



Ángela Rita Martín Caballero

Evaluación y Entrenamiento en Competencia Social con personas drogodependientes

2 0 1 0



Fundación Canaria
para la **Prevención e
Investigación** de las
Drogodependencias



Gobierno de Canarias
Consejería de Sanidad





Ángela Rita Martín Caballero

Evaluación y Entrenamiento en Competencia Social con personas drogodependientes

Año 2010



Fundación Canaria
para la **Prevención e**
Investigación de las
Drogodependencias



Gobierno de Canarias
Consejería de Sanidad



Edita:

Dirección General de Atención a las Drogodependencias
Consejería de Sanidad
Gobierno de Canarias

© *Autora:*

Ángela Rita Martín Caballero
Trabajo de investigación original dirigido
por los Profesores de la ULL:
Profesor Dr. Juan Manuel Bethencourt Pérez
Profesor Dr. Pablo García Medina
Profesor Dr. Arquímedes Fernández Valdés

Diseño gráfico:

DOMIBARIEditores

Maqueta e imprime:

Linca, SL
Lepanto, 45
Telf.: 928 270714 – 928 269906
Fax: 928 225960
35010 Las Palmas de Gran Canaria
lincacanarias@terra.es

Depósito Legal:

GC XX-2010

A IRENE Y ALEJANDRO,
Mis tesoros

A MIS PADRES

Una valiosa herramienta para el diálogo y la reflexión

El consumo de drogas constituye en la actualidad un serio problema de salud pública en la mayoría de los países del mundo, y es responsabilidad de todas las instituciones implicadas en la intervención en drogodependencias favorecer la labor investigadora y articular políticas y estrategias que se hayan demostrado exitosas en el abordaje de un fenómeno social tan complejo.

Así lo entiende la Consejería de Sanidad del Gobierno de Canarias, que a través de la Fundación Canaria para la Prevención e Investigación de las Drogodependencias (FUNCAPID) viene implementando desde hace años diferentes acciones, actividades y programas que tienen como eje la propia persona, fomentando su participación activa, creando conciencia de corresponsabilidad social, reforzando los elementos de protección frente al consumo y disminuyendo los factores de riesgo.

Existe, en este sentido, una creciente evidencia científica que demuestra la enorme influencia de los factores sociales y psicológicos en el consumo de sustancias estupefacientes, y la conveniencia de actuar a través de programas de competencia social que involucren al propio paciente en la búsqueda de soluciones. Y ese es, precisamente, el propósito de este arduo, riguroso y magnífico trabajo de investigación en el ámbito clínico firmado por la doctora Rita Martín Caballero, donde el propio drogodependiente se erige en protagonista de su proceso de cambio y crecimiento personal.

Como afirma la propia autora en su introducción, esta Tesis Doctoral publicada por la FUNCAPID se presenta como una valiosa herramienta para el diálogo y la reflexión, pues su utilidad y efectividad ha quedado demostrada con importantes logros durante su aplicación entre la población drogodependiente.

Y compartiendo sus palabras, “debemos buscar lo mejor de cada ser humano en sí mismo, ayudarle a encontrar las soluciones que él mismo posee –aunque no las haya descubierto–, a ver el mundo desde otra perspectiva, desde el lado opuesto, y que le indiquen que las cosas cambian..., que está creciendo”. Ese es nuestro gran objetivo, y estoy convencida que esta tesis que ahora ve la luz nos ayudará a conseguirlo.

No hay que olvidar, además, que la investigación es un requisito indispensable para la evolución del sistema de atención a las drogodependencias, además de un medio de comunicación riguroso que posee la comunidad científica y, por tanto, los profesionales que trabajan día a día en el ámbito de las drogodependencias.

Por todo ello, desde la Consejería de Sanidad del Gobierno no hemos tenido dudas a la hora de apoyar y alentar a la autora –con una larga experiencia en el ámbito de las drogodependencias– en el proceso de elaboración de este trabajo, que, me consta, no ha estado exento de obstáculos y frustraciones.

Quisiera, así pues, expresar mi reconocimiento y agradecimiento a la doctora Rita Martín Caballero, así como a las instituciones y profesionales que han colaborado con ella, por su empeño personal en sacar adelante este valioso trabajo de investigación, que nos permitirá contar con una herramienta más para seguir mejorando la salud y calidad de vida de las personas drogodependientes y de la sociedad canaria en su conjunto.

Mercedes Roldós Caballero

Consejera de Sanidad del Gobierno de Canarias
Presidenta de la Fundación Canaria para la Prevención
e Investigación de las Drogodependencias

Desde el día que decidí hacer esta Tesis fui adquiriendo “deudas” importantes en el trayecto, deudas sin las cuales esta Tesis no hubiese sido posible, me refiero a la ayuda y el apoyo de muchas personas que han estado y han creído en mis posibilidades, y que por tanto para mí son parte de este trabajo. Todos y cada uno por igual merecen mi gratitud más sincera, que quiero manifestarles abiertamente, aunque mi primer pensamiento de AGRADECIMIENTO, es en especial para MI FAMILIA.

A mis hijos, que con sus 12 y 8 años de entonces, tuvieron la capacidad de entender y respetar, de transmitirme su amor incondicional, de “ponerse en mi lugar” y entender cuando estaba cansada, de frenarme asertivamente cuando fue necesario, de darme muchos “besitos y abrazos energéticos para que acabara cuanto antes”, y de asumir responsabilidades (quizás un poco antes de lo previsto) y con los que sin duda tengo la gran “DEUDA” del tiempo no dedicado.

A mis padres José Martín y Susa Caballero, que supieron transmitirme el valor del esfuerzo, la responsabilidad, la tolerancia, la capacidad de reflexionar y ponerme en el lugar del otro; ser capaz de ver la vida desde diferentes perspectivas y de cargar mi mochila con valores y recursos, que me han sido muy útiles a lo largo de la vida. Por su sacrificio durante muchos años, casi toda su vida, para que tuviéramos “algo más”, que pudiera optar a las posibilidades que ellos nunca tuvieron, ni las circunstancias les permitió. Por su apoyo y amor incondicional, porque son de los que siempre están. A Sarito, mi tía, que sabía sacar lo mejor de mí y hacerme sentir hábil y capaz, transmitiéndome siempre afecto, bondad, y, sobre todo de proporcionar aprecio y respeto a los demás.

A Michel, mi marido, por su capacidad de tolerancia, su respeto hacia mis objetivos, mi trabajo, sus ánimos y su plena confianza, su apoyo incondicional y por el sobre esfuerzo de tener que encargarse de tareas (que dejaron de ser compartidas para ser “suyas”), sobre todo en los últimos meses de este trabajo. Gracias por soportar con mucha templeanza las tormentas y embates del efecto “final de tesis”.

A mis hermanos (Susi, Loli, Francisco y Antonio), que han tenido que asumir responsabilidades y tareas que no les correspondían, por ayudarme y facilitarme las cosas. A Carmita y Mary, que también estuvieron cuando las necesité.

Sin lugar a dudas, si a alguien tengo que agradecer, incluso mucho más que el que este trabajo salga a la luz, es al Profesor Dr. Juan Manuel Bethencourt, mi Director, por su cercanía, por sus brillantes consejos, por transmitirme su confianza, por su habilidad para ayudarme a equilibrar mi vehemencia con la prudencia, por su humanidad, por su paciencia, por su comprensión, por su tolerancia, pero sobre todo por sus valoraciones y por su consideración hacia mi persona. Especialmente le agradezco su AMISTAD, que siempre ha sido un estímulo y un honor. Por ser la persona, que a lo largo de todo este trayecto, me ha aportado y me ha transmitido

con mayor fuerza el sentido del “Tú puedes, Tú vales”!, avivando mis posibilidades, lo que me ha permitido llegar hasta el final de un largo y arduo proceso.

También a mis Directores de Tesis los Profesores Dres. Pablo García y Arquímedes Fernández, que han tenido que soportar mi forma de “hacer”, mi ímpetu, y mis apuros, pero que siempre se mostraron abiertos, dispuestos, me dedicaron su tiempo y me proporcionaron sus apreciables consejos.

Al Profesor Dr. Gustavo Ramírez, gran metodólogo y AMIGO, por su apoyo, su disposición, su tiempo y por implicarse. También por hacerme más entendible su magnífico trabajo de análisis estadísticos.

A todas y cada una de las personas a las que un día me atravesé en su camino, muchos cuando estaban en la prisión, y descubrí cuán terrible era tener un problema con las drogas. A todos ellos que me permitieron aprender, que tuvieron la suficiente generosidad de abrirme las puertas a sus complicadas historias vitales, y de las que pude extraer el verdadero sentido de la vida, que me han ayudado a adquirir experiencia, y que me enseñaron el otro lado de la realidad que a veces no vemos porque es demasiado dura para asimilarla.

A los que se esforzaron, pero no pudieron llegar, a los que triunfaron y la vida se la jugó arrebatándoles cualquier posibilidad de disfrutar de sus éxitos (en especial a Francisco J. B., que me enseñó que es posible superarse y además vale la pena!, a pesar de la propia vida) y a los que siguen peleándose por tener su sitio en esta sociedad: A MIS PACIENTES Y A SUS FAMILIAS.

A todos aquellos que se prestaron a participar en esta investigación, pacientes, A.D., jóvenes de las Tutorías, a los alumnos en Prácticas, que pasaron por el Centro de Día y que colaboraron con entusiasmo en esta aventura, especialmente a Gabriel, que apareció en el momento justo para dar con entusiasmo el penúltimo empujón a los datos.

Por supuesto, y sin lugar a dudas a la ACJ SAN MIGUEL, a sus Juntas Directivas y sus respectivos presidentes, a los Directores Técnicos de la ACJ: Teresa de La Rosa, Lola Suárez y Alfredo Bartolomé, quienes apoyaron mi iniciativa de realizar esta investigación. De forma muy especial a Lola y a Alfredo, quienes, además de como directores como amigos, siempre se interesaron, me apoyaron, me valoraron, me alentaron, y me ofrecieron su colaboración en todo lo necesario para facilitarme que este trabajo viese la “luz”. Por sus valiosísimos ánimos que fueron auténticas inyecciones de autoestima en los momentos duros.

A mis compañeros y compañeras del Centro de Día, especialmente a Sandra Negrín por su colaboración con la recopilación de datos, y sobre todo por su voluntad, su energía y su sincero interés. A Sonia Alameda por su apoyo y colaboración; a Juana Teresa Betancort, pedagoga del Equipo de Prevención de la ACJ SAN MIGUEL, por su colaboración en la búsqueda de muestra, logrando la colaboración de los jóvenes de las Tutorías.

A la Dra. Ana M^a Martín, a José Luis Arregui, al profesor Manuel Segura, y al Profesor Robert Ross, quienes me abrieron puertas inimaginables de enriquecimiento personal y profesional y a quienes les debo mucho de lo que hoy soy como profesional. Especialmente a Ana por su seriedad, responsabilidad, sus conocimientos y su base científica sólida y metódica. A José Luis, por su capacidad de idear, de buscar recursos, de pelearse por lo que creía, por su confianza, por sus consejos, por su apoyo en los inicios, por su espíritu “sindicalista” en defensa de los derechos de los más indefensos, y sobre todo por transmitirme su convicción en que la reinserción social es posible. Al profesor Manuel Segura, por sus conocimientos y las experiencias que quiso compartir conmigo con su gran bondad, por sus consejos, por su serenidad, por su generosidad, por su sabiduría, por su cercanía.

Al Profesor Robert Ross, por su maravilloso programa R&R, y por su aliento, confianza y sus valoraciones sobre mi trabajo, que me llenan de gran satisfacción y, sobre todo, por querer contar conmigo para proyectos nuevos e ilusionantes.

A los Dres. Ángela Torbay y Francisco Díaz, por su cercanía, su apoyo, sus ánimos, sus consejos, y sobre todo porque siempre me mostraron estar dispuestos a tenderme una mano, desde ayudarme a buscar bibliografía, artículos y libros que me fueran útiles, hasta sus esfuerzos por alentarme a que continuara hasta el final y “la” terminara.

A los amigos y profesores de la Universidad, que se interesaban por el “estado de la Tesis”, que con su interés me demostraban su calidad humana y su cariño, y que con sus ánimos me aportaban algunas razones más para seguir adelante a: Mónica y Saro, Wendy, Livia, Maricela, Pedro, Adelia, Pedro González, Juan Capafons, Doly García, y a todos los que no he nombrado pero que siempre me mostraron su interés, o me ofrecieron en algún momento de este largo proceso su ayuda y colaboración.

A todos, mi infinito AGRADECIMIENTO, porque sin ustedes no hubiese sido posible.

Al Ilre Sr. D. Fernando Gómez Pamo, Director General de Atención a las Drogodependencias del Gobierno de Canarias, mi agradecimiento y respeto, por su reconocimiento a mi trabajo, por su interés y ofrecimiento sincero de dar a conocer este trabajo, por saber apreciar y resaltar la buena labor de muchos profesionales que trabajamos en drogodependencias en Canarias.

Ángela Rita Martín Caballero



Índice

Introducción	13
1. Justificación	19
2. Habilidades Sociales y Competencia Social: Evaluación y Entrenamiento	35
2.1. Habilidades Sociales y Competencia Social: Conceptos	37
2.2. Habilidades Sociales y Competencia Social: La Evaluación	46
2.3. Habilidades Sociales y Competencia Social: Programas y elementos del Entrenamiento	49
2.4. Habilidades Sociales y Competencia Social en drogodependencias	54
3. Drogodependencias	59
3.1. Conceptos y contextualización	61
3.2. Evaluación de las drogodependencias	69
3.3. Tratamiento de las drogodependencias	72
3.3.1. Atención a las drogodependencias	76
3.3.2. Recursos de Atención a las drogodependencias	76
3.3.2.1. Centros de Día	78
3.3.2.1.1. Centro de Día “Cercado del Marqués”	78
3.3.2.1.1.1. Programas de Actividades	79
3.4. Resumen	82
4. Hipótesis	87

5. Método	93
5.1. Muestra, Procedimiento de acceso y descripción	95
5.2. Instrumentos	105
5.3. Programa de entrenamiento	107
5.3.1. Diseño	107
5.3.2. Contenidos	108
5.3.3. Procedimiento	109
6. Resultados	111
7. Discusión	139
8. Conclusiones	147
9. Bibliografía	153

Introducción

Antes de iniciar el marco teórico y los principales datos de este trabajo de investigación, decir que para esta doctoranda ha sido un trayecto largo en una tarea nueva y complicada, e incluso debo añadir que impregnado de miedos, donde muchas veces perdí la esperanza de ser capaz de llegar a destino. Aunque sin duda ha sido un proceso cargado de mucha ilusión, también lo ha sido de mucho desánimo en otras, de dificultades propias y obstáculos ajenos, de carencias, de frustraciones y en ocasiones de deseos de abandonar el trayecto.

La travesía no ha sido nada fácil, desde el momento que con ilusión de “intrépida novata” le planteé a mis Directores mi idea de investigar en el ámbito clínico hasta llegar a este momento, en el que finalmente deposité este trabajo como Tesis Doctoral, fruto del trabajo y del esfuerzo de muchos (Directores, amigos, compañeros, usuarios,...), y también del detrimento del tiempo dedicado a “los míos”, que siempre hicieron el esfuerzo por entender aunque anhelaban con absoluta impaciencia infantil que lo concluyera.

Si alguna razón me movió más que el miedo, la desgana y las dificultades, ha sido el creer que es necesario transmitir y compartir aquello en lo que uno cree y aquello que hace, y este trabajo de investigación es sencillamente una herramienta para el dialogo y la reflexión, insuflado por los ánimos de muchos amigos, colegas y mis pacientes, que me

animaba a no declinar en mi intento, que encendían la llama de la esperanza de: todo es posible.

Quizás me fue muy útil la propia filosofía básica de “nuestro” programa de entrenamiento en competencia social, que persigue el saber, el querer y el hacer. Perseguí lo que un día resumió en una célebre frase Johann Wolfgang Goethe, (poeta del siglo XVIII): “No basta saber, se debe también aplicar. No es suficiente querer, se debe también hacer”. En el sentido de que esta doctoranda sabe que este es un programa valiosísimo, y, prueba de ello es que lo llevo aplicando con la población con la que trabajo desde 1989, y quería demostrar su bondad con una población clínica, complicada, pero con la que se consiguen logros positivos y por tanto era un deber Hacer, hacer este humilde estudio de investigación que pretende aportar un granito de arena a una montaña de buenas opciones.

Lo de “nuestro” porque lleva una vida, mi “vida profesional”, acompañándome en el proceso de re-educar y rehabilitar, quizá por eso, me llenó de alegría cuando el “padre” del Programa, el Profesor Robert Ross, al comunicarle que estábamos haciendo esta investigación con la aplicación del Programa de Competencia Social con población drogodependiente, me comunicó su entusiasmo y lo mucho que le alegraba saber, no solo que después de 20 años se sigue aplicando, sino que lo hacía con una población de drogodependientes, pues a pesar de

que fue ideado para este tipo de población, él no tenía conocimiento de investigaciones ni resultados en la aplicación con población clínica de drogodependientes.

Me animaba seguir adelante la propia aplicación del programa y ver los cambios de los que participan en él, me movieron muchas razones, pero sobre todo me ha movido la creencia de que podemos mejorar como personas en una sociedad donde parece que los valores se han degradado. Decía Demócrito de Abdera (filósofo griego 460 a.c.-360 a.c.) algo así como que *“Todo está perdido cuando los malos sirven de ejemplo y los buenos de mofa”*. Y esta es una realidad que no se nos escapa, donde el consumo de drogas y la violencia es la “moda” y agredir y degradar a otros seres humanos parece un “valor” en alza y a imitar continuamente, quizás porque no nos estamos molestado en enseñar otros valores diferentes, quizás porque muchos no hemos aprendido a hacer las cosas de otra manera, que contemple el respeto al ser humano, del valor a la vida, de tolerancia a las diferencias y de capacidad para disfrutar y ser feliz con nuestras virtudes y defectos, pero conviviendo en armonía.

Desgraciadamente muchos de estos valores, se han arraigado en conductas y hábitos difíciles de desmantelar, pero no imposible, eso sí, como decía Mark Twain *“Nadie se desembaraza de un hábito o de un vicio tirándolo de una vez por la ventana, hay que sacarlo por la escalera y peldaño a peldaño”*, y en este sentido creemos que nuestro programa de entrenamiento responde, rompiendo moldes, uno a uno, despacio, pasito a pasito, reconociendo cada paso que se da y desde luego apreciando el cambio. En definitiva, es como este trabajo arduo y largo, pero creo que muy fructuoso, por la experiencia, por el proceso, por las vivencias, por el

aprendizaje, por compartir, por los momentos de disfrute, por los resultados, (que en línea o no con la confirmación de las Hipótesis de trabajo), que los tiene, porque las personas no somos cien por cien objetivables ni reducibles a datos, pero si valiosos en su máxima dimensión como ser humano capaz de cambiar y reorganizar su vida

Para ello, es necesario creer en que es posible y que los demás pueden, no sin razón decía Marguerite Yourcenar, que *“el gran error que cometemos es intentar obtener de cada uno las virtudes que no tiene, desdeñando el cultivo de las que tiene”*. Por tanto debemos aplicarnos en buscar lo mejor de cada ser humano en sí mismo, ayudarle a encontrar las soluciones que él mismo posee, aunque aún no las haya descubierto, a ver el mundo desde otra perspectiva, desde el lado opuesto, y que le indique que las cosas cambian... que está creciendo... Apoyarles y ser creativos, alentarles y sobre todo INVOLUCRARLES en su proceso de cambio y crecimiento personal.

Para el desarrollo de este programa hemos utilizado una máxima: la mejor solución está en uno mismo, y para descubrirla aplicamos aquel principio de: *Dime y lo Olvido, Enséñame y lo Recuerdo, IMPLÍCAME y lo APRENDO* (Benjamín Franklin, científico).

Por tanto, y antes de justificar desde un marco más teórico y científico este trabajo de investigación, si se me consiente la osadía, me atrevo a animar a otros a continuar este camino, que aunque al principio se nos presenta como un gran desierto que nos pierde y nos angustia, recordemos que lo mejor y *“lo que embellece a cualquier desierto es que en alguna parte se esconde un pozo de agua”* (Antoine de Saint-Exupéry).

Si tratas a una persona como es, permanecerá como es, pero si la tratas como lo que debe y puede ser, se convertirá en lo que debe y puede ser.

JOHANN WOLFGANG VON GOETHE



Marco Teórico







1

Justificación





Uno de los principales problemas sociales que más nos preocupa actualmente, por su incidencia, por su prevalencia y porque se ha convertido en un auténtico caballo de batalla, (tanto social como sanitario), constituyendo un serio problema de salud pública, es el fenómeno de las drogodependencias. Problema que cada vez afecta de forma más igual a todas las capas sociales y continúa atrapando a miles de jóvenes en un estilo de vida peculiarmente insalubre y violento, para sí mismos y para los que les rodean.

Aunque las drogas siempre han existido en la historia del hombre, el fenómeno de la drogodependencia se ha ido instaurando paulatinamente en nuestros estilos de vida, en ocasiones con el consumo abusivo de sustancias legales como el alcohol, tabaco y fármacos y en otros con sustancias ilegales, pero tanto unas como otras, van marcando a las personas llevándolas a un paulatino deterioro físico, psíquico y social. Las drogodependencias, además, modifican y perfilan un mundo relacional diferente, donde se establecen pautas de interacción social discrepantes con las que conocemos como "normalizadas" y aceptadas socialmente como adecuadas. Muchas de estas conductas se caracterizan por ser fruto de una percepción distorsionada de la realidad que se manifiestan en respuestas agresivas, tanto en el lenguaje verbal y no verbal, como forma de establecer y marcar los territorios personales, de entender la realidad personal y social, la solución de problemas y, sobre todo, la forma de afrontar los problemas tanto en lo personal como en los interpersonales y como se encaran las interacciones sociales.

Un hecho bastante habitual, presente en todos los medios de comunicación, (y no exclusivo de las drogodependencias), es encontrarnos a diario con

situaciones de extrema violencia, sobre todo en el marco de las relaciones interpersonales, en las denominadas relaciones "cara a cara" con otros, que parecen estar determinando nuevos estilos de interacción con los demás. Si a las dificultades en manifestar un comportamiento habilidoso y competente, personal y socialmente, le añadimos un ingrediente desinhibidor de la conducta, como es el consumo y abuso de algunas sustancias, no nos ha de extrañar que cada vez con mayor asiduidad, seamos testigos y estemos expuestos a situaciones en las que se manifiestan comportamientos más agresivos como forma de resolución de los conflictos intra e interpersonales.

Si, además, pensamos en aquellos casos en los que la persona ha experimentado reiteradamente fracasos en sus relaciones interpersonales a pesar de haber intentado mejorarlos sin éxito alguno, puede comenzar a sentir lo que Seligman denominó como "*indefensión aprendida*" (Seligman, 1992). Este sentimiento se caracteriza por la idea de que, se haga lo que se haga, todo seguirá igual, no hay nada que pueda hacer o no merece la pena hacer algo diferente; evidentemente las elecciones entre una conducta adecuada socialmente y otra menos valorada pero más efectiva en el momento, aumenta la probabilidad de un comportamiento poco competente socialmente. En este mismo sentido, las personas tienen la capacidad de prever resultados y no sólo de recordarlos; si un individuo no espera resultados positivos de su acción, no actúa, aunque su conducta haya sido premiada cientos de veces en el pasado y eso independientemente de que sus expectativas sean acertadas o no (Rotter, 1966). Por ello es necesario cambiar su modo de verse a sí mismo y desarrollar en la persona el sentido de

autoeficacia, corrigiendo las ideas erróneas sobre sí misma y sus posibilidades.

Concretamente, parece existir un papel relevante de la indefensión aprendida como variable predictora de consumo y como variable relacionada con la evolución de dicho consumo, asociándose a estado psicopatológico, (López-Torrecillas, Martín, Torres Jiménez et al., 2006).

Por otro lado, si atendemos a la aportación de Pelechano (1996), de lo que define como el éxito social y el éxito interpersonal, debemos considerar que estos son aspectos cada vez más necesarios y complementarios y, para lograr personas con un mayor “éxito” en las relaciones interpersonales, es ineludible paliar los déficits y activar las habilidades inhibidas, como medida indispensable para fomentar y potenciar la salud psicológica y social del ser humano, que no cabe duda están un poco más afectadas en el caso de las personas con problemas de drogodependencias.

Aunque y en este sentido, podríamos empezar a reorientarnos desde la emergente psicología positiva de la que es proponente Seligman (Seligman, 1991; Vázquez, 1999, 2006), para entender la necesidad de entrenar o desarrollar las competencias sociales como fortalezas del individuo.

Para el estudio que nos ocupa, es necesario centrarnos en las investigaciones documentadas, entre ellas destacar las de autores como Bethencourt (1989), Kazdin y Buela-Casal (1994), Garrido (1987, 1992, 2001), Pelechano (1996), Ross y Fabiano (1985), en las que se pone de manifiesto que las carencias en las cinco dimensiones del pensamiento descritos por el grupo de Spivack y Shure (1976), emergen como factores que inciden en adolescentes y jóvenes con riesgo de convertirse en delincuentes y en adictos, puesto que son factores que van en relación con un inadecuado desarrollo del proceso madurativo socio-emocional.

Está justificado en la actualidad y desde hace ya algunas décadas, el por qué continúa en alza todo lo relacionado con la investigación, entrenamiento, evaluación y potenciación de programas que conlleven como elemento terapéutico y/o educacional las habilidades sociales, dadas las cuotas de éxito que a estos programas se les atribuye y, que en algunas investigaciones se confirman, que obtienen. Sin embargo, el que en la intervención clínica haya un gran apogeo de todo lo relacionado con el entre-

namiento en habilidades sociales, competencia social, inteligencia social, inteligencia emocional..., no significa que seamos innovadores, más al contrario, los orígenes del planteamiento de la inteligencia social en la que se debe calibrar las competencias personales para afrontar los conflictos interpersonales, debemos situarlos en Aristóteles, quién en una lección ética a su hijo Nicómaco, le dice: “...*La mansedumbre es un término medio respecto de la ira... El exceso podría llamarse irascibilidad, la pasión es, en efecto, la ira, pero sus causas son muchas y diversas. El que se encoleriza por las cosas debidas y con quien es debido y además como, cuando y por el tiempo debido, es alabado (...). Así los irascibles se encolerizan pronto, con quienes no deben, por motivos que no deben y más de lo que deben, pero su ira termina pronto: es lo mejor que tienen. Esto les ocurre porque no contienen su ira, sino que responden manifestándola por su impulsividad y luego se aplacan. Los coléricos son en exceso precipitados y se irritan contra todo y por cualquier motivo, de ahí su nombre. Los amargados, son difíciles de calmar y se irritan por mucho tiempo, porque contienen su coraje. Los de esta índole son las personas más molestas para sí mismos y para los que más las quieren ...*” (Aristóteles. Ética a Nicómaco. Libro IV. 5).

La Ética a Nicómaco es un análisis de la relación del carácter y la inteligencia, con la “*felicidad*”. Aristóteles distinguía dos tipos de “virtud” o excelencia humana: la moral y la intelectual.

La virtud moral es una expresión del carácter, producto de los hábitos, que reflejan opciones repetidas. Una virtud moral siempre es el punto medio entre dos extremos menos deseables, lo que nos ayudaría a actuar del modo más justo y satisfactoriamente y es lo que pretende el Modelo de crecimiento en valores de Kohlberg, según Segura (Segura, 2002).

Aristóteles, creía que la libertad de elección del individuo implicaba la capacidad para formar hábitos, pero los hábitos formados por un individuo en concreto dependen de la cultura y de las opciones personales repetidas de ese individuo. Todos los seres humanos anhelan la “felicidad”, es decir, una realización activa y comprometida de sus capacidades innatas, aunque este objetivo puede ser alcanzado por muchos caminos (entendido en el concepto de autorrealización). De hecho las competencias sociales se barajan como predictores del

bienestar (Campbell, Converse y Rodgers, 1976). En algunos cursos de entrenamiento de la felicidad se incluye, normalmente, el entrenamiento en habilidades sociales y hay evidencias de su éxito (Blaney, 1981). En un estudio de Argyle y Lu (1990), estudiaron la relación entre la competencia social y la felicidad y confirmaron su hipótesis de que la competencia social explicaba como recurso personal gran parte del efecto de la extroversión, la asertividad y la cooperatividad sobre la felicidad.

Por tanto, las reflexiones de Aristóteles se convierten en un claro antecedente de los programas destinados a fomentar la competencia social, pero es además el primer indicador de que es posible el ajuste psico-social frente a las interacciones sociales y acerca más la necesidad y la posibilidad de aprender y potenciar la competencia social y con ella determinadas habilidades sociales, puesto que son hábitos susceptibles de ser entrenados.

Curiosamente, desde hace unos años en la cultura popular se han ido introduciendo términos como el de “*inteligencia emocional*”, “*educación emocional*”, “*inteligencia social*” abriendo nuevos campos de estudio e investigación, alcanzando un gran apogeo los programas de entrenamiento en esta línea y que popularizó, esencialmente, el best seller de Daniel Goleman (Goleman, 1996) y que estaba basado en el trabajo de Salovey y Mayer (1990), abriendo una nueva vía de interés a la profundización de las emociones, con una concepción desde un punto de vista filosófico y donde hace una exposición de resultados obtenidos al aplicar diversos procedimientos en el ámbito escolar y con el que se enfatiza un marcado carácter preventivo. Aunque, si nos remontáramos a investigaciones y citas anteriores en el tiempo, también es posible encontrar una interesante propuesta de otras inteligencias en Gardner, (1993, 1995), quién describe inicialmente siete tipos de inteligencia, dos de las cuales hacen referencia a: *The Interpersonal Intelligence* y *the Intrapersonal Intelligence* y que considero más afín al concepto de COMPETENCIA SOCIAL, de este estudio.

La Interpersonal Intelligence se refiere a la capacidad de comprender las intenciones, las motivaciones y los deseos de los demás. Permite que la gente trabaje y se relacione con eficacia con otras personas. De hecho, los educadores, los vendedores, los líderes religiosos y políticos y los consejeros necesitan una inteligencia interpersonal bien desarrollada. De

la Intrapersonal Intelligence dice que exige la capacidad de entenderse, de apreciar las propias sensaciones, miedos y motivaciones. En la opinión de Howard Gardner implica el tener un modelo de trabajo eficaz de nosotros mismos y poder utilizar tal información para regular nuestras vidas.

Otro estudio de interés, es el de Maslow (Maslow, 1954), que ya por los años 50, en un análisis sobre sus contemporáneos sobresalientes y personajes históricos, (entre otros Lincoln, Einstein, Adams, Roosevelt,...), los describía atendiendo a sus modos de vida, caracterizados por particularidades como la espontaneidad, intereses sociales y altruismo, (conductas poco fomentadas en nuestra cultura, coincidiendo con Pelechano, 1996), habilidades para resolver problemas y una amplia perspectiva a la hora de ver la vida, entre otras capacidades. A la vista de la descripción que nos proporciona Maslow, parecen personas con marcados valores pro sociales y habilidades para la interacción con los otros, con una desarrollada “*Inteligencia Intrapersonal*”.

La reflexión, que me parece oportuna es sobre la necesidad muchas veces detectada y ampliamente defendida por multitud de investigaciones en el ámbito de las habilidades sociales en diferentes ámbitos y problemáticas, sobre ¿por qué no facilitar desde edades muy tempranas el acercamiento y el aprendizaje de las habilidades más básicas?, de forma que potencien nuestras capacidades, que nos engrandezcan con valores prosociales y, sobre todo, animados a pensar en que es posible y plausible aprender y fomentar los cinco pensamientos ya descritos por Spivack y Shure, (1976), para la mejor solución de los problemas cotidianos y los derivados de la interacción social. Es más, ¿por qué no se fomenta que seamos más competentes socialmente, o mejores personas?, en los términos que hablan autores como Segura (2002). Aún más, cuando ya existen programas específicos bien contrastados y diseñados para las primeras etapas de la vida como los de Segura et al. (1992, 2003, 2004, 2005); De Bono (1991, 1992, 1994, 1998); Trianes (1999, 2000); Bisquerra (2003).

Por tanto, se pueden diseñar actuaciones como medidas preventivas y fomentarlas en la población en general y, sobre todo de cara a minimizar los riesgos en aquellos colectivos de personas que tienen problemas sociales específicos (como el caso de las drogodependencias, delincuencia) o, en aquellas otras caracterizadas por estilos de vida

insalubres o deteriorado. Entendiendo que estas actuaciones además de abordar los déficits, deben planificarse y diseñarse programas que trabajen, principalmente, las potencialidades del ser humano.

Para ello es importante, también, determinar y desarrollar aquellas habilidades que nos permitan triunfar, no sólo en las relaciones interpersonales más cercanas, sino en cualquier campo de nuestras vidas, que por ende están llenos de interacciones interpersonales.

Si es posible diseñar programas para potenciar capacidades en personas “normalizadas” y sin problemática específica, incluso en altos ejecutivos para potenciar un mayor éxito personal y ejemplos de ello son los trabajos de De Bono (1994) ¿No está suficientemente justificado que nos centremos en una población, deficitaria en la manifestación de comportamientos competentes socialmente? Si además son carentes en modelos adecuados para desarrollar comportamientos exitosos en la interacción con otros y en el afrontamiento de sus propios problemas cotidianos, ¿por qué no desarrollar programas encaminados a potenciar los recursos y competencias que les permitan experimentar el éxito?. Máxime, si tenemos en cuenta que hablamos de personas que frecuentemente se inician a una edad muy temprana en el consumo, en los que los modelos sociales a imitar suelen ser de rebeldía y marginación, rebelándose contra las normas familiares y sociales establecidas, con abandono temprano de la escuela, e iniciando sus relaciones con otros chicos y chicas que ya están en el estilo de vida de la drogodependencia. O que bien pertenecen al grupo de niños y niñas que no han recibido, por parte de su entorno y las personas de su grupo social primario de referencia en la socialización, modelos eficientes de una conducta habilidosa o la promoción de las competencias sociales necesarias y que, en consecuencia, desarrollan un estilo de vida desarraigado dentro de sus propias familias y del entorno social, integrándose en grupos sociales muy reducidos pero con unas características de funcionamiento muy particulares y con sus propias y peculiares normas, valores y formas de relacionarse, que son rechazadas habitualmente por el resto del entorno social más “normalizado” y que finalmente se convierte en un factor más de la propia exclusión social.

Al mismo tiempo, una característica del estilo de vida del drogodependiente es el paulatino deterioro en hábitos de vida, que conlleva, además, la inhibición de aquellas habilidades que pudieran

haber adquirido en su proceso de socialización en la infancia, por el desuso.

Cuando hablamos de drogodependencias tenemos que tener presente que se trata de un fenómeno multifactorial en cuanto a las causas que la generan, las razones que la mantienen y, sobre todo, las consecuencias que provoca. Algunos de estos factores hablan de carencias, de modelos a imitar inadecuados, escasas habilidades para la solución de problemas, pautas educativas inadecuadas, falta de objetivos, baja autoestima, modelos de comunicación deficitarios, grupo de iguales consumidores, escasa tolerancia a la frustración, carencias motivacionales y otros factores denominados de riesgo (Costa, Jessor y Turbin, 1999; Jessor et al, 1995; Félix-Ortiz y Newcomb, 1999; Muñoz-Rivas, Graña y Cruzado., 2000), alguno de los cuales se aborda a lo largo de este trabajo y que confluyen en una mutua interdependencia para mantener las dificultades en la perspectiva de los problemas, como en la búsqueda de soluciones para los mismos.

Algunos estudios recientes apuntan a que las carencias en habilidades sociales, es un claro factor de riesgo en la adquisición y mantenimiento de las drogodependencias (Lorenzo et al., 2003; Becoña, 2007; Santo-Domingo y Jiménez-Arriero, coord., 2003) y un elemento fundamental en los programas eficaces en prevención, (Becoña, 2006, 2007; Ross y Hilborn, 2003) y necesario en la intervención (Echeburúa , 1994; Graña, 1994; Secades -Villa y Fernández-Hermida, 2003, 2006; Secades-Villa, García-Rodríguez, Fernández- Hermida y Carballo, 2007; Redondo y Pueyo, 2007).

Ante esto y acorde al planteamiento de algunos autores como; Becoña (2003); Echeburúa (1994); Graña (1994); López, Garrido y Ross (2001); Marlatt y Gordon (1985), Miller et al (1995); Redondo (2007) creemos que existe una cuestión inapelable: la necesidad de promover la competencia social.

Para ello es necesario el entrenamiento de habilidades sociales en todas las áreas de la vida y, sobre todo, como mecanismo integrador para aquellas personas que por su estilo de vida están lejos de lograr éxitos en una sociedad más normalizada y normativa, aún más cuando parece que nuestra sociedad actual está inmersa en una “crisis” importante en lo que a valores se refiere. Aspecto éste que se manifiesta en la investigación en drogode-

pendencias como un factor de riesgo concreto: ausencia de valores pro sociales (Bachman et al., 2002; Catalano y Hawkins, 1996; Jessor y Jessor, 1997; Muñoz-Riva et al. 2000) y, sobre todo, unas pobres habilidades para la solución de problemas, como base de la multicasualidad de la drogodependencia y de otros problemas sociales como la delincuencia. De hecho, parece existir una co-incidencia entre consumo de drogas y delincuencia, hasta el punto de que a veces son difícilmente separables una de otra, las personas que se drogan cometen más delitos que los que no se drogan y suelen compartir características medioambientales, proviniendo del mismo tipo de ambiente y comparten características personales e interpersonales, haciéndose muy difícil desligar la relación entre ambos problemas (Garrido, 1987; Ross, Fabiano, Garrido y Gómez, 1996).

Por lo expuesto, y apoyándonos en las investigaciones y directrices que nos aporta uno de los máximos órganos de investigación, seguimiento de tratamientos y políticas de actuación en relación al problema de las drogodependencias y las adicciones, órgano de referencia para los profesionales e investigadores a nivel mundial, The National Institute of Drug Abuse (NIDA), junto a las investigaciones de expertos españoles, entre ellas las de Graña, Secades-Villa et al, entre otros, que apuntan a la eficacia de los programas multicomponente en el tratamiento de las drogodependencias (Graña, 1994; NIDA, 1999, 2000, 2007; Secades-Villa et al., 2004, 2006, 2007). Parece lógico pensar que el entrenamiento en programas de competencia social que incluyen, además del entrenamiento de las habilidades sociales, otros aspectos como el desarrollo de valores ético-morales y el control emocional, sobre todo el manejo del estrés, cumpliría con este criterio multicomponente.

En nuestro caso, además, se justificaría el por qué de este estudio y los posibles beneficios de la aplicación del programa de Competencia Social.

La aplicación del programa, asimismo, conlleva, atendiendo a resultados ya obtenidos con la aplicación de este tipo de programa en diferentes investigaciones (Garrido y Martínez, 1998; López, Garrido y Ross, 2001; Mesa, 2008; Trianes, 2000), a confiar en que nos permitirá mejorar como personas, no solo ser más habilidosos, sino aumentar la empatía, lo cuál será un facilitador en la manifestación de los diferentes roles sociales que desem-

peñamos en la vida (Moreno, 1969): padres, trabajadores, es decir, ser competente socialmente contribuye a ser mejores en un sentido bastante más amplio, incluso iríamos más lejos, intentando aglutinar "*éxito social*" y "*éxito interpersonal*", tal cual los denomina y entiende Pelechano (1996), o desarrollar la inteligencia inter e intrapersonal descritas por Howard Gardner y que, hoy por hoy, consideramos es uno de los grandes handicaps a la hora de trabajar la rehabilitación y la integración social de los drogodependientes, quienes han tomado la decisión de iniciar tratamiento para abandonar un estilo de vida poco saludable, que incluye el consumo de drogas y la dificultad de mantener el cambio y la abstinencia. Más aún cuando las drogas han devenido en auténticas mediadoras en las relaciones sociales y se asocian a los espacios recreativos y de esparcimiento en la adolescencia, pero su uso se extiende a todas las facetas y áreas de la vida del individuo.

Si nos acogemos al concepto de *éxito social*, entendido como prestigio, solvencia, fiabilidad y bienestar (mayoritariamente social, referida a aspectos académicos, económicos, etc.) y aunque nuestra pretensión no es lograr elevar de forma prodigiosa los niveles académicos de nuestros usuarios, sí consideramos necesario que las personas drogodependientes, logren elaborarse una imagen social más positiva, que les motiven a modificar algunos elementos de su estilo de vida y su valoración de su autoeficacia frente a situaciones de interacción social, así como modificar sus atribuciones en relación al cambio, sobre todo por que debemos tener en cuenta lo que diferentes autores nos aportan en relación a estos elementos y que sabemos que están presentes en los procesos del enfermar (Peterson, Seligman y Vaillant, 1988).

Por ello, debemos mejorar la percepción con respecto a la eficacia en la tarea, tal como la entiende Bandura (1987) y que hace referencia a los éxitos y fracasos en las acciones que se emprenden, aumentando o disminuyendo la calidad de funcionamiento psicosocial, en función de las propias expectativas ante la ejecución de las tareas y cómo van a ser éstas valoradas por los otros, más que la eficacia personal en sí misma.

Sabemos que un aspecto primordial a trabajar si queremos obtener éxito en la intervención terapéutica, son las expectativas, sobre todo, porque la persona va a actuar frente a los juicios externos,

movido por el modo en cómo percibe su autoeficacia en la realización de las tareas, mostrándose ante el grupo en función, también, de las expectativas de los otros, de sus propias expectativas y sus valoraciones y autovaloraciones (Bandura, 1987). Las expectativas también se han descrito como factor de riesgo en diversas investigaciones sobre drogodependencias (Felix-Ortiz y Newcomb, 1999; Graña, Muñoz y Delgado, 2000; Muñoz-Rivas, 2000) y son la clave en modelos, métodos y estrategias de intervención terapéutica con un claro componente de éxito, como se ha venido revelando en la última década, con herramientas como la Entrevista Motivacional (Miller y Rollick, 1999) y desde la psicología positiva con el estudio del fenómeno de la Resiliencia (Avía y Vázquez, 1999; Becoña, 2003; Seligman, 1991).

Tendría, por tanto, esta acepción del término *éxito* un sentido más social, orientado hacia la comunidad y al grupo principalmente y en el que las expectativas y sobre todo los estereotipos, juegan un papel primordial. En este sentido, es importante en relación al estudio de la formación del autoconcepto y el posterior desarrollo de la autoestima, (fundamentalmente en nuestro desarrollo y crecimiento personal), así como en el desempeño de los diferentes roles a ejercer a lo largo de nuestra vida. Es más relevante, si cabe, cuando hablamos de una problemática tan compleja como las drogodependencias, cuyo desarrollo se empieza a gestar en etapas tempranas del desarrollo evolutivo, con la presencia de factores de riesgo. Y en una línea más relacionada con la ejecución de las habilidades de interacción interpersonal y social, es evidente la relevancia de las expectativas, en cuanto a que estas hacen referencia a las predicciones del individuo hacia las consecuencias de su propia conducta, guiando, por tanto la elección del tipo de conductas de entre las muchas que es capaz de construir en una determinada situación, siendo la realidad percibida la que funcione como determinante crítico.

Realmente, nos guiamos por nuestras expectativas previas sobre la conducta y el resultado esperado, a la hora de actuar ante una situación de interacción social nueva (Caballo, 1993).

Una de las características de las expectativas, hace referencia a la autoeficacia, es decir a la seguridad que una persona cree que tiene para poner en marcha una conducta, autoinformando una con-

ducta más habilidosa y mostrando una actuación de mayor calidad (Valerio y Stone, 1982). Bellack (1979b) ha encontrado que una variable presente en sujetos no habilidosos socialmente es el temor a ser evaluados negativamente por los demás, por lo que sus expectativas serán negativas en relación a las consecuencias de sus actos y, por tanto, se le supone una inhibición de emitir una conducta más habilidosa. Quizás esto pueda explicar, en parte, las dificultades que los drogodependientes tienen para entablar nuevas relaciones de amigos, fuera de su círculo habitual, además de otros problemas relacionados con la convivencia, la aceptación de normas sociales, las escasas habilidades, la orientación social negativa, etc. (Becoña, 2003).

Un ejemplo clarificador de la importancia de las expectativas lo vemos reflejado en el "*efecto pigmalión*" del que hablan Rosenthal y Jacobson (1968), en el que se pone de manifiesto que las personas hacen más a menudo lo que se esperan de ellas que lo contrario, dando soporte a las llamadas profecías autocumplidas, en cuanto a que cuando esperamos que una persona se comporte de forma agradable, nuestra forma de tratarla puede hacer que se comporte de forma más agradable todavía (y esto se puede aplicar al caso contrario también y seguro que a todos se nos vienen ejemplos a la cabeza de las veces que hemos actuado de esta manera, bien en un sentido o en otro), por lo que la realización y, sobre todo, el cumplimiento de las expectativas relativas al comportamiento de los otros se convierten en una predicción exacta del mismo.

Sobre este tema existen varias investigaciones, entre ellas el estudio de Haryon (1964), quien en su obra "*Youth in the ghetto*" expone que, cuando los educadores tienen una pobre opinión de los niños, éstos, raramente sobrepasan las expectativas que de ellos se tiene.

Esto, desde nuestro punto de vista, es, a la vez que llamativo, muy preocupante, en cuanto a que desde nuestros diferentes roles (padres, educadores, mediadores sociales, etc.), ponemos en marcha, al interactuar con otros, nuestras expectativas en relación a lo que esperamos de la conducta del otro y en cuanto a lo que el otro es capaz de hacer y, sobre todo, en cuanto a la ejecución, por lo que no es de extrañar que muchas veces la respuesta del otro se despierte en función de lo que realmente esperamos de él o ella y lo que ha percibido en este sentido. Así, podríamos entender, que si esperamos

que alguien se ponga “borde”, violento, o simplemente no escuche, de que cambie su conducta, de las posibilidades, (al margen de que realmente pueda o no ser así), le trataremos de forma que terminará por manifestarse de esta manera. Al fin y al cabo, los seres humanos nos mostramos a través de roles, que son las “máscaras” con las que nos manifestamos y nos conocen los demás y es a través de estos roles que establecemos las interacciones sociales (Moreno, 1967).

Además de los trabajos de Moreno orientados al trabajo con jóvenes marginados y su teoría de la vinculación afectiva, existen otros estudios que avalan que y, sobre todo, en los comportamientos de hostilidad y violencia, se cumplen las expectativas. En su estudio Snyder y Swan (1978) manipularon experimentalmente las expectativas de hostilidad, (consistía en dar información a un grupo para que desconfiaran de los guapos), comprobaron que muchas veces las expectativas previas, en las que se anticipa información sobre cómo funcionará la interacción, provoca el que se cumplan las profecías, por lo que la otra persona no tiene ninguna oportunidad de romper con los estereotipos, que, paradójicamente, en la mayoría de las ocasiones empiezan por ser erróneos, amén de que las creencias una vez se han instalado son muy difíciles de descartar (Adams, 1982; Ross, Lepper y Hubbar, 1975; Wilson y Brekke, 1992), lo mismo ocurre con las etiquetas sociales y, en gran parte de las ocasiones, en relación a la expectativa de éxito o de eficacia en el tratamiento de las drogodependencias.

Es importante tener en cuenta que además de las expectativas, las creencias, junto a las atribuciones, determinan en gran medida el qué y el cómo de nuestro comportamiento en determinadas situaciones, que junto al resto de elementos ya comentados, nos van acercando a modelos de conducta no siempre apropiadas para una adecuada interacción social, ni para un buen desenvolvimiento personal ante la multitud de situaciones y problemas a los que debemos enfrentarnos.

En relación a las creencias y las atribuciones, las explicaciones sobre la propia conducta que más desmotivan, son aquellas que atribuyen el fracaso a factores que están más allá del control del sujeto (falta de habilidad, dificultad de la tarea, etc.) en contraposición a la atribución a factores más controlables como el propio esfuerzo (Dweck, 1975). En el caso

de las drogodependencias también parece ser una clave que afecta al proceso de tratamiento.

De hecho, en La Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC), se habla de las distorsiones cognitivas, que son hábitos de pensamiento falsos, que producen creencias irracionales y que, por tanto, perturban emocionalmente al individuo y lo disponen a conductas de riesgo como las recaídas en las conductas adictivas, con pensamientos típicos de los adictos a drogas que piensan: “*Por una vez no pasa nada*” o “*Esto es una basura, mi vida no sirve, qué más da que consuma*” (Lega, Caballo y Ellis, 1997).

Por otro lado, debemos tener presente las interferencias de carácter emocional, que hacen referencia, fundamentalmente, a la ansiedad y el miedo que muchas personas pueden sentir ante las situaciones sociales. Como sabemos, la ansiedad es un sentimiento paralizante de difícil manejo cuya resolución inmediata pasa normalmente por la evitación de la situación ansiógena. Este círculo vicioso (complicado por las expectativas, creencias erróneas y las atribuciones) hace que cada vez le resulte más difícil al sujeto enfrentarse a dichas situaciones sociales de forma adecuada y con éxito.

En un estudio de seguimiento que duró 10 años, con un grupo de heroínómanos, Stimson y Oppenheimer (1982), destacan que las razones, tanto para abandonar el consumo como para continuarlo, representan para el drogadicto una fuente de ansiedad y de conflicto consigo mismo, por lo que puede ser un elemento importante a tener muy presente a la hora de trabajar e investigar en las drogodependencias, con el fin de potenciar comportamientos más competentes en el afrontamiento de la problemática.

En cuanto a la manifestación de conductas más pro sociales también la motivación juega un papel fundamental, bien sea ésta intrínseca (la actividad es reforzante en sí misma) o extrínseca (proporciona un refuerzo externo o autorrefuerzo). Por ello, es necesario no sólo saber cómo actuar y ser capaz de hacerlo, sino que también hay que querer hacerlo.

De acuerdo con Atkinson y su Teoría de la Motivación de Logro, el motivo es la disposición que empuja a una persona a conseguir un tipo determinado de satisfacción. Así si las expectativas pueden condicionar la propia conducta de una manera decisiva, de forma que si se prevé que se va a tener

éxito en la realización de la conducta, la motivación y el esfuerzo para ejecutar la misma serán mayores. En cambio, si se prevé un fracaso, probablemente ni siquiera se intente. Un niño o adolescente con un historial de relaciones interpersonales frustrantes puede haber desarrollado una trama de expectativas negativas con respecto a sus posibilidades de relación con los demás y un adolescente puede haber aprendido a evitar y/o manejar las relaciones interpersonales a través del consumo de drogas.

Además de las expectativas, tenemos que hablar de otro importante factor que puede condicionar la conducta social de un sujeto: su estilo atributivo. Weiner (1985) explicó, a través de su Teoría de la Atribución Causal, cómo continuamente elaboramos explicaciones sobre los resultados, (bien en positivo o bien en negativo), de nuestros actos. Estas atribuciones se describen en relación a tres parámetros básicos:

Locus de causalidad (interna frente a externa): las atribuciones internas hacen referencia a una causa propia de la persona como la capacidad, el esfuerzo, la aptitud, etc. Mientras que la externa hace referencia a elementos del azar.

Estabilidad (estable frente a variable): las atribuciones variables se pueden cambiar, por ejemplo, el tiempo que dedicamos a estudiar un examen, el esfuerzo que aplicamos a realizar una tarea, el número de cosas que hacemos, etc. En cambio, las atribuciones estables son más difíciles de modificar y atañen a la capacidad o aptitud personal para realizar determinadas actividades (tener o no una habilidad determinada).

Controlabilidad (controlable frente a incontrolable): las atribuciones controlables son aquellas que puede controlar la persona (podemos controlar el tiempo que dedicamos a una tarea, el esfuerzo personal que nos supone y aplicamos, o la atención que le dedica). Sin embargo, las atribuciones incontrolables se escapan a nuestro control personal, por ejemplo, la suerte, las decisiones de los otros.

Evidentemente, algunos estilos atributivos son más apropiados para el desempeño social que otros. En términos generales, un estilo atribucional en el que impere la sensación de control y la posibilidad de variar los resultados será más positivo que otro en el que prime la sensación de descontrol e imposibilidad de cambio de resultados y, posiblemente se comienza a sentir indefensión. La teoría

de la indefensión aprendida ha sido aplicada abundantemente al estrés y a la depresión, pero se ha obviado en otros trastornos, caracterizados precisamente por la pérdida de control, como serían los trastornos por dependencia de sustancias. En el caso de las drogodependencias, la indefensión aprendida desempeñaría un papel relevante como variable predictora de consumo y como variable relacionada con la evolución de dicho consumo, asociándose, incluso, a estados psicopatológicos y déficits neuropsicológicos (Torres et al., 2006).

Según Seligman (1992); Peterson, Seligman y Vaillant (1988) y Peterson, Maier y Seligman (1993), los dos grandes moduladores del enfermar son la indefensión y el estilo atribucional.

Estos trastornos pueden ser pasajeros o crónicos y generalizarse o no a otros ámbitos de la vida, como por ejemplo del entorno familiar al laboral y viceversa. Según la teoría de la indefensión en su formulación atribucional, la cronicidad y la generalización dependerán del tipo de atribución que realizan las personas, lo que predispone a la formación de expectativas de incontrolabilidad e impredecibilidad. Si el fracaso se atribuye a causas internas, globales y estables, los trastornos serán más duraderos que si se atribuye a causas externas, específicas e inestables.

De la misma forma, el estilo atribucional se relaciona con la autoestima. La pérdida de autoestima es un hecho conocido que aparece en algunos Trastornos como la depresión, que también se observa en la indefensión. Cuando el sujeto cree que es incapaz de controlar el medio (esto es una indefensión personal) aparece la pérdida de autoestima, por el contrario si el sujeto cree que ni él ni nadie puede controlar el medio (indefensión universal), no habrá pérdida de autoestima. El modo en el que el sujeto se implique en el fracaso parece, pues, decisivo para la expresión de los síntomas.

Desde nuestra experiencia y una vez analizadas las diferentes aportaciones teóricas comentadas anteriormente, los aspectos que creemos que están irremediablemente unidos al éxito y al cambio personal y, en consecuencia, a una mejora de las competencias sociales, son las expectativas y las atribuciones, que son dos elementos imprescindibles a trabajar dentro del campo de las competencias sociales, sobre todo en el entrenamiento de aquellas personas que por su trayectoria vital y el estilo de

vida han marcado las formas y las creencias sobre cómo deben interactuar con otros, cuando el contexto de la interacción fluctúa entre el terreno de las actitudes y la hostilidad percibida por ambas partes, que puede ser habitual en este tipo de problemática, por comportamientos, actitudes, etc., asociados al estilo de vida del drogodependiente.

En el tratamiento de las drogodependencias y de las conductas adictivas, está consolidándose, (como filosofía de abordaje de la problemática más que como instrumento en sí mismo), para tratar este tipo de problemas: La Entrevista Motivacional (Miller y Rollnick, 1999). Instrumento que adopta algunas claves fundamentales:

Primero, retoma algunos aspectos del modelo humanista, en concreto de la terapia Centrada en el Cliente de Carl Rogers, en cuanto a que enfatiza la importancia de atender a lo que quiere o necesita la persona, es decir, hace especial hincapié en poner en marcha la capacidad empática. Segundo, toma como base para promover el cambio, el Modelo Transteórico de Cambio de Prochaska y Diclemente (Prochaska, Diclemente, 1983; Prochaska, Diclemente, 1992; Prochaska, Diclemente y Norcross, 1992) para las adicciones. Y, tercero, tiene como principio fundamental el fomentar y transmitir autoeficacia para que el otro se vea capaz y pueda actuar. Autoeficacia que hace referencia a ser capaz de reconocer en el otro su propia capacidad para cambiar y hacer las cosas de una forma positiva, basada en una firme creencia en las posibilidades y recursos de la persona para promover su cambio.

Además, cuando se habla de una población que funciona movida por las influencias de su grupo de referencia y, que si bien dentro de su grupo poseen las habilidades suficientes para relacionarse satisfactoriamente con sus miembros, no esperan una respuesta de aceptación del resto de los grupos sociales ajenos a la problemática, en muchos casos incluso perciben el rechazo sistemático de los otros, sintiéndose “diferentes” en sus formas de pensar, hablar, sentir y actuar.

Se hace necesario volver al término *éxito* y en un intento de darle sentido dentro del tratamiento de las drogodependencias, asumir el concepto de *Éxito Interpersonal*, como lo entiende Pelechano (1996), como la capacidad empática, implicando confianza, pensamiento en perspectiva y la capacidad de afrontar de manera adecuada los problemas

personales. Se orienta hacia el individuo y hace referencia a los valores que intenta fomentar como son la dignidad, honestidad, desinterés, confianza, etc. Entendiendo que ambas acepciones de *ÉXITO* son necesarios, puesto que cubren parcelas complementarias. Como es sabido, una de las características del drogodependiente es utilizar la mentira, llegando a convertirse, en la mayoría de las ocasiones, en mentirosos patológicos, desarrollando una gran desconfianza hacia los demás y una carencia absoluta de percepción de dolor ajeno. Pelechano (en conferencia pronunciada, con motivo del XXX Congreso Europeo sobre Terapia Cognitivo-Conductual, celebrada en Granada, septiembre de 2000), habla de que los drogodependientes y especialmente los delincuentes desarrollan una gran capacidad empática: “saben cómo va a reaccionar el otro y es la razón de su forma de actuar”. Sin embargo, por nuestra experiencia en el trabajo con delincuentes y con drogodependientes, añadiríamos, que si bien es cierto que sí conocen o pre suponen cómo van a actuar sus víctimas, desconocen por completo cómo se van a sentir, es decir, son incapaces de entender el dolor ajeno, porque no son capaces de relacionarlo, en absoluto, con el que ellos sienten cuando les hacen o les sucede el mismo evento o acontecimiento. En este sentido, podríamos decir que no tendrían desarrollado el aspecto afectivo del concepto de empatía. Esta misma cuestión es analizada por Garaigordobil (2000,2006), como parte de sus experiencias en el trabajo con jóvenes conflictivos. Este es un tema que considero interesante y que merece dedicarle tiempo en describirla como un componente elemental a lograr y que se desarrolla dentro del programa de Competencia social objeto de esta investigación y que se relaciona con el Crecimiento en Valores, propuesto por Ross y Fabiano (1985) en su programa original “Reasoning and Rehabilitation” (RyR).

El RyR consiste en un programa multifacético, que adapta e incorpora distintas técnicas, desarrolladas por otros autores y que habían mostrado ser altamente eficaces (Redondo, 2007). En su adaptación y aplicación a población española pasa a denominarse el “Pensamiento Prosocial” (Garrido et al, 1992; Garrido et al, 1999; López, Garrido y Ross, 2001) y, que en Canarias, es desarrollado por Segura en su ámbito más preventivo aplicado en Educación, en lo que se conoce como Programa de Competencia Social (Segura, 1992, 2003).

Nos valemos, para esta investigación, de varios argumentos: el auge que continúan teniendo los programas de entrenamiento en habilidades sociales (Caballo, 1993; Mayor y Labrador, 1984; Secades-Villa, García-Rodríguez, Fernández- Hermida y Carballo, 2007); la relevancia que se le otorga en relación al desarrollo normal de las personas; el que se vincula directamente las carencias en habilidades con trastornos psicopatológicos y con deficiencias en el ajuste social (Salter, 1949), así como de las posibilidades de aplicación en diferentes áreas, problemas y situaciones múltiples. Además, nos hacemos eco de las recomendaciones de autores relevantes en la investigación e intervención en drogodependencias como Becoña (2003); Echeburúa (1994); Gil (1984); Graña (1994); Secades-Villa, García-Rodríguez, Fernández-Hermida y Carballo(2007), entre otros, de integrar en los programas de tratamiento de las drogodependencias de forma específica el entrenamiento en habilidades sociales, como elemento terapéutico fundamental y, también, hemos tenido en cuenta otras aportaciones provenientes desde los Programas de Prevención, Planes Asistenciales, etc. y desde los diferentes recursos que abordan esta problemática y que señalan la importancia del entrenamiento en habilidades sociales en los programas de deshabituación. Lo que consideramos una señal inequívoca de la necesidad de seguir ahondando en la investigación y en los programas específicos que se aplican, qué elementos les caracteriza y la relevancia de su aplicación en todos los ámbitos, pero especialmente en el campo de las drogodependencias.

Uno de los principales problemas surge a la hora de aunar criterios en definir qué se entiende por habilidad social, conducta y/o comportamiento social, asertividad, habilidades perceptivas y cognitivas, competencia social, etc.; problema que intentamos abordar seguidamente, en un intento por definir y clarificar qué elementos y características incluye el concepto de habilidades sociales y más específicamente qué entendemos por Competencia Social.

Lo que sí parece evidente, (y continuamos hablando desde la experiencia clínica), es que, además de existir déficits de estas capacidades y/o habilidades en algunos sectores de la población, como en el caso de las personas drogodependientes (Becoña 2003, 2007; Echeburúa,1994; Foy, 1976; García Medina, 1995; Graña Gómez,1994; Secades-

Villa, García-Rodríguez, Fernández- Hermida y Carballo, 2007), también podemos encontrarlos ampliamente estudiados y documentados en estudios con niños y adolescentes con conducta antisocial (Kazdin y Buela-Casal, 1994), en jóvenes delincuentes e internos de los centros penitenciarios, (Garrido,1989; Ross y Gendrau, 1980; Garrido y Vidal,1987; Redondo,1993, 2007; Redondo y Garrido,1992; Ross y Fabiano, 1985,1986; Rutter y Giller, 1988; Rutter et al, 2000), en ancianos (De Miguel, 1990,1999,2002; Pelechano, De Miguel y Peñate,1991), en adultos con diferentes problemas (Caballo,1993, 2000) y, sobre todo, en la población adolescente y niños (Michelson et al,1987; Trianes, 1996, Trianes et al, 1999, 2000), cuestión a tener muy en cuenta, sobre todo, de cara a elaborar planes de prevención de diferentes problemas de índole social, como puede ser el problema que abordamos: las drogodependencias y las adicciones.

Resulta llamativo que, por lo general, no parece existir una conciencia clara o al menos bien definida, sobre qué déficit y mucho menos, de cuáles son los componentes de la Competencia Social a potenciar, lo que repercute directamente a la hora de plantear un programa de entrenamiento específico en habilidades sociales, interpersonales, cognitivas y/ o de solución de problemas y en algunos casos sin que se haya esclarecido previamente la terminología, para poder saber si estamos ante la misma o diferente cuestión.

De hecho, Ellis y Whittington (1981), hablan de la necesidad de determinar los programas específicos de entrenamiento en habilidades sociales y hacen hincapié en tres tipos de entrenamiento bien diferenciados. Los programas dirigidos a Reponer/ Instaurar habilidades básicas inexistentes en el individuo; los orientados a Desarrollar/Pontenciar habilidades específicas en individuos que sí poseen habilidades básicas, pero que necesitan de un apoyo para desarrollar habilidades específicas y los enfocados a Perfeccionar en habilidades sociales más complejas y que, fundamentalmente, se dirigen a personas que desempeñan determinadas funciones o puestos de trabajo directamente relacionados con la atención al público.

En nuestro caso desarrollamos un programa encaminado a lograr los dos primeros supuestos con un grupo de drogodependientes en tratamiento en el Centro de Día “Cercado del Marqués” y que

han iniciado el proceso de deshabitación e incorporación social.

Enfatizaremos la importancia del entrenamiento en competencia social de cara a afrontar las situaciones de crisis. Entendiendo por crisis lo que entiende Taplin (1971) como tal: *“la violación de las expectativas de la persona sobre su vida por algún hecho traumático o la incapacidad de manejar situaciones nuevas”*, de hecho y si vamos un poco más lejos, Caplan (1964), enfatiza el trastorno emocional como el desequilibrio y el fracaso en la solución de problemas ante una crisis, características bastante frecuentes, por otra parte en nuestra población de estudio.

También tomamos en cuenta, como aspecto ampliamente contrastado, la relación existente entre la eficacia en la solución de problemas interpersonales y el ajuste emocional (Jahoda, 1953,1958), entendiendo ésta como un aspecto de la salud psicológica y el hecho demostrado de que los déficits en habilidades interpersonales afectan seriamente al grado de ajuste en niños, adolescentes y adultos, en tanto que la adaptación socio emocional y el posterior desarrollo académico, cognitivo y su sentido de ciudadanía son estimulados por constantes oportunidades de fortalecer la competencia social durante la infancia (Bethencourt, 1989; Combs y Slaby,1977; Hartup y More,1990; Krasnor y Rubin, 1981; McClellan y Kinsey, 1999; McClellan y Katz,2001; Monjas, 1993; Ovejero, 1990a, 1990b, 1993, 1998; Rendón,2007; Trianes et al., 1997; Vallés y Vallés, 1996,citado en Mesa 2008) y parece que la dimensión “pensamiento medios-fines” es la habilidad más significativa en relación al ajuste social (Bethencourt, 1989; Bethencourt,1996), además de tener una relación directa con una baja autoestima (Percell, Bernick y Beigel, 1974), con un Locus de control externo (Nowicki y Strickland,1971) y, que está relacionado con la indefensión y la desesperanza (Beck, Weissman, Lester y Trexler,1974; Seligman,1975), con la depresión (Lazarus,1968; Wolpe, 1971,1973) y, todo ello, en concordancia a la existencia de una pobre percepción para establecer la dependencia entre el comportamiento y las consecuencias, así como el fracaso en controlar el propio ambiente interpersonal, resaltándose la coherencia de los resultados de los diferentes estudios.

Teniendo en cuenta diferentes investigaciones realizadas sobre la competencia social en niños,

llevados a cabo por diferentes autores (McClellan y Katz,2001; Michelson et al, 1987; Rendón,2007; Trianes et al 2000), es evidente que las habilidades sociales se relacionan directamente con la popularidad y por tanto con un aumento en la percepción de la cordialidad, la aceptación y la participación social y por el contrario, en el caso de niños que eran rechazados por sus iguales, se asocia un comportamiento agresivo y una manifestación social negativa, que repercutía en aspectos como mala adaptación escolar, problemas de “mala conducta” y que en un futuro eran sujetos más vulnerables a los trastornos emocionales (Kohn,1977) y psiquiátricos (Cowen et al,1973, en Michelson et al., 1987). Los estudios más recientes en drogodependencias también ponen de manifiesto la relación de estas características como factores de vulnerabilidad y riesgo (Becoña 2003; Costa, Jessor y Turbin, 1999; Jessor, R., et al. 1995; Mesa, 2008; Muñoz-Rivas et al. 2000; Secades et al, 2007).

También, en esta misma línea, destacamos los estudios llevados a cabo durante décadas por Pelechano y sus colaboradores (Pelechano, 1996), con adolescentes, en los que señala que cuando se produce una disonancia en la atribución de causas y consecuencias, aparejada con escasa empatía y toma de perspectivas distintas ante una situación problema, esta combinación de elementos se manifiesta como componentes característicos de los adolescentes en riesgo de convertirse en delincuentes juveniles y en usuarios de drogas. En relación al tratamiento de las drogodependencias, determinan, además, una mayor probabilidad de ser más proclives a las recaídas.

Expone Pinillos (1988, citando a Goldstein, Vigostsky, Harvey y otros), que la falta de cultura y sobre todo del instrumento más elemental en la inteligencia: el lenguaje, hace que el ser humano se enfrasque en un pensamiento concreto, “pensamiento rígido” para Robert Ross (Ross, 1986 en Garrido y Vidal, 1987), que no les permite desarrollar un pensamiento abstracto, que no tolera la ambigüedad, que es inflexible y dogmático, dejando como manifestaciones patentes del mismo la incapacidad o dificultad para distinguir entre medios y fines, dificultades para adoptar otros puntos de vista o ponerse en el lugar de los otros (la capacidad empática), realizar clasificaciones simplistas y escasas, donde no existen términos medios, no se busca información, con lo que se actúan con pocos datos

de forma breve e inmediata, emitiendo juicios arbitrarios, no se plantea el por qué de las cosas ni tampoco las consecuencias de las mismas, juicios rígidos donde lo que no está acorde con sus expectativas es rechazado tajantemente, incapacidad para diferenciarse de su grupo de iguales, fomentando los estereotipos subculturales de su grupo de referencia y escasa conciencia de autocontrol de su vida.

Podemos también hacer alusión, en este sentido, a Argyle et al., quienes sugieren que *“los trastornos mentales son trastornos de la comunicación y de las relaciones interpersonales”* (Argyle, Trower y Bryant, 1974, pag. 63).

Sin duda, la característica principal de la conducta inteligente del ser humano es la capacidad de pensar, razonar, solucionar problemas y comunicarse. El cómo pensamos es muy relevante en las terapias cognitivas (Labrador, Echeburúa y Becoña, 2000), pero el uso excesivo de un pensamiento vertical, de estrategias generales, reglas lógicas y escasa necesidad de ampliar información para actuar, se opone, por lo general, al escaso uso o la falta de potenciación del pensamiento lateral o creativo como lo define De Bono (1991), tan necesario para desarrollar adecuadamente un despliegue completo e inteligente de los cinco pensamientos de Spivack y Shure (1976). Características, que desde la literatura especializada y, desde nuestra experiencia, definen claramente el perfil de los drogodependientes en el uso de este primer tipo de pensamiento, imposibilitándoles, en muchas ocasiones, poder continuar adelante en el proceso de la rehabilitación e integración social.

Además, existen indicios suficientes sobre la importancia que tienen el desconocimiento o la incapacidad para promover la competencia social, pues puede generar problemas de toda índole desde: fracaso escolar, inadaptación, ansiedad, enfrentamientos, violencia, etc., factores presentes en muchas ocasiones en los desencadenantes y/o asociados al mantenimiento de las drogodependencias (Becoña, 2000; Graña, 1994; Sanchís-Mir y Soler, 1998; Secades-Villa et al 2007; Trianes et al, 2001).

A modo de resumen de este primer capítulo, decir que algunos de los problemas más importantes hoy por hoy en nuestra sociedad son el consumo de drogas, junto a la manifestación cada vez

más frecuente de comportamientos agresivos como forma de solucionar los problemas y de establecer las relaciones interpersonales, que sólo consiguen generar mucha tensión social, modelos de aprendizaje inadecuados y, sobre todo, sentimientos de indefensión, que están presentes en el proceso de enfermar y que acaba por desajustar y enfermar a las personas, a la comunidad y a la sociedad. Estos problemas que en muchas ocasiones son parte uno de los otros, necesitan que nos planteemos la necesidad de abordarlos.

Consideramos que con el entrenamiento en competencia social y, específicamente con las habilidades sociales, logramos potenciar las capacidades y recursos personales para afrontar exitosamente las situaciones de interacción en las diferentes facetas de la vida, es por lo que planteamos nuestro estudio. Lo basamos, en un primer momento en evaluar las habilidades Sociales y específicamente la presencia de los cinco pensamientos descritos por el grupo de Spivack y Shure (1976), en un grupo de personas, dentro del cuál, el grupo principal es población clínica, constituido por drogodependientes que acceden al Centro de Día “Cercado del Marqués” para recibir tratamiento por su problemática de consumo de drogas; en un segundo momento se aplica el programa de entrenamiento en competencia social, cuyo programa de contenidos está basado en el original de RyR de Ross y Fabiano (Ross et al, 1992) e introducido y adaptado a población española como Programa de Pensamiento Prosocial por Garrido (Garrido et al, 1992,1997) y desarrollado en el ámbito educativo a nivel preventivo como Programa de Competencia Social por Segura (1992,1998) con algunas recomendaciones de Caballo (1993). Incluye:

El entrenamiento Cognitivo: Habilidades de pensamiento, desarrolladas a través de las 10 lecciones del CoRT 1 de Eduard D Bono (1985).

El Entrenamiento Conductual: Habilidades Sociales, desarrolladas según el Modelo de Aprendizaje Estructurado de Goldstein et al. (1989), Mejora de las habilidades Comunicativas (Caballo, 1993).

El entrenamiento asertivo, utilizando las técnicas de: Disco Rayado y Banco de niebla.

El Crecimiento en Valores: Aplicando el Modelo de dilemas morales de Kohlberg, descrito en el manual de Competencia Social de Segura (1992, 1998).

Además, de los elementos propios del programa desarrollado por Segura et al. (1998, 1999) sobre Competencia Social y siguiendo un poco más de cerca los elementos que constituyen el Programa de Pensamiento Prosocial de Garrido, en relación al Control Emocional, se añade para trabajar de forma específica en este programa la detección y modificación de las distorsiones de pensamiento a través de la propuesta de McKay et al. (1985) y las técnicas de relajación por Respiración Profunda Natural y La Relajación Muscular Progresiva de Jacobson. (Davis, McKay y Eshelman, 1985).

Se toma como modelo el TIPS para la Resolución de Problemas (Platt y Duome, 1981; Platt, J. J., Taube, D. O., Metzger, D. S. y Duome, M. J., 1988), recogiendo aportaciones del Programa y adaptándolo para las drogodependencias.

Por nuestra experiencia valorábamos, además, la necesidad de añadir el trabajo en dos elementos fundamentales: Las Expectativas y las Atribuciones, en relación a la autoeficacia, que se trabajan a tra-

vés de diferentes juegos y siguiendo las pautas de la mayéutica socrática para el autodescubrimiento.

El planteamiento que nos hacemos para realizar este estudio es el de un diseño cuasi experimental, estableciendo una línea base inicial con diferentes grupos y posteriormente realizar medidas comparativas Inter e intragrupal de los grupos.

Con la muestra de usuarios del Centro de Día (tanto drogodependientes como de no drogodependientes), se tomaron medidas pre y medidas post test, en las que se compara a dos grupos: uno de drogodependientes en fase de rehabilitación e incorporación social y otro grupo de personas sin diagnóstico por problemática de drogodependencias, pero que su vinculación con nuestro Centro es porque acuden a recibir un programa de formación ocupacional-laboral homologado por el Instituto Canario de Empleo (ICFEM y que en la actualidad se llama Servicio Canario de Empleo SCE) y que también recibirían el programa de entrenamiento, tomando para ello dos medidas, una antes de iniciar el programa de entrenamiento y otra después de finalizado el mismo.





2 Habilidades Sociales y Competencia Social: Evaluación y Entrenamiento

- 2.1. Habilidades Sociales y Competencia Social: Conceptos
- 2.2. Habilidades Sociales y Competencia Social: La Evaluación
- 2.3. Habilidades Sociales y Competencia Social: Programas y elementos del Entrenamiento
- 2.4. Habilidades Sociales y Competencia Social en drogodependencias



2.1. Habilidades Sociales y Competencia Social: Conceptos

Pese a la multitud de investigaciones y estudios a los que podemos hacer alusión sobre el tema que nos ocupa, hoy en día aún es patente que continuamos ante una confusión terminológica en relación a conceptos como: Asertividad, Habilidades Sociales, Habilidades Interpersonales, Habilidades Cognitivas, Inteligencia Emocional, Competencia Social etc., que hacen cada vez más necesario delimitar, al menos, el modelo desde el que partimos y el o los conceptos y los diferentes elementos que vamos a manejar a lo largo del proceso de investigación.

Aunque en nuestra doctrina se sitúan los inicios del entrenamiento en habilidades sociales en trabajos remotos realizados para estudiar diferentes aspectos de la conducta social en niños en los años 30, por autores como Jack (1934), Murphy, Murphy y Newcomb (1937), Page (1936), Thompson (1952) y Williams (1935), entonces no se las llamaban de este modo. Realmente se considera, por todas las fuentes más reconocidas en esta materia, los trabajos de Salter en 1949, sobre Terapia de Conducta, quién en su obra *“Conditioned reflex therapy”* e influido por los trabajos de Paulov sobre la actividad nerviosa superior, emplea por primera vez el término *“asertividad”* y la describía como una característica de la personalidad, que podía modificarse para mejorar la expresividad y la interacción con otros. Pero sería Wolpe en 1958 quién definiera el concepto de *“conducta asertiva”* y posteriormente en los trabajos con Lazarus definirían el *“entrenamiento asertivo”*.

Wolpe (1958) entendía la Asertividad como *“la expresión adecuada, hacia otra persona, de cualquier emoción que no sea respuesta de ansiedad”*

(citado en Mesa, 2008 pag.20). Concepto de asertividad que también recogen otros autores, (entre ellos Fensterheim y Baer, 1976; Smith, 1975 citados en Monjas, 1998, pag 20) como la *“conducta interpersonal que implica la expresión directa de los propios sentimientos y la defensa de los propios derechos personales, sin negar los derechos de los demás”*.

Ya en 1953 Sullivan y continuado por White en 1959, empiezan a abogar por un modelo más interpersonal del desarrollo, colocando las relaciones humanas y su internalización en el centro de la comprensión del desarrollo, argumentando que las relaciones son los primeros motivadores y organizadores de la vida psíquica. Posteriormente van a ser los trabajos de Lazarus (1966, 1973), Wolpe y Lazarus (1966), Alberti y Emmons (1970), entre otros, quienes impulsarían la investigación sobre las habilidades sociales.

En general, todas las concepciones encierran como elemento común la descripción de lo que se concibe como asertividad y que durante muchas décadas se identificó como habilidad social, aunque actualmente la mayoría de los autores integran la asertividad dentro de un concepto más amplio de habilidades sociales (Caballo, 1986) y en la que caben otros aspectos, como los que señala Weiss (1968): la comunicación, la comprensión, interés y comunicación mutua entre emisor y receptor (que bien podría referirse a lo que denominamos una *escucha activa* o *escucha reflexiva*, en la Entrevista Motivacional).

También son fundamentales los trabajos de Eisler, Hersen, McFall y Goldstein, a principios de los setenta, quienes proponen programas específicos para reducir los déficits en habilidades sociales,

entre ellos destacar “*El aprendizaje estructurado*” diseñado y utilizado en diferentes problemas por Goldstein et al (1973, 1974, 1975, 1978, 1981).

Aparece por primera vez un nuevo término “*competencia social*” acuñado por Zigler y Phillips (1960, 1961), quienes trabajan con adultos institucionalizados y demostraron que cuanto mayor era la competencia social previa, menor era la duración de la estancia y más baja la tasa de recaídas de los pacientes que se mostraban con más “*competencia social*”.

Ellis y Whittington (1981), definen la habilidad social como: “*la capacidad de responder de forma flexible a las circunstancias para conseguir éxitos con la máxima eficiencia*” (1981, pag.12).

Para Caballo (1988), es “*el conjunto de conductas emitidas por un individuo en un contexto interpersonal, que expresa los sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de ese individuo de un modo adecuado a la situación, respetando esas conductas en los demás y que generalmente resuelven los problemas inmediatos de la situación mientras minimiza la probabilidad de futuros problemas*” (Caballo, 1988, pag.14; Caballo 1993, pag.6).

Mischel (1973, 1981), conceptualiza las habilidades sociales como los procesos cognitivos en la interacción del individuo con el ambiente y que incluirían las competencias cognitivas, las estrategias de codificación y los constructos personales, junto con las expectativas, valores subjetivos de los estímulos y sistemas y planes de autorregulación.

Haciendo referencia expresa a la obtención de refuerzos, Libert y Lewinson (1973, pag. 304) indican que es : “*la capacidad compleja de emitir conductas reforzadoras positivas o negativamente y de no emitir conductas castigadas o restringidas por los demás*”, definición que confirman los resultados encontrados por Gresham y Nagle (1980), en los que se da una correlación positiva entre comportamientos de emitir y recibir reforzamiento positivo y negativo.

La aportación de Wagner (1994) es diferenciar entre lo que no es, la inteligencia como conocimiento práctico, la inteligencia como competencia social y lo que la gente entiende por inteligencia. Pelechano (1996) apunta que también caben las inteligencias múltiples, entre las que está la inteligencia social.

El término inteligencia se relaciona con la competencia social y las habilidades sociales. Gardner habla de las inteligencias múltiples y de entre las siete posibles inteligencias que propone, destacamos: *La Inteligencia Interpersonal*, que se entiende como la capacidad de comprender a los demás (concepto muy similar a la empatía), mientras que la *Inteligencia Intrapersonal* nos permite configurar una imagen exacta de nosotros mismos (Gardner, 1995, 2001).

Pelechano (1996, citando a Gardner, 1993) distingue tres etapas en la evolución de la inteligencia en occidente, que serían: un primer momento caracterizado por una sociedad tradicional, en la que la preocupación social es la producción y provisión de alimentos para el grupo, el sistema de valores viene dado por un marcado valor a la conservación de la vida del grupo, por lo que la inteligencia estaría más encaminada a lograr la supervivencia, el segundo se caracteriza por una mayor importancia de la producción y el consumo, sobrevalorándose la idea de mejora, progreso y desarrollo y dónde se mediría la inteligencia por tests psicométricos; y, en la tercera, la inteligencia se reconoce como un concepto social, emparentado con las competencias y dominios necesarios para el funcionamiento de una sociedad. Resumiendo para entender la idea de inteligencia, (Pelechano y De Miguel 1994, Pelechano 1995), consideran que hay que tener presente el contexto sociocultural, el sistema de valores de la sociedad en el momento y los dominios que esa sociedad considera relevantes y pertinentes: *Las Competencias*.

Thorndike, (1921) desde la psicometría, critica la concepción tradicional de inteligencia, defendiendo tres tipos de inteligencia: La inteligencia mecánica, la inteligencia abstracta y la “*inteligencia social*” de la que también se hace eco Pelechano (1985), cuando empieza a retomarse la orientación del concepto de inteligencia, ante el fracaso de los resultados esperados.

Según Thorndike (1920) la “*Inteligencia social*” es la capacidad de convivir con las personas, está comprometida con el éxito social, por lo que entiende que las habilidades sociales es la habilidad de entender y manipular la preparación o estar preparado para las relaciones humanas. Esta definición explica la “*Inteligencia Social*” como aquella capacidad que permite la apreciación cognitiva de los otros, sin que sea necesaria la acción por parte del

que la percibe y, además, se la reconoce como la acción orientada. Término que vuelve a tomar fuerza recientemente a través de Goleman (2006).

La Inteligencia Social, por tanto, es la habilidad para entender los sentimientos, pensamientos y comportamientos de las personas, incluido uno mismo, en situaciones interpersonales y actuar de forma eficaz de acuerdo a ese entendimiento. Se presume que está compuesta por habilidades para resolver problemas que permiten al individuo encontrar y/o resolver problemas interpersonales (Marlowe, 1985). La inteligencia social puede, por ende y en este sentido, ser comparada con la competencia social.

Pelechano (1996) propone las inteligencias sociales que abarcarían las competencias necesarias para la convivencia social y las relaciones interpersonales, diferenciando entre *inteligencia social institucional* (cubre elementos importantes para el funcionamiento institucional) y *agrupamiento social* (como capacidades organizacionales, económicas y socioculturales). Por otro lado, defiende la inteligencia socio-personal, en la que se incluyen las habilidades intra e interpersonales. Desde la perspectiva de Pelechano (1990), la Inteligencia socio-personal incluye: “lograr la confianza de los demás, saber leer los indicadores de los demás acerca de sus estados emocionales y dar imagen de confianza y calma a sus interlocutores sociales” (Mesa, 2008, pag. 30).

O Sullivan y Guilford (1975) argumentan que algunas personas son astutas para entender lo que piensan y sienten los otros, pero por razones de timidez o pobre entrenamiento social no resuelven adecuadamente las situaciones sociales. Otros, sin embargo no perciben particularmente los sentimientos y pensamientos de los demás pero se desenvuelven bien en las interacciones sociales.

La aplicación del modelo de competencia social, en la resolución de los problemas interpersonales, requeriría, siguiendo a Spivack y Shure (1974), Spivack, Platt y Shure (1976); Shure y Spivack, (1982,1983) de la puesta en marcha de las cinco habilidades de pensamiento básicos: Pensamiento Alternativo, Pensamiento Causal, Pensamiento Consecuencial, Pensamiento Medios Fines y Toma de Perspectiva.

Desde los años 70, en que estos autores describieron y desarrollaron las cinco habilidades cog-

nitivas o de pensamientos, no han dejado de utilizarse hasta la actualidad, en la infancia, adolescencia, adultos y mayores, con el fin de lograr la resolución constructiva de los conflictos interpersonales y la toma de decisiones, desarrollándose en los ámbitos clínicos, con población psiquiátrica (Hersen y Bellack, 1976; Goldstein et al., 1975; Goldstein y Caton, 1983, citados en Bethencourt, 1989), drogodependencias (Caballo, 1996; Chaney et al, 1978, 1982; Echeburúa, 1994; Graña, 1994), deficiencias (Monjas, 2004), en el ámbito del tratamiento de la delincuencia (Garrido, 1993; Garrido y Martínez, 1998; López, Garrido y Ross, 2001; Redondo, 1993, 2007; Ross, Fabiano y Garrido, 1990) y en el ámbito educativo y preventivo (Segura, et al, 1997, 1998, 2004, 2005; Trianes et al, 1990, 1997, 2001).

Los cinco pensamientos, sobre los que se asientan el desarrollo de las habilidades sociales para la resolución de conflictos interpersonales y como elemento esencial en un comportamiento competente socialmente, han de estar presentes como un diálogo verbal mediador entre el pensamiento y la acción, permitiendo la ejecución de una conducta habilidosa y competente, que según Spivack y Shure (1974); (Spivack, 2002 y Segura, 2002, 2005 y 2007, Mesa, 2008) son:

El Pensamiento Causal (PCa). La capacidad de pensar y reconocer las diferentes causas que pueden haber generado un problema interpersonal y requiere de recopilar información y seleccionar aquella más relevante que puede haber dado origen al problema.

El Pensamiento Alternativo (PA). Es la capacidad de generar diferentes alternativas o soluciones posibles, en la que es importante la búsqueda creativa de opciones distintas y que según Segura permite ir hacia el pasado y hacia el futuro en la búsqueda de posibles soluciones. Para esta habilidad son muy útiles técnicas creativas como zapatos o sombreros de colores (DeBono, 1992, 1999), o técnicas de brainstorming.

El Pensamiento Consecuencial (PCo). Es desarrollar la capacidad de prever que es lo que puede ocurrir, es decir, el impacto que sobre los demás y sobre uno mismo tendrá una determinada opción (decir o hacer) ante un problema interpersonal. La previsión de las consecuencias puede ser inmediata, a corto, medio y largo plazo y permite anticipar-

nos a los posibles efectos negativos de nuestra conducta y ejercer el autocontrol o asumir los riesgos de nuestra elección.

El Pensamiento de Perspectiva (TDP). Consiste en la capacidad de ponerse en el lugar del otro, de conocer y comprender lo que el otro siente y piensa. Es la habilidad cognitiva directamente relacionada con la *empatía*. Para Garrido (2001), es la clave de la conducta prosocial y la inhibidora de la violencia.

El Pensamiento Planificador o Medios-fin (PMF). Es la capacidad de articular paso a paso los medios que pueden ser necesarios para lograr las metas u objetivos que se han fijado para la resolución de un problema interpersonal determinado. Es la más compleja, e incluye el reconocimiento de los posibles obstáculos y pensar en las posibles soluciones a los mismos, por lo que requiere que el resto de las habilidades estén presentes, pues será necesario el PA para buscar opciones para salvar las dificultades, el PCa para recopilar información, el PCo para prever las posibles consecuencias de las posibles elecciones y tener muy en cuenta cómo puede afectar, emocional y cognitivamente, nuestra elección a los otros, a la vez que hay que establecer un orden, priorizando los objetivos y las acciones.

En este sentido, son muy reveladores las investigaciones longitudinales desarrolladas por el grupo de Spivack, en las que se pone de manifiesto que los déficits en estas habilidades de pensamiento en la infancia predicen problemas en la adolescencia (por ejemplo: violencia, consumo de drogas, depresión, conductas de riesgo, escasa tolerancia a la frustración, carencia de empatía, retraimiento y pobres relaciones sociales, entre otras).

Otra forma de entender la solución de problemas interpersonales es a través de los procesos comprometidos en la solución de estos problemas tanto impersonales como personales, que son los mismos, si se tiene en cuenta el planteamiento desde el modelo isoprocesualista según Meichembaum y Goldfried, (citados en Pelechano 1996), mientras que desde el modelo heteroprocesualista se intentaría generar programas asentados en los resultados de las pruebas de habilidades.

Parece razonable pensar, por tanto, que en ambos casos los programas de entrenamiento en habilidades sociales proporcionarían un aumento de las competencias para la solución de problemas.

Otra de las características, aceptada por la mayoría de los autores, es que la asertividad y las habilidades sociales comparten dos componentes fundamentales: Lenguaje verbal y no verbal, aspectos indisolubles para considerar una conducta como asertiva o habilidosa, siendo necesaria la coherencia y coordinación entre ambos componentes y la actitud de seguridad en la transmisión de la respuesta. Es más, la asertividad es el componente imprescindible en cualquier programa de entrenamiento en habilidades sociales.

Para una definición de conceptos, debemos tomar en cuenta diferentes definiciones planteadas por autores como: Alberti y Emmons (1982), Caballo (1986), Combs y Slaby (1977), Libert y Lewinson (1973), McFall y Twentyman (1973), Pelechano (1989), Salter (1949), Thorndike (1921) o Wolpe (1958), entre otros, a través de las cuales se va recorriendo el camino por el que vamos delimitando el concepto de la *competencia social*, como un concepto más amplio y que requiere de recursos y habilidades socio personales.

Michelson et al (1987) utiliza los términos de habilidades sociales, competencia social y asertividad como sinónimos, explicando, además, que las habilidades sociales son aprendidas y recíprocas, que incluyen conductas verbales y no verbales, suponen tener iniciativas y respuestas que favorezcan el refuerzo social, están influidas por las características del medio y que los déficits y excesos de la conducta social pueden ser objetivados para modificarlos.

De hecho, Caballo (1988), tras analizar diferentes modelos teóricos, se decanta por utilizar indistintamente los términos de competencia social, asertividad o habilidades sociales. Aunque posteriormente Caballo (2002, Mesa, 2008), que si bien entiende que habilidades sociales y asertividad son sinónimos, no incluye el término competencia social, porque ésta se ha ido diferenciado en los últimos tiempos. De hecho, Caballo (2006) afirma que la competencia social es el efecto del desempeño social, o lo que es lo mismo, "*el empleo eficaz del repertorio de habilidades sociales en las interacciones con otros*" (pag, 375).

En este sentido, entendemos la conveniencia de establecer algunas matizaciones: la competencia social tiene un sentido más amplio y abarca más elementos; de hecho, las habilidades sociales tienen

que estar incluidas como elemento esencial para el desarrollo de la competencia social y como decíamos anteriormente, su componente indisoluble es la conducta asertiva y requiere, según avanzamos por las diferentes aportaciones de los autores más relevantes, de otros elementos más asociados a los recursos personales y emocionales.

Otro aspecto a destacar es en relación al componente cognitivo de los programas de entrenamiento en Habilidades Sociales y, en esta línea es interesante señalar, el estudio de Caballo y Buela-Casal (1989), en el que los autores se encontraron con diferencias cognitivas entre grupos de sujetos de alta, media y baja habilidad social establecidos según la puntuación obtenida en un cuestionario de habilidad social. Los sujetos de alta y baja habilidad social se diferenciaban en su autoeficacia general y social, en el temor a la evaluación negativa, en pensamientos negativos y/o obsesivos, en la percepción del grado de felicidad que experimentaban, en pensamientos negativos relacionados con diferentes dimensiones de las habilidades sociales y en las autoverbalizaciones negativas durante la interacción con otra persona en la simulación de una situación social. Lo que venía a poner de manifiesto la necesidad de incluir aspectos cognitivos de la conducta socialmente adecuada en el momento de aplicar el programa de entrenamiento en habilidades sociales y que entendemos argumenta la necesidad del entrenamiento del componente cognitivo ya desarrollado y aplicado en los programas de Competencia Social de los cuales son proponentes Ross y Fabiano, (1985, 1996); Garrido et al, (1998, 2001); Segura, (1998, 2002); Trianes (1997). Además, Caballo (1987,2000), señala la importancia en la intervención de no descuidar los procesos cognitivos, como son las creencias, las atribuciones, las expectativas, solución de problemas, etc., ya que sin la inclusión de estos elementos, los procesos de mejora son menos eficaces y duraderos.

Parker y Asher (1987), Hartup y Moore (1990), McClellan y Kinsey (1999) sugieren que la adaptación socio-emocional de un niño a largo plazo, así como su desarrollo académico y cognitivo y su sentido de ciudadanía, son estimulados por constantes oportunidades para fortalecer la competencia social durante la niñez, por lo que, posiblemente, si esta no ha sido adecuadamente estimulada a lo

largo del ciclo vital, difícilmente puede favorecer la adaptación y ajuste en la etapa adulta.

Para la delimitación conceptual, es importante matizar sobre la Habilidad Social el planteamiento de Alberti (1977b), quien dice que la Habilidad Social (citado en Caballo, 1993):

- Es una característica de la conducta, no de la persona.
- Es una característica específica a la persona y a la situación.
- Debe contemplarse en el contexto cultural del individuo, así como en función de otros aspectos situacionales.
- Está basada en la capacidad de un individuo de escoger libremente su acción.
- Es una característica de la conducta afectiva.

Lo que nos pone en un claro antecedente de la necesidad de tener en cuenta estas características en el posterior desarrollo de programas de entrenamiento en habilidades, pero, además introduce la característica afectiva de la conducta y que diferentes autores, como Mayer y Salovey (1990), Goleman, (1996) introducen en lo que denominan Competencia Emocional y Segura et al. (1998, 2003, 2005), lo introducen como un elemento importante de la Competencia Social, a través de la educación emocional y de los sentimientos.

Para Caballo, (1993, citando a Van Hasselt et al, 1979), existen tres componentes básicos en las habilidades Sociales:

- Son específicas a las situaciones. El significado de una conducta variará en función de la situación.
- La efectividad interpersonal se valora en base a las conductas verbales y no verbales emitidas y este tipo de respuestas se aprenden.
- El papel que juega la otra persona es importante y la eficacia interpersonal supone la capacidad de comportarse sin causar daño a los demás.

Lazarus (1973), establece por primera vez las cuatro clases de respuestas o dimensiones que abarcan las habilidades sociales/aserción:

- La capacidad de decir NO.
- La capacidad de pedir favores y hacer peticiones.

- La capacidad de expresar sentimientos positivos y negativos.
- La capacidad de iniciar, mantener y terminar conversaciones.

A partir de aquí, se sentarían los modelos explicativos sobre los que se trabajan las habilidades sociales, según Bellack y Morrison (1982).

Aunque algunos teóricos como Meichenbaum, Butler y Grudsen (1981), inicialmente afirmaban que era muy complicado desarrollar una definición consistente y exacta de competencia social ya que esta es parcialmente dependiente del contexto cambiante y entendían que la habilidad social debía considerarse dentro de un marco cultural determinado ya que los patrones de comunicación varían ampliamente entre culturas y dentro de una misma cultura, dependiendo de factores tales como la edad, el sexo, la clase social y la educación.

Pelechano (1991) añade una característica dinámica a las habilidades sociales, manifestando que evolucionan a lo largo de la vida. Otros autores han hecho un importante esfuerzo por definir y delimitar la Competencia Social, definiendo competencia como cualidades de la personalidad que se demuestran en los modelos organizados de funcionamiento cognitivo, afectivo y/o comportamental. Sin embargo, definiendo el concepto de competencia social para Monjas (2004) es *“un conjunto de conductas y estrategias, que permiten a la persona construir y valorar su propia identidad, actuar competentemente, relacionarse satisfactoriamente con otras personas y afrontar las demandas, retos y dificultades de la vida, lo que posibilita su ajuste y adaptación, su bienestar personal e interpersonal y vivir una vida más plena y más satisfactoria”* (Monjas, 2004, pag. 12), definición de competencia social que desde nuestra opinión se ajusta a lo que pretendemos lograr con la aplicación de nuestro programa de entrenamiento con drogodependientes.

Siguiendo a Monjas, en este sentido las habilidades sociales son aquellas *“conductas o destrezas sociales específicas requeridas para ejecutar competentemente una tarea de índole interpersonal. Implica un conjunto de comportamientos adquiridos y aprendidos y no un rasgo de personalidad. Son un conjunto de comportamientos interpersonales complejos que se ponen en juego en la interacción con otras personas”* (Monjas, 1999, pag. 28).

Mientras que para Rojas (2000), la competencia social tiene más que ver con un constructo más hipotético y global, de características multidimensionales y amplio, que incluye, entre otras, a las habilidades sociales, que serían las conductas más específicas que forman el comportamiento socialmente competente y que vendrían a responder a un criterio más evaluativo del comportamiento.

Ford (1986, citado en Pelechano, 1996) delimitó las características prototípicas de la competencia social: son personas con habilidades prosociales capaces de responder de forma adecuada a las necesidades de los demás, con habilidades socio-instrumentales (saber cómo se hacen las cosas), con facilidad y disponibilidad social, capaz de fomentar la participación y autoeficacia y tener un buen concepto de sí mismo.

Algunos investigadores que han desarrollado modelos conceptuales de competencia social, como Meichenbaum, Butter y Gruson, (1981); O'Malley (1977); Tyler, (1978); White, (1974), introducían la combinación de dos ó más de las definiciones expuestas a lo largo de este trabajo. En base a los trabajos de Marlowe (1984, 1985, 1986) se fueron desarrollando los principios del modelo de inteligencia social que comprendía cuatro dominios: interés social (preocupación por otros), eficacia social, habilidades de empatía (la habilidad de entender cognitiva y afectivamente a otros) y habilidades de desarrollo social (comportamientos sociales observables).

La competencia social, siguiendo a Moral y Ovejero (2005), es la capacidad de adaptación psicossocial saludable que se basa en una adecuada autovaloración y que, a la vez que aumenta su autoeficacia, genera adecuadas expectativas de éxito y control sobre los resultados de la conducta de interacción.

Desde los llamados modelos interactivos se plantea que, las competencias sociales son el resultado de una cadena de procesos cognitivos y de conducta que se inicia con la percepción correcta de aquellos estímulos interpersonales relevantes, realizando un procesamiento flexible de estos estímulos para suscitar y evaluar las opciones de respuesta posibles, de las cuales se seleccionaría la mejor y se ejecutaría la alternativa de acción elegida (Gil, 1984).

De hecho, para Garrido (1998) una persona es socialmente competente cuando tiene recursos, habilidades personales y oportunidades en su medio para relacionarse. A su vez, Roche (1998) habla de “*prosocialidad*”, dentro de la cuál incluye la asertividad, entendida como capacidad para decidir actuar y resistir ante las dificultades.

Finalmente, a modo de resumen y, considerando todos los aspectos ya tratados, asumimos la “*competencia social*”, por tanto, como una expresión que engloba dimensiones cognitivas y afectivas positivas que se traducen en conductas adecuadas valoradas por la comunidad. Estos comportamientos hábiles que favorecen la adaptación, la percepción de autoeficacia, la aceptación de los otros y los refuerzos agradables, incrementan el bienestar. De acuerdo con el modelo bio-psico-social y desde el que se aborda las drogodependencias, se podría asegurar que la competencia social es un claro indicador de salud mental.

Muchos autores, entre ellos (Trianes, Muñoz y Jiménez 2000, Garrido 1995,1998; Segura, 1998, 2003) defienden un modelo de competencia social claro, que compromete otras habilidades, recursos, actitudes y valores, aunque otros hablan indistintamente de competencia social y de habilidades sociales, en este estudio nos decantamos por la primera, pues asumimos que habilidades sociales, es una expresión que se difundió en los años ochenta y que se entiende como una conducta observable; mientras que en la década de los noventa se ha ido adoptando más el término competencia social (Fabes et al.,1999; Segura et al., 1998, 1999) y forma parte de un concepto más amplio y con un mayor bagaje de recursos a desarrollar, pero sobre todo por el énfasis en el desarrollo de lo cognitivo emocional del enfoque.

Para Moraleda (1995) fomentar la competencia social pasa por prestar atención a dos tipos de elementos: 1) el comportamiento positivo, en el que se enmarcan tanto los aspectos internos, (pensamientos y sentimientos que predisponen a interactuar con los demás como las acciones manifiestas que posibilitan las relaciones) y 2) el aprendizaje de estrategias o habilidades de interacción social apropiadas según las distintas situaciones.

Para Díaz-Aguado (2004, 2005), Garrido et al. (1998, 2001), Roche (1995), Segura (1998, 2003), Trianes et al (2004), el desarrollo de la

competencia social debe incluir algunos elementos básicos.

Para Roche (1995), por ejemplo, la competencia social está sustentada en cinco pilares básicos: La empatía, la asertividad, la autoestima, la comunicación y el crecimiento moral.

Empatía: para ello distingue dos componentes: el cognitivo y el afectivo. En la empatía se hallan implicados procesos racionales y emocionales ya que nos permite comprender a los demás en sus estados de ánimo. La empatía, por tanto, es la capacidad para ponerse en el lugar del otro de forma afectiva. La empatía nos adentra en la realidad personal de los demás (Roche, 1995).

Reconocer los estados anímicos ajenos requiere sensibilidad, comprensión, destreza perceptiva, capacidad para adoptar distintos roles sociales y madurez. La empatía es el punto de partida de las relaciones sociales positivas y del altruismo (Roche, 1995).

Asertividad. Considerada la habilidad que refleja energía y persistencia hasta lograr las metas realistas y positivas.

El entrenamiento en asertividad favorece la integración en el grupo, la canalización de la agresividad y evitación de conductas inadecuadas. Contribuyendo favorablemente al ajuste psicossocial, potenciando los recursos personales para expresar sentimientos; hacer peticiones y rechazar peticiones inoportunas; iniciar, mantener y finalizar conversaciones; defender los propios derechos, etc. Para que la conducta se entienda como asertiva se debe insistir en trabajar aspectos de la comunicación no verbal tales como el contacto visual, la postura corporal, la distancia interpersonal, la expresión del rostro, el ritmo al hablar y el tono de voz.

Autoestima. Es un aspecto importante de la personalidad, hasta el punto de que si una persona se acepta y se valora, avanzará en su proceso de maduración y autorrealización. Por tanto, una persona competente socialmente, probablemente se valore más a sí misma, porque establece con los demás relaciones más satisfactorias y resuelve los problemas de manera más eficaz, más exitosa.

Para Branden (1995), la autoestima es la experiencia básica y necesaria para desarrollar una vida plena, de bienestar y de cumplimiento con las exi-

gencias. Sin una valoración positiva de uno mismo se hace muy difícil superar los obstáculos y los conflictos interpersonales. La autoestima supone, desde el conocimiento de las capacidades y limitaciones que se poseen, una aceptación positiva, realista y equilibrada de uno mismo como requisito indispensable para vencer las dificultades, enriquecerse personalmente y, sobre todo, necesaria para mostrar respeto y experimentar sentimientos favorables hacia los demás (Martínez-Otero 1999, 2000, 2003).

En relación al consumo de drogas, Graña y Muñoz-Rivas (2000) comprobaron que, en población escolar, algunos de los principales factores de riesgo eran la autoestima, la presencia de conducta antisocial y la desinhibición, mientras se presentaban como factores protectores importantes el concepto positivo de uno mismo, el nivel de sinceridad y la práctica religiosa. Graña, Muñoz-Rivas y Andreu (2000), además encuentran que los jóvenes que consumen alcohol, tabaco y cannabis tienen un pobre concepto de sí mismo.

Comunicación. Para Trianes, De la Morena y Muñoz (1999) las capacidades comunicativas de niños y adolescentes juegan un papel fundamental en la competencia social. Estas autoras, siguiendo a Duck (1989), describen varios niveles en la “competencia comunicativa”:

- Habilidades básicas no verbales, que actúan como requisitos previos en la conversación y la interacción, incluyendo el contacto ocular y los gestos. Caballo (1993) además, describe los aspectos relacionados con el tono de voz, la postura corporal, la distancia, el tono emocional, etc. y que inciden de forma importante en la comunicación interpersonal.
- Habilidades lingüísticas: formada por las reglas que controlan diversos tipos de situaciones conversacionales.

Armas-Vargas, (1995-1999), ha elaborado unos cuestionarios que evalúan Pautas de Comunicación y Resolución de Conflictos (CPC-RC) en los contextos escolar y familiar, centrándose en la evaluación que realiza el estudiante de la interacción comunicativa con sus profesores e iguales en clase. En la aplicación de este cuestionario, para el estudio de la significación y relación entre pautas comunicativas, tomaron, también en cuenta, determinados factores de consumo y actitudes hacia la

salud y las drogas, a través del cuestionario sobre Alcohol y Drogas: Predeterminantes del Consumo (ADPC) de García-Medina, (1988-1997). Su investigación muestra la relación que mantienen dichas pautas de comunicación en el contexto escolar, con variables como: conducta de consumo, uso y efectos de la droga, apoyo familiar y actitud parental negativa hacia el consumo, normas en casa, consumo parental de tabaco y tranquilizantes, ocio y autocuidado, Actitud Negativa hacia los amigos que consumen, Amigos que consumen, la comunicación con el profesor. En esta investigación, la pauta Escucha Activa y Turno de palabra, es la que más correlacionaba con todas las variables de consumo y actitudes hacia el consumo de drogas. Lo que podría sugerir que, el buen uso de las habilidades comunicativas en clase, podría favorecer una mejor adaptación en los escolares, tal y como sugiere García-Medina, P. y cols., (1990), Armas-Vargas, E. (1999 b, d) y Armas-Vargas y García-Medina, (1999 d). Lo contrario ocurre con el factor Dificultad para Llegar a Acuerdos ya que percibir conflictos y dificultad para llegar a un acuerdo entre profesores y alumnos y con iguales, parecen que favorece actitudes negativas hacia la salud y positivas hacia el consumo de drogas. Lo que parece evidente, según los datos que aportan en sus estudios, es que un buen uso de las pautas de comunicación podría ayudar a mejorar la percepción que del ambiente escolar y familiar tienen los adolescentes y sin duda, si analizamos desde el contexto clínico y sobre todo al contexto familiar, resulta interesante apreciar la importancia de la comunicación en relación al tratamiento y, específicamente, como elemento imprescindible en los programas de entrenamiento de Habilidades Sociales y como base de la Competencia Social.

Train (2001), recuerda que gran parte de la frustración que experimentan las personas agresivas radica en que no se comunican de un modo eficaz.

Desarrollo Moral. Aspecto muy vinculado con el desarrollo de la competencia social y emocional. En varios estudios se ha encontrado, por ejemplo, una relación positiva entre comportamiento moral y ser acogido por los compañeros y una relación negativa entre agresividad y aceptación (Jiménez, 2000).

La capacidad de la persona para adscribirse voluntariamente al “bien”, interesarse por los demás y rechazar en sí mismos o en otros las acciones

orientadas a producir daño, son requerimientos del intercambio positivo y de la convivencia. En la actualidad, que se insista en la necesidad de educar en valores morales está emergiendo, según la opinión de diversos autores, por un deterioro importante en las relaciones sociales en todos los ámbitos de la sociedad, en que cada vez es más frecuente observar un comportamiento humano más agresivo, o en el lado opuesto, un comportamiento de inhibición que generan procesos de victimización, claro ejemplo de ello son los fenómenos crecientes de acoso en el ámbito escolar, laboral o las situaciones de violencia doméstica. Moreno y Torrego (1999, pag.47) recogen algunas contribuciones sobre las posibles teorías sobre el crecimiento moral que explican algunos comportamientos potencialmente conflictivos de adolescentes:

- El egocentrismo o exagerada exaltación de la personalidad, que dificulta la adopción de puntos de vista diferentes al propio. Y que sería el resultado de un pobre desarrollo cognitivo.
- No lograr, lo que en expresión piagetiana se conoce como “operaciones intelectuales abstractas”. Esto se convierte en una menor capacidad de reflexión, de análisis y pensamiento crítico.
- Marcada tendencia a los prejuicios y estereotipos. La inmadurez moral se convierte en dogmatismo y “relativismo moral”.

Trabajos como los de Díaz-Aguado (1996, 1997, 2001, 2002, 2003), Garaigordobil (1995, 2000), Segura y Arcas (1998, 2002, 2003), realzan la importancia de los programas de desarrollo en valores en las primeras etapas de la vida escolar y su importancia en la reducción de la violencia.

Para Kohlberg (1981, 1982), el desarrollo moral es el proceso a través del cual la persona va construyendo, mejorando y modificando el concepto de justicia, para lo que es necesario el desarrollo cognitivo previo y conlleva el desarrollo de las habilidades sociales, que cumplen su función con el rol social (Garrido y Martínez, 1998).

Kohlberg comparte con Piaget la creencia de que los valores morales se desarrollan en cada individuo pasando por una serie de fases o etapas. Estas etapas son las mismas para todos los seres humanos y se dan en el mismo orden, creando estructuras que permitirán el paso a etapas poste-

riores. Sin embargo, no todas las etapas del desarrollo moral surgen de la maduración biológica, estando las últimas etapas ligadas a la interacción con el ambiente. El desarrollo biológico e intelectual es, por tanto, una condición necesaria para el desarrollo moral, pero no suficiente, aunque es importante saber que no todos los individuos llegan a alcanzar las etapas superiores de este desarrollo.

Pasar en el desarrollo moral de una etapa a otra, para Kohlberg, es un proceso de aprendizaje irreversible en el que se adquieren nuevas estructuras de conocimiento, valoración y acción. Estas estructuras son solidarias dentro de cada etapa, es decir, actúan conjuntamente y dependen las unas de la puesta en marcha de las otras. Kohlberg, entiende que una vez puestas en funcionamiento no se deja de actuar, aunque sí acepta que se pueden producir fenómenos de desajuste en algunos individuos que hayan adquirido las estructuras propias de la etapa de un modo deficiente. En este caso, se estaría actuando por las estructuras de la etapa anterior, dando la impresión de un retroceso en el desarrollo (Kohlberg, 1992).

Kohlberg elabora las definiciones concretas de sus etapas del desarrollo moral, a través de la investigación que realizó con niños y adolescentes de los suburbios de Chicago, a quienes presentó diez situaciones posibles en las que se daban problemas de elección moral entre dos conductas posibles. El análisis del contenido de las respuestas, el uso de razonamientos y juicios, la referencia o no a principios, etc. A partir de las respuestas, se analizaron treinta factores diferentes en todos los sujetos y de aquí se estructuró la definición de las etapas. Posteriormente y para demostrar que estas etapas eran universales, Kohlberg realizó una investigación semejante con niños de una aldea de Taiwan, traduciendo sus dilemas morales al chino y adaptándolos a la cultura china.

El desarrollo moral comenzaría con la etapa cero, donde se considera bueno todo aquello que se quiere y que gusta al individuo.

Los seis estadios del desarrollo moral según Kohlberg (citados en Segura et al., 1992, 1998, 2002) se distribuyen en tres niveles:

NIVEL 1. PRECONVENCIONAL: Los actos son “buenos” o “malos” para el niño en base a sus consecuencias materiales o las recompensas o castigos que le reportan.

Estadio 1. La mente del niño “juzga” en base a los castigos y la obediencia.

Estadio 2. Está bien aquello que reporta beneficios y satisface necesidades, eventualmente las de los otros. Aparecen las nociones de “lo correcto”, “lo equitativo” pero se aplican en el plano material. La reciprocidad consiste en “tanto me das, tanto te doy”. La ley del Talión: “ojo por ojo...”

NIVEL 2. CONVENCIONAL: La actitud global de la persona es de conformidad a las expectativas y al orden social.

Estadio 3. La buena conducta es la que agrada a los otros o les proporciona ayuda, por lo que es aprobada. La conducta empieza a ser valorada por sus intenciones.

Estadio 4. Sistema Social y conciencia. La conducta adecuada consiste en cumplir con el deber, mostrar respeto a la autoridad y respetar el orden social, por el bien de todos.

NIVEL 3. POSTCONVENCIONAL, AUTÓNOMO: Los principios y valores morales se conciben independientemente de los grupos sociales que los profesan.

Estadio 5. Contrato social o utilidad y derechos individuales. La acción adecuada es la que se ajusta a los derechos generales de los individuos y están consensuados por la sociedad. Es posible cambiar la ley si atenta a los derechos fundamentales: la vida y la libertad.

Estadio 6. La ética universal. Denominado por Segura como “*todos somos iguales*” (Segura et al, 1997) Lo justo es una decisión tomada en conciencia por cada persona de acuerdo con unos principios de justicia, reciprocidad, igualdad de derechos, respeto a la dignidad de la persona, etc.

En resumen, se puede decir que la Competencia Social, debe reunir elementos que contribuyan al enriquecimiento personal y a un adecuado uso de los recursos personales, además de la adquisición y mejora de las conductas propias de los programas de entrenamiento en Habilidades Sociales, por lo que muchos autores entienden que debe incluir elementos cognitivos, lo afectivo-emocional y los valores. Es un proceso dinámico de aprendizaje que debería irse adquiriendo a lo largo del desarrollo evolutivo para lograrse de forma plena en la

adolescencia y manifestarse en un mejor ajuste psicosocial del adulto.

Hablar de competencia social es asumir que se deben utilizar todos los recursos y para ello es imprescindible haber aprendido y desarrollado sus elementos inherentes: la comunicación, la asertividad, la empatía, la autoestima y los valores.

2.2. Habilidades Sociales y Competencia Social: La Evaluación

Si importante para centrar nuestro estudio es clarificar el concepto de habilidades sociales, tanto o más lo es el estudio de las pruebas y métodos de evaluación utilizadas hasta el momento para cuantificar estos conceptos.

Al hacer un estudio minucioso de los contenidos que conforman los distintos instrumentos de evaluación, al igual que los programas de intervención, en habilidades sociales, nos encontramos con una amplia variedad que van desde el grado de adecuación social en situaciones hetero u homosexuales, hábitos y cuidados en pacientes psiquiátricos internados, asertividad, habilidades de entrevista, búsqueda de empleo, expresión de sentimientos, habilidades de comunicación, etc.

La tradición, en cuanto a la elaboración de herramientas de evaluación se refiere, ha partido para la evaluación de habilidades sociales del comportamiento inadecuado, para ir elaborando posteriormente los distintos instrumentos de medida, que se han construido pensando en población clínica, entre ellos personas con algún tipo de minusvalía o trastorno psicopatológico y para ello han partido en su mayoría, de la evaluación de los procesos de socialización (Fernández Ballesteros, 1995).

Dentro del campo de la Terapia de Conducta, las habilidades sociales se perfila con diferencia como el constructo con más y diversos procedimientos de evaluación (Caballo, 1993) y es un campo que continúa generando nuevos instrumentos de evaluación, pero a pesar de ello, también continúa generando cierta conflictividad a la hora de consensuar qué y cómo evaluar. Nos podemos encontrar con diferentes procedimientos de evaluación, que abarcan desde la entrevista, la observación conductual, los autoinformes, los test psicométricos, los grupos de role playing, entre otros. Y esta conflictividad se torna en dificultad ante la eva-

luación de la Competencia Social, por la propia complejidad del concepto.

Goldfried y D Zurilla (1969), proponen un modelo analítico conductual para la construcción de instrumentos que evalúen la competencia social y que requeriría de: análisis situacional (situaciones interpersonales problemáticas para el individuo); Enumeración de respuestas (posibles respuestas a las situaciones); Evaluación de las respuestas (posible efectividad de las posibles respuestas); Desarrollo del formulario de evaluación y, por último, evaluación de la fiabilidad y validez del instrumento de medida.

Aunque los instrumentos de evaluación más ampliamente utilizados son los autoinformes, empleándose las técnicas de medidas, en general, en cuatro fases: antes de la intervención, durante la misma, al finalizar y en periodo de seguimiento (Caballo, 1987).

Entre las pruebas basadas en autoinformes y sin entrar en qué aspecto centran su campo de medida, algunas de las más conocidas son:

“La batería de socialización” de Silva y Martorell (1982, 1987, 1991).

“Escala de Asertividad de Rathus” (RAS, Rathus Assertiveness Schedule, Rathus, 1973), que fue la primera escala construida para medir habilidades sociales (asertividad).

“Escala de auto-expresión universitaria” (CSES; College Self Expression Scale, de Galassi, Delo, Galassi y Bastien, 1974), se creó para obtener una medida de la asertividad de la población universitaria.

“Escala de auto-expresión para adultos” (ASES, Adult Self Expression Scale, de Gay, Hollandsworth y Galassi, 1975), muy similar al CSES, pero dirigida a población adulta.

“Inventario de Aserción” (AI, Assertion Inventory de Gambrell y Richey, 1975).

“Escala-inventario de la actuación social” (SPSS, Social Performance Survey Schedule de Lowe y Cautela, 1978).

“Inventario de Resolución de conflictos (CRI; Conflict Resolution Inventory, de McFall y Lillesand, 1971).

“Escala de Asertividad de Wolpe y Lázarus” (WLAS, Wolpe-Lazarus Assertiveness Scale, 1966).

Haciendo más hincapié en la ansiedad social podemos encontrarnos con:

“Escala de ansiedad y evitación social” (SAD, Social Avoidance and Distress Scale, de Watson y Friend, 1969). Una de las características de esta escala es que no solo mide la ansiedad, sino también las conductas de evitación ante las situaciones sociales.

“Escala Multimodal de expresión Social-Parte Emocional” (EMES-E de Caballo, 1993).

En cuanto a una medida más cognitiva de autoinforme, están:

“Escala Multimodal de Expresión Social-Parte Cognitiva” (EMES-C de Caballo, 1987).

“Cuestionario de Expectativas Generalizadas sobre los demás” (GEOQ, Generalized Expectations of Others Questionnaire, de Eisler, Frederiksen y Peterson, 1978).

“Técnicas de evaluación de la resolución de problemas interpersonales” (IPSAT, Interpersonal Problem-solving Assessment Technique, de Getter y Nowinski, 1981).

Otro instrumento con una orientación conductual cuyo uso aislado o en combinación con otros instrumentos permite establecer a qué objetivos dirigir la intervención, a la vez que examinar los cambios que se van produciendo a medida que el entrenamiento avanza, es el “Cuestionario de habilidades sociales” de Goldstein, Sprafkin y Klein (1989).

También encontramos a la hora de evaluar las habilidades sociales, instrumentos como la “Escala y cuestionario de comportamiento asertivo para niños”, e instrumentos de observación, calificación y autoinforme (Michelson, Sugai, Wood y Kazdin, 1983).

Y, en cuanto al estilo de respuesta, el CABs de Michelson y Wood (1982, 1987), adaptado para población de primaria y secundaria por Segura y que pasa a denominarlo: Cuestionario para Evaluar la Asertividad: CEA, (Segura y Arcas, 1998, 2002, en Mesa, 2008).

Aunque y para evaluar las habilidades sociales en adultos, el instrumento más utilizado para medir

las habilidades de solución de problemas interpersonales, han sido varias técnicas de evaluación desarrolladas por Platt, Spivack, Shure et al. (1976, 1978).

El *Means Ends Problems Solving* (MEPS), mide la planificación paso a paso para lograr objetivos sociales específicos (Platt, Spivack, 1977).

El MEPS consiste en seis hipotéticas historias en las que se presenta el inicio y final. Se indica cuál es el objetivo social y se le pregunta al sujeto cómo podría lograrse. Para su corrección, el grupo de Spivack usa las siguientes categorías: Número y calidad de los medios, Número de enumeraciones para alcanzar la meta (cada paso diferente de un medio básico), Número de obstáculos que se deben prevenir para lograr la meta y la indicación del tiempo que transcurre mientras se ponen en práctica los medios para llegar a la meta. El análisis factorial que se realizó sobre esta prueba, indicaba que todas las historias medían la misma dimensión subyacente.

El “*pensamiento alternativo*” requería contestar distintas soluciones a problemas interpersonales que podían surgir con otros y el criterio de corrección adoptado por Spivack et al (1976), era contabilizar el número de soluciones dadas que fueran alternativas, relevantes y discretas, sin tener en cuenta el pronóstico.

El pensamiento consecuencial se empezó a medir en preescolares a través del *What happens next?* (Spivack y Shure, 1974).

En nuestro país, Pelechano et al. (1986) crearon una serie de pruebas de lápiz y papel, para medir las habilidades interpersonales en adultos y ancianos, centrándose en nuevos criterios de análisis más cualitativos, lo que venía a suplir en ese momento las carencias existentes en pruebas para evaluar las Habilidades Interpersonales.

En este sentido, se ha producido un gran avance, en cuanto a los instrumentos de evaluación que presentamos en nuestra evaluación, puesto que partiendo de los instrumentos creados por el grupo de Spivack et al., Bethencourt (1989) creó una batería de tests, enteramente construida con población adulta canaria y que constituye un instrumento de medida de las habilidades interpersonales para adultos, fiable y válido, que evalúan cada uno de los cinco pensamientos básicos, necesarios para la solución de problemas en situaciones sociales y de inter-

acción personal específica: Pensamiento Alternativo (PA); Pensamiento Causal (PCa); Pensamiento Consecuencial (PCo); Toma de Perspectiva (TDP) y Pensamiento Medios Fines (PMF) y que desarrollaremos más ampliamente en el apartado correspondiente a instrumentos utilizados en esta investigación.

Además, las pruebas creadas por Bethencourt (1989), fueron uno de los principales instrumentos de evaluación para medir los resultados de varios programas de inserción social de población delincuente en canarias, en el que uno de los componentes principales era el entrenamiento en habilidades socio-cognitivas, basado en el RyR original de Ross y Fabiano y a través de la traducción y adaptación a población española realizada por Garrido (Ross, Fabiano, Garrido y Gómez, 1996) y conocido en Canarias como Programa de Competencia Social de Segura (Segura y Arcas, 1998). El objetivo de aplicar esta batería de tests era comprobar el incremento de las destrezas socio-cognitivas que se hubiesen generado por efecto del entrenamiento (Martín y Hernández, 2001).

Otro instrumento de creación más reciente y que ha obtenido el III premio TEA Ediciones (septiembre, 1998) es la Escala de Habilidades Sociales (EHS) de Gismero (2000). Caracterizado por ser un instrumento breve y sencillo, que permite identificar con precisión los distintos déficits en diversas áreas. Es un instrumento construido, analizado, validado y tipificado con una muestra española. La versión definitiva la componen 33 ítems, con cuatro alternativas de respuesta, es aplicable a jóvenes y adultos de forma individual o colectiva y evalúa 6 factores relacionados con la aserción y las habilidades sociales: *I.*- Autoexpresión en situaciones sociales; *II.*- Defensa de los propios derechos como consumidor; *III.*- Expresión de enfado o disconformidad; *IV.*- Decir no y cortar interacciones; *V.*- Hacer peticiones y *VI.*- Iniciar interacciones positivas con el otro sexo.

Nezu y Nezu (1991), creen que se debe plantear la evaluación desde, por un lado, las evaluaciones del proceso de solución y afrontamiento de problemas de índole interpersonal, centrándose en las habilidades y capacidades que permiten al individuo solucionar problemas de forma eficaz y por otro la evaluación de la solución, centrada en las propias soluciones, así como en la ejecución del afrontamiento.

Pese a la ingente cantidad de pruebas psicométricas, autoinformes, etc., la evaluación de la Competencia Social se manifiesta como una tarea harto complicada, entre otras razones, porque ya de entrada es un concepto muy complejo, primero a la hora de definirlo y más aún en el momento de medirlo en su globalidad.

Pero, sin duda la evaluación de las habilidades y competencias sociales, requiere de una evaluación cuantitativa y cualitativa, en la que se tome en cuenta la presencia o no de las habilidades necesarias, la ejecución de las mismas y la valoración de dicha ejecución como un comportamiento socialmente competente que se plasmará en un mejor funcionamiento social y personal general.

En resumen, entre el gran volumen de pruebas que existen para evaluar, podemos destacar que la gran mayoría de las escalas, cuestionarios, inventarios, son pruebas basadas en los autoinformes, que intentan evaluar algún aspecto concreto de la conducta socialmente competente o habilidosa y por tanto la elección de uno u otro va a estar determinado por las necesidades y objetivos de cada investigador.

2.3. Habilidades Sociales y Competencia Social: Programas y Elementos del Entrenamiento

El Entrenamiento en Habilidades Sociales se ha dirigido, en sus inicios al campo de la intervención clínica, siendo una de las técnicas de terapia de conducta más utilizadas en la actualidad, aunque requiere de conocimientos diversos en distintas áreas de la psicología, además de estar determinada por la subcultura en que se va a aplicar el entrenamiento, lo que, según Caballo, la convierte en una técnica difícil y compleja de aplicar (Caballo, 1991).

Aunque el campo de actuación, en sus inicios, estaba enfocado a la intervención con pacientes psiquiátricos institucionalizados, cada vez se ha ido ampliando más su utilización hasta abarcar colectivos profesionales, prueba de ello son los programas de entrenamiento creativo desarrollados por De Bono (1994) y dirigido a empresarios y altos ejecutivos de multinacionales, que desde luego nada tienen que ver con enfermos mentales crónicos, ni con delincuentes, o cualquier otra tipología clínica por excelencia. Cada vez se ha ido haciendo más patente la necesidad de ampliar el campo de

actuación para favorecer y potenciar el desarrollo de habilidades con programas específicos de entrenamiento en Habilidades Sociales dirigidos a la prevención y promoción de la salud.

Hoy por hoy, en el Entrenamiento en Habilidades Sociales, se siguen utilizando alguna de las seis técnicas que Salter (1949) sugiere en su libro "*Conditioned reflex therapy*" para aumentar la expresividad: la expresión verbal y la expresión facial de las emociones, que incluyen: hablar en primera persona, asentir cuando se reciben alabanzas o cumplidos, expresar desacuerdo e improvisar y actuar espontáneamente.

Por otro lado, Wolpe (1958) entendía como parte del Entrenamiento la expresión de sentimientos negativos, que durante mucho tiempo fue parte del entrenamiento de la conducta asertiva, junto a la defensa de los propios derechos.

Trower, Bryant y Argyle (1978), afirman que las habilidades cognitivas se asemejan al aprendizaje motor, en el que hay que entrenar una serie de aspectos por separado, como son la motivación, los objetivos y planes de logro, la percepción selectiva y adecuada respecto a lo que debe prestarse atención del ambiente, una traslación de percepciones de acciones y respuestas motoras y, por último, feedback de actuación que permita bien una confirmación de la acción o su reorientación.

Sin duda, un elemento esencial en los programas de entrenamiento es el uso frecuente del refuerzo, en este sentido destacar que Gresham y Nagle (1980) han encontrado correlaciones positivas entre el comportamiento de emitir y recibir reforzamiento positivo y negativo.

Competencia y éxito social, del cual hemos reflejado las dos acepciones que conllevan desde el punto de vista de Pelechano (1996), reflejan la necesidad de recibir una evaluación positiva de la ejecución del comportamiento competente por parte del los otros.

Aunque en nuestra doctrina se sitúan los inicios del entrenamiento en habilidades sociales en trabajos remotos realizados estudiando diferentes aspectos de la conducta social en niños, por autores como Jack (1934), Murphy, Murphy y Newcomb (1937), Page (1936), Williams (1935) y Thompson (1952), que entonces no se las llamaban de este modo, realmente y, tal como hemos expuesto

anteriormente, se considera como la fuente más reconocida en esta materia los trabajos de Salter en 1949, sobre Conditioned reflex therapy, (influido por los trabajos de Paulov sobre la actividad nerviosa superior) y continuado por Wolpe (1958), empleando por primera vez el término “entrenamiento asertivo”.

Annett (1974) y Fittgs y Posner, (1967), proponían un modelo de desarrollo de las habilidades físicas, que requería de cuatro pasos fundamentales:

- 1.- Tener en cuenta los factores relevantes de la situación.
- 2.- Adecuar estas percepciones a los objetivos.
- 3.- Trasladar los planes a la acción.
- 4.- Recibir y dar feedback.

Alrededor de los setenta Argyle (1967), aplica este modelo al análisis de conducta social y dado que la conducta social puede ser entendida como habilidad social, su entrenamiento puede ser organizado, para la adquisición y desarrollo en circunstancias controladas.

Cuando aparece por primera vez el término “competencia social” acuñado por Zigler y Phillips (1960, 1961), quienes trabajan en “competencia social” con adultos institucionalizados, en la que demostraron que cuanto mayor era la competencia social previa, menor era la duración de su estancia y más baja la tasa de recaídas, probablemente no vislumbraban el alcance de este concepto y las dimensiones que tomaba en relación a los elementos que debían integrarla, pero sí apuntaban a un dato que podemos extraer de distintas investigaciones más recientes sobre la aplicación de programas de entrenamiento para mejorar o lograr la competencia social.

D’Zurilla y Goldfried (1971), basándose en la teoría de solución de problemas, dan por sentado un isomorfismo entre la solución de problemas impersonales (resolución de problemas lógico, matemáticos) y la solución de problemas interpersonales, defendiendo que uno y otro tipo de problemas implican para su solución 5 procesos o fases que se tienen que recorrer de forma secuencial; estas fases son: orientación general, definición de los rasgos principales que definen el problema, generación de alternativas, toma de decisiones y verificación. Este tipo de programas, aunque ha tenido cierto éxito con problemas de tipo psiquiátrico, ha tenido muchas críticas, especialmente en cuanto a la exigencia de

las 5 fases y a la rigidez en su secuencia (González-Leandro y Pelechano, 1996).

Sin embargo, González Leandro y Pelechano (1996), encuentran que el entrenamiento en habilidades interpersonales en los escolares de ciclo medio ha sido eficaz en promocionar algunas de las habilidades de lo que entendemos por competencia social, para ello han elaborado un programa integrado fases más dimensiones, que teóricamente aprovecha las cualidades positivas de ambos, a la vez que intenta profundizar mejor en algunos aspectos de las habilidades interpersonales (González Leandro y Pelechano, 1996).

Para Monjas (en Mesa, 2008), la “habilidad” no es una característica de personalidad sino una conducta, por lo que puede ser aprendida.

Según Curran (1985), existen seis premisas que subyacen al entrenamiento de las habilidades sociales:

- 1) Las relaciones interpersonales son importantes para el desarrollo y funcionamiento psicológico.
- 2) La falta de armonía interpersonal puede contribuir a conducir a disfunciones y perturbaciones psicológicas.
- 3) Ciertos estilos y estrategias interpersonales son más adaptativos que otros estilos y estrategias para clases específicas de encuentros sociales.
- 4) Estos estilos y estrategias interpersonales pueden especificarse y enseñarse.
- 5) Una vez aprendidos estos estilos y estrategias mejorarán la competencia en esas situaciones específicas.
- 6) La mejora en la competencia interpersonal puede contribuir o conducir a la mejoría en el funcionamiento psicológico (Ovejero, 1990, pag. 106).

Por ello, para los programas de entrenamiento, se hace imprescindible crear un ambiente agradable y estructurado, que inspire confianza, estimule la exploración y el descubrimiento, definir los objetivos e implicar a los participantes en el logro, tener expectativas realistas y positivas sobre las posibilidades de las personas y permitir que se expresen, apoyando el autodescubrimiento de las potencialidades y reforzando positivamente el esfuerzo y los logros.

En el programa “RyR” de Ross y, posteriormente, en el Pensamiento Prosocial de Garrido, se insiste en la necesidad de cuidar al máximo el entrenamiento del programa, destacando la importancia de las características de los entrenadores y proponiendo la formación específica de quienes vayan a desarrollar el programa, pues no todo el mundo es apto para la aplicación de este tipo de programas ya que requieren de: Capacidad para relacionarse positiva y empáticamente con los demás, pero sin comprometer las reglas y misión de la institución; Sensibilidad para la dinámica de grupos, que movilice el interés y la actividad a la vez que mantenga la disciplina; Habilidad para enfrentarse al sujeto sin rebajarle o menospreciarle respetando su dignidad y habilidades socio cognitivas (empatía, resolución de problemas, desarrollo de valores adecuados, pensamiento lógico-racional y apertura de ideas), humildad, entusiasmo y profundo conocimiento del modelo cognitivo (López, Garrido y Ross, 2001). Todas estas habilidades en el entrenador proporcionan un ambiente y un clima agradable que favorece el aprendizaje adecuado y eficaz.

En un estudio de Torbay et al (2001), sobre las competencias sociales necesarias en los profesionales asistenciales, desde el punto de vista de los estudiantes, las habilidades básicas (escucha y expresión) y las de autorregulación (autocontrol emocional, auto planificación, autorrefuerzo y tolerancia a la frustración) son las prioritarias en estas profesiones. También autores como McKay, Davis y Fanning, (1995); Goleman, (1997); Dickson, Hargie y Morrow (1997, citados en Torbay et al, 2001) consideran que la competencia social es un requisito fundamental para el adecuado desempeño profesional y, por tanto, en la línea de Ross y Garrido, el profesional que aplica el programa de entrenamiento debe estar cualificado y ser competente socialmente.

Los trabajos de Eisler, Hersen, McFall y Goldstein, a principios de los setenta, son fundamentales en el desarrollo, evaluación e investigación de las habilidades sociales, siendo estos autores, entre otros, quienes empiezan en ese momento a diseñar programas específicos para reducir los déficits en habilidades sociales. De entre estos programas que van surgiendo podemos destacar algunos como: “El Aprendizaje Estructurado”, diseñado y utilizado por Goldstein et al, (1989) y que, además, constituye un elemento más en el programa de compe-

tencia social y pensamiento prosocial, ideado, diseñado y evaluado por Ross et al.

Otra de las razones que nos anima a poner en práctica esta intervención son trabajos como los de Pelechano et al.(1986), quienes a través de un programa de intervención dirigido a escolares de E.G.B. en centros públicos, que presentaban problemas de inhibición comportamental grave, hiperactividad y agresividad obtuvieron resultados muy positivos demostrativos de que estas habilidades pueden entrenarse y por tanto incrementarse (Pelechano, 1996).

Por otro lado, debemos tener presente de cara a la intervención que se habla de dos tipos de modelos procesuales: el isoprocesualista y el heteroprocesualista (Pelechano, 1996). Según el modelo isoprocesualista, los procesos comprometidos en la solución de problemas impersonales y personales son los mismos, (defenderían este modelo autores como Meichembaum y Goldfried) y según el modelo heteroprocesualista se intenta generar programas asentados en los resultados de las pruebas de habilidades (Pelechano 1996).

De alguna manera queremos aglutinar ambas perspectivas en un mismo entrenamiento, con el objetivo de que las personas que participen en nuestro programa se beneficien en mayor medida.

Una de las razones por las que se aplica en nuestro programa de entrenamiento las habilidades cognitivas sociales, como las denomina Ross (en Garrido y Vidal, 1987), es por los resultados que este autor encontró en las diferentes investigaciones que llevó a cabo con sus colaboradores y en las que se ponía de manifiesto reiteradamente que aquellos programas de reeducación que incluían el entrenamiento cognitivo tuvieron éxito, mientras que aquellos que no incluían la intervención cognitiva fracasaron. Estas investigaciones han sido sometidas a un meta-análisis en la Universidad de Colorado por Garrett en 1984, (Garrett, 1985), confirmando plenamente esta conclusión del equipo de Ross.

Otra de las razones, que también esgrime Ross en la aplicación de su programa, es focalizar de otra manera y en vez de centrarnos en lo que no funciona, en lo que se desvía, centrarnos en lo que sí funciona o la normalidad, creemos que es una buena manera de ser innovadores, incluyendo para ello el razonamiento, las expectativas, las atribuciones, la corrección de las distorsiones, las habilidades sociales y el manejo de la ansiedad.

Conociendo el estudio de Shure, Spivack y Jaeger, (1971), en el que entre los niños que crecen en condiciones de pobreza, los mejor ajustados son aquellos que muestran mejores habilidades en planificación, generación de soluciones alternativas a los problemas y en pensamientos medios fines, encontramos una buena razón para justificar la utilización de este programa.

Contamos, además, con los resultados de diferentes investigaciones que recogen la intervención con programas de entrenamiento cognitivos para reducir la impulsividad y la agresividad (Kendall y Braswell, 1985; Meichenbaum, 1977). Algunos de ellos, proponen la combinación de diferentes técnicas de intervención, por ejemplo “auto instrucciones” con “Entrenamiento en Solución de Problemas Interpersonales”, siendo uno de los más conocido el programa “Piensa en voz alta” (Think Aloud) de Camp y Bash (1981), que se elaboró para trabajar con alumnos agresivos y son los profesores los que se encargan de entrenar y evaluar todo el proceso, en el que se combina la auto-instrucción de Meichenbaum y las técnicas de Solución de Problemas Interpersonales de Spivack y Shure. En los primeros resultados se presentaban cambios significativos en la conducta prosocial. Por lo que es factible suponer que la combinación de el “Entrenamiento en Solución de Problemas Interpersonales”, con el “Entrenamiento Dirigido” (coaching), puede contribuir a la elaboración de programas más eficaces (Jiménez, 1994).

Además, parecen existir evidencias de que la duración del entrenamiento, la edad y el desarrollo cognitivo del sujeto, pueden influenciar los resultados de los tratamientos (Cole y Kazdin, 1980). E incluso se sabe, que los procesos cognitivos subyacentes a una mala adaptación, se relacionan con otras variables (prácticas de crianza de los padres) y que, por ejemplo, correlacionan con el mantenimiento y desarrollo de la conducta antisocial (Shure y Spivack, 1978; Patterson, 1980, 1986).

Otra cuestión, también a tener en cuenta a la hora de planificar tratamientos eficaces (Spivack y otros, 1976), son las diferencias evolutivas.

Para Ullrich y Ullrich (1978), (citados en Fernández-Ballesteros y Carrobes, 1987), la asertividad debe englobar cuatro áreas conductuales:

- Permitirse cometer faltas y saber soportar la crítica de los demás.

- Saber expresar exigencias propias, permitirse tener deseos propios y saber llevarlos a la práctica.
- Establecer contactos con otras personas y saber mantenerlos.
- Saber rechazar peticiones ilógicas de los demás sin experimentar a posteriori, sentimientos negativos.

Estos son algunos de los aspectos que hemos tenido en cuenta a la hora de plantear nuestro programa de entrenamiento en competencia social, pues consideramos que en la vida y especialmente a lo largo del desarrollo, necesitamos desplegar todo nuestro arsenal de habilidades para afrontar las diferentes situaciones sociales y personales fruto de convivencia y de la propia vida. Entre otras razones, por que entendemos que las personas con un problema de drogodependencias se van a seguir encontrando con frecuencia con distintas situaciones que requerirán desarrollar un comportamiento habilidoso y sobre todo, asertivo. Entre estas situaciones tendrán que aprender a ser eficaces para hacer frente de forma asertiva y responder adecuadamente a la presión y persuasión, para rechazar el consumo de drogas.

En relación a la ejecución de un comportamiento competente socialmente y, específicamente, ante la expresión de las habilidades sociales y un estilo asertivo de respuesta, existen diferentes formas de entender el porqué algunas personas se muestran más incompetentes en la resolución de problemas interpersonales, basándose en los siguientes modelos explicativos:

*El Modelo de los Déficit*s en habilidades sociales plantea que el fracaso social se explica en base a una carencia importante de comportamientos adecuados en el repertorio conductual de las personas, lo que explicaría el por qué las personas se muestran ansiosas en las situaciones que implican una interacción social, lo que según Trower et al. (Trower, Bryant y Argyle, 1978), entre otros, se debe a una socialización deficiente o a una escasa experiencia social.

Las intervenciones, por tanto, irían encaminadas a la adquisición de las conductas que sean más eficaces en las interacciones sociales, asumiéndose que, una vez se produzcan los cambios conductuales, se van a modificar las actitudes, emociones y cogniciones. Se enfatizan los aspectos positivos

y educativos del tratamiento, enseñando respuestas alternativas más hábiles, que compensen o superen el fracaso anterior.

El Modelo de Discriminación defectuosa considera que las conductas inadaptadas son fruto de la carencia o de un uso erróneo de las habilidades perceptivas y cognitivas, que hacen que se produzcan discriminaciones defectuosas, interpretaciones incorrectas de las distintas señales sociales.

El fracaso social se produce, fundamentalmente por un fallo en la conexión perceptiva, motivacional, motora, cognitiva o en la reacción al mundo social. Los más frecuentes son:

- Errores sistemáticos, como percibir a los demás como más hostiles.
- Estereotipos no exactos o abusivos.
- Errores atribucionales.

A nivel cognitivo señalan:

- Fracaso al evaluar las alternativas.
- Fracaso en discriminar respuestas adecuadas y efectivas.
- Demora en tomar decisiones o no tomarlas.
- No adquirir los conocimientos necesarios para la toma de decisiones.
- Tendencia a la toma de decisiones negativas y al uso de auto instrucciones negativas.

La intervención, por tanto, se dirige a enseñar a percibir, discriminar y traducir adecuadamente las señales sociales y a planificar estrategias para resolver situaciones problemáticas.

El Modelo de Ansiedad Condicionada plantea que parece preciso, en algunos casos muy concretos, la necesidad de abordar la ansiedad de cara a que la persona pueda manifestar conductas sociales adecuadas. Desde este modelo se considera que algunas personas sienten mucha ansiedad generada ante las situaciones que implican una interacción social y al percibirse carentes o carecer de estrategias de afrontamiento no se exponen a las situaciones sociales.

En estos casos, los programas de entrenamiento están encaminados a reducir la ansiedad, como un componente fundamental y que una vez las personas controlan su ansiedad son capaces de exponerse a situaciones de interacción social exitosamente.

El Modelo de Inhibición, donde autores como Linehan (1984), afirman que hay personas que deciden poner en práctica una conducta no asertiva, no porque existan carencias, déficits o inhibición, sino por otro tipo de razones, como creencias, afecto por el otro o simplemente una valoración de las posibles consecuencias que evalúa como no convenientes.

Sobre lo que sí parece existir acuerdo es en que el entrenamiento en habilidades sociales se compone de un conjunto de técnicas, elaboradas a partir de los principios del aprendizaje social, que se centran en la adquisición de comportamientos eficaces, efectivos y eficientes. Considerándose, de forma general, que el entrenamiento puede aumentar sus beneficios si se combina simultáneamente con el control de la ansiedad, la modificación de las evaluaciones cognitivas erróneas y la adquisición de habilidades cognitivas.

Spivack, Platt y Shure (1976), afirman la existencia de una serie de dimensiones racionales en la solución de problemas interpersonales, en los que median una serie de procesos cognitivos que determinarán el que las soluciones a los problemas sociales sean adecuadas o inadecuadas y, que a su vez, van a mediar la calidad de nuestro ajuste social.

Para estos autores, la conducta socialmente habilidosa conlleva tres componentes: Una dimensión conductual (la habilidad), una dimensión personal (las variables cognitivas) y una dimensión situacional (el contexto). Así, la intervención o entrenamiento en habilidades sociales implica, de forma estructurada:

Entrenamiento en habilidades. Se enseñan, practican e integran conductas al repertorio conductual. Tiene sus bases en el Aprendizaje Social y se emplean las instrucciones, el modelado, el ensayo conductual, el feedback y el reforzamiento.

Reducción de la ansiedad. Con el entrenamiento se supone que se produce una disminución al afrontar adecuadamente y con éxito las relaciones interpersonales, pero es conveniente trabajar sucintamente la reducción de la ansiedad con técnicas específicas, como la relajación.

Reestructuración cognitiva. Con el objeto de modificar creencias, valores, pensamientos y actitudes.

Solución de Problemas. Se enseña a percibir, procesar, generar, seleccionar y emitir respuestas, con el propósito de lograr el objetivo con éxito.

Por su parte, Linehan (1984), propone que un programa completo de entrenamiento en habilidades sociales debe integrar habilidades cognitivas, emocionales, verbales y no verbales.

En resumen, Los diferentes programas de entrenamiento en habilidades sociales intentan dar respuesta a necesidades propias de la persona, que pueden devenir originadas por carencias, por problemas asociados a estas carencias, por problemas de percepción o discriminación positiva en relación a posibles resultados y por una evaluación cognitiva inadecuada de las situaciones de interacción social.

En este sentido los diferentes programas de Competencia Social parecen reunir todos los componentes necesarios: habilidades sociales y conducta asertiva; reestructuración cognitiva; desarrollo de habilidades cognitivas de solución de problemas y técnicas de control emocional. A su vez utiliza los elementos y técnicas propios de la Terapia Cognitivo Conductual para un adecuado aprendizaje, ejecución y generalización de las mismas como: Moldeamiento, Ensayo Conductual, Modelamiento y Refuerzo, en la que se realiza la descripción de la habilidad, se practica en Role-Playing, se propone el Ensayo Conductual y se busca la generalización.

Componentes que se recogen de forma estructurada e integrada en nuestro programa específico de entrenamiento en competencia social.

2.4. Habilidades Sociales y Competencia Social en drogodependencias

No cabe duda, que el consumo de drogas está presente en nuestra sociedad desde tiempos ancestrales, pero en la actualidad ha adquirido con más fuerza una función "socializadora", sobre todo en contextos recreativos y al inicio de los consumos, y han devenido en convertirse en un eficaz, rápido y cómodo medio de evitación y escape ante las propias carencias en el afrontamiento de problemas, tanto de índole intrapersonal como interpersonal.

Los consumidores habituales, no sólo sufren un desajuste a nivel personal, sino que también manifiestan cambios importantes en su vida social: la incapacidad de mantener relaciones amistosas, el rechazo y la desconfianza hacia los otros, compor-

tamientos disnómicos hacia la autoridad y desinterés por los valores tradicionales. En cuanto a las relaciones familiares, se observan frecuentes disputas, graves conflictos de relación, abandono de responsabilidades y desestructuración familiar.

En el ámbito laboral aparece, también, una disminución en el rendimiento, absentismo, accidentabilidad y muchos otros efectos negativos (Charro y Martínez, 1995), lo que repercute de forma directa en qué y cómo intentan dar solución a los problemas de índole interpersonal con los que se tiene que enfrentar.

Habla Michelson et al. (1987) de tres estilos de respuestas ante la resolución de problemas y las relaciones interpersonales:

- 1.- El inhibido, de retraimiento social o pasivo, que se caracteriza por el fracaso en la expresión de sentimientos, necesidades y opiniones, produciendo sentimientos de indefensión e incompetencia, que en la vida adulta puede provocar psicopatologías (depresión, ansiedad y angustia, etc.).
- 2.- El Agresivo o de agresión social, que se corresponde a un comportamiento desagradable hacia los demás, agrediendo verbal o físicamente, haciendo burlas, provocando y sobre todo, donde no se toman en cuenta los sentimientos y derechos de los demás. Siendo este estilo el que parece estar relacionado en la infancia y adolescencia con las conductas antisociales y en la vida adulta con el consumo de drogas y otros trastornos psiquiátricos.
- 3.- El estilo asertivo y hacia el que debe orientarse el comportamiento, en el que *"se reconocen las necesidades, sentimientos y derechos, sin violarlos, tanto del que habla como del que escucha y que intenta lograr la solución positiva y mutuamente satisfactoria que intensifique las relaciones a corto y largo plazo. El que habla se expresa de forma que no degrada al que escucha, de forma que no viola o niega sus propios derechos o sentimientos. El tono de una respuesta asertiva es sincero, positivo, no punitivo, justo, considerado, directo, no defensivo, sensible y constructivo"* (Michelson et al., 1987, pag. 68).

Basamos nuestra intervención, en la idea de que la persona que es competente y capaz de mos-

trar ante los problemas de la vida un estilo asertivo de respuesta, no necesitará acudir a conductas como el consumo de drogas para evadirse o solucionar sus problemas.

Una de las razones por las que se aplica el programa de entrenamiento de las habilidades “cognitivo-sociales”, como las denomina Ross (en Garrido y Vidal, 1987), es por los resultados que este autor encontró en las diferentes investigaciones que llevó a cabo con sus colaboradores y en las que se ponía de manifiesto reiteradamente que aquellos programas de re-educación que incluían el entrenamiento cognitivo tuvieron éxito, mientras que aquellos que no incluían la intervención cognitiva fracasaron. Estas investigaciones, que fueron sometidas a un meta-análisis en la Universidad de Colorado por Garrett en 1984, confirmaban esta conclusión del equipo de Ross. (Garrido, 1987; Segura, 2005; Redondo, 2007).

Asentada en el marco teórico del Modelo de competencia social original de White, el llamado Modelo Cognitivo, del cual es proponente Robert Ross y junto a autores como Gendreau (Gendreau y Ross, 1979), Ross y Fabiano, (1985), o Ross, Fabiano y Garrido, (1990), argumentan el uso de las técnicas cognitivas para el tratamiento del comportamiento delictivo ya que existen evidencias de importantes déficits en la autopercepción y la percepción social en este colectivo y la coincidencia de factores con los drogodependientes.

Sin duda, la conducta de consumir droga es una de las presentes en el comportamiento antisocial, junto a robar, mentir, meterse en peleas, etc. y posterior comportamiento delictivo en aquellos chicos y chicas que no logran una modificación de estas conductas por un comportamiento más adaptado y adecuado.

De hecho, desde hace años hay cierto respaldo empírico del modelo de desarrollo social de Hawking, Catalano y Miller (1992), en el que se otorga gran importancia al proceso de socialización y el contexto donde se produce, modelo que aboga por la necesidad de actuar para eliminar factores de riesgo, a la vez que potenciar aquellos factores que hacen que la mayoría de la gente no consuma drogas.

Numerosos estudios ponen de manifiesto la relación entre el consumo de drogas y el comportamiento delictivo (Bartual et al., 2000, Otero-López, Romero y Luengo, 1994), existiendo mayor

probabilidad en los adolescentes consumidores de droga de realizar actividades delictivas (Graña y Muñoz, 2000).

También, se han realizado estudios de la efectividad de los programas de tratamientos de las drogodependencias en relación a la disminución de la conducta delictiva, cuyos resultados apuntan que en promedio los grupos sometidos a tratamiento reinciden menos que los grupos de comparación, aunque con matices en relación al tipo de programa entre otros (Holloway, Bennett y Farrington, 2006). Algunos de los estudios sobre la efectividad de los programas de tratamiento en drogodependencias están basados en programas múltiples (Pearson and Lipton, 1999; Prendergast et al., 2002).

Por otro lado, Ross (1987) afirma que existen evidencias de la utilidad del programa cognitivo para prevenir otros problemas, proponiendo que sea la escuela quién se encargue de potenciar el desarrollo cognitivo temprano como medidas preventivas a la delincuencia, la drogadicción, etc. Sin ir más lejos y pese a la dificultad de evaluar los programas preventivos, Falco (1992, citado en Mesa, 2008), en Estados Unidos, analizó diferentes programas que se realizaban en el medio educativo, para la prevención de la drogodependencia y las conclusiones a las que llega en relación a los programas que se aplicaban, es que de todos los programas, aquellos que se manifiestan con mayor eficacia en la protección de cara a prevenir el consumo de drogas, son aquellos que enseñan a niños y jóvenes a desarrollar competencias sociales. Estas competencias incluían solución de problemas, toma de decisiones y entrenamiento para una conducta asertiva en situaciones decisivas como mostrar desacuerdo y hacer frente a las presiones de grupo (citado en Mesa, 2008). En este mismo sentido ya está en marcha y aplicándose en centros escolares de Cataluña y Canarias un Programa de competencia social, desarrollado por Manuel Segura et al. (Segura, Mesa y Arcas, 1997), quienes iniciaron la puesta en práctica, a través de Calidad Educativa en Canarias, en el que la población diana son los profesores para aplicarlo en las aulas de educación primaria y secundaria y que ha sido, recientemente, objeto de la elaboración y defensa de la Tesis Doctoral “Ser persona y relacionarse bien” (Mesa, 2008).

Autores como Caballo (1995), Echeburúa (1994), Graña (1994), Ross y Fabiano (1987), Segura et al.(1998), etc., dedican una especial

atención a la necesidad de aplicar programas de entrenamiento en habilidades sociales en la intervención con drogodependientes y considerando que la percepción, en este sentido, de los autores, convergen con nuestro convencimiento, de que realmente son imprescindibles dentro de la intervención terapéutica, así como fundamental en la prevención y promoción de la salud, podemos encontrarlos que dentro de los Proyectos que configuran el Plan de Prevención de la Asociación de Cooperación Juvenil San Miguel (ACJ SAN MIGUEL), existía específicamente el Programa de Entrenamiento en Competencia Social que, se desarrollaba (entre otros) en el ámbito educativo, dirigido fundamentalmente a estudiantes de secundaria y BUP, con resultados bastante alentadores; y en los Programas de Asistencia e Incorporación Social, en los que hemos participado y que hemos ido aplicando desde hace varios años, en la intervención con internos drogodependientes en tratamiento en un módulo libre de drogas: Proyecto Fénix (Programa gestionado por la ACJ SAN MIGUEL, desde febrero de 1992 a septiembre de 1996), con internos en el Programa de Mantenimiento de Metadona (co-gestionado por la ACJ SAN MIGUEL y el Equipo Médico del Centro Penitenciario de Tenerife, desde febrero de 1997 hasta septiembre de 1999), con resultados contrastados muy relevantes, en el programa de competencia social desarrollado con internos que participaron en el Programa Educativo Integral de Reinserción Social (Martín y Hernández, en López, Garrido y Ross, 2001) y, también, en una valoración más cualitativa e individualizada desde la praxis clínica.

Platt y Hermalin (1989) investigaron sobre cuáles eran los principales déficits que presentan los drogodependientes y encontraron que los más significativos eran los relacionados con las habilidades cognitivo-conductuales. Para mejorarlas, ellos proponen y desarrollan un programa de Competencia Social, que capacitaba a los drogodependientes para el manejo de situaciones interpersonales, para la resolución de conflictos y para la toma de decisiones, por medio del entrenamiento en habilidades cognitivas, fomentando el pensamiento causal, el alternativo, el secuencial, el medios-fin y el de perspectiva.

Una vez recibían el entrenamiento, informaban de los resultados en los que los drogodependientes aumentaban su ajuste social y conseguían mantener relaciones interpersonales que los protegían

frente a las situaciones de alto riesgo relacionadas con el consumo.

Garrido (1997) confirma que la mejora en el funcionamiento cognitivo del delincuente, puede ser un factor esencial para su rehabilitación y puede servir como medio efectivo de prevenir la delincuencia. Pero afirma que los delincuentes no son los únicos en presentar déficits cognitivos. A lo largo de estos últimos años se ha comprobado que los déficits cognitivos, en las atribuciones, en la auto-evaluación, en las expectativas y en la comprensión del mundo, van asociados a una gran variedad de problemas: alteraciones de conducta y problemas emocionales en niños, desadaptación en adolescentes, alcoholismo y otras drogodependencias (Ross y Lightfoot, 1987, citado en Garrido, 1997).

En relación a la Asertividad y consumo de drogas, Rhodes y Jason (1990) concluían en un estudio, que el consumo de drogas está en relación con la baja asertividad y, aunque, en otros estudios recientes esta relación asoma débilmente, Gustafson y Kalmén (1996), encontraron que puntuar alto en la asertividad social y bajo en la asertividad en relación con las sustancias, están presentes en los jóvenes con más riesgo de consumir. De tal forma que aquellos jóvenes que consumen alcohol y que antes de consumir puntuaban alto en asertividad, posteriormente al consumo puntuaban bajo; mientras que los jóvenes que puntuaban bajo antes de consumir alcohol, una vez consumían aumentaban su puntuación en asertividad.

En un estudio de Martínez-Lorca y Alonso Sanz (2003), encontraron múltiples relaciones significativas entre la asertividad relacionadas con las sustancias (probabilidad de decir no) y el consumo de sustancias, siendo los más asertivos los que menos consumen drogas.

Por otro lado, los jóvenes diagnosticados de fobia social, describen el consumo de drogas como una vía de escape que les compensa su elevado grado de ansiedad ante las relaciones interpersonales (Sonntag et al, 2000).

Diferentes investigaciones han puesto de manifiesto que los adolescentes más prosociales, asertivos y socialmente habilidosos son menos proclives a manifestar conductas de riesgo para la salud, como el consumo de drogas legales e ilegales (Martín-González et al., 2003; Sussman et al., 2004; Inglés et al., 2007). En este sentido, Trianes y Fernández-

Figarés (2001), señalan que el desarrollo del comportamiento prosocial se sitúa de forma clave en la adolescencia temprana, momento en el que evolutivamente se interiorizan las reglas y normas que marcan las relaciones y el valor de ayudar a los demás. Mestre et al. (2002), en una investigación con más de 1200 adolescentes, aprecian que la empatía y el pensamiento en perspectiva aparecen como el elemento principal en facilitar la conducta prosocial e inhibir la conducta agresiva e impulsiva. Resultados que nos llevan a pensar en la importancia del desarrollo de la empatía y concretamente de la capacidad de desarrollar el pensamiento en perspectiva en nuestros usuarios, entre otras razones, porque al inicio de la adolescencia muchos de los drogodependientes ya se habían iniciado en el consumo de drogas y por tanto se inician en las conductas propias del comportamiento antisocial.

Becker (1974), resalta la importancia de los déficits en los procesos de toma de decisiones en relación con las investigaciones sobre la etiología del abuso de sustancias.

Otro de los factores asociados al consumo es la falta de comunicación y el clima familiar conflictivo, sobre todo entendiendo que la comunicación facilita las relaciones sociales, evita el aislamiento y permite la expresión positiva de sentimientos (Elzo, Lindon y Urquijo, 1992; Macía, 2000).

Torbay, Heras y Marrero (2003), realizaron un estudio de las necesidades socio-personales que perciben los drogodependientes en tratamiento en diferentes recursos asistenciales de Tenerife y posteriormente evalúan si perciben cambio en relación a su participación en un programa de Crecimiento Socio-personal (PIELE y PIECAP, de Hernández y García). Desde la propia perspectiva de los drogodependientes en tratamiento, estos priorizan sus necesidades en el área personal, seguida del área social y finalmente en área familiar (Torbay, Heras y Marrero 2003). En relación a sus necesidades personales en: *generar estrategias de afrontamiento personal*, seguida de *superación de miedos y tristeza*, en menor medida plantean la *tolerancia a la frustración*, el tener proyectos en la vida o *autorrealización* y en la última categoría aparece las necesidades referidas al *autoconcepto* y *la autoestima*.

En la categoría de estrategias de afrontamiento personal, los usuarios plantean necesidades como: falta de estrategias para la búsqueda de información,

alternativas para salir de la monotonía, evitar responsabilidades y afrontar las influencias de los amigos. También sufrimiento emocional y dificultades para prevenir las consecuencias del consumo.

Los drogodependientes, en la categoría de *amistad y relaciones interpersonales* es donde manifiestan un mayor índice de necesidades sociopersonales y expresan mayoritariamente, la falta de confianza que tienen en los otros, la falta de apoyo afectivo que reciben y la escasez de amigos. En cuanto a sus familias, necesidad de apoyo y atención, independencia familiar, falta de empatía hacia la familia y necesidad de comunicación. Tras la aplicación del programa de intervención, según informan los participantes: ahora se sienten más alegres (65%), ven más cosas buenas en sí mismos (65%), comprenden que hay cosas que no pueden conseguir (70%), sienten más que son capaces de hacer las cosas por sí mismos (85%) y son más felices, pero sin embargo en las relaciones interpersonales se ven con un peor funcionamiento (Torbay, Heras y Marrero, 2003).

Por ello, una de las razones por la que consideramos importante desarrollar programas que fomenten la Competencia Social, con todos los elementos de los que hemos hablado y, que de forma resumida, se concretarían en el desarrollo de: habilidades sociales, control emocional y valores, es porque creemos que las personas competentes socialmente tienen mayor calidad de vida y son capaces de vivir sus vidas con mayor ajuste y, ¿por qué no utilizar el término de felicidad?, manifestando un mayor grado de felicidad. De hecho, en un estudio de Argyle y Lu (1990), en el que evaluaron diversas medidas de competencia social correlacionaron con las puntuaciones totales en una escala de felicidad elaborada por Argyle y Lu (1990), tomadas al mismo tiempo.

El estudio de Argyle y Lu (1990), mostraba una correlación positiva entre una medida de competencia o uno de los factores de asertividad (probabilidad de respuesta) como predictor de la puntuación total de felicidad (Argyle y Lu, 1990).

Quizás una interpretación de estos datos, junto a la proliferación de trabajos en relación a la psicología positiva, podría apuntar hacia que las personas competentes socialmente, al disponer de mayores recursos personales y sociales, viven una vida más plena y positiva, pues resuelve de forma posi-

tiva sus conflictos y problemas intra e interpersonales con mayor eficacia.

En resumen, el problema de la drogodependencia tiene una perspectiva de solución positiva, desde el planteamiento de mejorar la competencia social ya que promueve conductas más adaptadas y un crecimiento en valores más prosociales y que dotan de un bagaje de recursos personales que suscitan respuestas más eficaces y efectivas ante los acontecimientos de la vida. Tienen más sentido, si cabe, si queremos cambiar el rumbo de los acontecimientos

y facilitar el cambio hacia una sociedad más habilidosa en la resolución de sus conflictos y problemas interpersonales y donde la droga no sea la excusa o el medio para intentar lograr estos objetivos. En este sentido esperamos que nuestro trabajo de respuestas a las expectativas de que todo se puede mejorar y los cambios son posibles, si atribuimos correctamente las causas y consecuencias de nuestros actos, generamos diferentes alternativas a las situaciones de riesgo y planificamos la consecución de nuestros objetivos y tomamos en cuenta otras perspectivas.



3

Drogodependencias

- 3.1. Conceptos y contextualización
 - 3.2. Evaluación de las drogodependencias
 - 3.3. Tratamiento de las drogodependencias
 - 3.3.1. Atención a las drogodependencias
 - 3.3.2. Recursos de Atención a las drogodependencias
 - 3.3.2.1. Centros de Día
 - 3.3.2.1.1. Centro de Día "Cercado del Marqués"
 - 3.3.2.1.1.1. Programa de Actividades
- 3.4. Resumen





3.1. Conceptos y contextualización

El consumo de drogas ha existido en nuestra cultura y, en otras, desde tiempos remotos, aunque lo que ha llevado a considerar a la drogodependencia como un fenómeno social y sanitario necesario abordar, es el hecho de que cada vez se ingieren sustancias de forma más precoz en concordancia con fenómenos culturales diferentes, con estilos de vida no necesariamente marginales o de rebeldía ante el sistema de valores predominante, pero sobre todo, cuando la drogodependencia dejó de ser característica casi exclusiva de la clase social baja y económicamente deprimidas y traspasó a las clases sociales medias y altas (Echeburúa, 1994). Según Becoña (2003), existen otras razones de índole comercial, políticas, económicas que han contribuido a los cambios en los valores sociales y, hoy por hoy, constituye un problema de alta prevalencia, alta incidencia y con muchos problemas relacionados con la salud, además de una importante morbilidad y mortalidad entre los consumidores (Becoña, 2003). La drogodependencia se ha convertido en los últimos años en un auténtico problema de Salud Pública, donde se ven afectados distintos elementos sociales y de una repercusión social, sanitaria y económica importante en relación a las consecuencias que genera.

Por droga, según una primera aproximación y atendiendo a la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS), entendemos “toda sustancia que introducida en el organismo vivo, puede modificar una o más funciones de éste” (Kramer y Cameron, 1975, p. 13), en la misma línea pero definiendo droga de abuso, podemos escoger la definición de Schuckit (2000, pag. 4): “cualquier sustancia que tomada a través de cualquier vía, altera el

estado de ánimo, el nivel de percepción o el funcionamiento cerebral”.

Por drogodependencia y, siguiendo lo que Becoña recoge como definición más actualizada aportada por la OMS, se entiende “*el estado de intoxicación periódica o crónica producida por el consumo repetido de una droga y caracterizado por: deseo recurrente de continuar consumiendo y deseos de obtenerla por cualquier medio, tendencia a incrementar las dosis, dependencia física y psíquica, con síndrome de abstinencia ante la retirada de la droga y efectos nocivos tanto para el individuo como para la sociedad*” (Becoña, 2003, pág. 21).

El diagnóstico de drogodependencia, en el DSM-IV-TR, se define como “*un patrón desadaptativo de consumo de sustancias que conlleva un deterioro o molestar clínicamente significativos, expresado en al menos tres de los siguientes criterios y por un periodo continuado de 12 meses. Entre estos criterios se incluyen: (1) la tolerancia; (2) abstinencia; (3) la sustancia es tomada por más tiempo o cantidad que se pretendía inicialmente, (4) deseo persistente o esfuerzo infructuoso por controlar el consumo, (5) empleo de mucho tiempo en actividades para obtener, consumir o recuperarse de los efectos de las sustancias, (6) reducción de actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo y (7) se continúa consumiendo a pesar de las consecuencias adversas.* (DSM-IV-TR, American Psychiatric Association, 2000, pág. 224)

Además, se añaden aspectos relacionados con cambios en la conducta, trastornos incapacitantes que afectan tanto al consumidor en su esfera física, personal, familiar, laboral y social, en relación a los

síntomas característicos como son: la intoxicación, la tolerancia, la dependencia, el síndrome de abstinencia y, también incluye criterios diagnósticos para algunos fármacos y tóxicos. (DSM-IV-TR, American Psychiatric Association, 2000).

Graña (2001), define la drogodependencia como un hábito sobreaprendido que se caracteriza por un estilo de vida centrado en la búsqueda y autoadministración de drogas y unas consecuencias negativas a nivel personal, social, familiar, fisiológico, etc. (Graña, 1991). Además añade, (y desde el aprendizaje social), la necesidad de considerar distintas fases para analizar un hábito adictivo. Especificando dos fases: a) fase de adquisición, que se refiere a las condiciones socio-ambientales y personales que están presentes en el momento en que un individuo se inicia y continúa con el desarrollo de un hábito adictivo. Por ejemplo, en la adicción a la heroína, la curiosidad personal, la disponibilidad de la droga en el barrio, la presión del grupo de iguales, etc., pueden inducir a un sujeto a iniciarse y continuar con el consumo de la heroína; b) fase de mantenimiento, que se refiere a las condiciones actuales en que se desarrolla un hábito adictivo (Graña, 2001; Marlatt y Gordon, 1985).

Partiendo de algunos de los conceptos básicos de los que se han ido haciendo mención y para poder centrar el problema, nos encontramos que la drogodependencia está reconocida como enfermedad crónica, progresiva y recidivante, lo que viene a indicar, que una de las peculiaridades de la propia "enfermedad", son las continuas recaídas y, estas, también se constituyen en un elemento fundamental en el abordaje de la problemática, a lo largo del proceso de tratamiento.

Actualmente el fenómeno de las drogodependencias sigue siendo un auténtico caballo de batalla y es considerado como uno de los problemas de salud pública más importante, teniendo en cuenta que el consumo de drogas más extendido y que más gasto ocasionan a la sanidad pública es el consumo de las drogas legales, inicialmente con el alcohol y el tabaco, pero al que se le empieza a sumar el consumo abusivo de psicofármacos. Además, los comportamientos de riesgo con el consumo de drogas, especialmente de las drogas ilegales, han derivado en otros problemas (delincuencia, accidentes, violencia intrafamiliar, etc.) y enfermedades como el SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida), las hepatitis (A,B,C), la tuberculosis, cardiopatías,

etc. Todo ello, hace necesaria la intervención tanto a niveles preventivos como asistenciales.

En la actualidad y junto a lo ya comentado, está emergiendo con mucha fuerza, otro problema sobreañadido, la manifestación de patologías psiquiátricas comórbidas, en lo que se han dado en llamar, desde la literatura científica y desde el abordaje clínico: *patología dual*.

En cualquier caso, el consumo y abuso de drogas conlleva tres factores desencadenantes de la adicción o dependencia y que se combinan para generar el proceso adictivo, son: Las características farmacocinéticas de la sustancia (teniendo en cuenta que ciertas sustancias tienen más capacidad adictiva que otras, a la vez que cada persona tiene un predilección por unas sustancias u otras en función de los efectos de las mismas); el entorno socio-cultural y medioambiental (en el que se ponen de manifiesto variables asociadas al consumo de droga y que han sido bien descritos en aquellas investigaciones que hablan de factores de riesgo y factores de protección; los valores presentes en un determinado entorno social acerca del consumo de drogas y los estilos de vida asociados a la presencia de drogas) y las características y rasgos de personalidad (que aunque de manera individualizada y dependiendo de los recursos personales, habilidades, etc., van a ser determinantes en conjunción con las tres anteriores en precipitar el proceso adictivo si se consumen las drogas). Pero sobre todo, implica a los procesos de aprendizaje a los que han sido sometidas las personas a lo largo de su desarrollo evolutivo (Echeburúa, 1994; Madden, 1981).

La drogodependencia, como fenómeno social, cultural y sanitario, tiene su mayor momento clave en cuanto al consumo, en los ciclos tempranos de la vida, situándose las primeras experiencias con las drogas, en forma de consumos experimentales y, generalmente, en el entorno de los iguales, en la adolescencia. Por lo que es importante tener presente las características madurativas y de desarrollo físico, psicológico y social, de esta etapa evolutiva del adolescente y cómo pueden evolucionar a partir de aquí.

Algunas de las características más comunes en los drogodependientes, hace referencia a su forma de pensar, que suele caracterizarse por una distorsión acentuada de la realidad, una capacidad cada vez más mermada para hacer frente a las emocio-

nes negativas y las frustraciones cotidianas, un empobrecimiento de las estrategias de afrontamiento, llegando a convertirse la droga en la única vía posible y plausible para la persona drogodependiente de hacer frente a las posibles situaciones que pueden generarle alguna fuente de estrés (Echeburúa, 1999).

Dentro de las características de personalidad, también podríamos hacer mención a la vulnerabilidad psicológica de los drogodependientes, que afecta a diferentes aspectos relevantes como la impulsividad, la búsqueda de sensaciones, déficits en la autoestima, intolerancia a estímulos no placenteros, estados de ánimo disfóricos, deterioro en las relaciones interpersonales, estilos de afrontamiento inadecuados ante las dificultades y escasas habilidades competenciales, entre otras (Caballo, 1995; Echeburúa, 1994, 1999; Graña, 1994).

Así Hurrelmann (1997), por ejemplo, señala que el estrés en la adolescencia correlaciona con el fracaso escolar, conducta social desviada, delincuencia, integración en grupos de iguales desviados, consumo de drogas y baja autoestima.

Como señalábamos anteriormente, el consumo abusivo de drogas suele iniciarse en la adolescencia, coincidiendo con cambios importantes en el aspecto físico, psicológico y social, interfiriendo en el desarrollo evolutivo, en el desarrollo de la personalidad, alterando los vínculos y las relaciones familiares y, sobre todo, con alteraciones en el ámbito de las relaciones interpersonales, impactando en el rendimiento escolar, social y laboral.

Desafortunadamente, también le acompaña una realidad de contexto, donde existe una clara promoción del consumo y se refuerzan los valores consumistas y en la que, además, se relaciona ocio y pasarlo bien con el consumo de drogas, lo que desde la literatura especializada y el ámbito preventivo se conoce como consumos en contextos recreativos. Esto junto a la escasa percepción de riesgo (Megias y Elzo, 2006), suelen ser variables de gran relevancia para explicar el consumo o no de una sustancia psicoactiva en adolescentes.

En este sentido, Becoña (2003, 2007), apunta que las personas vamos tomando decisiones en función de las consecuencias positivas que prevenimos vamos a obtener y, por tanto evitaríamos tomar aquellas decisiones sobre hacer o no hacer si se anticipan las consecuencias negativas. Pero, en el

caso del consumo de drogas, tanto la concepción que se tiene sobre las drogas y, que depende tanto del uso, como de las creencias y de la propia construcción social sobre la sustancia, junto a la escasa percepción de riesgo, van a influir sobre la decisión que muchos adolescentes toman para consumirlas.

Por ello, en los programas destinados a la prevención se recomienda, como aspecto de gran relevancia proporcionar información correcta y tener siempre presente que el objetivo de una persona es tener las suficientes habilidades para enfrentarse adecuadamente al mundo circundante y tener una buena adaptación en el mismo.

El consumo de drogas no suele ir solo, sino unido a otras conductas desviadas, antisociales o consideradas problemáticas socialmente (Becoña, 2003; Graña, Muñoz-Rivas y Andreu, 2000). Por ello, detectar a los adolescentes vulnerables a este tipo de problemas es muy importante para el propio futuro de los y las adolescentes, como para la sociedad en general.

En esta misma línea, Becoña (2003), señala la importancia de intentar mejorar las condiciones en busca del bienestar social (por ejemplo, aumento de las oportunidades, escuelas más competentes, etc.), a nivel biológico (un seguimiento periódico y acceso a la sanidad que prevengan enfermedades y otros problemas de salud) y, en el ámbito psicológico (pautas educativas y de crianza adecuadas, mejorar la comunicación y la interacción con la familia, un desarrollo positivo de la afectividad; posibilitar el desarrollo de las capacidades en los chicos y chicas y favorecer la expresión de opiniones, preservar la salud mental, etc.) para prevenir el consumo de drogas en la población y particularmente en los adolescentes.

Bayés, (1991); Becoña, (2007); Becoña y Oblitas, (2006); Echeburúa, (1994; 1999); Graña, (1994), entre otros, apuntan a varios factores que hacen que las personas no se comporten saludablemente y opten por el consumo de drogas: el carácter placentero y reforzante de las propias sustancias, así como a la inmediatez de sus efectos; la no contingencia en el tiempo entre consumo de drogas y la aparición de enfermedades en su estado clínico diagnosticable, o en la manifestación de las consecuencias más adversas; el hecho de que mientras las conductas no saludables proporcionan siempre, o casi siempre, una satisfacción real e

inmediata, la aparición de enfermedades o de otros efectos nocivos se perciben como remotas y poco probables; el convencimiento del poder sin límites de la medicina y de su tecnología para solucionar cualquier problema que podamos llegar a padecer; por el sistema cultural, que a través de distintas creencias y por su arraigo suele mantener y justificar prácticas no saludables, pero consideradas socialmente correctas (como por ejemplo el abuso de alcohol en las celebraciones, etc.) y por último, el cambio se produce como un proceso cíclico y lento más que rápido y lineal, en muchos casos caracterizado por la recaída.

Estas son algunas de las razones, de porqué muchos adolescentes no ven los problemas que pueden causar las distintas drogas o las conductas de riesgo que realizan a corto plazo (Becoña, 2003).

En relación al inicio y posterior mantenimiento de las drogodependencias, muchos autores hablan y han investigado sobre los diferentes factores de riesgo que sustentan las drogodependencias, así como sobre los factores de protección, que evitan o minimizan las posibilidades de que se produzca la adicción.

Aunque se han descrito numerosos factores de riesgo relacionados con el inicio y mantenimiento de las drogodependencias (Costa, Jessor y Turbin, 1999; Jessor et al, 1995; Félix-Ortiz y Newcomb, 1999; Muñoz-Rivas et al., 2000; NIDA), parece que no todos los factores de riesgo son para todas las drogas, así por ejemplo Graña y Muñoz-Rivas (2000a), encuentran que los factores en el consumo de drogas legales no son los mismo que para el de las drogas ilegales; aunque coinciden con Hawkins, Catalano y Miller (1992) en que el número de factores de riesgos presentes hacen a la persona más vulnerable. Kandel y Jessor (2002) apuntan además a la "*puerta de entrada*" en una secuencia jerárquica en lo que en el ámbito clínico se conoce como fenómeno de escalada (Donovan y Jessor, 1983; Graña, 1994; Kandel, 1975; Kandel y Yamaguchi, 1993; 1999; Plan Nacional Sobre Drogas, 2006 y Vargas y Trujillo, 2006), donde el consumo de drogas legales precede al consumo posterior de las drogas ilegales.

Dentro de los factores de riesgo, algunos tienen mayor peso predictivo y a su vez mayor importancia, como es la edad de inicio en el consumo, que

en España se sitúa (para drogas legales) según los últimos datos del PNSD sobre los 13-14 años (PNSD, 2007). De hecho el consumo antes de los 15 años es un potente predictor del posterior abuso de drogas (Elzo, 1989, Megias y Elzo, 2006); también el estar expuestos a modelos de consumo (Becoña, 1999; Muñoz Rivas, Graña y Cruzado, 2000; Pons, Berjano y García, 1996); el fracaso escolar (Jessor, 1976) y, otros factores de riesgo que parecen predecir el consumo de drogas en las niñas son la timidez y la agresividad (NIDA, 1997).

En relación a la presencia de factores de riesgo, también existen investigaciones sobre aquellos chicos y chicas que no consumen drogas, es decir, que ofrecen una resistencia positiva al consumo de drogas pese a que crecen en un medio desfavorable, es lo que se conoce como el fenómeno de la Resiliencia (Becoña, 2003; Botvin y Botvin, 1994; Rutter, 1979), que consideran que el hecho de que estos niños y niñas en condiciones de alto riesgo no sucumban al consumo obedece a los principios del modelo de competencia (Burchard y Burchard, 1987).

Así mismo y en relación a los factores de protección, (aquellos que modulan y minimizan las probabilidades de consumo), varios autores como Jessor et al (1995) y Hawkins, Catalano y Miller, (1992), consideran que el apego familiar, que requiere de habilidades comunicativas, es un factor de protección en cuanto facilita el aprendizaje de habilidades necesarias para relacionarse con los demás, al igual que la religiosidad, no tanto por la religiosidad en sí, sino en cuanto a que favorece y potencian las relaciones sociales (Graña, Muñoz Rivas y Andreu, 2000; Pico y Firzpatrick, 2004).

Si bien dentro del repertorio conductual propio de la adolescencia, se encuentran la experimentación y probar las drogas, no significa que todos los adolescentes que prueben las drogas terminan siendo drogodependiente, recordemos que para ello es necesario que se produzca una confluencia de factores (de los que ya hemos hablado) que precipiten el proceso adictivo; aunque sí es cierto que aquellos adolescentes que consumen de forma experimental tienen más probabilidades de desarrollar la drogodependencia si se dan una combinación de factores de riesgo y escasean los factores de protección.

Una vez que el problema empieza a ser serio, en relación a la percepción de control y a las con-

secuencias, cuando la persona acude a solicitar ayuda, es cuando podemos diagnosticar el problema como drogodependencia, siguiendo los criterios diagnósticos propios de DSM IV-TR. Desgraciadamente cuando esto ocurre suele haber transcurrido suficiente tiempo para que se haya instaurado hábitos perniciosos para la salud y se ha iniciado la cronificación del problema, que también van a depender de factores como tipo de droga, cantidad, frecuencia, grado de deterioro, tiempo transcurrido desde el inicio, recursos personales, otro tipo de problemas asociados, soportes sociales, entre otros.

Todo esto, ha contribuido a que los profesionales que trabajamos en esta problemática nos centremos en buscar estrategias, técnicas e instrumentos que nos ayuden a diseñar y planificar programas eficaces y eficientes para actuar de forma preventiva. Aunque nuestro principal objetivo cuando una persona demanda ayuda por un problema de drogodependencias es investigar, diseñar, planificar y aplicar tratamientos asentados en modelos teóricos experimentados y eficaces, encaminados a lograr cambios significativos y duraderos en el estilo de vida y, sobre todo, en las estrategias de afrontamiento que despliegan en la cotidianidad las personas con problemas de drogodependencias.

En este sentido uno de los Modelos que se ha erigido como uno de los más efectivos en el tratamiento de las adicciones, es el Modelo Cognitivo-Conductual (Caballo, 1993; Graña, 1994, 2001; NIDA, 2005, 2007; Secades-Villa, 2007), basado en las Teorías del Aprendizaje. En la línea del Modelo Cognitivo Conductual y aplicando las técnicas basadas en las Teorías del Aprendizaje Social, Marlatt y Gordon (1985) idearon el Programa de Prevención Recaídas, para afrontar uno de los principales hándicaps en el tratamiento eficaz de las drogodependencias: las recaídas.

Como adelantábamos, iniciado el tratamiento, uno de los elementos que hay que gestionar adecuadamente son las recaídas, que de lo contrario puede suponer una vuelta al consumo y en la mayoría de las ocasiones al estilo de vida anterior, propio de las drogodependencias.

En la concepción que de recaída aportan en su Modelo de Prevención de Recaídas Marlatt y Gordon (1985), ésta no es vista como un fracaso, sino como una herramienta de aprendizaje. El “resbalón” o lapsus, que se corresponde con un consumo pun-

tual, se utiliza para analizar los factores que lo precipitaron y en base a ello, preparar en el futuro una estrategia más adecuada de enfrentamiento a las situaciones de riesgo. Mientras que la recaída en sí supone la elaboración y planificación, responde, por tanto, a un proceso más elaborado.

Según Echeburúa (1994), los episodios de recaída aparecen frecuentemente asociados a las mismas tres situaciones de alto riesgo: estados emocionales negativos, conflictos interpersonales y presión social. En relación a los estados de ánimo negativo, Graña (1994), señala que el deseo de consumo, por ejemplo en el caso de la heroína, puede incrementarse por una enfermedad, sentimientos de soledad, culpabilidad, ira, celos u otros estados afectivos similares. Por tanto la recaída, también, puede desencadenarse por procesos afectivos aparentemente irrelevantes que parecen ser independientes de la adicción.

En el caso de la recaída, parece posible que estímulos relacionados con la recompensa, vuelvan a adquirir sus propiedades de incentivo una vez que hayan disminuido después de la extinción. Esto, si lo relacionamos con lo que Graña (1994) señala como una posible respuesta de “equilibrio homeostático”, donde el organismo tiene la necesidad imperiosa de obtener sensaciones específicas, en las que se desplace el aburrimiento, la depresión, la ansiedad, u otros estados y/o conductas desagradables por otras sensaciones más placenteras y reforzante, que despiertan un estado afectivo positivo, es por lo que y ante estados emocionales desagradables o displacenteros, se generan mayores posibilidades de que se produzca una recaída, una vez el drogodependiente ha abandonado el consumo e inicia y/o intenta mantener abstinencia.

También en el caso de las recaídas, las investigaciones apuntan a la importancia de los conflictos interpersonales como un factor de riesgo importante, no solo al inicio de la drogodependencia, sino que estará presente en todo el proceso que conlleva el mantenimiento y, también en las recaídas.

Es más, se ha demostrado (Rhodes y Jason, 1990; Gustafson y Kalmén, 1996; Martínez-Lorca y Alonso Sanz, 2003) que los drogadicictos afrontan a menudo las situaciones interpersonales por medio del consumo de drogas, en vez de manifestar una conducta asertiva. De este modo, aquellas personas que tienen pequeños o moderados problemas de

abuso de drogas pueden ser habilidosas en otras situaciones, pero pueden ser incapaces de resistir la presión de los iguales para la ingesta de drogas. Otras investigaciones han puesto también de manifiesto que los adolescentes más prosociales, asertivos y socialmente habilidosos son menos proclives al consumo de drogas legales e ilegales (Martín-González et al, 2003; Sussman et al, 2004; Inglés et al, 2007).

En este sentido, por ejemplo, se relaciona el consumo de alcohol con las expectativas de eficacia frente a las relaciones interpersonales. Indudablemente, si hay un elemento que aparece desde siempre, en la literatura y en las investigaciones de una forma constante en relación al consumo de drogas, es la relación entre asertividad y consumo de drogas.

Por tanto, en la planificación del tratamiento debe contemplarse como un elemento imprescindible a abordar para lograr cambios significativos en el estilo de vida del drogodependiente.

Tradicionalmente, el cambio o modificación en las conductas adictivas se ha entendido como el pasar de un estado activo en el consumo a uno de no consumo o de abstinencia estable y en el caso de las actividades a un estado de no realización de la misma (Graña, 1994). Pero diversos trabajos e investigaciones (Brownell, Marlatt, Lichtenstein y Wilson, 1986; Horn, 1976; Prochaska, Diclemente y Norcross, 1992; Rosen y Shipley, 1983), han puesto de manifiesto que el cambio intencional de una persona no fluctúa entre el todo o la nada, sino que cubre un abanico de posibilidades desde el momento en que la persona empieza a darse cuenta del problema hasta llegar al punto de que ese problema deje de existir y en medio se irán estableciendo diferentes fases o etapas. Desde esta perspectiva, se fundamenta la elaboración de un modelo teórico que explicaría el porqué y el cómo del cambio. Uno de los modelos teóricos de cambio más conocido y constatado es el Modelo Transteórico de Cambio de Prochaska y Diclemente y es el que en sus últimas formulaciones, logra un mayor grado de descripción y explicación a nivel empírico, además de un alto valor predictivo sobre el proceso de cambio en el ámbito de las conductas adictivas.

El modelo Transteórico de cambio, es un modelo tridimensional que permite tener una concepción global y diferenciada del proceso de cambio en las

conductas adictivas, distinguiendo entre: estadios, procesos y niveles de cambio (Prochaska, Diclemente y Norcross, 1992).

Los estadios, representan la estructura temporal de cómo evolucionan los cambios y serían cinco:

- 1.- *Precontemplación*, se caracteriza como un estadio en el que se carece de consciencia de problema y por tanto no hay motivación para el cambio, el adicto no actuará para modificar su situación; Normalmente, son las personas de su entorno las que empiezan a darse cuenta del problema e intentan convencerle de que busque ayuda.
- 2.- *Contemplación*, empieza a haber una valoración de la posible existencia de un problema, la persona empieza un análisis de riesgos y ventajas, apareciendo la ambivalencia ante el cambio. En muchos casos, la persona drogodependiente se da cuenta de que quiere pero no puede mantener sus objetivos en relación al consumo y/o la abstinencia.
- 3.- *Preparación o determinación*: la persona está preparada para adoptar un compromiso con la acción, hay una decisión para dar los pasos y detener el comportamiento problemático, aunque todavía hay cambios necesarios que no se han producido.
- 4.- *Acción*. El grado de compromiso es mayor y se inician y se lleva a cabo el plan de acción y se mantiene al menos, desde 15 días a seis meses.
- 5.- *Mantenimiento*. Una vez que se ha adoptado el compromiso de cambio, este se sostiene en el tiempo, al menos durante seis meses. Con cambios en otros aspectos del estilo de vida. Los comportamientos se afianzan y las recaídas son menos frecuentes o de menor intensidad. (Prochaska, Diclemente y Norcross, 1992).

Además de los estadios, Prochaska y Diclemente, (Graña, 1994; Santos Diez, et al, 2001), identificaron diez procesos básicos de cambio, que serían los necesarios para un cambio en intenciones, actitudes y conductas y serían:

- 1.- *Aumento de la concienciación*. Donde se incrementaría la información acerca de los problemas asociados al consumo y las ventajas de modificar la conducta.

- 2.- *Auto-re-evaluación*. Hace referencia a la evaluación y valoración afectiva y cognitiva que se hace del impacto de la conducta adictiva sobre los valores y la forma de ser de la persona, así como una valoración positiva sobre los efectos de cambiar de conducta y abandonar el consumo.
- 3.- *Re-evaluación ambiental*. Donde se evalúa el estado de las relaciones interpersonales y se reconoce el beneficio que a las mismas le hace el cambio de conducta, tanto a nivel familiar como amistades.
- 4.- *Relieve dramático*. Es la experimentación y expresión de diferentes reacciones emocionales originadas por el “darse cuenta” de las consecuencias o aspectos negativos asociados al consumo o conducta adictiva.
- 5.- *Autoliberación*. Se adquiere un compromiso personal y se elige y se toman decisiones. Para ello es importante que la persona se lo crea, es decir, que crea que es el elemento esencial en el cambio y que se tienen o se pueden desarrollar las habilidades necesarias para cambiar.
- 6.- *Liberación social*. Aumento en la persona de la capacidad de decidir y escoger, basado en la toma de conciencia y que requiere de voluntad de combatir la conducta adictiva, a través de la búsqueda de nuevas alternativas adaptativas.
- 7.- *Manejo de contingencias*. Autoreforzo y/o heteroreforzo recibido por las conductas de cambio y que incrementan la manifestación de las mismas.
- 8.- *Relaciones de ayuda*. Hace referencia al uso del sistema de apoyo social básico para mantener y ayudar al proceso de cambio (amigos, familia, etc.).
- 9.- *Contracondicionamiento*. Modificar las respuestas elicited por estímulos condicionados a las conductas de consumo por otras conductas alternativas.
- 10.- *Control de Estímulos*. Evitar exponerse a las posibles situaciones de riesgo.

Por último, también describen los autores del modelo de cambio, los diferentes niveles que son necesarios para que los cambios de la conducta se den y representan los procesos psicológicos que son tratables, estos son: síntoma/situación, cogniciones desadaptativas, conflictos de familias/sistemas y conflictos interpersonales (Santos Díez et al., 2001).

En el Modelo de Cambio, al no ser un modelo de cambio lineal, sino que adquiriría una estructura en espiral, las estrategias de intervención se deben ir adaptando a cada uno de estos estadios para lograr el avance hacia el cambio.

Según el Modelo Transteórico de Prochaska y DiClemente, (1984) las recaídas se dan en el estadio precontemplativo o en el estadio de contemplación, (cuando el drogodependiente decide cambiar de conducta) y parece ser que se reciclan para continuar, preparando el estadio de actuación, lo que significa que la mayoría de los individuos aprenden de las experiencias de recaída. Entre otras razones, las recaídas en su modelo aparecen frecuentemente, porque el proceso de cambio, como ya hemos señalado anteriormente, no es lineal sino dinámico y en espiral. Esto parece coincidir con estudios longitudinales realizados con una muestra de 886 drogodependientes donde el 84% de los que recayeron volvía al estadio de contemplación y reconsideraban dejar el hábito en el transcurso del mismo año (Prochaska, 1993).

En un estudio de Santos Díez y colaboradores (Santos Díez, et al., 2001), la mayoría de los pacientes que acudían a recibir tratamiento en un centro ambulatorio y que fueron evaluados, se situaban en el estadio de preparación, lo que pondría de manifiesto que cuando la persona se acerca a los recursos a pedir ayuda ya tienen conciencia de su problema y han empezado a dar los primeros pasos para el cambio.

Litman y Marlatt, (citado en Gossop, 1993), han estudiado la importancia de factores como el motivo inicial para el cambio, las expectativas del efecto de la droga, las expectativas subjetivas sobre la capacidad para poner en marcha ciertas habilidades y las reacciones atribucionales de las emociones ante un fallo, como los factores cognitivos que interfieren con las recaídas.

Marlatt (1978), pudo identificar ocho factores presentes en las recaídas, que a su vez pueden verse en tres categorías que representan las tasas más elevadas de recaída:

- a) Estados emocionales negativos, que representan un 35% de todas las recaídas y conlleva la aparición de emociones y sentimientos negativos, como la ira, la ansiedad, la frustración, etc., antes o a la vez que ocurre el primer desliz o lapsus.

- b) Conflictos interpersonales, que recogen al 16% de las recaídas y que suelen presentarse con enfrentamientos personales en el ámbito familiar, de pareja, de amigos, laboral y es reciente o actual.
- c) Presión social, que parece representar el 20% de las recaídas y se presentan como situaciones en las que el individuo está sujeto a la influencia de otra persona o grupo que ejerce una presión para que realice la conducta indeseada.

A su vez, Saunders (1993) reduce las tres categorías en la recaída de Marlatt a dos: La Intrapersonal y la Interpersonal, que según él recoge los ocho factores encontrados por Marlatt (1978).

Lo que parece estar muy claro para Marlatt (1993) es que si el individuo aprende a afrontar eficazmente las distintas situaciones de alto riesgo, la necesidad de consumir drogas y, por tanto, la probabilidad de recaer disminuye significativamente. Él acude a la noción de autoeficacia de Bandura (1984) para explicar que esto se debe a que el individuo se ve más capaz y siente que controla la situación, lo cual le va a permitir una mayor “seguridad” y que cada vez afronte situaciones de alto riesgo con mayor éxito, lo que disminuirá la probabilidad de recaídas.

En relación a la autoeficacia y el consumo de drogas, en los diferentes estudios que relacionan la autoeficacia y el comportamiento adictivo, parece existir acuerdo entre los autores en afirmar que cuanto más bajas sean las expectativas del sujeto, más vulnerable será en el momento del inicio de consumo, el mantenimiento de la abstinencia y en las recaídas (Baldwin, Oei, T.P.S. y Young, 1993; Hays y Ellickson, 1990; Rist y Watzl, 1983; Sadowski, Long y Jenkins, 1993).

Así, las investigaciones de Hays y Ellickson (1990) encuentran que las puntuaciones altas en autoeficacia están relacionadas con conductas de abstinencia, de manera que los sujetos que puntúan alto en autoeficacia tienden a mantener niveles bajos de consumo de alcohol (Baldwin, Oei, T.P.S. y Young, 1993).

En un estudio con muestra universitaria, Baldwin, Oei, T.P.S. y Young (1993) evaluaron las expectativas de los efectos del alcohol, el consumo de alcohol y la autoeficacia, encontrando que los sujetos que presentan puntuaciones bajas en auto-

eficacia, (referida a la estrategia para rehusar el consumo de alcohol), piensan que el alcohol les permite ser más asertivos, estar más relajados y mejorar sus relaciones sexuales, consumían alcohol más frecuentemente y en mayor cantidad que aquellos que presentan puntuaciones más altas en autoeficacia y que no piensan que el alcohol mejore sus relaciones sexuales y sociales ni les relaje. Estos últimos tienden a mantener un nivel bajo de consumo de alcohol en frecuencia y cantidad.

Otro aspecto que se ha analizado en diferentes estudios en relación con el consumo de drogas y con las recaídas, hace referencia al estilo atribucional. En este sentido, Echeburúa y Elizondo (1988); Reich y Gutiérrez (1987) destacan la influencia del estilo atribucional en los drogodependientes. Específicamente, Down, Lawson y Petosa (1986) encuentran que los alcohólicos hacen atribuciones internas, específicas e inestables de sus éxitos, considerándolas como acontecimientos transitorios. Los resultados apuntan a que los no alcohólicos presentan atribuciones internas y específicas de sus éxitos, considerándolas como acontecimientos transitorios. En la misma línea, Echeburúa y Elizondo (1988) estudian el estilo atribucional y locus de control de una muestra de alcohólicos, en comparación con un grupo de no-alcohólicos, destacando que los alcohólicos, en relación con los no alcohólicos poseen un estilo atribucional más externo e inestable ante los éxitos y más interno y global ante los fracasos, además de un locus de control más externo.

Desde nuestro punto de vista, la “seguridad” o la autoeficacia no pueden darse cuando nos encontramos en situaciones que nos generan estrés o estados de ansiedad, de hecho se ha expuesto reiteradamente a lo largo del texto la importancia de poder afrontar las situaciones de alto riesgo habilidosamente y que para ello debemos estar alejados de la ansiedad desadaptada, del miedo, de las creencias erróneas, de las expectativas de autoeficacia negativas, de sistemas atribucionales externos frente a nuestras propias habilidades y competencias para actuar de una forma eficaz en las situaciones de riesgo y sobre todo, ante las situaciones que implican interacción social ya que no permiten aflorar las estrategias de afrontamiento, sobre todo, si no se cuenta con la práctica suficiente, que suele ser, desde nuestra experiencia clínica, lo más habitual en el caso de las personas drogodependientes.

3.2. Evaluación de las drogodependencias

Para poder hablar de la evaluación de las drogodependencias debemos tener presente que existen varias teorías explicativas de la problemática, en este trabajo nos apoyaremos en las teorías del aprendizaje, fundamentalmente. Este modelo explica cómo el consumo de drogas inicialmente funciona como reforzador positivo, es decir, se consume para sentirse mejor, desinhibirse, buscar nuevas relaciones personales y sociales, reducir emociones negativas, “controlar la ansiedad”, ganarse el reconocimiento de los compañeros, poner más habilidades sociales en práctica. Estos, junto a otros factores, contribuyen al inicio y mantenimiento de la drogodependencia, pero acaban siendo controlados por reforzadores negativos, es decir, se toman drogas para evitar malestar en cualquiera de las facetas (Echeburúa, 1994; Graña, 1994).

Hasta el año 2000, en España se habían realizado pocos estudios de evaluación sobre la aplicación de programas de tratamientos en los servicios asistenciales según Fernández-Hermida y Secades-Villa (1999, 2000) y, de los que se publican, muchos tienen serios sesgos y por tanto los resultados son difícilmente extrapolables. Entre estos sesgos, se encuentran la realización de estudios retrospectivos, no asignación al azar a los grupos, utilizar como grupo control o de comparación a los que han abandonado tratamiento, evaluar a los que tienen mejor evolución, o de los indicadores de evaluación que utilizan.

Por un lado, podemos hablar de la evaluación de factores que predisponen al consumo de drogas y que se realiza en el ámbito de la prevención, a la vez que deben evaluarse los factores que minimizan o evitan el consumo; y por otro lado, la evaluación de los diferentes tratamientos y sus efectos en relación a la eficacia, efectividad y eficiencia de los programas que se diseñan, planifican y se llevan a cabo.

Teniendo presente el concepto de evaluación, como lo define Espinoza (1986), la evaluación es el proceso de comparar en un momento determinado, lo que se ha logrado a través de una acción en relación con lo que estaba previsto alcanzar en una planificación previa.

En los programas de tratamiento de las drogodependencias, la evaluación está centrada en aspectos efectivos tales como el aumento en auto-

estima, clarificación de valores, aumento del autoconocimiento, la promoción de sentimientos positivos hacia uno mismo, el manejo del estrés y las estrategias eficaces en la comunicación.

La evaluación en drogodependencias, trata de responder a varias cuestiones, la primera de ellas si el tratamiento funciona, cuando dice que funciona ¿en qué sentido?, ¿que se logra?, ¿con quién funciona?, ¿en qué condiciones funciona? y ¿Por cuánto tiempo funciona?. Para ir desvelando cada una de estas cuestiones, los estudios e investigaciones tratan de evaluar la eficacia del tratamiento psicoterapéutico siguiendo una serie de características según Weisz et al (1992):

- 1.- que los objetivos del tratamiento estén definidos de forma muy precisa.
- 2.- los participantes tienen que cumplir con los criterios de inclusión.
- 3.- asignación aleatoria de los participantes al grupo de control o de tratamiento.
- 4.- la muestra tienen que ser lo más homogénea posible, en relación al diagnóstico.
- 5.- si fuera posible utilizar las condiciones de simple o doble ciego.
- 6.- la intervención que se aplica tiene que estar dirigido a un problema u objetivo específico.
- 7.- el tratamiento y su aplicación estarán avalados científicamente.
- 8.- debe ser aplicado por expertos en el modelo que se pretende confirmar.
- 9.- la duración tiene que estar determinado en tiempo o nº de sesiones.
- 10.- los resultados se deben describir de forma objetiva y precisa.

Siguiendo estos criterios, lograríamos validar los datos que se obtienen (Nathan et al, 2000).

La evaluación se puede plantear como evaluación de eficacia del tratamiento o como evaluación de seguimiento, en cualquier caso conllevaría objetivos y procesos diferentes en la recogida y análisis de los datos y, sobre todo en las aplicaciones de los resultados.

No cabe duda de que la evaluación conductual de las drogodependencias es multidimensional y un elemento imprescindible para la planificación de la intervención (Echeburúa, 1994; Graña, 1994), donde se evalúan diferentes aspectos de la historia personal, familiar y social, así como aspec-

tos relacionados directamente con la drogodependencia, aspectos como la historia toxicológica (Tipo de sustancia, vía de consumo, frecuencia, antigüedad en el consumo, gravedad, fenómeno de escalada, apoyo social, recursos personales, etc.).

Aunque según López-Torrecillas, Peralta, Muñoz-Rivas y Godoy, (2003), en la actualidad existen pocos estudios que relacionen aspectos como el consumo de drogas (cantidad y cronicidad de alcohol, hachís, cocaína y heroína) con variables de personalidad (autocontrol, asertividad, autoeficacia y estilo atribucional).

Las variables principales que suelen ser estudiadas en los diferentes estudios e investigaciones sobre drogodependencias hacen referencia a: **Antecedentes individuales:** características sociodemográficas, estilo de vida, uso de drogas, tratamientos previos, actividades ilícitas o delictivas, etc. **Tratamiento:** tipo, modalidad, duración, lugar, incidencias, (delitos, consumos, etc) , servicio que se recibe (medico, legal, psicológico, etc.) y valoración del participante. **Comunidad:** apoyo social, grupos de iguales, servicios, etc. **Resultados:** uso de drogas, actividad delictiva, empleo, salud, tiempo de retención y éxitos. (Graña, 1994).

Siguiendo a Graña (2001), dos de las cuestiones relevantes a evaluar en drogodependencias son: El análisis de las respuestas familiares al consumo de drogas, puesto que nos pone en antecedentes sobre el marco de referencia la interacción entre la familia y el drogodependiente. Para ello se realiza un análisis detallado sobre la evolución de la relación familiar antes y después del consumo de drogas, especificando las respuestas de cada uno de los miembros de la familia. Luego se intenta averiguar si existe en la familia una historia previa de consumo de drogas (alcohol, tabaco, fármacos, etc.), para determinar si se ha producido un efecto de modelado. También es importante especificar si el paciente muestra conductas de sociopatía en el ambiente familiar y, en caso afirmativo, cómo fueron surgiendo. Por ejemplo, mentiras, engaños, chantajes emocionales. Por último, es importante detallar la implicación emocional del paciente con la familia y cuales han sido las pautas educativas y de qué forma el padre y la madre establecían las metas y normas, aplicaban refuerzos y castigos, etc.

Otra de las áreas importante a evaluar son las relaciones socio-interpersonales, que normalmente

experimentan un cambio notable como consecuencia de la adicción. Para ello, es importante evaluar si las habilidades sociales del paciente son adecuadas para las relaciones interpersonales, pues en muchos casos existen déficits manifiestos. Determinar cómo son sus relaciones interpersonales en la actualidad y cómo eran antes de la adicción. Analizar si se utilizan las relaciones interpersonales de forma sociopática, puesto que el estilo de vida del drogodependiente tiende a caracterizarse por la ausencia de implicación emocional, aunque si puede aprender a manejar las relaciones humanas en función de sus intereses personales. Las implicaciones emocionales son muy superficiales en sus relaciones sociales cercanas. (Graña, 2001).

De cara al tratamiento la evaluación de la variable motivación para el cambio es crucial y que cada vez toma mayor relevancia para la planificación del tratamiento.

Los instrumentos de diagnóstico más utilizados para la evaluación en drogodependencias van desde los que evalúan el consumo de sustancias y entre ellos podemos encontrar: el Addiction Severity Index –ASI– (McLellan et al., 1985); European Addiction Severity Index –EuroASI– (Kokkovi y Hartgers, 1995); el Opiate Treatment Index –OTI– (Darke et al., 1992), entre otros.

Para detectar la posible comorbilidad psiquiátrica, la labor evaluativa se fija en los objetivos de: screening o cribado; el diagnóstico y evaluación del plan terapéutico y la evolución en el tratamiento.

Las pruebas de screening, utilizan por lo general instrumentos como el General Health Questionnaire (Goldberg y Hillier, 1979) y validado en España como el GHQ28 por Lobo et al, (1986) y el Symptom Checklists CSL-90-R (Derogatis, et al., 1983).

Para el diagnóstico, que intenta determinar si el trastorno se debe al consumo de drogas o es un trastorno mental definido, se utilizan dos sistemas: el DSM-IV-TR o el CIE-10.

En el caso de la evaluación del plan terapéutico y la evolución del tratamiento, se suelen utilizar el ASI, Euro-ASI y el Indicador de Tratamiento de los opiáceos –OTI–, entre otros.

Para evaluar la evolución y los resultados del tratamiento, también se utilizan instrumentos de

tipo fisiológicos, como los controles de orina, que consisten en realizar determinaciones analíticas para detectar metabolitos de las distintas sustancias en orina y nos proporcionan información objetiva de si se mantiene abstinencia o si se producen otros consumos. Aunque este es un elemento, quizás más importante en el tratamiento, porque ayuda y sirve como estímulo al paciente para autocontrolarse ante el consumo y reforzar sus habilidades al resistir y afrontar el deseo (Washton, Stone y Hendrickson, 1988).

Los más frecuentes desde la práctica clínica son los métodos indirectos de evaluación, como las Entrevistas Clínicas (estructuradas, semi estructuradas y abiertas), los autoinformes, escalas, test y cuestionarios.

La entrevista clínica se centra en el análisis de la conducta actual y sus determinantes, considerando la drogodependencia como la conducta problema (Graña, 2001).

Según Terán Prieto (2008), el URICA y el PCQ son los cuestionarios más utilizados en las terapias cognitivo conductuales para dependientes de cocaína.

Por ejemplo, para conocer la motivación, se suele utilizar la Escala de evaluación del cambio de la Universidad de Rhode Island (URICA). Se utiliza para valorar la motivación en intervenciones estructuradas con la Terapia Cognitivo Conductual de Carroll (2001).

El Cuestionario de Procesos de Cambio para Adictos a la Cocaína –PCQ–, desarrollado conforme a las directrices teóricas del modelo de Prochaska y DiClemente, evalúa los procesos de cambio que los adictos presentan en su proceso de desintoxicación-dehabituación.

Inventario de Procesos de Cambio (Tejero, Trujols y Hernández, 1990; Tejero y Trujols, 1994).

Para los trastornos psicopatológicos y de personalidad, los cuestionarios más utilizados son:

- Inventario Clínico Multiaxial: MCMI-III, (Millon, 1994).
- Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (MMPI), (Hathaway y McKinley 1943).
- Cuestionario Factorial de Personalidad (16 PF), (Catell, 1972) Versión española 16PF-5.
- Temperament and Carácter Inventory (TCI), Version TCI-R. (Cloninger y cols., 1985).
- Big Five Questionnaire (BFQ), (Caprara y cols., 1993). Adaptación española (Bermúdez, 1995).
- Neo-Personality Inventory (NEO-PI-R). Adaptación española (Mc Crae y Costa, 1992).
- Eysenck Personality Questionnaire (EPQ), (Eysenck y cols., 1975). Versión española 1978.
- State Trait Anxiety Inventory, Inventario de Ansiedad Estado (AE)- Rasgo (AR). Spielberger, (1970).
- BDI (Beck Depression Inventory). Beck y cols., (1961).
- HDRS (Escala de Hamilton para la Depresión). Hamilton, (1960).
- El STAI, el BDI y el HDRS son útiles para evaluar cambios sintomatológicos en el tratamiento de los trastornos adictivos.

Dentro de los diferentes instrumentos de evaluación también podemos acceder a diferentes tipos de entrevistas, algunas de ellas de uso accesible y gratuito como son las elaboradas para realizar los diagnósticos del DSM IV. Y las entrevistas de registro básico de información que han sido concensuadas para todo el territorio español y que recaban información de las demandas de tratamiento, son las Fichas Básicas de Registro.

Los métodos directos, pueden utilizarse en algunos casos muy concretos, como la observación directa del comportamiento del drogodependiente, que se pueden realizar de forma sistemática en recursos cerrados o abiertos donde el usuario permanezca un número de horas suficiente y en el que deben posibilitarse los espacios y generar las oportunidades para que puedan interactuar con más personas (tanto drogodependientes como personas sin problemática), como pueden ser las Unidades de Desintoxicación Hospitalaria, Comunidades Terapéuticas y en nuestro caso el Centro de Día “Cercado del Marqués”, o los autorregistros u observaciones por parte de otros agentes implicados (familia, amigos, personal de las instituciones, etc).

En cualquier caso, evaluar con rigor científico el tratamiento de las drogodependencias es una cuestión harto difícil, como ya señalan algunos investigadores como Fernández-Hermida y Secades Villa (1999, 2000), aunque desde luego sigue siendo imprescindible realizar investigaciones con los

criterios y pautas que garanticen su validez, fiabilidad y la extrapolación de los resultados.

3.3. Tratamiento de las drogodependencias

Cuando hablamos de tratamiento de las drogodependencias, podemos hacerlo desde las diferentes perspectivas que abarca la multicausalidad del problema, aunque aquí lo haremos basándonos en el modelo de actuación bio-psico-social desde el que se aborda en la práctica clínica la drogodependencia. En este caso, cuando nos referimos a tratamiento lo vamos a hacer desde la concepción del tratamiento psicológico o psicoterapéutico. Para ello defendemos el tratamiento psicológico desde la concepción de Labrador (Labrador y cols., 2003), que entiende por tal la intervención profesional basada en la aplicación de técnicas psicológicas en un contexto clínico y que busca eliminar el sufrimiento y enseñar habilidades adecuadas para hacer frente a las dificultades de la vida. Entendiendo como tratamiento psicológico eficaz aquel capaz de producir cambios y que está sometido a las pruebas y controles científicos adecuados, atribuyendo, por tanto, su funcionamiento a sus características y elementos.

Por otro lado, podemos analizar los programas de rehabilitación, en relación a la ubicación (ambulatoria, hospitalaria o residencial). Generalmente, los programas residenciales de corta duración suelen durar de 30 a 90 días; los programas en comunidad terapéutica residencial suelen prolongarse de tres meses a un año; los programas de orientación para la abstinencia, en régimen ambulatorio o de día, duran de 30 a 120 días (en nuestro caso el tiempo de retención lo medimos en semanas, lo que supondría una ratio de entre 4 a 13 semanas) y los programas de mantenimiento con metadona que pueden tener una duración indefinida (NIDA, 1999; Secades-Villa, Fernández-Hermida, 2000).

Además, podemos analizar los diferentes tipos de terapias o tratamientos, los modelos teóricos que los sustentan y, finalmente, algunos de los componentes que los constituyen.

Uno de los elementos más relevante para el tratamiento es el tiempo de retención en el mismo (NIDA 2001, 2005; Secades-Villa y Fernández Hermida, 2000, 2007; Graña, 1994). Se ha puesto de manifiesto que a más prolongado es el período de tratamiento, mejores los resultados que se obtie-

nen. Es más, se ha llegado a determinar que la eficacia del tratamiento requiere de un tiempo mínimo de tres meses, para obtener diferencias significativas entre el tratamiento y el no tratamiento (Hubbard et al., 1997; Sells y Simpsons, 1980; Simpsons y Sells, 1982). Aunque los resultados pueden predecirse aún mejor utilizando otro factor de pronóstico, como el alcance o el nivel de los progresos terapéuticos logrados.

En cualquier caso, lo que sí es evidente y coinciden en ello los diferentes autores, es que recibir tratamiento es más eficaz que no recibirlo y los resultados de varias investigaciones así lo acreditan. Por ejemplo, Sadowski et al. (1993, Citado en Lopez-Torrecillas, Peralta, Muñoz-Rivas y Godoy, 2003) afirman que los sujetos que habían realizado tratamiento presentaban puntuaciones más altas en autoeficacia que aquellos que no habían realizado tratamiento.

El NIDA (1997, 2005), partiendo de que la drogodependencia es una enfermedad compleja, crónica y con recaídas y, asumiendo que el objetivo es lograr periodos de abstinencia a largo plazo, que va a requerir de rondas sostenidas y repetidas de tratamiento, ha elaborado un guía basada en las investigaciones científicas y clínicas, para determinar los principios de tratamiento más efectivos en drogodependencias, resumiéndose en:

1.- No hay un solo tratamiento apropiado para todas las personas. Es importante lograr una combinación adecuada del tipo de ambiente, las intervenciones y los servicios de tratamiento, con los problemas y necesidades particulares de cada persona. Además, hay que averiguar qué tipo de tratamiento es el más adecuado para cada paciente, qué características debe tener, para qué tipo de drogas y en qué estadio evolutivo de su adicción debe aplicarse (Del Rio, 2000; Paul, 1967; Trujillo, 1997).

Se trataría, pues, de asignar al perfil del paciente aquél tratamiento que se adecue mejor a sus necesidades particulares (Marlatt, 1988).

En España, desde el Plan Nacional Sobre Drogas (PNSD) se ha publicado una guía para el tratamiento eficaz para cada tipo de droga, elaborado por Fernández Miranda (coord., 2007).

2.- El tratamiento tiene que ser accesible en todo momento. Ante la labilidad y la indecisión de los drogodependientes para iniciar tratamiento, si existen

unos servicios y tratamientos disponibles para iniciar el tratamiento en el momento en que parecen que están listos para ello. Se captará mejor a los drogodependientes si se les permite acceder en el momento que deciden iniciarlo, que si tienen difícil acceso o se dilata en el tiempo el inicio del mismo.

3.- El tratamiento efectivo abarca las diferentes necesidades de la persona, no solo el uso de drogas. Como ya hemos descrito, la drogodependencia es un problema muy complejo y multicausal, donde si importante es abordar el uso de las drogas, también lo son otras esferas de la vida de la persona, que se ven afectadas por las consecuencias del propio consumo, como accidentes, VIH, patología psiquiátrica, problemas judiciales, laborales, familiares, etc. Por lo que el tratamiento debe incorporar diferentes elementos que abarquen desde la intervención individual, grupal, familiar, comunitaria, prevención de recaídas, etc. Por tanto, los tratamientos más eficaces son los tratamientos multicomponentes (Echeburúa, 1994; Fernández Miranda, 2007; Graña, 1994; NIDA, 1999; Sánchez-Hervás, Tomás Gradolí y Morales Gallús, 2004; Secades-Villa, García-Rodríguez, Fernández-Hermida y Carballo, 2007).

4.- El plan de tratamiento debe ser individual y evaluado de forma continuada. Sobre todo porque hay que evaluar las necesidades en cada momento para ajustar los servicios y componentes del tratamiento acorde con las variaciones y cambios que se producen en el paciente en su proceso de recuperación y que pueden requerir de ajustes de tipo psicoterapéutico, farmacológico, intervención familiar, vocacional, legal, etc. Siendo fundamental que el tipo de tratamiento se ajuste a la edad, sexo, grupo social y cultural del paciente, lo que también contribuirá a una mayor motivación hacia el tratamiento. (Diclemente, 1991; Prochaska y Diclemente, 1986). Sugiriendo algunos autores que el tratamiento debe ajustarse a los cambios, a las expectativas de autoeficacia, a las creencias sobre la abstinencia, la recaída, objetivos personales, etc., para maximizar el proceso de cambio (Diclemente y Scott, 1997; Prochaska y Diclemente, 1992; Prochaska y Prochaska, 1993; Simpsom y Joe, 1993; Tejero y Trujols, 1994).

5.- Seguir durante el tiempo suficiente el tratamiento. Existen evidencias a este respecto de que las mejorías empiezan a ser visibles a partir de los tres meses de iniciado el tratamiento, a los 6 meses

se observan una segunda mejora en los resultados de los tratamientos recibidos. (Hubard et al., 1997). Razón por la que hay que utilizar estrategias que logren comprometer y motivar al paciente para que se mantenga en el tratamiento el máximo tiempo posible. En el caso de pacientes con patología comórbida psiquiátrica este tiempo oscila entre el año y los 18 meses.

6.- La terapia individual y/o de grupo y otros tipos de terapias de comportamiento constituyen componentes críticos del tratamiento efectivo para la adicción. Un gran número de investigaciones revelan la importancia del abordaje psicológico en el tratamiento de las drogodependencias, en cuanto al compromiso, la permanencia y los resultados de los mismos. Es más, desde la Asociación Psicológica Americana (APA, 2000b), se afirma que en el tratamiento de las drogodependencias el abordaje psicossocial es un componente esencial del tratamiento. En esta misma línea y en las últimas décadas han proliferado estudios clínicos que evidencian la eficacia del tratamiento psicossocial.

7.- Para muchos pacientes, los medicamentos forman un elemento importante del tratamiento, sobre todo al combinarlos con terapia psicológica. La metadona, por ejemplo, es muy efectiva para ayudar a aquellos adictos a la heroína a estabilizar sus vidas y reducir el uso de drogas ilegales. La naltrexona también es un medicamento eficaz para personas adictas al opio y para algunos pacientes que al mismo tiempo sufren de dependencia al alcohol. Para las personas adictas a la nicotina, los productos como los parches o chicles o la ayuda de un medicamento oral (como el bupropión) pueden ser componentes efectivos de su tratamiento. Mientras que la combinación de tratamientos y de medicamentos son de suma importancia para pacientes con trastornos mentales. El abordaje farmacológico y psicossocial hacen el tratamiento más eficaz (Carroll et al., 1994).

8.- En el caso de individuos con problemas de adicción o abuso de drogas que al mismo tiempo tienen trastornos mentales, se debe tratar los dos problemas de una manera integrada. Los trastornos de adicción y los trastornos mentales pueden aparecer a la vez, por lo que aquellos pacientes que presentan cualquiera de las dos condiciones deben ser evaluados y tratados para la presencia simultánea del otro tipo de trastorno. El modelo de tratamiento integrado supone hacer un programa unificado de

tratamiento que combine recursos de la Red Asistencial de Drogodependencias y la Red de Salud Mental (Casas et al., 1997; Prochaska et al., 1992).

9.- La desintoxicación es solamente la primera etapa del tratamiento para la adicción y por sí misma hace poco para cambiar el uso de drogas a largo plazo. La desintoxicación médica maneja cuidadosamente los síntomas físicos agudos del síndrome de la abstinencia, que suceden cuando se deja de usar alguna droga. Aunque la desintoxicación por sí misma rara vez es suficiente para ayudar a las personas adictas a lograr abstinencia a largo plazo, para algunos individuos sirve como un precursor fuertemente indicado para el tratamiento efectivo de la drogadicción, pero debe acompañarse de un programa de tratamiento psicosocial. (Simpson y Sells, 1982; NIDA, 2005).

10.- El tratamiento no tiene que ser voluntario para ser efectivo. El proceso de tratamiento puede ser facilitado gracias a una fuerte motivación. Las sanciones o los premios dentro de la familia, del ambiente laboral o del sistema de justicia criminal pueden incrementar significativamente los porcentajes de individuos que entren y que se mantengan dentro de programas de tratamiento para la drogadicción así como el éxito de los mismos.

11.- El posible uso de drogas durante el tratamiento debe ser constantemente supervisado. Durante el período de tratamiento puede haber recaídas al uso de drogas. La supervisión objetiva del uso de drogas y alcohol durante el tratamiento, incluyendo análisis de la orina u otros exámenes, puede ayudar al paciente a resistir sus impulsos de usar drogas. También permite el reajuste del plan de tratamiento si se detectan consumos y también de cara a trabajar los consumos con eficacia.

12.- Los programas de tratamiento deben incluir exámenes para el VIH/SIDA, la hepatitis B y C, la tuberculosis y otras enfermedades infecciosas, conjuntamente con la terapia necesaria para ayudar a los pacientes a modificar aquellos comportamientos que les ponen a ellos o a otros en riesgo de ser infectados. La terapia puede ayudar a los pacientes a evitar comportamientos de alto riesgo. También puede ayudar a las personas que ya están infectadas a manejar su enfermedad.

13.- La recuperación de la drogadicción puede ser un proceso a largo plazo y frecuentemente requiere múltiples rondas de tratamientos. Tal

como en otras enfermedades crónicas, la reincidencia en el uso de drogas puede ocurrir durante o después de rondas exitosas de tratamiento. Los pacientes pueden requerir tratamientos prolongados y múltiples rondas de tratamientos para poder lograr la abstinencia a largo plazo y un funcionamiento completamente restablecido.

La participación en programas de auto-ayuda durante y después del tratamiento sirve de apoyo para mantener la abstinencia.

Dentro de los modelos y terapias psicológicos más contrastados y de mayor eficacia en el tratamiento de las drogodependencias, según el Informe Task Force de la APA, (APA 2000) y realizado por una comisión de expertos en psicoterapia y coordinados por Chambless, publicado en 1995 y actualizado en 1996, 1998 y 2001, destacan que de los 10 tratamientos más efectivos para el tratamiento de las drogodependencias, 9 se corresponden con la terapia cognitivo-conductual (Sánchez-Hervás, Tomás Gradolí, Morales Gallús, 2004).

El Modelo Cognitivo Conductual y específicamente la Terapia Cognitiva Conductual, incluyen técnicas y estrategias con una demostrada eficacia en el tratamiento de diferentes patologías: trastornos del humor, impulsividad, déficits en el manejo de la ansiedad, trastorno obsesivo compulsivo, afrontamiento de situaciones de riesgo, el autocontrol y para la mejora de la competencia social. (Monti y cols, 1995; Hyman y Pedrick, 2003; Secades-Villa et al., 2007). Basando la terapia en la práctica, con ensayo de conducta, modificando el qué y el cómo la persona piensa, siente y actúa. Una de las técnicas más útiles y necesarias dentro del tratamiento de las drogodependencias basada en este modelo es el entrenamiento de habilidades sociales (Fernández Miranda, 2007; Sánchez-Hervás; Tomás Gradolí; Morales Gallús, 2004; Secades-Villa et al., 2007; Terán Prieto, 2008).

La clave de esta terapia reside en la base cognitivo-conductual de sus técnicas, el aprendizaje de nuevas habilidades para el afrontamiento y el entrenamiento sobre situaciones reales (Carroll et al., 2001).

En este tipo de terapia, los pacientes tratan sus problemas de motivación, desarrollan habilidades para rechazar el uso de la droga, reemplazan actividades donde se usan las drogas por actividades constructivas y útiles en las que no entra el uso de

drogas y mejoran sus aptitudes para resolver problemas. La terapia de comportamiento también facilita las relaciones interpersonales y mejora la habilidad del individuo para funcionar dentro de la familia y de la comunidad.

Es extensa la evidencia científica sobre la eficacia de los componentes terapéuticos que señala como esenciales el entrenamiento en habilidades sociales y de afrontamiento, sobre todo en el caso del alcohol y otras drogas ilegales (Echeburúa, 1994, 1999; Fernández Miranda, 2007; Graña, 1994; Luengo, Romero, Gómez-Fraguela y Villar, Sánchez-Hervás, Tomás Gradolí, Morales Gallús, 2004; Secades-Villa et al., 2007; Terán Prieto, 2008). Varias revisiones y meta-análisis muestran que el entrenamiento en habilidades es superior a otros tratamientos o al no tratamiento y que incrementa la eficacia de las intervenciones cuando forma parte de programas más amplios (Miller et al., 1995; Secades Villa et al, 2007).

En relación a si el tratamiento cognitivo conductual debe ser individual o grupal, ambas formas son igualmente eficaces, aunque el modo grupal es más económico y aporta la ventaja del refuerzo y compromiso ante el resto del grupo. Aún así, hay que realizara una valoración previa y la adecuación de la intervención grupal en cada caso.

Otro modelo eficaz en la intervención psicológica en drogodependencias es el de Prevención de Recaídas, ideado por Marlatt y Gordon (1985), que utiliza técnicas del modelo cognitivo conductual para preparar y prevenir las recaídas. Las estrategias de comportamiento cognitivo están basadas en la teoría de los procesos de aprendizaje, en las que el drogodependiente aprende a reconocer y corregir las situaciones de riesgo y los comportamientos problemáticos. La prevención de recaídas abarca varias estrategias de comportamiento cognitivo que facilitan la abstinencia, al igual que fomenta el autocontrol frente al deseo y la recaída (NIDA, 2005).

Según Terán Prieto (2008), uno de los aspectos interesantes que introduce el Modelo de Prevención de Recaídas es El Efecto de Violación de la Abstinencia, que hace referencia a un constructo específico del Programa y que se caracteriza porque produce:

- La disonancia cognitiva (que reflejan el conflicto y el sentimiento de culpa).
- El efecto de atribución personal.

- La anticipación de los efectos positivos en relación a un consumo.

En los programas de Prevención de Recaídas, el elemento central es el entrenamiento de habilidades y estrategias de afrontamiento, por un lado las Habilidades específicas de afrontamiento para manejar las Situaciones de Riesgo: relajación, asertividad y competencia social, control de la ira y del malestar. Por otro, las Estrategias generales: estilo de vida saludable, habilidades de autocontrol y manejo de consecuencias, para que los cambios se generalicen y se mantengan después del tratamiento.

Entre las técnicas específicas están la exploración de las consecuencias positivas y negativas del uso continuado de la droga, la auto vigilancia para reconocer los deseos por la droga lo más pronto posible y poder identificar las situaciones de alto riesgo causadas por el uso de la droga y el desarrollo de estrategias para que el individuo se pueda enfrentar y evitar las situaciones de alto riesgo, así como el deseo por la droga. Un elemento central de este enfoque es poder anticipar las dificultades.

Es un tratamiento eficaz, combinable con otros enfoques y terapias y que, además, se ha constatado que las habilidades que se aprenden se mantienen después de finalizado el tratamiento.

El otro tipo de terapia que ha demostrado cierta eficacia es la Terapia de potenciación de la motivación de Miller y Rollnick, quienes elaboraron un tipo de plan terapéutico breve, denominado "entrevista motivacional", que tiene por objeto facilitar la motivación interna del paciente para modificar su comportamiento (Miller y Rollnick, 1991). Este tipo de terapia se ha aplicado en el tratamiento de consumidores de alcohol y posteriormente se ha aplicado con el consumo de otras sustancias como heroína y otras drogas ilegales. Parece que su abordaje es útil en sujetos con consumos de riesgo, o usos perjudiciales de drogas, pero no tanto con dependientes. En relación a su eficacia hay ciertas discrepancias, parece que en el caso de abusadores es más eficaz que la no intervención y se ha observado que más de la mitad de los pacientes mantienen una reducción del consumo durante el primer año de seguimiento; otras veces incrementa la eficacia de tratamientos posteriores. Pero se recomienda prudencia en su uso pues con personas con conducta antisocial o cuando hay riesgos serios para la salud individual o colectiva no hay acuerdo

sobre su conveniencia. Quizás lo más interesante de este tipo de terapia es que en los inicios del tratamiento puede ser eficaz y que, en el Modelo Transteórico de Cambio, se convierte en un potente instrumento de ayuda para avanzar por los estadios del cambio.

En Australia, por ejemplo, Saunders, Wilkinson y Phillips (1995) informaron sobre los resultados de una sesión motivacional de una hora de duración, en la que se utilizaba un modelo de ensayo controlado con pacientes en tratamiento de mantenimiento con metadona. A los seis meses de seguimiento se constató que los pacientes que habían cumplido el plan motivacional consumían menos drogas ilícitas, permanecían más tiempo en tratamiento y recaían menos rápidamente en el consumo de heroína que los pacientes del grupo de control.

También se han estudiado otros tipos de terapia como el Modelo Integrado, la Psicoterapia Expresiva de Apoyo (Luborsky, 1984), Terapia Conductual para adolescentes (Azrin et al., 1994), el Enfoque de Refuerzo Comunitario con comprobantes (Silverman et al., 1996), entre otros.

Algunos de los estudios sobre la efectividad de los programas de tratamiento en drogodependencias están basados en programas con múltiples componentes (Mitchell et al., 2006; Pearson and Lipton, 1999; Prendergast et al., 2002).

Parece evidente por las referencias consultadas, que uno de los programas más extendidos en la intervención con los drogodependientes son aquellos que entrenan a las personas en habilidades sociales y en solución de problemas, que se desarrollan tanto de forma individual como en grupo, en centros de atención ambulatorios, comunidades terapéuticas y centros de día buscando aumentar las competencias de la persona y mejorar su calidad de vida (Caballo, 1993; Echeburúa, 1994; Graña, 1994; Terán Prieto, 2008). En materia de prevención, por ejemplo, también se aplican diferentes programas de entrenamiento en habilidades sociales (Espada et al., 2003) y competencia social (Segura et al., 1997, 1998; Mesa, 2008).

3.3.1. La Atención a las drogodependencias

La Atención a las drogodependencias en España sigue las directrices marcadas dentro del Plan Nacional sobre Drogas, quién a su vez delega com-

petencias a las diferentes Comunidades Autónomas, que son las encargadas de regular las políticas de prevención, asistencia e integración social de las drogodependencias.

En Canarias, la atención a las drogodependencias se regula a través del Plan Canario sobre Drogas, que establece el marco legal y las actuaciones encaminadas a la prevención, asistencia e incorporación social de las drogodependencias y, también, marca las directrices sobre las características y funciones de los diferentes recursos asistenciales que se encargan de atender la demanda de los drogodependientes.

3.3.2. Red de Recursos asistenciales

El II Plan Canario de Drogas tiene como objetivo facilitar el acceso de los usuarios de drogas y sus familiares a las prestaciones sociales, sanitarias, educativas y formativas del sistema público de atención a las drogodependencias.

El modelo de atención, supone *la aceptación - por parte de todos los centros, servicios y programas- de la responsabilidad pública y la coordinación institucional de actuaciones basadas en los principios de descentralización, responsabilidad y autonomía en la gestión de programas y servicios, así como la promoción de la participación activa de la sociedad y los propios afectados en el diseño de las políticas y programas de actuación* (Extraído de la pag. Oficial de la Dirección General de Atención a las Drogodependencias de Canarias)

Para ello, los diferentes recursos de Asistencia e Integración Social deben estar debidamente autorizados y acreditados, resaltando la importancia de su profesionalización, interdisciplinariedad y fácil accesibilidad.

Para velar por la calidad del servicio que se presta, se han establecido programas de calidad, basados en los hallazgos y bases científicas, que garantizan la atención a las necesidades y demandas de los usuarios drogodependientes y sus familias.

Tanto la estructura como las funciones de la Red Asistencial en Drogodependientes se articulan de la siguiente manera (Texto extraído íntegramente de la Dirección General de Atención a las Drogodependencias):

La estructuración del circuito terapéutico desde el sistema público de salud, en diferentes niveles y según las condiciones de acceso y derivación, es la siguiente:

– *Primer Nivel asistencial:*

El primer nivel está constituido por los centros y servicios socio-sanitarios, generales y específicos:

- Equipos de Atención Primaria del Servicio Canario de Salud.
- Servicios Sociales, dependientes de la administración local/insular/autonómica.
- Unidades de prevención/información del SIDA /Centros de Salud Pública.
- Otros programas de ONGs, Grupos de Autoayuda.

Son funciones básicas de éste primer nivel asistencial a las personas con adicciones:

- Informar, orientar, asesorar, motivar, educar y promocionar la salud y, en su caso, derivar hacia niveles básicos o especializados de intervención, sanitaria o social.
- Pronosticar, diagnosticar y detectar tempranamente; valorar previamente a los usuarios para la toma de decisiones terapéuticas.
- Atender la problemática social de los usuarios y las patologías somáticas asociadas al uso/abuso adictivo.
- Apoyar el proceso de integración social.
- Ayudar y asesorar a los familiares y allegados.

– *Segundo Nivel asistencial:*

El segundo nivel está constituido por los centros y servicios generales y específicos:

- Unidades de Atención a las Drogodependencias (UAD). Se constituyen como dispositivo de referencia del modelo, en su correspondiente área de salud o aquella más próxima.
- Unidades de Salud Mental (USM), en cuanto se refiere al tratamiento de la patología dual que pudiera concurrir.
- Unidades de hospitalización psiquiátrica de agudos y de breve estancia (UIB): en iguales términos que las unidades de Salud Mental cuando fuera precisa hospitalización.
- Hospitales Generales y centros de especialidades: en referencia a las patologías orgánicas concomitantes.

Son prestaciones del segundo nivel asistencial a las personas con trastornos adictivos:

- Planificar el proceso terapéutico de una forma individualizada: desintoxicar, deshabituar e integrar ambulatoriamente.
- Apoyar y coordinar los procesos de integración social y familiar, así como a los recursos del nivel primario y terciario de la intervención.
- Diseñar y desarrollar los programas sustitutivos de opiáceos y de reducción de daños.
- Atender patologías somáticas y psiquiátricas provocadas por el consumo de drogas.
- Atender las urgencias provocadas por el consumo de drogas.
- Educación sanitaria y apoyo psicológico a drogodependientes infectados por el VIH y enfermos de SIDA.
- Intervenir con la familia con el objetivo de la consecución de las metas terapéuticas.

– *Tercer Nivel asistencial:*

El tercer nivel asistencial está constituido por los centros y servicios sociales y sanitarios, generales y específicos:

- Unidades de Desintoxicación Hospitalaria (UDH).
- Comunidades Terapéuticas (CT).
- Centros de Día (CD).
- Otros.

Funciones:

- Desarrollan actividades asistenciales de desintoxicación hospitalaria en régimen de internamiento.
- Deshabitación e incorporación social mediante terapia psicológica y ocupacional, promoviendo la participación activa de los usuarios, con objeto de facilitarles su integración, en régimen semi o residencial.
- El acceso a estos centros y servicios queda condicionado a la previa valoración y solicitud efectuada por las Unidades de Atención a las Drogodependencias.

(Dirección General de Atención a las Drogodependencias del Gobierno de Canarias, 2008).

El itinerario o circuito terapéutico específico en atención a drogodependencias, se inicia, por tanto, una vez la demanda ha sido atendida en cualquiera de los Centros Ambulatorios de Atención a las Dro-

godependencias (actualmente denominadas Unidades de Atención a las drogodependencias: UADs) y el equipo terapéutico (compuesto por médico/a, psicólogo/a y Trabajador/a Social), evalúan la demanda y valoran las necesidades del paciente/usuario. Tras elaborar el diagnóstico y valorar el caso, determinan bien si el tratamiento va a continuar a nivel ambulatorio o bien si se deriva a otro centro, en este caso de tercer nivel asistencial, para continuar el proceso de tratamiento de una forma más intensiva.

3.3.2.1. Los Centros de Día

Los centros de Día son centros de tercer nivel asistencial, a los que sólo se puede acceder a través de las Unidades de Atención a las Drogodependencias (UAD), cuya función principal es prestar una atención altamente especializada durante un periodo de tiempo limitado, donde se actúan de forma intensiva sobre la problemática, derivando al finalizar el proceso de tratamiento a sus dispositivos de referencia una vez finaliza la intervención.

Definición:

Centro de Día: *“centro de deshabituación y rehabilitación de drogodependientes en régimen de internamiento parcial...”* (Sirvent, Blanco y Franco, 1995, pág. 8).

Los Centros de Día vienen a cubrir el espacio intermedio entre los centros ambulatorios de segundo nivel y la comunidad terapéutica. El funcionamiento y organización de este tipo de centros exige la presencia diaria y continuada de los usuarios, lo que a su vez posibilita que un número importante de drogodependientes realice el tratamiento de rehabilitación en su propio medio social (Sirvent, Blanco y Franco, 1995). El poder continuar actuando con su entorno permite que el usuario vaya poniendo en práctica aquellas estrategias y habilidades que se trabajan y entrenan en el contexto de la terapia, a lo largo de su permanencia en el tratamiento, en su entorno. Así también podemos evaluar la ejecución de las mismas con el propio paciente y con su sistema de apoyo social (familia, pareja, amigos, etc.).

El perfil que suele acceder a este tipo de recursos suelen ser: drogodependientes con grave desestructuración física, psíquica y social; Aquellos con el autocontrol suficiente para asistir de forma con-

tinuada al centro; aquellos a los que no está aconsejado separarles totalmente de su medio; los que cuentan con un soporte familiar que garanticen un mínimo control externo y las personas necesitadas de modificar las formas de relacionarse con su medio social.

Los centros de día empiezan a emerger a partir de una actitud de anti internamiento que existía en las políticas de atención en salud mental, surgiendo, además, la necesidad de dar un tratamiento más específico a los drogodependientes. Inicialmente se crea una red de atención especializada donde los centros de día se convierten en una alternativa a las comunidades terapéuticas, gestionando el tratamiento del drogodependiente desde la propia comunidad, sin separar al individuo de su entorno social de origen, permitiendo que continúe con la convivencia familiar o núcleo original de convivencia.

Para nosotros es un recurso específico de atención a las drogodependencias que trabaja de forma integral y multidisciplinar la deshabituación y, sobre todo, promueve la incorporación social de los drogodependientes, a través de la intervención individual, grupal, familiar y comunitaria. La intervención terapéutica en este centro contempla tres áreas fundamentales en el tratamiento, que son: la actuación terapéutica, la formación ocupacional y la educativa, priorizando, dentro de ésta faceta, la educación para la ocupación eficaz y eficiente del ocio y tiempo libre.

El abordaje de la problemática se hace desde la perspectiva psicosocial y siguiendo las bases del modelo cognitivo-conductual, aunque también se ha contemplado las bases de la educación afectivo-emocional y la intervención familiar (para las que se tienen en cuenta algunas orientaciones del modelo sistémico).

En Canarias, hoy por hoy solamente existen cuatro centros de este tipo, dos en Gran Canaria, uno en Lanzarote y el Centro de Día “Cercado del Marqués”, de ámbito provincial y gestionado por la Organización No Gubernamental: Asociación de Cooperación Juvenil San Miguel (ACJ SAN MIGUEL).

3.3.2.1.1. Centro de Día “Cercado del Marqués”

Desde la Coordinadora Provincial de Drogodependencias y, a través de un convenio con Cruz Roja Española, se inaugura el Centro de Día “Cer-

cado del Marqués” en marzo de 1990, finalizando este convenio en 1991, fecha en la que la ACJ SAN MIGUEL propone un proyecto para la gestión del recurso, iniciando su actividad en 1991 y continuándola hasta la actualidad.

Físicamente está ubicado en una zona residencial, apartado de núcleos poblacionales y en un entorno que permite un mayor aislamiento, lo que a su vez facilita que el usuario, durante su permanencia, se centren en la participación en las diferentes actividades, existiendo un mayor control sobre posibles estímulos distractores o contaminantes.

Hoy en día es el único Centro de Día de atención específica a las drogodependencias que existe en la provincia de Santa Cruz de Tenerife.

Quizás uno de los aspectos más innovadores de este centro, desde sus inicios, ha sido admitir a los pacientes en tratamiento con agonista opiáceos (Metadona), además de ofertar un programa que se ajustase de forma individualizada al perfil de los usuarios.

Para abordar el tratamiento, en sus inicios estaba formado por un equipo multidisciplinar, para acoger a un máximo de 50 usuarios, atendidos por dos psicólogos, dos trabajadores sociales, un educador, un animador, tres monitores de talleres, un auxiliar administrativo y un conserje. Desde 1996 este Equipo Terapéutico se redujo a la mitad de profesionales, estando compuesto en el momento en que se inicia esta investigación por una psicóloga para el abordaje terapéutico individual, grupal, familiar y comunitario, además de colaborar en la docencia de las diferentes especialidades formativas, una trabajadora social, una monitor de tiempo libre y una animadora sociocultural para la realización de actividades educativas y de ocio y tiempo libre, así como docentes de la especialidad formativa de animación, un monitor de Formación Ocupacional que desarrolla específicamente la docencia de la especialidad de jardinería y una conserje, que desarrolla otras actividades para la entidad.

Es un centro que permanece abierto once horas diarias de lunes a viernes en horario de 8:00 a 19:00 horas.

Estaba diseñado como proyecto dentro del Programa de Incorporación Social de la ACJ SAN MIGUEL. Su función principal era mantener ocupados a los drogodependientes a la vez que se les

ofrecía diferentes programas de formación pre-laboral con unos objetivos específicos.

Aunque desde 2004, este modelo ha cambiado su objeto de actuación dentro de la estructura técnica de la ACJ SAN MIGUEL y tras evaluar el formato que estaba funcionando, se diseña, se planifica y se pone en marcha un nuevo modelo de actuación, desde una perspectiva técnica, más acorde con la realidad cambiante y los nuevos perfiles en drogodependencias: el Programa Estancia de Día (PED), programa cuyo objetivo es el tratamiento integral e intensivo (dentro del área de asistencia e integración social de la ACJ SAN MIGUEL), a través de un programa de actividades terapéuticas muy estructuradas y priorizando el tratamiento psicológico, la intervención social, educativa y sanitaria, de aquellos usuarios con perfiles más desestructurados, aquellos sin soporte social y los que requerían de una intervención intensiva en régimen semi residencial.

En el momento de realizar esta investigación, periodo que abarca desde 1997 a 2003, el Centro de Día contaba con otra estructura técnica y perseguía objetivos más orientados a la inserción socio laboral del paciente, que ya había recibido la mayor parte del tratamiento en su Centro Ambulatorio de atención a las drogodependencias de referencia, y para lo que se diseñaron tres tipos de programas para lograr estos objetivos.

3.3.2.1.1. Programas de Actividades del Centro de Día

PAT: Programa de Atención Total. El objetivo fundamental de este programa era ocupar el máximo tiempo posible de los usuarios y para ello se planificaban actividades dentro de las diferentes áreas de tratamiento y que se desarrollaban tanto a nivel individual, grupal, familiar, como comunitaria y que pasamos a detallar:

- **Area Terapéutica:** la atención psicosocial

– *Individual:*

Que incluía la Atención Psicológica con valoración, diagnóstico e intervención psicoterapéutica en diferentes áreas y problemáticas, así como la coordinación con otros recursos asistenciales.

El diagnóstico se realizaba siguiendo los criterios del DSM IV; posteriormente, en 2004, empezamos a utilizar los criterios del DSM IV-TR.

Atención Social con valoración, diagnóstico social e intervención en diferentes áreas y problemas, así como la gestión y coordinación de recursos sociales.

– *Grupal:*

Terapia de Grupo: De orientación Cognitivo-Conductual y en el que se aplican, por parte de las psicólogas del centro, técnicas básicas y basadas en la modificación cognitivo- conductual.

Programa de Entrenamiento en Competencia Social, (PECS), (programa objeto de este estudio) y que contempla el desarrollo de los siguientes elementos de una forma muy estructurada:

- Programa de entrenamiento en Habilidades Sociales: Se aplica, principalmente, el entrenamiento de algunas de las habilidades descritas en el programa estructurado de Goldstein (Goldstein, Sprafking, Gershaw y Klein, 1989) y algunas orientaciones del Programa de Entrenamiento de Habilidades Sociales de Vicente Caballo (1993).
- Programa de entrenamiento en Habilidades Cognitivas: Se aplican las 10 lecciones del programa de entrenamiento CoRT-1 de Eduard DeBono.
- Programa de Crecimiento en Valores: Se aplica la discusión de 4 dilemas morales de Kohlberg y 2 sesiones de video forum con películas seleccionadas para tal fin. (Segura, Mesa y Arcas, 1998, Segura y Arcas, 1999).
- Reducción del estrés y ansiedad: Técnicas de relajación (Davis, McKay y Eshelman, 1985).
- Autocontrol emocional: Corrección de Errores Atribucionales, Modificación de Pensamientos Distorsionados. (McKay, Davis y Fanning, 1985).
- Expectativas. Desgranando los objetivos y metas que persiguen los usuarios del tratamiento y del programa de entrenamiento y la implicación en el mismo. Así como la reevaluación continua de su autoeficacia.

Programa de Prevención de Recaídas: Se aplica el programa, siguiendo el esquema y las sesiones diseñadas por Marlatt y Gordon y recogidos por Graña (1994).

Programa de Crecimiento Afectivo-Emocional: Se aplica los programas PIELE y PIECAP del Dpto. de Psicología Educativa de la Universidad de La Laguna, aunque se desechan los elementos de entrenamiento en Habilidades Sociales y Cognitivas, puesto que están contemplados en el Programa de Competencia Social que nosotros entrenamos.

Programa de Control Emocional: Se aplica el programa diseñado por Ross y Fabiano que consta de 8 sesiones y traducido por Garrido.

Aula de Salud: Se trabajan diferentes temas relacionados con la salud: higiene corporal, enfermedades ocasionadas por el consumo de drogas, talleres de sexo más seguro.

Entrenamiento en Incorporación Social: Se les enseña a realizar diferentes gestiones de la vida cotidiana que van desde cómo inscribirse en el Instituto Nacional de Empleo (INEM), realizar la declaración de la renta, o rellenar un formulario para solicitar ayudas sociales, orientarles hacia los servicios sociales de zona, o qué organismos se encargan de qué cosas (Hacienda, Ayuntamiento, Seguridad Social, etc.).

Programa de Orientación Laboral: Como parte de los talleres y cursos de formación ocupacional, se les orienta en la búsqueda de empleo.

Programa de Acompañamiento en la Inserción Laboral: a través de convenios de colaboración con diferentes Ayuntamientos, se hace una propuesta para empleo de aquellos usuarios que valoramos más capacitados y que generalmente llevan buena evolución en el tratamiento, a partir de esta propuesta se desarrolla un programa de seguimiento y acompañamiento para la ocupación del puesto de trabajo, valorando con el paciente y/o su encargado los diferentes problemas que pudieran surgir y así apoyar al usuario en su incorporación laboral.

En el área de atención psicosocial en la modalidad grupal, se van introduciendo los diferentes programas grupales, de forma secuenciada, de forma que mientras estaban en marcha el Programa de Entrenamiento en Competencia Social, se trabajaban otros programas grupales que no pudieran interferir con el de competencia, como por ejemplo aula de salud, terapia de grupo o entrenamiento en reinserción y finalizando éste se empezaba a trabajar el grupo de Prevención de Recaídas y el resto se

iba secuenciando hasta empezar con otro grupo de pacientes el PECS.

– *Familiar:*

Entendiendo la importancia que para el tratamiento tiene la implicación de los distintos recursos sociales con los que pueda contar el paciente/usuario, en su proceso, se convocan a las familias a distintos tipos de intervención familiar. El objetivo es trabajar con las familias pautas, normas, límites, conceptos básicos en drogodependencias, prepararles para las posibles recaídas y corregir aquellos comportamientos que no favorecen el tratamiento, a la vez que ofertarle técnicas y estrategias eficaces, entrenarles en habilidades sociales básicas y habilidades comunicativas, para apoyar a su familiar y contribuir positivamente al tratamiento y a mejorar la calidad de vida familiar, de pareja, etc. A las familias las convoca la Trabajadora Social del Centro y la Psicóloga, para un trabajo más personalizado, que son las denominadas Terapias Unifamiliares, con y sin usuario, a demanda y con cita previa.

Terapias Multifamiliares, son reuniones con las diferentes familias, que se reúnen los jueves, cada 15 días, para trabajar diferentes temas a propuesta de las familias y los terapeutas. Además de trabajar con técnicas del modelo cognitivo- conductual, se intenta generar un clima de confianza y un espacio en el que las familias comparten vivencias y experiencias, en relación al problema común de la drogodependencia de su familiar, permitiendo un espacio de desahogo emocional, a la vez que un contexto de aprendizaje por iguales con otras familias ante las mismas situaciones o problemas, siempre con la supervisión terapéutica de personal cualificado.

Terapia de parejas. En concordancia con lo necesario de abordar los problemas asociados a la drogodependencia, se abordan los problemas de pareja a demanda del paciente o su pareja, con el objeto de mejorar el proceso de tratamiento.

– *Comunitaria:*

Coordinación con otros recursos, específicos o no de la red (desde Centros de Salud, Unidades de Salud Mental, Servicios Sociales, etc.).

Programas de acompañamiento a la inserción socio-laboral. Descrito anteriormente.

Programas de seguimiento y apoyo en las Altas Terapéuticas. Durante mucho tiempo los pacientes,

que han culminado exitosamente su programa de tratamiento, han estado en contacto diario con el equipo terapéutico del centro, cuando llega el momento del Alta, suele ser una fuente de ansiedad, por lo que se le asignan consultas de seguimiento puntuales con su terapeuta de referencia, para realizar de una manera adecuada la desvinculación del recurso, sin que esto sea un posible riesgo para el paciente o su familia.

• **Área educativa, de animación, de ocio y tiempo libre**

– *Actividades Educativas:*

Entendiendo la necesidad de ofertar nuevas opciones y potenciar la autoestima de muchos de nuestros usuarios, el aula educativa les ofrece la posibilidad, a aquellos que no saben leer ni escribir de aprender y a los que no finalizaron sus estudios primarios poder optar a finalizar los mismos a través de la coordinación con el Aula de Adultos de Tejina, preparándoles para las pruebas libre de obtención del Graduado Escolar, por tanto se organizan actividades que permitan lograr este objetivo educativo.

Clases de Apoyo para la obtención de una cualificación académica y de alfabetización.

Aula de la Naturaleza: Trabajos y proyecciones de temas relacionados con la flora, fauna, medio ambiente, fenómenos naturales, cosmos, etc.

Aula de Investigación: Trabajos específicos sobre diferentes temas de interés cultural y de actualidad.

Aulas de Mecanografía; Manipulador de alimentos; Taller de Animación a la lectura.

Educación física: baloncesto, fútbol sala, aeróbic, gimnasia, gochas, etc.

– *Animación:*

Dentro del área de animación, el objetivo es que la persona aprenda a buscar otras alternativas gratificantes, educativas y entretenidas que le permitan ocupar el tiempo libre de una forma adecuada y positiva, a la vez que trabajar en pos de una verdadera integración social acercándole a los recursos sociales y culturales de su entorno, para ello, se planifican diferentes actividades como:

Visitas Culturales (Museos, Exposiciones, Cine, Ferias, etc.).

Visitas Educativas (Conocimiento de algunos recursos, centros, fábricas, etc.). Paseos Recreativos (Conocimiento de la ciudad, jardines y parques, casco histórico, etc.).

Todo el conjunto de actividades se distribuye en una planificación semanal y cubre todo el horario del centro desde las 8 de la mañana hasta las 19h.

POF: Programa Ocupacional Formativo. El objetivo fundamental de este programa era dotar de una formación ocupacional-laboral a los usuarios y para ello se han puesto en funcionamiento tanto cursos oficiales del Instituto Canario de Empleo (ICFEM), como Casas de Oficio y Talleres Ocupacionales.

El horario que desarrolla un usuario acogido a este programa es de lunes a viernes de 8:00 a 13:00 horas en caso de que la formación que se imparte sea en horario de mañana o de 15:00 a 19:00 cuando se imparte el curso de Monitor sociocultural, que se desarrolla en horario de tarde. No participan en ninguna actividad terapéutica del centro.

Durante la duración de nuestro estudio, se han desarrollado como proyectos formativos dos Casa de Oficios, en una primera ocasión con la especialidad de Jardinero y en una segunda con las especialidades de: Jardinero, Ayudante de Cocina, Diseño Gráfico y Animación. En 2003 y en colaboración con el ICFEM, se ejecuta un proyecto de Taller de Empleo, dirigido a parados mayores de 25 años, en la especialidad de jardinero.

PAL: Programa de Actividades Libres. El objetivo era captar mayor número de usuarios y por tanto se ofertaba la posibilidad de que cada usuario tuviera un menú de actividades a la "carta" y que participara sólo de aquellas que, dentro de la programación, más le gustase. Dentro de este menú podían elegir desde participar en los grupos terapéuticos hasta sólo salir a las excursiones. Aunque la actividad más elegida eran la de mecanografía y participar en el equipo de fútbol-sala.

3.4. Resumen

A modo de resumen y como reflexión en relación al marco teórico donde nos hemos apoyado para la realización de este trabajo, y, recapitulando un poco para hacernos una composición de lugar clara y objetiva de todo lo que hasta este momento hemos ido señalando en base a la revisión de la

literatura científica y a nuestra propia experiencia, se presentan las siguientes líneas.

Nos encontramos, por un lado, en cuanto a las características de la aparición, mantenimiento y tratamiento de las drogodependencias, resultados de diferentes investigaciones donde se ponen de manifiesto la importancia de algunos elementos como los factores de riesgo y de protección presentes en los inicios y en el mantenimiento de la adicción; así como aquellos elementos que aparecen asociados a los procesos de tratamiento, tanto para la abstinencia como para abordar las recaídas, donde surgen como elementos reveladores: las expectativas de autoeficacia, las atribuciones, la asertividad, el control emocional, el manejo de la ansiedad, los procesos de toma de decisiones y las habilidades para hacer frente a las situaciones de riesgo y de consumo, destacando las recomendaciones de los diferentes autores en sus investigaciones, en cuanto a la importancia de trabajar estos elementos y utilizar aquellas técnicas, cuya eficacia haya sido demostrada científicamente, en el abordaje de este problema. Parece existir consenso en que son las técnicas que están fundamentadas principalmente en el Modelo Cognitivo-Conductual, en pos de lograr tratamientos más eficaces, efectivos y eficientes.

Por otro lado, cuando exponíamos en los primeros capítulos de este marco teórico la fundamentación de la necesidad de abordar algunos elementos presentes en la conceptualización de los programas de habilidades sociales y competencia social, desde un primer momento señalábamos la importancia de aspectos como las expectativas de autoeficacia, el sistema atribucional, el control emocional, el manejo de la ansiedad, el desarrollo de la conducta asertiva, de las habilidades para la solución de problemas y las habilidades cognitivas para la toma de decisiones y, por tanto, defendíamos la necesidad de integrarlos como elementos esenciales en los programas de entrenamiento en competencia social.

En ambos casos, es decir, en el abordaje de la drogodependencia y en el entrenamiento en competencia social, subyace el Modelo Cognitivo Conductual y las técnicas empleadas son las propias de este modelo, fundamentado en las Teorías del Aprendizaje.

Llegados a este momento, cabe señalar la coincidencia de elementos y, por tanto, la reflexión, en relación a esta confluencia, cuando menos intere-

sante, sobre el tratamiento de las drogodependencias. Máxime, si tenemos en cuenta que uno de los componentes de los tratamientos en drogodependencias y que se proponen de forma concensuada por parte de los diferentes autores, es el entrenamiento en habilidades sociales/competencia social. Elemento que además se señala como esencial en los programas de prevención y clave en el programa de Prevención de Recaídas.

Nuestro programa de competencia social, se constituye en un Modelo integrador entre la demanda y la oferta, en cuanto que incluye desde un primer momento como elementos fundamentales, la necesidad de abordar las expectativas de éxito y de autoeficacia, el autocontrol emocional (modificando el sistema atribucional y las distorsiones de pensamiento), el manejo de la ansiedad, el entrenamiento en habilidades comunicativas, las habilidades necesarias para hacer frente a las diferentes situaciones de riesgo y sobre todo de interacción interpersonal, las habilidades cognitivas necesarias para la solución de problemas y toma de decisiones.

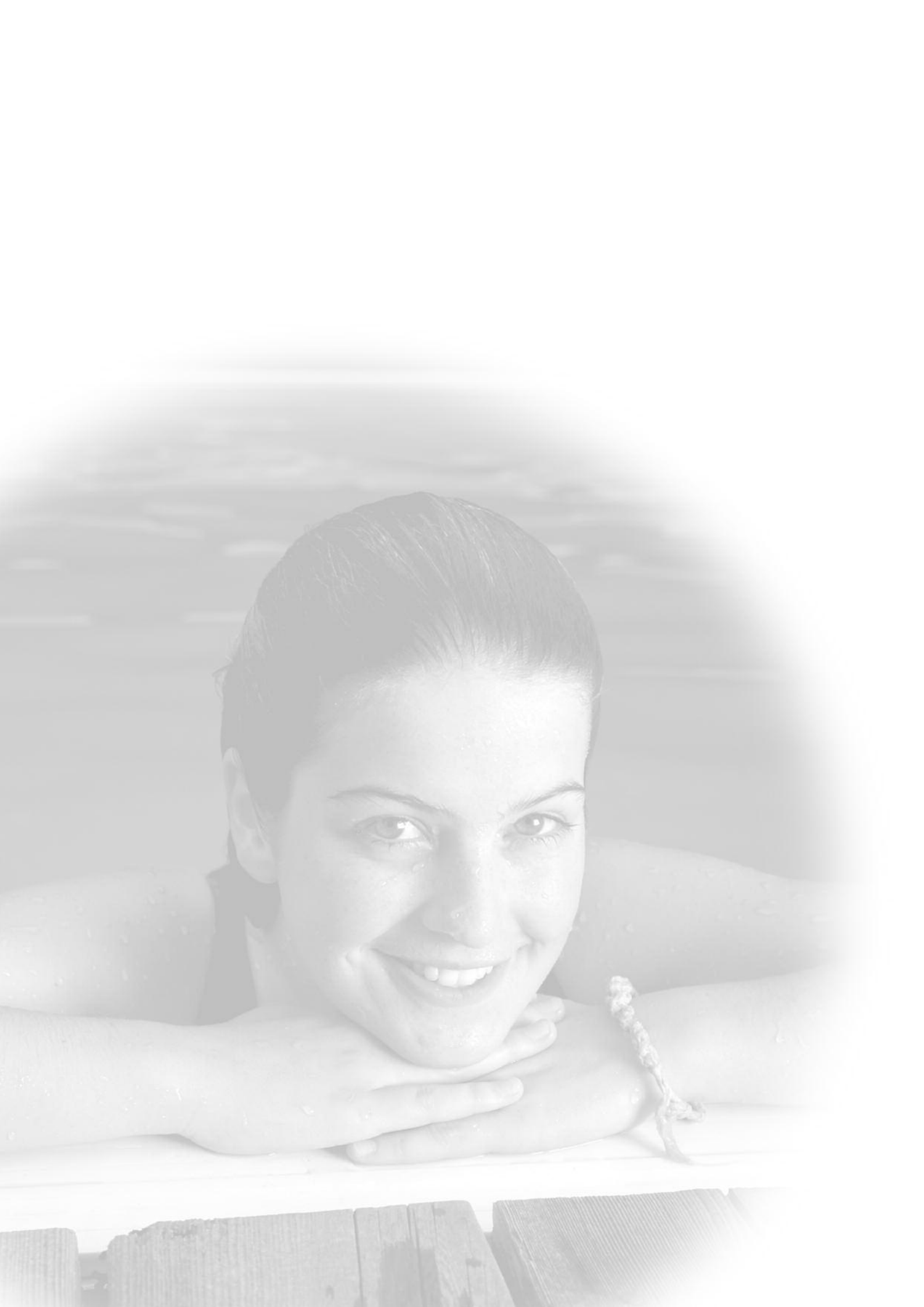
Siguiendo las recomendaciones existentes para los programas de habilidades sociales y, en nuestro caso, en el programa de competencia social, trabajar estos elementos, de forma estructurada, con técnicas cognitivo-conductuales: modelado y moldeado de la conducta socialmente adecuada (a través de técnicas como: el role playing, ensayo y error, el brainstorming, el feedback, el refuerzo social), habilidades para la solución de problemas (utilizando ejemplos impersonales y personales), la discusión de valores morales y las habilidades cognitivas para favorecer la toma de decisiones, la modificación de distorsiones cognitivas y la modificación de atribuciones, las técnicas de relajación, las “tareas para casa” (buscando la generalización a otros contextos), desde nuestro punto de vista garantizará el éxito de la intervención en drogodependencias, a la vez que capacitará al drogodependiente haciéndole más hábil y competente socialmente y también aumentará sus recursos personales para hacer frente a las dificultades o situaciones de riesgo que van a aparecer a lo largo de su vida.

Con todo ello y basándonos en la experiencia y en la literatura al respecto y en un alarde un poco ambicioso quizás, pero desde una perspectiva integradora, ante todas las evidencias que hemos manejado, cabía la reflexión y, por tanto, es un pensamiento y que podría concebirse en una intere-

sante hipótesis de este trabajo, en que es factible pensar en que si conseguimos demostrar que aplicando el programa de competencia social, logramos aumentar la empatía, las expectativas de autoeficacia, la asertividad, las habilidades para solucionar problemas y las habilidades para la interacción interpersonal, autocontrol y alcanzar el autodominio de nuestras emociones, de modificar las atribuciones que hacemos de nuestras acciones y sobre todo de los resultados que obtenemos, mejorando la autoestima, ¿No estaremos modificando algo más que las conductas y las cogniciones?, No estaremos modificando la perspectiva en o de cómo se vive la vida?. Es decir, realmente si se producen todas estas mejoras con el entrenamiento, tiene que reflejarse en una importante mejora en los cinco pensamientos básicos descrito como necesarios en la resolución de problemas interpersonales el PA; PCa, PCo, TDP y PMF, de manera que contribuirían a una modificación más allá del comportamiento en sí y sería más estable en el tiempo, puesto que una vez que se adquieren y se interiorizan difícilmente se vuelven a “perder”.

Consideramos, por tanto que nuestro programa de entrenamiento en competencia social da respuesta y contribuye de una manera práctica e integral al proceso de cambio, objetivo de cualquier iniciativa de tratamiento en el abordaje de las drogodependencias y por ello asumimos, al iniciar esta investigación y la puesta en marcha del programa de entrenamiento, la importancia de someterlo a evaluación dentro del tratamiento de las drogodependencias, como herramienta eficaz, efectiva y eficiente capaz de aglutinar, en pocas sesiones, lo ineludible, lo importante y lo deseable.

Llegado este momento, recordar que nuestra población objeto de estudio en esta investigación son pacientes drogodependientes en tratamiento, es decir es una muestra clínica, con todo lo que ello implica, asumir (y que aparece de forma constante en la literatura revisada como una característica propia del tratamiento de las drogodependencias) la alta tasa de abandonos dentro de la propia dinámica del tratamiento de las drogodependencias; las cuestiones éticas, en la que prima el tratamiento sobre la investigación y las dificultades añadidas como trabajar con grupos poco estables y abiertos y una tasa elevada de muerte experimental.





Metodología







4 Hipótesis





El entrenamiento en competencia social para drogodependientes en fase de rehabilitación e incorporación social, dará lugar a una mejora en las distintas dimensiones cognitivas de la Batería de Test de Bethencourt (1989).

– HIPOTESIS CONCEPTUAL 1:

El entrenamiento en competencia social a los drogodependientes en fase de rehabilitación e incorporación social, dará lugar a un aumento en la dimensión cognitiva de pensamiento alternativo.

- Hipótesis Empírica 1.1:
El entrenamiento a drogodependientes en el programa de competencia social dará lugar a diferencias estadísticamente significativas pretest-postests en las puntuaciones obtenidas en el ítem 1 del test Pensamiento Alternativo (PA) de la Batería de Habilidades Interpersonales de Bethencourt (1989).
- Hipótesis Empírica 1.2:
El entrenamiento con el programa de competencia social dará lugar a diferencias estadísticamente significativas pretest-postests en las puntuaciones obtenidas en el ítem 2 del test Pensamiento Alternativo (PA) de la Batería de Habilidades Interpersonales de Bethencourt (1989).
- Hipótesis Empírica 1.3:
El entrenamiento con el programa de competencia social dará lugar a diferencias estadísticamente significativas pretest-postests en las puntuaciones obtenidas en el ítem 3 del test Pensamiento Alternativo (PA) de la Batería de Habilidades Interpersonales de Bethencourt (1989).

- Hipótesis Empírica 1.4:
El entrenamiento con el programa de competencia social dará lugar a diferencias estadísticamente significativas pretest-postests en las puntuaciones obtenidas en el ítem 4 del test Pensamiento Alternativo (PA) de la Batería de Habilidades Interpersonales de Bethencourt (1989).
- Hipótesis Empírica 1.5:
El entrenamiento con el programa de competencia social dará lugar a diferencias estadísticamente significativas pretest-postests en las puntuaciones obtenidas en el ítem 5 del test Pensamiento Alternativo (PA) de la Batería de Habilidades Interpersonales de Bethencourt (1989).
- Hipótesis Empírica 1.6:
El entrenamiento con el programa de competencia social dará lugar a diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones obtenidas en los ítems del test Pensamiento Alternativo (PA) de Bethencourt (1989) entre drogodependientes entrenados y no entrenados (grupo control).

– HIPOTESIS CONCEPTUAL 2:

El entrenamiento en competencia social a drogodependientes en fase de rehabilitación e incorporación social, dará lugar a un aumento en la dimensión cognitiva del pensamiento causal.

- Hipótesis Empírica 2.1:
El entrenamiento con el programa de competencia social dará lugar a diferencias estadísticamente significativas pretest-postests en las puntuaciones obtenidas en el ítem 1 del test

Pensamiento Causal (PCa) de la Batería de Habilidades Interpersonales de Bethencourt (1989).

- Hipótesis Empírica 2.2:
El entrenamiento con el programa de competencia social dará lugar a diferencias estadísticamente significativas pretest-postests en las puntuaciones obtenidas en el ítem 2 del test Pensamiento Causal (PCa) de la Batería de Habilidades Interpersonales de Bethencourt (1989).
- Hipótesis Empírica 2.3:
El entrenamiento con el programa de competencia social dará lugar a diferencias estadísticamente significativas pretest-postests en las puntuaciones obtenidas en el ítem 3 del test Pensamiento Causal (PCa) de la Batería de Habilidades Interpersonales de Bethencourt (1989).
- Hipótesis Empírica 2.4:
El entrenamiento con el programa de competencia social dará lugar a diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones obtenidas en los ítems del test Pensamiento Causal (PCa) de Bethencourt (1989) entre drogodependientes entrenados y no entrenados (grupo control).

– HIPOTESIS CONCEPTUAL 3:

El entrenamiento en competencia social a los drogodependientes en fase de rehabilitación e incorporación social, dará lugar a un aumento en la dimensión cognitiva del pensamiento consecuencial.

- Hipótesis Empírica 3.1:
El entrenamiento con el programa de competencia social dará lugar a diferencias estadísticamente significativas pretest-postests en las puntuaciones obtenidas en el ítem 1 del test Pensamiento Consecuencial (PCo) de la Batería de Habilidades Interpersonales de Bethencourt (1989).
- Hipótesis Empírica 3.2:
El entrenamiento con el programa de competencia social dará lugar a diferencias estadísticamente significativas pretest-postests en las puntuaciones obtenidas en el ítem 2 del test Pensamiento Consecuencial (PCo) de la Batería

de Habilidades Interpersonales de Bethencourt (1989).

- Hipótesis Empírica 3.3:
El entrenamiento con el programa de competencia social dará lugar a diferencias estadísticamente significativas pretest-postests en las puntuaciones obtenidas en el ítem 3 del test Pensamiento Consecuencial (PCo) de la Batería de Habilidades Interpersonales de Bethencourt (1989).
- Hipótesis Empírica 3.4:
El entrenamiento con el programa de competencia social dará lugar a diferencias estadísticamente significativas pretest-postests en las puntuaciones obtenidas en el ítem 4 del test Pensamiento Consecuencial (PCo) de la Batería de Habilidades Interpersonales de Bethencourt (1989).
- Hipótesis Empírica 3.5:
El entrenamiento con el programa de competencia social dará lugar a diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones obtenidas en los ítems del test Pensamiento Consecuencial (PCo) de Bethencourt (1989) entre drogodependientes entrenados y no entrenados (grupo control).

– HIPÓTESIS CONCEPTUAL 4:

El entrenamiento en competencia social a los drogodependientes en fase de rehabilitación e incorporación social, dará lugar a un aumento en la dimensión cognitiva del pensamiento de Toma de Perspectiva (TDP).

- Hipótesis Empírica 4.1:
El entrenamiento con el programa de competencia social dará lugar a diferencias estadísticamente significativas pretest-postests en las puntuaciones obtenidas en el ítem 1 del test Pensamiento Toma de Perspectiva (TDP) de la Batería de Habilidades Interpersonales de Bethencourt (1989).
- Hipótesis Empírica 4.2:
El entrenamiento con el programa de competencia social dará lugar a diferencias estadísticamente significativas pretest-postests en las puntuaciones obtenidas en el ítem 2 del test Pensamiento Toma de Perspectiva (TDP) de la

Batería de Habilidades Interpersonales de Bethencourt (1989).

- Hipótesis Empírica 4.3:
El entrenamiento con el programa de competencia social dará lugar a diferencias estadísticamente significativas pretest-postests en las puntuaciones obtenidas en el ítem 3 del test Pensamiento Toma de Perspectiva (TDP) de la Batería de Habilidades Interpersonales de Bethencourt (1989).
- Hipótesis Empírica 4.4:
El entrenamiento con el programa de competencia social dará lugar a diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones obtenidas en los ítems del test Toma de Perspectiva (TDP) de Bethencourt (1989) entre drogodependientes entrenados y no entrenados (grupo control).

– HIPÓTESIS CONCEPTUAL 5:


El entrenamiento en competencia social a los drogodependientes en fase de rehabilitación e incorporación social, dará lugar a un aumento en la dimensión cognitiva de Pensamiento Medios-Fines.

- Hipótesis Empírica 5.1:
El entrenamiento con el programa de competencia social dará lugar a diferencias estadísticamente significativas pretest-postests en las

puntuaciones obtenidas en el ítem 1 del test Pensamiento Medios-Fines (PMF) de la Batería de Habilidades Interpersonales de Bethencourt (1989).

- Hipótesis Empírica 5.2:
El entrenamiento con el programa de competencia social dará lugar a diferencias estadísticamente significativas pretest-postests en las puntuaciones obtenidas en el ítem 2 del test Pensamiento Medios-Fines (PMF) de la Batería de Habilidades Interpersonales de Bethencourt (1989).
- Hipótesis Empírica 5.3:
El entrenamiento con el programa de competencia social dará lugar a diferencias estadísticamente significativas pretest-postests en las puntuaciones obtenidas en el ítem 3 del test Pensamiento Medios-Fines (PMF) de la Batería de Habilidades Interpersonales de Bethencourt (1989).
- Hipótesis Empírica 5.4:
El entrenamiento con el programa de competencia social dará lugar a diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones obtenidas en los ítems del test Pensamiento Medios-Fines (PMF) de Bethencourt (1989) entre drogodependientes entrenados y no entrenados (grupo control).





5

Método

5.1. Muestra, Procedimiento de acceso y descripción

5.2. Instrumentos

3.3. Programa de entrenamiento

5.3.1. Diseño

5.3.2. Contenidos

5.3.3. Procedimiento





5.1. Muestra, Procedimiento de acceso y descripción

Para este estudio, la muestra principal se obtuvo entre los usuarios del Centro de Día “Cercado del Marqués”, a quienes se les informó de la realización de esta investigación y en qué consistía (cumplimentar un cuestionario antes y después de participar en el programa de entrenamiento, explicándoles que nos ayudaría a evaluar el programa que estábamos trabajando para mejorarlo) y se les solicitó colaboración para participar en la misma, dando lugar a dos grupos: por un lado las personas diagnosticadas y en tratamiento por su problemática de drogodependencias y, por otro lado, personas que accedían al Centro de Día para realizar algún curso de formación laboral que se impartía en el centro y que, a priori, no tienen problemas de drogodependencias y a los cuales les conocemos por Accesos Directos (AD).

Por otro lado y paralelamente, se le solicita colaboración a la pedagoga del Equipo de Prevención de Drogodependencias de la ACJ SAN MIGUEL, quién estaba trabajando específicamente con grupos de las Tutorías de Jóvenes de Ofra y Tejina, chi-

cos y chicas que formaban parte de los programas de Garantía Social, con el objeto de tener varios grupos control diferenciados y con los que comparar a nuestro grupo experimental. Logramos la colaboración de un grupo de 45 jóvenes, que cumplieron la Batería de Test de Habilidades Interpersonales de Bethencourt (1989).

Además, hicimos varios contactos con otros Centros de Atención a las Drogodependencias, para tener un grupo de control y comparación, que estu-

Gráfica nº 1. Grupos

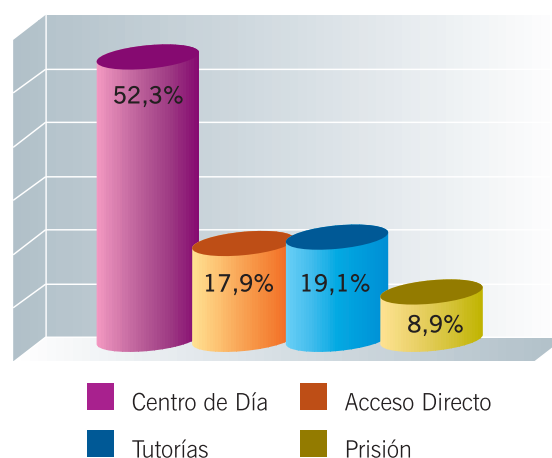


Tabla nº 1. Grupo de procedencia

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	Centro de Día	123	52,3	52,3
	Tutorías	45	19,2	71,5
	Prisión	21	8,9	80,4
	Accesos Directos	42	17,9	98,3
	Otros C Tto.	4	1,7	100,0
Total		235	100,0	

vieran recibiendo tratamiento, pero no nuestro programa de competencia social, pero no fue posible contar con ello. Aunque sí logramos la colaboración en el estudio de un grupo de personas que estaban cumpliendo condena en prisión y que manifestaron tener problemas con las drogas, aunque no estaban en tratamiento (para lo cuál se solicitó el oportuno permiso al Director del Centro Penitenciario y a los internos del mismo). En todos los casos que conseguimos colaboración, cumplimentaron las pruebas de la Batería de Test de Habilidades Interpersonales de nuestro estudio, que nos servirían para evaluar los cinco pensamientos implicados en las habilidades sociales y competencia social.

La muestra a la que tuvimos acceso, finalmente, estaba compuesta por 235 personas, de los cuales 154 eran hombres y 81 eran mujeres (ver Tabla y gráfica nº 2).

La edad de la muestra oscilaba entre los 12 años, correspondiente a los jóvenes de tutorías y los 51 años, correspondiente a una interna de prisión. Aunque el mayor porcentaje de la muestra se sitúa en los intervalos de 19 a 39 años. La media

de edad del grupo que forma la línea base se situaba en 25,79 años y la desviación típica en 8,47. (Ver Tabla y gráfica nº 3).

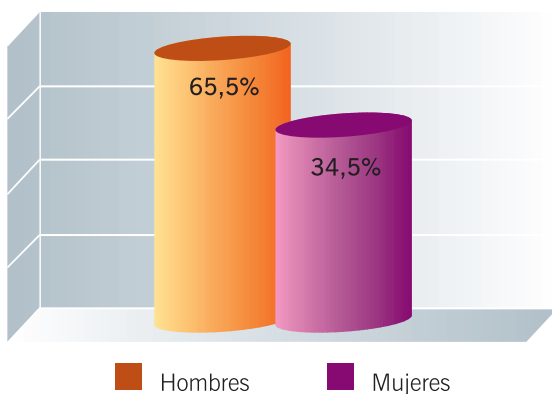
En lo que se refiere a la media de edad por grupos de las personas que constituyen la muestra, podemos observar los resultados en la Tabla nº 3.1. La media de edad más baja se corresponde con los jóvenes de tutorías (15,22 años, con una desviación típica de 2,18), seguidos por los Accesos Directos (21,90 años y una desviación típica de 3,9) mientras que para el resto de los grupos la media de edad se elevan, siendo la más alta para el grupo de drogodependientes (30,7 años y con una mayor desviación típica 7,15).

En el gráfico siguiente (Gráfica nº 4), podemos observar la distribución por rangos de edad de la muestra en general, situándose la mayor frecuencia entre los 19 y 25 años.

El rango de edad en el grupo compuesto por los chicos y chicas procedentes de las tutorías están entre los 12 y los 19 años. En relación al resto de los grupos se distribuyen según los siguientes intervalos:

Tabla nº 2. Sexo			
		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Mujer	81	34,5
	Hombre	154	65,5
Total		235	100,0

Gráfica nº 2. Distribución de la muestra por sexo



Gráfica nº 3. Edad

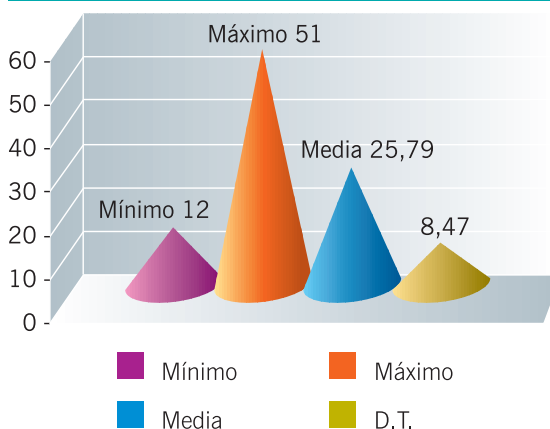
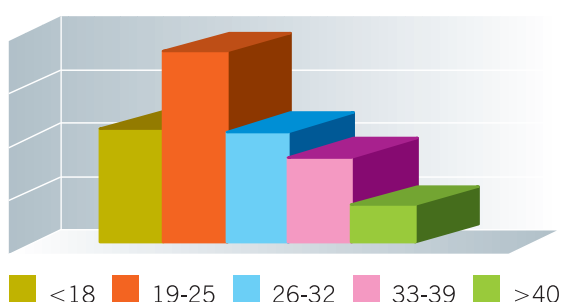


Tabla nº 3. Edad					
	N	Mínimo	Máximo	Media	D.T.
Edad	233	12	51	25,79	8,47

Tabla n° 3.1. Medias de edad			
Grupo	Media	N	Desviación Típica
Centro de Día	30,71	121	7,16
Tutorías	15,22	45	2,18
Prisión	27,05	21	6,76
Accesos Directos	21,90	42	3,98
Otros centros Tto.	30,00	4	4,24
Total	25,79	235	8,47

Gráfica n° 4. Distribución por rangos de Edad



- 83 para el intervalo de 19 a 25 años;
- 48 para el intervalo 26-32 años;

- 37 para el intervalo de 33-39 años;
- 16 son mayores de 40 años.

Los usuarios drogodependientes del Centro de Día “Cercado del Marqués” están entre los rangos que van desde los 19 a los 49 años. La media de edad se sitúa en 30,71 años, con una desviación típica de 7,15.

En relación al estado civil (EC), la mayoría (el 85,5%) de la muestra global manifiestan que son solteros. Al igual que los drogodependientes del Centro de Día. Podemos observar más detenidamente estos datos en las Tablas n° 4 y Tabla n° 4.1.

Tabla n° 4. Estado Civil				
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	Soltero	194	82,6	85,5
	Casado	16	6,8	92,5
	Pareja de hecho	1	0,4	93,0
	Separado/divorciado	15	6,4	99,6
	Viudo	1	0,4	100,0
	Total	227	96,6	
Perdidos	Sistema	8	3,4	
	Total	235	100,0	

Tabla n° 4.1. Estado Civil por grupo						
	Soltero	Casado	Pareja de hecho	Separado / Divorciado	Viudo	Total
Centro de Día	91	14	1	10	0	121
Tutorías	43	0	0	0	0	43
Prisión	18	0	0	0	1	19
Accesos directos	38	2	0	0	0	40
Otros C. Tto.	4	0	0	0	0	4
Total	194	16	1	15	1	227

Otra de las Variables de interés, es el nivel académico de la muestra, que en este caso se situaba mayoritariamente entre los Estudios Primarios y la EGB (ver Tabla nº 5), datos que fueron obtenidos siguiendo el modelo y la categorización que se mantiene en la Ficha Básica de Registro. Pero consideramos que la información que necesitábamos era más sencilla y lo que realmente era relevante era si la persona había alcanzado un nivel de estudios primarios, secundarios o universitarios, por lo que procedimos a recodificar esta variable y se presenta como un dato revelador que el mayor porcentaje de la muestra hubiese alcanzado sólo hasta el nivel de estudios primarios, lo que podría ser un indicador del abandono temprano de la escolaridad, factor muy relacionado con el riesgo de drogodependencia del que hemos hablado en el marco teórico precedente. (Ver Tabla nº 5, Tabla nº 5. 1 y Gráfica nº 5).

En la Tabla nº 5.1 podemos apreciar el nivel de estudios de la muestra antes de iniciar el programa de tratamiento, una vez ha sido recodificado en cuatro categorías: Sin estudios, Estudios Primarios completados, Estudios Secundarios y Universitarios. Como podemos observar, el nivel académico de la muestra es de estudios primarios, mayoritariamente.

Gráfica nº 5. Nivel Académico Previo

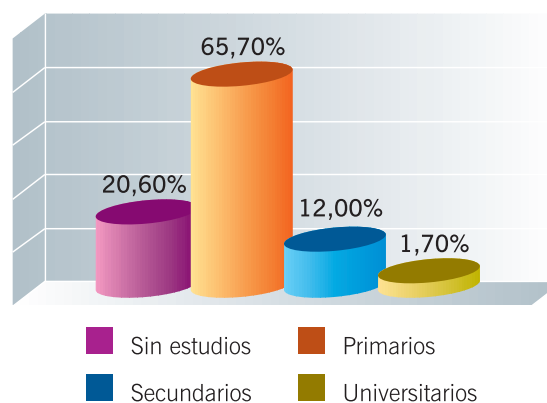


Tabla nº 5. Nivel Académico

	Nivel académico previo	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	No sabe leer ni escribir	1	0,4	0,4
	Estudios primarios sin finalizar	47	20,2	20,6
	Estudios primarios finalizados	86	36,9	57,5
	Graduado escolar / ESO sin finalizar	67	28,8	86,3
	ESO, bachiller superior, bachiller LOGSE, FP I, FP II, FP medio	24	10,3	96,6
	Estudios universitarios sin finalizar	4	1,7	98,3
	Estudios universitarios finalizados	4	1,7	100,0
	Total	233	100,0	
Perdidos	Sistema	2		
	Total	235		

Tabla nº 5.1. Nivel Académico Recodificado

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	Sin estudios	84	20,6	20,6
	Primarios	153	65,7	86,3
	Secundarios	28	12,0	98,3
	Universitarios	4	1,7	100,0
	Total	233	100,0	
Perdidos	Sistema	2		
	Total	235		

También y, para realizar un perfil más específico de los drogodependientes objetos de este estudio, que forman parte de nuestra muestra, se analizó el nivel Académico de los mismos. Observando que se sitúan, en la fase previa, en los niveles de sin estudios y estudios primarios (representando al 54,5%), como podemos observar en la Tabla nº 5.2. y Tabla nº 5.3.

Para el grupo de drogodependientes que forman parte de la muestra, podemos observar los resulta-

dos en el nivel recodificado en la Tabla nº 5.3., donde, se pueden apreciar los porcentajes para cada nivel. Mayoritariamente, también se sitúan en el nivel de estudios primarios, como el resto de la muestra.

Nuestra siguiente variable, hace referencia al nivel socioeconómico de la muestra, que antes de iniciar el tratamiento se situaba, en un mayor porcentaje (60,6%) en los niveles socioeconómico de medio a bajo. (Ver Tabla nº 6 y Gráfica nº 6).

Tabla nº 5.2. Nivel Académico de los Drogodependientes

	No sabe leer ni escribir	Estudios primarios sin finalizar	Estudios primarios finalizados	Graduado Escolar o ESO sin finalizar	ESO, Bachillerato, LOGSE, FPI, FPII, FP	Estudios universit. sin finalizar	Estudios universit. finalizados	TOTAL
Centro de Día	1	22	43	41	12	2	0	121
Tutorías	0	16	29	0	0	0	0	45
Prisión	0	9	3	6	3	0	0	21
Accesos Directos	0	0	10	17	9	2	4	42
Otros centros Tto.	0	0	1	3	0	0	0	4
Total	1	47	86	67	24	4	4	233

Tabla nº 5.3. Nivel Académico recodificado para el grupo de Centro de Día "Cercado del Marqués"

	Frecuencia	Porcentaje
Válidos Sin estudios	23	19,0%
Primarios	84	69,4%
Secundarios	14	11,6%
Universitarios	0	
Total	121	100,0

Gráfica nº 6. Nivel Socioeconómico

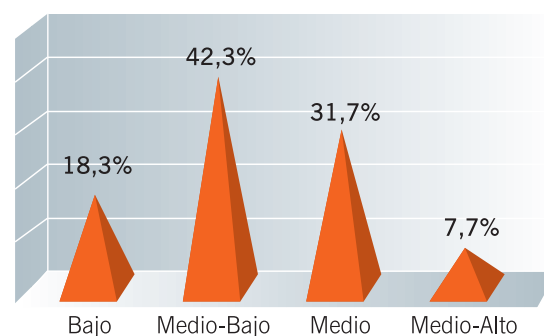


Tabla nº 6. Nivel Socioeconómico

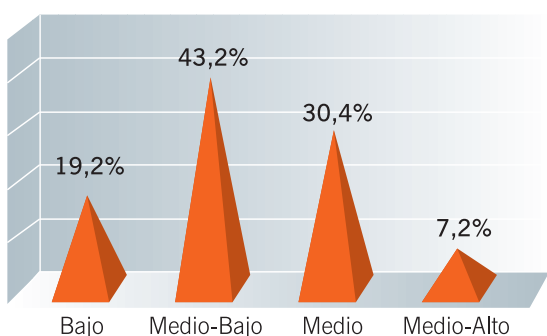
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos Bajo	26	18,3	18,3
Medio-Bajo	60	42,3	60,6
Medio	45	31,7	92,3
Medio-Alto	11	7,7	100,0
Total	142	100,0	
Perdidos Sistema	93		
Total	235		

Tabla nº 6.1. Nivel Socioeconómico en los drogodependientes

	Bajo	Medio-Bajo	Medio	Medio-Alto	Total
Centro de Día	19,8%	43,8%	29%	7,4%	100
Otros C. Tto.	0	25%	75%	0	100

Para el grupo de drogodependientes, dentro de la muestra global, su Nivel Socioeconómico, podemos observarlo en la Tabla nº 6.1. y en la gráfica nº 6.1.

Gráfica nº 6.1. Nivel Socioeconómico en los drogodependientes



Coincidiendo, como podemos apreciar, con la muestra global, en un nivel socioeconómico de medio a medio-bajo.

En cuanto a la situación laboral previa de nuestra muestra, la mayoría está en situación de parado (62%).

Como podemos apreciar en la Gráfica nº 7 la situación laboral de la muestra en las medidas previas se correspondía con la de parado, que representa al 62% de la muestra, seguida por otras (estudiando, etc.), que representa al 30% de la muestra estudiada.

Gráfica nº 7. Situación laboral

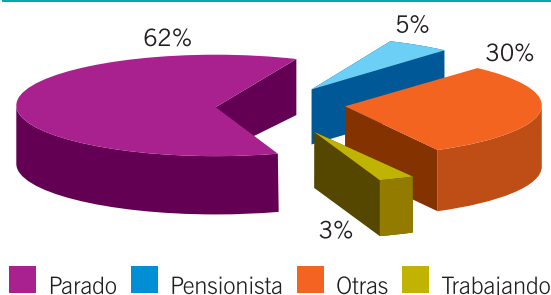


Tabla nº 7. Situación laboral

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	Contrato laboral indefinido	5	2,6	2,6
	Contrato laboral temporal	1	0,5	3,1
	Parado no habiendo trabajado antes	51	26,6	29,7
	Parado habiendo trabajado antes	68	35,4	65,1
	Incapacitado o pensionista	9	4,7	69,8
	Estudiando	46	24,0	93,8
	Otras	12	6,3	100,0
	Total	192	100,0	
Perdidos	Sistema	43		
	Total	235		

Tabla nº 7.1. Situación laboral previa en drogodependientes

	Trabajando	Parado	Incapacitado o pensionista	Estudiando	Otras	Total
Centro de Día	5	104	8	0	4	121
Otros C. Tto.	1	2	1	0	0	4
Total	6	106	9	0	4	125

En cuanto al grupo de los drogodependientes, podemos observar su situación laboral previa en la Tabla n° 7.1

Como podemos observar el mayor número de casos, entre los drogodependientes de nuestra muestra, se encuentra en situación de parado y representa al 84,8%.

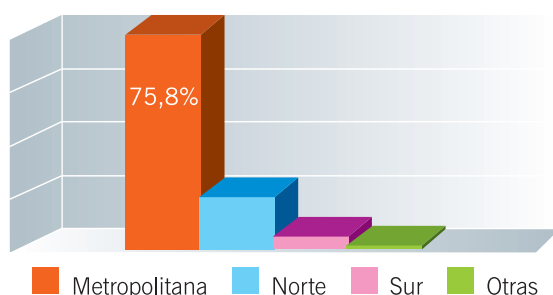
Otra de las Variables sociodemográficas estudiada es la zona de procedencia de nuestra muestra.

En cuanto a la zona de la Isla de donde procedían, mayoritariamente la muestra (un 77,2 %) es

de la zona Metropolitana (Santa Cruz – La Laguna), seguidos por personas que eran de la zona Norte de la Isla. (Ver Tabla n° 8 y Gráfica n° 8).

Por otro, se analizó la zona de residencia de la muestra, es decir si residían en entornos urbanos o rurales y se contempló dos niveles dentro de cada una de las posibles variables (2x2): Que contempla en el nivel de la residencia urbana si esta es en zona periférica o centro de la ciudad y en el nivel rural, si es en zona rural periférica o en el centro o núcleo poblacional. (Ver Tabla n° 9 y Gráfica n° 9).

Gráfica n° 8. Zona de procedencia del grupo de drogodependientes



Gráfica n° 9. Zona de residencia del grupo de drogodependencias

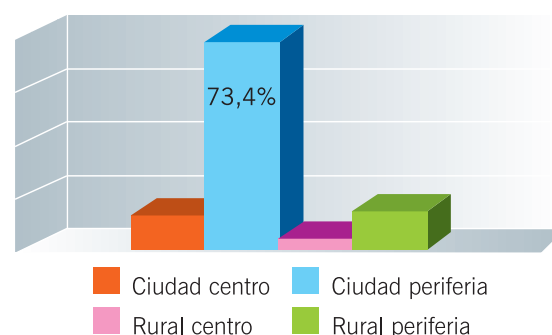


Tabla n° 8. Zona de procedencia

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	Metropolitana	105	77,2	77,2
	Norte	22	16,2	93,4
	Sur	7	5,1	98,5
	Otras	2	1,5	100,0
	Total	192	100,0	
Perdidos	Sistema	43		
	Total	235		

Tabla n° 9. Residencia

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	Ciudad centro	15	11,0	11,0
	Ciudad periferias	100	73,6	84,6
	Rural centro	4	2,9	87,5
	Rural periferico	17	12,5	100,0
	Total	136	100,0	
Perdidos	Sistema	99		
	Total	235		

Como pueden observar la mayoría de la muestra residía en entorno urbano (el 84,5%) y mayoritariamente en zona periférica de las ciudades (73,5%), frente a un menor número de casos residentes en zona rural (15,4%).

En relación a con quién convivían en le momento de realizar las pruebas, la mayoría convivía con su familia de origen (ver Tabla nº 10 y Gráfica nº 10).

Como se aprecia en la Tabla y Gráfica nº 10, el 61,8% de la muestra convive habitualmente con su familia de origen.

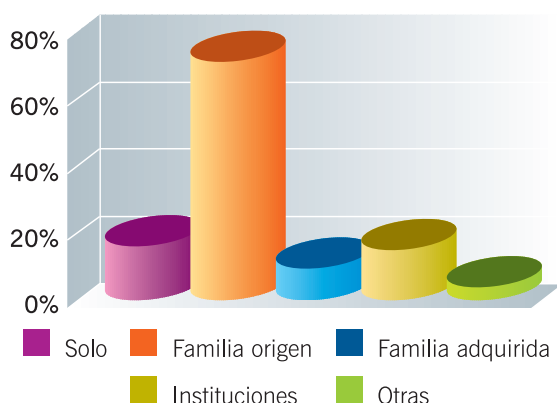
En este variable, también nos interesa conocer la tendencia de nuestro grupo de drogodependientes y lo podemos observar en la gráfica nº 10.1.

En el caso de los drogodependientes, como podemos observar en la Gráfica nº 10.1, también conviven con su familia de origen mayoritariamente (60,1%) y, un dato interesante lo encontramos en que el 15,4% vive solo.

De los 235 casos que configuran la muestra, el total realizaron la Batería de Tests de Habilidades Interpersonales de Bethencourt (1989), al menos en la fase previa, por lo que decidimos realizar una Grupo control-comparación de Línea Base con medidas previas. De ellos, 127 son drogodependientes, de los cuales 123 recibían tratamiento en el Centro de Día “Cercado del Marqués” y los otros 4 en otros centros de drogodependencias (también de la ACJ SAN MIGUEL); 42 eran usuarios de accesos directos (personas que accedían de forma directa al centro de Día a realizar algún curso de Formación Ocupacional y que no eran drogodependientes diagnosticados); 45 eran alumnos de tutorías; y 21 de prisión.

De los 235, 177 pasaron a formar parte del grupo control y 58 al grupo experimental, (como podemos observar en la Tabla nº 10), distribuyéndose de la siguiente manera: De los pacientes del Centro de Día “Cercado del Marqués”: de los 123,

Gráfica nº 10. Convivencia



Gráfica nº 10.1. Drogodependientes

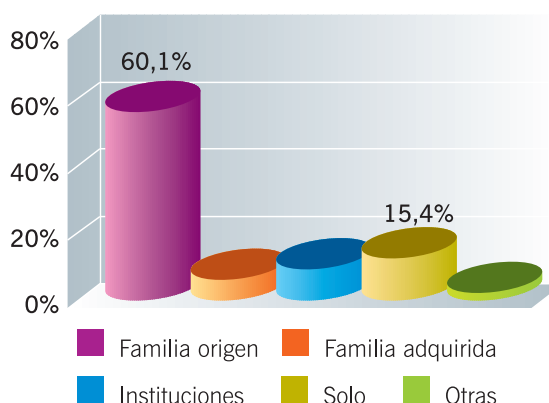
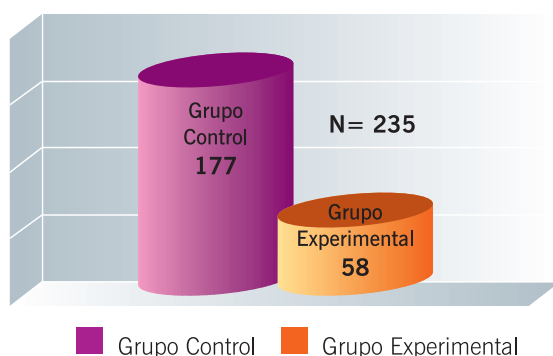


Tabla nº 10. Convivencia

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	Solo	19	14,0	14,0
	Familia origen	84	61,7	75,7
	Familia adquirida	11	8,1	83,8
	Amigos	3	2,2	86,0
	Albergue	1	0,7	86,8
	Institución	17	12,5	99,3
	Otros	1	0,7	100,0
	Total	136	100,0	
Perdidos	Sistema	99		
	Total	235		

Gráfica nº 11. Grupos



Gráfica nº 11.1. Grupo Control versus Experimental

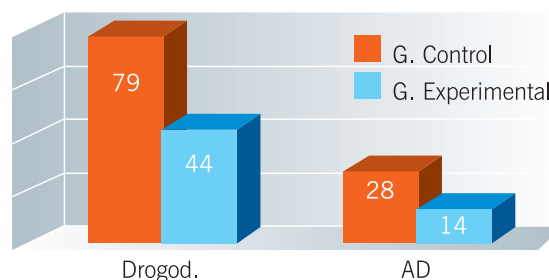


Tabla nº 11. Grupos

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	Control	177	75,3	75,3
	Experimental	58	24,7	100,0
Total		235	100,0	

79 pertenecen al grupo control y 44 al experimental. De los Accesos directos, 28 pertenecen al grupo control y 14 al experimental, 45 de Tutoría al grupo control-comparación sólo con medidas previas y 21 de prisión al grupo control-comparación, sólo en las medidas previas. (Ver Tabla nº 11 y Gráfica nº 11).

Grupo control 1: Drogodependientes, tanto los que acceden al Centro de Día “Cercado del Marqués” y drogodependientes que reciben tratamiento en otros recursos de atención a las drogodependencias, para continuar proceso de rehabilitación e incorporación social y no reciben nuestro programa de entrenamiento en competencia social.

Grupo control 2: Personas que, inicialmente no tiene problemática de drogodependencia y que acceden al centro de día para recibir Formación Ocupacional-laboral, los denominados Accesos Directos (AD) y que no reciben el programa. Así como aquellas personas que podrían considerarse de Alto Riesgo, pero que no tiene problemática definida y no ha tenido, ni tiene acceso al Centro de Día ni a ningún recurso de atención a las drogodependencias (Tutorías).

Condición Experimental 1: Drogodependientes que acceden al Centro de Día “Cercado del Marqués”, para continuar proceso de rehabilitación e incorporación social y recibirán nuestro programa de entrenamiento en competencia personal.

Condición Experimental 2: Personas de Acceso Directo que acceden al Centro de Día “Cercado del Marqués”, para realizar un curso de formación y que recibieron nuestro programa de entrenamiento. (Ver Gráfica nº 11.1).

El perfil de nuestra muestra, por tanto se identificaría con las siguientes características: Varón de unos 25 años, soltero, con estudios primarios, de nivel socioeconómico medio-bajo, parado, que convive con su familia de origen, procede de la zona Metropolitana y de entorno urbano.

El perfil de los drogodependientes usuarios del Centro de Día “Cercado del Marqués”, en este caso además, se correspondería con el de consumidor de heroína por vía inhalada, con consumo de cocaína como segunda droga, soltero, sin relación de pareja estable, con estudios primarios, parado, que convive con su familia de origen, residente en zona urbana periférica, que habían realizado algún tratamiento previo para su problemática de drogas, vinculado al Programa de actividades PAT, que solicita tratamiento por iniciativa propia y que cuenta con apoyo familiar para el tratamiento.

Para esta investigación, nos planteamos, recabar datos sobre las siguientes Variables:

Variables Demográficas (que se recogieron de igual manera para toda la muestra, es decir los 235 casos).

- 01.- Grupo Procedencia, con 4 niveles (1 Centro de Día; 2 Tutoría; 3 Prisión, 4 Acceso Directo; 5 Otros Tratamientos Drogodependencias).
- 02.- Sexo, con dos niveles (0-mujer y 1-hombre).
- 03.- Edad.
- 04.- Estado Civil: 0-soltero; 1-casado; 2-pareja; 3-separado/divorciado; 4-viudo.
- 05.- Nivel académico, que recogía ocho niveles (1 no sabe leer ni escribir; 2-estudios primarios sin finalizar; 3-E.P. finalizados; 4-EGB/ ESO; 5-Bachiller, FPII, LOGSE; 6-Estudios Universitarios sin finalizar; 7-Estudios Universitarios; 8-Otros). Se recogerían además datos en el momento previo a iniciar el programa de entrenamiento en competencia social y a posterior (pues una de las actividades descritas era preparar y apoyar a aquellos usuarios que quisieran aumentar su nivel de lecto-escritura u obtener el Graduado Escolar)
- 06.- Nivel Socio-Económico (0-Bajo; 1-Medio-bajo; 2-Medio, 3-Medio-alto, 4-Alto).
- 07.- Situación laboral (1-Trabajo indefinido; 2-Contrato Temporal; 3-Trabajo sin contrato; 4-Parado habiendo trabajado antes; 5-Parado no habiendo trabajado antes; 6-Incapacidad Laboral; 7-Estudiante; 8-otras). No solo por que fuera un dato que se recogía en la Ficha Básico de Registro, sino por que nos aportaba información relevante en cuanto a la situación de actividad o inactividad de la muestra y, con la muestra de los drogodependientes en la medición a posterior si esta variaba o no la situación de nuestros usuarios. Ya que tiene gran importancia por la incidencia que tiene en los resultados terapéuticos, al ser un predictor del éxito.
- 08.- Zona procedencia: 1-metropolitana, 2-Norte, 3-Sur, 4-Otras.
- 09.- Zona de residencia: 0-ciudad centro, 1-ciudad periferia, 2-rural centro, 3-rural periferia.
- 10.- Convivencia: 0- solo, 1-Familia de origen; 2-Familia adquirida; 3-Amigos; 4-Albergue; 5-Centro de Acogida, 6-Institución, 7-Otras.
- 11.- Grupo: 0-Control, 1-Experimental;

Variables específicas más relacionadas con el grupo de drogodependientes en tratamiento: Soporte Familiar/social.

- 12.- Apoyo Familiar, (0-no; 1-sí; y simplemente si la familia se implicaba de alguna manera en el tratamiento y se tuvo en cuenta siempre que ese contacto fuera regular, aunque se realizara telefónicamente al menos una vez en semana. Es decir, alguien de la familia se preocupaba por el paciente para saber su evolución en el tratamiento, para informarnos de la evolución y comportamiento en casa, etc., si seguían las pautas o indicaciones del equipo y aceptaba y seguían también ellos las sugerencias del mismo).
- 13.- Pareja estable (0-no; 1-sí; considerando estable si llevaba más de seis meses con su pareja actual).
- 14.- Carga familiar (0-no, 1-sí; Si su familia, tanto padres como hermanos, pareja o hijos, dependían económica, emocional o de cualquier manera del paciente).
- 15.- N° de hijos.

Variables en relación al consumo de drogas:

- 16.- Droga 1ª: (0-alcohol; 1-cannabis; 2-heroina; 3-cocaína; 4-crack; 5-Éxtasis /DD Diseño; 6-Psicofármacos; 7-otras; 8- Accesos Directos/Alto Riesgo. Es la primera droga de demanda por la que ha solicitado tratamiento).
- 17.- Vía de consumo: 0-oral; 1-fumada; 2-inhalada; 3-esnifada; 4-inyectada; 5-otros.
- 18.- Resultados analíticos: 0-No mantiene abstinencia; 1-consume habitualmente; 2-Consumos puntuales, 3-mantiene abstinencia (los resultados de las analíticas practicadas son negativos), valorándose mes a mes, desde el momento que inicia tratamiento en el centro.
- 19.- Droga 2ª: 0-alcohol; 1-cannabis; 2-heroina; 3-cocaína; 4-crack; 5-Éxtasis /DD Diseño; 6-Psicofármacos; 7-Otras; 8- Accesos Directos/Alto Riesgo
- 20.- Vía de consumo de la droga secundaria: 0-oral; 1-fumada; 2-inhalada; 3-esnifada; 4-inyectada; 5-otros
- 21.- Resultados analíticos de la droga secundaria: 0-No mantiene abstinencia; 1-consume habitualmente; 2-consumos pun-

- tuales; 3-Abstinencia (resultados negativos).
- 22.- Años de consumo (intentamos añadir esta variable en relación a la droga principal y secundaria, pero la información era bastante imprecisa y la mayoría eran politoxicómanos y, aunque nos hubiera aportado información relevante, no pudimos obtenerla de toda la muestra de drogodependientes, por lo que decidimos finalmente descartarla).
- 23.- Tratamiento previo: 0-no, 1-sí (si habían realizado algún tratamiento para su drogodependencia con anterioridad).
- 24.- Programa de Tratamiento: 0-Programa Libre de Drogas (PLD); 1-Programa de Mantenimiento con Metadona (PMM); 2-Aversivos.
- 25.- Programa de actividades: 1-Programa Ocupacional (POF); 2-Programa Atención Total (PAT); 3-Programa de actividades libres (PAL); 4-Seguimiento.
- 26.- Solicitud de tratamiento: 1-iniciativa propia; 2-familia, 3-amigos; 4-profesionales; 5-Cumplimientos.
- 27.- Tiempo de Retención en tratamiento. En principio se calculó el tiempo de retención en semanas, aunque hemos hecho una recodificación en rangos por meses, intentando categorizar esta variable lo más acorde posible con los datos que aportan diferentes autores en relación al tiempo mínimo necesario en el tratamiento para que empiece a notarse los cambios.
- 28.- Motivo de baja del Centro: 0-Abandono; 1-Expulsión; 2-Logro de Objetivos; 3-Alta Terapéutica; 4-Otras.
- 29.- Funcionamiento social: 0- bajo; 1-medio bajo; 2-medio alto; 3-alto. Para esta variable se utilizó la escala de funcionamiento social de la Entrevista del Indicador del Tratamiento de la Adicción a Opiáceos (González-Saiz et al., 1997, Pág. 226 y 227). En este caso se valora el grado de disfuncionalidad social, de tal manera que a más puntuación en la escala, mayor grado de disfunción social y a menor puntuación mayor grado de funcionamiento social. Se calculó el grado de disfuncionalidad en relación a los problemas y situación del paciente recogidas en la Historia Clínica,

tanto al inicio del tratamiento como al finalizar el mismo.

Variables relacionadas con el programa de entrenamiento y con los cinco tipos de pensamiento que lo sustentan.

- 30.- Resultados al tests PA (Pensamiento Alternativo) de la Batería de Habilidades Sociales.
- 31.- Resultados al Test PCA (Pensamiento Causal) de la Batería de Habilidades Sociales.
- 32.- Resultados al Test PCO (Pensamiento Consecuencial) de la Batería de Habilidades Sociales.
- 33.- Resultados al Test TDP (Pensamiento Toma De Perspectiva) de la Batería de Habilidades Sociales.
- 34.- Resultados al Test PMF (Pensamiento Medios Fines) de la Batería de Habilidades Sociales.
- 35.- Resultados del seguimiento de los que participaron en el programa de entrenamiento.

5.2. Instrumentos

Para esta investigación nos habíamos planteado utilizar varios cuestionarios como instrumentos para la evaluación de la intervención que proponemos, pero finalmente y, debido a problemas que surgieron a lo largo del desarrollo de este trabajo, habiendo detectado algunos sesgos y dificultades por parte de los usuarios en relación a cómo entendían las preguntas de los mismos y las respuestas a estos cuestionarios, decidimos descartarlos, pues teníamos serias dudas de su utilidad en esta investigación.

Por ello, finalmente, nos decantamos por utilizar como uno de los instrumentos centrales de nuestro estudio la Batería de Tests de Habilidades Interpersonales en adultos, versión abreviada de Bethencourt (1989).

Además hemos utilizado los siguientes instrumentos para obtener información y para el registro de la misma:

El Libro de registro del Centro de Día “Cercado del Marqués” de la ACJ. SAN MIGUEL. En el que podemos observar la estructura de recogida de datos más importante acerca de las personas que acceden al Centro de Día “Cercado del Marqués”.

La Ficha Básica de Registro de Notificación de Consulta del Servicio Español de Información de Toxicomanías (SEIT), que fue modificada posteriormente, pero recogiendo las mismas variables y códigos. Esta Ficha de registro es más conocida como FBR, aunque recientemente se la ha denominado como Hoja de Notificación Individual de Admisión a Tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas. Es un instrumento de recogida de datos consensuado para obtener información a nivel general, información que tiene que trasladarse de forma trimestral desde los Centros de atención a las drogodependencias a la Dirección General de Atención a las Drogodependencias. Aunque el Centro de Día inicialmente también cumplimentaba este instrumento, a partir del 2001 se dejó de hacer, con carácter oficial y con el objeto inicial de enviar a la Dirección General de Drogodependencias. Por lo que la información que obtuvimos a partir de aquí, se extrajo de las Historias Clínicas de los pacientes.

También hemos hecho uso de La Historia Clínica, que recoge, entre otros la entrevista social, Hoja de Evolución, Informes y otros documentos que nos aporta los datos más relevantes de los usuarios y su evolución a lo largo del tratamiento.

La Entrevista Psicológica que utilizamos en el centro desde el año 1995. Se trata de la versión adaptada de la Entrevistas Psicológicas de Graña (1994), que nos permite averiguar y evaluar los aspectos más relevantes de la drogodependencia, para realizar el análisis funcional, así como valorar el estadio de cambio, en el que se encuentra el paciente en el momento de iniciar el tratamiento. Siguiendo la concepción que de la Entrevista Psicológica tiene Graña (2001), que con drogodependientes tiene por objetivo estudiar la conducta del drogodependiente tal como ocurre en su interacción con el ambiente en la actualidad y, de forma retrospectiva, como se adquirió y desarrolló. Intentando conocer aspectos relevantes sobre distintas características del drogodependiente, que serían difíciles de obtener utilizando otros métodos; también posibilita conocer el significado específico que los hechos y acciones tienen para cada paciente, al mismo tiempo que descubre la historia conductual de cada individuo. Nos es útil para realizar predicciones y formulaciones sobre el comportamiento de los drogodependientes. Además es flexible, pues permite obtener información sobre áreas relevantes y descartar las irrelevantes.

Resultados analíticos a drogas de abuso en orina. A todos los pacientes del Centro de Día, se les realiza de forma aleatoria, tomas de muestras de orina que se analizan en el Servicio de Laboratorio de la ACJ SAN MIGUEL con técnicas apropiadas para determinar la presencia de metabolitos de las diferentes sustancias en orina. Para el seguimiento de estos resultados se utiliza una hoja de registro de elaboración propia (Anexo 5), donde se registran los resultados obtenidos en las diferentes tomas de muestras de orina del paciente y que se han obtenido de forma aleatoria. Cuando se solicitan analíticas, se pueden solicitar análisis de drogas de abuso por las que demanda tratamiento hasta screenings o barridos para detectar otros posibles consumos.

También se utilizó otro instrumento de registro para la asistencia a las sesiones grupales.

El instrumento central que utilizamos para la evaluación de las habilidades sociales, entendidas como los cinco pensamientos: PA, PCa, PCo, TDP, PMF y los resultados obtenidos por nuestro programa de entrenamiento en competencia social, es la Batería de Habilidades Interpersonales en adultos, en su versión abreviada de Bethencourt Pérez (1989), que incluye la evaluación de cada uno de los pensamientos implicados en la Solución de Problemas Interpersonales. La Batería (en su versión abreviada), consta de cinco pruebas que recogen distintas situaciones en referencia a las interacciones interpersonales del entorno laboral, familiar, amigos en las que se plantea el principio de una historia, donde se presenta un hipotético problema de interacción interpersonal y se hace una pregunta abierta, buscando las posibles y distintas respuestas para solucionar el mismo.

La primera prueba que evalúa el Pensamiento Alternativo (PA), consta de cinco situaciones problemas y la pregunta a la que se debe responder para dar solución a la historia era ¿Cuántas cosas distintas podría hacer ... para...? y busca diferentes alternativas para solucionar el hipotético problema.

La segunda prueba es la Evaluación del Pensamiento Causal (PCa). Consta de 3 ítems con el mismo formato que la anterior, pero la pregunta a las situaciones problema que se presentan es en relación a ¿por qué motivos cree que...? y busca indagar en las posibles causas que motivan un problema.

La tercera prueba evalúa el Pensamiento Consecuencial (PCo). Consta de cuatro situaciones diferentes y la pregunta a la que debe contestarse es ¿Cuántas cosas pueden suceder después? y ¿qué más...? Busca indagar en la capacidad de anticipar las consecuencias.

La cuarta evalúa el Pensamiento de Toma de Perspectiva (TDP). Consta de tres situaciones diferentes y cada situación indaga por cómo se sentirá cada uno de los diferentes protagonistas de las historias. La pregunta es entorno a ¿cómo cree que se siente...? Busca indagar en la capacidad de entender los sentimientos desde las diferentes posturas presentes en una situación problema determinada.

Por último, la quinta prueba evalúa el Pensamiento Medios Fin (PMF). Consta de tres situaciones, donde se describe el principio y el final de una historia y la pregunta es en relación a lo que ha ocurrido para llegar hasta ese final. La pregunta es ¿Qué pasos tuvo que dar... para lograr (lo que se describía al final de la historia)? Busca indagar en la capacidad de establecer los medios y cómo se secuencian los mismos para lograr los objetivos.

Además de aportarnos información global sobre las habilidades, este instrumento nos permite tener más información sobre cada uno de los pensamientos, a la vez que también, hilando más fino, nos aporta información sobre el tipo de situaciones en la que se tiene más facilidad o dificultad a la hora de poner en marcha la solución de problemas interpersonales.

Por tanto, para nosotros es un instrumento que reúne las suficientes bondades para utilizarlo en la evaluación de la presencia de las habilidades sociales; además, nos parece un instrumento adecuado para evaluar los resultados de los programas de entrenamiento y nos apoyamos en las siguientes características del instrumento para su utilización en esta investigación: se ajusta a la población española y concretamente a población canaria, aporta información diferenciada sobre cada dimensión cognitiva de las habilidades de solución de problemas, los diferentes tests son sensibles a los cambios que se producen, tienen una alta consistencia interna, permite evaluar los cambios intrasujeto en cada ítem y en cada dimensión cognitiva de forma global, permite planificar tratamientos y/o programas específicos en función de las evaluaciones de cada dimensión.

Además, este instrumento ya ha sido utilizado con anterioridad en otras investigaciones sobre competencia social (Martín y Hernández, 2001; Martín-Caballero, 1999), mostrándose como un instrumento eficaz en apreciar los cambios en los cinco pensamientos descritos por Spivack y Shure (1976).

5.3. Programa de entrenamiento: Diseño, Contenidos y Procedimiento

5.3.1. Diseño

El entrenamiento en competencia social se planificó para ser aplicado en grupos. Para ello, establecimos como criterio que los grupos acogerían a un máximo de 15 usuarios por grupo y a los que se les aplicaría el programa de competencia social. En el diseño y planificación de las sesiones y, dada nuestra experiencia previa con población de las mismas características, valoramos la necesidad de introducir los diferentes elementos del programa y calcular el tiempo adecuado para el aprendizaje de los mismos, por lo que finalmente se establece estructurar todo el programa en 28 sesiones, dos veces por semana y con una duración total de 60 minutos cada una. Aunque teniendo en cuenta que los grupos de trabajo en drogodependencias son abiertos, por la gran movilidad y muerte experimental, (fundamentalmente motivadas por las recaídas y abandonos de los usuarios de drogas), se permitió la incorporación de nuevos miembros al grupo si no se habían realizado más de cuatro sesiones, a la vez que se daba como finalizado el programa si el usuario completaba un mínimo de 23 sesiones.

El procedimiento consistió en desarrollar el programa alternando el entrenamiento de una habilidad cognitiva y una social, semanalmente se variaba el orden de las mismas, de forma que una vez se entrena primero la habilidad cognitiva y en la siguiente se comenzaba por la social. Se utilizaron tres sesiones dedicadas a entender el sistema atribucional y detectar y modificar los pensamientos distorsionados con diferentes ejercicios.

A lo largo de las sesiones se iban introduciendo cada elemento del entrenamiento (modificar errores atribucionales, entrenamiento en valores y de control emocional).

Una vez finalizada la sesión, se valoraba la misma, haciendo especial hincapié en las dificul-

tades, las dudas, aclaraciones y sugerencias. Y se introducía la “tarea para casa”, al objeto de continuar ejercitando las habilidades entrenadas en el contexto no terapéutico y con ello favorecer el proceso de generalización.

Se dedicaron, dos sesiones para entrenarles en técnicas de relajación y una vez por semana se dedicaban los últimos 10 minutos de una sesión a ejercitarlas.

5.3.2. Contenido del programa

El programa, como ya hemos ido señalando a lo largo de estas páginas, está basado en la adaptación española de Pensamiento Prosocial (Garrido, 1987) y, sobre todo, recoge el planteamiento del Programa de Competencia Social de Segura (1991), del Modelo original “Reasoning and Rehabilitation” (RyR). Específicamente, se ha utilizado como guía principal, la adaptación realizada por el profesor Segura del Programa de Competencia Social, siguiendo algunos de los ejemplos que describe en su programa para el desarrollo de las sesiones. Aunque la secuenciación de los contenidos se han variado ligeramente adaptándolos, para lograr una mayor motivación y dinamismo del programa.

Programa de competencia social:

Presentación.

Expectativas e implicación

Habilidad Cognitivas CORT-1, De Bono (Traducción y Adaptación de Garrido y Sanchís, 1987 y Segunda Edición Revisada por Segura, 1991):

VID: Ventajas, Inconvenientes y Dudas.

FAC: Factores A Considerar

METAS: Objetivos y Metas

REGLAS: Normas y reglas de conducta.

CONSEC: Consecuencias y Secuelas

PLANIFICAR

PRIORIZAR

APE: Alternativas, Posibilidades y Elecciones.

O.P.V.: Otros Puntos de Vista.

Habilidades Sociales:

La Comunicación:

Escucha activa

Lenguaje Verbal y NO verbal

Relación de habilidades trabajadas siguiendo el Programa de Aprendizaje Estructurado de habilidades sociales para adolescentes (Goldstein et al, 1989).

1. Iniciación de habilidades sociales:

Iniciar y Mantener una conversación

Dar las gracias y

Pedir disculpas

2. Habilidades sociales avanzadas

Pedir ayuda

Seguir instrucciones

3. Habilidades para manejar sentimientos

Expresar los sentimientos propios

Comprender los sentimientos de los demás

4. Habilidades alternativas a la agresión

Negociar

5. Habilidades para el manejo de estrés

Exponer una queja

Hacer frente a la persuasión y

Manejar la presión de grupo

Control Emocional:

Relajación, Modificación de Atribuciones y Pensamientos Distorsionados.

Se trabajan el sistema atribucional, se explica con algunos ejemplos como atribuimos los éxitos y fracasos de nuestra conducta y la diferencias en el lenguaje interno (las formas de hablarnos a nosotros mismos) ante los acontecimientos y cómo corregir este tipo de lenguaje asociado a las atribuciones.

Definimos los diferentes pensamientos distorsionados: Sobre-generalización, Filtraje, Personalización, Polarización, Interpretación del pensamiento, Visión catastrofista, Falacias de: cambio, control y la justicia, etiquetajes, razonamiento emocional y culpabilidad.

Se dedicaban dos sesiones a explicar las dos técnicas de relajación elegidas: La Relajación por Respiración Profunda y la Relajación Muscular Progresiva. Así mismo, una vez en semana dedicábamos 10 minutos de una de las sesiones a practicarlas.

Discusión de Valores Morales. Para ello, utilizamos los ejemplos recogidos en el Programa de Competencia Social de Segura, (1998):

Ir creciendo con juicios prácticos y desarrollando la empatía a través de la discusión de diferentes situaciones que recogen los diferentes Estadios:

Estadios Pre convencionales (Heteronomía, Egoísmo mutuo)

Estadios Convencionales (Expectativas interpersonales; Responsabilidad y compromiso)

Estadios Post convencionales (Todos tienen derecho, Todos somos iguales).

Técnicas Asertivas:

Se ensaya con dos técnicas asertivas las denominadas “Banco de Niebla” y “Disco Rayado”.

Solución de Problemas, siguiendo los pasos de la versión modificada del programa de solución de problemas interpersonales de Platt y Spivack (1975), el TIPS de Platt y Duome, (1981), adaptado para drogodependientes en tratamiento.

El contenido propuesto para este programa y su aplicación con los usuarios del Centro de Día, surge a raíz de la aplicación clínica del programa en ocasiones anteriores, de las experiencias y de la valoración de necesidades y el perfil de nuestros usuarios. Por lo que planteamos que para las siguientes ocasiones de la aplicación del programa de competencia social basados en los mismos principios y modelos originales, se diseñaban las sesiones más ajustadas a nuestra población y se planificó y temporalizó para desarrollarlo a lo largo de 28 sesiones, lo que supondría un periodo máximo de cuatro meses. Aunque el programa puede ser desarrollado en menos sesiones, nos anticipábamos a las posibles incidencias que pudieran ir ocurriendo en el día a día (vacaciones, festivos, enfermedad, etc.). Además a los participantes se les informaba de este punto, que era un programa corto, de dos sesiones por semana y que sólo duraría cuatro meses.

5.3.3. Procedimiento

Se proyectó un diseño cuasi experimental, estableciendo una línea base comparativa en cuanto a la evaluación de las habilidades sociales con todos los casos de la muestra y la comparación entre los diferentes grupos participantes, siempre medidas a través de la Batería de Habilidades Interpersonales, versión abreviada, de Bethencourt (1989).

Para ello se tomaron medidas antes y después para los grupos que forman parte de los diferentes

grupos y de las condiciones experimentales, explicadas en el apartado de metodología. Así, un grupo de drogodependientes funcionarían como grupo control y no recibirá nuestro programa de entrenamiento grupal, mientras nuestro grupo experimental recibirá el programa completo de entrenamiento en la misma secuencia en la que ha sido descrito en el apartado anterior. Otro de los grupos experimentales será el formado por personas que acceden a recibir formación ocupacional, a los que denominaremos Accesos Directos (AD), quienes recibirán el mismo programa de entrenamiento que los drogodependientes usuarios del Centro de Día “Cercado del Marqués”.

Una vez que los usuarios se incorporan al Centro de Día se sigue el protocolo establecido para abrirle su historia clínica: se abre una carpeta con sus datos, donde se incluyen el resto de instrumentos clínicos. Se cumplimenta la FBR, la entrevista social y la entrevista psicológica. Se le informaba del Programa de actividades y se le da a elegir el taller ocupacional. También se le informa de la normativa interna del centro y de la obligatoriedad de participar en los diferentes grupos terapéuticos. Algunas veces dentro de este procedimiento había que posponer algunos días las entrevistas social y psicológica, puesto que el paciente acudía bajo los efectos de la medicación utilizada para su desintoxicación física, o bien en los primeros días de toma de Metadona, con lo que era bastante complejo realizarle la entrevista. Una vez el paciente está en condiciones de entender y responder a lo que se le está demandando, se procedía a cumplimentar el resto de instrumentos protocolizados y en ese mismo instante se le informa de la realización de una investigación para evaluar los resultados de un programa de entrenamiento en habilidades sociales y se le solicita su colaboración para participar en el mismo, especificándole al usuario que para ello debe cumplimentar una serie de pruebas antes de que se inicie el programa de entrenamiento y al finalizar el mismo. Si el usuario se compromete verbalmente a participar, se le entregan los cuestionarios. Se les entregaba una copia de la Batería de Test de Habilidades Interpersonales, versión abreviada, de Bethencourt (1989); También se le entregaban otras pruebas, pero que posteriormente fueron descartadas por diversos motivos para esta investigación, como el STAI, El Cuestionario de Habilidades de Goldstein, GHQ28 por Lobo et al,

1986; BDI, de Beck, el CABs de Michelson, entre otros.

Uno de esos motivos estaba en los problemas de lecto-escritura y de comprensión, de los usuarios del Centro de Día, que nos condicionaba en la aplicación de las pruebas, pues todas son autoinformes de lápiz y papel. Por lo que, aquellas personas que sabían leer y escribir se les entregaba el cuestionario para cumplimentarlos por sí mismos y a los que tenían dificultades, lo cumplimentaban con un terapeuta o alumno en prácticas.

El usuario, una vez en el centro, se incorporaba a su programa de actividades y participaba de todas las actividades que estaban previstas, hasta que se iniciara los grupos del PECS.

Se procedía a la implementación del programa, introduciendo cada una de las sesiones, entrenado las habilidades previstas (y ya descritas en el apartado anterior).

El PECS, se desarrollaba dos veces al año, pues consta de 28 sesiones de una hora de duración dos veces por semana, y, esperábamos para iniciarlo a contar con el número suficiente de pacientes para que las sesiones fueran amenas y resultaran prácticas, con la aplicación de role playing, trabajos de discusión de pequeños grupos, así como para la aplicación de otras técnicas que facilitara los procesos de aprendizaje y la motivación en el mismo.

Cuando teníamos un grupo de 8 personas como mínimo, iniciábamos el programa de entrenamiento. Para el mismo, se requería de una sala amplia, que nos permitiera, por un lado situarnos en semicírculo abierto hacia la pizarra, a la vez que para las diferentes dinámicas, juegos y técnicas de grupo nos permitiera movilizarnos con comodidad. A cada participante se le dotaba de bolígrafo y una pequeña libreta para que anotaran todo aquello que les resultaba más relevante o interesante de las habilidades que íbamos trabajando, y, sobre todo, para trabajar los diferentes ejercicios. Teníamos que tener previsto el material necesario para el desarrollo de las diferentes sesiones y para las mismas se utiliza

todo el material preciso y a nuestro alcance, además de hacer un uso permanente de la pizarra para devolver feedback de forma inmediata e incesante a los participantes del grupo.

La secuenciación de las diferentes habilidades responde a una valoración previa de un orden lógico, en relación a las carencias y dificultades del grupo al que va dirigido.

El procedimiento en cada sesión fue ir alternando el entrenamiento de las habilidades sociales, las habilidades cognitivas, valores, las técnicas de control emocional y la de solución de problemas.

Cuando se da por finalizado el PECS, en los días siguientes, aprovechando los espacios reservados para el trabajo de grupo se les solicita que cumplimenten la Batería de Habilidades Interpersonales, versión abreviada, de Bethencourt Pérez (1989), alargando un poco más el tiempo de cumplimentar las pruebas. Para aquellos miembros del grupo con problemas de lecto escritura se les cita a lo largo de las siguientes semanas para realizarla de forma individualizada y para los que no han acudido al grupo el día en que se han pasado las pruebas, se les solicitaba que lo hicieran en su siguiente cita individualizada.

La corrección de las pruebas fueron realizada por los diferentes alumnos en prácticas de Psicología (tanto del Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos que realizaban las prácticas en el centro dentro del Practicum de Psicología Clínica, tutelados por el Dr. Fernández-Valdés y los alumnos del Departamento de Evolutiva y Educativa, que realizaban el Practicum de Psicología Educativa, Tutelados por la Dra. Torbay), después de haber recibido, por parte de esta doctoranda, las pautas de corrección de cada una de las pruebas y que habían sido facilitadas, a su vez, por el autor de las mismas.

Los análisis estadísticos, fueron realizados por el Prof. Dr. Gustavo Ramírez del Departamento de Metodología de La Facultad de Psicología, de la Universidad de La Laguna.



6 Resultados





En las siguientes páginas intentaremos exponer los principales resultados obtenidos con esta investigación.

Para empezar, recordar que el programa de competencia social se implementó en el Centro de Día “Cercado del Marqués”, con aquellas personas diagnosticadas como drogodependientes (siguiendo criterios diagnósticos del DSM IV) y que accedían al mismo para continuar su tratamiento iniciado en su Centro de Atención Ambulatoria de referencia. Aunque se valora a qué pacientes vamos a incluir en el programa, no todos los que participaron cumplieron las pruebas, por diferentes motivos, y, de todos los que participaron, sólo pudimos rescatar los 44 casos que han sido objeto de este estudio, que participaron con su respectivo grupo entre octubre de 1997 y octubre de 2003.

Como característico en este tipo de población, durante la investigación se fue perdiendo parte de la muestra por una alta tasa de abandono del tratamiento. Por tanto, los resultados que se presentan son los de aquellos que lograron culminar el proceso de tratamiento.

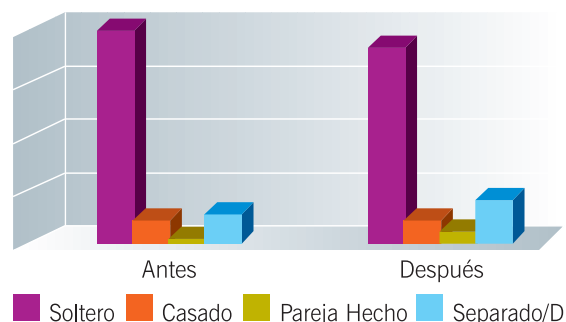
Los primeros resultados informan de cambios o no en relación a algunas de las variables relacionadas con el tratamiento.

En cuanto a las Variables de tipo sociodemográficas, comentaremos algunas de ellas de forma descriptiva, puesto que aparecen algunas diferencias cualitativas entre las medidas previas y posteriores.

Los resultados que se exponen en relación a la muestra inicial, decir que el grupo principal del cuál podemos aportar mayor volumen de información es del grupo de drogodependientes y algunos datos más, relacionados con el entrenamiento, del grupo de AD.

En relación al primer grupo de variables sociodemográficas, la primera de las variables que vamos a analizar es la del Estado Civil, que si bien las diferencias no son destacables, podemos observar en la Gráfica nº 12 la comparación de las medidas antes-después, con el grupo de drogodependientes.

Gráfica nº 12. Estado Civil en Drogodependientes en las tomas de medias antes y después

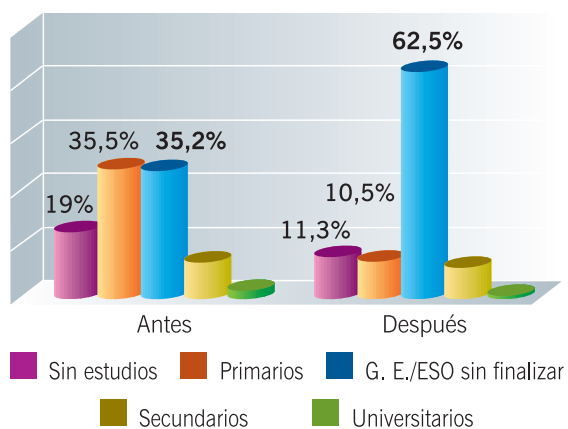


No se aprecian cambios cualitativos, aunque sí parece que hay un ligero aumento de las parejas de hecho.

En relación a la Variable Nivel Académico podemos comprobar, en la siguiente gráfica, los resultados comparados de las medidas previas y las posteriores para el grupo de drogodependientes.

Como podemos observar en el Gráfico nº 13, para el grupo de drogodependientes de nuestra muestra, se aprecia un aumento de los niveles académicos en la comparación antes después, de tal modo que el nivel sin estudios pasa del 19% al 11,3% y en los estudios primarios finalizados pasa de un 35,5% de antes al 10,5% en las medidas posteriores. Mientras que observamos una dismi-

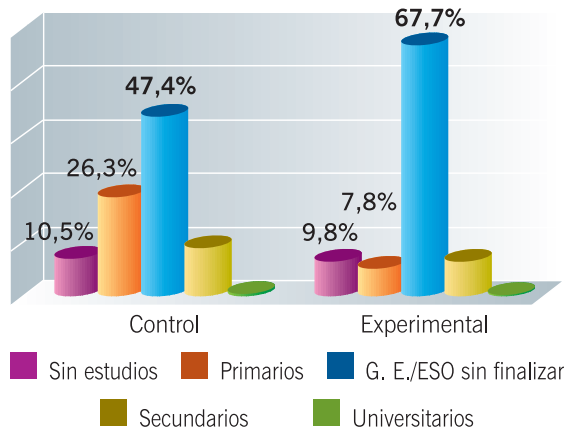
Gráfica nº 13. Nivel Académico antes-después en el grupo de drogodependientes



nución en los niveles sin estudios y estudios primarios en las medidas posteriores, también podemos apreciar que se produce un aumento cualitativo, pasando del 35,2% previo al 62,5% en las medidas posteriores que representan al nivel de Graduado Escolar/ Graduado en la ESO sin finalizar.

Con respecto a las diferencias entre el grupo experimental y control, en relación a la variable nivel de estudios, como podemos observar en la gráfica nº 13.1, se ha producido un aumento en las puntuaciones con respecto al nivel de estudios de Graduado Escolar/ESO sin finalizar, para ambos grupos, aunque es cualitativamente mayor en el grupo experimental (66,7%) y se ha producido una disminución en el número de personas con nivel de estudios primarios (7,8%).

Gráfica nº 13.1. Nivel Académico posterior para grupo experimental y control



Aunque en ambos grupos hay un incremento en el nivel de estudios de Graduado Escolar /ESO no finalizada, es sensiblemente superior en el grupo experimental.

En cuanto a la Variable nivel socioeconómico, no se aprecian cambios antes-después como podemos apreciar en las siguiente Tabla (nº 12).

Como podemos apreciar en la Tabla nº 12 se mantiene de igual manera en los niveles socioeconómicos de medio a medio-bajo.

Otra de las Variables relevantes para el tratamiento y, por tanto necesario su análisis es si se han producido cambios en la Situación Laboral, lo que podemos observar en las Tablas nº 13, nº 13.1 y 13.2.

Tabla nº 12. Nivel Socioeconómico posterior para el grupo de drogodependientes

	Bajo	Medio-Bajo	Medio	Medio-Alto	Total
Centro de Día	17	32	25	5	79
Accesos Directos	0	2	1	1	4
Total	17	34	26	6	83

Tabla nº 13. Situación laboral previa por grupos dentro de la muestra

	Trabajando	Parado	Incapacitado o pensionista	Estudiando	Otras	Total
Centro de Día	5	104	8	0	4	121
Tutorías	0	0	0	45	0	45
Accesos directos	0	13	0	1	1	14
Otros C. Tto.	1	2	1	0	0	4
Total	6	119	9	46	5	185

Tabla n° 13.1. Situación laboral previa de la muestra, por grupos y por condición: experimental y control

		Contrato laboral	Parado	Incapacitado o pensionista	Estudia	Otras	Total
Control	Centro de Día	3	68	6	0	1	78
	Tutorías	0	0	0	45	0	45
	Accesos directos	0	7	0	1	1	9
	Otros C. Tto.	1	2	1	0	0	4
	Total	4	77	7	46	2	136
Exper.	Centro de Día	2	36	2		3	43
	Accesos directos	0	5	0		0	5
	Total	2	41	2		3	48

Como podemos advertir en la Tabla n° 13, la situación de parado es la más común para todos los grupos, a excepción de los jóvenes de tutorías.

En la siguiente tabla, podemos observar las diferencias por grupos y por condición experimental, en relación a la situación laboral, en el que y, a excepción del grupo de tutorías, la situación común para los drogodependientes es la de parado.

Como podemos comprobar en la Tabla n° 13.1. la situación laboral más común para nuestro grupo de drogodependencias es la de parado, tanto para el grupo control como para el experimental antes del tratamiento.

En relación a la situación laboral posterior observamos los resultados en la Tabla n° 13.2.

En la siguiente Tabla (Tabla n° 13.3), podemos observar las diferencias a posterior en relación al grupo control y experimental, en esta misma variable.

Apreciamos en la Tabla n° 13.3, un aumento global, cuantitativo y cualitativo del número de sujetos que están trabajando en las toma de medidas posteriores al tratamiento, a la vez que ha disminuido de forma global el número de parados para los casos estudiados, para cada grupo y para cada nivel de la variable. Diferencias que podremos

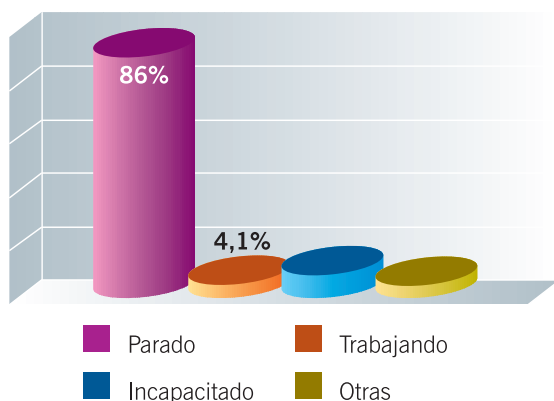
Tabla n° 13.2. Situación laboral posterior para la muestra

	Contrato laboral indefinido	Contrato laboral temporal	Trabajando sin contrato	Parado no habiendo trabajado antes	Parado habiendo trabajado antes	Incapacitado o pensionista	Otras	Total
Centro de Día	3	28	1	12	13	9	4	70
Accesos directos	0	1	0	2	1	0	0	4
Total	3	29	1	14	14	9	4	74

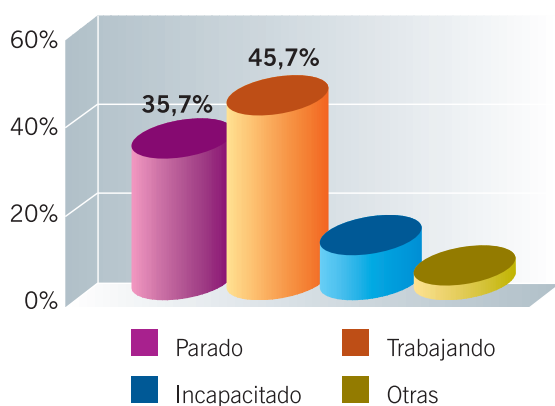
Tabla n° 13.3. Situación laboral posterior para los grupos control y experimental

		Trabajando	Parado	Incapacitado o pensionista	Otras	Total
Control	Centro de Día	11	12	4	2	29
	Total	11	12	4	2	29
Experimental	Centro de Día	21	13	5	2	41
	Accesos directos	1	3	0	0	4
	Total	22	16	5	2	45

Gráfica n° 14. Situación laboral previa para el grupo de drogodependientes



Gráfica n° 14.1. Situación laboral posterior en el grupo de drogodependientes



apreciar mejor en las representaciones gráficas n° 14 y n° 14.1.

Para el grupo de drogodependientes, advertimos una disminución del número de personas que están en situación de parado (35,7%), frente al aumento del número de personas que se sitúan en situación de trabajando (45,7%).

En relación a la situación laboral de nuestra muestra y, especialmente al caso de los drogodependientes, como podemos observar en la Tabla n° 13 y en el Gráfico n° 14.2, existen algunas diferencias entre la situación laboral previa y la situación laboral posterior al tratamiento.

Como queda patente en la gráfica n° 14.2, para el grupo de drogodependientes existen diferencias cualitativas entre las medidas de la variable situación laboral antes y después del tratamiento.

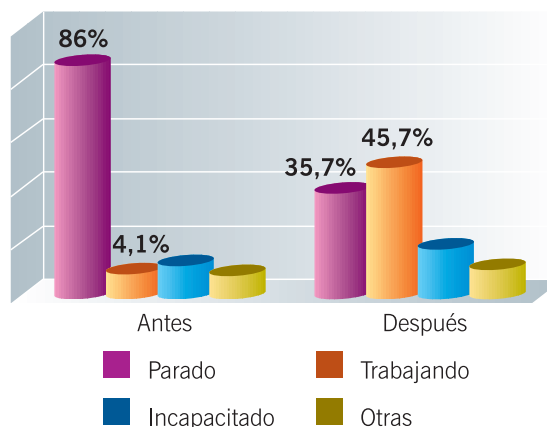
Como podemos observar en la gráfica 14.3, en el grupo de drogodependientes, hay un aumento de casos que están en la fase posterior al tratamien-

to en situación laboral activa, es decir, trabajan y que se reflejan en un mayor porcentaje, frente a los que están en situación de parados. Además esta diferencia es ligeramente mayor para los de la condición experimental frente a los drogodependientes en la condición de control.

El otro grupo de Variables que incluimos en esta investigación son las más específicas, relacionadas con el tratamiento de los drogodependientes, a continuación pasamos a detallar los resultados más relevantes de las mismas.

En relación al Programa de tratamiento (Programa Libre de Drogas-PLD, Programa de Mantenimiento con Metadona-PMM o Aversivos) al que están sometidos los usuarios drogodependientes que solicitan tratamiento en el Centro de Día y en relación a nuestra muestra de estudio, podemos observarlo en la Tabla n° 14 y gráfica n° 15.

Gráfica n° 14.2. Comparación antes-después para la Situación Laboral



Gráfica n° 14.3. Comparación del grupo de drogodependientes en relación a la condición: control y experimental

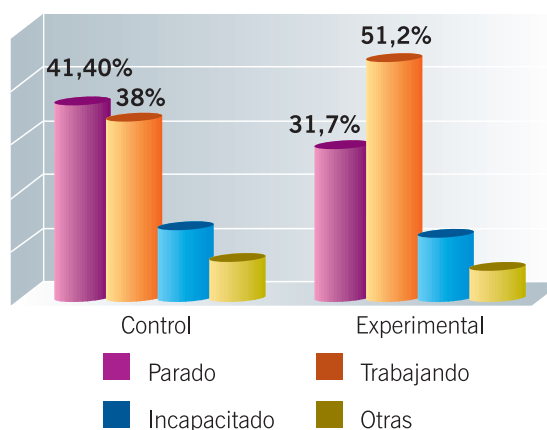
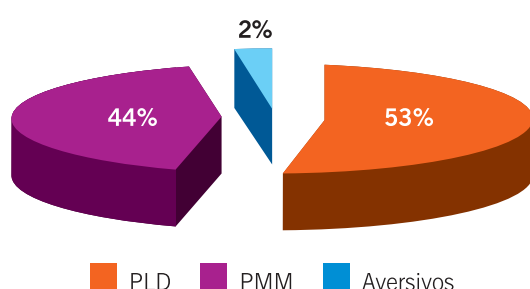


Tabla n° 14. Programa de Tratamiento

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	Programa Libre de drogas	66	53,2	53,2
	Programa de Mantenimiento con Metadona	55	44,4	97,6
	Aversivos	3	2,4	100,0
	Total	124	100,0	
Perdidos	Sistema	111		
	Total	235		

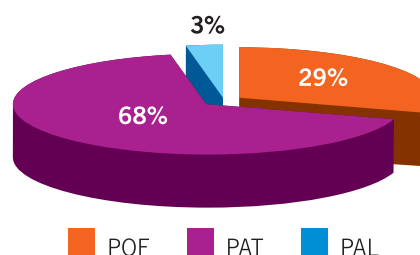
Gráfica n° 15. Programa de tratamiento



El 53,2% de los drogodependientes están realizando un Programa Libre de Drogas, el 44,4% reciben tratamiento de sustitución con agonistas opiáceos, en nuestro caso con Metadona y un 2,4% recibe tratamientos con Aversivos (utilizados en el caso de la dependencia a alcohol).

Como podemos observar, el porcentaje de usuarios adscritos al programa de Mantenimiento con Metadona o al Programa Libre de Drogas son similares, aunque ligeramente mayor en los del Programa Libre de Drogas. Por tanto, podríamos decir que, al menos a nivel descriptivo, la muestra representa de una manera equitativa a ambos tipos de tratamiento, aunque la tendencia es hacia el Programa libre de droga (PLD).

Gráfica n° 16



Otro aspecto que analizamos en nuestro estudio y en relación a los usuarios que acceden al Centro de Día, es el Programa de Actividades que eligen para continuar con su tratamiento. Así en la Tabla n° 15 podemos observar la tendencia a vincularse con mayor frecuencia al programa de actividades más completo, el Programa de Atención Total: PAT.

Como podemos observar en la tabla n° 15 y en la gráfica n° 16 hay una mayor tendencia por parte de los usuarios de nuestra muestra a optar por el Programa de actividades PAT.

Dentro del grupo de variables relacionadas con el tratamiento de los drogodependientes, otra de las variables estudiada, es la razón de por qué se soli-

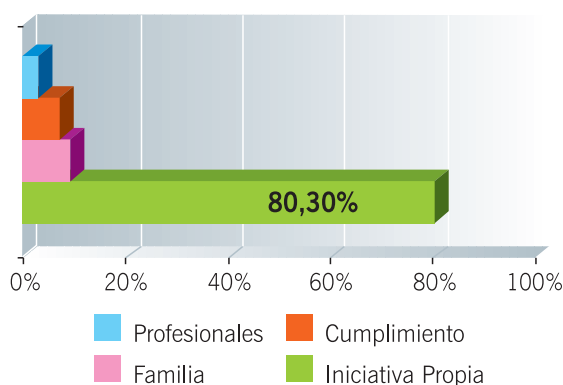
Tabla n° 15. Programa de Actividades elegido para el tratamiento

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	POF	47	29,2	29,2
	PAT	109	67,7	96,9
	PAL	5	3,1	100,0
	Total	161	100,0	
Perdidos	Sistema	74		
	Total	235		

Tabla nº 16. Solicitud de tratamiento

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	Iniciativa propia	102	80,3	80,3
	Familia	12	9,5	89,8
	Profesionales	4	3,1	92,9
	Cumplimiento	9	7,1	100,0
Total		127	100,0	
Perdidos	Sistema	108		
	Total	235		

Gráfica nº 17. Solicitud de Tratamiento



cita tratamiento en el Centro de Día y los principales resultados los podemos observar en la Tabla nº 16 y en la Gráfica nº 17.

Como podemos observar en la Tabla nº 16, un gran porcentaje de usuarios de nuestro estudio, solicitaba tratamiento a iniciativa propia, (80,3%), seguido de los que lo hacían por la familia y, en menor medida, los que lo hacían por cumplimiento de penas, como podemos apreciar de forma más gráfica, en la gráfica nº 17.

En relación a la droga principal por la que demanda tratamiento, podemos apreciar en la Tabla nº 17, la distribución por droga de demanda de los drogodependientes de la muestra.

Considerando la Variable drogas, la primera droga de demanda de tratamiento es la heroína, que representa al 51,2% de la demanda; la segunda es la cocaína y el crack (cocaína base), que representan el 37,8% de la demanda y la tercera droga de mayor demanda en nuestra muestra de drogodependencias es el alcohol (11%).

En relación al consumo de otras drogas, se analizó las drogas secundarias de mayor consumo entre los drogodependientes de nuestra muestra, cuyos resultados se muestran en la Tabla nº 17.1.

Como podemos observar en la Tabla nº 17.1, la segunda droga más consumida entre los drogodependientes sigue siendo la cocaína – crack (47,3%), seguida de heroína (37,6%), alcohol y cannabis (5,4% ambas) y los psicofármacos que representan al 3,2% de los consumos de otras dro-

Tabla nº 17. Droga de demanda de tratamiento

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	Alcohol	14	11,0	11,0
	Heroína	65	51,2	62,2
	Cocaína	17	13,4	75,6
	Crack	31	24,4	100,0
Total		127	100,0	
Perdidos	Sistema	108		
	Total	235		

Tabla nº 17.1. Droga secundaria

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	Alcohol	5	5,4	5,4
	Cannabis	5	5,4	10,8
	Heroína	35	37,6	48,4
	Cocaína	29	31,2	79,6
	Crack	15	16,1	95,7
	Psicofármacos	3	3,2	98,9
	Otras	1	1,1	100,0
Total		93	100,0	

Tabla nº 17.2. Consumo droga primaria y droga secundaria

		Droga 2ª							Total
		Alcohol	Cannabis	Heroína	Cocaína	Crack	Psicofárm.	Otras	
Droga 1ª	Alcohol	0	0	3	3	0	2	0	8
	Heroína	3	1	0	22	15	0	1	42
	Cocaína	2	4	6	0	0	1	0	13
	Crack	0	0	26	4	0	0	0	30
Total		5	5	35	29	15	3	1	93

gas asociadas a la primera droga de demanda de tratamiento.

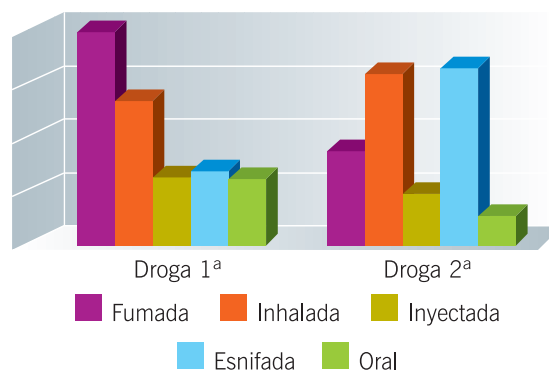
En la tabla nº 17.2, podemos observar la relación de droga principal y consumo de droga secundaria.

Como podemos observar, cuando la droga principal de demanda de tratamiento es la heroína, la segunda droga de consumo mayoritario es la cocaína-crack, en el caso de nuestra muestra.

La vía de consumo habitual de las drogas, tanto para la droga primaria como secundaria es, según los datos recabados para la muestra estudiada, las que se reflejan en la gráfica nº 18.

Sin duda, uno de los elementos importantes en cualquier tratamiento de drogodependencias es observar si se mantiene la abstinencia y, en este sentido, cuando se valora los resultados analíticos de los usuarios del Centro de Día, podemos comprobar que un 47% tienen resultados negativos, es decir, no se detectan metabolitos de la droga principal en sus muestras de orina, lo que podría indicar que se mantiene abstinencia, (según dichos resultados), a la droga principal de demanda de tratamiento. Ver Tabla nº 18 y Gráfica nº 19.

Gráfica nº 18. Vía de consumo de las drogas



Gráfica nº 19. Resultados analíticos a 1ª droga de demanda

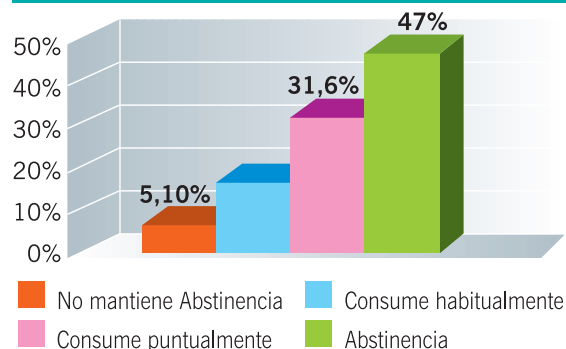


Tabla nº 18. Resultados analíticos a la 1ª droga de demanda

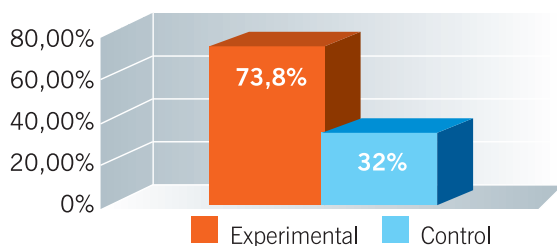
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	No mantiene abstinencia	6	5,1	5,1
	Consume habitualmente	19	16,3	21,4
	Consumos puntuales	37	31,6	53,0
	Resultados negativos	55	47,0	100,0
Total		117	100,0	
Total		235		

Aunque el porcentaje de analíticas con resultados negativos y, por tanto, indicativo de abstinencia a la primera droga de demanda es del 47%, los resultados en los que aparecen consumos puntuales, es un valor alto (31,6%) y relevante de cara al tratamiento. Como podemos ver en la Gráfica nº 19, la tasa de consumos frecuentes y la no abstinencia es relativamente baja.

Como puede observarse en la Tabla nº 18 y en la gráfica nº 19, el mayor porcentaje de pacientes (el 78,6%) tienden a mantener la abstinencia a lo largo del tratamiento.

Como podemos observar en la gráfica nº 19.1 parece que hay una mayor tendencia del grupo

Gráfica nº 19.1. Resultados negativos



experimental a mantener abstinencia frente al grupo control.

Otro aspecto interesante en relación al tratamiento de los drogodependientes y a su condición en muchas ocasiones de poli consumidores de drogas, es comprobar si la abstinencia solo se produce a la droga principal o también a las otras drogas de consumo, o drogas secundarias.

Podemos observar, a este respecto, en la Tabla nº 18.1 y Gráfica nº 19.1 y 19.2, los resultados

Gráfica nº 19.2. Resultados analíticos a la segunda droga problemática

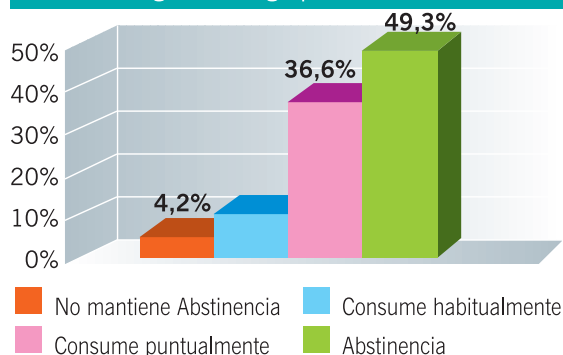


Tabla nº 18.1. Resultados analíticos a la 2ª droga de demanda

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	No mantiene abstinencia	3	4,2	4,2
	Consume habitualmente	7	9,9	14,1
	Consumos puntuales	26	36,6	50,7
	Resultados negativos	35	49,3	100,0
Total		71	100,0	
Perdidos	Sistema	164		
	Total	235		

analíticos de la segunda droga de consumo de los usuarios del Centro de Día "Cercado del Marqués".

Es destacable que un 49,3% de los drogodependientes mantienen abstinencia a la segunda droga de consumo.

Como podemos observar en la Tabla nº 18.1 y en la gráfica nº 19.1, los resultados muestran un mayor porcentaje (85,9%) de resultados analíticos que podrían indicar una tendencia a mantener la abstinencia, también con la segunda droga de consumo.

Otra de las variables que habíamos decidido estudiar, era el tiempo de retención en el tratamiento, dada la importancia que tiene este factor en el éxito del mismo, los resultados los podemos observar en la Tabla nº 19.

poder empezar a observar cambios en el tratamiento como sugieren las diferentes investigaciones y autores referenciados en el marco teórico); el segundo se correspondía con el periodo de los 3 a los 6 meses; el tercero de los de 6 a los 9 meses (pues a partir de los seis meses se observa, según los diferentes autores un segundo cambio importante); el cuarto de los 9 a los 12 meses; el quinto de 12 a 15 meses; el sexto rango de los 15 a los 18 meses y, finalmente, más de 18 meses. Y observamos los resultados en la Tabla nº 19.1 y en la Gráfica nº 20.

Como podemos apreciar en la Gráfica nº 20, los tiempos de retención mayoritarios se corresponden con el intervalo de menos de tres meses (29,9%) y al de entre tres y seis meses (28,3%). Un 13,4% logran mantenerse en el centro hasta los 9 meses.

Tabla nº 19. Tiempo de retención en el tratamiento

	N	Mínimo	Máximo	Media	D.T.	Asimetría	E.T.	Curtosis	E.T.
Tiempo de retención	127	1	90	27,37	21,155	0,875	0,215	-0,051	0,427

Como podrán apreciar la ratio es bastante amplia, oscilando la permanencia en el centro desde una semana a las noventa semanas. La media se sitúa en 27,37 semanas, con una desviación típica de 21,155.

Por lo que decidimos categorizar el tiempo de retención, en función de la literatura consultada, estableciendo varios rangos diferenciados por meses, de tal manera que el primer rango fuera menos de 3 meses (punto de corte necesario para

Gráfica nº 20. Tiempos de retención

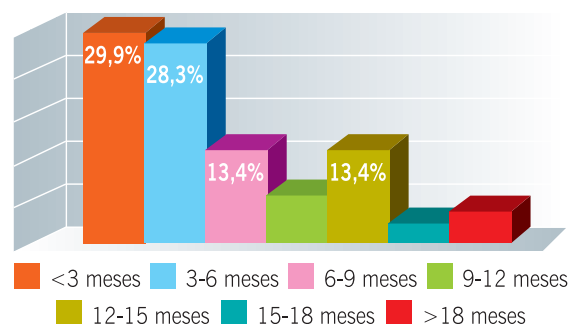


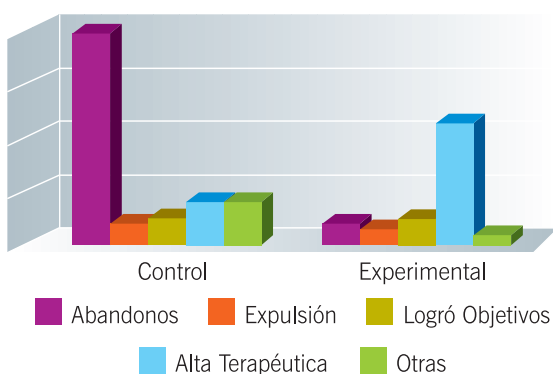
Tabla nº 19.1. Tiempos de retención en meses

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	Menos de 3 meses	38	29,9	29,9
	Entre 3 y 6 meses	36	28,3	58,2
	Entre 6 y 9 meses	17	13,4	71,6
	Entre 9 y 12 meses	9	7,1	78,7
	Entre 12 y 15 meses	17	13,4	92,1
	Entre 15 y 18 meses	4	3,1	95,3
	Más de 18 meses	6	4,7	100,0
Total		127	100,0	
Perdidos	Sistema	108		
	Total		235	

Tabla nº 20. Motivo de Baja del Centro

Motivo de baja	Control	Experimental	Total
Abandono	47	5	52
Expulsión	5	3	8
Logro de Objetivos	6	6	12
Alta Terapéutica	10	27	37
Otras	10	2	12
Total	78	43	121

Gráfica nº 21. Nº de casos y motivo de Baja del Centro



En relación a la Variable Motivo de Baja del Centro de Día, entendiéndolo por baja el que la persona deja de ser usuaria/o del centro, podemos observar los principales resultados en la Tabla nº 20 y en la Gráfica nº 21.

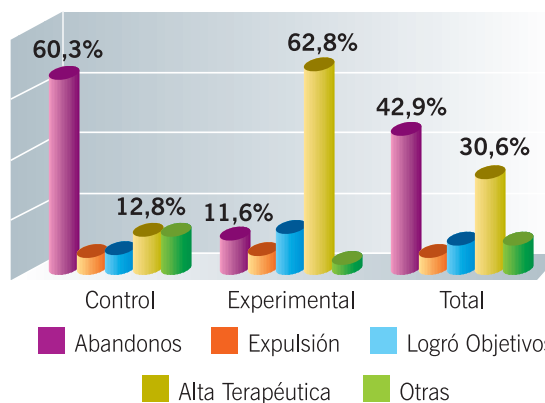
Como se puede apreciar en la Tabla nº 20, el mayor número de casos son Motivo de Baja del centro por abandono del tratamiento y representa al 43%, mientras que las Altas Terapéuticas responden al 31% del motivo por el que dejan de ser usuario/as del Centro.

Como podemos observar en la gráfica nº 21, destaca la alta tasa de abandonos del grupo control frente al experimental. A su vez, es más alta la proporción de Altas en el grupo experimental.

En la siguiente gráfica, podemos comparar ambos factores y niveles de la Variable Motivo de Baja, para ambos grupos en relación a la muestra global.

Como podemos observar en la gráfica nº 21.1, el porcentaje de abandonos es más alto en el grupo control (60,3%) que en el experimental (11,6%), también en relación a la muestra global que refleja el 42,9%.

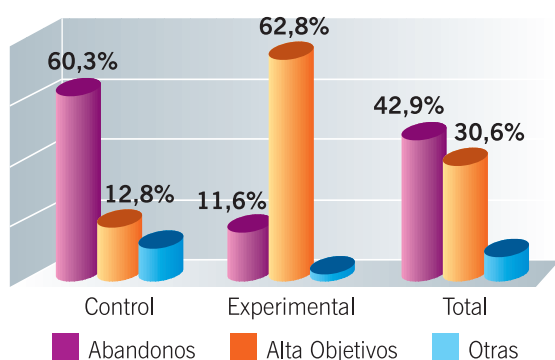
Gráfica nº 21.1.



Mientras que podemos apreciar que el porcentaje de Altas Terapéuticas en el grupo control se corresponde con el 12,8%, en el grupo experimental se sitúa en el 62,8%, siendo también un porcentaje importante en la muestra de drogodependientes en general en un 30,6%.

Por otro parte, si consideráramos, por un lado, valorar conjuntamente el Logro de Objetivos junto a Alta Terapéutica (puesto que en ambos casos el Centro se abandona con un logro positivo de objetivos) y por otro el abandono junto a la expulsión (puesto que se entiende una baja del centro sin consecución de objetivos), podemos observar que las tasas de Alta en el grupo experimental son muy superiores frente al grupo control, destacando el 76,8% del primero frente al 20,5% del segundo y en relación a la muestra total representa al 40,5% de los casos. En el motivo por Abandono (abandono y expulsión), el grupo control muestra una tasa mucho más elevada (66,7%) frente al grupo experimental (18,6%). En relación a la muestra total, supone el 49,5% de la razón de causar baja en el Centro, como podemos observar en la gráfica nº 21.2.

Gráfica n° 21.2.



Otra de las Variables que decidimos analizar, dada la importancia que tiene, justamente con el objetivo de esta investigación en el desarrollo de las competencias sociales y específicamente en el contexto de las relaciones interpersonales del grupo de drogodependientes que iniciaban tratamiento, era el grado de funcionamiento social de nuestra muestra de drogodependientes usuarios del Centro de Día. Para ello, analizamos en la muestra de drogodependientes su grado de funcionamiento social, tanto en el momento de iniciar el tratamiento como en el momento de finalizar el programa de tratamiento que estuviera siguiendo en el Centro. En este caso, debemos tener en cuenta que se valora el grado de funcionalidad y disfuncionalidad social, de tal manera que a más puntuación lo que se refleja es un mayor grado de disfunción social y a menor puntuación mayor grado de funcionamiento social adecuado. Resultados que podemos apreciar en la Tabla n° 21.

Como puede apreciarse en la Tabla n° 21, en las medidas previas, la muestra puntúa mayorita-

riamente y respondiendo a los criterios recogidos en la escala de funcionamiento social (recogido en el Indicador de Tratamiento de los opiáceos- OTI-), en los valores medio-alto y alto, es decir, la muestra de drogodependientes manifiesta un mayor desajuste o disfunción a nivel social en el momento de iniciar el tratamiento en el centro.

En la Tabla n° 21.1, podemos observar que las puntuaciones en la escala de funcionamiento social, describe aparentemente un grado de funcionamiento posterior menos disfuncional en la muestra de drogodependientes.

Podemos observar en las gráficas n° 22, n° 22.1 y n° 22.2, con más claridad los resultados en cuanto al grado de funcionamiento social.

Como podemos observar la muestra de drogodependientes manifiesta un mayor grado de disfuncionalidad social previo, siendo similar para ambos grupos: experimental y el control.

En la Gráfica 22.1, podemos observar que después del tratamiento hay un aumento en el grado

Gráfica n° 22. Funcionamiento Social previo de la muestra drogodependientes

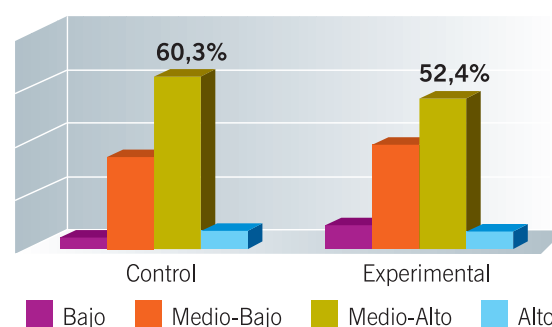


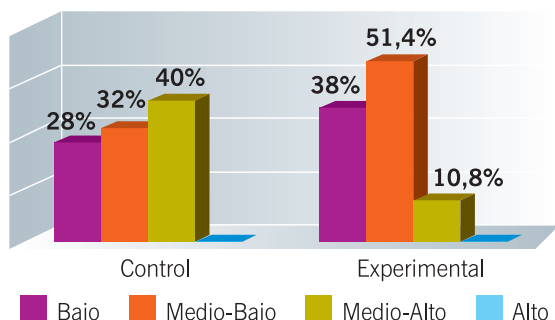
Tabla n° 21. Grado de Funcionamiento Social previo

	Bajo	Medio-Bajo	Medio-Alto	Alto	Total
Control	2	23	44	4	73
Experimental	3	15	22	2	42
Total	5	38	66	6	115

Tabla n° 21.1. Grado de Funcionamiento Social posterior

	Bajo	Medio-Bajo	Medio-Alto	Total
Control	7	8	10	25
Experimental	14	19	4	37
Total	21	27	14	62

Gráfica nº 22.1. Funcionamiento Social posterior



de funcionamiento social en ambos grupos (control y experimental) ya que crece el porcentaje de puntuaciones en los niveles Bajo y Medio-bajo y desaparece el nivel Alto, que representa la disfuncionalidad o mal funcionamiento social.

En la Gráfica 22.2, podemos analizar las diferencias antes y después para cada grupo y en la muestra de drogodependientes en global.

En la Gráfica nº 22.2, podemos observar las diferencias en cuanto a la valoración del grado de funcionamiento social antes y después para cada grupo (control y experimental) y para la muestra de drogodependientes de forma global.

Podemos apreciar, por un lado, la disminución en los niveles medio-alto y alto que indican un mal funcionamiento social, a la vez que se puede distinguir un aumento de las puntuaciones para ambos grupos después del tratamiento en los niveles bajo y medio-bajo, que son indicativos de un mayor grado de funcionamiento social y de una menor disfuncionalidad social. También podemos

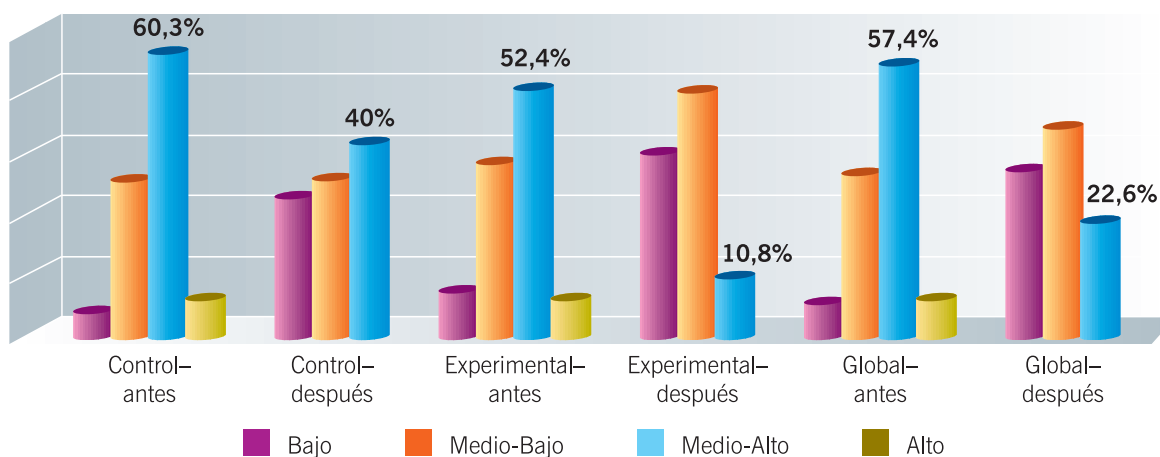
apreciar que el aumento del funcionamiento social es mayor en el grupo experimental en las medidas post tratamiento.

Aunque habíamos seleccionado algunas variables más relacionadas con aspectos sociodemográficos, familiares y de tratamiento que ya se describieron en el capítulo 5, puesto que a priori nos parecían relevantes para este estudio, finalmente las hemos descartado porque no nos aportan más información útil a este trabajo.

Finalmente, el tercer grupo de Variables introducidas en este estudio hacen referencia a las Variables más directamente relacionadas con el objeto de esta Tesis Doctoral: La Evaluación y la aplicación del Programa de Entrenamiento en Competencia Social en usuarios drogodependientes del Centro de Día “Cercado del Marqués” y, particularmente, a los resultados obtenidos en las diferentes pruebas que constituye nuestro instrumento principal: La Batería de Habilidades Interpersonales, versión abreviada, de Bethencourt (1989) y que evalúan los cinco tipos de pensamiento que sustentan la competencia social.

Pasamos a describir los resultados obtenidos por la muestra en sus medidas comparadas previas y posteriores entre el grupo control y el experimental, en relación a las puntuaciones obtenidas en la Batería de Habilidades Interpersonales, en su globalidad y en cada una de las Pruebas que miden Pensamiento Alternativo (PA); Pensamiento Causal (PCa); Pensamiento Consecuencial (PCo); Pensamiento de Toma de Perspectiva (TDP) y Pensamiento Medios Fines (PMF).

Gráfica nº 22.2. Comparación antes después para todos los factores y niveles de la muestra de drogodependientes



En un primer análisis, nos centraremos en las diferencias existentes entre el grupo control y el grupo experimental, para luego continuar analizando los resultados en las puntuaciones en las medidas post de ambos grupos y las diferencias que existieran al respecto.

En primer lugar, se procedió a hacer una comparación de los resultados que obtenía la muestra de nuestro estudio y que podremos observar en la Tabla nº 22. La comparación se realiza a partir de las puntuaciones obtenidas por cada uno de los participantes de la muestra en la fase antes, entre el grupo control frente al grupo experimental en cada una de las siguientes variables de cada uno de los Tests de la Batería de Habilidades Interpersonales.

Para el Test Pensamiento Alternativo (PA), PA item1 = pa1; Pensamiento Alternativo item2 = pa2, Pensamiento Alternativo, item3 = pa3, Pensamiento Alternativo item4 = pa4; Pensamiento Alternativo item5 = pa5. Para el Test Pensamiento Causal (Pca), item1 = pca1, Pensamiento Causal item2 = pca2, Pensamiento Causal item3 = pca3. Para el Pensamiento Concesuencial (Pco), item1 = pco1, Pensamiento Concesuencial item2 = pco2, Pensa-

miento Concesuencial item3 = pco3, Pensamiento Concesuencial item4 = pco4. Para el Test Toma De Perspectiva, (TDP), item1 = tdp1, Toma De Perspectiva item2 = tdp2, Toma De Perspectiva item3 = tdp3. Para el Test Pensamiento Medios Fines, (PMF) item1 = pmf1, Pensamiento Medios Fines item2 = pmf2, Pensamiento Medios Fines item3 = pmf3.

Como puede observarse en la Tabla nº 22, las Medias y Desviaciones Típicas son similares para el grupo experimental y control. En la Tabla nº 23, como pueden observar, no existen diferencias estadísticamente significativas en la muestra antes de iniciar el programa de entrenamiento en Competencia Social, para cada una de las Variables analizadas. Aunque como se puede apreciar las medias son ligeramente superiores, para cada una de la Pruebas e ítems de la Batería de Habilidades Interpersonales, versión abreviada, para el grupo control en las medidas previas. Por tanto, podemos afirmar que la muestra es homogénea y susceptible de ser comparada.

Posteriormente, se realizó un análisis de Varianza, ANOVA, técnica estadística para comparar las medias del conjunto de variables de la muestra

Tabla nº 22. Resultados obtenidos en la Batería de Habilidades Interpersonales, versión abreviada de Bethencourt (1989), para la muestra en la toma de medidas previas

	EXPERIMENTAL		CONTROL	
	Media	Desviación típ.	Media	Desviación típ.
pa1pre	1,6	0,9	1,8	1,2
pa2pre	1,7	1,0	1,8	1,3
pa3pre	1,7	0,8	2,0	1,3
pa4pre	1,5	0,9	1,7	1,1
pa5pre	2,3	0,8	2,4	1,2
Pca1pre	2,7	1,2	2,8	1,3
Pca2pre	2,3	1,2	2,4	1,2
Pca3pre	2,5	1,3	2,7	1,4
Pco1pre	1,8	1,0	2,0	1,2
Pco2pre	2,2	1,0	2,2	1,2
Pco3pre	2,1	1,0	2,3	1,2
Pco4pre	2,2	1,0	2,2	1,4
Tdp1pre	4,0	1,5	4,3	1,9
Tdp2pre	2,3	1,1	2,9	1,6
Tdp3pre	2,6	0,9	2,8	1,2
pmf1pre	1,8	1,1	1,6	1,1
pmf2pre	1,8	1,0	1,8	1,0
pmf3pre	1,4	0,8	1,5	1,0

Tabla nº 23. Comparación de medias en las puntuaciones previas en el Test PA para el grupo control y el grupo experimental

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
pa1pre	Inter-grupos	2,62	1	2,62	2,00	0,16
	Intra-grupos	294,54	225	1,31		
	Total	297,15	226			
pa2pre	Inter-grupos	0,61	1	0,61	0,38	0,54
	Intra-grupos	360,07	225	1,60		
	Total	360,68	226			
pa3pre	Inter-grupos	2,76	1	2,76	2,00	0,16
	Intra-grupos	310,3	225	1,38		
	Total	313,06	226			
pa4pre	Inter-grupos	1,4	1	1,4	1,29	0,26
	Intra-grupos	244,41	225	1,09		
	Total	245,81	226			
pa5pre	Inter-grupos	0,22	1	0,22	0,18	0,67
	Intra-grupos	271,2	225	1,21		
	Total	271,42	226			

pa1pre, pa2pre, pa3pre, pa4pre y pa5pre son los ítems 1, 2, 3, 4 y 5 respectivamente, del Test Pensamiento Alternativo PA, en las medidas previas.

Tabla nº 23 a. Comparación de medias en las puntuaciones previas en el Test PCa para el grupo control y el grupo experimental

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
pca1pre	Inter-grupos	0,28	1	0,28	0,18	0,67
	Intra-grupos	350,34	225	1,56		
	Total	350,63	226			
pca2pre	Inter-grupos	0,21	1	0,21	0,13	0,72
	Intra-grupos	346,11	225	1,54		
	Total	346,32	226			
pca3pre	Inter-grupos	2,05	1	2,05	1,11	0,29
	Intra-grupos	416,33	225	1,85		
	Total	418,38	226			

pca1pre, pca2pre, pca3pre, son los ítems 1, 2 y 3 respectivamente, del Test Pensamiento Causal PCa en las medidas previas.

agrupadas por dos o más factores, cuyo resultados podemos observar en la siguientes tablas (Tabla nº 23, 23a, 23b, 23c, 23d).

En la tabla nº 23, en la comparación de medias del grupo control y experimental en la fase previa, en

relación a las Variables del Test PA, podemos observar que para todas y cada una de las variables del test, los grupos control y experimental son homogéneos.

En la tabla nº 23a, en la comparación de medias entre el grupo control y experimental en las

Tabla nº 23 b. Comparación de medias en las puntuaciones previas en el Test PCo para el grupo control y el grupo experimental

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
pco1pre	Inter-grupos	1,30	1	1,30	0,93	0,33
	Intra-grupos	312,94	225	1,39		
	Total	314,25	226			
pco2pre	Inter-grupos	0,18	1	0,18	0,13	0,71
	Intra-grupos	300,44	225	1,33		
	Total	300,62	226			
pco3pre	Inter-grupos	0,73	1	0,73	0,54	0,46
	Intra-grupos	303,45	225	1,34		
	Total	304,18	226			
pco4pre	Inter-grupos	0,12	1	0,12	0,07	0,78
	Intra-grupos	377,41	225	1,67		
	Total	377,54	226			

pco1pre, pco2pre, pco3pre y pco4pre son los ítems 1, 2, 3 y 4 respectivamente, del Test Pensamiento Consecuencial PCo en las medidas previas.

Tabla nº 23 c. Comparación de medias en las puntuaciones previas en el Test TDP para el grupo control y el grupo experimental

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
tdp1pre	Inter-grupos	3,08	1	3,08	0,89	0,35
	Intra-grupos	776,96	224	3,47		
	Total	780,04	225			
tdp2pre	Inter-grupos	13,18	1	13,08	5,89	0,02
	Intra-grupos	503,09	225	2,24		
	Total	516,18	226			
tdp3pre	Inter-grupos	2,13	1	2,13	1,54	0,22
	Intra-grupos	311,03	225	1,38		
	Total	313,15	226			

tdp1pre, tdp2pre y tdp3pre, son los ítems 1, 2 y 3, respectivamente, del Test Pensamiento Toma De Perspectiva TDP en las medidas previas.

puntuaciones previas del Test PCa, podemos observar que para todas y cada una de las variables del test el grupo es homogéneo y por tanto comparable, puesto que las diferencias no son estadísticamente significativas.

En la Tabla nº 23b, en la comparación de medias entre el grupo control y experimental en las puntuaciones previas del Test PCo, podemos observar que

no existen diferencias significativas estadísticamente, por lo que para todas y cada una de las variables del test, podemos decir que el grupo es homogéneo.

En la Tabla nº 23c, en la comparación de medias entre el grupo control y experimental en las puntuaciones previas del Test TDP, podemos observar que para las variables del test el grupo es homogéneo, a excepción de la variable tdp2 previa, en

Tabla nº 23 d. Comparación de medias en las puntuaciones previas en el Test PMF para el grupo control y el grupo experimental

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
pmf1pre	Inter-grupos	1,71	1	1,71	1,50	0,22
	Intra-grupos	255,95	225	1,14		
	Total	257,66	226			
pmf2pre	Inter-grupos	0,17	1	0,17	0,17	0,68
	Intra-grupos	227,68	225	1,01		
	Total	227,85	226			
pmf3pre	Inter-grupos	0,22	1	0,22	0,25	0,62
	Intra-grupos	194,14	225	0,86		
	Total	194,35	226			

pmf1pre, pmf2pre y pmf3pre, son los ítems 1, 2 y 3, respectivamente, del Test Pensamiento Medios Fines PMF, en las medidas previas.

la que el grupo control puntúa más alto que el experimental, resultando estadísticamente significativa la diferencia, $F(1,225)=5,89$; $p=0,16$.

En la tabla nº 23d, en la comparación de medias entre el grupo control y experimental en las puntuaciones previas del Test PMF, podemos observar que no existen diferencias estadísticas significativas, por lo que para todas y cada una de las variables del test, podemos decir que el grupo es homogéneo.

En concordancia con los análisis estadísticos realizados, los resultados determinan que en las medidas previas de la Batería de Tests de Habilidades Interpersonales, la muestra es homogénea. Por lo tanto, podemos decir que los grupos son homogéneos en todas y cada unas de las variables excepto para la variable tdp2 previa, en la que el grupo control puntúa significativamente más alto que el grupo experimental.

Otro de los análisis que se realizaron fue el de comparar a los dos grupos experimentales: Drogodependientes del Centro de Día y Usuarios de Acceso Directo (AD), en FASE ANTES y podemos observar los principales resultados en las Tablas nº 24, 24a, 24b, 24c, 24d y 24e.

Como podemos observar en la Tabla nº 24, ambos grupos en la fase previa al entrenamiento

en Competencia Social son homogéneos, no existiendo diferencias significativas en las puntuaciones a los diferentes Tests de la Batería de Test de Habilidades Interpersonales, versión abreviada, de Bethencourt (1989). Aunque se puede apreciar que la media en las puntuaciones en los diferentes ítems de cada prueba, para el grupo de Acceso Directo son ligeramente superiores a las del grupo de Drogodependientes. Por tanto, ambos grupos son comparables en sus resultados posteriores.

Se realizó un análisis de Varianza, ANOVA, para comparar las diferencias de medias del conjunto de variables, de los dos grupos experimentales, agrupadas por dos o más factores, cuyos resultados podemos observar en la siguientes Tablas (nº 24a, 24b, 24c, 24d, 24e).

Como podemos observar en la Tabla nº 24a, en la comparación de medias entre el grupo experimental de drogodependientes del Centro de Día y del grupo experimental de AD, en las puntuaciones del Test PA en cada uno de los ítems en las medidas previas (pa1pre, pa2pre, pa3pre, pa4pre, pa5pre), podemos observar que para las variables del test el grupo es homogéneo, a excepción de la variable PA1 previa, en la que el grupo experimental de AD puntúa más alto que el grupo de drogodependientes, resultando estadísticamente significativa la diferencia, $F(1,48)=4,94$; $p=0,31$.

Tabla nº 24. Comparación del Grupo Experimental: Drogodependientes del Centro de Día con Grupo Experimental de A. D. en la fase previa

	Grupo Experimental Centro de Día		Grupo Experimental A.D.	
	Media	Desviación típ.	Media	Desviación típ.
pa1pre	1,4	0,8	2,0	1,0
pa2pre	1,6	0,9	2,1	1,0
pa3pre	1,7	0,8	1,7	1,0
pa4pre	1,5	0,8	1,6	1,2
pa5pre	2,3	0,7	2,4	0,9
pca1pre	2,4	1,0	3,5	1,4
pca2pre	2,1	1,1	2,9	1,3
pca3pre	2,3	1,1	2,9	1,5
pco1pre	1,8	1,0	1,9	1,1
pco2pre	2,1	1,0	2,3	1,0
pco3pre	2,1	1,0	2,3	1,2
pco4pre	2,2	1,1	2,2	0,9
tdp1pre	4,0	1,3	4,0	2,0
tdp2pre	2,3	1,0	2,2	1,3
tdp3pre	2,4	0,8	2,9	1,1
pmf1pre	1,6	0,9	2,3	1,3
pmf2pre	1,8	1,0	2,0	1,0
pmf3pre	1,3	0,8	1,6	0,8

Tabla nº 24a. Comparación de medias en las puntuaciones previas en el Test Pensamiento Alternativo (PA) para el grupo experimental de drogodependientes frente a AD

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
pa1pre	Inter-grupos	3,76	1	3,76	4,94	0,03
	Intra-grupos	36,56	48	0,76		
	Total	40,32	49			
pa2pre	Inter-grupos	2,68	1	2,68	2,94	0,09
	Intra-grupos	43,82	48	0,91		
	Total	46,50	49			
pa3pre	Inter-grupos	0,00	1	0,00	0,01	0,94
	Intra-grupos	34,5	48	0,72		
	Total	34,50	49			
pa4pre	Inter-grupos	0,1	1	0,1	0,11	0,74
	Intra-grupos	42,40	48	0,88		
	Total	42,50	49			
pa5pre	Inter-grupos	0,03	1	0,03	0,04	0,84
	Intra-grupos	30,85	48	0,64		
	Total	30,88	49			

Tabla nº 24b. Comparación de medias en las puntuaciones previas en el Test Pensamiento Causal (PCa) para el grupo experimental de los drogodependientes del Centro de Día y el grupo experimental de Acceso Directo

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
pca1pre	Inter-grupos	12,44	1	12,44	9,63	0,00
	Intra-grupos	62,06	48	1,29		
	Total	74,50	49			
pca2pre	Inter-grupos	6,74	1	6,74	4,86	0,03
	Intra-grupos	66,48	48	1,39		
	Total	73,22	49			
pca3pre	Inter-grupos	4,27	1	4,27	2,76	0,10
	Intra-grupos	74,15	48	1,55		
	Total	78,42	49			

Tabla nº 24 c. Comparación de medias en las puntuaciones previas en el Test Pensamiento Consecuencial (PCo) para el grupo experimental de drogodependientes del Centro de Día y el grupo experimental de Acceso Directo

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
pco1pre	Inter-grupos	0,06	1	0,06	0,06	0,81
	Intra-grupos	51,94	48	1,08		
	Total	52,00	49			
pco2pre	Inter-grupos	0,22	1	0,22	0,22	0,64
	Intra-grupos	47,16	48	0,98		
	Total	47,38	49			
pco3pre	Inter-grupos	0,41	1	0,41	0,37	0,55
	Intra-grupos	53,61	48	1,12		
	Total	54,02	49			
pco4pre	Inter-grupos	0,02	1	0,02	0,02	0,89
	Intra-grupos	53,36	48	1,12		
	Total	53,38	49			

Como podemos apreciar en la Tabla nº 24b, en los resultados del Test PCa en cada uno de sus ítems en las medidas previas (pca1pre, pca2pre y pca3 pre), el grupo experimental de AD se muestra más habilidoso que el grupo experimental de drogodependientes del Centro de Día, arrojando puntuaciones más altas y estadísticamente significativas en las variables PCa1 pre con nivel de significación

$p=003$ y en la variable PCa2 pre, con un nivel de significación $p=032$. Siendo ambos grupos homogéneos en la variable PCa3 pre.

En la tabla nº 24c, en la comparación de medias entre el grupo experimental de drogodependientes del Centro de Día y el grupo experimental de AD, en las puntuaciones previas de cada ítem del Test PCo (pco1pre, pco2pre, pco3pre y

Tabla nº 24d. Comparación de medias en las puntuaciones previas en el Test Pensamiento Toma De Perspectiva (TDP) para los grupos experimentales de Centro de Día y de A D

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
tdp1pre	Inter-grupos	0,09	1	0,01	0,00	0,95
	Intra-grupos	112,97	48	2,35		
	Total	112,98	49			
tdp2pre	Inter-grupos	0,14	1	0,14	0,12	0,73
	Intra-grupos	58,36	48	1,22		
	Total	58,50	49			
tdp3pre	Inter-grupos	2,36	1	2,36	2,71	0,11
	Intra-grupos	41,82	48	0,87		
	Total	44,18	49			

Tabla nº 24e. Comparación de medias en las puntuaciones previas en el Test Pensamiento Medios Fines (PMF) para los grupos experimentales de Centro de Día y de A D

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
pmf1pre	Inter-grupos	4,97	1	4,97	4,45	0,04
	Intra-grupos	53,61	48	1,12		
	Total	58,58	49			
pmf2pre	Inter-grupos	0,50	1	0,50	0,50	0,49
	Intra-grupos	48,22	48	1,01		
	Total	48,72	49			
pmf3pre	Inter-grupos	1,15	1	1,15	1,78	0,19
	Intra-grupos	30,85	48	0,64		
	Total	32,00	49			

pco4pre), podemos observar que no existen diferencias estadísticas significativas, por lo que para todas y cada una de las variables del test, podemos decir que el grupo es homogéneo.

En la tabla nº 24d, en la comparación de medias entre el grupo experimental de drogodependientes del Centro de Día y el grupo experimental de AD, en las puntuaciones previas de cada ítem del Test TDP, observamos que no existen diferencias estadísticamente significativas, por lo que para todas y cada una de las variables del test, podemos decir que el grupo es homogéneo.

Como podemos apreciar en la Tabla nº 24e, en la comparación de medias entre el grupo experimental de drogodependientes del Centro de Día y el grupo experimental de AD, en las puntuaciones previas de cada ítem del Test PMF, (pmf1pre, pmf2pre, pmf3pre) no existen diferencias estadísticamente significativas, para todas y cada una de las variables del test, podemos decir que el grupo es homogéneo excepto para la variable PMF1 pre, en la que el grupo experimental de AD puntúa más alto que los drogodependientes, siendo la diferencia estadísticamente significativa, $p = ,040$.

Tabla nº 25. Resultados de comparar las puntuaciones medias pre-post entre el grupo Experimental y Control

	EXPERIMENTAL		CONTROL	
	Media	Desviación típ.	Media	Desviación típ.
pa1pre	1,6	0,9	1,8	1,2
pa1post	2,4	1,0	2,0	1,0
pa2pre	1,7	1,0	1,8	1,3
pa2pos	2,1	1,0	1,3	0,6
pa3pre	1,7	0,8	2,0	1,3
pa3pos	2,6	1,2	2,3	0,6
pa4pre	1,5	0,9	1,7	1,1
pa4pos	2,4	1,1	2,0	1,0
pa5pre	2,3	0,8	2,4	1,2
pa5pos	2,9	1,1	2,3	0,6
pca1pre	2,7	1,2	2,8	1,3
pca1pos	3,4	1,2	3,0	0,0
pca2pre	2,3	1,2	2,4	1,2
pca2pos	3,0	1,1	2,7	1,5
pca3pre	2,5	1,3	2,7	1,4
pca3pos	3,5	1,4	3,7	0,6
pco1pre	1,8	1,0	2,0	1,2
pco1pos	2,5	1,3	2,3	0,6
pco2pre	2,2	1,0	2,2	1,2
pco2pos	2,9	1,6	1,3	0,6
pco3pre	2,1	1,0	2,3	1,2
pco3pos	3,0	1,4	2,3	1,5
pco4pre	2,2	1,0	2,2	1,4
pco4pos	2,6	1,6	2,0	1,0
tdp1pre	4,0	1,5	4,3	1,9
tdp1pos	5,4	1,9	4,0	1,7
tdp2pre	2,3	1,1	2,9	1,6
tdp2pos	3,7	1,5	3,0	1,7
tdp3pre	2,6	0,9	2,8	1,2
tdp3pos	3,7	2,2	2,7	2,1
pmf1pre	1,8	1,1	1,6	1,1
pmf1pos	2,2	1,2	1,3	0,6
pmf2pre	1,8	1,0	1,8	1,0
pmf2pos	2,5	1,3	1,3	0,6
pmf3pre	1,4	0,8	1,5	1,0
pmf3pos	2,1	0,9	1,3	0,6

Podemos apreciar que en la comparación de medias, el grupo experimental obtiene puntuaciones más altas que el grupo control en las medidas posteriores, en todas las Variables de las pruebas. También observamos que el grupo control, en algunos de los ítems la media es más baja que en el pre (pa2post, pa5post, pco2 post, pco4 post, tdp1pos, tdp3post, pmf1, 2, 3 post).

Comparación del grupo experimental antes-después: en cada una de las variables de la Batería de Tests de Habilidades Interpersonales: PA, PCa, PCo, TDP, PMF., Con el Estadístico de Muestras Relacionadas. (Ver Tabla nº 26).

Como se puede apreciar en la Tabla nº 26, la comparación de medias en las puntuaciones de los

Tabla nº 26. Grupo experimental antes–después en cada una de las pruebas: PA, PCa, PCo, TDP, PMF

		Media	N	Desviación típ.	Error típ. de la media
Par 1	pa1pre	1,57	47	0,93	0,14
	pa1post	2,30	47	0,91	0,13
Par 2	pa2pre	1,68	47	0,98	0,14
	pa2pos	2,11	47	0,96	0,14
Par 3	pa3pre	1,68	47	0,86	0,13
	pa3pos	2,38	47	0,95	0,14
Par 4	pa4pre	1,45	47	0,93	0,14
	pa4pos	2,23	47	1,07	0,16
Par 5	pa5pre	2,32	47	0,78	0,11
	pa5pos	2,94	47	1,19	0,17
Par 6	pca1pre	2,62	47	1,21	0,18
	pca1pos	3,26	47	1,22	0,18
Par 7	pca2pre	2,23	47	1,17	0,17
	pca2pos	2,89	47	1,13	0,16
Par 8	pca3pre	2,40	47	1,26	0,18
	pca3pos	3,36	47	1,34	0,19
Par 9	pco1pre	1,79	47	1,04	0,15
	pco1pos	2,38	47	1,10	0,16
Par 10	pco2pre	2,15	47	0,98	0,14
	pco2pos	2,83	47	1,58	0,23
Par 11	pco3pre	2,13	47	1,08	0,16
	pco3pos	2,96	47	1,22	0,18
Par 12	pco4pre	2,23	47	1,00	0,15
	pco4pos	2,57	47	1,47	0,22
Par 13	tdp1pre	3,98	47	1,55	0,23
	tdp1pos	5,17	47	1,55	0,23
Par 14	tdp2pre	2,26	47	1,09	0,16
	tdp2pos	3,57	47	1,41	0,21
Par 15	tdp3pre	2,55	47	0,95	0,14
	tdp3pos	3,45	47	1,70	0,25
Par 16	pmf1pre	1,79	47	1,10	0,16
	pmf1pos	2,13	47	1,15	0,17
Par 17	pmf2pre	1,81	47	0,97	0,14
	pmf2pos	2,45	47	1,23	0,18
Par 18	pmf3pre	1,40	47	0,80	0,12
	pmf3pos	2,02	47	0,92	0,13

diferentes Tests de la Batería de Habilidades Interpersonales, podemos apreciar que las medias para el grupo experimental son superiores en las medidas posteriores al entrenamiento.

El análisis de resultados a partir de este momento lo centramos en el estudio de los principales resultados que comparan al grupo experimental,

drogodependientes antes-después, para ello se utilizó la Prueba de muestras relacionadas y los principales resultados en relación a la participación de los drogodependientes en el programa de entrenamiento en competencia social podemos observar los resultados de la misma en las siguientes Tablas: nº 26a, 26b, 26c, 26d y 26e.

Tabla nº 26a. Diferencias relacionadas en los resultados del grupo experimental, para el Test PA

		Diferencias relacionadas					t	gl	Sig. (bilateral)	
		Media		Desv. típ.	Error típ. de la media	95% Intervalo de confianza para la diferencia		Media	Desv. típ.	Error típ. de la media
		Inferior	Superior	Inferior	Superior	Inferior	Superior	Inferior	Superior	
Par 1	pa1pre pa1pos	-0,72	0,95	0,14	-1,00	-0,45	-5,23	46	0,000	
Par 2	pa2pre pa2pos	-0,47	1,16	0,17	-0,77	-0,09	-2,52	46	0,015	
Par 3	pa3pre pa3pos	-0,70	1,06	0,16	-1,01	-0,39	-4,54	46	0,000	
Par 4	pa4pre pa4pos	-0,79	1,12	0,16	-1,12	-0,46	-4,81	46	0,000	
Par 5	pa5pre pa5pos	-0,62	1,15	0,17	-0,96	-0,28	-3,67	46	0,001	

pa1pre, pa2pre, pa3pre, pa4pre y pa5pre son los ítems 1, 2, 3, 4 y 5 respectivamente, del Test Pensamiento Alternativo PA, en las medidas previas y pa1post, pa2post, pa3post, pa4post y pa5post son los ítems 1, 2, 3, 4 y 5 respectivamente, del Test Pensamiento Alternativo PA en las medidas post entrenamiento.

Tabla nº 26b. Diferencias relacionadas en los resultados del grupo experimental, para el Test PCa

		Diferencias relacionadas					t	gl	Sig. (bilateral)	
		Media		Desv. típ.	Error típ. de la media	95% Intervalo de confianza para la diferencia		Media	Desv. típ.	Error típ. de la media
		Inferior	Superior	Inferior	Superior	Inferior	Superior	Inferior	Superior	
Par 6	pca1pre pca1pos	-0,64	1,34	0,19	-1,03	-0,24	-3,26	46	0,002	
Par 7	pca2pre pca2pos	-0,66	1,26	0,18	-1,03	-0,29	-3,60	46	0,001	
Par 8	pca3pre pca3pos	-0,96	1,56	0,23	-1,42	-0,5	-4,21	46	0,000	

pca1pre, pca2pre, pca3pre son los ítems 1, 2 y 3 respectivamente, del Test Pensamiento Causal PCa, en las medidas previas y pca1post, pca2post, pca3post, son los ítems 1, 2 y 3, respectivamente, del Test Pensamiento Causal PCa en las medidas post entrenamiento.

Como podemos apreciar en la Tabla nº 26a, los resultados son más altos para el grupo experimental en las pruebas a posterior en el Test PA y en todos y cada uno de los ítems. Las diferencias son estadísticamente significativas antes-después en pa1: $t(46) = -5,227$; con un nivel de significación $p = 0,000$, siendo los resultados obtenidos más altos en el post. Ocurre lo mismo con pa2: $t(46) = -2,52$; con un nivel de significación estadística de $p =$

0,015. Para pa3: $t(46) = -4,53$; y nivel de significación estadística de $p = 0,000$. También para pa4: $t(46) = -4,82$; significación $p = 0,000$. Y para pa5: $t(46) = -3,67$; y significación estadística de $p = 0,001$.

Lo que significa que el grupo experimental, al puntuar más alto después del entrenamiento y al ser la diferencia estadísticamente significativa, se muestra más habilidoso en utilizar el Pensamiento

Tabla n° 26c. Diferencias relacionadas en los resultados del grupo experimental, para el Test PCo

		Diferencias relacionadas					t	gl	Sig. (bilateral)
		Media	Desv. típ.	Error típ. de la media	95% Intervalo de confianza para la diferencia		Media	Desv. típ.	Error típ. de la media
		Inferior	Superior	Inferior	Superior	Inferior	Superior	Inferior	Superior
Par 9	pco1pre pco1pos	-0,59	1,14	0,17	-0,93	-0,26	-3,60	46	0,001
Par 10	pco2pre pco2pos	-0,68	1,42	0,21	-1,10	-0,27	-3,30	46	0,002
Par 11	pco3pre pco3pos	-0,83	1,09	0,16	-1,15	-0,51	-5,22	46	0,000
Par 12	pco4pre pco4pos	-0,34	1,75	0,26	-0,85	0,17	-1,34	46	0,188

pco1pre, pco2pre, pco3pre y pco4pre, son los ítems 1, 2, 3 y 4 respectivamente, del Test Pensamiento Consecuencial PCo, en las medidas previas y pco1post, pco2post, pco3post y pco4post son los ítems 1, 2, 3 y 4, respectivamente, del Test Pensamiento Consecuencial PCo en las medidas post entrenamiento.

Alternativo después del entrenamiento en Competencia Social.

Como observamos en la Tabla n° 26b los resultados son más altos para el grupo experimental en las pruebas a posteriores en el Test PCa y en todos y cada uno de los ítems. Las diferencias son estadísticamente significativas antes-después en pca1: $t(46) = -3,26$; $p = 0,002$, siendo los resultados más altos en el post test. Ocurre lo mismo con pca2: $t(46) = -2,912$; $p = 0,001$. Para pca3: $t(46) = -4,20$, la diferencia es muy significativa estadísticamente, $p = 0,000$.

Lo que significa que el grupo experimental, al puntuar más alto después del entrenamiento y, que al ser la diferencia estadísticamente significativa, se muestra más habilidoso en utilizar el Pensamiento Causal después de haber recibido el programa de entrenamiento en Competencia Social.

Como observamos en la Tabla n° 26c los resultados son más altos para el grupo experimental en las pruebas a posteriores en el Test PCo, en todos y cada uno de los ítems. Las diferencias son estadísticamente significativas antes-después en las variables pco1: $t(46) = -3,59$; con un nivel de significación $p = ,001$, siendo los resultados más altos en el post test y con la variable pco2 $t(46) = -3,29$; $p = ,002$. También es significativa la diferencia para la variable pco3, $t(46) = -5,22$; $p = 0,000$. Para pco4,

las diferencias no son estadísticamente significativas, aunque el grupo puntúa más alto en el post test.

Lo que significa que el grupo experimental, al puntuar más alto después del entrenamiento y que al ser las diferencias estadísticamente significativas, se muestra más habilidoso en utilizar el Pensamiento Consecuencial después de haber recibido el programa de entrenamiento en Competencia Social.

Como pueden observar en la Tabla n° 26d los resultados son más altos para el grupo experimental en las pruebas a posteriores en el Test TDP, en todos y cada uno de los ítems. Las diferencias son estadísticamente significativas antes-después en tdp1: $t(46) = -4,28$; $p = 0,000$, siendo los resultados más altos en el post test. Ocurre lo mismo con tdp2: $t(46) = -6,45$; $p = 0,000$. Siendo las diferencias estadísticas muy significativas para estas dos primeras variables del test TDP. Para tdp3: $t(46) = -3,36$; $p = 0,002$.

Lo que significa que el grupo experimental, al puntuar más alto después del entrenamiento y que al ser la diferencia estadísticamente significativa, se muestra más habilidoso en utilizar el Pensamiento de Toma de Perspectiva, después de haber participado en el entrenamiento del Programa de Competencia Social.

Tabla nº 26d. Diferencias relacionadas en los resultados del grupo experimental, para el Test TDP

		Diferencias relacionadas					t	gl	Sig. (bilateral)
		Media	Desv. típ.	Error típ. de la media	95% Intervalo de confianza para la diferencia		Media	Desv. típ.	Error típ. de la media
		Inferior	Superior	Inferior	Superior	Inferior	Superior	Inferior	Superior
Par 13	tdp1pre tdp1pos	-1,19	1,91	0,28	-1,75	-0,63	-4,28	46	0,000
Par 14	tdp2pre tdp2pos	-1,32	1,40	0,21	-1,73	-0,91	-6,46	46	0,000
Par 15	tdp3pre tdp3pos	-0,89	1,82	0,27	-1,43	-0,36	-3,37	46	0,002

tdp1pre, tdp2pre y tdp3pre, son los ítems 1, 2 y 3, respectivamente, del Test Pensamiento Toma De Perspectiva TDP, en las medidas previas. tdp1post, tdp2post, tdp3post, son los ítems 1, 2 y 3, respectivamente, del Test Pensamiento Toma De Perspectiva TDP e las medidas posteriores al entrenamiento.

Tabla nº 26e. Diferencias de medias de muestras relacionadas en los resultados del grupo experimental, para el Test PMF

		Diferencias relacionadas					t	gl	Sig. (bilateral)
		Media	Desv. típ.	Error típ. de la media	95% Intervalo de confianza para la diferencia		Media	Desv. típ.	Error típ. de la media
		Inferior	Superior	Inferior	Superior	Inferior	Superior	Inferior	Superior
Par 16	pmf1pre pmf1pos	-0,34	1,24	0,18	-0,70	0,02	-1,88	46	0,066
Par 17	pmf2pre pmf2pos	-0,64	1,29	0,19	-1,02	-0,26	-3,39	46	0,001
Par 18	pmf3pre pmf3pos	-0,62	1,11	0,16	-0,94	-0,29	-3,80	46	0,000

pmf1pre, pmf2pre y pmf3pre, son los ítems 1, 2 y 3, respectivamente, del Test Pensamiento Medios Fines PMF, en las medidas previas. pmf1pos, pmf2pos y pmf3pos, son los ítems 1, 2 y 3, respectivamente, del Test Pensamiento Medios Fines PMF, en las medidas post.

Como observamos en la Tabla nº 26e, los resultados son más altos para el grupo experimental en las pruebas del Test PMF a posterior, para todas y cada uno de las variables. Aunque las puntuaciones son más altas en pmf1post, la diferencia no es estadísticamente significativa. Para el resto de las puntuaciones, los resultados son más altos en el post test y, además, las diferencias sí son estadísticamente significativas, en el test pmf2 $t(46) = -3,38$; $p = 0,001$. Para pmf3, $t(46) = -3,79$; $p = 0,000$.

Lo que significa que el grupo experimental, al puntuar más alto después del entrenamiento y al

ser las diferencias estadísticamente significativas, se muestra más habilidoso en utilizar el Pensamiento Medios Fines después de haber participado en el Programa de entrenamiento de Competencia Social.

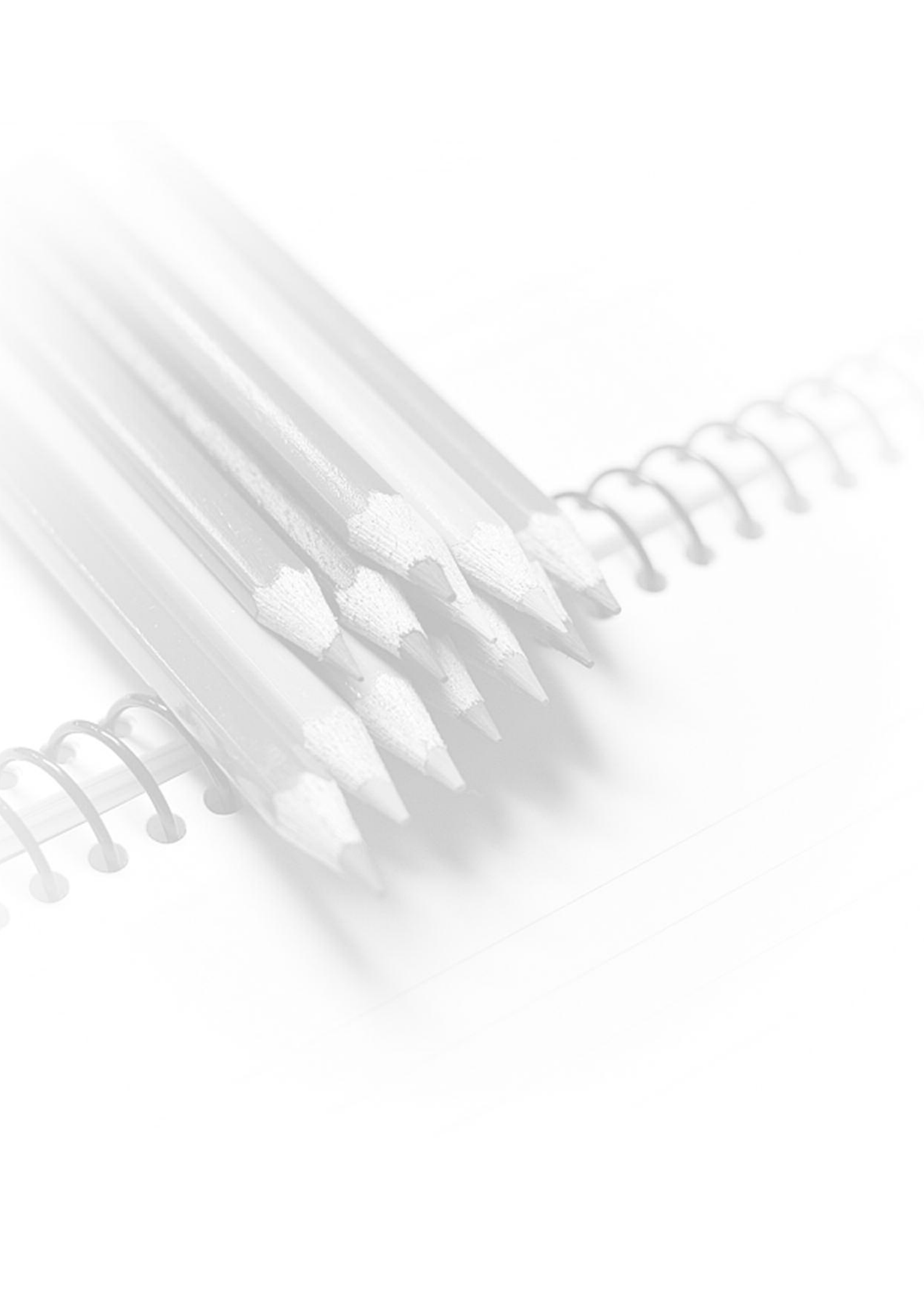
Finalmente, introdujimos una variable de seguimiento de aquellos usuarios drogodependientes que habían participado en el Programa de Entrenamiento de Competencia Social, para ello, a través de contacto directo, seguimiento con sus centros de referencia o a través de amigos y conocidos, fuimos recabando información sobre cuál era su situación

transcurrido tres periodos de tiempo: hasta un año después de finalizada su relación con el centro; su situación pasado entre el año y los tres años, y, finalmente, transcurrido los tres años y hasta los 5 años después de finalizado el Programa.

Hasta un año después de finalizar el Programa, conseguimos recabar información de 43 de los 44 participantes del grupo experimental de drogodependientes, de los cuales 28 continuaban en situación de Alta, manteniendo una vida normalizada y, según lo que nos manifestaban, se mantenían en abstinencia. Esto supone un 63,6%; 4 continuaban

Tratamiento en otros centros de atención a las drogodependencias, 4 habían ingresado en prisión (por causas previas al tratamiento) y 2 habían recaído. De uno a tres años después de finalizar el Programa, pudimos rescatar información de 31 de los 44 participantes, de los cuales se mantenía en Alta 21, 1 fue éxitus, 1 recaído, 5 continuaban en tratamiento en otros centros y 3 estaban en prisión.

A los cinco años sólo teníamos datos de 25 de los participantes, de los cuales 15 continuaban en situación de Alta, 6 estaban en tratamiento, 2 más eran éxitus y 2 continuaban en prisión.





7

Discusión





Cuando nos planteábamos realizar esta investigación lo hacíamos con el firme propósito de evaluar un programa que considerábamos útil y efectivo en su aplicación con población clínica y, sobre todo, en la aplicación a las personas con déficits o inhibición en la utilización de las habilidades sociales básicas que le permitiera ser competentes socialmente, de cara a mejorar su calidad de vida.

Ambicionábamos atender y dar soluciones a uno de los problemas más importantes hoy por hoy en nuestra sociedad que es el consumo de drogas y evitar o disminuir la manifestación de comportamientos agresivos como forma de solucionar los problemas y de establecer las relaciones interpersonales, o el hacer uso de las drogas para resolver las situaciones de interacciones sociales o los problemas cotidianos. Considerando que cuando se han basado en modelos de aprendizaje inadecuados terminan generando sentimientos de indefensión, que están relacionados con los procesos del enfermar y presente en las conductas desajustadas de las personas en su relación con la comunidad y la sociedad. De ahí planteábamos la necesidad de abordar la drogodependencia desde un marco teórico concreto y utilizando uno de los elementos más utilizados en los programas de tratamiento: el Entrenamiento en Competencia Social. Para ello, haciendo caso a las recomendaciones de los diferentes investigadores, aplicábamos un buen programa de competencia social destinado a potenciar las capacidades y recursos personales para afrontar exitosa y eficazmente las situaciones de interacción interpersonal y de solución de problemas en las diferentes facetas de la vida.

Por lo complejo que resulta medir la competencia social en toda su dimensionalidad, nos planteamos partir de un criterio básico que nos indicara realmen-

te si está presente o no, y fue utilizar como elemento discriminante la presencia de los cinco pensamientos, descritos por el grupo de Spivack y Shure (1976), en un grupo de personas, dentro del cuál, el grupo principal es población clínica, constituido por drogodependientes que accedían al Centro de Día “Cercado del Marqués” para recibir tratamiento por su problemática de consumo de drogas.

Para ello, se ideó un diseño de investigación que evaluase el uso de los cinco pensamientos básicos, comparando a diferentes grupos de personas y determinar si por pertenecer a un grupo u otro, la presencia o el uso de estos pensamientos era diferente. Posteriormente, en un segundo momento se aplicó el programa de entrenamiento en competencia social, cuyo programa de contenidos está basado en el original de “R&R” de Ross y Fabiano (1985) e introducido y adaptado a población española como Programa de Pensamiento Prosocial por Garrido (Garrido et al, 1992) y desarrollado en el ámbito educativo a nivel preventivo como Programa de Competencia Social por Segura (1992,1998). También tomamos en cuenta algunas recomendaciones de Caballo (1993) para el entrenamiento. Nuestro Programa de Entrenamiento en Competencia Social incluía desde el entrenamiento Cognitivo: Habilidades de pensamiento, desarrolladas a través de las 10 lecciones del CoRT1 de Edward De Bono (1985); El Entrenamiento Conductual: Habilidades Sociales, desarrolladas según el Modelo de Aprendizaje Estructurado de Goldstein et al. (1989), Mejora de las habilidades Comunicativas (Caballo,1993), junto al entrenamiento de técnicas asertivas, utilizando las técnicas de Disco Rayado y Banco de niebla y el Crecimiento en Valores, aplicando el Modelo de dilemas morales de Kohlberg, descrito en el manual de Competencia Social de Segura (1992,1998) y

las Técnicas para el Control Emocional: modificación de atribuciones, expectativas de autoeficacia, modificación de pensamientos distorsionados y entrenamiento en técnicas de relajación.

Por tanto, la aplicación con drogodependientes de nuestro programa de competencia social, se correspondía con la necesidad de validar un programa de intervención en el ámbito de la aplicación clínica, que había demostrado ser eficaz en diferentes contextos: penitenciario, con delinquentes, en el ámbito educativo, etc. Para ello se ideó un diseño experimental en el que, por una parte se evaluara la presencia de los cinco pensamientos básicos (Pensamiento Alternativo, Pensamiento Causal, Pensamiento Consecuencial, Pensamiento Toma de Perspectiva y Pensamiento Medios Fines), descritos y concensuados por los diferentes investigadores como implícitos en la competencia social y, por otro lado, evaluar la eficacia de aplicar el programa de entrenamiento en competencia social, en relación a si mejora el uso de estos cinco pensamientos. Por ello, una de las variables independientes más relevantes era la aplicación frente a la no aplicación del programa específico de competencia social en un grupo de personas con problemática de drogodependencias.

Además de establecer el marco teórico para la competencia social, se describió el marco teórico desde el que se abordan las drogodependencias, pues es necesario para entender la problemática, las dificultades de la evaluación y de las intervenciones. Señalábamos la coincidencia de elementos en los programas de competencia y en el tratamiento de las drogodependencias, proponiéndose de forma concensuada, por parte de los diferentes autores, la importancia del entrenamiento en habilidades sociales/competencia social. Elemento que además se señala como esencial en los programas de prevención y clave en el programa de Prevención de Recaídas.

Básicamente, en el tratamiento de las drogodependencias se destacaba la necesidad de abordar las expectativas de éxito y de autoeficacia, el autocontrol emocional (modificando el sistema atribucional y las distorsiones de pensamiento), el manejo de la ansiedad, el entrenamiento en habilidades comunicativas, las habilidades necesarias para hacer frente a las diferentes situaciones de riesgo y sobre todo de interacción interpersonal, las habilidades cognitivas necesarias para la solución de pro-

blemas y toma de decisiones, confluyendo con los elementos integrantes y los objetivos de nuestro programa de competencia social.

Nos apoyábamos en la idea de que si se producen mejoras con el entrenamiento, esta tiene que reflejarse en un importante incremento en los cinco pensamientos básicos descrito como necesarios en la resolución de problemas interpersonales: PA, PCa, PCo, TDP y PMF, de manera que contribuirían a una modificación sustancial del comportamiento en sí y sería una ganancia estable en el tiempo.

En relación a los resultados obtenidos, empezaremos por destacar que para desarrollar la investigación se accedió a una muestra compuesta por cuatro grupos: Jóvenes en Tutorías, Personas en prisión, Personas que acceden al Centro de Día en busca de Formación ocupacional y finalmente una muestra Clínica de entre los pacientes que accedían al Centro de Día "Cercado del Marqués" para continuar tratamiento por su problemática de drogodependencias.

Inicialmente la muestra se mostró muy homogénea en cuanto a características sociodemográficas, existiendo cierta diferencia en las medias de edad, comprobamos que la media de edad mayor es la que le corresponde a los drogodependientes.

En cuanto a la distribución por sexo, el grupo de drogodependientes era mayoritariamente hombre, siendo un reflejo de la realidad clínica, en la que la proporción se sitúa en un mayor número de hombres, frente al de mujeres, que solicitan tratamiento, en un proporción aproximada de 4-1, (23,6% mujeres y 76,4% hombres), en el resto de grupos, a excepción de prisión, la ratio mujer-hombre estaba equiparada al 1-1.

En el resto de las características, la muestra era similar en la evaluación previa de las mismas, por tanto podemos considerar una muestra homogénea y comparable.

En las medidas posteriores, es necesario valorar los resultados obtenidos a través de los diferentes análisis realizados y destacaremos lo más relevante.

En cuanto a los datos en los que se observan cambios a nivel descriptivo y, cuantificados cualitativamente, podemos apreciar mejoras en el nivel académico para el grupo de drogodependiente siendo mayor el que se aprecia para el grupo experimental

frente al grupo control. Lo que está directamente relacionado con incluir en el programa de actividades educativas, alentar a los pacientes/usuarios del Centro de Día y prepararlos en las asignaturas básicas para que pudieran presentarse a las pruebas libres para la obtención del Graduado Escolar.

Por otro lado, también se observa un cambio importante en relación a la situación laboral posterior frente a la situación previa. En el grupo experimental de drogodependientes hay un mayor número de casos que pasan a estar en situación activa, es decir, que están trabajando o han accedido a un trabajo cuando finaliza el tratamiento, en comparación con aquellos drogodependientes del grupo control. Esto es un dato de mucha relevancia, pues como ya se argumentaba en el marco teórico, el lograr y mantener un empleo es un factor de pronóstico de éxito en el tratamiento de las drogodependencias.

A lo largo del tratamiento hay una tendencia a mantener la abstinencia, tanto a la droga principal como a la secundaria. Lo que apunta a la eficacia del tratamiento para lograr mantener a los drogodependientes alejados del consumo, al menos durante el tiempo que permanecen en el centro. Los resultados señalan, además, que esta tendencia a la abstinencia es mayor en el grupo experimental. El hecho de que el porcentaje sea mayor entre el grupo experimental frente al control, podríamos inferir que el programa de competencia social está funcionando positivamente en el autocontrol frente al consumo y, posiblemente, está siendo eficaz al reducir las posibles causas que pueden predisponer al consumo (ansiedad, relaciones interpersonales, solución de problemas, etc.), disminuyendo la necesidad de consumir drogas. Es decir, los que participan en el programa de competencia social encuentran alternativas diferentes al consumo de drogas para hacer frente a los factores de riesgo o a los factores que predisponen al consumo.

En relación al motivo de baja del centro hay una mayor tasa de abandonos entre el grupo control, mientras que el número de Altas terapéuticas es mayor en el grupo experimental.

Por otra parte y, en relación al funcionamiento social, se realizó una valoración a posteriori, con carácter retrospectivo, analizando los aspectos de la historia clínica que podían dar respuesta a la aplicación de la escala de funcionamiento social reco-

gida en las páginas 226 y 227 de la Entrevista Indicador del Tratamiento de la Adicción a Opiáceos de González-Saiz y Cols. (1997) y utilizando el baremo de la misma para cuantificar el grado de disfuncionalidad social. También se contrastaba la información con la familia, con otros profesionales y con el paciente en los casos que fue posible, los resultados son mejores y, esto coincide con nuestra experiencia, de que es real la mejora en el funcionamiento social de los drogodependientes que están en tratamiento, tanto a niveles generales como particulares. Es decir, cuando la persona inicia un tratamiento empieza a tener mejores relaciones familiares, suele relacionarse de otra manera con su entorno social y aunque estos resultados los valoramos como muy positivos, también debemos tomarlos con cierta prudencia y quizás plantear algunas sugerencias para investigaciones futuras.

Hasta este momento, los resultados comentados son acordes con lo que vivimos en la práctica clínica cotidiana. Es decir, lo que sabemos por el trabajo en el día a día, ahora podemos observarlos reflejados en los resultados obtenidos de una manera más sistematizada y gráfica, aunque somos conscientes de que no son datos generalizables, pues nos falta una muestra mayor para poder determinar la significación estadística de los resultados obtenidos y poder realizar otras pruebas paramétricas y relacionales que nos aporten una mayor información al respecto y en ello seguiremos trabajando.

Los resultados, concuerda con otras investigaciones, en que aquellos drogodependientes que permanecen por mayor espacio de tiempo en el tratamiento obtienen mejores logros, que aquellos otros que abandonan el mismo. Incluso podríamos explicarlos en dos sentidos, por un lado que aquellos que tienen mayor motivación para el tratamiento permanecen más tiempo y a su vez obtendrán mejores resultados, lo cual en parte podemos considerarlo como cierto. Aunque si tenemos en cuenta que el 80% de los drogodependientes que solicitan tratamiento en el centro lo hacen por iniciativa propia, se les supone una motivación para realizar el tratamiento. Por ello, creemos más en una segunda explicación, en la que es posible explicar los resultados en función de que aquellos que participan en el tratamiento y empiezan a observar resultados positivos, aumentan sus expectativas de autoeficacia y se motivan para continuar con su propio proceso de cambio. De cualquier manera y aunque

creemos que es posible que ocurra de ambas formas, en nuestro caso valoramos que participar del programa de competencia social motiva a continuar el proceso de tratamiento. Aunque, para dilucidar esta cuestión nos falta un mayor volumen de muestra y cierta estabilidad en los grupos de comparación y, en la práctica clínica, es bastante complicado, aunque no imposible, eso sí es una cuestión de inversión de esfuerzo y mucho tiempo hasta lograr la muestra necesaria.

Una de las dificultades para poder encontrar diferencias estadísticas significativas entre el grupo control y experimental es el número de personas que componen la muestra, téngase en cuenta que la muestra para comparar resultados al finalizar el programa de tratamiento se correspondía a muy pocos casos que no habían abandonado el tratamiento, resultaba más difícil realizar los análisis estadísticos pertinentes y, que aunque los resultados apuntan a ciertas tendencias de mejora en el grupo experimental frente al de control, no nos permite poder relacionar y analizar con pruebas estadísticas, las diferencias entre aquellos que permanecen en el programa de tratamiento y aquellos otros que lo abandonan.

En nuestro caso muchos de los drogodependientes que formaban parte del grupo control, abandonan el tratamiento, pero regresan al tiempo y se les recogían nuevamente los datos, aunque una gran mayoría no lo hacían y de aquí los problemas para tener grupos estables para hacer diferentes comparaciones y contrastar si los cambios se deben a la intervención o al transcurrir del tiempo.

Haciendo una lectura positiva de estos primeros resultados descriptivos, los datos apuntan a la eficacia de tratamiento de participar en el programa de actividades PAT del Centro de Día y que la mejora está en correspondencia con algunos aspectos relacionados con el trabajo, la familia y la disminución del consumo de drogas, aunque insistimos en que es necesario seguir ahondando e investigando el cómo y el por qué de la relación de algunas variables con la retención y la mejora del tratamiento, así como si estos cambios o mejoras son duraderos en el tiempo con estudios de seguimiento bien planificados y más longitudinales.

Cuando nos planteamos el diseño de investigación y observando los problemas que encontrábamos para cumplimentar los instrumentos de evaluación, las dificultades para que los ítems o

cuestiones que planteaban las pruebas se entendieran de la misma manera antes y después (sobre todo teniendo en cuenta que cuando el paciente llega al centro suele estar desorientado, algunos bajo los efectos de las medicaciones de desintoxicación, o incluso las dificultades comunicativas a la hora de entender un lenguaje más “normalizado” que no se corresponde con el que han venido usando, o los problemas de lectoescritura), la retención de la muestra, la alta muerte experimental, etc. , decidimos centrarnos en aspectos más puntuales y objetivos, que nos permitiera la comparación y nos diera datos significativos, creíbles, valorables y aplicables a la práctica clínica y centrados en la eficacia del programa de entrenamiento en competencia social.

Estos datos nos los aportan los análisis realizados a través del instrumento principal utilizado para esta investigación y que salvaba muchas de las dificultades ya mencionadas en apartados anteriores. También nos aportaba la evaluación y comparación persona a persona de los resultados obtenidos por cada uno en la investigación.

Pasamos, por tanto, a comentar los resultados más relevantes que hemos encontrado tras la aplicación de nuestro programa de competencia social con los drogodependientes del Centro de Día “Cercado del Marqués”.

En relación a las medidas previas de la Batería de Test de Habilidades Interpersonales, versión abreviada, de Bethencourt (1989), todos parten del mismo nivel, en relación al uso de los cinco pensamientos básicos para las Habilidades Sociales y Competencia Social, lo que nos permite hacer comparaciones entre el grupo experimental y el grupo control y a su vez, de cada grupo consigo mismo en fase previa y posterior. Es decir, esto para nosotros significa que antes de iniciar el programa específico de competencia social todos parten con el mismo nivel en las habilidades medidas en los cinco pensamientos básicos (Pensamiento Alternativo, Pensamiento Causal, Pensamiento Consecuencial, Pensamiento de Toma de Perspectiva y Pensamiento Medios Fines) y consecuentemente si observábamos diferencias en las puntuaciones a posterior se debían a la aplicación del Programa de Entrenamiento en Competencia Social.

Para comprobar si ambos grupos eran comparables se analizó, primeramente con los estadísticos

de diferencia de Medias y, posteriormente, se aplicó un análisis de Varianza (ANOVA) y la prueba de medias comparadas. Los principales resultados nos indican que de forma global y en cada una de las pruebas, en la Batería de Habilidades Interpersonales, el grupo es homogéneo a excepción de en la variable TDP2, en la que el grupo control puntúa más alto que el experimental y la diferencia es significativa estadísticamente. Esto supone que el grupo control es más habilidoso en la habilidad de pensamiento en perspectiva, en situaciones de relaciones con amigos/conocidos, en la evaluación previa a la aplicación del programa.

Por tanto, y, de forma general, podemos decir que la muestra es comparable y que antes de la aplicación del Programa de Competencia Social todos están al mismo nivel en el uso de los cinco pensamientos básicos para la competencia social, siendo algo mejor el grupo control frente al experimental en el ítem 2 del Pensamiento de Toma de Perspectiva.

Nos quedaba comprobar si el grupo experimental compuesto en esta ocasión por drogodependientes y acceso directos (AD), también eran comparables antes de iniciar la aplicación del programa de competencia social, en el uso de los cinco pensamientos básicos ya descritos (PA, PCa, PCo, TDP y PMF). En la comparación del grupo experimental: Drogodependientes del Centro de Día con Grupo Experimental de Accesos Directos en la fase previa, nos aporta que ambos grupos son homogéneos en cuanto a las medias de las puntuaciones obtenidas en la Batería de Habilidades Interpersonales.

Por tanto, deducimos que tienen igual funcionamiento, en cuanto al uso de los pensamientos básicos en las habilidades sociales y solución de problemas interpersonales, antes de iniciar nuestro programa de entrenamiento en Competencia Social.

En cuanto a las diferentes variables para las que se encontraron diferencias estadísticas entre el grupo experimental de AD y el de drogodependientes en PA1 pre, (Se ruega consultar Tablas nº 24a en pág.269), en PCa1 pre y PCa2 pre (Se ruega consultar Tabla nº 24b en pág. 270) y en PMF1 pre (Se ruega consultar Tabla nº 24e en pág. 273). Intuimos que una posible causa de esta diferencia pueda deberse a las diferencias relacionadas con el género, pues el grupo experimental de Acceso Directo eran mayoritariamente mujeres (64,3%) y en este

sentido algunos autores e investigaciones apuntan a que las mujeres son más habilidosas socialmente.

En cualquier caso, este es un aspecto que quedaría para la reflexión y para plantear una investigación en el futuro, en el que se puedan distinguir las diferencias por género en relación a la Competencia Social, con una muestra adecuada y representativa.

Cuando se comparan los resultados en las puntuaciones a la Batería de Habilidades Interpersonales antes del entrenamiento y en la fase posterior al mismo, entre el grupo experimental y control, observamos que las medias de las puntuaciones posteriores son superiores a las medias de las puntuaciones previas para cada una de las pruebas e ítems de la Batería de Habilidades Interpersonales para el grupo experimental. Lo que significa que el Programa de Entrenamiento en Competencia Social ha tenido un efecto positivo sobre los que lo han recibido.

Por otro lado, cuando hacemos las comparaciones del grupo experimental antes - después del entrenamiento hemos observado un incremento de las puntuaciones medias para cada una de las Variables. El incremento se ha producido en las medidas posteriores en todos y cada uno de los Pensamientos (PA, PCa, PCo, TDP y PMF), por lo que nuestro grupo experimental ha mejorado en el uso de los cinco pensamientos a la hora de responder a la Batería de Habilidades Interpersonales, después de recibir el Programa de Entrenamiento en Competencia Social.

Cuando se ha realizado el análisis de Diferencias de Medias de Muestras Relacionadas en los resultados del grupo experimental, para el Test PA, podemos apreciar que efectivamente el entrenamiento ha mejorado el Pensamiento Alternativo y las diferencias son significativas estadísticamente a favor de los resultados posteriores al entrenamiento para el grupo experimental. Por tanto, podemos atribuirle al entrenamiento las mejoras.

En relación a las Diferencias de Medias de Muestras Relacionadas de los resultados del grupo experimental para el Test PCa, los resultados son más altos para el grupo experimental en las pruebas a posterior en el Test PCa, lo cual contribuye a demostrar que el Programa de Entrenamiento en Competencia Social aumenta el uso del Pensamiento Causal.

En el análisis de Diferencias de Medias de Muestras Relacionadas para los resultados del grupo experimental en el Test PCo, el grupo experimental obtiene puntuaciones más altas en la fase posterior a recibir el entrenamiento, siendo las diferencias significativas estadísticamente para las variables PCo1 y PCo2, aunque también puntúan más en la fase post para la Variable PCo3 y por tanto podemos afirmar que el grupo experimental hace un mayor uso del Pensamiento Consecuencial tras recibir el entrenamiento.

Cuando se ha realizado el análisis de Diferencias de Medias de Muestras Relacionadas para los resultados del grupo experimental, para el Test TDP, podemos apreciar que efectivamente el entrenamiento ha mejorado el Pensamiento de Toma de Perspectiva. Las diferencias encontradas son significativas estadísticamente, para cada una de las Variables del Test y a favor de los resultados posteriores al entrenamiento para el grupo experimental. Por tanto, podemos atribuirle la mejora en el uso del Pensamiento de Toma de Perspectiva al Programa de Entrenamiento en Competencia Social.

En el análisis de las Diferencias de Medias de Muestras Relacionadas para los resultados del grupo

experimental, para el Test PMF, podemos apreciar que efectivamente el entrenamiento ha mejorado el Pensamiento Medios Fines. Las diferencias encontradas para las Variables PMF2 y PMF3 son significativas estadísticamente y, aunque para el PMF1 no es significativa, sí que puntúan más alto en la fase post de esta variable. Por tanto, podemos afirmar que para nuestro grupo experimental, ha habido una mejora del uso del Pensamiento Medios Fines, atribuible a la participación en el Programa de Entrenamiento en Competencia Social.

Lo que viene a demostrar que una vez aplicado nuestro Programa de Entrenamiento en Competencia Social, el grupo experimental ha logrado mejorar el uso de los cinco pensamientos y por tanto se les supone más competente socialmente. Por lo que los drogodependientes que han participado del programa funcionarán de una manera más competente socialmente.

No podemos afirmar categóricamente que la mejora en competencia social está relacionada con el éxito en el tratamiento, pero los datos que obtenemos del seguimiento apuntan a que podría contribuir de una manera importante.



8

Conclusiones





En resumen, este trabajo se había realizado para demostrar la eficacia de la aplicación de un Programa específico y estructurado de Entrenamiento en Competencia Social dirigido a drogodependientes en tratamiento en el Centro de Día “Cercado del Marqués”. Para ello, habíamos decidido evaluar previamente el nivel de uso de cada uno de los cinco pensamientos (PA, PCa, PCo, TDP, PMF) que constituyen las dimensiones cognitivas implícitas en las habilidades sociales y la competencia social, en diferentes grupos: Drogodependientes, Jóvenes de Tutorías (a priori jóvenes en situación de riesgo), Personas que acceden a recibir formación ocupacional, que inicialmente no tienen diagnosticado un problema de drogas y Personas internas en prisión (que manifiestan tener o haber tenido problemas de drogas). La evaluación a través de un instrumento de medida válido, fiable, adaptado a la población canaria y que se había mostrado eficaz en detectar las diferencias antes-después, tanto para la comparación de grupos como en la comparación intra-sujeto: La Batería de Habilidades Interpersonales, versión abreviada de Bethencourt (1989).

Se comparó a los diferentes grupos de la muestra, pudiendo extraer la primera Conclusión: Los grupos que hemos evaluado usan de una manera similar los cinco pensamientos y son homogéneos en su uso, no existiendo diferencias significativas al inicio entre el grupo de drogodependientes y el resto, en el uso global de los Pensamientos: Alternativos, Causal, Consecuencial, Toma de Perspectivas y Medios Fines.

Por otra parte nos interesaba conocer objetivamente si participar en el Programa de Competencia Social suponía una mejora en el uso de los cinco pensamientos, directamente implicados en la Com-

petencia Social. Para ello nos planteamos las Hipótesis de trabajo. Para las cuales podemos decir que:

Se confirman todas y cada una de las Hipótesis Conceptuales 1, 2, 3, 4 y 5, puesto que los resultados apuntan a una mejora significativa de las Dimensiones Cognitivas en cada uno de los Pensamientos: Alternativo, Causal, Consecuencial, Toma de Perspectiva y Medios-Fines. De aquí podemos extraer nuestra segunda conclusión: El entrenamiento en Competencia Social mejora las Dimensiones Cognitivas en cada uno de los pensamientos: Alternativo, Causal, Consecuencial, Toma de Perspectivas y Medios Fines.

También se confirman las Hipótesis empíricas 1.1, 1.2, 1.3, 1.4 y 1.5 puesto que los resultados demuestran que el entrenamiento con el programa de competencia social dió lugar a diferencias estadísticamente significativas pretest-postests en las puntuaciones obtenidas en el ítem 1, 2, 3, 4 y 5 respectivamente del test Pensamiento Alternativo (PA) de la Batería de Habilidades Interpersonales de Bethencourt (1989).

Nuestra tercera conclusión, por tanto, es que las personas que participan en el programa de Competencia Social, mejoran en el uso del Pensamiento Alternativo y estas mejoras son también para cada uno de los ítems, del test después de haber recibido el entrenamiento en Competencia Social y son más hábiles a la hora de encontrar alternativas para solucionar problemas.

Los resultados nos confirman las Hipótesis Empíricas 2.1, 2.2 y 2.3, puesto que el entrenamiento con el programa de competencia social da lugar a diferencias estadísticamente significativas pretest-postests en las puntuaciones obtenidas en el ítem

1, en el ítem 2 e ítem 3 del test Pensamiento Causal (PCa) de la Batería de Habilidades Interpersonales de Bethencourt (1989).

Nuestra cuarta conclusión es que participar en el Programa de Competencia Social mejora el Pensamiento Causal y también mejoran en cada ítem de la prueba PCa, después de recibir el programa de entrenamiento. Es decir, las personas después del entrenamiento son capaces de encontrar diferentes y mayor número de posibles causas ante una situación problema.

Se confirman las Hipótesis empíricas 3.1, 3.2 y 3.3, ya que el entrenamiento con el programa de competencia social ha dado lugar a diferencias estadísticamente significativas pretest-postests en las puntuaciones obtenidas en el ítem 1, en el ítem 2 e ítem 3 del test Pensamiento Consecuencial (PCo) de la Batería de Habilidades Interpersonales de Bethencourt (1989). Y aunque mejoran las puntuaciones no podemos afirmar que para el ítem PCo4, estas mejoras sean significativas.

Lo que genera nuestra quinta conclusión: Participar en el Programa de Entrenamiento de Competencia Social genera un aumento del Pensamiento Consecuencial en cada persona y en cada ítem del test, excepto para el ítem Pco4, que la mejora no es significativa. Las personas son más competentes a la hora de prever y pensar en las posibles consecuencias de una opción o situación.

Se confirman las Hipótesis empíricas 4.1, 4.2 y 4.3 ya que el entrenamiento con el programa de competencia social ha dado lugar a diferencias estadísticamente significativas pretest-postests en las puntuaciones obtenidas en el ítem 1, en el ítem 2 e ítem 3 del test Pensamiento Toma De Perspectiva (TDP) de la Batería de Habilidades Interpersonales de Bethencourt (1989). Por ello, planteamos como sexta conclusión que el Entrenamiento en Competencia Social genera un aumento del Pensamiento de Toma de Perspectiva para cada persona y en cada ítem del test. Por lo que las personas que participaron del programa de entrenamiento son más habilidosas en contemplar otros puntos de vista y entender los sentimientos o razones de los otros.

Se confirman las Hipótesis empíricas 5.2 y 5.3 ya que el entrenamiento con el programa de competencia social ha dado lugar a diferencias estadísticamente significativas pretest-postests en las puntuaciones obtenidas en el ítem 2 e ítem 3 del test Pensamiento Medios Fines (PMF) de la Batería de Habilidades Interpersonales de Bethencourt (1989). Y aunque mejoran las puntuaciones no podemos afirmar que para el ítem 1, del test PMF, estas mejoras sean significativas antes- después.

Por lo que nuestra séptima conclusión es que el Entrenamiento en Competencia Social mejora el uso del Pensamiento planificador Medios-Fines (PMF) en la persona y lo hace para todos los ítems, aunque solo podemos decir que es significativamente mejor para los ítems 2 y 3 del test. Por tanto, las personas que han participado son más competentes en planificar acciones para solucionar problemas.

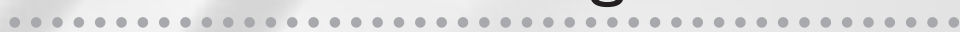
No se confirman las Hipótesis empíricas 1.6; 2.4; 3.5; 4.4 ni 5.4, pues a pesar de que las medias de puntuaciones del grupo experimental son más altas que las del grupo control, las diferencias no son significativas estadísticamente. Por tanto, y aunque con el Entrenamiento con el Programa de Competencia Social los resultados son más altos para el grupo experimental, no podemos concluir que existan mejoras a favor del entrenamiento en cada uno de los ítems de los test Pensamiento Alternativo, Pensamiento Causal, Pensamiento Consecuencial, Toma de Perspectiva y Medios-Fines de la Batería de Habilidades Interpersonales de Bethencourt (1989), entre drogodependientes entrenados y no entrenados (grupo control).

Nuestra octava conclusión, en relación a poder hacer contrastes y comparaciones estadísticas que nos permitan generalizar los resultados obtenidos, es necesario obtener una muestra más amplia de personas que podamos asignar aleatoriamente tanto al grupo control como experimental.

Novena conclusión, el tratamiento de las drogodependencias si se completa con un Programa estructurado de Entrenamiento en Competencia Social apunta a que puede mejorar significativa y sensiblemente los resultados de éxito del mismo.



Referencias Bibliográficas







9

Bibliografía





- Alberti, R.E. (1977b). Issues in assertive behavior training. En R.E. Alberti (comp.) (1977). *Assertiveness: Innovations, Applications, Issues*. San Luis Obispo: California. Impact.
- Alberti, R.E. y Emmons, M.L. (1982). *Your perfect right (4ª edición)*. San Luis Obispo. California: Impact. (1ª edición, 1970).
- Alberti, R.E. (comp.) (1977). *Assertiveness: Innovations, Applications, Issues*. San Luis Obispo. California: Impact.
- Annett, (1974). *Intelligence: Its Organization and Development*. In *Michael Cunningham International Journal of Man-Machine Studies*, 6 (5) pp. 621-626.
- APA (2000). American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM IV-TR). (Traducido al español en 2002). Madrid: Masson.
- Argyle, M. (1967). *The psychology of interpersonal behaviour*. London: Penguin.
- Argyle, M. (1992). *La psicología de la felicidad*. Madrid: Alianza Editorial.
- Argyle, M. y Lu, L. (1990). *La felicidad y habilidades sociales*. Documento electrónico (última consulta 2007). <http://www.fun-humanismo-ciencia.es/felicidad/sociedad/sociedad26.htm>
- Argyle, M., Trower, B.M. y Bryant, P. (1974). Explorations in the treatment of personality disorders and neuroses by social skills training. *British Journal of Social Psychology*, 47, 63-72.
- Aristóteles. (384 a.C.-322 a.C.). *La Ética de Aristóteles: Ética a Nicómaco. Libro IV. Capítulo 5*. Alicante: Biblioteca Virtual Miguel de Cervantes, 1999. <http://www.analitica.com/Bitblbio/aristoteles/nicomaco.asp>; <http://www.webdianoia.com/aristoteles/aristotelesetica.htm>
- Armas-Vargas, E. (1999d). *Pautas de comunicación en el contexto escolar y adaptación en alumnos/as de primaria. Compañeros y profesores*. Murcia, España: II Congreso de la Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología.
- Armas-Vargas, E. y García-Medina, P. (1999b). Comunicación de alumnos/as de secundaria con sus profesores y compañeros. Consumo y actitudes hacia las drogas. *Adicciones*, 11 (suplemento), 51-52.
- Armas-Vargas, E. y García-Medina, P. (1999d). *Habilidades comunicativas en la escuela. Actitudes hacia la salud y las drogas*. Las Palmas de Gran Canaria (Islas Canarias, España): Comunicación presentada en la 2ª conferencia europea y 1ª iberoamericana de tabaco o salud.
- Armas-Vargas, E. (1999b). *Adaptación y Actitudes hacia La Salud y Las Drogas en Educación Primaria*. Las Palmas de Gran Canaria (Islas Canarias, España): Comunicación presentada en la 2ª Conferencia Europea y 1ª Iberoamericana de Tabaco o Salud.
- Avia, M.D. y Vázquez, C. (1998,1999). *Optimismo Inteligente*. Madrid: Alianza Editorial.
- Azrin, N.H., McMahon, P.T., Donohue, B., Besalel, V.A., Lapinski, K.J., Kogan, E.S., Acierno, R.E. y Gallo-way, E. (1994). Behaviour therapy for drug abuse: A controlled treatment outcome study. *Behaviour Research and Therapy*, 32(8), 857-866.
- Bachman, J.G., O'Malley, P.M., Schulenberg, J.E., Johnston, L.D., Bryant, A.L., and Merline, A.C., (2002). *The decline of substance use in young adulthood. Changes in social activities, roles and beliefs*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates Publisher.
- Baldwin, A.R., Oei, T.P.S. y Young, R. (1993). To drink or not to drink: The differential role of alcohol expectancies and drinking refusal self-efficacy in quantity and frequency of alcohol consumption. *Cognitive Therapy and Research*, 17, 511-530.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy. Toward a unifying theory of behavioural change. *Psychological Review*. 84, 191-215.

- Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Englewood Cliff; N.J.: Prentice-Hall. (Traducción a español: Ed. Espasa-Calpe. (1984).
- Bandura, A. (1987). *Pensamiento y acción. Fundamentos sociales*. Barcelona: Martínez Roca, S.A. (Original Bandura, A., (1986). Social foundations of thought and action. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall).
- Bartual, V., Bardisa, M., López, C. y García-Rodríguez, J.A. (2000). Análisis relacional entre consumo de drogas y conducta delictiva. En J. Fernández, J. Herrero y A. Bravo (comps.). *Intervención psicosocial y comunitaria. La promoción de la salud y la calidad de vida*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Bayes, R. (1991). Prevención y psicología de la salud. *Revista de Psicología de la Salud*, 3, 93-108.
- Bayes, R. (1991). *Psicología oncológica*. Barcelona: Martínez Roca.
- Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelses, M. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry* 4, 561-571.
- Beck, A.T., Weissman, A., Lester, D. y Trexler, L. (1974). Measurement of pessimism - hopelessness scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 42 (6), 861-865.
- Becker, M.H. (1974). The health belief model and personal health behaviour. *Health Education Monographs*, 2, 324-508.
- Becoña, E. (1999). *Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas*. Madrid. PNSD. (Última consulta 2008). <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/publicaciones/>
- Becoña, E. (2000). *Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas*. Madrid: PNSD.
- Becoña, E. (2003). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Madrid. PNSD. (Última consulta 2008) <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/publicaciones/>
- Becoña, E. (2003). Tabaco y salud mental. *Revista Thomson Psicología*, 1, 119-137.
- Becoña, E. (2006). *Tabaco. Prevención y tratamiento*. Madrid: Pirámide.
- Becoña, E. (2007). Bases psicológicas de la prevención del consumo de drogas. *Papeles del Psicólogo*, 2007. 28 (1), 11-20 <http://www.cop.es/papeles> (última consulta realizada 2008)
- Becoña, E. y Oblitas, L. (2006). Promoción de estilos de vida saludables. En L.A. Oblitas (Ed.), *Psicología de la salud y calidad de vida* (2 ed., pp. 83-109). México: Thomson.
- Bellack, A.S. (1979b). A critical appraisal of strategies for assessing social skill. *Behavioural Assessment*. 1, 157-176.
- Bellack, A.S. y Morrison, R.L. (1982). Interpersonal dysfunction. En Bellack, A.S., Hersen, M. y Kazdin, A.E. (comps.), (1982). *International handbook of behavioural modification and therapy*. New York: Plenum Press.
- Bethencourt Pérez, J.M. (1989). *Evaluación de habilidades interpersonales en adultos*. Tesis Doctoral. Universidad de La Laguna.
- Bethencourt Pérez, J.M. (1996). *Modificaciones realizadas de diferentes pruebas para la investigación* (NO PUBLICADAS). Universidad de La Laguna.
- Bethencourt Pérez, J.M. (1997). El pensamiento planificador medios-fines. Una investigación sobre la validez de un test para medirlo. *Revista Latinoamericana de Psicología*. 29, (2), 321-339.
- Bisquerra, R. (2000). *Educación emocional y bienestar*. Barcelona: Praxis.
- Bisquerra, R. (2003). Educación emocional y competencias básicas para la vida. *Revista de Investigación Educativa (RIE)*, 21(1), 7-43.
- Blaney, P.H. (1981). Cognitive and behavioural therapies for depression: A review of their effectiveness. In L.P. Rehm, (Eds.), *Behaviour therapy for depression: Presents status and future directions* (pp.1-32). New York: Academic Press.
- Botvin, G. (1995). Entrenamiento en habilidades para la vida y prevención del consumo de drogas en adolescentes: consideraciones teóricas y hallazgos empíricos. *Psicología Conductual*, 3, 333-356.
- Botvin, G.J. (2000). Preventing drug abuse in schools: Social and competence enhancement approaches targeting individual level etiological factors. *Addictive Behaviors*, 25, 887-897.
- Botvin, G.J., Baker, E., Dusenbury, L., Tortu, S.Y., Botvin, E.M. (1990). Preventing adolescent drug abuse through a multimodal cognitive-behavioral approach: Results of a three-year study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 437-446.
- Botvin, G.J. y Botvin, E.M. (1994). Estrategias de Prevención, hallazgos empíricos y temas de valoración. En J.A. García-Rodríguez y J. Ruiz. *Tratado sobre prevención de las drogodependencias*, (pp 17-40). Madrid: FAD.
- Botvin, G. J., Botvin, E. y Ruchlin, H. (1994). *School-based approaches to drug Abuse prevention: evidence for Effectiveness and suggestions for Determining cost-effectiveness*. (última consulta 2008). http://www.nida.nih.gov/pdf/monographs/monograph176/059-082_botvin.pdf
- Botvin, G.J., Griffin, K.W. (2002). Life skills training as a primary prevention approach for adolescent drug abuse and other problem behaviours. *International Journal Emergency Mental Health*, 4, 41-47.

- Branden, N. (1995). *Los seis pilares de la autoestima*. Barcelona: Paidós.
- Brownell, K.D., Marlatt, G.A., Lichtenstein, E. y Wilson, G.T. (1986). Understanding and preventing relapse. *American Psychologist*, 41, 765-782.
- Burchard, J. y Burchard, S. (1987). *Prevention of Delinquent Behaviour*. Newbury Park: Sage Pubns.
- Caballo, V. (1986). Evaluación de las habilidades sociales. En R. Fernández-Ballesteros y J.A. Carrobbles (comps.). *Evaluación Conductual*. Madrid: Pirámide.
- Caballo, V.E. (1987). *Evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales: una estrategia multimodal*. Madrid: Universidad Autónoma.
- Caballo, V.E. (1988). *Teoría, evaluación y Entrenamiento en Habilidades Sociales*. Valencia: Promolibro.
- Caballo, V.E. (1991). El entrenamiento en habilidades sociales. En Caballo, V.E. (comp.), *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. Madrid: Siglo XXI de Editores de España, S.A.
- Caballo, V.E. (1993). *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. En Caballo, V.E. (comp.) Madrid: Siglo XXI de Editores de España, SA.
- Caballo, V.E. (1995). *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. Madrid: Siglo XXI de Editores de España, S.A. 3ª Ed.
- Caballo, V.E. (2000). *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades Sociales*. (1ª edición 1993). Madrid: Siglo XXI.
- Caballo, V.E., (2002). *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales* (5ª edición). Madrid. Siglo XXI.
- Caballo, V.E. (2006). *Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos. Trastornos de la edad adulta e informes psicológicos*. Madrid: Pirámide.
- Caballo, V.E. y Buela, G. (1989). Diferencias conductuales, cognoscitivas y emocionales entre sujetos de alta y baja habilidad social. *Revista de Análisis del Comportamiento*, 4, 1-19.
- Camp, B.W. y Bash, M.A.S. (1998). *Piensa en voz alta. Habilidades cognitivas y sociales en la infancia*. Valencia: Promolibro. (Original 1981).
- Campbell, A.; Converse, P.E.; y Rodgers, W.L. (1976). *The quality of American life: Perceptions, evaluations and satisfactions*. New York: Russell Sage Foundation.
- Caplan, G. (ed.) (1964). *Principles of Preventive Psychiatry*. New York: Basic Books.
- Caprara, G.V., Barbaranelli, C. y Borgogni (1993). *Big five Questionnaire*. Florencia: Organización speciali. (trad. cast. Bértudez y cols. Madrid; TEA, (1995).
- Carroll, K.M., Nich, C. y Rounsaville, B.J. (2007). Variabilidad en los abusadores de cocaína que buscan tratamiento: implicaciones para las pruebas clínicas de farmacoterapia. (última consulta 2008). <http://www.cij.gob.mx/Paginas/MenuIzquierdo/Servicios/Libros/Pdf/Publicaciones/Desarrollo/Variabilidad.pdf>
- Carroll, K.M., Rounsaville, B. and Keller, D., (1991). Relapse prevention strategies for the treatment of cocaine abuse. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*; 17(3), 249-265.
- Carroll, K.M., Rounsaville, B.J., Gawin, F.H. (1991). A comparative trial of psychotherapies for ambulatory cocaine abusers: relapse prevention and interpersonal psychotherapy. *American Journal Drug Alcohol Abuse*, 17, 229-247.
- Carroll, K.M., Rounsaville, B.J., Gordon, L.T., Nich, C., Jatlow, P.M., Bisighini, R.M. y Gawin, F.H. (1994). Psychotherapy and pharmacotherapy for cocaine abusers. *Archives of General Psychiatry*, 51, 177-187.
- Casas, M. y Gossop, M. (1993). *Tratamientos psicológicos en drogodependencias. Recaída y prevención de recaídas*. Barcelona: Neurociencias, Citran.
- Catalano, R.F., and Hawkins, J.D. (1996). The social development model: A theory of antisocial behaviour. In J.D. Hawkins (edited). *Delinquency and Crime: Current Theories*. (pp. 149-197). New York, NY: Cambridge University Press.
- Chambless, D.L., Baker, M.J., Baucom, D.H., Beutle, L.E., Calhoun, K.S. y Crits-Christoph, P. (1998). Update on empirically validated therapies, II. *The Clinical Psychologist*, 51, 3-16.
- Chambless, D.L. y Ollendick, T.H., (2001). Empirically Supported Psychological Interventions: Controversies and Evidence. *Annual Review of Psychology*; 52, 685-716.
- Chaney, E.F., O'Leary, M.R. y Marlatt, G.A. (1978). Skill training with alcoholics. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46, 1092-1104.
- Chaney, E.F., Roszell, D.K. y Cummings, C. (1982). Relapse in opiate addicts a behavioural analysis. *Addictive Behaviors*, 7, 291-297.
- Charro Baena, B. y Martínez Díaz, M.P. (1995). *Dinámica personal y familiar de los toxicómanos*. Madrid: Publicaciones de la Universidad Pontificia de Comillas, Serie 1, Estudios 57.
- Cole, P.M. y Kazdin, A.E. (1980). Critical issues in self-instruction training with children. *Child Behaviour Therapy*, 2, 1-23.
- Combs, M.L. y Slaby, D.A. (1977). Social skills training with children. En Lahey, B.B. y Kazdin, A.E. (Eds.), *Advances in clinical child psychology*. New York. Plenum Press.
- Costa, F.M., Jessor, R. y Turbin, M.S. (1999). Transition into adolescent problem drinking: The role of psy-

- chosocial risk and protective factors. *Journal of Studies on Alcohol*, 60, 480-490.
- Cowen, E., Pederson, A., Babigian, H., Izzo, L. y Trost, M. (1973). Long-term follow-up of early detected vulnerable children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 41, 438-446.
 - Curran, J.P. (1985). Social skills therapy: A model and a treatment, en R.M. Turner y L.M. Ascher (Eds), *Evaluating behaviour therapy outcome*. (pp. 122-145). Nueva York: Springer.
 - D. Elio, M.A., O. Brien, R.W., Iannotti, R.J., Bush, P.J. y Galper, D.I. (1996). Early adolescents substance use and life stress: Concurrent and prospective relationships. *Substance Use and Misuse*, 31, 873-894.
 - Davidson, W.S. y Robinson, M. (1987). Psicología comunitaria y modificación de conducta: un programa comunitario para la prevención de la delincuencia. (pp. 107-122). En V. Garrido Genovés y M.B. Vidal del Cerro, (1987), *Lecturas de pedagogía correccional*. Valencia: NAU Llibres.
 - Davis, M., McKay, M. y Eshelman, E.R. (1985). *Técnicas de Autocontrol Emocional*. Barcelona: Martínez Roca.
 - De Bono, E. (1994). *El pensamiento creativo. El poder del pensamiento lateral para la creación de nuevas ideas*. Barcelona: Paidós.
 - De Bono, E. (1983). *The Cognitive Research Trust (CoRT). Thinking program*. Philadelphia. Franklin Institute Press. Manual traducido y adaptado por V. Garrido y J.R. Sanchís, (1987). Universidad de Valencia. Revisada en segunda edición por M. Segura, (1991). Universidad de La Laguna.
 - De Bono, E. (1991). *Aprender a pensar*. Barcelona: Plaza y Janés.
 - De Bono, E. (1991). *El pensamiento práctico*. Barcelona: Paidós Empresa.
 - De Bono, E. (1992). *Seis pares de zapatos para la acción. Una solución para cada problema y un enfoque para cada solución*. Barcelona: Paidós.
 - De Bono, E. (1998). *Seis Sombreros para pensar*. Barcelona: Círculo de Lectores. (Original, 1985, *Six thinking hats*. London: Mica Management Resources Inc.).
 - De Miguel, A. (1990). Habilidades interpersonales en la tercera edad: un programa de entrenamiento cognitivo. *Psicologemas*, 4, 127-145.
 - De Miguel, A. (1999). Eficacia diferencial de dos programas de entrenamiento cognitivo para ancianos. *Análisis y Modificación de Conducta*, 100, 275-302.
 - De Miguel, A. (2002). Inerpersonal skills, intelligence and personality in Older people. *International Journal of Psychology and Psychology Therapy*, 2 (2), 147-171. (Documento electrónico, última consulta, 2008). <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/560/56020203.pdf>
 - Del Río, M. (2000). *La evaluación*. En Grupo Igia y colaboradores, *Contextos, sujetos y drogas: un manual sobre drogodependencias* (pag. 389). Madrid: FAD.
 - Díaz-Aguado, M.J. (1996) La prevención de la violencia. *Temas para el Debate, Monográfico sobre Violencia y Sociedad*, 14, 41-43.
 - Díaz-Aguado, M.J. (1996). Piaget y el desarrollo cívico y moral. *Psicología Educativa, Especial Monográfico Piaget y la Psicología*, 2, 189-199.
 - Díaz-Aguado, M.J. (1997). El desarrollo del razonamiento moral. En: *Psicología Evolutiva II*. (pp. 116-144). Madrid: UNED. Edición actualizada del artículo sobre el mismo tema publicado en 1990.
 - Díaz-Aguado, M.J. (1997). Prevención de conductas de riesgo en adolescentes. Dossier. *Revista Proyecto Hombre*, 24, 1-12.
 - Díaz-Aguado, M.J. (2001). El origen de la integración y la tolerancia en la educación infantil. *Revista Infancia*, 68, 33-35.
 - Díaz-Aguado, M.J. (2002). *Convivencia escolar y prevención de la violencia*. Página Web, Ministerio de Educación, Cultura y Deporte, Centro Nacional de Información y Comunicación Educativa. http://www.cnice.mecd.es/recursos2/convivencia_escolar/
 - Díaz-Aguado, M.J. (2003). Diez condiciones básicas para prevenir la violencia desde la adolescencia. *Revista de Estudios de Juventud*, 62, 21-36.
 - Díaz-Aguado, M.J. (2004). La violencia en la escuela. En: Sanmartín, J. (Coord.), *El laberinto de la violencia. Causas, tipos y efectos*. Barcelona: Ariel.
 - Díaz-Aguado, M.J. (2005). La violencia entre iguales en la adolescencia y su prevención desde la escuela. *Psicothema*, 17(4), 549-558.
 - Dickson, D.; Hargie, O. y Morrow, N. (1997). Citado en Torbay, A., Muñoz de Bustillo Díaz, M.C. y Hernández Jorge, C.M. (2001). Los estudiantes universitarios de carreras asistenciales: Qué habilidades interpersonales dominan y cuáles creen necesarias para su futuro profesional. *Aula Abierta*, 78, 1-18.
 - DiClemente, C.C. (1991). Motivational interviewing and stages of change. En: W.R. Miller y S. Rollnick (1991). *Motivational interviewin*. New York: The Guilford Press.
 - DiClemente, C.C y Prochaska, J.O. (1998). Toward a comprehensive, transtheoretical model of change. In Miller y Heather (eds.). *Treating Addictive Behaviours*, 2nd ed. (pp. 3-24). New York: Plenum Press.
 - DiClemente, C.C. y Scott, C.W. (1997). Stages of change: Interaction with treatment compliance and involvement. In: Onken, L.S., Blaine, J.D., and Boren, J.J., (eds.), *Beyond the Therapeutic Alliance: Keeping the Drug-Dependent Individual in Treatment*. NIDA

- Research Monograph No. 165. Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse, 131.
- Diez, P., González Martínez, G., Fons Brines, M.R., Forcada Chapa, R. y Zamorano García, C. (2001). Estadios y procesos de cambio en drogodependientes en tratamiento ambulatorio. *Adicciones*, 13(2), 147-152.
 - Donovan, J.E. y Jessor, R. (1983). Problem drinking and the dimension of involvement with drugs: a Guttman scalogram analysis of adolescent drug use. *American Journal of Public Health*, 73(5), 543-552.
 - Dowd, E.T., Lawson, G.W. y Petosa, R. (1986). Attributional styles of alcoholics. *The International Journal of the Addictions*, 21, 589-593.
 - DSM-IV-TR, (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Cuarta edición. Texto Revisado. Asociación Psiquiátrica Americana: DSM- IV-TR. Barcelona: Masson.
 - Duck, S. (1989). Socially competent communication and relationship development. En B.H. Schneider, G. Attili, J. Nadel y R.P. Weisberg (eds.). *Social competence in developmental perspective* (pp. 91-106). Dordrecht: Kluwer Academic Publishers.
 - Dweck, C.S. (1975). The role of expectations and attributions in the alleviation of learned helplessness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 31, 674-685.
 - D'Zurilla, T.J. y Goldfried, M.R. (1971). Problem solving and behavior modification. *Journal of Abnormal Psychology*, 78, 107-126.
 - D'Zurilla, T.J. (1986). *Problem-Solving Therapy. A Social Competence Approach to Clinical Interventions*. Nueva York: Springer.
 - Echeburúa, E. (1994). *Evaluación y tratamiento de los trastornos adictivos*. Madrid: Fundación Empresa.
 - Echeburúa, E. (1999). *¿Adicciones sin drogas? Las nuevas adicciones: juego, sexo, comida, compras, trabajo, Internet*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
 - Echeburúa Odriozola, E. y Corral Gargallo, P. (1986). Predicción de las recaídas en las conductas adictivas: Estrategias de intervención. *Drogalcohol*, XI (1), 16-24.
 - Echeburúa, E. y Elizondo, M. (1988). Estilo atribucional y locus de control en una muestra de alcohólicos anónimos. *Revista Vasca de Psicología*, 1, 71-78.
 - Eisler, R.M., Frederiksen, L.W. y Peterson, G.L. (1978). The relationship of cognitive variables to the expression of assertiveness. *Behavior Therapy*, 9, 419-427.
 - Ellis, R. y Whittington, D. (1981). *A guide to social skill training*. London. Croom Helm.
 - Elzo, J. (1989). Apuntes sociológicos para comprender y trabajar las diferentes formas de consumo de drogas en jóvenes de Euskadi. Vitoria: Gobierno Vasco.
 - Elzo, J., Lidón, J.M. y Urquijo, M.L. (1992). *Delincuencia y drogas. Análisis jurídico y sociológico de sentencias emitidas en las audiencias provinciales y juzgados de la Comunidad Autónoma Vasca*. Vitoria: Gobierno Vasco.
 - Espada, J.P., Méndez, X., Griffin, K.W. y Botvin, G.J. (2003). Adolescencia: Consumo de alcohol y otras drogas. *Papeles del Psicólogo*, 84, (Documento electrónico, última consulta 2007) <http://www.papelesdelpsicologo.es/vernumero.asp?ID=1051>
 - Espinoza, M. (1986). *Evaluación de proyectos sociales*. Buenos Aires. Humanitas.
 - Fabes, R., Eisenberg, N., Jones, S., Smith, M., Guthrie, I., Poulin, R., Shepard, S. y Friedman, J. (1999). Regulation, emotionality, and preschoolers' socially competent peer. *Child Development*, 70 (2), 432-442.
 - Falcó, M. (1992). Citada en Mesa, J.R. (2008). *Resultados del Programa "ser persona y relacionarse"*. Tesis Doctoral. Universidad de La Laguna.
 - Farrington, D. (1992). Implicaciones de la investigación sobre carreras delictivas para la prevención de la delincuencia. En V. Garrido y J. Montoro, (dir.). *La reeducación del delincuente juvenil. Los programas de éxito*. Tirant lo Blanch, Valencia, 127-154.
 - Félix-Ortiz, M. y Newcomb, M.D. (1999). Vulnerability for drug use among Latino adolescents. *Journal of Community Psychology* 27(3), 257-280.
 - Fensterheim, H. y Baer, J. (1979). *No digas Sí cuando quieres decir NO*. México: Grijalbo. (Original. Don't Say Yes When You Want to Say No. New York: McKay, 1976).
 - Fernández Ballesteros, R. (1995). Cuestiones Conceptuales Básicas en Evaluación de Programas. En R. Fernández Ballesteros (Ed.), *Evaluación de Programas. Una Guía Práctica en Ámbitos Sociales, Educativos y de Salud*. Madrid: Editorial Síntesis S.A.
 - Fernández Ballesteros, R. (1995). *Introducción a la Evaluación Psicológica II*. Madrid: Ed. Pirámide.
 - Fernández Ballesteros, R. y Carrobbles, J.A. (1987). *Evaluación Conductual*. Madrid: Pirámide. 3ª Ed.
 - Fernández Hermida, J.R. y Secades Villa, R. (1999). La evaluación de programas de tratamiento para drogodependientes en España. *Psicothema*, 11 (2), 279-291.
 - Fernández Hermida, J.R. y Secades Villa, R. (2000). La evaluación de los programas de tratamiento en drogodependencias. Implicaciones profesionales para los psicólogos. *Papeles del Psicólogo*, 77, 46-57.
 - Fernández Miranda, J.J. [Coordinador] (2007). *Opiáceos. Guía Clínica basada en la evidencia científica*. Madrid: Socidrogalcohol. PNSD. (Documento electrónico, última consulta 2008). <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/otras.htm>.

- Fernández del Valle, J. y Fuertes, J. (2000). *El acogimiento residencial en la protección a la infancia*. Madrid: Pirámide.
- Fittgs y Posner, (1967). Citados en Fernández Ballesteros, R. y Carrobes, J.A. (1987), *Evaluación conductual*. Madrid: Pirámide (3ª Edición).
- Foy, D.W. (1976). Social Skills training to teach alcoholics to refuse drinks effectively. *Journal of studies on Alcohol*, 37, 1340-1345.
- Garaigordobil, M. (1995). Evaluación de una intervención psicológica en indicadores del desarrollo moral. *Boletín de Psicología*, 49, 69-86.
- Garaigordobil, M. (2000). *Intervención psicológica con adolescentes. Un programa para el desarrollo de la personalidad y la educación en derechos humanos durante la adolescencia*. Madrid: Pirámide.
- Garaigordobil, M. (2005). *Diseño y evaluación de un programa de intervención socioemocional para promover la conducta prosocial y prevenir la violencia*. Madrid: Centro de Publicaciones del Ministerio de Educación y Ciencia. CIDE. Centro de Investigación y Documentación Educativa. Colección Premios Nacionales de Investigación Educativa nº 160 (Primer Premio Nacional de Investigación Educativa 2003).
- Garaigordobil, M. (2005). Prosocial and creative play: Effects of a program on the verbal and non-verbal intelligence of children aged 10-11 years. *International Journal of Psychology*, 40 (3), 176-188.
- Garaigordobil, M. y García de Galdeano, P. (2006). Empatía en niños de 10 a 12 años. *Psicothema*, 18 (2), 180-186. (Última consulta, 2008). http://www.sc.ehu.es/ptwgalam/art_completo/psicotema%20empatia.pdf
- García-Medina, P. (1992). *Actitudes padres-hijos ante el consumo de drogas: Evaluación, Intervención y Cambio* (Informe). Gobierno de Canarias: Consejería de Sanidad y Consumo.
- García-Medina, P. y Armas-Vargas, E. (1999). *El consumo de tabaco y otras drogas: Salud, índice de comunicación y normas parentales*. Las Palmas de Gran Canaria (Islas Canarias, España): Comunicación presentada en la 2ª Conferencia Europea y 1ª Iberoamericana de Tabaco o Salud.
- García-Medina, P., Ramos, C. y Figueroa, J.A. (1990). *Alcohol y Drogas: Predeterminantes del consumo* (Informe). Gobierno de Canarias: Consejería de Educación.
- Gardner, H. (1995). *Inteligencias múltiples. La teoría en la práctica*. Barcelona. Paidós. (Original, 1993. Multiple intelligences: The theory in practice. New York: Basic Books.)
- Gardner, H. (2001). *La inteligencia reformulada. Las inteligencias múltiples en el siglo XXI*. Barcelona: Paidós.
- Garrett, C.J. (1985). Effects of residential treatment on adjudicated delinquents: A meta-analysis. *Journal of Research in Crime and Delinquency*, 22, 287-308.
- Garrido Genovés, V. (1987). Tratamiento de los delincuentes en la comunidad. (pp. 193-204). En J. Pérez Sánchez (Coordinador), *Bases Psicológicas de la delincuencia y la conducta antisocial*. Barcelona: PPU.
- Garrido Genovés, V. (1989). *Delincuencia juvenil*. Madrid: Alhambra.
- Garrido Genovés, V. (1989). *Pedagogía de la delincuencia juvenil*. Barcelona: CEAC.
- Garrido Genovés, V. (1990). El Modelo Cognitivo en la prevención y tratamiento de la delincuencia. Aplicaciones en delincuentes españoles. *Delincuencia*, 1(2), 235-248.
- Garrido Genovés, V. (1993). *Técnicas de tratamiento para delincuentes*. Madrid: Centro de Estudios Ramón Areces.
- Garrido Genovés, V. y Vidal del Cerro, M.B. (1987). *Lecturas de pedagogía correccional*. Valencia: Ed. NAU Llibres.
- Garrido, V y Gómez, A. (1997). *El pensamiento prosocial. Una guía introductoria*. Valencia: Cristóbal Serrano.
- Garrido, V. y López-Latorre, M.J. (1995). *La Prevención de la delincuencia. Un enfoque de la competencia social*. Valencia: Tirant Lo Blanch.
- Garrido, V. y Martínez, M.D. (Editores) (1998). *Educación social para delincuentes*. Valencia: Tirant Lo Blanch.
- Garrido, V.J. y Montoro, L.V. (dir.), (1992). *La reeducación del delincuente juvenil. Los programas de éxito*. Valencia: Tirant Lo Blanch.
- Garrido, V., Redondo, S. y Stangeland, P. (1999). *Principios de criminología*. Valencia: Tirant Lo Blanch.
- Gendreau, P. and Ross, R.R. (1979). Effective correctional treatment: Bibliotherapy for cynics. *Crime and Delinquency*, 25(4), 463-489.
- Getter, H. y Nowinski, J.K. (1981). A free response test of interpersonal effectiveness. *Journal of Personality Assessment*, 45, 301-308.
- Gil, F. (1980). Entrenamiento en habilidades sociales: el procedimiento eficacia personal de Liberman. *Revista Psicología General y Aplicaciones*, 35, 969-983.
- Gil, F. (1984). Entrenamientos en habilidades sociales. En J. Mayor y F.J. Labrador (Eds.), *Modificación de conducta*, (pp. 399-429). Madrid: Alhambra.
- Gil, F. (1993). Entrenamiento en Habilidades Sociales. En Vallejo, M.A. y Ruiz, M. (Eds.). *Manual Práctico*

- de *Modificación de Conducta*. Madrid: Fundación Universidad Empresa.
- Gil, F. y León, J.M. (1998). *Habilidades Sociales. Teoría, investigación e intervención*. Madrid: Síntesis.
 - Gil, F., León, J.M. y Jarana, L. (Coord.) (1995). *Habilidades sociales y salud*. Madrid: Pirámide.
 - Goldfried, M.R. y D Zurilla, T.J. (1969). A behavioral-analytic model for assessing competence. En C.D. Spielberger (comp.), *Current topics in clinical and community psychology*, vol. 1. New York: Academic Press.
 - Goldstein, A.P. (1974). *Structured Learning Therapy: Toward a psychotherapy for the poor*. New York: Academic Press.
 - Goldstein, A.P. (1981). *Psychological skill training*. Nueva York: Pergamon Press.
 - Goldstein, J.L. y Caton, C.L. (1983). The effects of the community environment on chronic psychiatric patients. *Psychological Medicine*, 13(1), 193-199.
 - Goldstein, A.P. y Goedhart, A.W. (1973). The use of structures learning for empathy enhancement in paraprofessional psychotherapist training. *Journal of community Psychology*, 1, 169-173.
 - Goldstein, A.P., Martens, J., Hubben, J., Belle, H.A., Schaaf, W., Wiersma, H. y Goedhart, A. (1973). The use of modeling to increase independent behaviours. *Behaviour Research and Therapy*, 11, 31-42.
 - Goldstein, A.P., Martens, J., Hubben, J., Belle, H.A., Schaaf, W., Wiersma, H. y Goedhart, A. (1973). The use of modeling to increase independent behaviours. *Behaviour Research and Therapy*, 11, 31-42.
 - Goldstein, A.P., Sherman, M., Gershaw, N.J., Spafkin, R. y Glick, B. (1978). Training aggressive adolescents in prosocial behaviour. *Journal of Youth and Adolescence*, 7, 73-92.
 - Goldstein, A.P., Spafkin, R. y Gershaw, N.J. (1975). Structured Learning Therapy: Skill Training for schizophrenics. *Schizophrenia Bulletin*, 14, 83-88.
 - Goldstein, A.P.; Spafkin, R.; Gershaw, N.J., Klein, P. (1989). *Habilidades sociales y autocontrol en la adolescencia. Un programa de enseñanza*. Barcelona: Ed. Martínez Roca.
 - Goleman, D. (1996). *La inteligencia emocional*. Barcelona: Ed. Kairós.
 - Goleman, D. (1997). *El punto ciego. Psicología del autoengaño*. Barcelona: Plaza y Janés.
 - Goleman, D. (2006). *Inteligencia social*. Barcelona: Kairós SA.
 - González-Leandro, P. y Pelechano, V. (1996). Programa Integrado de Entrenamiento en Habilidades Interpersonales en el Ciclo Medio. En V. Pelechano (Dir.), *Habilidades Interpersonales. Teoría Mínima y Programas de Intervención. Vol. II*. Valencia: Promolibro.
 - González-Saiz, F.M., Salvador, L., Martínez, J.M., López, A., Ruz, I. y Guerra, D. (1997). *Indicador del Tratamiento de la Adicción a Opiáceos*. Cádiz: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Cádiz.
 - Graña Gómez, J.L. (dir.) (1994). *Conductas adictivas: Teoría, Evaluación y Tratamiento*. Madrid: Debate.
 - Graña Gómez, J.L. (2001). Evaluación de las drogodependencias. Documento presentado como Ponencia en el 1^{er} Simposium Canario sobre Adicciones celebrado en Tenerife.
 - Graña Gómez, J.L. y Carrobes, J.A. (1991). Condicionamiento clásico en la adicción. *Psicothema*, 3 (1), 87-96.
 - Graña, J.L. y García, A. (1994). Teorías explicativas de las drogodependencias. En J.L. Graña (Dir.), *Conductas adictivas. Teoría, evaluación y tratamiento*. (pp. 47-95). Madrid: Debate.
 - Graña, J.L., Muñoz, J.M. y Delgado, S. (2000). *Investigación sobre el consumo de drogas en adolescentes de Majadahonda: factores de riesgo y protección*. Majadahonda/Madrid: Ayuntamiento de Majadahonda/Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid.
 - Graña, J.L. y Muñoz-Rivas, M. (2000). Factores psicológicos de riesgo y de protección para el consumo de drogas en adolescentes. *Psicología Conductual*, 8(2), 249-269.
 - Graña, J.L., Muñoz-Rivas, M., Andreu, J.M. y Peña, M.E. (2000). Variables psicológicas relacionadas con el consumo de drogas en adolescentes: depresión y autoconcepto. *Revista de Drogodependencia*, 25(1), 170-181.
 - Graña, J.L. y Muñoz-Rivas, M.J. (2000). Factores de riesgo relacionados con la influencia del grupo de iguales para el consumo de drogas en adolescentes. *Psicología Conductual*, 8(19), 19-32.
 - Gresham, F.M. y Nagle, R.J. (1980). Social skills training with children: Responsiveness to modeling and coaching as orientation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 48, 718-729.
 - Gustafson, R. y Kalmén, H. (1996). Alcohol and the disinhibition of social assertive behaviours. *European Addiction Research*, 2, 73-77.
 - Hammersley, R., Lavelle, T.L. y Forsyth, A.J.M. (2008). Consumo de drogas en adolescentes, salud y personalidad. *Behavioural Sciences Group, University of Glasgow, Glasgow G 12 8QQ, Scotland (UK)*. RET. <http://www.cat-barcelona.com/ret/pdfret/RET04-2.pdf>
 - Hartup, W.W. y Moore, S.G. (1990). Early peer relations. Developmental significance and prognostic implications. *Early Childhood Research Quarterly*, 5(1), 1-18.
 - Haryou-ACT (1964). *Youth in the Ghetto*. New York: Harlem Youth Opportunities, Unlimited, Inc.

- Hawkins, J.D., Catalano R F y Miller, J.Y. (1992). Risk and Protective Factors for Alcohol and Other Drug Problems in Adolescence and Early Adulthood: Implications for Substance Abuse Prevention. *Psychological Bulletin*, 112(1), 64-105.
- Hays, R.D. y Ellickon, P.L. (1990). How generalizable are adolescents beliefs about pro-drug pressures and resistance self-efficacy? *Journal of Applied Social Psychology*, 20, 321-340.
- Hersen, M. y Bellack, A. (1976): Assessment of social skills, en A. Ciminero, K. Carlhoun y H. Adams (eds.), *Handbook of behavioural assessment*. New York: Wiley.
- Hester, R.K. y Miller, W.R. (Eds.) (1995). *Handbook of alcoholism treatment Approaches: Effective alternatives*. 2nd. Edition. Boston: Allyn and Bacon.
- Holloway, K.R., Bennett, T.H. and Farrington, D.P. (2006). The effectiveness of drug treatment programs in reducing criminal behaviour: a meta-analysis. *Psicothema*, 18(3), 620-629.
- Horn, D. (1976). A model for the study of personal choice health behaviour. *International Journal of Addictions*, 19, 89-98.
http://www.obrasocialcajamadrid.es/Ficheros/CMA/ficheros/OSSoli_JovenesValores06.PDF
- Hubbard, R.L., Craddock, S.G., Flynn, P.M., Anderson, J. and Etheridge, R.M. (1998). Overview of 1-year follow-up outcomes in the Drug Abuse Treatment Outcome Study (DATOS). *Psychology of Addictive Behaviors* 11(4), 291-298.
- Huber, A., Ling, W., Shoptaw, S., Gulati, V., Brethen, P. and Rawson, R. (1997). Integrating treatments for metham-phetamine abuse: A psychosocial perspective. *Journal of Addictive Diseases* 16, 41-50.
- Hurrelmann, K. (1997). Prevención en la adolescencia. En G. Buela-Casal, L. Fernández-Ríos y T.J. Carrasco, *Psicología preventiva*. Madrid: Pirámide.
- Hyman, B.M. y Pedrick, C. (2003). *Obsessive-compulsive disorder*. Brookfield, CT: Millbrook Press.
- Inglés, C. (2003). *Programa PEHIA. Enseñanza de habilidades interpersonales para adolescentes*. Madrid: Pirámide
- Inglés, C.J., Delgado, B., Bautista, R., Torregrosa, M.S., Espada, J.P., García-Fernández, J.M., Hidalgo, M.D., García-López, L.J. (2007). Factores psicosociales relacionados con el consumo de alcohol y tabaco en adolescentes españoles. *International Journal of Clinical and Health Psychology, Asociación Española de Psicología Conductual (AEPC)*, 7(2), 403-420.(Documento electrónico, última consulta 2007).
<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/337/33770210.pdf>
- Iruarizaga, I., Gómez-Segura, J., Criado, T. , Zuazo, M. y Sastre, E. (1997). Reducción de la ansiedad a través del entrenamiento en habilidades sociales. *Revista Electrónica de Motivación y Emoción*, 2 (1). (Documento electrónico consultado por última vez 2007).
<http://reme.uji.es/articulos/airuai462031198/texto.html>
- Jack, L.M. (1934). *An experimental study of ascendant behaviour in preschool children*. Iowa City: University of Iowa Studies in Child Welfare.
- Jahoda, M. (1953). The meaning of psychological health. *Social casework*, 34, 349-354.
- Jahoda, M. (1958). *Current concepts of positive mental health*. New York: Basic Books.
- Jessor, R. (1976). Predicting time of onset of marijuana use: A developmental study of high school use. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 44, 125-134.
- Jessor, R. (1991). Risk behaviour in adolescence: A psychological framework for understanding and action. *Journal of Adolescent Health*, 12, 597-605.
- Jessor, R. (1992). Risk behaviour in adolescence: A psychosocial framework for understanding and action. En D. E. Rogers y E. Ginzburg (Eds.), *Adolescent at risk: Medical and social perspectives* (pp. 19-34). Boulder, CO: Westview Press.
- Jessor, R. (1993). Successful adolescent development among youth in high-risk setting. *American Psychologist*, 48, 117-126.
- Jessor, R. y Jessor, S. L. (1977). *Problem behavior and psychosocial development: A longitudinal study of youth*. New York: Academic Press.
- Jessor, R., Van Den Bos, J., Vanderryn, J., Costa, F. M. y Turbin, M.S. (1995). Protective factors in adolescent problem behaviour: Moderator effects and developmental change. *Developmental Psychology*, 31, 923-933.
- Jiménez, M. (1994). Competencia social: intervención preventiva en la escuela. *Infancia y Sociedad*, 24, 22-47.
- Jiménez, M. (2000). *Las relaciones interpersonales en la infancia. Sus problemas y soluciones*. Málaga: Aljibe.
- Joe, G.W., Simpson, D.D. y Broome, K.M. (1999). Retention and patient engagement models for different treatment modalities in DATOS. *Drug and Alcohol Dependence*, 57, 113-125.
- Kandel, D. y Yamaguchi, K. (1993). From beer to crack: developmental patterns of drug involvement. New York, Columbia University. *American Journal of Public Health*. 83(6), 851-855. Documento electrónico consultado septiembre 2007. <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1694748>
- Kandel, D.B. (1978). *Longitudinal research on drug use empirical findings and methodological issues*. New York: Hemisphere-Halsted.

- Kandel, D.B. y Jessor, R. (2002). The gateway hypothesis revisited. En D.B. Kandel (Ed.), *Stages and pathways of drug involvement. Examining the gateway hypothesis* (pp. 365-373). Cambridge: Cambridge University Press.
- Kandel, D. Yamaguchi, K. (1999). Developmental stages of involvement in substance use. En: P.J. Ott, R.E. Tarter y R.T. Ammerman (Eds.), *Sourcebook on substance abuse. Etiology, epidemiology, assessment, and treatment.* (pp.50-74). New York: AllynBacon.
- Kandel, D.B. (1975). Stages in adolescent involvement in drug use. *Science*, 190, 912-914.
- Katz, L.G. y McClellan, D.E. (1997). *Fostering children's social competence. The teacher's role.* Washington, DC.: National Association for the Education of Young Children.
- Kazdin, A. y Buela-Casal, G. (1994). *Conducta antisocial: Evaluación, tratamiento y prevención en la infancia y adolescencia.* Madrid: Pirámide.
- Kelly, J.A. (1987). *Entrenamiento en habilidades Sociales.* Bilbao: Desclee de Brower, S.A.
- Kendall, P. y Braswell, L. (1985). *Cognitive Behavioral Therapy for impulsive Children.* New York: Guilford Press.
- Kohlberg, L. (1976). Moral stages and moralization: the cognitive developmental approach. En Lickona, T. (Ed.), *Moral development and behaviour.* New York: Holt, Rinehart and Wiston.
- Kohlberg, L. (1981). *The philosophy of moral development.* San Francisco: Harper and Row.
- Kohlberg, L. (1982). Estadios morales y moralización. El Enfoque cognitivo. *Revista Infancia y Aprendizaje*, 18.
- Kohlberg, L. (1992). *Psicología del desarrollo moral.* Bilbao: Desclée Brouwer.
- Kohlberg, L.; Power, F.C. y Higgins, A. (1997). *La educación moral según Kohlberg.* Barcelona: Gedisa.
- Kohn, M. (1977). *Social Competence, symptoms and underachievement in childhood: Alongitudinal perspective.* Washington D.C.: Winston and Sons.
- Kramer, J.F. y Cameron, D.C. (1975). *Manual sobre dependencia de drogas.* Ginebra: OMS.
- Krasnor, L.R. y Rubin, K.H. (1981). The assessment of social problem solving skills in young children. En T.V. Merluzzi, C.R. Glass y M. Genest (Comps.), *Cognitive assessment*, (pp. 452-478). Nueva York: Guilford Press.
- Krasnor, L.R. y Rubin, K.H. (1983). Prechool social problem-solving in young children. *Child Development*, 54, 1545-1558.
- Labrador, F.J., Vallejo, M.A., Matellanes, M., Echeburúa, E., Bados, A. y Fernández-Montalvo, J. (2003). La eficacia de los tratamientos psicológicos. Documento de la Sociedad Española para el avance de la Psicología Clínica y de la Salud. *Siglo XXI.* Noviembre de 2002. *INFOCOP*. 17, 25-30. (Última consulta 2008). <http://www.cop.es/infocop/vernumero.asp?id=1062>
- Labrador, F.J., Cruzado, J.A. y Muñoz, M. (comps.) (1993). *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta.* Madrid: Pirámide.
- Labrador, F.J., Echeburúa, E. y Becoña, E. (2000). *Guía para la elección de tratamientos psicológicos efectivos. Hacia una nueva psicología clínica.* Madrid: Dykinson.
- Ladouceur, Bruchard y Granger, (1987). *Principios y Aplicaciones de las Terapias de la Conducta.* Madrid: Debate.
- Lazarus, A.A. (1966). Behavior rehearsal vs. Nondirective therapy vs. Advine in affecting behaviour change. *Behaviour Research and Therapy*, 4, 209-212.
- Lazarus, A.A. (1968). Learning theory and the treatment of depression. *Behaviour Research and Therapy*, 6, 83-89.
- Lazarus, A.A. (1973). On assertive behavior: A brief note. *Behavior Therapy*, 4, 697-699.
- Lazarus, A.A. (1981). *Multimodal therapy.* Nueva York: McGraw-Hill.
- Lazarus, R.S. (1966). *Psychological Stress and the Coping Process.* New York: McGraw-Hill.
- Lazarus, R.S. y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos.* Barcelona: Martínez- Roca.
- Lega, L., Caballo, V., Ellis, A. (1997). *Teoría y Práctica de la Terapia Racional Emotiva Conductual.* Madrid: Siglo XXI de España Editores.
- Libert, J.M. y Lewinson, P.M. (1973). Concepts of social skill with special referente to the behaviour of depressed persons. *Journal of Counseling and Clinical Psychology*. 40, 304-312.
- Linehan, M.M. (1984). Interpersonal effectiveness in assertive situation. En E.A. Bleechman (comps), *Behavior Modification with women.* New York: Guilford Press.
- Lobo, A., Pérez-Echevarría, M.J. y Artal, J. (1986). Validity of the scaled version of the General Health Questionnaire (GHQ-28) in a Spanish population. *Psychological Medicine*, 16, 135-140.
- López, M.J., Garrido, V. y Ross, R. (2001). *El programa del pensamiento prosocial: avances recientes.* Valencia: Tirant lo Blanch.
- López, M.J., Garrido, V., Rodríguez, F.J. y Paíno, S.G. (2002). Jóvenes y competencia social: un programa de intervención. *Monográfico Psicothema Psicología de la Violencia*, 14, 155-163.

- López-Torrecillas F., Martín I., de la Fuente I. y Godoy, J.F. (2000). Estilo atribucional, autocontrol y asertividad como predictores de la severidad del consumo de drogas. *Psicothema*, 12, 331-334. <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/727/72797077.pdf> (Documento electrónico, última consulta 2008).
- López Torrecillas, F., Bulas, M., Arroyo, R. (2005). Influencia del apoyo familiar en la autoeficacia de los drogodependientes. *Adicciones: Revista de Sociodrogalcohol*, 17(3), 241-251.
- López-Torrecillas, F., Peralta, I., Muñoz-Rivas, M.J. y Godoy, J.F. (2003). Autocontrol y consumo de Drogas. *Revista Adicciones, Versión on Line*, 15,(2),127-136. (Última consulta 2007). <http://www.adicciones.es/files/03Autocontrol%20y%20Oconsumo.pdf>
- López-Torrecillas, F., Verdejo, A., Muñoz-Rivas, M.J., Caballo, V. y Graña, J.L. (2005). Variables de personalidad que motivan hacia el tratamiento. *Adicciones*, 17, 315-324.
- Lorenzo, P., Ladero, J.M., Leza, J.C. y Lizasoain, I. (1998). *Drogodependencias. Farmacología. Patología. Psicología. Legislación*. Barcelona: Panamericana.
- Lowe, M. y Cautela, J.R. (1978). A self-report measure of social skill. *Behavior Therapy*, 9(4), 535-544.
- Luborsky, (1984) y Luborsky, L. (1984). *Principles of psychoanalytic psychotherapy. A manual for supportive-expressive (SE)*. New York: Basic Books.
- Luengo, M.A., Gómez-Fraguela, J.A, Romero, E. y Villar, P. (2004). Análisis de factores de prevención de recaídas y evaluación de los tratamientos de drogodependencias. [Relapse prevention and assessment of drug-abuse treatments]. *Revista de Asociación de Proyecto Hombre*, 40, 13-16.
- Luengo, M.A., Romero, E., Gomez-Fraguela, J.A., Montero, N y Gonzalez-Lopez M. (2001) La recaída a examen: Un estudio en altas terapéuticas de Proyecto Hombre-Galicia. *Revista de Asociación de Proyecto Hombre*, 37, 5-13.
- Maciá, D. (2000). *Las drogas: conocer y educar para prevenir*. (6ª Ed.).Madrid: Pirámide (Colección Ojos Solares).
- Madden, J.D. (1981). *Alcoholismo y Fármaco-dependencia*. México:Manual Moderno.
- Marlatt, G.A. (1978). Behavioural assessment of social drinking and alcoholics. En G.A. Marlatt y P.E. Nathan (eds.), *Behavioral approaches to alcoholism*. New Brunswick: Rutgers Center of Alcohol Studies.
- Marlatt, G.A. (1985). Relapse Prevention: Theoretical rationale and overview model. En Marlatt y Gordon (eds), *Relapse Prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors* (pp. 93-116). New York: Guildorf Press.
- Marlatt, G. (1998). *Reducción del daño: Principios y estrategias básicas*. Encuentro Nacional sobre Drogodependencias y su Enfoque Comunitario. (5º. 1998. Cádiz, España) Centro Provincial de Drogodependencias de Cádiz. En V Encuentro Nacional sobre Drogodependencias y su Enfoque comunitario. Cádiz: Diputación de Cádiz, Area de Servicios Sociales: Junta de Andalucía, Consejería de Asuntos Sociales, 1998, 85-108.
- Marlatt, G.A., Baer, J. L., Donovan, D.M. y Kivlahan, D.R. (1988). Addictive behaviours: Etiology and treatment. *Anormal Review of Psychology*, 31: 223-252.
- Marlatt, G.A. y Gordon, J.R. (1980). Determinants of relapses: Implications for the maintenance of behavior change. En Davinson PO y Davinson SM (eds), *Behavioral Medicine*. New York: Bruner/Mazel.
- Marlatt, G. y Gordon, J. (1985). *Relapse Prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviours*. New York: Guilford Press.
- Marlowe, H.A. (1985). Competence: A social intelligence approach. In H.A. Marlowe y R.B. Weinberg (Eds.), *Competence development: Theory and practice in special populations* (pp-50-52). Springfield, I.L.: Charles C Thomas.
- Marlowe, H.A. (1986). Social Intelligence: Evidence for Multidimensionality and Construct Independence. *Journal of Educational Psychology*, 78(1), 52-58.
- Martín, A. y Hernández, B. (2001). Del Programa de Educación Integral a Horizon Penitenciario de Canarias: La evaluación de tres programas de inserción socio-laboral para delincuentes. En M.J. López, V. Garrido y R. Ross (Editores), *El Programa del Pensamiento Prosocial: avances recientes*. (pp. 253-276). Valencia: Tirant lo Blanch.
- Martín-Caballero, A.R. (1999). *Entrenamiento en habilidades sociales con jóvenes en proceso de formación como personal de seguridad*. Tesis de Licenciatura. Universidad de La Laguna.
- Martín González, E., Barrio, G. e Infante, C. (2003). Tendencias, características y problemas asociados al consumo de drogas recreativas en España. *Adicciones: Revista de sociodrogalcohol*, 15 (2), 77-96.
- Martínez, J.M. (Director) (2006). *Factores de riesgo, protección y representaciones sociales sobre el consumo de drogas: implicaciones para la prevención*. Junta de Andalucía Consejería para la igualdad y el bienestar social. Dirección General para las Drogodependencias y Adicciones.
- Martínez-Lorca M. y Alonso-Sanz C. (2003). Búsqueda de sensaciones, autoconcepto, asertividad y consumo de drogas ¿Existe relación? *Adicciones*, 15(2), 145-158.

- Martínez-Otero, V. (1999). *Temas de nuestro tiempo: psicología, educación, sociedad y calidad de vida*. Madrid: Fundamentos.
- Martínez-Otero, V. (2000). *Formación integral de adolescentes. Educación personalizada y Programa de Desarrollo Personal*. (PDP), Madrid: Fundamentos.
- Maslow, A. (1954). *Motivation and personality*. New York: Harper.
- Mayer, J.D. y Salovey, P. (1990). Emotional Intelligence. *Imagination, Cognition and Personality*, 9, 185-211.
- Mayer, J.D. y Salovey, P. (1993). The Intelligence of Emotional Intelligence. *Intelligence* 17, 433-442.
- Mayer, J.D. y Salovey, P. (1997). What is Emotional Intelligence?, en P. Salovey y D. J. Sluyter (eds.), *Emotional Development and Emotional Intelligence, Educational Implications* (pp. 3-31). New York: Basic Books.
- Mayor, J. y Labrador, F. (1984). *Manual de modificación de conducta*. Madrid: Alhambra Universidad.
- McClellan, D.E. y Katz, L.G. (2001). *Evaluando la competencia social en los niños*. (Assessing Young Children's Social Competence). ERIC Digest. Documento electrónico, (última consulta 2007). <http://ceep.crc.uiuc.edu/eeearchive/digests/2001/mccl01s.html>
- McClellan, D.E. y Kinsey, S. (1999). Children's social behavior in relation to participation in mixed-age or same-age classrooms. *Early Childhood Research and Practice* [Online], 1(1). Available. <http://ecrp.uiuc.edu/v1n1/v1n1.html>
- McFall, R.M. y Lillesand, D.B. (1971). Behavior rehearsal with modeling and coaching in assertion training. *Journal of Abnormal Psychology*. 77, 313-323.
- McFall, R.M. y Twentyman, C.T. (1973). Four experiments on the relative contributions of rehearsal, modeling, and coaching to assertion training. *Journal of Abnormal Psychology*, 81(3), 199-218.
- McKay, M.; Davis, M.; Fanning, P. (1985). *Técnicas cognitivas para el tratamiento del estrés*. Madrid: Martínez Roca. (Original 1981).
- McKay, M., Davis, M. y Fanning, P. (1995). *Mensajes: el libro de las técnicas de comunicación*. Barcelona: RCR.
- Megías, E. y Elzo, J. (directores) (2006). *Jóvenes, valores, drogas: principales resultados*. Madrid: Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (FAD).
- Meichenbaum, D., Butler, L. y Gruson, L. (1981). Toward a conceptual model of social competence. In J. D. Wine y M. D. Smye (Eds.), *Social competence* (pp. 37-53). New York: Guilford.
- Meichenbaum, D. y Cameron, R. (1982). Cognitive-behaviour therapy. En G. Wilso y C. Franks (eds). *Contemporary behaviour therapy, conceptual and empirical foundations*. New York: Guilford Press.
- Mesa, J.R. (2008). *Resultados del Programa "ser persona y relacionarse"*. Tesis Doctoral. Universidad de La Laguna.
- Mestre Escrivá, M.V., Samper García, P. y Frías Navarro, M.D. (2002). Procesos cognitivos y emocionales predictores de la conducta prosocial y agresiva: la empatía como factor modulador. *Psicothema*. 14(2), 227-232.
- Michelson, L., Sugai, D.P., Wood, R.P. y Kazdin, A.E. (1987). *Las habilidades sociales en la infancia*. Barcelona. Martínez Roca. (Original Nueva York, Plenum Press. 1983).
- Meichenbaum, D. (1977). *Cognitive-behaviour modification: an integrative approach*. New York: Plenum.
- Miller, W.R., Brown, J.M., Simpson, T.L., Handmaker, N.S., Bien, T.H., Luckie, L.F., Montgomery, H.A., Hester, R.K. y Tonigan, J.S. (1995). What works? A methodological analysis of the alcohol treatment outcome literature. En R.K. Hester y W.R. Miller (Eds.), *Handbook of alcoholism treatment Approaches: Effective alternatives*. 2nd. Edition, (pp. 12-44). Boston: Allyn and Bacon.
- Miller, W.R. y Rollnick, S. (Comps). (1999). *La entrevista motivacional. Preparar para el cambio de conductas adictivas*. Barcelona: Paidós. (Original Miller, W. y Rollnick, S., 1991). *Motivational Interviewing: Preparing People to change*. Addictive Behaviour. Nueva York: Guildford Press).
- Millon, T. (1997). *MIPS: Inventario Millon de Estilos de Personalidad*. Barcelona: Paidós. (Original 1994).
- Mischel, W. (1973). Toward a cognitive social learning reconceptualization of personality. *Psychological Review*, 80, 252-283.
- Mischel, W. (1981). *Introduction to Personality*. 3d ed. New York: Holt, Rinehart and Winston.
- Moncada, S. (1997). Factores de riesgo y de protección en el consumo de drogas. En Plan Nacional sobre drogas (Ed.), *Prevención de las Drogodependencias. Análisis y propuestas de actuación* (pp. 85-101). Madrid: Nacional sobre drogas.
- Monjas, M.I. (1993). *Programa de enseñanza de habilidades de interacción social (PEHIS)*. Salamanca: Trilce.
- Monjas, M. I. (1999). *Programa de enseñanza de habilidades de interacción social (PEHIS). Para niños/as y adolescentes*. Madrid: Ciencias de la Educación Preescolar y Especial.

- Monjas, I. (2004). *Programa de enseñanza de habilidades de interacción social (PEHIS) para niños/as y adolescentes*. Madrid: CEPE.
- Monti, P.M., Rohsenow, D.R., Colby, S.M. y Abrams, D.B. (1995). Coping and social skills training. En R.K. Hester y W.R. Miller (Eds.), *Handbook of alcoholism treatment approaches. Effective alternatives*. Needham Heights, Massachusetts: Allyn & Bacon.
- Moral, M.V. y Ovejero, A. (2005). Modificación de las actitudes, hábitos y frecuencia de consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas en adolescentes españoles a partir de un programa educativo-preventivo *Revista Colombiana de Psicología*, 14, 100-118. <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/804/80401410.pdf>
- Moraleda M. (1995). *Comportamientos sociales hábiles en la infancia y adolescencia*. Valencia. Promolibro.
- Moraleda, M. (1998). *Educación en la competencia social. Un programa para la tutoría con adolescentes*. Madrid: CCS.
- Moraleda, M., González Galán, A. y García Gallo, J. (1998). *Actitudes y estrategias cognitivas sociales, (AECS)*. Madrid: TEA Ediciones.
- Moreno, J.L. (1961). *Fundamentos de la Sociometría*. Buenos Aires: Paidós.
- Moreno, J.L. (1967). *Las bases de la psicoterapia*. Buenos Aires: Hormé.
- Moreno, J.L. (1969). *Psychodranw VoL 3, Action Therapy and Principles of Practice*. Beacon, NY: Beacon House.
- Moreno, J.M. y Torrego, J.C. (1999). *Resolución de conflictos de convivencia en centros escolares*. Madrid: U.N.E.D.
- Muñoz, M. (1997). Aplicación clínica de la técnica de exposición en un caso de adicción a la heroína. *Adicciones*, 9, 347-362.
- Muñoz-Rivas, M.J. y Graña, J.L. (2001). Factores familiares de riesgo y de protección para el consumo de drogas en adolescentes. *Psicothema*, 13, 87-94.
- Muñoz-Rivas, M.J., Graña, J.L. y Cruzado, J.A. (2000). *Factores de riesgo en drogodependencias: Consumos de drogas en los adolescentes*. Madrid: Sociedad Española de Psicología Clínica, Legal y Forense.
- Murphy, G., Murphy, L.B. and Newcomb, T. (1937). *Experimental Social Psychology: An Interpretation of Research upon the Socialization of the Individual*. New York and London: Harper & Brothers Publishers.
- Nathan, P.E., Stuart, S.P. y Dolan, S.L. (2000). Research on psychotherapy efficacy and effectiveness. Between Scylla and Charybdis. *Psychological Bulletin*, 126, 964-981.
- Nebot, M., Giménez, E., Ariza, C. y Tomás, Z. (2006). Tendencias en el consumo de tabaco, alcohol y cannabis en los adolescentes de Barcelona entre 1987 y 2004. *Medicina Clínica*, 126-159.
- Nezu, A.M. y Nezu, C.M. (1991). Entrenamiento en solución de problemas. En V. Caballo (Dir.), *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta* (pp. 527-553). Madrid: Siglo XXI.
- NIDA (1997). *Preventing drug use among children and adolescents. A researchbased guide*. National Institute on Drug Abuse, and National Institutes of Health. (última consulta 2003).
- NIDA (1997). *Cómo prevenir el uso de drogas en los niños y los adolescentes. Capítulo 1: Los Factores de Riesgo y los Factores de Protección*. <http://www.drugabuse.gov/prevention/spanish/capitulo1.html> (última consulta 2008).
- NIDA (1999). *Drug Counseling for Cocaine Addiction*. <http://www.drugabuse.gov/TXManuals/DCCA/DCCA8.html> (última consulta 2005).
- NIDA (1999). Principles of Drug Addiction Treatment. A Research-Based Guide. National Institute of Drug Abuse, <http://www.nida.nih.gov/PODAT/PODATindex.html> (Consultada diciembre 1999).
- NIDA (2000). *Women and Sex/Gender Differences Research*. <http://www.drugabuse.gov/WHGD/WHGDDirRep16.html> (última consulta 2005).
- NIDA (2001). InfoFacts: Lecciones Aprendidas de las Investigaciones sobre la Prevención. (última consulta 2008). http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_11057_ES_NIDA_preve_principles_ES.doc
- NIDA (2001). *Principles of drug addiction treatment*. Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse. (Última consulta realizada 2004).
- NIDA (2005). *Principios de Tratamientos para La Drogadicción: Una Guía Basada en Investigaciones*. (Última consulta realizada febrero 2008). <http://www.drugabuse.gov/PODAT/Spanish/PODATIndex.html>
- NIDA (2007). *InfoFacts: Tendencias de estudiantes de la secundaria y otros jóvenes*. <http://www.nida.nih.gov/InfoFacts/Tendencias-Sp.html>. (Última consulta 2008).
- Nowicki, S. y Strickland, B. (1971). *A Locus of Control Scale for Children*. Washington: D.C., Paper presented at the 79th Annual Convention of the American Psychological Association.
- O Sullivan, M. y Guilford, J.P. (1975). Six Factors of Behavioural Cognition: Understanding Other People. *Journal of Educational Measurement*, 12(4),255-271.
- O Malley, J.M. (1977). Research perspective on social competence. *Merrill-Palmer Quarterly*, 23, 29-44.
- Otero-López, J.M., Romero, E. y Luengo, M.A. (1994). Identificación de factores de riesgo de la conducta

- delictiva: hacia un modelo integrador. *Análisis y Modificación de Conducta*, 20, 73, 675-709.
- Ovejero, A. (1990). Las habilidades sociales y su entrenamiento; un enfoque necesariamente psicosocial. *Psicothema*. 2(2), 93-112.
 - Ovejero, A. (1993). Aprendizaje cooperativo: una eficaz aportación de la psicología social a la escuela del siglo XXI. *Psicothema*, 5(1), 373-391.
 - Ovejero, A. (1998). *Las relaciones humanas. Psicología social teórica y aplicada*. Madrid: Biblioteca Nueva.
 - Ovejero, A. y Rodríguez, F.J. (Coord) (2005). *La convivencia sin violencia. Recursos para educar*. Sevilla: MAD.
 - Page, L.M. (1936). *The modification of ascendant behaviour in preschool children*. Iowa City: University of Iowa Studies in Child Welfare.
 - Parker, J.G., & Asher, S.R. (1987). Peer relations and later personal adjustment. Are low accepted children at risk? *Psychological Bulletin*, 102(3), 357-389.
 - Patterson, G.R. (1980). Treatment for children with conduct problems: a review of outcome studies. In S. Feshbach y A. Fraczek (Eds), *Agression and Behaviour Change: Biological and Social Processes* (pp. 83-132). New York: Praeger.
 - Patterson, G.R. (1986). Performance models for anti-social boys. *American Psychologist*, 41, 432-444.
 - Paul, G.L. (1967). Strategy of outcome in psychotherapy. *Journal of Consulting Psychology*, 31, 109-115.
 - Pearson, F. S. and Lipton, D.S.(1999). A Meta-analytic review of the effectiveness of corrections-based treatment for drug abuse. *The Prison Journal*, 79(4), 384-410.
 - Pelechano, V. (1984). Inteligencia social y habilidades interpersonales. *Análisis y Modificación de Conducta*, 10(26), 393-420.
 - Pelechano, V. (dir.)(1984b). Inteligencia social y habilidades interpersonales. *Análisis y Modificación de Conducta*, 26, 393-420.
 - Pelechano, V. (1985). Inteligencia social y habilidades interpersonales. Evaluación y validación. *Evaluación Psicológica*. 1.1(2), 159-188.
 - Pelechano, V. (1986). Inteligencia social y habilidades interpersonales. La excepcionalidad en el tratamiento de un tema. *Análisis y Modificación de Conducta*, 12(33), 317-346.
 - Pelechano, V. (1989). *Inteligencia y habilidades interpersonales. Un diseño de modelo de trabajo y algunas hipótesis contrastables*. En *Inteligencia y cognición*. Homenaje al profesor Mariano Yela Granizo. Madrid: Edt. Complutense.
 - Pelechano V. (1995). Habilidades interpersonales: Conceptualización y entrenamiento. En M.D. Calero (coord.), *Modificación de la inteligencia*, Madrid: Pirámide, 131-181.
 - Pelechano, V. (dir.)(1996). *Habilidades interpersonales. Teoría mínima y programas de intervención, vols I,II y III*. Valencia: Promolibro.
 - Pelechano, V., De Miguel, A. y Peñate, W. (1991). *Habilidades interpersonales en ancianos*. Valencia: Edt. Alfabius.
 - Peterson, C., Seligman, M.E.P. and Vaillant, G. (1988). Pessimistic explanatory style as a risk factor for physical illness: A thirty-five year longitudinal study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 55, 23-27.
 - Peterson, C., Maier, S.E. y Seligman, M.E.P. (1993). *Learned helplessness: A theory for the age of personal control*. New York: Oxford University Press
 - Piko, B.F. y Fitzpatrick, K.M. (2004). Substance use, religiosity and other protective factors among Hungarian adolescents. *Addictive Behaviors*, 9, 1095-1107.
 - Pinillos, J.L. (1988). *La mente humana*. Barcelona: Círculo de Lectores, SA.
 - Plan Nacional sobre Drogas. (1997). *Memoria 1996*. Madrid: Ministerio del Interior. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
 - Plan Nacional sobre Drogas. (1999). *Memoria 1998*. Madrid: Ministerio del Interior. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
 - Plan Nacional sobre Drogas. (1999). *Observatorio Español sobre Drogas Indicadores Tratamiento, Urgencias y Mortalidad Informe año 1998*. Madrid: Ministerio del Interior. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
 - Plan Nacional sobre Drogas. (1999). *Informes del Observatorio Español sobre Drogas números 1,2,3*. Madrid: Ministerio del Interior. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
 - Plan Nacional sobre Drogas. (2000). *Estrategia Nacional sobre Drogas 2000-2008*. Madrid: Ministerio del Interior. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
 - Plan Nacional sobre Drogas. (2001). *Memoria 2000*. Madrid: Ministerio del Interior. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
 - Plan Nacional sobre Drogas. (2001). *Observatorio Español sobre Drogas Indicadores Tratamiento, Urgencias y Mortalidad Informe año 2000*. Madrid: Ministerio del Interior. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
 - Plan Nacional sobre Drogas. (2001). *Informe del Observatorio Español sobre Drogas nº 4*. Madrid: Ministerio del Interior. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

- Plan Nacional sobre Drogas (PNSD) (2004). *Encuesta estatal sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, Secretaría General de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas
- Plan Nacional sobre Drogas (PNSD) (2006). *Informe sobre el cánnabis*. Comisión Clínica de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Plan Nacional Sobre Droga, PNSD, (2007). *Guía sobre drogas*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, Secretaría General de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/guiaDrogas.pdf> (Última consulta, 2008).
- Platt, J.J. y Duome, M.J. (1981). *Training in interpersonal problem solving skills*. Philadelphia: Hahne-mann.
- Platt y Hermalin (1989). Social skill deficit interventions for substance abusers. *Psychology of Addictive Behaviors*, 3(3) 114-133.
- Platt, J.J. & Duome, M. J, (1990). *TIPS: Training in Interpersonal Problem-Solving Skills Including Program Supplements: A structured group process for use in drug and alcohol treatment programs*.
- Platt, J.J. y Metzger, D.S. (1987). Cognitive interpersonal problem solving skills and the maintenance of treatment success in heroin addicts, *Psychology of Addictive Behaviors*, 1, 5-13.
- Platt, J. and Spivack, G. (1977). *Manual for Means End Problem Solving procedure*. Philadelphia: Department of Mental Health Sciences, Hahnemann Community Mental Health/Mental Retardation Center.
- Platt, J.J., Spivack, G. y Shure, M.B. (1978). *Measures of Interpersonal Cognitive Problem-solving for Adults and Adolescents*. Philadelphia, PA: Hahnemann Medical College and Hospital.
- Platt, J.J., Taube, D.O., Metzger, D.S., & Duome, M.J. (1988). Training in Interpersonal Problem Solving (TIPS). *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 2(1), 5-32.
- Pons, J., Berjano, E. y García, F. (1996). Variables psicosociales que discriminan el consumo abusivo de alcohol en la adolescencia. *Adicciones*, 8, 177-191.
- Pons, J., Berjano, E. y García, F. (1999). *El consumo abusivo de alcohol en la adolescencia: un modelo explicativo desde la psicología social*. Madrid: Plan Nacional de Drogas.
- Prendergast, M.L., Podus, D., Chang, E. and Urada, D. (2002). The effectiveness of drug abuse treatment: A meta-analysis of comparison group studies. *Drug and Alcohol Dependency* 67(1), 53-72.
- Prochaska, J.O. (1979). *Systems of psychotherapy: A transtheoretical analysis*. Homewood, IL: Dorsey.
- Prochaska, J.O. (1983). *Systems of Psychotherapy: A Transtheoretical Analysis*. Homewood, Illinois: The Dorsey Press.
- Prochaska, J.O. Y Di Clemente, C.C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 390-395.
- Prochaska, J.O. y DiClemente, C.C. (1986). The trans-theoretical approach. En J.C. Norcross (Ed). *Handbook of eclectic psychotherapy*. New York: Bruner/Mazel.
- Prochaska, J.O. y DiClemente, C.C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 19, 276-278.
- Prochaska, J.O. y DiClemente, C.C. (1984). Stages and processes of self-change of smoking: Toward and integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51: 390-390.
- Prochaska, J.O. y DiClemente, C.C. y Norcross, J.C. (1992). In search of how people change. Applications to addictive behaviour. *American Psychologist*, 47, 1102-1114.
- Prochaska, J.O. y Prochaska, J.M. (1993). Modelo transteórico de cambio de conductas adictivas. En: Casas y M. Gossop (eds), *Recaída y prevención de recaídas. Tratamientos psicológicos en drogodependencias*. Barcelona: Ediciones de Neurociencias, Citrán, FISIP.
- Ramos Atance, J.A. (2006). Búsqueda de un tratamiento farmacológico para el tratamiento de la marihuana. *Adicciones. Revista On Line*, 18,1, pp. 5-10 (última consulta realizada 2008).
- Redondo, S. (1993). *Evaluar e intervenir en las prisiones*. Barcelona: PPU.
- Redondo, S. (2007). *Manual para el tratamiento psicológico de los delincuentes*. Madrid: Pirámide.
- Redondo, S., Garrido, V. y Pérez, E. (1992). Entorno penitenciario y competencia psicosocial: Un modelo integrado de reinserción social. En V. Garrido y Redondo, S. (dir). *La intervención educativa en el medio penitenciario. Una década de reflexión*. (pp 233-246). Madrid: Diagrama.
- Redondo, S. y Pueyo, A. (2007). Psicología de la delincuencia. *Papeles del Psicólogo*, 28(3), 187-195.
- Reich, J.W. y Gutiérrez, S.E. (1987). Life event and treatment. *American Journal Drug Alcohol Abuse*, 13, 73-94.
- Rendón Arango, M. (2007). Regulación emocional y competencia social en la infancia. *Diversitas*, 3(2), 349-363. (última consulta abril 2008). http://www.usta.edu.co/diversitas/doc_pdf/diversitas6/vol.3no.2/articulo13.pdf

- Rhodes, W. A. (1975). Generalization and attribution re-training. *Dissertation Abstracts International*, 38, 2882.
- Rhodes, J.E. y Jason, L.A. (1990). A social stress model of substances abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58(4), 395-401.
- Rist, F. y Watzl, H. (1983). Self assesment of relapse risk and assertiveness in relation to treatment outcome of female alcoholics. *Addictive Behaviors*, 8, 121-127.
- Roche, R. (1995). *Psicología y educación para la pro-socialidad*. Barcelona: Universidad Autónoma.
- Roche, R. (1998). Intervención psicosocial. *Revista sobre igualdad y calidad de vida*. 7(3), 363-378.
- Roche, R. (1998). *Psicología y Educación para la Pro-socialidad*. Buenos Aires: Ciudad Nueva.
- Rodriguez, A. y Seoane, J. (1989). Creencias, actitudes y valores. En Mayor, J. y Pinillos, J.L., *Tratado de Psicología General*. Madrid: Ed. Alhambra Universidad.
- Rojas Marcos L. (2000). *Nuestra felicidad*. Madrid: Espasa Calpe.
- Rosen, T.J., & Shipley, R.H. (1983). A stage analysis of self-initiated smoking reductions. *Addictive Behaviors*, 8, 268-272.
- Rosenthal, R. y Jacobson, L. (1968). *Pygmalion in the classroom: Teacher expectation and pupils intellectual development*. New York: Rinehart & Winston.
- Ross, R. (1986). Prevención de la delincuencia a través del entrenamiento cognitivo, en Garrido Genovés, V.; Vidal del Cerro, MB . (1987). *Lecturas de pedagogía correccional*. (pp. 135-148) Valencia. Ed. NAU Llibres.
- Ross, R. (1987). Prevención de la delincuencia a través del entrenamiento cognitivo. En V. Garrido y M. B. Vidal (Eds.). *Lecturas de Pedagogía Correccional* (pp. 135-148). Valencia: Nau Llibres.
- Ross, R. (1992). La eficacia de los programas de rehabilitación de las drogas para delincuentes. En V. J. Garrido y L.V. Montoro (dir.), *La reeducación del delincuente juvenil: los programas de éxito* (pp. 179-234). Valencia: Tirant Lo Blanch.
- Ross, R. (1992). Razonamiento y rehabilitación. Un programa cognitivo para el tratamiento y la prevención de la delincuencia. En Garrido Genovés, V.J.; Montoro González, L.V (dir.), (1992.), *La reeducación del delincuente juvenil los programas del éxito*. (pp. 107-126). Valencia: Tirant lo Blanch.
- Ross, R. (1989). Programas para delincuentes juveniles que manifiestan dificultades en el aprendizaje. *Delincuencia*. 1(2), 163-195.
- Ross, R. y Carlesso M.L. (1991). La eficacia de los programas de rehabilitación de las drogas para delincuentes. *Delincuencia*, 3(1), 34-83.
- Ross, R. y Fabiano. E. (1983). *The cognitive model of crime and delinquency prevention and rehabilitation*. Ottawa: Ministry of Correctional Services.
- Ross, R.R. y Fabiano, E. (1985) . *Time to think .A cognitive model of delinquency prevention and offender rehabilitation*. Johnson City, Tennessee: Institute of Social Science & Art.
- Ross, R.R. y Fabiano, E. (1986). *Female Offenders. Correctional Afterhughts*. Jefferson, N.C.: McFarland & Co.
- Ross R. y Fabiano E., (1987). *Time to think. A cognitive Model of Delinquency Prevention and Offeder Rehabilitation*. Johnson City Tennessee: Institute. Social Sciencies and Arts Inc.
- Ross, R.R., Fabiano, E. y Garrido, V. (1990). El Pensamiento prosocial. El modelo cognitivo para la prevención y el tratamiento de la delincuencia. *Delincuencia/Delinquency, Monográfico nº 1*.
- Ross, R; Fabiano, E.; Garrido, V. y Gómez, A. (1996). *El pensamiento prosocial: El modelo cognitivo para la prevención y tratamiento de la delincuencia y abuso de drogas*. Valencia: Cristóbal Serrano Villalba.
- Ross, R.R. y Gendrau, P. (1980). Effective correctional treatment. Toronto: Butterworths.
- Ross, R.R. & Hilborn, J. (2003). *R & R 2: SHORT version for youth*. Ottawa: Cognitive Centre of Canada.
- Ross, L., Lepper, M.R. and Hubbard, M. (1975). Perseverance in self-perception and social perception: Based attributional processes in the debriefing paradigm, *Journal of Personality and Social Psychology*, 32, 880-892.
- Ross, R. y Lightfoot, L.O. (1987). Programas de alcoholemia para delincuentes. En V. Garrido y M. B. Vidal (Eds.). *Lecturas de Pedagogía Correccional* (pp. 343-371). Valencia: Nau Llibres
- Ross, R.R. y Ross, R.D. (Eds.) (1995). *Thinking Straight. The Reasoning and Rehabilitation Program for Delinquency Prevention and Offender Rehabilitation*. Ottawa, Canada: Air Training and Publications.
- Ross, R.R., Fabiano, E.A. & Ross, B. (1989). *Reasoning and Rehabilitation: A handbook forteaching cognitive skills*. Ottawa: The Cognitive Centre.
- Rotter, J. (1966). Generalized expetancies for internal vesus external control reinforcement. *Psychological Monographs*. 80.
- Rutter, M., Giller, H. y Hagell, A. (2000). *La conducta antisocial de los jóvenes*. Madrid: Cambridge University Press.
- Rutter, M. (1979). Protective factors in children's responses to stress and disadvantage. In M.W. Kent & J.E. Rolf (Eds.), *Primary prevention of psychopathology: vol.3. Social competence in children*, (pp. 49-74). Hanover, NH: University Press of New England

- Rutter, M. (1985). Resilience in the face of adversity: Protective factors and resistance to psychiatric disorders. *British Journal of Psychiatry*, 147, 598-611.
- Rutter, M. (1990). Psychosocial resilience and protective mechanism. En J. Rolf, A.S. Masten, D. Cicchetti, K.H. Nuechterlein y S. Weintraub (Eds.), *Risk and protective factors in the development of psychopathology* (pp. 181-214). Nueva York: Cambridge University Press.
- Rutter, M. y Giller, H. (1988). *Delincuencia juvenil*. Barcelona: Martínez Roca.
- Rutter, M. (1987). Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57(3).
- Sadowski, C.J., Long, C.L. y Jenkins, L.R. (1993). Does substance abuse treatment have self-schematic effects? *The Journal of Psychology*, 127, 323-327.
- Salovey P. y Mayer J.D. (1990). Emotional intelligence. *Imagination, cognition and personality*. New York. 9(3), 185-211.
- Salter, A. (1949). *Conditioned Reflex Therapy: The direct approach to the reconstruction of personality*. Nueva York: Creative Age Press.
- Sanchís Mir, J.R. y Soler Iglesias, C. (1998). Drogas y delincuencia un dragón de dos cabezas: panorama actual y posibilidades de intervención. En V. Garrido Genovés y M.D. Martínez (Editores), *Educación Social para delincuentes*. Valencia: Tirant lo Blanch.
- Santo Domingo, J. y Jimenez Arriero, M.A. (Coordinadores). (2003). En J.A. Ramos Atance (2006), Búsqueda de un tratamiento farmacológico para el tratamiento de la marihuana. *Adicciones. Revista On Line*, 18(1), 5-10.
- Santos Diez, P., González Martínez, G., Fons Brines, M.R, Forcada Chapa, R. y Zamorano García, C. (2001). Estadios y procesos de cambio en drogodependientes en tratamiento ambulatorio. *Adicciones*, 13 (2), 147-152.
- Sánchez-Hervás, E., Tomás Gradolí, V. y Morales Gallús, E. (2004). Un modelo de tratamiento psicoterapéutico en adicciones. *Trastornos Adictivos*, 6(3), 159-166. (Última consulta 2008). <http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevisita.resumen?pid=13065158>
- Saunders, B., (1993). Conductas adictivas y recaídas: Una visión de conjunto. En: Casas, M. and Gossop, M. (Editors), *Recaída y prevención de recaídas*. Barcelona: Neurociencias Citran.
- Saunders, B.; Wilkinson, C. y Phillips, M. (1995). The impact of a brief motivational intervention with opiate users attending a methadone programme. *Addiction*, 90, 415-424.
- Schuckit, M. A. (2000). *Drug and alcohol abuse. A clinical guide to diagnosis and treatment (5th ed.)*. Nueva York: Plenum Medical Book Company.
- Secades, R. (1996). *Alcoholismo juvenil. Prevención y tratamiento*. Madrid: Pirámide
- Secades-Villa, R. (1997). Evaluación conductual en prevención de recaídas en la adicción a las drogas: estado actual y aplicaciones clínicas. *Psicothema*, 9(2), 259-270.
- Secades-Villa, R. y Fernández Hermida, J.R. (2000). Cómo mejorar la retención en los tratamientos de drogodependencias. *Adicciones*, 12(3), 353-363.
- Secades-Villa, R. y Fernández Hermida, R. (2003). Guía de los tratamientos psicológicos eficaces para la drogadicción: alcohol, cocaína y heroína (pp. 107-139). En M. Pérez, J.R. Fernández-Hermida, C. Fernández e I. Amigo, *Guía de Tratamientos psicológicos eficaces*. Madrid: Pirámide.
- Secades-Villa, R., Fernández Hermida, J.R. y Arnáez Montaraz, C., (2004). Motivational interviewing and treatment retention among drug abuse patients: a pilot study. *Substance Use & Misuse*, 39(9), 1369-1378.
- Secades-Villa, R. y Fernández Hermida, J.R. (2006). Tratamiento cognitivo-conductual. En G. Cervera, J.C. Valderrama, J.C. Pérez de los Cobos, G. Rubio y L. Sanz, *Manual SET de Trastornos Adictivos*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Secades-Villa, R., García-Rodríguez, O., Fernández-Hermida, J.R. y Carballo, J.L. (2007). Fundamentos psicológicos del tratamiento de las drogodependencias. *Papeles del Psicólogo*, 1(28), 29-40.
- Secades-Villa, R. y Pérez Álvarez, M. (1998). Análisis conductual de los procesos de cambio en Alcohólicos Anónimos. *Análisis y Modificación de Conducta*, 24(98), 883-904.
- Segura, M. (1990). Entrenamiento cognitivo y enseñanza de habilidades sociales. *Delincuencia*. 2(3), 273-291.
- Segura, M. (2002). *Ser persona y relacionarse. Habilidades cognitivas y sociales y crecimiento moral*. Madrid: Narcea.
- Segura, M. (2003). Tema del mes: Competencia Social, aprender a relacionarse. *Cuadernos de Pedagogía*. 324, 43-67.
- Segura, M. (2005). *Enseñar a convivir no es tan difícil. Para quienes no saben qué hacer con sus hijos o con sus alumnos*. Bilbao: Desclé de Brouwer.
- Segura, M. (2007). *Jóvenes y adultos con problemas de conducta*. Madrid: Narcea.
- Segura, M. y Arcas, M. (1999). *Programa de competencia social*. Consejería de Educación, Cultura y Deportes del Gobierno de Canarias.

- Segura, M. y Arcas, M. (2003). *Educación de las emociones y los sentimientos. Introducción práctica al complejo mundo de los sentimientos*. Madrid: Narcea.
- Segura, M. y Arcas, M. (2004). *Relacionarnos bien. (Primaria, Infantil)*. Madrid: Narcea.
- Segura, M., Arcas, M. y Mesa J. (1998). *Programa de Competencia Social. Habilidades Cognitivas. Valores Morales. Habilidades Sociales*. Tenerife, Consejería de Educación, Cultura y Deportes del Gobierno de Canarias.
- Segura, M. y Garrido, V.(1985). *Tratamientos eficaces de delincuentes juveniles*. Madrid: Ministerio de Justicia.
- Segura, M., Mesa, J.R. y Arcas, M. (1997). *Programa de Competencia Social. Educación Primaria*. Canarias, Gobierno de Canarias: Materiales Curriculares INNOVA.
- Segura Morales M., Mesa Expósito J.R. y Arcas Cuenca M., (1998). *Programa de Competencia Social. Habilidades cognitivas, valores morales y habilidades sociales. Primer y segundo ciclo. E.S.O.* Canarias, Gobierno de Canarias: Materiales curriculares INNOVA.
- Seligman, M.E.P. (1975). *Helplessness. On depression, development and death*. San Francisco: Freeman. (Trad. esp. en Madrid: Debate, 1981).
- Seligman, M.E.P. (1991). *Learned Optimism. How to change your mind and your life*. New York: A.A.Kopf.
- Seligman, M.E.P. (1992). *Helplessness*. New York: Freeman.
- Seligman, M.E.P. (1995). *The optimistic child*. New York: Harper.
- Seligman, M.E.P. (1998). *Aprenda optimismo. Haga de la vida una experiencia maravillosa*. Barcelona: Grijalbo.
- Seligman, M.E.P. (2002). *Authentic happiness: using the new positive psychology to realize your potential for lasting fulfillment*. New York: Free Press. (Traducción al castellano: La auténtica felicidad. Barcelona: Ediciones B).
- Sells, S.B. y Simpson, D.D. (1980). The case for drug abuse treatment effectiveness, based on the DARP research program. *British Journal of Addiction*, 75, 117-131.
- Sethi, S. y Seligman, M.E.P. (1993). Optimism and fundamentalism. *Psychological Science*, 4, 256-259.
- Shure, M. B. (2002). How to think, not what to think: a problem-solving approach to Resilience and prevention of risk behaviors, ages 4-12. Citado en Mesa (2008). *Resultados del Programa "ser persona y relacionarse"*. Tesis Doctoral. Universidad de La Laguna.
- Shure, M.B., and Spivack, G. (1978). *Problem Solving Techniques in Childrearing*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Shure, M.B., and Spivack, G. (1982). Interpersonal problem solving in young children. A cognitive approach to prevention. *American Journal of Community Psychology* 10,341-356.
- Shure, M.B., Spivack, G. and Jaeger, M.A. (1971). Problem-solving thinking and adjustment among disadvantaged preschool children. *Child Development* 42, 1791-1803.
- Silva, A. (1994). *La evaluación de programas en drogodependencias. Volumen II: Manual de evaluación*. Madrid: Grupo Interdisciplinar sobre Drogas.
- Silva, F; Martorell, M.C. (1989). *BAS. Bateria de socialización*. Madrid:TEA.
- Silverman, K., Higgins, S. Brooner, R., Montoya, I., Cone, E., Schuster, C. y Preston, K. (1996). Sustained cocaine abstinence in methadone maintenance patients through voucher-based reinforcement therapy. *Archives of General Psychiatry*, 53, 409-415.
- Simpson, D.D., Joe, G.W., Rowan-Szal, G.A. y Greener, J.M. (1997). Drug abuse treatment process components that improve retention. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 14(6), 565-572.
- Simpson, D.D. y Sells, S.B. (1982). Effectiveness of treatment for drug abuse: An overview of the DARP research program. *Advances in Alcohol and Substance Abuse*, 2, 7-29.
- Simpson, D.D., & Joe, G.W., (1993). Motivation as a predictor of early dropout from drug abuse treatment. *Psychotherapy* 30(2), 357-368.
- Simpson, D.D., Joe G.W., Fletcher, B.W., Hubbard, R.L. and Anglin, M.D.A. (1999). National evaluation of treatment outcomes for cocaine dependence. *Archives of General Psychiatry* 56, 507-514.
- Simpson, D.D.; Joe, G.W. and Brown, B.S., (1997). Treatment retention and follow-up outcomes in the Drug Abuse Treatment Outcome Study (DATOS). *Psychology of Addictive Behaviors* 11, 294-307.
- Simpson, D.D. y Sells, S.B. (comp.).(1990). *Opioid Addiction and Treatment: a 12-year Follow-up*. Malabar, Florida: Keiger.
- Sirvent, C., Blanco, P. y Franco, M. (1995). *Los Centros de Día en drogodependencias en España*. Madrid: Dpto de Publicaciones, Fundación Instituto Espiral.
- Snyder, M. y Swan, Jr., W.B. (1978). Behavioral confirmation in social interaction. From social perception to social reality. *Journal of Experimental Social Psychology*. 14, 148-162.
- Sonntag, H., Wittchen, H.U., Höfler, M., Kessler, R.C. y Stein, M.B. (2000). Are social fears and DSM-IV social anxiety disorder associated with smoking and nicotine dependence in adolescents and young adults?. *European Psychiatry*, 15, 67-74.

- Spivack G., Shure M.B., (1974). *Social adjustment of young children: a cognitive approach to solving real-life problems*. San Francisco: Jossey Bass.
- Spivack, G. & Shure, M.B. (1976). *The Problem-Solving approach to adjustment*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Spivack, G. y Shure, M. (1974). *A mental health program for kindergarten children: A cognitive approach to solving interpersonal problems*. Philadelphia: Department Of Mental Health Sciencies. Hahnemann Community Mental. Retardation Center.
- Spivack, G. y Shure, M. (1982). *A mental health program for the intermediate elementary grades*. Training Script. Philadelphia, PA: University Paper.
- Spivack, G., Platt, J.J. y Shure, M.B. (1976). *The problem solving approach to adjustment*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Spivack, G. and Shure, M.B. (1982). Interpersonal cognitive problem solving and clinical theory. In B. Lahey and A.E. Kazdin (eds.), *Advances in Clinical Psychology*, V. 5, (pp. 323-372). New York, NY: Plenum Press.
- Spivack, G. y Shure, M.B. (1972). Means-ends thinking, adjustment and social class among elementary school-aged children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 38, 348-353.
- Stimson, G. & Oppenheimer, E. (1982). *Heroin addiction*. London: Tavistock.
- Sullivan, H.S. (1953). *The interpersonal theory of psychiatry*. New York: Norton.
- Sussman, S., Unger, J.B. y Dent, C.W. (2004). Peer group self-identification among alternative high school youth: A predictor of their psychosocial functioning five years later. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4, 9-25.
- Taplin (1971), en Slaikeu, K. (1988). *Intervención en crisis. Manual para Prácticas e investigación*. México D.F.: Ed. El Manual Moderno, S.A. de C.V.
- Tejero, A. y Trujols, J. (1994). El modelo transteórico de Prochaska y DiClemente: un modelo dinámico del cambio en el ámbito de las conductas adictivas. En J.L. Graña (Dir.), *Conductas adictivas. Teoría, evaluación y tratamiento* (pp. 3-46). Madrid: Debate.
- Teplin, L. A. (1994). Psychiatric and substance abuse disorders among male urban jail detainees. *American Journal of Public Health*, 84, 290-293.
- Terán Prieto, A. (Coordinador). (2008). *Cocaína: Guía Clínica basada en la evidencia científica*. Madrid: Sociodrogalcohol. PNSD.
- Thompson, G.G. (1952). *Child Psychology*. Boston: Houghton-Nifflin.
- Thorndike, E. L. (1920). A constant error in psychological ratings. *Journal of Applied Psychology*, 4, 469-477.
- Thorndike, R.L. (1921). Intelligence and its uses. *Harper s Magazine*. 140, 227-235.
- Torbay, A., Muñoz de Bustillo Díaz, M.C., Hernández Jorge, C.M. (2001). Los estudiantes universitarios de carreras asistenciales: Qué habilidades interpersonales dominan y cuáles creen necesarias para su futuro profesional. *Aula Abierta*, 78, 1-18.
- Torbay, A., Heras, M.C. y Marrero, M. (2003). Evaluación de las necesidades sociopersonales de drogodependientes, desde un programa de intervención: La perspectiva de los implicados. *Anales de Psicología*. 19(2), 173-186.
- Torres, A., Robert, A., Tejero, A., Boget, T. y Pérez De Los Cobos, J. (2006). Indefensión aprendida y dependencia de sustancias. *Trastornos Adictivos*, 8(3), 168-177.
- Train, A. (2001). *Agresividad en niños y niñas*. Madrid: Narcea.
- Trianes, M.V. (1996). *Educación y competencia social. Un programa en el aula*. Málaga: Aljibe.
- Trianes, M.V. (1999). *El estrés infantil. Su prevención y tratamiento*. Madrid: Narcea.
- Trianes, M.V. (2000). *La violencia en contextos escolares*. Málaga: Aljibe.
- Trianes, M.V. (2001). Dos programas de intervención psicoeducativa para educar el desarrollo de habilidades sociales. En G. Fernández, M.J. Banciella y B. Rodríguez (Coord.), *Actas del Congreso Nacional: La violencia en los centros educativos, nuevos retos* (pp. 45-57). Gijón: Aula Taller de Artes Gráficas.
- Trianes, M.V. (2001). Educación y competencia social: un programa para el aula. Aprender a ser personas y a convivir: un programa para secundaria. En AAVV, *Convivencia escolar: un enfoque práctico* (pp. 89-116). Madrid: Publicaciones de la Federación de Enseñanza de Comisiones Obreras.
- Trianes, M.V. (2002). Intervención psicoeducativa en la convivencia: dos programas cognitivos- conductuales. En M.I. Monjas (Coord.). *Jornadas sobre habilidades sociales: la competencia personal y social, presente y futuro* (pp. 59-70). Valladolid: Universidad de Valladolid.
- Trianes, M.V., Blanca, M.J., Muñoz, A., García, B., Cardelle-Elawar, M. y Infante, L. (2002). Relaciones entre evaluadores de la competencia social en preadolescentes: Profesores, iguales y autoinformes. *Anales de Psicología*. 18,(2), 197-214.
- Trianes, M.V., De La Morena, M.L. y Muñoz, A.M. (1999). *Relaciones sociales y prevención de la inadaptación social y escolar*. Málaga: Aljibe.

- Trianes, M.V. y Fernández-Figares, C. (2001). *Aprender a ser persona y a convivir: Un programa para secundaria*. Bilbao: Descleé de Brouwer.
- Trianes, M.V. y Gallardo, J.A. (Coord) (1998). *Psicología de la Educación y del Desarrollo*. Madrid: Pirámide.
- Trianes, M.V., Jiménez, M. y Muñoz, A (1997). *Las relaciones interpersonales: Evaluación e intervención*. Madrid: Pirámide, Col. Ojos Solares.
- Trianes, M.V. y Muñoz, A. (1994). *Programa de Educación Social y afectiva*. Málaga: Junta de Andalucía.
- Trianes, M.V. y Muñoz, A. (2003). Educación de las habilidades sociales. En J.L. Gallego y E. Fernández de Haro (Dir.), *Enciclopedia de Educación Infantil, Vol. II* (p. 197.-218). Málaga: Aljibe.
- Trianes, M.V., Muñoz, A. y Jiménez, M. (1996). Importancia de la situación en la solución a problemas interpersonales hipotético según la edad. *Infancia y aprendizaje* 75, 107-123.
- Trianes, M.V., Muñoz, A.M. y Jiménez, M. (2000). *Competencia social: su educación y tratamiento*. Madrid: Pirámide.
- Trianes, M.V., Rivas, M.T. y Muñoz, A. (1990). Una intervención psicoeducativa sobre las habilidades de solución de problemas interpersonales en preescolar. *Análisis y Modificación de Conducta*, 50, 587-625.
- Trianes, M.V. y Sánchez, A.M. (2005). Intervención en el desarrollo de competencia social para mejorar la convivencia en los centros educativos. En Haro, F. (coord.), *Psicología Evolutiva y de la Educación, tomo II, cap. 39* (pag. 320-350), Málaga: Aljibe.
- Trower, P., Bryant, B. y Argyle, M. (1978). *Social Skills and mental health*. London: Methuen.
- Trower, P. (1982). Towards a generative model of social skills: a critique and synthesis. En Curran, J.C. y Monti, P.M. (1982), *Social skills training. A practical book for assessment and training*. New York: The Guilford Press
- Trujillo, H.M. (1997). Effect of addictive history on the direction of conditioned responses anticipatory to the effects of heroin. *Psychology in Spain*, 1, 45-54.
- Tyler, F.B. (1978). Individual psychosocial competence: A personality configuration. *Educational and Psychological Measurement*, 38, 309-323.
- Valerio, H.P. y Stone, G.L. (1982). Effects of behavioral, cognitive, and combined treatments for assertion as a function of differential deficits. *Journal of Counseling Psychology*, 29(2), 158-168.
- Van Hasselt, V.B., Null, J.A., Kempton, T. y Bukstein, O.G. (1993). Social skills and depression in adolescent substance abusers. *Addictive Behaviors*, 18, 9-18.
- Vargas, C. y Trujillo, H. M. (2006). Secuencia, asociación y riesgo de consumo de drogas legales e ilegales en alumnado universitario. *Psicología Conductual*, 14, 41-62.
- Vázquez, C. (2006). La psicología positiva en perspectiva. *Papeles del Psicólogo*, 27(1), 1-2.
- Wagner, R. K (1994). Practical intelligence. *European Journal of Psychological Assessment*, 10(2), 162-169.
- Washton, A.M.; Stone, N.S.; and Hendrickson, E.C. (1988). Cocaine abuse. In: Donovan, D.M., and Marlatt, G.A., (eds.), *Assessment of Addictive Behaviors*. (pp. 364-389). New York: Guilford Press.
- Weiner, B. (1985). An attributional theory of achievement, motivation and emotion. *Psychology Review*, 4, 548-73.
- Weiss, R.F. (1968). An extension of Hullian learning theory to persuasive communication, citado en Rodríguez, A. y Seoane, J. (1989). Creencias, actitudes y valores. En Mayor, J. y Pinillos, J.L. *Tratado de Psicología General*. Madrid: Ed. Alhambra Universidad.
- Weisz, J.R.; Rudolph, K.D., Granger, D.A. & Sweeney, L. (1992). Cognition, competence, and coping in child and adolescent depression: Research findings, developmental concerns, therapeutic implications. *Development and Psychopathology*, 4, 627-653.
- White, R.W. (1959). Motivation reconsidered: The concept of competence. *Psychological Review*, 66, 297-333.
- White, H.R., Bates, M.E. y Labouvie, E. (1998). Adult outcomes of adolescent drug use: A comparison of process-oriented and incremental analysis. En R. Jessor (ed.), *New perspectives on adolescent risk behavior* (pp. 150-181). Cambridge, RU: Cambridge University Press.
- White, L., Tursky, B. y Schwartz, G.E. (Eds.) (1985). *Placebo. Theory, research and mechanism*. Nueva York: Guildford Press.
- White, R. (1960). Competence and the psychosexual stages of development. En M.R. Jones (comp.), *Symposium de Nebraska sobre Motivación*. Universidad de Nebraska press.
- White, R. (1974). Strategies of adaptation: An attempt at systematic description. En G. Coelho, D. Hamburg y J. Adams (Eds.), *Coping and adaptation*. Nueva York: Basic Books.
- Williams, H.M. (1935). A factor analysis of Berne's social behavior in young children, *J. Exper. Education*, 4, 142-146. Citado en A. Ovejero (1990). Las habilidades sociales y su entrenamiento; un enfoque necesariamente psicosocial. *Psicothema*, 2(2), 93-112.
- Wills, T.A. (1994). Self-esteem and perceived control in adolescent substance use: Comparative tests in concurrent and prospective analyses. *Psychology of Addictive Behaviors*, 8, 233-234.

- Wills, T.A., Baker, E. y Botvin, G.J. (1989). Dimensions of assertiveness: Differential relationships to substance use in early adolescence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 473-478.
- Wilson, T.D. & Brekke, N. (1994). Mental contamination and mental correction: Unwanted influences on judgments and evaluations. *Psychological Bulletin*, 116, 177-142.
- Wolpe, J. (1958). *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Palo Alto, California: Standford University Press.
- Wolpe, J. (1971). Neurotic depression: Experimental analog, clinical syndromes, and treatment. *American Journal of Psychotherapy*, 1971, 25, 362-368.
- Wolpe, J. (1977). *La práctica de la terapia de conducta*. México: Trillas. (Original, 1973. *The Practice of Behavior Therapy*. New York: Pergamon Press. Inc)
- Wolpe, J. y Lazarus, A. (1966). *Behavior Therapy Techniques: A Guide to the Treatment of Neuroses*. New York: Pergamon.
- Yamaguchi, K. y Kandel, D. (1984). Patterns of drug use from adolescence to young adulthood: III. Predictors of progression. *American Journal of Public Health*, 74, 673-681.
- Yamaguchi, K. y Kandel, D. (1985). On the resolution of role incompatibility: A life event history of analysis of family roles and marijuana use. *American Journal of Sociology*, 90, 1284-1325.
- Zigler, E. y Phillips, L. (1960). Social effectiveness and symptomatic behaviors. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 61, 231-238.
- Zigler, E. y Phillips, L. (1961). Social competence and outcome in psychiatric disorder. *Journal of Abnormal and Social Psychology*. 63, 264-271.
- Zigler, E. y Phillips, L. (1962). Social competence and the process-reactive distinction in psychopathology. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 65, 215-222.

Dra. D^a. Ángela Rita Martín Caballero

Doctora en Psicología Clínica y de la Salud. Universidad de La Laguna.

Premio Extraordinario de Doctorado en Ciencias de la Salud, por la Universidad de La Laguna, 2009.

Psicóloga Titulada con Especialización en Psicología Clínica.

Máster Universitario en Drogodependencias. Universidad de La Laguna.

Docente Colaboradora del Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos de la Universidad de La Laguna.

Profesora Supervisora de alumnos en prácticas del Máster de Psicología Clínica y de la Salud de la Universidad de La Laguna.

Associate Member of Cognitive Center of Canadá.

Acreditada por el Cognitive Center of Canadá, y el Profesor Ross, para la formación y Asesoramiento de los Programas de Competencia Social R&R y R&R2.

Miembro del Comité Editorial del European Network Victim Support Review.

Psicóloga Clínica de la ACJ SANMIGUEL, desde 1995 hasta la actualidad.

Experiencia Profesional

- Técnico del Ministerio de Justicia, Dirección General de Instituciones Penitenciarias, para el Centro Penitenciario de Tenerife, Participando en el Programa de Educación Integral, actividad principal era evaluar y entrenamiento en Habilidades sociales y competencia social de varios grupos de internos.
- Psicóloga del Proyecto Fénix, Programa de Intervención directa con internos drogodependientes en el Centro Penitenciario de Tenerife, programa que se desarrolla en colaboración entre la ACJ SAN MIGUEL y el Centro Penitenciario de Tenerife. (1992 – 1996).
- Desde Septiembre de 1996, desempeña funciones como Psicóloga Clínica en el Centro de Día “Cercado del Marqués”. Perteneciente a la ACJ SAN MIGUEL.

Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud

- En materia de Prevención (VIH, SIDA, ITS,...), desarrollo del programa de intervención en materia de educación afectivo-sexual con grupos de adolescentes de 3º y 4º de la ESO, dentro del Programa: Educar para la Salud.
- Ha desarrollado actividades asistenciales y participar en el programa de prevención y promoción de la salud con mujeres en riesgo de exclusión social.

Otras Áreas de Actividad

- Diseñar, Coordinar e implementar el Programa de “Autocontrol del comportamiento agresivo y violento”, dirigido a personas sentenciadas por violencia familiar y/o de género.
- Desempeñar funciones de Coordinación del Centro de Día “Cercado del Marqués”, Responsable del Programa de Estancia de Día y Responsable de Formación, Investigación y Documentación para la ACJ. SAN MIGUEL.
- Responsable del Programa de Inserción Social de la ACJ. SAN MIGUEL.
- Coordinación del Proyecto Fénix, Programa de Intervención directa con internos drogodependientes en el Centro Penitenciario Tenerife II, programa que se desarrolla en colaboración entre la ACJ SAN MIGUEL y el Centro Penitenciario de Tenerife.

Docencia

- Amplia experiencia Docente en programas formativos dirigida a alumnado universitario y profesionales sobre temas relacionados con: Habilidades Sociales y Competencia Social; Criminología y Delincuencia; Drogodependencias y Conductas Adictivas; Agresividad y Violencia; Intervención y Conducción de grupos; Terapia Familiar.
- Ponente invitada en varios Seminarios, Simposiums y Congresos, Nacionales, Europeos e Internacionales.
- Dirección y Gestión Técnica y Organizativa de varios Cursos de Formación Especializada y Reciclaje Profesional.
- Presidencia de Comités Científico-Organizador de: Simposium Internacional sobre Criminología y Delincuencia (2008), I Congreso Internacional sobre prevención y tratamiento de la violencia (2009) y Simposium Internacional sobre violencia familiar y consumo de drogas (2010).

Publicaciones

- Varios artículos relacionados con drogodependencias en Revistas Nacionales y Aportaciones en Revistas extranjeras.
- Varias Comunicaciones relacionadas con el Entrenamiento en Habilidades Sociales y Competencia Social, presentadas en Foros científicos Nacionales e Internacionales.
- Varios capítulos de libros, en publicaciones Nacionales e Internacionales.



Gobierno de Canarias
Consejería de Sanidad

