



UNIVERSIDAD PERUANA  
**CAYETANO HEREDIA**  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**EFFECTO DE UN PROGRAMA PREVENTIVO  
DE RECAÍDA EN LA PERCEPCIÓN DE  
AUTOEFICACIA DE MUJERES  
DROGODEPENDIENTES DE UN HOSPITAL  
ESPECIALIZADO**

**TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TÍTULO  
DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN  
ADICCIONES CON ENFOQUE DE GÉNERO**

**MARIA ALEJANDRA HURTADO AMPUERO**

**LIMA - PERÚ**

**2018**



**MIEMBROS DEL JURADO**

*Dr. Carlos López Villavicencio*

**Presidente**

*Mg. Geraldine Salazar Vargas*

**Vocal**

*Dra. Elizabeth Dany Araujo Robles*

**Secretaria**

**ASESOR DE TRABAJO ACADÉMICO**

*Dr. Carlos López Villavicencio*

## **DEDICATORIA**

A mi familia; padres y hermanos por la flexibilidad por el acompañamiento en toda la travesía de continuar mi formación académica.

A mi pareja por ceder los espacios que teníamos libres para continuar estudiando.

A mi centro de trabajo por permitirme alterar la programación y culminar con la realización de este proyecto.

A todas las mujeres que participaron en este proyecto, que anhelan tratamientos desarrollados en base a sus necesidades.

## **AGRADECIMIENTOS**

En primer lugar, a Dios, por permitirme gozar de salud y continuar con mis proyectos.

A mi institución laboral por apoyarme en la realización de este proyecto.

A mis colegas que me suplieron mientras me encontraba en las capacitaciones del proyecto Grow.

Al equipo técnico de Care Perú liderado por Elena Esquiche, quienes nos ayudaron a no desistir del proyecto.

A la Universidad Cayetano Heredia que nos brinda la certificación de este proyecto, por el interés en especializar los tratamientos para las mujeres que abusan de drogas.

A las usuarias del servicio, pues ellas requieren de nuestro compromiso en mejorar las intervenciones para lograr eficacia.



UNIVERSIDAD PERUANA  
**CAYETANO HEREDIA**  
FACULTAD DE PSICOLOGIA

**EFECTO DE UN PROGRAMA PREVENTIVO  
DE RECAÍDA EN LA PERCEPCIÓN DE  
AUTOEFICACIA DE MUJERES  
DROGODEPENDIENTES DE UN HOSPITAL  
ESPECIALIZADO**

TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TÍTULO  
DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN  
ADICCIONES CON ENFOQUE DE GÉNERO

MARIA ALEJANDRA HURTADO AMPUERO

LIMA - PERÚ

2019

Resumen de coincidencias

**21 %**

<	Fuente de Internet	>
3	es.scribd.com Fuente de Internet	2 % >
4	docplayer.es Fuente de Internet	2 % >
5	www.trivihal-positivo.es Fuente de Internet	2 % >
6	www.researchgate.net Fuente de Internet	1 % >
7	revistas.unfv.edu.pe Fuente de Internet	1 % >
8	hdl.handle.net Fuente de Internet	1 % >
9	vbook.pub	1 % >



## TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN	
ABSTRACT	
INTRODUCCIÓN.....	1
<b>CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....</b>	<b>4</b>
1. IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA.....	4
FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	5
2. JUSTIFICACIÓN.....	5
3. LIMITACIONES.....	7
4. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	7
<b>CAPITULO II: MARCO TEÓRICO.....</b>	<b>9</b>
1. BASES TEÓRICAS.....	9
1.1 INTERVENCION EN DROGODEPENDENCIAS EN MUJERES .....	9
1.2 AUTOEFICACIA .....	14
1.3 PREVENCIÓN DE RECAÍDAS.....	22
1.3.1 Psicoeducación .....	22
1.3.2 Tratamientos psicológicos y evidencia empírica.....	22
1.3.3 Prevención de recaídas .....	23
Determinantes intrapersonales.....	26
Determinantes interpersonales.....	27
2. DEFINICIONES CONCEPTUALES DE VARIABLES.....	28
2.1. VARIABLE DEPENDIENTE.....	28
Percepción de autoeficacia general.....	28
2.2. VARIABLE INDEPENDIENTE .....	29
Programa de prevención de recaídas.....	29
3 HIPOTESIS.....	29



<b>CAPITULO III: METODOLOGÍA</b> .....	30
1. NIVEL Y TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	30
2. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	30
3. NATURALEZA DE LA MUESTRA.....	30
3.1 Población objetivo.....	30
3.2 Población elegible.....	31
3.3 Muestra y método de muestreo .....	31
3.4 Criterios de inclusión y exclusión.....	31
4. INSTRUMENTOS .....	32
5. PROCEDIMIENTO.....	33
6. ANÁLISIS DE DATOS.....	34
<b>CAPITULO IV: RESULTADOS</b> .....	35
1 ANALISIS DESCRIPTIVO.....	35
2. ANALISIS INFERENCIAL.....	38
<b>DISCUSIÓN</b> .....	41
<b>CONCLUSIONES</b> .....	47
<b>RECOMENDACIONES</b> .....	48
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	49
<b>ANEXOS</b> .....	52

## INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Descripción de los participantes.....	35
Tabla 2. Descripción clínica.....	36
Tabla 3. Análisis descriptivo de las variables de estudio.....	37
Tabla 4. Resultados de la pre y post prueba confianza situacional en recaída y autoeficacia general en niveles.....	37
Tabla 5. Prueba de normalidad para las variables de estudio.....	38
Tabla 6. Diferencias pre y post prueba para los factores del Cuestionario de confianza situacional .....	39
Tabla 7. Diferencias antes y después para la variable Cuestionario de confianza situacional..	39
Tabla 8. Diferencias antes y después para la variable Autoeficacia General.....	40

## RESUMEN

La investigación tiene como objetivo final determinar el efecto del programa de prevención de recaídas en la percepción de autoeficacia de mujeres drogodependientes de un hospital especializado, así como identificar el nivel de autoeficacia durante el programa preventivo de recaída en el mismo hospital. El nivel y tipo de investigación es cuantitativo, pre experimental, teniendo como muestra a 5 mujeres de un programa de seguimiento post internamiento breve de un hospital especializado cuyas edades oscilan entre 18 a 50 años y cumplen los criterios de inclusión de la investigación. Los instrumentos utilizados fueron el cuestionario de confianza situacional DTCQ-8 de Annis y la escala de autopercepción general de Baessler y Schwarzer. Los resultados hallados muestran de manera general que hay efectos del programa de prevención de recaídas sobre la percepción de autoeficacia general. Estos resultados indican que existen diferencias significativas entre el promedio de las puntuaciones a favor de la post prueba ( $t=4.08$ ;  $p<.05$ )

En la Autoeficacia General se observa variaciones posteriores al programa; 20% en el nivel medio y 80% en el nivel alto. Antes del programa el 60% se ubicaba en nivel medio y el 40% en nivel alto. La percepción de autoeficacia alta corresponde a situaciones de momentos agradables con otros.

Palabras clave: Autoeficacia. Prevención de recaída, Mujeres y Adicciones

## **ABSTRACT**

The final objective of this research is to determine the effect of the relapse prevention program on the perception of self-efficacy on drug-dependent women in a specialized hospital, as well as identifying the level of self-efficacy during the relapse prevention program in the same hospital. The level and type of research is quantitative, pre-experimental, having as a sample 5 women from a short-term post-admission follow-up program of a specialized hospital, whose ages range from 18 to 50 years and meet the inclusion criteria of the research. The instruments used were the Annis DTCQ-8 situational confidence questionnaire and the Baessler and Schwarzer general self-perception scale. The results found show, in a general way, that there are effects of the relapse prevention program on the perception of general self-efficacy. These results indicate that there are significant differences between the average of the scores in favor of the post-test ( $t = 4.08$ ;  $p < .05$ )

In General Self-efficacy, variations are observed after the program; 20% at the medium level and 80% at the high level. Before the program, 60% were at the intermediate level and 40% at the high level. The perception of high self-efficacy corresponds to situations of pleasant moments with others.

**Keywords:** Self-efficacy. Relapse Prevention, Women and Addictions

## INTRODUCCIÓN

Las recaídas en el tratamiento de drogodependencia son consideradas un continuo en el proceso de recuperación, es una realidad inherente a la enfermedad, se estima de forma equivocada que el éxito de tratamiento depende del mismo usuario sin considerar la naturaleza y características de la adicción entendiéndola no como una enfermedad adquirida que representa un complejo de conductas adictivas, en el proceso se ha sensibilizando los diferentes sistemas biológicos.

Uno de los componentes importantes en seguimiento, posterior a una hospitalización, es el programa de prevención de recaídas que permite instruir al usuario en identificar y analizar las situaciones de riesgo para recaídas, así como desarrollar estrategias de afrontamiento. En todo este proceso está implicado la percepción de la autoeficacia. Las y los usuarios en proceso de reinserción se exponen a diferentes situaciones conflictivas de su medio ambiente. La percepción de autoeficacia que ellos tienen puede afectar en los resultados esperados.

Prevención de recaídas es uno de los 10 temas del currículo GROW, proyecto realizado por esfuerzos conjuntos del Minsa, Embajada de los EEUU, Care Perú, y la Universidad Cayetano Heredia. Este proyecto que tiene como fin guiar en el proceso de tratamiento de adicciones para mujeres bajo enfoque de género, sostiene que el tratamiento de prevención de recaídas debe contar con estrategias que permitan afrontar a las mujeres situaciones específicas que involucran los roles de las mujeres en la sociedad. Esta población tiene sus propias características y aún es reducida la demanda de atención en los centros especializados.

Debido a la descripción sociodemográfica de la población se cuenta con recursos reducidos para poder asumir la intervención. Se sabe que las intervenciones grupales son de gran ayuda para cubrir la mayor cantidad de usuarios brindándoles intervenciones en corto tiempo, con

regular frecuencia. Teniendo en cuenta la población con patología adictiva se necesitan intervenciones rápidas, frecuentes y de contención.

Es necesario contar con un programa de contención posterior a un internamiento para asegurar y ampliar el tiempo de abstinencia al uso de drogas. Así mismo compete conocer todos los sustentos teóricos que puedan sostener las mejores prácticas teniendo en cuenta las necesidades de los usuarios, sobre todo en el marco de enfoque de género.

Se desarrolla el presente trabajo iniciando la identificación de la problemática de la mujer drogodependiente en programas de prevención de recaídas, la autoeficacia disminuida puede influir en el proceso de recaída. Así como también en todo su proceso de recuperación. Se expone la necesidad de incluir algunos aspectos específicos para el tratamiento de mujeres drogodependientes en un hospital especializado.

En una segunda parte se indaga sobre las posturas bajo enfoque de género en el tratamiento de drogodependencias. Así como también se expone los diferentes modelos y principios de los programas de prevención de recaídas. Además se expone la definición de autoeficacia según autores que han investigado respecto a las drogodependencias. Se revisa trabajos nacionales e internacionales sobre los avances en programas de tratamiento grupal específicos para mujeres. Es de suponer que aún en Perú no se encuentra evidencia de un programa estructurado posterior a hospitalización, debido que la primera unidad de hospitalización para mujeres cuenta con 2 años de reciente apertura y aún continúa en proceso de consolidación.

En la tercera parte se expone una propuesta de intervención grupal para reforzar conocimientos de prevención de recaídas, y desarrollar estrategias de afrontamiento. Además se implementa algunas actividades con objetivo de desarrollar y consolidar la autoeficacia. Se

incorpora algunas recomendaciones por diferentes tratados en rehabilitación de drogodependencias bajo enfoque de género.

Cuarta parte se analiza los resultados descriptivos como inferencial el cual demuestra los efectos del programa de prevención de recaída en la autoeficacia general más no en la percepción de confianza frente a situaciones de riesgo y por último se presenta las conclusiones con sus respectivas recomendaciones.

Se espera poder iniciar el interés de los profesionales en esta rama y conseguir los aportes valiosos desde la clínica, para aborda esta patología siendo sensibles al género.

## **CAPITULO I**

### **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

#### **1. IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA**

El problema de drogas en el Perú forma parte actualmente de los sistemas de salud pública. Siendo uno de los países productores es de esperarse que la población también sea afectada a nivel económico y sanitario.

Aún es deficiente la oferta de programas de tratamientos, los que existen están abocados a los varones problemas de drogodependencia. Estos programas además carecen de sistemas articulatorios, fundamentales en el abordaje de esta patología.

Según Cedro, 2016 en su revisión sobre el problema de las drogas en Perú encuentra como deficiencia evidente los programas de tratamiento en poblaciones especiales, como mujeres dependientes, mujeres madres de familia, portadoras de VIH, con comorbilidad física y psiquiátrica; y adolescentes de ambos sexos.

Muchas circunstancias afectan a las mujeres específicamente, el cual demanda un tratamiento enfocando las necesidades de las usuarias desde la perspectiva de género. Como ejemplo se ha identificado que las mujeres han experimentado traumas físicos y sexuales, estrés postraumático, mujeres embarazadas, dependientes económicas, etc. es muy probable la demora en acceso a los programas debido a que estos responden más a necesidades de los varones además de la posibilidad de ser elaborados también por varones.



Las necesidades de las usuarias también podrían jugar un papel importante para la recaída convirtiéndose en pieza clave para intervenir a tiempo así evitar la deserción o volver al estilo de vida adictivo. El estigma hacia las mujeres drogodependientes podría estar incidiendo en la deserción del tratamiento, así como también estaría influyendo en los deslices y las recaídas durante el proceso de seguimiento. Factores abordados por el programa de prevención de recaídas. Es claro que la percepción de la autoeficacia en las mujeres con problemas de drogodependencias puede estar afectando todo el proceso de tratamiento en especial cuando ellas se encuentran directamente relacionadas con el mismo ambiente previo al tratamiento. Otro problema puede responder a la falta de programas estructurados, sistematizados y específicos para las mujeres con el objetivo de brindar soporte y continuidad al tratamiento intensivo recibido durante hospitalización y consulta externa.

## **FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

¿Cuál es el efecto del programa de prevención de recaídas en la percepción de autoeficacia de mujeres drogodependientes de un hospital especializado?

## **2. JUSTIFICACIÓN**

El reporte estadístico sobre consumo de drogas en el Perú 2015 indica que 8 de cada 10 usuarios que demandaron tratamiento son varones, además *“La oferta del sector salud para estos casos aún sigue siendo escasa, contando apenas con 169 camas destinadas a exclusividad para el tratamiento de pacientes adictos y solo 10 de ellas destinadas a atender casos de mujeres adictas. Estas camas se encuentran en su totalidad en la ciudad de Lima en las unidades especializadas de los 3 establecimientos de nivel III del MINSA”*

Actualmente hay pocos estudios que exploren los programas de tratamientos en conductas adictivas, específicamente los programas al finalizar hospitalización; programas de prevención de recaídas. Teniendo en cuenta la alta deserción del tratamiento de hospitalización, las recaídas difícilmente llegan al año de abstinencia, se hace necesario explorar la situación de los programas de prevención de recaídas.

Al Perú llega en el año 2015 la capacitación del currículo GROW, modelo referente para tratar la salud mental de las mujeres en problemas de uso de sustancias. El modelo sustentado bajo la teoría relacional cultural, propone que los tratamientos deben satisfacer las necesidades de las mujeres. Se utiliza como precedente para el trabajo, el currículo prevención de recaídas, que permitirá poner en ejecución los principios planteados en el programa de internamiento para las mujeres en el Hospital Hermilio Valdizán.

En vista que los programas tienen mayor éxito cuando responden a las necesidades de los usuarios se hace obligatoria la necesidad de explorar la situación actual de los programas de prevención de recaídas a nivel nacional e internacional enfocándose en las necesidades de las mujeres.

La estructura y contenidos de los programas hacia mujeres drogodependientes necesitan ser sensibles al género, entendiendo que esta población es estigmatizada es necesario identificar la percepción de autoeficacia. Esta consigna favorecerá al grupo de usuarias que acuden al programa grupal de seguimiento, posterior a internamiento breve, de un hospital especializado.

Las mujeres en tratamiento de adicciones necesitan un espacio específico que le permita relacionarse en la intimidad de sus vivencias. Desarrollando conexiones de soporte e identidad. Es necesario que reciban apoyo en todo el proceso, reafirmandolas en el trabajo diario. Este proceso aumentará su percepción de autoeficacia fundamental para mantenerse motivada y con capacidad de dirigir sus propias conductas y decisiones.

La propuesta de intervención psicoeducativa en prevención de recaída integrando actividades de desarrollo de autoeficacia, es un inicio en las propuestas de intervención para un sector de la población que está tomando mayor visibilidad en políticas sociales y de salud, esperando que permita el interés y compromiso de los especialistas en desarrollar tratamientos estructurados en las diferentes modalidades, asegurando las investigaciones posteriores para medir la efectividad de intervenciones del trastorno adictivo sensibles al género.

### **3. LIMITACIONES**

Dificultades para acceder a una mayor muestra debido a la disminuida demanda en hospitalización.

La coincidencia de tiempos de las usuarias.

### **4. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN**

#### **4.1 OBJETIVO GENERAL**

Determinar el efecto del programa de prevención de recaídas en la percepción de autoeficacia de mujeres drogodependientes de un hospital especializado.

## **4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

Identificar el nivel de autoeficacia durante el programa preventivo de recaída de un Hospital especializado.

## **CAPITULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **1. BASES TEORICAS**

##### **1.1 INTERVENCION EN DROGODEPENDENCIAS EN MUJERES**

En los últimos años la participación de la mujer en el problema internacional de las drogas a aumentado considerablemente, sin embargo, hay carencias en la producción de conocimientos, así como también se carece de programas estructurados que gocen de evidencia científica (Villar, 2014)

La modalidad de tratamiento, residencial y/o ambulatorio no ha demostrado resultados satisfactorios para las mujeres, la influencia más grande y que tiene evidencia es que el tratamiento incluya el enfoque de género; sensible a las necesidades y a las situaciones más desfavorables de las mujeres con drogodependencias (Castaño, Palop, Rodríguez y Tubert en 2007) El estilo de los profesionales es determinante en la intervención ya que las mujeres brindan mucha importancia a la relación con integrantes del equipo terapéutico. Se recomienda ambientes que faciliten la seguridad, la conexión y el empoderamiento.

##### **1.1.1 Intervención en grupo específico para mujeres**

Las intervenciones en las mujeres tienen la peculiaridad de trabajarse en relación con otras personas, no es factible un recuperación individual o aislamiento. Los equipos a trabajar en esta problemática necesitan promover espacios grupales que permitan. Motivar al cambio, ofrecer apoyo desarrollando la identificación de las mujeres con el grupo. Cumpliendo este inicialmente como grupo de soporte a sabiendas que las mujeres ala inicio de tratamiento carecen de soporte tanto afectivo como económico.

### **1.1.2 Ventajas de trabajar con grupos de mujeres específicamente.**

La integración con sus pares permite identificar la percepción del estigma y sus consecuencias en la problemática de drogodependencias en la población femenina. Siendo un fuerte soporte para la culpa por no cumplir los roles impuestos por la sociedad del género mujer.

Permitir el espacio de confianza para hablar sobre temas de experiencias sexuales o de traumas, el equipo director permite brindar un espacio de libre elección para poder compartir experiencias traumáticas. Situación que no se puede manejar en presencia de usuarios varones. Se debe respetar el ritmo de sus deseos de compartir sus vivencias y experiencias. Es menester tener en cuenta la usencia de herramientas en usuarias para manejo de culpa y trauma.

El grupo de mujeres proveen de un modelo positivo que ayuda a sentirse reafirmada por sus sentimientos y les proporciona un soporte emocional importante que brinde seguridad. (Finklenstein, 2004).

En los grupos mixtos se compite por la atención y los espacios para hablar en una sesión grupal. Se debe tener en cuenta las diferencias de actitud entre hombres y mujeres. Mientras las mujeres son más reservadas y ensimismadas los varones son más expuestos.

Las mujeres pueden no participar del dialogo y pueden evitar compartir sus experiencias en grupo minimizando sus tema significativos. Por tal motivo el pertenecer a grupos mixtos y ser minoría puede facilitar que se magnifiquen los sentimientos como la vergüenza y culpa, desencadenando el abandono al tratamiento. (Finkelstein, 2004)

Las terapias grupales exclusivas para mujeres permiten que las relaciones no sean competitivas sino de apoyo.

Este grupo supone un apoyo para mantener la abstinencia del consumo de drogas, mientras se acompañan siendo soporte frente a la soledad y enfrentando la depresión, siendo estas las principales características a abordar en el tratamiento de mujeres.

### **1.1.3 Situaciones de riesgo específicas de las mujeres.**

Se entiende a las situaciones de riesgo como escenarios que desencadenan la probabilidad de recaída.

Los mandatos en el género son situaciones que desencadenan frustración al no cumplirse como el entorno lo espera. Los deseos y esperanza de familiares se ven incumplidos generando sentimientos de vergüenza e incrementando la intolerancia ante la dificultad y negativa para alcanzarlos; “Ser una madre buena y ejemplar” “Ser una hija buena y dedicada”, “Tener pareja a tiempo” “Estar delgada, ser atractiva y/o deseable sexualmente” y “Ser un apoyo para otros (pareja, familiares, etc.)”

Las situaciones de riesgo son diferentes en hombres y mujeres. En caso de las mujeres estas situaciones se relacionan con estados sentimentales y emocionales displacenteros como tristeza, ansiedad, etc. Respecto a los varones estas situaciones responden a estados positivos como la pasión y euforia.

Las posibilidades de recaída en las mujeres están determinadas por los siguientes factores:

- Sentimientos de intolerancia frente a la soledad
- Sentimientos de ansiedad y depresión (más intensos en el tiempo del síndrome de abstinencia)
- Sentimientos generadores de culpa.
- Variación del peso y contextura corporal al dejar el consumo.
- Alta exigencia hacia ellas mismas; querer avanzar de forma rápida y/o cumplir con todos los mandatos de forma perfecta en los diferentes ámbitos de su vida.
- Presencia de recuerdos y sentimientos a raíz de situaciones traumáticas.
- Sobrexigencia familiar durante el tratamiento; responsabilidades mayores en casa, mayor estabilidad emocional o bien, dificultades para aceptar los tiempos libres y propios (de tiempo libre, de autocuidado u otros).
- Mantener relación sentimental con una persona de consumidora con dificultades para distanciarse de ellos.

#### **1.1.4 Estrategias de prevención de recaídas en programas bajo enfoque de género**

En vista que las mujeres presentan mayor sintomatología ansiosa y depresiva es importante aprender a identificar, reconocer y manejar los deseos de consumo. Es importante ayudarlas a manejar sus síntomas característicos, siendo un complemento para la intervención farmacológica.



En la búsqueda de estrategias se hace necesario reflexionar sobre los estereotipos sociales y los roles de género, pasados como desapercibidos, al explorar las situaciones de riesgo.

Identificar los efectos positivos percibidos por los usuarios es el primer paso, el segundo consiste en buscar alternativas, identificando el dolor, las complicaciones y las dificultades implicadas en el proceso terapéutico. Conocer el proceso de recaída y ayudar en habilidades de comunicación hacia el equipo de tratamiento es considerado como estrategias de afrontamiento. Las mujeres pueden percibir los síntomas del proceso de recaída como un fracaso en la relación terapéutica, desarrollando sentimientos de fracaso, decepción y vergüenza generando intensos sentimientos de culpa. Estas características también son presentadas por los varones.

Punto importante bajo el enfoque de género es desarrollar habilidades interpersonales y especialmente habilidades de autoafirmación permitiendo desarrollar vínculos fuera de ambientes de consumo. El objetivo de todo tratamiento es brindar estrategias específicas pasando por las básicas relacionadas a la expresión emocional. Se debe acompañar a las mujeres en el proceso de desarrollar habilidades para aumentar la capacidad de autoafirmarse frente al otro; expresión de necesidades y deseos, establecer límites, creer en su Auto refuerzo, expresar su postura ideológica y desacuerdos, confiar en su toma de decisiones, expresar emociones negadas en las mujeres, como el enfado o el placer, se debe desarrollar habilidades de interacción y negociación, en el contexto de una relación sentimental, poniendo énfasis en el aspecto íntimo.

La detección de posibles áreas de conflicto en las mujeres permite;

1) aumentar el nivel de conciencia sobre sus propias dificultades;

2) motivar para el cambio relacionando el consumo de drogas, con su papel de mujer y con los estereotipos sociales según el género.

Las áreas importantes a intervenir son: estado de la autoestima, las propias relaciones personales, la dependencia emocional, el papel de su sexualidad, la dinámica de sus relaciones familiares, las situaciones de maternidad, así también las situaciones de agresión y violencia.

El objetivo fundamental de estos principios en tratamiento es lograr que la mujer permanezca en este.

## **1.2 AUTOEFICACIA**

El concepto de autoeficacia fue introducido por Bandura en 1977 este representa el núcleo de la teoría social cognitiva (Bandura, 1982,1997 citado por López- Torrecillas, Salazar, García, Martínez, en 2015). Postula que la motivación y la conducta humana está regulada por el pensamiento y así mismo estarían involucradas tres tipos de expectativas: de la situación, de resultado y de autoeficacia o autoeficacia percibida. La primera se refiere a las consecuencias producidas por factores externos ambientales al margen de la acción personal. La segunda versa sobre las creencias sobre el resultado producido por su propia conducta y finalmente la tercera representa las creencias sobre las capacidades poseídas para desarrollar acciones necesarias para obtener los resultados esperados. (Bandura, 1995 citado por Lopez-Torrercillas et. al. 2015)

Las expectativas de resultado, corresponden a un mecanismo cognitivo que modifica la conducta y motivación. Estima de los resultados producidos por una conducta específica.

Las expectativas de autoeficacia corresponden a la creencia de la persona para regular su conducta con éxito y producir resultados esperados.

La teoría de autoeficacia fue trabajada por Albert Bandura quien lo plantea como percepciones sobre la propia capacidad, siendo los medios para conseguir metas, controlando las capacidades en el quehacer para controlar su ambiente inmediato.( Canto y Rodríguez, 2003. En Grimaldo 2005)

La autoeficacia influye en cómo sienten, piensan y actúan las personas. Una percepción baja de autoeficacia está asociada a depresión, ansiedad y desamparo. Las creencias de eficacia influyen en los pensamientos reforzadores o autocríticos, desarrollando diferente grado de optimismo o pesimismo, en las acciones que siguen para conseguir sus metas manteniéndose comprometidas con estas. (Bandura, 2001 citado por Lopez-Torrecillas et. al. 2015).

Los niveles de autoeficacia juegan un papel importante en el aumento o reducción de la motivación; las personas con alta autoeficacia pueden elegir desempeñar tareas más desafiantes, obteniendo metas y objetivos altos. Durante la acción estas personas invierten más esfuerzos siendo persistentes y comprometidos con sus metas de cara a las dificultades encontradas. Panorama contrario en personas con menor percepción de autoeficacia. (Bandura, 1997 en López Torrecillas et. al 2015).

A pesar que Bandura plantea que la percepción de autoeficacia tendría que ser conceptualizada de forma específica diferentes autores consideran necesaria conceptualizarla de forma general, referido a la efectividad de las personas al enfrentar diferentes situaciones estresantes (Schwarzer y Jerusalén, 1995 en López-Torrecillas, 2015) La autoeficacia general explica un extenso rango de la conducta humana respecto a resultados de afrontamientos cuando el contexto es menos específico. Este concepto podría ser útil cuando la investigación se centra

en múltiples conductas simultáneamente (Luszczynska *et. al*, 2004 en López Torrecillas, 2015). Como es el caso de las conductas adictivas.

Bandura señala la diversidad de expresión de conductas como productos de la interacción de creencias acerca de si mismos, habilidades y de conocimientos que los sujetos mantienen.

Olaz, 2001 en Velásquez 2012, plantea que las creencias de autoeficacia son desarrolladas de las informaciones aportadas de las siguientes fuentes: experiencia vicaria, logros de ejecución, estado fisiológico y persuasión verbal.

Logros de ejecución, se basan en experiencias reales, el logro de metas anteriores influye en el grado de confianza y percepción que cada uno tiene de sí mismo.

Experiencia vicaria observando a los demás realización de actividades exitosas puede llegar a creer en su desempeño exitoso también.

La persuasión verbal, es un agregado a quienes poseen un nivel alto de autoeficacia y precisan más confianza para realizar esfuerzos extras para alcanzar el éxito.

El estado fisiológico, responde a los indicadores de activación autónoma, como el sistema nervioso y pueden ser interpretados como signo de su propia ineptitud.

## DIMENSIONES

**MAGNITUD**, cantidad de veces de creciente dificultad que la persona considera capaz de superar frente a una dificultad y contratiempo.

**FUERZA**: grado de convencimiento que tiene la persona respecto a que puede realizar alguna conducta determinada.

GENERALIDAD; de la autoeficacia posibilidad de extender la experiencia de éxito o fracaso a otras situaciones similares.

Baessler y Schwarner, 1996 en Grimaldo 2005 plantean a la eficacia como la percepción del control personal sobre la acción. El sujeto cree ser capaz de dirigir el desempeño de su conducta de forma activa y autónoma. Sentimientos de confianza en las capacidades propias para manejar sus acciones frente a ciertos estresores de la vida.

Se considera a la autoeficacia como el factor básico para el afrontamiento, buscando fortalezas y debilidades en acciones, pensamientos y sentimientos (Baessler y Schwarner, 1996, en Guevara 2002). Las estrategias y el estilo de afrontamiento determinan el nivel de autoeficacia alcanzado. Las personas con elevada autoeficacia ofrecerán un mayor esfuerzo en sus actividades así mismo mostrarán persistencia en su accionar. Estas mantienen sus metas a pesar de algunos fracasos en el camino. (Guevara, 2002)

El desarrollo de la autoeficacia en mantenimiento de la abstinencia y en los programas de prevención de recaídas se ha articulado en la teoría de Bandura. Sadowski, Long y Jenkins, 1993 en Torrecillas 2002 realizaron un estudio con el objetivo de mejorar las expectativas de autoeficacia en población drogodependiente teniendo como consecuencia mantener mayor tiempo la abstinencia. Se trabajó en una muestra de 1291 estudiantes entre ellos 142 habían recibido tratamiento para el problema de adicción. Los demás consumían pero no tuvieron acceso a tratamiento. La autoeficacia general se midió con la escala de Sherer et al. Encontrándose que las puntuaciones elevadas las obtenían quienes habían llevado tratamiento comparándolo con el grupo que no llevó tratamiento.

La Autoeficacia está relacionada al concepto de autocontrol. Existen dos tipos de autocontrol; directo e indirecto. O también se representa como control primario referido al control de la persona sobre el ambiente exterior, el esfuerzo es destinado hacia modificar en entorno mientras que el control secundario se refiere al esfuerzo sobre la misma persona, no se modifica la realidad si no a la misma persona. De cualquier forma estos tipos de controles permiten adaptarse al ambiente. (Canto y Rodríguez, 1998 en Guevara 2002)

La interrelación de los mecanismos cognitivos y ambientales en el uso y abuso de drogas no brinda suficiente comprensión de la problemática siendo necesario la teoría del aprendizaje social, esta representa una de las teoría que permiten la comprensión de la adquisición y mantenimiento de la conducta.

El constructo de autoeficacia en el ámbito de las drogodependencias es un gran componente central que puede explicar de forma dinámica e interrelacionada la adquisición, mantenimiento o cambio de la conducta adictiva.

El mantener la creencia de poder superar la necesidad frente al consumo influiría en el resultado de tratamiento, salvaguardando la abstinencia del alcohol y drogas, además se relaciona a una participación activa mostrando adecuado afrontamiento del problema, manteniendo el esfuerzo y la persistencia en desarrollar estrategias adecuadas. Por el contrario creer en la incapacidad de resistir el deseo aumentan las probabilidades de volver al consumo. Manteniendo una postura pasiva frente al problema. (López- Torrecillas, et. al 2015)

El modelo de confianza situacional (Annis, 1982 y Diclemente et. al 1995) presentan la autoeficacia en base a puntuaciones autoevaluadas frente a la capacidad de reducir, evitar,

abstenerse y/o controlar la conducta de consumo frente a contexto donde existen estímulos discriminativos.

Con frecuencia los dos modelos teóricos que definen la autoeficacia más usados en tratados de la conducta adictiva son los de Albert Bandura 1977., 1986 (expectativas de autoeficacia) y Annis y Martín 1985; uno de ellos describe la autoeficacia como los juicios propios de un persona frente a su capacidad de organizar y ejecutar las acciones esperadas. El otro modelo hace referencia a la confianza propia para resistirse al deseo de consumir drogas en situaciones particulares de riesgo. (Confianza situacional)

La negativa valoración de sí misma en la mujer incide y se percibe en el juicio sobre su percepción de la imagen corporal. Asimismo, tiene un bajo auto concepto de su propia eficacia y una actitud pesimista de la posibilidad de cambio (NIDA 1994).

Sitharthan y Kavanagh, en Torrecillas 2002 realiza su investigación con una muestra de 60 alcohólicos, revisaron la autoeficacia para enfrentar situaciones de alto riesgo. Se utilizó el cuestionario de Autoeficacia de Annis. Los resultados muestran que los sujetos que puntuaron bajo en autoeficacia no afrontan adecuadamente las situaciones de alto riesgo tanto en el periodo de tratamiento como en el período de seguimiento, mientras quienes tienen puntuaciones más altas en autoeficacia afrontan con éxitos la situación de riesgo de consumo. Las puntuaciones tienen la tendencia de aumentar durante la fase de tratamiento y seguimiento.

En la aplicación de programas se debe diseñar los objetivos y las estrategias, guardando coherencia con las necesidades de las mujeres. Siendo los objetivos de la intervención; realistas, positivos y susceptible de valoración cuando se produzca el cambio. Es importante valorar la

autoeficacia, favoreciendo la creencia de las habilidades que tiene las mujeres en el logro de sus objetivos.

Los instrumentos más utilizados para medir el constructo de autoeficacia, son escalas de autor reporte. Se pueden distinguir dos grupos: a) escalas de medición de un sentido específico. Bandura (1997, 2001) plantea la importancia del ajuste de las escalas al dominio particular que se esté investigando. Y b) las escalas que miden un sentido general de autoeficacia. Dentro de éstas se puede destacar la Escala Generalizada de Autoeficacia (Luszczynska *et al*, 2005). Siendo traducida a 25 idiomas y utilizada en diversos países con distintas culturas en población adulta.

En una investigación cuyo objetivo era de identificar la relación de autoeficacia y riesgo de recaída de usuarios de una comunidad terapéutica CT, se encontró una correlación inversa y altamente significativa de nivel moderado bajo entre autoeficacia general y riesgo de recaída. En la percepción general de autoeficacia predominan el nivel muy bajo (58,1%) de la muestra; 129 usuarios de CT entre 14 y 67 años. Además se encuentran diferencias significativas en la autoeficacia general y el riesgo de Recaída según variables sociodemográficas (Valles, 2016)

Castro en 2012 realiza un estudio descriptivo sobre el nivel de autoestima y autoeficacia en usuarios internados en el CR Ñaña. Se aplicó el cuestionario Breve de confianza situacional de Annis y Gram y el inventario de Autoestima de Barksdale. Sus resultados revelaron que 17,5% tenían autoestima inferior, 50% autoestima promedio y el 32.5 % autoestima superior. Respecto a la autoeficacia; el 35 % de los pacientes tenían autoeficacia baja, el 36.3% autoeficacia normal y el 28.8% de autoeficacia alta. Se describe además que los niveles de autoeficacia y autoestima se incrementaban según el paciente avanzaba en el tratamiento.



En un estudio realizado por Cummings, Gallop & Greenfield en 2010 se examinó la autoeficacia como predictor de resultados posterior al tratamiento grupal, comparando mujeres que recibían un tratamiento grupal solo para mujeres bajo enfoque de género y otro grupo de mujeres en un tratamiento grupal mixto con resultados válidos. Se utiliza el cuestionario de confianza para consumo de drogas de Annis y Martínez 1997. Los hallazgos obtenidos sugieren que las mujeres con baja percepción de autoeficacia presentaron mejor mantenimiento de abstinencia al término del tratamiento en grupos bajo el enfoque de género.

Caycho 2017 describió la autoeficacia en varones consumidores de alcohol y drogas en comunidades terapéuticas de Cono Sur en Lima Perú. Al emplearse el cuestionario de confianza y seguridad en situaciones de riesgo para consumir, se halló que más del 50% de la población encuestada evidenció un nivel elevado de autoeficacia en las 8 subescalas de dicho cuestionario. No se evidenció participantes con niveles de inseguridad o “no tiene confianza” se establecieron diferencias significativas de autoeficacia según la variable edad en las subescalas de presión social al consumo y momentos agradables con otros.

La conceptualización de la autoeficacia, según Annis en 1982, en Caycho 2017, está en función de circunstancias específicas que son consideradas situaciones de alto riesgo que influyen en la conducta adictiva tanto en el inicio como en el mantenimiento, siendo también un indicio en el pronóstico del tratamiento. Esta conceptualización asocia las expectativas de la eficacia de los individuos en relación a situaciones específicas de consumo. El modelo de prevención que propone también tiene una prueba que mide la autoeficacia en ocho situaciones específicas. En las diferencias del consumo se puede encontrar variedad de elementos cognitivos que pueden propiciar una mayor o menor eficacia frente a situaciones de alto riesgo. La

percepción de autoeficacia para controlar las situaciones de alto riesgo a las cuales pueden ser expuestos puede guardar estrecha relación con el pronóstico de tratamiento.

Los niveles de autoeficacia son 8; emociones desagradables, estados agradables, malestar físico, urgencias de consumo, intentos de control, conflictos con otros, momentos agradables con otros y presión social al consumo.

### **1.3 PREVENCIÓN DE RECAÍDAS**

#### **1.3.1 Psicoeducación**

La Psicoeducación consiste en desarrollar en los pacientes las herramientas de comprensión para manejar la enfermedad de la adicción, convivir con ella y gestionar los síntomas disminuirlos y fortalecer la alianza terapéutica, evitando el aislamiento y la vergüenza que acompaña al abordaje de las enfermedades psiquiátricas. Implica desarrollar conciencia de enfermedad, sobre temas de salud mental, aceptar un cambio con el miedo a la pérdida. Cuando las ansiedades son elevadas aparece la resistencia al cambio situación que puede desencadenar la deserción del tratamiento y producirse una recaída. (Waisman, M; Ceballos, J; Smud S. 2017)

Waisman, et al. 2017 refiere que en dichas intervenciones se busca fomentar el autocontrol y las responsabilidades, utilizando recursos psicológicos y educativos así como también empleo de técnicas para identificar reestructurar pensamientos distorsionados, disminuir la intensidad de las emociones desagradables y cambiar las conductas de riesgo persiguiendo el principal factor de riesgo para recaídas y permitir el afrontamiento a situaciones de posible estrés.

#### **1.3.2. Tratamientos psicológicos y evidencia empírica**

Según Hervás y Gradolí en 2001 mencionan que la intervención psicológica es una de las partes claves del tratamiento en dependencias. Así mismo NIDA, en los principios de

tratamiento efectivo, lo señala como una intervención a largo plazo. La Asociación Psicológica Americana consigna al enfoque cognitivo conductual como uno de los tratamientos con mayor eficacia

NIDA señala también las distintas intervenciones psicoterapéuticas fundamentadas científicamente para el trabajo clínico, considera a la intervención de prevención de recaídas diseñadas por Marlatt y Córdón bajo el enfoque cognitivo conductual. Inicia en tratamientos de alcoholismo pero con el pasar del tiempo estas se generalizan a los tratamientos de las conductas adictivas. Siendo este el más utilizado en nuestro medio. Actualmente con el surgir de las terapias de tercera generación esta aplicación está integrando las estrategias Mindfulness, teniendo mucha aceptación en el personal clínico.

### **1.3.3 Prevención de recaídas**

Se revisara la presentación y resumen de esta intervención según Castilla P. 2016 quien presenta la intervención en Prevención de Recaídas (PR) mostrándolo como un programa que tiene como centro manejo del autocontrol, desarrollado con la meta de ayudar a las personas a predecir y afrontar los primeros indicios del desliz y recaídas dentro del proceso de cambio de conductas adictivas. Fundamentada en la teoría del aprendizaje social de Bandura, la PR se presenta como un enfoque cognitivo-conductual al combinar el entrenamiento de habilidades de afrontamiento y la terapia cognitiva para retomar el equilibrio en el estilo de vida saludable.

Este programa se origina en la sensación de control de parte del individuo mientras se mantiene en abstinencia. A medida que este tiempo incrementa, la sensación de control también lo hará. Este concepto se ha relacionado con el de autoeficacia de Bandura en 1993, entendiendo

que la persona cree tener las capacidades para desarrollar acciones con el objetivo de obtener los resultados esperados. No obstante, el control percibido puede tambalearse en el momento en que una persona se enfrente a una situación de alto riesgo, es decir, a cualquier circunstancia (externa o interna) que suponga una amenaza hacia la percepción de control.

Marlatt (1993), junto con colaboradores de anteriores estudios, identificaron tres categorías de alto riesgo asociadas con las tasas de recaídas, con independencia de la drogadicción particular de cada persona:

1. Estados emocionales negativos: como por ejemplo ira, frustración, ansiedad, depresión, aburrimiento, entre otras.
2. Conflictos interpersonales: como por ejemplo problemas matrimoniales, en el grupo de pares, en el ámbito laboral, etc.
3. Presión social: directa o indirecta, relacionada con la conducta indeseada, es decir, el consumo de sustancias o la repetición de la conducta adictiva.

Si se produce la situación de exponerse a una situación de riesgo sin tener estrategias de afrontamiento la probabilidad de constantes deslices y una recaída aumentará, debido a la disminución de percepción de autoeficacia y por su patrón de conducta habitual, es decir, por la anticipación de expectativas positivas en referencia al uso de la sustancia en contra de la identificación de consecuencias adversas del consumo. (Becoña et al., 2008).

Las expectativas tienen un papel determinante en la recaída, según el modelo de PR. Después de una experiencia de fallo las personas experimentan, en la mayoría de los casos, emociones

como desamparo, tristeza, decepción, fracaso, que ayudan a disminuir su percepción de autoeficacia. Este proceso denominado “efecto de la violación de la abstinencia”, o EVA (Marlatt, 1993), plantea dos componentes; la disonancia cognitiva (interacción de conflicto y culpa) y un efecto de atribución personal como causal de la recaída.

Por tanto, el programa de PR que Marlatt y colaboradores plantearon tenía como objetivos generales enseñar a los pacientes:

- Anticipar la posible situación de recaída con el objeto de afrontarlo.
- Formas de identificar y hacer frente las situaciones de riesgo alto.
- Estrategias para modificar pensamientos y diferentes acciones.
- Formas de prevenir que un desliz único evitando que se convierta en un proceso de recaída absoluta.

Para ello, se identificaron tres estrategias específicas, citadas anteriormente:

1. Entrenamiento en habilidades.
2. Reestructuración cognitiva.
3. Establecimiento del nuevo estilo de vida.

En cuanto al entrenamiento en habilidades, se vuelve fundamental el hecho de aprender otras técnicas o competencias personales diferentes a la de evitación, muy útil en numerosas ocasiones pero imposible de llevar a cabo en toda una vida. Los autores planteaban como habilidades pertinentes para trabajar: la asertividad, el control del estrés, relajación, control de la ira, comunicación, habilidades para la resolución de conflictos y habilidades sociales en general. Proponiendo como métodos eficaces la técnica de *role-playing*, *feedback* evaluativo o modelamiento, entre otros.

En referencia a la reestructuración cognitiva, se proponía como recurso de empoderamiento para los individuos con el fin de que les permitiera identificar y anticipar situaciones de alto riesgo. Como herramienta práctica se planteaba un autorregistro de su conducta que sirva de ayuda al profesional para identificar y reconocer, junto con el paciente, las situaciones que vivencia la persona cada día, susceptible de propiciar un posible lapso o recaída.

Por último, los autores plantean el reequilibrio del estilo de vida, entendido como la promoción del bienestar físico y mental. Aquí cobran especial relevancia las técnicas de relajación, como la meditación, así como los ejercicios aeróbicos.

A todas estas propuestas no hay que obviar la posibilidad de que el individuo, aun realizándolas, siga experimentando deseos irresistibles de consumo o *craving*. Será fundamental enseñar a los individuos que dichos deseos son naturales, ocurren en respuesta a desencadenantes ambientales del estilo de vida de consumo, que no señalen de un futuro fracaso. Para trabajarlos, se pondrán en marcha técnicas de control de estímulos y de evitación.

En 2004, Witkiewitz y Marlatt actualizaron las líneas básicas de este modelo introduciendo la perspectiva de un modelo dinámico y más complejo que el hasta entonces planteado. En esta nueva perspectiva, incluyeron una mayor distinción entre los factores interpersonales e intrapersonales, pusieron más énfasis en el *craving* y menos el foco en códigos de recaída jerárquicamente definidos.

### **Determinantes Intrapersonales**

1. *Autoeficacia*: según Bandura, definida como el grado en que un individuo siente la confianza y la capacidad de llevar a cabo cierta conducta en un contexto situacional específico.

2. *Expectativas de resultado*: hace referencia a las anticipaciones de los efectos que tendrá una experiencia de futuro por un individuo. Este determinante cobra especial importancia en la PR al ser fundamental cómo la persona estima como positivo o negativo consumir de nuevo.
3. *Craving* o deseo irrefrenable: según los autores, en la fase que nos ocupa de PR se presenta como un predictor débil de la recaída
4. *Motivación*: identificada de dos maneras, para lograr cambios positivos y para continuar en la conducta problemática. La motivación estará relacionada con lo positivas o no que sean las consecuencias esperadas de una conducta
5. *Afrontamiento*: las habilidades de afrontamiento favorecen la deshabitación y el mantenimiento de la abstinencia
6. *Estados emocionales*: los autores exponen que un estado emocional negativo puede ser predisponente a una recaída aunque aún no ha podido demostrarse de una manera consistente.

### **Determinantes Interpersonales**

7. *Apoyo social*: se demuestra la relación directa entre apoyo social- emocional y la probabilidad de recaída

Partiendo de esta nueva idea menos lineal, Witkiewitz y Marlatt (2004) presentaron la revisión del modelo como un sistema dinámico; influencia recíproca entre las variables contextuales y experiencias tanto pasadas como actuales de cada paciente. El planteamiento actualizado del modelo en el que las situaciones de alto riesgo están determinadas por dos tipos de factores:

1. *Distales*: entendidos como variables estables predisponentes a la vulnerabilidad como la historia familiar, la personalidad, el apoyo social y la historia de consumo, entre otras.

2. *Proximales*: se identifican como desencadenantes inmediatos de la probabilidad o no de fallo o recaída. Algunos ejemplos son: estrategias de afrontamiento, estados emocionales, frecuencia y/o cantidad de consumo, entre otros.

Este modelo resulta muy interesante si se parte de un punto de vista personal e individual para cada usuario y usuaria. Así, por ejemplo, uno de los problemas principales de un individuo puede ser su dificultad para abstenerse a la presión social. Otro usuario puede tener dificultad en tolerar sensaciones que le generan malestar como el aburrimiento y la soledad (Secades, 1997).

## **2. DEFINICIONES CONCEPTUALES DE VARIABLES**

### **2.1 Variable dependiente**

#### **Percepción de autoeficacia general**

*Definición conceptual*: Constructo que hace referencia a la creencia que se mantiene de los sujetos sobre la percepción de su capacidad para manejar de forma eficaz los estresores propios de la vida cotidiana. (Baessler y Schwarzer 1996; citado por Sanjuán, Pérez y Bermúdez 2000)

*Definición operacional*: Puntaje obtenido en la Escala de Autoeficacia General elaborada por Baessler y Schwarzer en 1996. Puntaje entre 10 a 40. Siendo del 0 al 19 puntaje correspondiente a una autoeficacia baja, 20-30 autoeficacia media y de 31-40 alta autoeficacia.



## **2.2 Variable independiente**

### **Programa de prevención de recaídas**

*Definición conceptual:* conjunto de sesiones que serán ejecutadas posterior a la intervención de hospitalización del departamento de adicciones del hospital Hermilio Valdizán. Según Marlatt y witkiewitz 2004 conciben el programa como conjunto de estrategias para evitar una recaída y retorno a las conductas adictivas antecedentes al tratamiento. A mayor tiempo de tratamiento mayor percepción de autoeficacia para manejo de craving así como también situaciones que ponen en riesgo a la mujer en su medio ambiente.

*Definición operacional:* pre y post de test que evalúa la confianza situacional para resistirse a las recaídas, el programa tiene como finalidad que cada usuaria desarrolle un plan de afrontamiento a la recaída según cada situación de riesgo trabajada en cada sesión.

## **3. HIPOTESIS**

### **3.1 Hipótesis general**

Existe efecto significativo del programa de prevención de recaídas en la percepción de autoeficacia de mujeres drogodependientes de un hospital especializado.

### **3.2 Hipótesis secundaria**

Existe incremento en el nivel de autoeficacia durante el programa preventivo de recaída de un Hospital especializado.

## **CAPITULO III: METODOLOGÍA**

### **1. NIVEL Y TIPO DE INVESTIGACIÓN**

El presente trabajo de investigación tiene un enfoque cuantitativo, nivel pre-experimental explicativo (Hernández, Fernández y Baptista, 2014) ya que se pretende explicar el efecto de un programa sobre la variable percepción de autoeficacia en mujeres adictas en un hospital especializado.

El tipo de investigación es aplicada debido a que se busca incrementar la percepción de autoeficacia a situaciones estresantes en la vida cotidiana y en situaciones de riesgo a recaídas en mujeres adictas que terminan el programa de hospitalización mediante la aplicación de un programa breve de prevención de recaída con estrategias para desarrollar autoeficacia.

### **2. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN**

El diseño del trabajo es pre-experimental, realizándose mediciones antes y después del programa de intervención con la finalidad de conocer el efecto del programa de prevención de recaída en la percepción de la autoeficacia de mujeres adictas.

### **3. NATURALEZA DE LA MUESTRA**

#### **3.1 POBLACIÓN OBJETIVO**

Usuarias en fase de reinserción y seguimiento del programa del departamento de Adicciones del Hospital Hermilio Valdizán, todas las mujeres que terminaron el programa de internamiento breve manteniendo más de un mes de abstención de consumo de sustancias psicoactivas. Las

usuarias a grupo de seguimiento acuden continuamente a las sesiones grupales mixtas del programa de seguimiento.

### **3.2 POBLACIÓN ELEGIBLE**

Mujeres que se encuentran en reinserción social y seguimiento del programa de hospitalización del hospital Hermilio Valdizán, con secundaria completa, con edades comprendidas entre 18 y 50 años. Con firma del consentimiento informado. De un total de 8 usuarias a quienes se le presentó el proyecto solo se consideraron 5 participantes que cumplen con la mayoría de asistencias y las evaluaciones pre y post test.

### **3.3 MUESTRA Y MÉTODO DE MUESTREO**

Se empleará una muestra de tipo no probabilístico intencional debido a que se seleccionarán las participantes en la fase de reinserción y del programa de seguimiento. La muestra evaluada fueron 5 mujeres que cumplían los criterios de inclusión y se mantienen desde 1 meses hasta 2 años en abstención. Acuden constantemente a seguimiento, grupo mixto 2017.

### **3.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN**

#### **Criterios de inclusión**

Edad: 18 - 50

Sexo: Femenino

Educación: secundaria completa.

Tiempo de rehabilitación: 1 meses

Fase de programa: Reinserción y Seguimiento del Hospital Hermilio Valdizán

#### **Criterio de exclusión:**

Presentar Diagnóstico asociado a trastorno mayor del pensamiento.

Mujeres quienes no hayan concluido secundaria completa.

#### **4. INSTRUMENTOS**

##### **Escala de percepción de autoeficacia general**

Desarrollada por Baessler y Schwarzer en 1988 con última revisión por Grimaldo en 2005. Evalúa las creencias estables de competencia personal para manejar de manera eficaz una gran variedad de situaciones estresantes. Escala unidimensional, consta de 10 ítems con cuatro opciones de respuesta de tipo Likert siendo el puntaje mínimo 10 y máximo 40. Está diseñada para personas desde 14 años hasta los 65 años. La forma de administración es colectiva e individual.

Los puntajes oscilan entre 1-19 corresponden a una autoeficacia baja, de 20-30 autoeficacia media y de 31- 40 autoeficacia alta.

##### **Cuestionario de confianza situacional DTCQ-8 de Annis**

Es una versión breve, se compone de 8 ítems, a los sujetos se les pide imaginarse en cada una de las situaciones de riesgo; emociones desagradables, malestares físicos, emociones agradables, probando mi control, necesidad física, conflicto con otros, presión social y momentos agradables con otros. Posteriormente se le pide que se sitúe en una escala de porcentajes del 0% al 100% respecto a cuanto confían ser capaces de resistir el impulso de consumir de beber o consumir drogas. 0, “no confía en absoluto” del 20 % al 80% “confía” y del 80% al 100% “confía en absoluto”.

La prueba puede administrarse en grupo o individualmente, dura aproximadamente 5 minutos completar la prueba. Para obtener una puntuación global de autoeficacia, se calcula la media de las 8 respuestas. Así una puntuación del 0 al 20 % de confianza indica que el sujeto tiene ninguna o muy poca de confianza en ser capaz de resistirse al consumo de alguna droga (autoeficacia baja) del 40% a 60% indica que el sujeto confía medianamente en ser capaz de

resistir el impulso del consumo de droga (autoeficacia media) y de 80 % a 100% indica que el sujeto tiene mucha confianza de poder resistirse al impulso de consumir alguna droga (autoeficacia alta).

## **5. PROCEDIMIENTO**

### **En el acceso al hospital**

1. Se entrega una carta de presentación a la unidad de docencia e investigación presentando un resumen de la presente investigación. Presentando el programa resumido de prevención de recaída con copia al jefe del departamento de adicciones de departamento de adicciones del Hospital Hermilio Valdizán.

2. Se concreta una cita con el jefe del departamento con el objetivo de describir el programa así como también los objetivos y todo el procedimiento a llevarse a cabo en las inmediaciones del ambiente donde se lleva acabo las sesiones de seguimiento. Así como también solicitar apoyo económico y logístico para llevar a cabo el programa durante 1 mes.

3. Se espera el permiso por escrito del jefe del departamento para iniciar la recogida de datos con los usuarios elegidos para la muestra.

### **En el programa de seguimiento**

4. Se realizará la toma de datos sociodemográficos así como el cuestionario sobre frecuencia de consumo anterior al programa de hospitalización, la población será evaluada al término de la sesión del programa de seguimiento quienes se reúnen los días sábados.

5. Se realizará la aplicación del cuestionario sobre percepción de autoeficacia general y el cuestionario del craving a la población.

6. Posterior a la aplicación de los cuestionarios se reunirá con los participantes para explicarles y presentarles el programa de prevención de recaídas, con el fin de solicitarles la firma de los consentimientos informados.

7. Inició del programa de prevención de recaída la tercera semana de Marzo 2018.

8. Durante la ejecución del programa se procederá al almacenamiento y procesamiento de los datos cuantitativos.

9. Se elaborará el informe final de la investigación.

## **6. ANÁLISIS DE DATOS**

Los datos serán analizados y procesados con el programa estadístico IBM SPSS producto de estadística y solución de servicio, es un formato para realizar la captura y análisis de datos, crear tablas y gráficas con data completa.

## CAPITULO IV

### RESULTADOS

#### 1. ANALISIS DESCRIPTIVO

##### 1.1. CARACTERISTICAS DE LOS PARTICIPANTES

En la tabla 1, se presentan la caracterización de los participantes, en cuanto al grado de instrucción alcanzado se observa que el nivel secundario es el predominante con un 60%. Por su parte, en cuanto a los aspectos clínicos de las evaluadas que refieren consumo de alcohol el 75% ha sido diagnosticada con dependencia y con abuso el 25%. De las participantes que señalan consumo de marihuana el 100% ha sido diagnosticada con dependencia a la sustancia. De las participantes que consumen cocaína el 100% presenta diagnóstico de dependencia. Al revisar los diagnósticos generales se puede apreciar que 40% presenta dependencia y el 60% multidependencia. Así mismo se evidencia que el 100% de las participantes presentan patología dual.

Tabla 1

*Descripción de los participantes*

Variables		f	%
Grado de instrucción	Primaria	0	0.0%
	Secundaria	3	60.0%
	Técnico superior	1	20.0%
	Superior	1	20.0%
	Subtotal	5	100.0%
Alcohol	Abuso	1	25.0%
	Dependencia	3	75.0%
	Subtotal	4	100.0%
Tabaco	Abuso	1	50.0%
	Dependencia	1	50.0%
	Subtotal	2	100.0%
Marihuana	Abuso	0	0.0%
	Dependencia	3	100.0%
	Subtotal	3	100.0%

Cocaína	Abuso	0	0.0%
	Dependencia	2	100.0%
	Subtotal	2	100.0%
Diagnóstico	Dependencia	2	40.0%
	Multidependencia	3	60.0%
	Subtotal	5	100.0%
Patología dual	Si	5	100.0%
	No	0	0.0%
	Subtotal	5	100.0%

La recolección de datos incluyó algunas variables clínicas expresadas en días o semanas (ver tabla 2) estas mediciones corresponden al tiempo de salida del tratamiento (Me=10; DE=11), tiempo de abstinencia (ME=12; DE=10) y número de internamientos (Me=2; DE=1).

Tabla 2

*Descripción clínica*

Variabes	n	ME	Me	DE
Salida de tratamiento	5	10.00	8.00	11
Tiempo abstinencia	5	12.00	10.00	12
Nº de internamientos	5	2.00	2.00	1

El análisis descriptivo se realizó para las variables generales CCS y AG, en cuanto a la CCS se aprecia que la media después de la aplicación del programa es mayor y menos disperso que el promedio obtenido por los participantes antes de la ejecución del programa; asimismo, la interpretación del coeficiente de variación indica una mayor homogeneidad después del taller. Situación similar ocurre con la variable AG donde después de la administración del programa el puntaje promedio es superior y menos disperso en relación a los valores promedios antes de la ejecución del mismo, alcanzando un coeficiente de variación menor.



Tabla 3

*Análisis descriptivo de las variables de estudio*

Variables	Antes			Después		
	Me	DE	CV	Me	DE	CV
CCTS	63.50	19.31	30.00	72.75	16.43	22.58
AG	30	4	12.42	35	3	10.04

Nota: Me: media; DE: Desviación estándar; CV Coeficiente de variación.

Para identificar el grado de CCS y AG tanto antes y después del taller en relación al CCS no se aprecian variaciones ya que antes del taller no se identifican a participantes con en el nivel bajo, pero si se observa que el 80% se encuentra en un nivel medio, y solo el 20% se encuentra en un nivel alto, estos valores se repiten luego de la ejecución del taller.

Por su parte, AG antes del taller se observa que el 60% se ubica en nivel medio y 40% en nivel alto; mientras que después del taller se identifica a solo el 20% en el nivel medio y 80% en el nivel alto, aparentemente los resultados han sido favorables en la autoeficacia general y mas no en la confianza en situaciones de recaída.

Tabla 4

*Resultados de la pre y post prueba en niveles*

Variable	Nivel	Antes		Después	
		f	%	f	%
CCS	Bajo	0	0.0	0	0.0
	Medio	4	80.0	4	80.0
	Alto	1	20.0	1	20.0
Total		5	100.0	5	100.0
AG	Bajo	0	0.0	0	0.0
	Medio	3	60.0	1	20.0
	Alto	2	40.0	4	80.0
Total		5	100	5	100

## 2. ANALISIS INFERENCIAL

### 2.1 Prueba de normalidad

La evaluación de la distribución de los datos se realizó a través de las diferencias antes y después para cada una de las variables analizadas, estos resultados parciales fueron analizados mediante el estadístico Shapiro Wilk (SW). Los resultados se presentan en la tabla 5, se puede apreciar que tanto la variable CCS, AG y los 8 factores del CCS presentan distribución normal ( $p > .05$ ).

Tabla 5

*Prueba de normalidad para las variables de estudio, mediante el estadístico Shapiro Wilk*

Variables	SW	Gl	Sig.
DIF_CCS	0.83	5	0.15
DIF_AG	0.96	5	0.83
DIF_F1	0.87	5	0.25
DIF_F2	0.80	5	0.12
DIF_F3	0.93	5	0.61
DIF_F4	0.96	5	0.78
DIF_F5	0.99	5	0.97
DIF_F6	0.94	5	0.66
DIF_F7	0.90	5	0.42
DIF_F8	0.90	5	0.42

### 2.2 Prueba de hipótesis para las 8 situaciones

En la tabla 6, se presentan los resultados antes y después de las ejecuciones del taller para los factores del CCS, apreciándose que no se encuentran diferencias significativas entre la pre y post prueba en ninguno de los 8 factores analizados ( $p > .05$ ).

Tabla 6

*Diferencias pre y post prueba para los factores del CCS*

Factor	Prueba	Me	DE	t	p	p
F1	Después	64	23.02	1.72	4.00	0.16
	Antes	50	30.00			
F2	Después	80	24.49	2.59	4.00	0.06
	Antes	56	23.02			
F3	Después	84	8.94	0.61	4.00	0.57
	Antes	78	24.90			
F4	Después	68	25.88	0.30	4.00	0.78
	Antes	66	26.08			
F5	Después	58	23.87	0.00	4.00	1.00
	Antes	58	17.89			
F6	Después	70	14.14	1.45	4.00	0.22
	Antes	52	37.01			
F7	Después	80	12.25	2.06	4.00	0.11
	Antes	68	19.24			
F8	Después	78	19.24	-0.34	4.00	0.75
	Antes	80	20.00			

En la tabla 7, se presentan los resultados antes y después de la ejecución del taller. Para el CCS global mediante la prueba *t student* para muestras relacionadas. Se observa que no existen diferencias estadísticamente significativas entre los promedios de las puntuaciones antes y después del taller ( $t=2.16$ ;  $p>.05$ )

Tabla 7

*Diferencias antes y después para la variable CCS*

Variable		Me	DE	t	gl	p
CCS Global	Después	72.75	16.42	2.16	4	0.09
	Antes	63.50	19.31			

En la tabla 8, se presenta las diferencias de los promedios entre antes y después de la administración del taller y su efecto sobre la autoeficacia general. Los resultados indican que

existen diferencias significativas entre el promedio de las puntuaciones a favor de la post prueba  
( $t=4.08$ ;  $p<.05$ )

Tabla 8

*Diferencias antes y después para la variable AG*

Variable		<i>Me</i>	<i>DE</i>	<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>
AG	Después	34.80	3.493	4.080	4	0.01
	Antes	29.80	3.701			

## DISCUSIÓN

Siendo una muestra pequeña se puede evidenciar lo que la mayoría de mujeres que reciben tratamiento tienen uno o más trastornos Comorbido a la adicción. La mayoría de mujeres reporta abuso o dependencia al alcohol. Y más de la mitad tiene dependencia a más de una sustancia.

Estos datos nos permiten preguntarnos sobre las mujeres dependientes a benzodiazepinas, quienes no están representadas en esta muestra. La realidad evidente es la deserción de las mujeres al grupo de seguimiento. Cabe preguntarnos sobre las situaciones de las mujeres al salir de internamiento. Se carece de mecanismos de seguimiento específicos para saber si mantiene la abstinencia y se dificulta la asistencia o abandonan por recaídas. Esta descripción de grupo pequeño desencadena la reflexión de las necesidades no cubiertas para las mujeres posterior a la hospitalización.

En cuanto a la Confianza Situacional y la Autoeficacia General se aprecia que la media después de la aplicación del programa es mayor y menos disperso que el promedio obtenido por los participantes antes de la ejecución del programa, siendo la varianza homogénea. Entendiendo que el taller ha servido para organizar la percepción de autoeficacia y desarrollar la comprensión de esta variable en el proceso de seguimiento posterior a la hospitalización. El importante resaltar que la autoeficacia es uno de los tópicos más importantes desde una intervención breve hasta la intervención más especializada.

Si bien el taller realizado no tuvo efectos sobre la confianza en situaciones de riesgo los niveles de autoeficacia se mantuvieron relativamente estables. Sí se pudo percibir un efecto

significativo en la percepción general que demuestra que las mujeres que acudieron al grupo específico mejoraron su percepción de autoeficacia para resolver los problemas cotidianos. Antes del taller dos usuarias consideraban tener alta autoeficacia general, al finalizar el mismo eran cuatro las que percibían autoeficacia al resolver problemas cotidianos. Los resultados han sido favorables en la autoeficacia general. El grupo de mujeres genera conexiones y soporte emocional que permiten mejorar su propia confianza y valoración.

Antes del taller no se identifican a participantes con en el nivel bajo de autoeficacia, pero si se observa que el 80% se encuentra en un nivel medio, y solo el 20% se encuentra en un nivel alto según el cuestionario breve de confianza situacional. Según Caycho en 2017 se observa que en una muestra de varones en una comunidad terapéutica existe un mayor porcentaje de sujetos que presentan un nivel elevado de confianza, entendido como una percepción de autoeficacia elevada. Similar a los resultados encontrados en el presente estudio. Caycho identifica a la escala de emociones agradable con alto porcentaje casi el 80 % de seguridad para resistir el consumo y a la tendencia a confianza se ubica en la subescala urgencias de consumo 31.3 % de confianza para resistirse al consumo. En el presente trabajo, la media de las respuestas más alta respecto a la confianza de resistirse al consumo se encuentra la situación de momentos agradables con otros. Y la escala de menos confianza es emociones desagradables. Considerándose como una autoeficacia media para resistirse al consumo. Se considera la diferencia de la muestra, en el internamiento en CT en caso de varones mientras que las mujeres asisten a un programa grupal de seguimiento. Entendiéndose que están expuestas a las situaciones evaluadas.

Se encuentra incidencias con Castro en 2012 en la cual sus estudios revelaron que el 35 % de los pacientes tenían autoeficacia baja, el 36.3% tenía autoeficacia normal y el 28.8 % alta

eficacia. Así mismo en el grupo de mujeres que acuden a seguimiento posteriormente al tratamiento de hospitalización se observa que el 80% se encuentra en un nivel medio, y solo el 20% se encuentra en un nivel alto, no encontrándose mujeres que indica un bajo nivel de eficacia en general en las 8 situaciones de riesgo evaluadas.

Según López Torrecillas et.al. Que realiza un análisis comparativo de los diferentes estudios desde 1985 hasta 2014 en el cual muestra los estudios relativos a Bandura y estudios relativos a Annis se observa que de los 24 estudios citados solo uno se enfoca en estudios de mujeres en adicciones, la investigación de Cumming et. al 2012. Bajo el modelo de Annis. La mayoría de investigaciones consideran el sexo para solo análisis correlacional y comparativo. No se pudo acceder a investigaciones específicamente para mujeres, menos aún investigaciones de intervenciones bajo enfoque de género.

Este trabajo en relación a la confianza situacional, según el modelo de Annis no se aprecian variaciones ya que antes del taller no se identifican sujetos en el nivel bajo, pero si se observa que el 80% se encuentra en un nivel medio, y solo el 20% se encuentra en un nivel alto, manteniéndose esta misma proporción posterior al taller. En la investigación realizada por Cummings, Gallop & Greenfield en 2010 se examinó la autoeficacia como predictor de resultados posterior al tratamiento grupal, comparando mujeres que recibían un tratamiento grupal solo para mujeres bajo enfoque de género y otro grupo de mujeres en un tratamiento grupal mixto con resultados válidos. Se utiliza el cuestionario de confianza para consumo de drogas de Annis y Martínez 1997. Los hallazgos obtenidos sugieren que las mujeres con baja percepción de autoeficacia presentaron mejoras en el mantenimiento de abstinencia al término del tratamiento en grupos bajo el enfoque de género. El estudio tiene una correlación frente al puntaje del cuestionario de confianza situacional y la media de días de consumo. Compara dos

grupos; uno de control y el otro un grupo específico que considera las necesidades de las mujeres. El resultado muestra que las mujeres en grupo específico que tenían una baja autoeficacia mejoraron al término del programa medido por la cantidad de bebida posterior al tratamiento.

El desempeño de la autoeficacia puede tener un papel directriz del desarrollo de tratamientos que desarrollen estrategias para mejorar resultados. (Curry y Marlatt en 1987) esta puede alterarse mediante el dominio de experiencias de éxito y autocontrol, el modelado social, la persuasión verbal y los estados emocionales. En un programa de entrenamiento de estrategias busca estructurar experiencias de tal forma que impacten en las creencias sobre la capacidad de controlar la conducta adictiva.

Otra de las reflexiones se refiere que las puntuaciones de autoeficacia se usan para identificar a las personas que tienen alto riesgo de recaer evidenciando que no están preparados para el cambio. Es necesario medir la autoeficacia en las diferentes fases de cambio teniendo presente la naturaleza de los tipos de adicción. Estas pueden reforzar las decisiones del tratamiento.

Lo último es que los juicios respecto a la eficacia, puede identificar los momentos y lugares específicos de riesgo. Permitiría la adaptación al tratamiento y permitiría desarrollo de estrategias para el manejo de situaciones específicas. (Annis y Davis 1988)

Este estudio muestra la importancia de desarrollar grupos de seguimiento bajo el enfoque de género evidenciando mejores resultados sobre mujeres que tienen una percepción baja de autoeficacia. En el caso de las mujeres de seguimiento, de la presente investigación, quienes participaron en el taller se programaron actividades dirigidas a analizar los problemas que presentaban en la semana. Además se les brindaba espacios de actividades físicas dirigidas con el objetivo de cuidado en aspecto físico.



Frente a la evaluación cualitativa en murales, se recogen sugerencias de las usuarias, así como sus impresiones, confirmando que los grupos específicos para mujeres les permiten compartir experiencias personales, así como intercambiar sugerencias para la resolución de estos.

Si bien los resultados no pueden ser generalizados por representar una población específica y reducida, es necesario la realización y sistematización las intervenciones en grupo pequeño, estas intervenciones se realizan en consulta externa antes de ingresar a hospitalización y se observa necesario medir el impacto en los usuarios como plan de mejoras continuas. Además nos permite corroborar la teoría y las amplias investigaciones correlacionales de esta variable. Tal como lo demuestra Sadowski, Long y Jenkins, 1993 en Torrecillas 2002 que manifiesta que las personas drogodependientes tienen mejor percepción de autoeficacia cuando reciben tratamiento.

Un efecto valioso de la presente es el despertar de la curiosidad de desarrollar intervenciones breves y específicas que se pueda utilizar en establecimientos comunitarios fomentando las conexiones y soporte emocional en las mujeres que aún pueden mantener un consumo perjudicial. En nuestro medio existen programas desarrollados por nuestros profesionales asistenciales, este es un primer paso en el quehacer profesional que se diseña sesiones en base a un instrumento con el objetivo de medir antes durante y después de la intervención.

Esta investigación permitió generar preguntas sobre las situaciones de las mujeres que han dejado seguimiento, a algunas se les contactó vía telefónica informando que se mantienen en abstinencia y por motivos personales o laborales no podía acudir a seguimiento.

Se pretende continuar con la exploración de la variable autoeficacia en las intervenciones psicológicas con las mujeres utilizando cuestionarios más amplios para poder medir la eficacia de dichas intervenciones como aporte de solución para esta problemática evidenciada en nuestro quehacer clínico y en nuestra sociedad.

## CONCLUSIONES

Si hay efectos significativos del programa de prevención de recaídas sobre la percepción de autoeficacia general

En la Autoeficacia General se observa variaciones posteriores al programa; 20% en el nivel medio y 80% en el nivel alto. Antes del programa el 60% se ubicaba en nivel medio y el 40% en nivel alto.

La percepción de autoeficacia alta corresponde a situaciones de momentos agradables con otros.

La percepción de autoeficacia media corresponde a situaciones donde las emociones son desagradables.

No se evidenció efectos del programa de prevención de recaídas sobre la autoeficacia en situaciones específicas de riesgo para recaídas.

El 60% de las mujeres tiene secundaria completa y 40% cuenta con estudios técnicos y superiores.

El abuso o la dependencia de alcohol representan el 80% de las mujeres que participaron en el programa.

El 60% de las participantes tiene el diagnóstico de dependencia múltiple sustancia.

El 100% de las participantes tienen patología dual.

## **RECOMENDACIONES**

Se recomienda seguir explorando la variable de autoeficacia general en pacientes en consulta ambulatoria, hospitalización y en grupo de seguimiento mixto.

Se sugiere ampliar el número de sesiones del programa breve, cada situación de riesgo debe estar contenida en una sesión.

Volver a medir la variable de autoeficacia general posterior a 3 meses con el fin de realizar el seguimiento de los cambios logrados en la percepción de autoeficacia.

Se recomienda utilizar el instrumento cuestionario de confianza situacional de 50 ítems en las próximas investigaciones debido que cuenta con adaptación a población drogodependiente en Perú.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aguilar, B. (2017). *Efectos de un programa “yo creo en mi” sobre la percepción de autoeficacia general en madres de niños diagnosticados con trastornos de la actividad y de atención en una clínica de Lima Metropolitana en el año 2016*. Tesis para obtener la licenciatura en psicología. Perú: Universidad Cayetano Heredia.

Annis, H.M. (1982). Situational confidence questionnaire. Toronto. Addiction Research Foundation.

Annis, H.M. y Davis, C.S. (1988). Self-efficacy and the prevention of alcoholic relapse: Initial findings from a treatment trial. En T.B. Baker y D.S. Cannon (Eds), *Assessment and treatment of addictive disorders*. New York: Praeger

Arostegui, E. & Urbano, A. (2016). *La mujer drogodependiente especificidad de género y factores asociados*. Gobierno Vasco: Deusto, Instituto de Drogodependencias.

Bowen, S; Chawla, N & Marlatt, G. (2013). *Prevención de recaídas en conductas adictivas basadas en Mindfulness. Guía clínica*. España: Desclée de Brouwer

Canto y Rodríguez (1998). Autoeficacia y educación. *Nueva época educación y ciencia* 2 4 45-53. Mexico.

Castaños, M; Meneses, C; Polop, M; Rodríguez, M & Tubert, S. (2007). *Intervención en drogodependencias con enfoque de género*. España: Instituto de la Mujer, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

Castilla, P. (2016). *La prevención de recaídas desde el modelo de Marlatt. Aportaciones desde el trabajo social*. *Trabajo Social Hoy*, 77, 109-133.

Castro, L. (2012). Autoestima y autoeficacia en pacientes adictos en el Centro de Rehabilitación de Ñaña. 13 1 03-21. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental “Hermilio Valdizán”* Lima-Perú.

Caycho, A.(2017). Autoeficacia en pacientes dependientes de drogas de una comunidad terapéutica del cono sur. Catedra Villarreal. Universidad Federico Villarreal. Recuperado de <http://revistas.unfv.edu.pe/index.php/RCV/article/view/185/180>

Cedro (2016). *El problema de las drogas en el Perú*. Perú:

Cerna, Omar. (2016). *Efectos de un programa terapéutico cognitivo conductual en pacientes con problemas de abuso del alcohol- Trujillo 2015. Tesis para optar el grado de maestro en ciencias sociales*. Trujillo- Perú: universidad nacional de Trujillo.

Chávez, E. (2010). *Prevención de recaídas. Centros de integración juvenil. Dirección de tratamiento y rehabilitación*. DF: México

Cummings, A. M., Gallop, R. J., & Greenfield, S. F. (2010). Self-efficacy and substance use outcomes for women in single-gender versus mixed-gender group treatment. *Journal of groups in addiction & recovery*, 5(1), 4-16.

DEVIDA, (2015). *Reporte estadístico sobre el consumo de drogas en el Perú. Prevención y tratamiento*. Perú: Devida

Grimaldo, M.(2005). Propiedades psicométricas de la escala de autoeficacia general de Baessler & Schwarzer. revista cultura. Asociación de docentes de la universidad de San Martín de Porres. 19 213-229 <http://www.revistacultura.com.pe/portfolio-item/cultura-19/>

Guevara, G. (2002). Relación de los niveles de autoeficacia y la codependencia en un grupo de familiares de pacientes drogodependientes. *Revista de investigación en Psicología*. 5 2 Lima: Perú.

Hernández, R.; Fernández C.; Baptista, M. Pilar (2014). *Metodología de la investigación*, sexta edición, McGraw-Hill: México

Hervás, E. & Gradolí, T. (2001). *Intervención psicológica en conductas adictivas*. Trastornos adictivos 3 (1) 21-27: España.

López- Torrecillas, F.; Salazar I.; García Retamero, R.; Martínez, R. (2015) Autoeficacia de personas drogodependientes en tratamiento. *Rev. Psicología Conductual* 23 2 325-343 Madrid España

López-Torrecillas F. Salvador, M; Verdejo, A & Cobo, P. (2002). Autoeficacia y consumo de drogas una revisión. *Psicopatología clínica legal y Forense*. 2, 1, 33 – 51 Granada: España

Marlatt, G.& Witkiewitz, K. (2004). *Relapse prevention for alcohol and drugs Problema*.

Martínez, P. (2015). *Prevención de recaídas con mujeres desde perspectiva de género*. Gobierno Vasco: Deusto, Instituto de Drogodependencias.

Olivari, C. & Urra, E. (2007). Autoeficacia y Conductas de salud. *Ciencia y enfermería*, 13(1), 9-15. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532007000100002>

Rojas, M. (2010). *Manual de entrevista motivacional y psicoterapia motivacional en conductas adictivas. Sesiones para profesionales de la salud mental*. Tomo II. Perú: Concytec.

Ruiz, R & Chulkowa, M.(2016). *Intervención psicológica en mujeres drogodependientes: una revisión teórica*. Clínica y salud 27(2016)1-6. España: Elsevier.

Valles, M.(2016). Autoeficacia y riesgo de recaída en adictos residentes en comunidades terapéuticas. 1 (1). 67-82 Acta psicológica peruana: Lima Perú. Recuperado de <http://revistas.autonoma.edu.pe/index.php/ACPP/article/view/46>

Villar, E. (2014). Perspectiva de género y programas sobre drogas: El abordaje de las desigualdades. Consorcio Copolad: Madrid

Velásquez, A. (2012). Revisión histórico-conceptual del concepto de autoeficacia. Revista pequen. 2 / 148-160. Chile.

Waisman, M & Benabarre, A. (2017). *Adicciones. Uso de sustancias psicoactiva y presentaciones clínicas de la enfermedad adictiva*. Argentina: Editorial Médica Panamericana

## ANEXOS

### PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE RECAÍDA

Las sesiones del programa fueron elaboradas para propósitos del presente trabajo con el objetivo de obtener el título de segunda especialidad de intervención en adicciones bajo el enfoque de género. Se ha sistematizado e incrementado a las actividades realizadas hasta la actualidad en el hospital Hermilio Valdizán. Consta de 5 sesiones según el cuestionario de confianza situacional, la cual presenta las 8 situaciones de riesgo; emociones desagradables, malestares físicos, emociones agradables, probando mi control, necesidad física, conflicto con otros, presión social y momentos agradables con otros.

### OBJETIVO

Desarrollo de capacidades y estrategias de afronte para evitar recaídas.

#### Sesión1:” Reconociendo la autoeficacia en mi proceso de tratamiento en prevención de recaídas”

HORA	ACTIVIDADES	OBJETIVOS	CONTENIDOS	METODOS	MATERIAL	RESPONSABLE
15´	Presentación de grupo	Presentar los objetivos del programa de prevención de recaídas enfocándose en fomentar el desarrollo de autoeficacia	Conocer y ser consciente del problema de adicción motivo de tratamiento  Explicación de la evaluación cualitativa.	Dinámica de movimiento con los participantes.  Interacción entre los participantes	Solapines  Explicación de la evaluación cualitativa.	
15´	Compartir experiencias durante el internamiento breve identificando los principales aprendizajes	Identificar los aprendizajes y las faltas respecto a los temas psicoeducativos trabajados durante internamiento.	Conceptos básicos de adicción  Emociones y percepción de experiencias  Juicios de valor	Expositivo participativo  Debates		



<b>5'</b>	Entrenamiento de respiración y relajación	Desarrollar mediante ejercicios de atención plena la práctica de entrar en contacto con el momento presente	Conciencia plena. Conectar con músculos de su cuerpo	Vivencial	Aplicativo en celular de sonidos de campanas	
<b>10'</b>	Psicoeducación sobre los desencadenantes y deseos de consumos	Identificar las situaciones de riesgo. Expectativa y realidad al salir de internamiento	Estímulos discriminativos  Análisis de cadenas comportamentales de recaídas pasadas	Debate Exposición	Presentaciones virtuales  Materiales de escritorio	
<b>30'</b>	Desarrollar fichas de trabajo para identificación de 8 situaciones de riesgo para recaídas.	Identificar las posibles sensaciones en las 8 situaciones de riesgo	Tópicos de prevención de recaída  Factores internos y externos	Participativo  Preparación de material para aprendizaje	Fichas de trabajo  Presentación virtual	
<b>15'</b>	Identificar las conclusiones de las presentaciones	Sintetizar aprendizajes y tópicos centrales de la prevención de recaída	Conclusiones de presentaciones	Lluvia de ideas	Papelotes	
<b>60'</b>	Actividad grupal de baile	Realizar actividad física	Coreografías dirigidas por instructor	Modelado	Equipo de sonido  Pistas de baile	

**Sesión 2: “afrentando emociones desagradables y malestares físicos”**

HORA	ACTIVIDADES	OBJETIVOS	CONTENIDOS	METODOS	MATERIAL	RESPONSABLE
20'	Acogida  Realizar evaluación cualitativa de sesión pasada.  Auto informe de la semana	Identificar los aprendizajes y su puesta en experiencia entre sesión.  Identificar situaciones de riesgo.	Recordar los tópicos de la sesión anterior.  Narración de acontecimientos	Expresión de contenidos y experiencias semanales		
15'	Explicación de importancia de estrategias de afrontamiento frente a los desencadenantes de consumo	Presentar los fundamentos del desarrollo de capacidades y habilidades para prevenir recaídas	Ejercicios de planes de afrontamiento personales  Estrategias de auto calma usando los sentidos	Exposición  Vivencial	Cartillas con la sesión  Narración de ejercicios	
15'	Entrenamiento de respiración y relajación	Desarrollar mediante ejercicios de atención plena la práctica de entrar en contacto con el momento presente  Iniciar en la práctica de meditación como hábito fundamental de las prácticas de prevención de recaídas.	Conciencia plena.  Conectar con músculos de su cuerpo	Vivencial	Aplicativo en celular de sonidos de campanas	

30'	Desarrollar fichas de trabajo para identificación de emociones desagradables y malestares físicos.	Identificar las posibles sensaciones en las 2 situaciones de riesgo	Pensamientos de afrontamiento auto alentadores Plan de afrontamiento	Participativo  Preparación de material para aprendizaje	Fichas de trabajo  Presentación virtual	
5'	Tarea para la semana  Confección de plan de estrategias de afrontamiento para emociones desagradables y malestares físicos.	Confeccionar el plan de afrontamientos específico.	Listado de estilos de afrontamiento saludable  Listado de actividades distractoras y placenteras	explicativo	Cartillas	
5'	Identificar las conclusiones de las presentaciones	Sintetizar aprendizajes y tópicos centrales de la prevención de recaída	Conclusiones de presentaciones	Lluvia de ideas	Papelotes	
60'	Actividad grupal de baile	Realizar actividad física	Coreografías dirigidas por instructor	Modelado	Equipo de sonido  Pistas de baile	

**Sesión 3: “controlando mis emociones agradables y mi deseo de probar mi control sobre el consumo”**

HORA	ACTIVIDADES	OBJETIVOS	CONTENIDOS	METODOS	MATERIAL	RESPONSABLE
20'	Acogida  Realizar evaluación cualitativa de sesión pasada.	Identificar los aprendizajes y su puesta en experiencia entre sesión.	Recordar los tópicos de la sesión anterior.	Expresión de contenidos y experiencias semanales		

	Auto informe de la semana	Identificar situaciones de riesgo.	Narración de acontecimientos			
20'	<p>Se explorará las creencias más comunes que llevan a la recaída.</p> <p>Se formarán grupos en la cual compartan creencias de inicio de recaídas.</p> <p>Se debatirá en grupos sobre las autoafirmaciones que pueden usar para contrarrestar esas creencias</p>	Identificar los pensamientos que le permiten continuar con la cadena de conductas de recaída.	<p>Creencias que inician las recaídas según la percepción de autoeficacia para hacer frente a situaciones de riesgo</p> <p>Aplicación de las estrategias de autocontrol y conciencia del piloto automático</p> <p>Pensamientos distorsionados</p>	<p>Debate y exposición</p> <p>Listado de creencias de pseudocontrol de las situaciones de riesgos.</p>	<p>Cartillas y papelotes</p> <p>“situaciones de recaída” Casos de que representan las situaciones de recaída.</p>	
30'	<p>Cada participante desarrollará dialogo interno de manera que puedan afrontar sus deseos de consumo.</p> <p>se introducirá explicación de auto instrucciones para desarrollar autoeficacia al resolver los problemas</p>	Desarrollar estrategias de afronte cognitivo para superar el deseo de consumo	<p>Componentes de autoeficacia</p> <p>Desarrollar técnicas de autoinstrucciones</p>	<p>Expositivo</p> <p>Moldeamiento de dialogo interno</p>	Guía de descripción de propiedades de auto instrucciones	
5'	Desarrollar un espacio para compartir los	Recordar e interiorizar las		Lluvia de ideas		

	conceptos trabajados y encontrar el beneficio inmediato	conclusiones de de las sesiones	Conceptos básicos			
60'	Actividad grupal de baile	Realizar actividad física	Coreografías dirigidas por instructor	Modelado	Equipo de sonido Pistas de baile	

#### Sesión 4: “haciéndome conciente de mis necesidades físicas e identificando los conflictos con otros”

HORA	ACTIVIDADES	OBJETIVOS	CONTENIDOS	METODOS	MATERIAL	RESPONSABLE
20'	Acogida  Realizar evaluación cualitativa de sesión pasada.  Auto informe de la semana	Identificar los aprendizajes y su puesta en experiencia entre sesión.  Identificar situaciones de riesgo.	Recordar los tópicos de la sesión anterior.  Narración de acontecimientos	Expresión de contenidos y experiencias semanales		
20'	Se realiza Psicoeducación sobre estrategias de resolución de problemas  Se exponen casos en las cuales se demuestra la forma de afrontamiento de las mujeres.	Aprender los pasos de la estrategia de resolución de conflictos.  Analizar e identificar las situaciones conflictivas que afrontan las mujeres.	Pasos en resolución de conflictos, guía de intervención  Ejemplo de casos	Exposición	Material virtual	
30'	Buscando la mejor respuesta			Analítico	Plenaria	

	Trabajar sobre estrategias de resolución de problemas	<p>Entrenar estrategias de análisis y conceptualización de problemas</p> <p>Identificar posibles respuestas.</p>	Revisión de caos tipos	Reflexivo		
5'	Entrenamiento de respiración y relajación	Desarrollar mediante ejercicios de atención plena la práctica de entrar en contacto con el momento presente	<p>Conciencia plena.</p> <p>Conectar con músculos de su cuerpo</p>	Vivencial	Aplicativo en celular de sonidos de campanas	
10'	Luego del plenario se debate identificando los elementos de socialización, creencias, género y estilos de crianza.	Identificar la percepción de los roles en sus medios familiares	<p>Roles de género</p> <p>Responsabilidad</p>	Modelos en familias		
5'	Desarrollar un espacio para compartir los conceptos trabajados y encontrar el beneficio inmediato	<p>Recordar e interiorizar las conclusiones de las sesiones.</p> <p>Identificar su proceso de afronte a situaciones de responsabilidad durante las</p>	<p>Conceptos básicos</p> <p>responsabilidades que enfrentarán en el futuro y la forma de mejorarlas</p>	Lluvia de ideas		

		situaciones de riesgo de recaída.				
60'	Actividad grupal de baile	Realizar actividad física	Coreografías dirigidas por instructor	Modelado	Equipo de sonido Pistas de baile	

**Sesión 5: “entrenamiento en estrategias para hacer frente a la presión social y momentos agradables con otros”**

HORA	ACTIVIDADES	OBJETIVOS	CONTENIDOS	METODOS	MATERIAL	RESPONSABLE
15'	Acogida  Realizar evaluación cualitativa de sesión pasada.  Auto informe de la semana  Reforzar la realización de sus planes de afrontamiento	Identificar los aprendizajes y su puesta en experiencia entre sesión.  Identificar situaciones de riesgo.	Recordar los tópicos de la sesión anterior.  Narración de acontecimientos  Los planes de afrontamiento son dinámicos.	Expresión de contenidos y experiencias semanales		
20'	Análisis de las situaciones de riesgo en la presión de social y los momentos agradables con otros.	Aumentar la motivación a la hora de resolver problemas	Consecuencias emocionales de mantener estilo de vida saludable.  Desarrollo de nuevas actividades para distraerse	Estrategias de escogida de respuesta funcional	Grupos de trabajo	

			Identificación de personas de red de soporte adecuadas			
30'	<p>Psicoeducación sobre modos de comportarse; pasivo, agresivo y asertivo.</p> <p>Identificación de pensamientos, sentimientos y conductas en estilo de comunicación.</p>	<p>Diferenciar los 3 modos de comunicación</p> <p>Identificar las seis habilidades básicas de asertividad</p>	<p>Asertividad básica</p> <p>Hacer un guión</p> <p>Técnica del disco rayado</p> <p>Negociación Proporcione elogios y cumplidos</p> <p>Recibir elogios</p> <p>Creencias racionales que fomentan la confianza</p>	<p>Analítico</p> <p>Reflexivo</p> <p>Debate</p>	Plenaria	
20'	<p>Conclusiones de la intervención breve</p> <p>Presentación de planes de afrontamiento</p> <p>Cierre de las sesiones</p> <p>Agradecimiento</p>	<p>Reforzar la asistencia y participación en las sesiones</p> <p>Reforzar el trabajo final</p>	Trabajos de planes de afrontamiento	Conversatorio	Finchas de trabajo	
5'	Entrenamiento de respiración y relajación	Desarrollar mediante ejercicios de atención plena la práctica de entrar en contacto con el	<p>Conciencia plena.</p> <p>Conectar con músculos de su cuerpo</p>	Vivencial	Aplicativo en celular de sonidos de campanas	



		momento presente				
<b>60'</b>	Actividad grupal de baile	Realizar actividad física	Coreografías dirigidas por instructor	Modelado	Equipo de sonido Pistas de baile	<b>60'</b>

## ESCALA DE PERCEPCIÓN DE AUTOEFICACIA GENERAL

Las siguientes afirmaciones se refieren a tu capacidad para resolver problemas. Lee cada una de ellas, y marca la alternativa que consideres conveniente. No hay respuestas correctas, ni incorrectas. Usa la siguiente escala para responder a todas las afirmaciones.

MARCA TODAS LAS AFIRMACIONES.

1	2	3	4
<b>INCORRECTA</b>	<b>APENAS CIERTO</b>	<b>MÁS BIEN CIERTO</b>	<b>CIERTO</b>

1. Puedo encontrar la manera de obtener lo que quiera aunque alguien se me oponga.	1	2	3	4
2. Puedo resolver problemas difíciles si me esfuerzo lo suficiente.	1	2	3	4
3. Me es fácil persistir en lo que me he propuesto hasta llegar a alcanzar mis metas	1	2	3	4
4. Tengo confianza en que podría manejar eficazmente acontecimientos inesperados	1	2	3	4
5. Gracias a mis cualidades y recursos, puedo superar situaciones imprevistas.	1	2	3	4
6. Cuando me encuentro en una dificultad puedo permanecer tranquilo(a) porque cuento con las habilidades necesarias para manejar situaciones difíciles.	1	2	3	4
7. Venga lo que venga, por lo general soy capaz de manejarlo	1	2	3	4
8. Puedo resolver la mayoría de los problemas si me esfuerzo lo necesario.	1	2	3	4
9. Si me encuentro en una situación difícil, generalmente se me ocurre que debo hacer.	1	2	3	4
10. Al tener que hacer frente a un problema, generalmente se me ocurren varias alternativas de cómo resolverlo.	1	2	3	4

## CUESTIONARIO BREVE DE CONFIANZA SITUACIONAL CCS

NOMBRE USUARIO: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

INSTRUCCIONES: A continuación se presentan ocho diferentes situaciones o eventos ante los que **algunas personas tienen problemas por su forma de beber o consumir alguna droga**. Imagine que esta en este momento en cada una de estas situaciones e indique en la escala, **que tan seguro se siente de poder resistir la necesidad de beber en exceso o consumir alguna droga**, marcando con una “X” a lo largo de la línea 0% si esta INSEGURO ante esa situación o 100% si está TOTALMENTE SEGURO de poder resistir beber en exceso.

• En este momento sería capaz de resistir la necesidad de beber en exceso o consumir alguna droga en aquellas situaciones que involucran...

1. **EMOCIONES DESAGRADABLES:** (Por ejemplo: si estuviera deprimido en general, si las cosas estuvieran saliendo mal). *Me siento...*

0 % Inseguro	50%	100% Seguro
-----------------	-----	----------------

2. **MALESTAR FÍSICO:** (Por ejemplo: si no pudiera dormir; si me sintiera nervioso y tenso). *Me siento...*

0 % Inseguro	50%	100% Seguro
-----------------	-----	----------------

3. **EMOCIONES AGRADABLES:** (Por ejemplo: si me sintiera muy contento, si quisiera celebrar, si todo fuera por buen camino). *Me siento...*

0 % Inseguro	50%	100% Seguro
-----------------	-----	----------------

4. **PROBANDO MI CONTROL SOBRE EL CONSUMO DE ALCOHOL O DROGAS** (Por ejemplo: si pensara que ya no tengo problemas con el alcohol o con drogas; si me sintiera que puedo fumar solo pocos cigarros o que puedo controlar mi consumo de cigarros). *Me siento...*

0 % Inseguro	50%	100% Seguro
-----------------	-----	----------------

5. **NECESIDAD FÍSICA** (Por ejemplo: si tuviera urgencia de beber o usar drogas, si pensara que rico es beber alcohol). *Me siento...*

0 % Inseguro	50%	100% Seguro
-----------------	-----	----------------

6. **CONFLICTO CON OTROS** (Por ejemplo: si tuviera una pelea con un amigo; si no me llevara bien con mis compañeros de trabajo). *Me siento...*

---

0 %	50%	100%
Inseguro		Seguro

7. **PRESIÓN SOCIAL** (Por ejemplo: si alguien me presionara a fumar o utilizar drogas; si alguien me invitara a su casa y me ofreciera una copa o droga). *Me siento...*

---

0 %	50%	100%
Inseguro		Seguro

8. **MOMENTOS AGRADABLES CON OTROS** (Por ejemplo: si quisiera celebrar con un amigo, si me estuviera divirtiendo con un(a) amigo(a) y quisiera sentirme mejor). *Me siento...*

---

0 %	50%	100%
Inseguro		Seguro

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

**TÍTULO: EFECTO DE UN PROGRAMA PREVENTIVO DE RECAÍDA EN LA PERCEPCIÓN DE AUTOEFICACIA DE MUJERES DROGODEPENDIENTES DE UN HOSPITAL ESPECIALIZADO.**

AUTORA: MARIA ALEJANDRA HURTADO AMPUERO

Este trabajo académico se formula a raíz de la observación del mantenimiento de un número reducido de usuarias en el programa mixto de seguimiento del departamento de adicciones del Hospital. Se tiene la finalidad de conocer la percepción de autoeficacia general en mujeres que pertenecen al grupo de seguimiento. El trabajo académico consiste en realizar 4 sesiones terapéuticas de prevención de recaídas midiendo antes y después la percepción de autoeficacia. Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder una ficha de datos y dos cuestionarios. Asimismo, su participación en este estudio es voluntaria.

La información que se recoja será confidencial, sólo se utilizará con fines académicos. El tiempo aproximado para recoger la información será de 20 minutos, las sesiones constarán de una hora y media, seguida de una hora de baile a cargo de un instructor. No habrá cobro alguno y se le proveerá de la información vertida en cada sesión.

De existir dudas sobre el trabajo académico puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación. De no querer participar puede pedir el retiro del grupo.

Yo.....

Reconozco que la información que yo provea en esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito sin mi consentimiento.

He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento, sin que esto represente perjuicio alguno para mi persona.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Participante

\_\_\_\_\_  
Firma del Autor

Fecha: \_\_\_\_\_

### PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES	Marzo			Abril			
	2º	3º	4º	1º	2º	3º	4º
1. Se realizará la toma de datos sociodemográficos así como el cuestionario sobre frecuencia de consumo anterior al programa de hospitalización, la población será evaluada al término de la sesión del programa de seguimiento quienes se reúnen los días sábados.	x						
2. Se realizará la aplicación del cuestionario sobre percepción de autoeficacia general y el cuestionario del craving a la población.	x						
3. Posterior a la aplicación de los cuestionarios se reunirá con los participantes para explicarles y presentarles el programa de prevención de recaídas, con el fin de solicitarles la firma de los consentimientos informados.	x	x					
4. Se solicitará autorización al área de docencia para ejecutar el programa de prevención de recaída.	x	x					
5. Se realizará una reunión con el equipo terapéutico del departamento del Hospital Hermilio Valdizán para presentar el proyecto de investigación. Así como también solicitar apoyo		x					

económico y logístico para llevar a cabo el programa durante 1 mes y 1 semana.							
6. Inicio del programa de prevención de recaída la cuarta tercera semana de Marzo 2018	x	x	x	x	x		
7. Durante la ejecución del programa se procederá al almacenamiento y procesamiento de los datos cuantitativos.			x	x	x		
8. Se elaborará el informe final de la investigación.					x	x	