recomendable redactar ítems breves y explícitos y realizar un pretest para verificar su claridad y facilidad de comprensión.

Con respecto a la Escala de Respuesta, en la metodología estándar para medir creencias de eficacia, se emplean ítems que representan diferentes niveles de exigencias de tareas y los individuos estiman la fortaleza de sus creencias en la habilidad que poseen para desempeñar las actividades requeridas.

Otra recomendación dada por Bandura, es evitar las escalas que utilizan solamente pocas alternativas de respuesta por ser menos sensibles y confiables (Pajares, Hartley y Valiante, 2001). Incluir muy pocas alternativas conlleva pérdida de información diferencial ya que las personas que utilizan la misma categoría de

respuesta podrían diferir entre ellas, si se hubieran incluido alternativas de respuesta intermedia en la escala.

En el análisis de los ítems es recomendable realizar un pretest de los mismos. Los ambiguos deben descartarse o redactarse nuevamente. Deben eliminarse aquellos ítems que reciban la misma puntuación por parte de la mayoría de las personas, ya que tales ítems no discriminan entre los sujetos.

Aquellos ítems en los que la gran mayoría de los sujetos eligen la categoría correspondiente a la máxima eficacia carecen de suficiente dificultad, desafío, o impedimento para discriminar los niveles de eficacia entre los sujetos. En tales casos, es conveniente incrementar el nivel de dificultad elevando el grado de desafío que el ítem representa.

Aquellos ítems relacionados con un mismo dominio de eficacia deben estar correlacionados con el puntaje total y entre sí. Los índices de discriminación, correlación entre ítems y el análisis factorial permiten explorar estos aspectos. En cuanto al análisis de fiabilidad, la consistencia interna utilizando el coeficiente alfa de Cronbach es la vía más utilizada. En caso de que el coeficiente sea bajo, se recomienda descartar ítems, o redactar e incluir nuevos ítems.

Por último, para minimizar los sesgos en las respuestas, se esgrimen las siguientes advertencias:

- Los juicios de Autoeficacia deben ser registrados en forma privada y no en público.
- El cuestionario no debe ser identificado por el nombre del sujeto evaluado sino por un número de código.

- Se les debe comunicar a los sujetos que sus respuestas permanecerán confidenciales y serán utilizadas solo con el número de código por los investigadores.
- Para estimular la veracidad en las respuestas, se debe explicar a los sujetos la importancia de su contribución a la investigación. Se les debe informar además que el conocimiento que suministran permitirá incrementar la comprensión y guiar el desarrollo de programas diseñados para ayudar a las personas a manejar las situaciones de la vida con las que deben enfrentarse.

1.4 EVALUACIÓN DE LA AUTOEFICACIA EN CONDUCTAS ADICTIVAS

La mayor parte de las investigaciones efectuadas hasta la fecha sobre la autoeficacia y la adicción se refieren a las dos sustancias más frecuentemente consumidas por la población general: tabaco y alcohol.

Varias escalas de evaluación han sido desarrolladas para medir la autoeficacia en conductas adictivas, como el “Confidence Questionnaire for smoking behavior” (Condiotte y Lichtenstein, 1981); el “Situational Confidence Questionnaire for alcohol use” (Annis, 1982); la “Self-Efficacy List for Drug users (SELD)” (Breteler, Schippers y Schrijvers, 2000) y “The Drug Avoidance Self-Efficacy Scale” (1995), entre otras.

Éstas varían desde los ítems simples o únicos (Erickson, Tiffany, Martin y Baker, 1983) hasta escalas con 100 ítems o más (Annis, 1982). También existe

diferencia en cuanto a si las escalas fueron construidas para aplicarse a sujetos que consumen más de una sustancia a la vez (policonsumidores) (Martin, 1995), o aquellas que deben aplicarse a la misma persona para evaluar la autoeficacia concerniente a diversas sustancias.

Los tipos de escalas más comunes miden la fortaleza de la confianza para evitar el consumo de sustancias en situaciones específicas (Annis, 1982; Colleti, Supnick y Payne, 1985; Condiotte y Lichtenstein, 1981; DiClemente et. Al, 1985). La elaboración de estas escalas estuvo guiada por el presupuesto de que las recaídas están impulsadas por influencias situacionales específicas (Marlatt y Gordon, 1985) y que la confianza en la eficacia 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 clientes deberían aprender el modo de manejar situaciones de alto riesgo para prevenir las recaídas.

Los estudios factoriales de las escalas que evalúan la eficacia de manejo revelan que existe generalmente un primer factor dominante, indicando que las escalas pueden considerarse unidimensionales (Baer y Lichtenstein, 1988; Di Clemente et al., 1985).

Por otro lado, las escalas de eficacia también han sido diseñadas 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 períodos determinados de tiempo (Rychtarik, Prue, Rapp y King, 1992).

Haaga y Stewart, (1992) han evaluado recientemente las creencias de eficacia usando una técnica de pensamientos articulados. Se pide a los sujetos que verbalicen pensamientos sobre el manejo y los resultados de las situaciones tentadoras para las conductas adictivas (fumar en este caso). Estos pensamientos verbalizados o articulados se transcriben, y a continuación son codificados por personal formado a tal fin, en relación a la confianza que expresan en la habilidad para resistirse a fumar o para seguir con los esfuerzos de abandono del hábito ante las posibles tentaciones. En opinión de Marlatt (1995) esta técnica es potencialmente útil para probar los aspectos teóricos de la recaída y del rol de la autoeficacia, pero no permite una aplicación clínica conveniente.

Stephens, Wertz y Roffman (1993) examinaron la autoeficacia como un predictor de éxito en un programa de tratamiento externo para abandonar el hábito de consumir marihuana. Con una escala de 19 ítems que evaluaba la confianza para evitar el consumo de marihuana en diferentes situaciones, 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 autoeficacia de manejo también ha sido estudiada en un programa de tratamiento para drogas opiáceas. Gossop, Green, 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 prescindir de los opiáceos durante seis diferentes períodos de tiempo (“desde la tarde que abandonaron el hospital hasta seis meses después” hasta “para el resto de la vida”). Se observó que la síntesis de las puntuaciones de las seis respuestas predecía significativa y prospectivamente el

consumo de drogas a los dos y a los seis meses después de haber recibido el alta hospitalaria.

De acuerdo a la literatura revisada, existen más datos sobre la autoeficacia para el tratamiento del alcoholismo de la existente para el tratamiento de las drogas. Estas investigaciones sustentan que los individuos que se han abstenido de beber satisfactoriamente tras un tratamiento manifiestan una eficacia notablemente más alta para resistir al alcohol que los individuos que acaban de ingresar al tratamiento (Miller, Ross, Emmerson y Todt, 1989). La autoeficacia para el control de la bebida se asocia con menos problemas y con inferiores índices de consumo (Collins y Lapp, 1991). DiClemente y Hughes (1990) descubrieron que los pacientes que se presentaban en el tratamiento sin implicación o desanimados sobre el cambio expresaban la eficacia más baja para la abstinencia en comparación con los pacientes que mostraban una mayor disposición al cambio. Estos autores recomendaban la evaluación de otros constructos en relación a la autoeficacia (por ejemplo: tentación de beber) para extraer una imagen completa de los estados motivacionales del cliente.

1.5 ESCALA DE AUTOEFICACIA PARA LA EVITACIÓN DE DROGAS

(DASES The Drug Avoidance Self-Efficay Scale)

La escala DASES es un cuestionario auto administrable que evalúa situaciones en las que un adicto puede o no controlar la tentación al consumo de sustancias. Fue desarrollada por Martin, Wilkinson, y Poulos (1995) en Toronto, Canadá. Hasta la fecha en la que la escala DASES fue construida, no habían sido

publicadas escalas que midieran la autoeficacia para la evitación del consumo de drogas en policonsumidores. Este hecho ocasionaba un problema, ya que la mayoría de los jóvenes en tratamiento por consumo de sustancias, usualmente consumen más de un tipo de droga a la vez (Wilkinson, Leigh, Cordingley, Martin y Lei, 1987). La Escala de Autoeficacia para la Evitación de Drogas (DASES), fue desarrollada para cubrir este vacío metodológico.

En el estudio correspondiente a la construcción de la escala DASES, se uso una muestra de 373 sujetos, los cuales eran jóvenes policonsumidores entre los 16 y los 30 años. Los mismos se presentaron voluntariamente para tratamiento en el Clinical Research and Treatment Institute of the Addiction Research Foundation. Las propiedades psicométricas y la dimensionalidad de la escala fueron evaluadas en esta muestra. Las cuatro drogas más comúnmente usadas fueron: alcohol, cannabis, estimulantes, y alucinógenos. Cada una de ellas fue usada por más del 75 % de la muestra.

Desarrollo de la Escala

Los 16 ítems de la escala de autoeficacia para la evitación de drogas fueron obtenidos de un cuestionario más amplio que incluía la evaluación de la autoeficacia considerando lo social, lo vocacional, el tiempo libre y la habilidad para manejar el dinero. Cada uno de estos dominios refleja un componente clínico del comportamiento cognitivo (Martín, 1995). El cuestionario fue construido y administrado en pacientes policonsumidores que estaban atravesando un tratamiento (ambulatorio o internación). Cada uno de los 55 ítems se refería a la habilidad para realizar tareas prácticas relativas a un determinado dominio de funcionamiento. La

DASES consiste entonces en los 16 ítems concernientes específicamente a la evitación del consumo de drogas.

Estos 16 ítems derivan de reportes clínicos obtenidos de los clientes. Se les pidió que describieran en detalle las circunstancias de un episodio reciente de uso de drogas. Éste debía incluir sus pensamientos, sentimientos, estado físico, así como el contexto social del episodio. También se les pidió que describieran cualquier cambio ocurrido después del consumo de la sustancia. Los resultados fueron sistemáticamente revisados, para identificar y agrupar recurrencias y consecuencias reforzadoras. Nueve situaciones de riesgo fueron identificadas, las mismas son: estados emocionales negativos, aburrimiento, ansiedad social, celebración, estados físicos displacenteros, conflictos interpersonales, influencia interpersonal, pensamientos negativos, y un acceso inmediato a drogas. Se les pidió a los clientes que se imaginaran en una situación en la que podrían estar en riesgo de consumir drogas, para medir su confianza en la habilidad para evitar el consumo de las mismas en una escala que va desde el 1 (definitivamente no) a 7 (definitivamente si). A partir de una prueba piloto realizada con la escala a 50 pacientes se realizaron las modificaciones pertinentes.

1.6 OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN

A partir la justificación, la descripción de la importancia del problema, y el análisis de los trabajos científicos expuestos anteriormente, nos planteamos un trabajo de investigación en el cual se busca contribuir al desarrollo y validación de

un instrumento de autoficacia en consumo de drogas a nivel local. De esta manera planteamos los siguientes objetivos de trabajo:

- *Disponer de una versión de la Escala DADES adaptada lingüística y culturalmente.* Se busca construir una versión en castellano de la escala original, que incluya algunos de los ítems originales y nuevos ítems desarrollados *ad hoc*, intentando disponer de un instrumento que incluya situaciones factibles para los consumidores locales y que estén expresadas en un lenguaje apropiado para este tipo de poblaciones.
- *Disponer de datos preliminares sobre las propiedades psicométricas de la escala en muestras de consumidores locales que se encuentran en tratamiento.* En este punto, se busca analizar la dimensionalidad de la escala a través de un análisis factorial y estimar su consistencia interna. Se espera que los resultados repliquen las propiedades de la escala original.

SEGUNDA PARTE

2 METODOLOGIA

2.1. INSTRUMENTO

Como ya ha sido mencionado, la escala DASES fue desarrollada para evaluar la autoeficacia en el consumo de sustancias en policonsumidores. El contenido y el diseño, así como la disponibilidad de la misma, fueron los criterios que motivaron su elección.

2.2.1 TRADUCCIÓN

Una vez obtenida la escala DASES en su versión original se precedió a ejecutar el proceso de traducción de la misma. Este proceso consistió en la traducción de los 16 ítems originales de la escala DASES, del idioma fuente (inglés) al idioma objetivo (español), para luego ser sometida a un análisis racional por un grupo de expertos en el tema adicciones. Los mismos fueron los responsables de juzgar la adecuación de las frases traducidas al contexto lingüístico local.

2.2 ADAPTACIÓN DEL INSTRUMENTO

A continuación se detallan los diferentes pasos de la adaptación de la escala DASES.

2.2.2 REDACCIÓN DE NUEVOS ÍTEMS

Teniendo en cuenta las nueve situaciones de riesgo que fueron identificadas en un estudio previo a la construcción de la escala DASES original (Martin, 1995), se redactaron tres ítems nuevos, los cuales fueron agregados. Los ítems redactados fueron el 11, el 12 y el 13, correspondientes a la escala definitiva (ver Anexo I).

2.2.3 ANÁLISIS RACIONAL

Para completar la fase de adaptación lingüística y cultural de la escala, luego de realizar el proceso de traducción y de redactar tres de sus ítems, se sometió a la misma a un análisis racional por parte de un grupo de expertos locales en el tema de adicciones.

Como resultado de esta etapa se reemplazaron palabras de uso poco frecuente por otras más adecuadas al contexto local, modificándose algunos de los ítems previamente redactados.

3.1 DEPURACIÓN DE ÍTEMS

De la primera versión modificada de la escala, compuesta por 17 ítems, fueron eliminados dos ítems en la prueba piloto:

Item 2: Imaginá que acabas de perder el trabajo, estás solo en tu casa deprimido.
¿Resistirías el impulso a tomar drogas / alcohol disponibles en la casa?

Item 4: Imaginate que venís sintiéndote bien y no tenés responsabilidades por un par de días. Lo único que sentís en contra de drogarte / emborracharte un

poco, es que te prometiste que no lo harías por dos meses y todavía te faltan tres semanas. ¿Tomarías drogas / alcohol?

Posterior a la administración se eliminaron dos ítems más:

Item 1: Imaginá que estás yendo a una fiesta en la que vas a conocer gente nueva. Sentís que la droga / alcohol te relajará y te hará más seguro. ¿Evitarías consumir?

Item 5: Imaginate que una importante relación de pareja ha terminado y te sentís deprimido. ¿Controlarías el impulso a tomar drogas / alcohol?

En ambos casos, se utilizó el criterio de la mejora en la consistencia interna de la escala, es decir, se eliminaron aquellos ítems que al ser sacados de la escala aumentaban la confiabilidad (coeficiente Alfa de Cronbach). En este sentido, se logró construir un instrumento más corto, compuesto por 13 ítems.

2.3 VERSIÓN FINAL DEL INSTRUMENTO

La versión final del instrumento consta de 13 ítems, los cuáles presentan situaciones de riesgo para personas que están atravesando un tratamiento para la modificación de conductas adictivas.

Frente a las situaciones presentadas, el sujeto debe medir su confianza en la habilidad para evitar el consumo de drogas en una escala que va desde 1 (definitivamente no) a 7 (definitivamente si).

Cada ítem es puntuado en una escala de 1 a 7, los ítems 5, 6, 7, 10 y 12 son recodificados puntuando de la siguiente manera: 7=1, 6=2, 5=3, 3=5, 2=6 y 1=7. El puntaje total de la escala se obtiene sumando los 13 ítems.

2.3.1 CUESTIONARIO Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

Junto con la escala se administró un cuestionario en el cuál los sujetos debían responder acerca de su sexo, edad, el tipo de tratamiento que estaban realizando (internación o ambulatorio), el tiempo que hacía que estaban en tratamiento y el nombre de la institución en la que lo estaban realizando.

Previamente, se solicitó por escrito el consentimiento informado (ver anexo II) a los sujetos, asegurando en todos los casos el carácter anónimo de la participación y la confidencialidad de los datos.

2.4 PARTICIPANTES

Se trabajó con una muestra no probabilística intencional. Los participantes del estudio fueron sujetos de ambos sexos, mayores de 16 años, internados o en tratamiento ambulatorio para la modificación de sus conductas adictivas. Todos accedieron voluntariamente a participar del estudio. El tamaño de la muestra es de 70 pacientes.

El trabajo de investigación se realizó en diferentes instituciones regionales que trabajan terapéuticamente en la modificación de conductas adictivas, tanto

públicas como privadas. Las mismas fueron: el CPA de la ciudad de Tandil, el CPA de la ciudad de Dolores, El Faro en la ciudad de Mar del Plata.

El contacto con las instituciones se realizó previamente a la realización del estudio. Las autoridades de cada institución fueron debidamente informadas acerca de la innovación del estudio y las ventajas que podrían obtenerse de llevarse a cabo su implementación.

Una vez que se obtuvo la anuencia de las autoridades, se pudo tener acceso a los pacientes ambulatorios así como a los internados que se encontraban realizando su tratamiento en dichas instituciones.

2.5 PROCEDIMIENTO: ADMINISTRACIÓN DE LA ESCALA

El primer paso de la Administración consistió en explicar a los pacientes de las distintas instituciones, en que consistía la investigación y en dar a conocer los motivos que la fundamentaban.

Luego se procedió a la entrega de la Escala de Autoeficacia para la Evitación de Drogas junto con el cuestionario adicional que los sujetos debían completar individualmente de haberse aceptado las condiciones que figuraban en el consentimiento informado.

El tiempo que tardaron los participantes en completar el cuestionario y la escala fue, aproximadamente entre 10 y 20 minutos.

2.6 ANÁLISIS DE DATOS

Los datos fueron gestionados y analizados utilizando el programa ViSta (Young, 1996). En primer lugar, se realizaron análisis descriptivos de los ítems y las puntuaciones totales de la escala. Por otro lado, se analizó la dimensionalidad de la escala y su consistencia interna. Por último, se analizó la existencia de diferencias en la escala según sexo e institución, y la correlación con el tiempo de tratamiento y la edad de los sujetos.

TERCERA PARTE:

3 RESULTADOS

3.2 ANÁLISIS DESCRIPTIVO

La Tabla I muestra las Medias y las Desvíos Standard de los ítems que finalmente componen la escala. Los ítems aparecen ordenados de mayor a menor por sus promedios.

Tabla I. Medias y Desvíos Standard de los ítems que finalmente componen la escala.

ITEMS	MEDIA	DS
Imaginate que un buen amigo te acusó de hablar mal de él. Ahora te sentís mal, y tentado a consumir ¿Resistirías?	5.414	1.869
Imaginate que un buen amigo se siente mal. Discute con vos porque quiere que consumas con él drogas / alcohol para levantarle el ánimo. ¿Podrías resistir el impulso de tomar drogas / alcohol?	5.286	1.972
Imaginate que empezas un nuevo trabajo mañana. Hoy saldrás con amigos y esperarás pasarla bien. ¿Podrías resistir la tentación de celebrar con drogas / alcohol?	5.143	1.763
Imaginate que es tarde, no podés dormir y hay drogas / alcohol disponibles en la casa. Decidiste no usar drogas. ¿Podés resistir el impulso de usar drogas para ayudarte a dormir?	5.114	2.110
Imaginá que estás en tu casa con un ser querido y estás enojado después de una pelea. Tenés ganas de reconciliarte, pero al mismo tiempo querés drogarte / emborracharte. ¿Podrías resistirte a tomar drogas / alcohol?	5.029	2.064

Imaginate que por alguna causa tenés que mudarte a otra ciudad. Estás muy ansioso. ¿Cederías a la tentación de tomar drogas/ alcohol para relajarte?	4.986	1.892
Imaginate que hace tres meses que buscas diariamente trabajo y no encontras. Te sentís triste, desesperado y con ganas de consumir ¿Resistirías el impulso a tomar drogas/ alcohol para sentirte mejor?	4.971	1.728
Imaginate que te las arreglaste para estar limpio por un tiempo casi record, pero anoche lo rompiste. Por eso te sentís débil. ¿Tomarías drogas / alcohol esta noche?	4.757	1.974
Imaginate que una importante relación de pareja ha terminado y te sentís deprimido. ¿Controlarías el impulso a tomar drogas / alcohol?	4.414	2.216
Imaginate que estás en una fiesta sintiéndote tenso. La mayoría de la gente parece estar pasándola bien. Estás tentado a usar drogas / alcohol para relajarte. ¿Lo harías?	4.214	2.014
Imaginate que estas de vacaciones con unos amigos en un lugar que no conoces. Todos allí consumen drogas/ alcohol habitualmente. ¿Podrás resistir la tentación?	4.029	2.160
Imaginate que te prometiste estar limpio por dos meses pero acabas de romper tu record de cinco semanas con un toque o un trago. ¿Seguirías consumiendo?	3.986	2.089
Imaginate que estás solo en tu casa; es un fin de semana apagado, con nada en particular para hacer. Estás aburrido. ¿Cederías al impulso de drogarte / emborracharte?	3.729	2.206

De la Tabla I se desprende que aquellos ítems que presentan la media más elevada aparecen vinculados a un mismo campo de contenidos: relaciones de amistad. Se desprende que los índices de autoeficacia más alta se vinculan a situaciones en las que hay relaciones de amistad de por medio. Por otro lado, no se observa un factor común a los ítems que presentan la media más baja obtenida, en

este caso la situación que plantea menor grado de autoeficacia aparece vinculada al ítem “Imaginate que estás solo en tu casa; es un fin de semana apagado, con nada en particular para hacer. Estás aburrido. ¿Cederías al impulso de drogarte / emborracharte?”.

La Tabla II muestra las correlaciones entre los ítems, se observa que todos los ítems se correlacionan positivamente, siendo el promedio de las correlaciones $r = .484$. Esto puede interpretarse como un primer indicador descriptivo de la unidimensionalidad de la escala.

TABLA II. Correlaciones entre los ítems.

	ITEM_1	ITEM_2	ITEM_3	ITEM_4	ITEM_5	ITEM_6	ITEM_7	ITEM_8	ITEM_9	ITEM_10	ITEM_11	ITEM_12	ITEM_13
ITEM_1	1.00												
ITEM_2	0.72	1.00											
ITEM_3	0.53	0.28	1.00										
ITEM_4	0.64	0.49	0.47	1.00									
ITEM_5	0.40	0.35	0.25	0.81	1.00								
ITEM_6	0.30	0.28	0.11	0.66	0.71	1.00							
ITEM_7	0.57	0.52	0.30	0.63	0.52	0.72	1.00						
ITEM_8	0.66	0.79	0.35	0.64	0.46	0.38	0.61	1.00					
ITEM_9	0.55	0.69	0.31	0.70	0.55	0.48	0.48	0.80	1.00				
ITEM_10	0.46	0.40	0.36	0.44	0.43	0.30	0.36	0.34	0.34	1.00			
ITEM_11	0.18	0.39	0.32	0.28	0.25	0.28	0.13	0.20	0.30	0.29	1.00		
ITEM_12	0.57	0.62	0.26	0.69	0.62	0.65	0.76	0.78	0.70	0.53	0.23	1.00	
ITEM_13	0.48	0.43	0.35	0.81	0.80	0.72	0.66	0.54	0.58	0.38	0.23	0.65	1.00

Correlación inter-item promedio: .484

3.3 ANÁLISIS DE DIMENSIONALIDAD

Para analizar el número de dimensiones (o factores) subyacentes a la escala se utilizó el criterio del Análisis Paralelo, un método para determinar estadísticamente el número de factores significativos en un análisis factorial. Los resultados indican la existencia de un único factor subyacente a la escala, cumpliéndose el supuesto de *unidimensionalidad*.

3.4 CONSISTENCIA INTERNA Y DISCRIMINACIÓN DE LOS ÍTEMS

Para la escala final compuesta por 13 ítems se obtiene un valor de Alfa de Cronbach de .93, indicando un nivel aceptable de consistencia interna. En relación a la discriminación de los ítems, la tabla IV muestra los valores obtenidos según el criterio de la correlación entre el ítem y la puntuación total. Se observa que todos los ítems presentan valores positivos y muy aceptables de discriminación. Los ítems 12 y 4 aparecen como los que poseen mayor capacidad de discriminación (Ítem 12: Imaginate que te prometiste estar limpio por dos meses pero acabas de romper tu record de cinco semanas con un toque o un trago. ¿Seguirías consumiendo?; Ítem 4: Imaginate que es tarde, no podés dormir y hay drogas / alcohol disponibles en la casa. Decidiste no usar drogas. ¿Podés resistir el impulso de usar drogas para ayudarte a dormir?).

Tabla IV. Índices de discriminación de los ítems.

ITEMS	CORRELACIÓN	CORRELACIÓN CORREGIDA
ITEM_1	0.752	0.698
ITEM_2	0.736	0.678
ITEM_3	0.509	0.435
ITEM_4	0.882	0.851
ITEM_5	0.766	0.716
ITEM_6	0.705	0.643
ITEM_7	0.774	0.727
ITEM_8	0.798	0.758
ITEM_9	0.791	0.747
ITEM_10	0.603	0.521
ITEM_11	0.419	0.340
ITEM_12	0.856	0.825
ITEM_13	0.816	0.773

3.5 ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS PARA LA ESCALA

La tabla V muestra los descriptivos para las puntuaciones de la escala total, es decir, para la sumatoria de los ítems. Se observa que las puntuaciones de los individuos fluctúan entre 29 y 91 puntos, siendo el promedio igual a 61,71 y la DS igual a 18,99. Por su lado, la tabla VI muestra los valores percentilares obtenidos.

Tabla V. Estadísticos descriptivos para la escala

MINIMO	1ro Q	MEDIANA	3ro Q	MAXIMO	PROMEDIO	DS
29	48	60	77	91	61,71	18,990

Mínimo, Mediana, Máximo, Promedio y DS de la escala

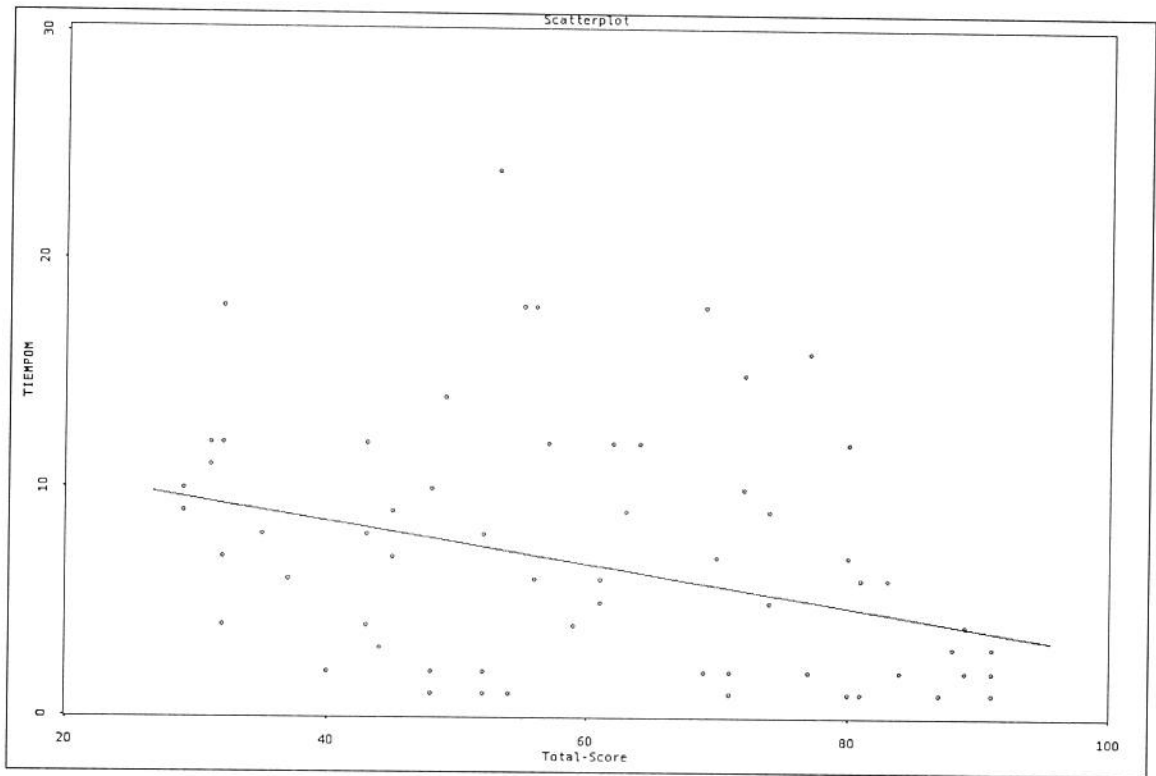
Tabla VI. Ubicación de los puntajes en percentiles.

PERCENTILES	PUNTAJE
Perc10	32
Perc20	43.50
Perc30	50.50
Perc40	52.50
Perc50	60
Perc60	69
Perc70	73
Perc80	80.50
Perc90	89

3.6 OTROS RESULTADOS

No se encuentran diferencias significativas en la escala según sexo o institución. En relación al tiempo de tratamiento se observa una correlación baja, pero negativa, con la autoeficacia ($r = -.30$). Estos resultados se deben a la presencia de altos niveles de autoeficacia percibida en la primera fase del tratamiento (hasta el primer mes). El gráfico I muestra esta relación. En relación a la edad de los sujetos, no se ha encontrado ningún tipo de asociación con las puntuaciones de la escala.

Grafico I. Relación entre tiempo de tratamiento y autoeficacia percibida ($r = -.30$).



CUARTA PARTE

4. CONCLUSIONES

En este estudio nos hemos planteado contribuir a la adaptación local de un instrumento de evaluación de autoeficacia en consumidores de drogas. Este trabajo se apoya y fundamenta en la teoría cognitivo social, tomando los aportes de Bandura (1987) sobre la autoeficacia percibida, entendiendo por ésta, las creencias que tienen las personas sobre sus propias capacidades para lograr determinados resultados. Hemos acotado intencionalmente el estudio de la autoeficacia, a la subcompetencia del control del consumo de sustancias en sujetos en tratamiento de recuperación. En particular, nos ocupó el desarrollo de una escala de evaluación para dicho dominio.

De acuerdo al marco teórico definido, los autores analizados plantean diversas clasificaciones de autoeficacia según las distintas fases de un tratamiento de rehabilitación. La escala adaptada en este estudio se circunscribe a la fase de modificación de la conducta, denominada *autoeficacia de manejo*. La escala plantea situaciones de riesgo para el paciente que esta en tratamiento rehabilitatorio, las que se vinculan al tiempo libre, a las relaciones interpersonales y al manejo de situaciones sociales.

Los resultados obtenidos, demuestran indicadores positivos sobre el funcionamiento psicométrico de la escala. Los ítems se correlacionan positivamente entre sí y poseen índices elevados de discriminación. El análisis factorial demuestra un único factor subyacente a la escala, evidenciando su carácter unidimensional. Se observa de esta manera que detrás de las diferentes situaciones existe una variable

común que podemos llamar Autoeficacia para la evitación de conductas aditivas. Por otro lado, la escala ha mostrado un nivel muy aceptable de consistencia interna (Alfa de Cronbach de .93) y altos niveles de discriminación para cada uno de los ítems elaborados.

Hay que destacar que el presente estudio no analiza en forma exhaustiva todas aquellas variables que podrían correlacionarse con la autoeficacia para la evitación de conductas aditivas. Entendemos también que existen algunas variables que no fueron convenientemente definidas en el cuestionario original, a saber, no hubo una discriminación exacta en el tiempo de tratamiento como tampoco se recabó información sobre las características del mismo en las diferentes fases.

Un obstáculo significativo a la hora de la recolección de datos estuvo dado por la inaccesibilidad a algunas instituciones de adicciones en la ciudad de Mar del Plata. Hemos encontrado cierta resistencia por parte de las mismas a la hora de comenzar el trabajo de campo. Esto ocasionó que modificásemos los lugares pautados inicialmente y nos abocásemos a una búsqueda más amplia de instituciones. Otra limitación a mencionar es la relativa a los tiempos institucionales ligados al manejo operativo (burocrático) de las instituciones, lo cual ocasionó dificultades para terminar el trabajo de recolección de datos en los tiempos estipulados.

Entendemos que la escala DASES validada y adaptada lingüística, y culturalmente, puede dar lugar a diversas líneas de investigación. Podrían, por ejemplo, realizarse estudios que incluyeran otras variables y constructos, o incluso ampliar el estudio a otras muestras y poblaciones para detectar funcionamientos diferenciales de la escala.

Otra posibilidad que vislumbramos a partir del presente estudio, esta dada por las posibles implicancias clínicas derivadas del mismo. Entendemos que la teoría de la autoeficacia podría contribuir al diseño y desarrollo de tratamientos que aumenten el sentido de eficacia personal y de esta manera conduzcan a la obtención de mejores resultados. Una futura investigación podría dar luz sobre la validez de esta conjetura.

Finalmente, esperamos haber contribuido al desarrollo de una primera versión, adaptada a nuestro contexto, de un instrumento que presenta indicadores apropiados de validez y confiabilidad para el estudio de la autoeficacia en el ámbito de las adicciones. Esperamos que futuros estudios puedan profundizar acerca del funcionamiento y propiedades psicométricas de este instrumento.

BIBLIOGRAFIA

- Annis, H. M. (1982). *Situational confidence questionnaire*. Toronto: Addiction Research Foundation of Ontario
- Baer, J. S., y Lichtenstein, E. (1988). Classification and prediction of smoking relapse episodes: An exploration of individual differences. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 104-110
- Bandura A. y Adams N. E. (1977). Analysis of self-efficacy theory of behavior change. *Cognitive Therapy and Research*, 1, 287-308
- Bandura A. y Schunk D. H. (1981). Cultivating competence, self-efficacy, and intrinsic interest through proximal self-motivation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 41, 586-598
- Bandura A. (Ed.) (1997). *Self-efficacy in changing societies*. New York: Cambridge University Press.
- Bandura, A. (1991). *Self-regulation of motivation through anticipatory and self-regulatory mechanisms*. In R. A. Dienstbier (Ed.), *Perspectives on motivation: Nebraska symposium on motivation* (Vol. 38, pp. 69-164). Lincoln: University of Nebraska Press.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman.
- Bandura, A. (2003). *Guía para la Construcción de Escalas de Autoeficacia* (on-line)
Disponible: URL: <http://www.emory.edu/EDUCATION/mfp/BanduraPubs.html>
- Burling T. A., Reilly 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 of Studies on Alcohol*, 50, 354-360

- Condiotte, M. M. y Lichtenstein, E. (1981). Self-efficacy and relapse in smoking cessation programs. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 49, 648-658
- DiClemente, C. C., Fairhurst, S. K., y Piotrowski, N. A. (in press). *The role of self-efficacy in addictive behaviours*. In J. Maddux (Ed.), *Self-efficacy, adaptation and adjustment: Theory, research and application*. New York: Plenum
- DiClemente, C. C., Prochaska, J. O., y Gibertini, M. (1985). Self-efficacy and stages of self-change smoking. *Cognitive Therapy and Research*, 9, 181-200
- Lee C. (1984). Accuracy of efficacy and outcome expectations in predicting performance in a simulated assertiveness task. *Cognitive Therapy and Research*, 8, 37-48
- Manning M. M. y Wright T. I. (1983) Efficacy expectations and outcome expectations as predictors of performance in a snake handling task. *Cognitive Therapy and research*, 8, 509-516
- Marlatt, G. A., Baer J. S. y Quinley L. A., (1995). *Self-efficacy and alcohol and drug abuse*. In A. Bandura (Ed.), *Self-efficacy in changing societies* (pp. 289-315). New York: Cambridge University Press.
- Martin, G. W. (1992). *The Role of self efficacy in the prediction of treatment outcome for young, multiple drug users*. Disertación doctoral no publicada, Universidad de Toronto
- Martin, G. W., Wilkinson, D. A. y Poulos, C. X. (1995). The drug avoidance self-efficacy scale. *Journal of Substance Abuse*, 7, 2. 151-163
- Ministerio de la Salud de la Prov. de Buenos Aires (on line). Disponible: URL: <http://www.ms.gba.gov.ar/Informes/Adicciones.htm>
- O'Leary A. (1985). Self-efficacy and health. *Behaviour Research and Therapy*, 23, 437-451

- Velicer, W. F., DiClemente, C. C., Rossi, J. R., y Prochaska, J. O. (1990). *Relapse situations and self-efficacy: An integrative model. Addictive Behaviours*, 15, 271-283
- Wilkinson, D. A., Leigh, G. M., Cordingley, J., Martin, G. W. y Lei, H. (1987). Dimensions of multiple drug use and a typology of drug users. *British Journal of Addiction*, 82, 259-273

ANEXO I

DASES (escala de autoeficacia de evitación de drogas)

Instrucciones

Este cuestionario es sobre cómo una persona puede comportarse bajo ciertas circunstancias. Responde las según como te sentís *AHORA*. Encerrá con un círculo la respuesta que elijas. Tratá de imaginarte en cada escena y da una respuesta honesta.

Cuando las consignas hagan referencia al uso de ‘alcohol / droga’, debe ser tomado como refiriéndose a la sustancia (incluyendo alcohol) que sea más probable que uses en la situación descripta.

Leé cuidadosamente las consignas y asegurate de que la respuesta sea adecuada a la forma en que se pregunta. Respondé todas las preguntas.

Ejemplo

Imaginate que compraste un nuevo equipo de música. ¿Seguirías las instrucciones para conectarlo?

1	2	3	4	5	6	7
Definitivamente	muy	Probablemente	realmente	probablemente	muy	definitivamente
No	probablemente	No	no puedo	Si	probablemente	si
	no		decir		si	

Encerrá en un círculo la respuesta para el ejemplo.

Chequeá con el examinador si tenés alguna duda, de otro modo, seguí con las demás preguntas.

1- Imaginá que estás en tu casa con un ser querido y estás enojado después de una pelea.

Tenés ganas de reconciliarte, pero al mismo tiempo querés drogarte / emborracharte.

¿Podrías resistirte a tomar drogas / alcohol?

1	2	3	4	5	6	7
Definitivamente	muy	Probablemente	realmente	probablemente	Muy	definitivamente
No	probablemente	No	no puedo	Si	Probablemente	si
	no		decir		Si	

2- Imaginate que es tarde, no podés dormir y hay drogas / alcohol disponibles en la casa.

Decidiste no usar drogas. ¿Podés resistir el impulso de usar drogas para ayudarte a

dormir?

1	2	3	4	5	6	7
Definitivamente	Muy	Probablemente	realmente	Probablemente	muy	definitivamente
No	Probablemente	No	no puedo	Si	probablemente	si
	No		decir		si	

3- Imaginate que empezas un nuevo trabajo mañana. Hoy saldrás con amigos y esperarás

pasarla bien. ¿Podrías resistir la tentación de celebrar con drogas / alcohol?

1	2	3	4	5	6	7
Definitivamente	Muy	Probablemente	realmente	Probablemente	muy	definitivamente
No	Probablemente	No	no puedo	Si	probablemente	si
	No		decir		si	

4- Imaginate que te encontras con dos amigos que están celebrando con drogas / alcohol un

acierto en la quiniela de \$100. ¿Podés resistir el impulso de unirme en el uso de drogas /

alcohol?

1	2	3	4	5	6	7
Definitivamente	Muy	Probablemente	realmente	Probablemente	muy	definitivamente
No	Probablemente	No	no puedo	Si	probablemente	Si
	No		decir		si	

5- Imaginate que estás en una fiesta sintiéndote tenso. La mayoría de la gente parece estar pasándola bien. Estás tentado a usar drogas / alcohol para relajarte. ¿Lo harías?

1	2	3	4	5	6	7
Definitivamente	muy	Probablemente	realmente	Probablemente	muy	definitivamente
No	probablemente	No	no puedo	Si	probablemente	Si
	no		decir		si	

6- Imaginate que te prometiste estar limpio por dos meses pero acabas de romper tu record de cinco semanas con un toque o un trago. ¿Seguirías consumiendo?

1	2	3	4	5	6	7
Definitivamente	muy	Probablemente	realmente	Probablemente	muy	definitivamente
No	probablemente	No	no puedo	Si	probablemente	Si
	no		decir		si	

7- Imaginate que te las arreglaste para estar limpio por un tiempo casi record, pero anoche lo rompiste. Por eso te sentís débil. ¿Tomarías drogas / alcohol esta noche?

1	2	3	4	5	6	7
Definitivamente	muy	Probablemente	realmente	Probablemente	muy	definitivamente
No	probablemente	No	no puedo	Si	probablemente	Si
	no		decir		si	

8- Imaginate que un buen amigo te acusó de hablar mal de él. Ahora te sentís mal, y tentado a consumir ¿Resistirías?

1	2	3	4	5	6	7
Definitivamente	muy	Probablemente	realmente	probablemente	muy	definitivamente
No	probablemente	No	no puedo	Si	probablemente	Si
	no		decir		si	

9- Imaginate que un buen amigo se siente mal. Discute con vos porque quiere que consumas con él drogas / alcohol para levantarle el ánimo. ¿Podrías resistir el impulso de tomar drogas / alcohol?

1	2	3	4	5	6	7
Definitivamente	muy	Probablemente	realmente	probablemente	muy	definitivamente
No	probablemente	No	no puedo	Si	probablemente	Si
	no		decir		si	

10- Imaginate que estás solo en tu casa; es un fin de semana apagado, con nada en particular para hacer. Estás aburrido. ¿Cederías al impulso de drogarte / emborracharte?

1	2	3	4	5	6	7
Definitivamente	muy	Probablemente	realmente	probablemente	muy	definitivamente
No	probablemente	No	no puedo	Si	probablemente	Si
	no		decir		si	

11- Imaginate que hace tres meses que buscas diariamente trabajo y no encuentras. Te sientis triste, desesperado y con ganas de consumir ¿Resistirías el impulso a tomar drogas/ alcohol para sentirte mejor?

1	2	3	4	5	6	7
Definitivamente	muy	Probablemente	realmente	probablemente	Muy	definitivamente
No	probablemente	No	no puedo	Si	Probablemente	Si
	no		decir		Si	

12- Imaginate que por alguna causa tenés que mudarte a otra ciudad. Estás muy ansioso. ¿Cederías a la tentación de tomar drogas/ alcohol para relajarte?

1	2	3	4	5	6	7
Definitivamente	muy	Probablemente	realmente	probablemente	muy	definitivamente
No	probablemente	No	No puedo	Si	probablemente	Si
	no		decir		si	

13- Imaginate que estas de vacaciones con unos amigos en un lugar que no conoces. Todos allí consumen drogas/ alcohol habitualmente. ¿Podrás resistir la tentación?

1	2	3	4	5	6	7
Definitivamente	muy	Probablemente	realmente	probablemente	muy	definitivamente
No	probablemente	No	No puedo	Si	probablemente	Si
	no		decir		si	

Un ejemplar completo del trabajo de investigación, queda en la sede de la Institución a disposición de quienes quieran consultarlo.-----

Cualquier observación o consulta podrá ser efectuada al Co-Supervisor del trabajo de investigación por medio de la siguiente dirección de correo electrónico: rledesma@mdp.edu.ar -----

Las entrevistas se extenderán entre noviembre de 2004 y abril de 2005.-----

Los abajo firmantes, personas internadas o en tratamiento ambulatorio de la Institución, dan por medio de este documento su consentimiento para contestar los items que conforman la escala DASES dentro de las condiciones y para los fines enunciados más arriba.-----

En Mar del Plata, a los cuatro días del mes de noviembre de 2004.-----

