

Efecto Diferencial del Modelo sobre la Conducta Asertiva de Drogodependientes en Abstinencia

La presente tesis es presentada al Departamento de Psicología Social de la Universidad de Sevilla como requisito para la obtención del título de Doctor de,

SAMUEL RUEDA MÉNDEZ,

Sevilla, 2015

Director de Tesis:

JOSÉ MARÍA LEÓN RUBIO

Departamento de Psicología Social
Universidad de Sevilla

"Hazlo o no lo hagas, pero no lo intentes"
Maestro Yoda

*A mi padre y a mi hijo,
porque siempre estaréis en la eternidad de mi corazón*

ÍNDICE

TABLAS Y FIGURAS	v
AGRADECIMIENTOS	x
INTRODUCCIÓN	1
MARCO TEÓRICO	7
MODELO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL DE PREVENCIÓN DE RECAÍDAS	9
ORÍGENES DEL MODELO	10
SISTEMA DE CLASIFICACIÓN DE LOS PRECIPITANTES DE LAS RECAÍDAS	14
DETERMINANTES INMEDIATOS DE LA RECAÍDA	21
ANTECEDENTES ENCUBIERTOS DE LAS SITUACIONES DE ALTO RIESGO	23
ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN DEL MODELO DE PREVENCIÓN DE RECAÍDAS	25
Estrategias específicas de intervención	25
Estrategias de auto-control de estilo de vida global	30
APOYO TEÓRICO Y PRÁCTICO PARA EL MODELO DE PREVENCIÓN DE RECAÍDAS	33
RESUMEN	36
TEORÍA DE LA AUTOEFICACIA	38
Expectativas de eficacia y expectativas de resultado	41
Procesos mediadores de la autoeficacia	45
Procesos cognitivos	45
a) Construcciones cognitivas.....	45
b) Pensamiento inferencial.....	46
Procesos motivacionales	47
a) Teoría de la atribución causal	48
b) Teoría de las expectativas-valor	48
c) Teoría de las metas	48
Procesos afectivos	49
Procesos selectivos.....	50
Fuentes de Evaluación o Información de la Autoeficacia	51
Logros de ejecución.....	52
a) Estructuras de conocimiento preexistentes.....	54
b) Dificultad de la tarea y factores contextuales en el diagnóstico de la información de rendimiento.....	55

c) Esfuerzo realizado	56
d) Automonitorización selectiva y reconstrucción de las experiencias.....	57
e) Trayectorias de logro.....	57
Experiencia vicaria.....	58
a) Procesos del aprendizaje observacional	62
b) Estados afectivos.....	64
c) Modos de Influencia del Modelado	65
d) La Similitud en el Rendimiento.....	67
e) La Similitud de Atributos	68
f) Multiplicidad y diversidad del modelado.....	69
g) Modelado de Afrontamiento versus Modelado de Dominio.....	70
h) Competencia del modelo	72
Persuasión verbal	73
a) Elaboración de las opiniones sobre el desempeño	73
b) Conocimiento y credibilidad.....	74
c) Grado de disparidad de la evaluación	75
Estados fisiológicos y afectivos	76
a) Fuente percibida de activación	76
b) Nivel de activación	77
c) Predisposición Construida.....	78
LAS HABILIDADES SOCIALES COMO INSTRUMENTO PARA LA PREVENCIÓN DE RECAÍDAS....	81
PROPUESTA DE TRABAJO EMPÍRICO.....	88
METODOLOGÍA.....	99
Participantes.....	99
Diseño.....	99
Instrumentos	100
Procedimiento.....	103
ANÁLISIS DE DATOS	105
Análisis de datos para la variable Habilidades Sociales	106
Análisis de datos para la variable Ansiedad Social.....	135
Análisis de datos para la variable Autoeficacia	141
Análisis de datos para la variable Seguridad en las propias capacidades.....	160
COMENTARIOS Y DISCUSIÓN.....	166

CONCLUSIONES	170
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	174
ANEXOS.....	207
ANEXO I. Sesiones de entrenamiento.	208
ANEXO II. Modelo de Permiso para la Implantación del Parche “Pharmchek”	220
ANEXO III. Modelo de “Contrato-Compromiso” para la participación en la investigación ..	221
ANEXO IV. Cuestionario de Seguridad en Situaciones de Riesgo para Consumir	222
ANEXO V. Cuestionario de Habilidades Sociales.	226
ANEXO VI. Hoja de Autorregistro	229
ANEXO VII. Inventario de Situaciones Interpersonales.....	230
ANEXO VIII. Sistema de Evaluación Conductual de la Habilidad Social (SECHS)	233
ANEXO IX. Interpretación de abreviaturas de variables de análisis de datos	237

TABLAS Y FIGURAS

Tabla 1. Análisis de las situaciones de recaída en el estudio de tratamiento aversivo	11
Tabla 2. Porcentaje de episodios de recaída clasificados según situación de riesgo y sustancia de consumo.....	18
Tabla 3. Fuentes de la Autoeficacia Percibida.....	52
Tabla 4. Distribución de participantes según el grupo tratamiento asignado.....	99
Tabla 5. Pruebas de normalidad variable edad según modelo expuesto	105
Tabla 6. Tiempo de consumo según Modelo. Pruebas de normalidad.....	106
Tabla 7. Estadísticos descriptivos de la variable HHSS.....	106
Tabla 8. Estadísticos descriptivos de la variable HHSS según modelo expuesto	107
Tabla 9. Pruebas de normalidad para la variable HHSS según modelo expuesto.....	108
Tabla 10. Rangos promedio en HHSS según grupo experimental.....	109
Tabla 11. Prueba Kruskal-Wallis para la variable HHSS.....	109
Tabla 12. Rangos promedios según modelado en pretest.....	110
Tabla 13. ANOVA no-paramétrico (prueba Kruskal-Wallis)	110
Tabla 14. Prueba U de Mann-Whitney entre los grupos experimentales.....	111
Tabla 15. Prueba U de Mann-Whitney entre grupo con modelo similar vs. grupo control.....	112
Tabla 16. Prueba U de Mann-Whitney entre grupo con modelo experto vs. grupo control....	112
Tabla 17. Prueba de rangos con signo de Wilcoxon pretest vs. postest para el grupo de modelo igual.....	113
Tabla 18. Prueba de Wilcoxon pretest vs. postest para el grupo de modelo igual.....	114
Tabla 19. Prueba de rangos con signo de Wilcoxon pretest vs. postest para el grupo de modelo experto	114
Tabla 20. Prueba de Wilcoxon pretest vs. postest para el grupo de modelo experto.....	115
Tabla 21. Prueba de rangos con signo en pretest vs postest para el grupo control.....	115
Tabla 22. Prueba de Wilcoxon pretest vs. postest para el grupo de modelo experto.....	116
Tabla 23. Estadísticos descriptivos para la variable feedback positivo en competencia social y ansiedad social de la muestra global	117
Tabla 24. Estadísticos descriptivos para la variable feedback positivo en competencia social y ansiedad social del grupo de modelo igual	117
Tabla 25. Estadísticos descriptivos para la variable feedback positivo en competencia social y ansiedad social del grupo de modelo experto	117
Tabla 26. Estadísticos descriptivos para la variable feedback positivo en competencia social y ansiedad social del grupo control	118

Tabla 27. Estadísticos descriptivos para la variable feedback negativo en competencia social y ansiedad social de la muestra global	118
Tabla 28. Estadísticos descriptivos para la variable feedback negativo en competencia social y ansiedad social del grupo de modelo igual	118
Tabla 29. Estadísticos descriptivos para la variable feedback negativo en competencia social y ansiedad social del grupo de modelo experto	119
Tabla 30. Estadísticos descriptivos para la variable feedback negativo en competencia social y ansiedad social del grupo control	119
Tabla 31. Estadísticos descriptivos para la variable HHSS para situaciones de consumo en competencia social y ansiedad social de la muestra global.....	119
Tabla 32. Estadísticos descriptivos para la variable HHSS para situaciones de consumo en competencia social y ansiedad social del grupo de modelo igual	120
Tabla 33. Estadísticos descriptivos para la variable HHSS para situaciones de consumo en competencia social y ansiedad social del grupo de modelo experto	120
Tabla 34. Estadísticos descriptivos para la variable HHSS para situaciones de consumo en competencia social y ansiedad social del grupo control.....	120
Tabla 35. Correlaciones entre jueces para feedback positivo en pretest.....	121
Tabla 36. Correlaciones entre jueces para feedback positivo en posttest.....	122
Tabla 37. Correlaciones entre jueces para feedback negativo en pretest.....	122
Tabla 38. Correlaciones entre jueces para feedback negativo en posttest	123
Tabla 39. Correlaciones entre jueces para HHSS en situaciones de riesgo en pretest	123
Tabla 40. Correlaciones entre jueces para HHSS en situaciones de riesgo en posttest.....	124
Tabla 41. Prueba de rangos promedios de la variable HHSS en situaciones de riesgo para competencia social y ansiedad social según el modelo expuesto en pretest.....	125
Tabla 42. Prueba de ANOVA K-S de la variable HHSS en situaciones de riesgo para competencia social y ansiedad social en pretest.....	125
Tabla 43. Prueba de rangos promedios de la variable HHSS en situaciones de riesgo para competencia social y ansiedad social según el modelo expuesto en posttest	126
Tabla 44. Prueba de ANOVA K-S de la variable HHSS en situaciones de riesgo para competencia social y ansiedad social en posttest.....	127
Tabla 45. Prueba U de Mann-Whitney para comparar las HHSS observadas en modelo igual vs. experto en el posttest	128
Tabla 46. Prueba U de Mann-Whitney para comparar las HHSS observadas en modelo igual vs. control en el posttest	128
Tabla 47. Prueba U de Mann-Whitney para comparar las HHSS observadas en modelo experto vs. control en el posttest	129

Tabla 48. Prueba de rangos con signo de Wilcoxon para grupo igual pretest vs. postest.....	130
Tabla 49. Prueba de significación para grupo igual pretest vs. postest.....	131
Tabla 50. Prueba de rangos con signo para grupo experto pretest vs postest.....	132
Tabla 51. Prueba de significación para grupo experto pretest vs. postest.....	133
Tabla 52. Prueba de rangos con signo para grupo control pretest vs. postest.....	134
Tabla 53. Prueba de significación para grupo control pretest vs. postest.....	134
Tabla 54. Estadísticos descriptivos para Ansiedad Social.....	135
Tabla 55. Pruebas de normalidad de la variable Ansiedad Social en pretest.....	136
Tabla 56. Rangos promedio para nerviosismo y frecuencia según grupo experimental en pretest.....	137
Tabla 57. Prueba de Homogeneidad para nerviosismo y frecuencia en pretest	137
Tabla 58. Rangos promedio para nerviosismo y frecuencia según grupo experimental en postest.....	137
Tabla 59. Prueba de Homogeneidad para nerviosismo y frecuencia en postest.....	138
Tabla 60. Pruebas de rangos con signos de Wilcoxon para nerviosismo y frecuencia en grupo igual pretest vs. postest	139
Tabla 61. Prueba de Wilcoxon para las dimensiones nerviosismo y frecuencia en grupo igual pretest vs postest.....	139
Tabla 62. Pruebas de rangos con signos de Wilcoxon para nerviosismo y frecuencia en grupo experto pretest vs. postest	139
Tabla 63. Prueba de Wilcoxon para nerviosismo y frecuencia en grupo experto pretest vs postest.....	140
Tabla 64. Pruebas de rangos con signos de Wilcoxon para nerviosismo y frecuencia en grupo control pretest vs. postest	140
Tabla 65. Prueba de Wilcoxon para las dimensiones nerviosismo y frecuencia en grupo igual pretest vs postest.....	140
Tabla 66. Estadísticos descriptivos para la variable autoeficacia percibida.....	141
Tabla 67. Estadísticos descriptivos para autoeficacia en el grupo igual	142
Tabla 68. Estadísticos descriptivos para autoeficacia en el grupo experto	142
Tabla 69. Estadísticos descriptivos para autoeficacia en el grupo control	143
Tabla 70. Pruebas de normalidad para la variable autoeficacia en pretest.....	144
Tabla 71. Rangos promedios de las dimensiones de autoeficacia por grupo experimental en pretest.....	145
Tabla 72. Prueba K-W de las dimensiones de autoeficacia percibida por grupo experimental en pretest.....	146

Tabla 73. Prueba de rangos promedios para la dimensión momentos agradables con otros pretest de la variable autoeficacia comparando grupo igual vs grupo experto.....	146
Tabla 74. Comparación entre grupo igual y grupo experto en la variable momentos agradables con otros en pretest	146
Tabla 75. Prueba de rangos promedios para la dimensión momentos agradables con otros pretest de la variable autoeficacia comparando grupo igual vs grupo control	147
Tabla 76. Comparación entre grupo igual y grupo control en la variable momentos agradables con otros en pretest	147
Tabla 77. Prueba de rangos promedios para la dimensión momentos agradables con otros pretest de la variable autoeficacia comparando grupo experto vs grupo control	147
Tabla 78. Comparación entre grupo experto y grupo control en la variable momentos agradables con otros en pretest.....	147
Tabla 79. Rangos promedio obtenidos en el postest por cada grupo en las distintas dimensiones de la autoeficacia percibida	149
Tabla 80. ANOVA no paramétrico en el postest por cada grupo en las distintas dimensiones de la autoeficacia percibida	150
Tabla 81. Prueba de rangos promedios de autoeficacia percibida para el grupo igual y experto en postest.....	150
Tabla 82. Comparación entre grupo igual y experto en autoeficacia en postest	151
Tabla 83. Prueba de rangos promedios de autoeficacia percibida para el grupo igual y control en postest.....	151
Tabla 84. Comparación entre grupo igual y control en autoeficacia en postest	152
Tabla 85. Prueba de rangos promedios de autoeficacia para el grupo experto y control en postest.....	152
Tabla 86. Comparación entre grupo experto y control en autoeficacia en postest	153
Tabla 87. Prueba de rangos promedios de autoeficacia percibida para el grupo igual en pretest vs postest	154
Tabla 88. Comparación de autoeficacia para el grupo igual en pretest vs postest	155
Tabla 89. Prueba de rangos promedios de autoeficacia para el grupo experto en pretest vs postest.....	155
Tabla 90. Comparación de autoeficacia para el grupo experto en pretest vs postest	157
Tabla 91. Prueba de rangos promedios de autoeficacia para el grupo control en pretest vs postest.....	157
Tabla 92. Comparación de autoeficacia para el grupo control en pretest vs postest	159
Tabla 93. Estadísticos descriptivos para autoeficacia total en muestra completa	160
Tabla 94. Estadísticos descriptivos para autoeficacia total en grupo igual.....	160

Tabla 95. Estadísticos descriptivos para autoeficacia total en grupo experto.....	160
Tabla 96. Estadísticos descriptivos para autoeficacia total en grupo control.....	160
Tabla 97. Pruebas de normalidad para autoeficacia en cada grupo experimental	161
Tabla 98. Prueba de rangos promedio para autoeficacia según modelo expuesto en pretest y postest.....	161
Tabla 99. ANOVA no paramétrico para autoeficacia según modelo expuesto en pretest y postest.....	161
Tabla 100. Comparación para autoeficacia postest entre grupo igual y grupo experto	162
Tabla 101. Comparación para autoeficacia postest entre grupo igual y grupo control	162
Tabla 102. Comparación para autoeficacia postest entre grupo experto y grupo control.....	163
Tabla 103. Prueba de rangos promedios para autoeficacia percibida en grupo igual pretest vs postest.....	163
Tabla 104. Comparación para autoeficacia en grupo igual entre pretest vs postest	163
Tabla 105. Prueba de rangos promedios para autoeficacia percibida en grupo experto pretest vs postest	164
Tabla 106. Comparación para autoeficacia en grupo experto entre pretest vs postest	164
Tabla 107. Prueba de rangos promedios para autoeficacia percibida en grupo control pretest vs postest.....	164
Tabla 108. Comparación para autoeficacia en grupo control entre pretest vs postest	165
Figura 1. Modelo Cognitivo-Conductual para la Prevención de Recaídas	13
Figura 2. Antecedentes de las situaciones de alto riesgo	23
Figura 3. Estrategias de intervención específicas y globales basadas en el Modelo de Prevención de Recaídas.	26
Figura 4. Diferencia entre expectativas de resultado y expectativas de eficacia	42

AGRADECIMIENTOS

"La gratitud es la memoria del corazón."

Lao Tse

Me gustaría empezar agradeciendo al Departamento de Psicología Social de la Universidad de Sevilla y a su Director la posibilidad que me han brindado de poder realizar este trabajo en sus instalaciones y con sus recursos materiales disponibles. En este mismo sentido, no puedo olvidar al Ministerio de Educación, Cultura y Deporte del Gobierno de España por facilitarme una beca de formación de personal investigador, que me permitió dedicarme en exclusiva a las tareas de esta tesis. Además, esta institución me permitió vivir la excelente oportunidad de viajar hasta Seattle donde estudié en el *Addictive Behavior Research Center* de la Universidad de Washington, con el profesor Gordon Alan Marlatt. Durante mi estancia en este centro, el profesor Marlatt me acogió calurosamente, me permitió acudir a sus clases y, me orientó y aconsejó sobre mi investigación; por todo ello, le estaré eternamente agradecido, y espero que, esté donde esté, siga con tu eterna sonrisa (d.e.p.).

Por otro lado, no puedo dejar de mandar mi más sincero agradecimiento a todas aquellas personas, compañeros/as y amigos/as, del Departamento de Psicología Social que con su ayuda, aliento y energía me han permitido completar este trabajo. A todos/as ello/as, muchas gracias.

La pieza clave de todo este trabajo han sido mis "participantes"; sin ellos esta investigación nunca hubiera existido ni tendría razón de ser. Ellos/as me dieron a conocer un mundo que desconocía hasta entonces, y me enseñaron a ser sensible a una dura realidad que no siempre es visible en nuestra sociedad. Pero, entre todos ellos, me gustaría darle las gracias a Eduardo: su compromiso e implicación, sus preguntas y sus reflexiones, lograron que me apasionara aún más con este proyecto. No sólo fue un participante más, sino que se convirtió en un amigo. Por todo ello, muchas gracias Edu.

También me gustaría agradecer a todas aquellas personas que durante toda mi vida han contribuido de una manera u otra a hacer de mí la persona que soy: desde a mis profesores/as del instituto y de la universidad, hasta cada uno de los/as monitores que modelaron mis inquietudes e intereses por los problemas sociales y el compromiso con los demás.

Entre todos ellos, me gustaría darle las gracias de manera muy especial a José María León, mi director de tesis, mi compañero y mi amigo. Su sabiduría, sus consejos y su ejemplo siempre han sido un referente para mí.

Por supuesto, no me puedo olvidar de mi segunda familia: mis amigos/as. A ellos/as les debo el perseverar en este proyecto aún a pesar de las dificultades y obstáculos que se presentaron. Sin vuestro hombro, sin vuestro interés y ánimos, el camino hasta aquí hubiera sido aún más duro. Y en especial, quiero resaltar a mi “hermana” Susana, que siempre está ahí; y a mi “hermano” Ginés, por colaborar en los últimos momentos de este trabajo, pero sobre todo, muchas gracias por tu infinito amor incondicional.

También me gustaría mencionar aquí mi gratitud a “El Kanka”, por acompañarme durante la escritura de este trabajo y por la positividad con la que cantas a la vida. Por eso, quiero hacer con Pierre Nodoyuna y contigo “un brindis preventivo por si acaso todo sale bien”.

Mucha de la culpa de por qué he llegado hasta aquí la tiene mi querida y admirada compañera, pero sobre todo, amiga Silvia Medina: una gran persona a la que siempre le agradeceré que confiara en mí, incluso cuando yo no lo hice. Muchas gracias por querer ser mi amiga y mi apoyo.

A mis hermanas y mi sobrina, por ser parte de mi vida: muchas gracias por ser y estar ahí.

A mi madre, por su paciencia, entrega y sacrificio para que todos sus hijos pudieran estudiar y lográramos todo aquello que nos propusimos en la vida. Te quiero, mamá; muchas gracias mamá.

“¿Qué hay de lo tuyo?” siempre me preguntaba él. Sin querer presionar, pero sin dejar de interesarse, él siempre estaba atento a todo y a todos. Eternas gracias Papá.

Como no podía de otra manera, quisiera darle mil gracias a mi compañera Noelia, por soportar de manera estoica los últimos meses de trabajo, por ser mi soporte, por ser mi “mujer de verde”, y por infinitas cosas más que hacen que te quiera cada día: *“happy thank you more please”*.

Y por último, pero no menos importante, quiero darle las gracias a mi hijo Nilo: porque los días y las noches de trabajo eran menos duras cuando escuchaba tu sonrisa y tu voz; porque jugar contigo han sido mi puerto y mi recogida para continuar y finalizar este trabajo.

A todos/as y a cada uno/a: ¡GRACIAS POR TODO!

INTRODUCCIÓN

“De la igualdad de habilidades surge la igualdad de esperanzas en el logro de nuestros fines.”

Thomas Hobbes

El marco teórico elegido para el desarrollo de esta tesis es el Modelo Cognitivo-Comportamental del proceso de prevención de recaída de Marlatt y Gordon (1985), este modelo encuentra sus fundamentos en la Teoría Social Cognitiva de Bandura (1982; 1986), y en su posterior desarrollo en la Teoría de la Autoeficacia (1997, 2001). Integra las contribuciones de la Teoría del Aprendizaje (condicionamiento clásico y operante), la Psicología Cognitivo-Social (expectativas de resultados, autoeficacia y teoría de la atribución) y la investigación sobre estrategias de prevención y control del estrés (habilidades sociales y entrenamiento en estrategias de afrontamiento) con objeto de aplicar los principios de la Psicología Conductual-Cognitiva al tratamiento de las adicciones y las recaídas.

El grado de capacidad percibida o control ejercido sobre el comportamiento es medido respecto a los niveles de exigencia de la tarea, y si no existen obstáculos que superar, la actividad resultará fácil de ejecutar. Sin embargo, la mayoría de las personas que buscan cambiar un comportamiento patogénico, como el abuso de drogas, experimentarán algún revés que con frecuencia conduce a una recaída. Entre el 40% y el 60% de los drogadictos sufren algún episodio de recaída trascurrido un año de la finalización del tratamiento (McLellan, Lewis, O'Brien, & Kleber, 2000; O'Brien & McLellan, 2013).

En el caso de los adictos a la cocaína, las recaídas son aún más frecuentes (Dutra et al., 2008) y son uno de los problemas más difíciles al que se enfrentan los investigadores y los clínicos que trabajan en este ámbito (Sánchez-Hervás & Llorente, 2012). Si abandonar un comportamiento problemático como el uso de cocaína puede ser difícil, mantener un estilo de vida sin retornar a dicho comportamiento es aún más complicado.

Una estrategia de tratamiento puede ser eficaz para lograr que las personas se inicien en la conducta de abandono del abuso de drogas, pero ineficaz en el mantenimiento del cambio a lo largo del tiempo y evitar la recaída. Esta distinción entre el inicio y el mantenimiento de un cambio de comportamiento fue lo que nos determinó a elegir como guía teórica de este estudio empírico la Teoría de la Autoeficacia de Bandura y el Modelo Cognitivo-Comportamental para la Prevención de Recaídas de Marlatt y Gordon, uno de cuyos ejes fundamentales es la propia Teoría de la Autoeficacia.

Además, no podemos olvidar que, como dice Francisco Villamarín (1990) (pág. 47), *“los procedimientos de intervención psicológica, cualquiera que sea su forma, sirven como instrumentos para modificar la autoeficacia que actúa como mecanismo mediador. La modificación de la autoeficacia, a su vez, determina la magnitud del cambio de comportamiento”*.

El Modelo Cognitivo-Comportamental de Prevención de Recaídas sostiene que la probabilidad de recaer aumenta cuando las habilidades de afrontamiento son inadecuadas, ya que esto disminuye la autoeficacia de manejo; término que hace referencia a las expectativas sobre las capacidades propias para hacer frente a las situaciones de alto riesgo de recaída (Mahdi & Karimi, 2012; Marlatt, Baer, & Quigley, 1999; Marlatt & Gordon, 1985).

Dentro de estas habilidades de afrontamiento, las habilidades sociales (a partir de ahora, HHSS) son consideradas como una parte fundamental del repertorio de las estrategias que reducirá el riesgo de recaída, ya que un porcentaje importante de las situaciones críticas tienen un componente interpersonal (Marlatt, 1996b; Marlatt & Gordon, 1985). Por lo tanto, si la persona adicta no tiene las HHSS adecuadas para hacer frente con eficacia a las situaciones de alto riesgo, es probable que la persona recaiga en el problema de abuso de sustancia (Martínez, Pedroza, Salazar, & Vacio, 2014), sobre todo si ésta es la cocaína (Sánchez-Hervás et al., 2012; Sánchez-Hervás & Llorente-del-Pozo, 2012).

En resumen, existen muchas evidencias positivas sobre la importancia de las HHSS para la prevención de la recaída en el consumo de drogas y sobre la efectividad de los entrenamientos en HHSS dentro de las intervenciones cognitivo-conductuales para su prevención (Ham & Garcia, 2010; López-Torrecillas, Salazar, Rueda, & Fernández, 2014).

Sin embargo, uno de los principales problemas que existen a la hora de diseñar programas de Entrenamiento en Habilidades Sociales (EHS) dirigidos a drogodependientes es elegir modelos de conducta eficaces que nos permitan lograr la adquisición de habilidades adecuadas en este colectivo.

De hecho, y a excepción de escasas investigaciones que estudian cómo afecta en la autoeficacia la exposición a modelos con distintas características (George, Feltz, & Chase, 1992; Gould & Weiss, 1981; Schunk & Hanson, 1985; Schunk & Zimmerman, 1997), no existen (o al menos no han sido localizados por el autor) estudios que aborden el efecto diferencial del tipo de modelo en la adquisición de HHSS en población drogodependiente y su efecto en la

autoeficacia personal. Todo ello a pesar de la importancia del tema, teórica y práctica, ya que la autoeficacia es el proceso que media cualquier cambio de comportamiento, y este tipo de expectativas requieren en su génesis de una similitud de rendimiento y atributos compartidos con el modelo, lo que incrementa la probabilidad de éxito de los EEHHSS.

Así pues, partimos de la idea de que la Teoría de la Autoeficacia proporciona un extenso y comprobado cuerpo teórico sobre los determinantes y los mecanismos psicológicos que gobiernan el aprendizaje observacional de las competencias conductuales y sociales, las habilidades cognitivas y las tendencias emocionales y, que permiten explicar las variaciones en el impacto de las influencias del modelado en las creencias de eficacia y en el funcionamiento sociocognitivo (Bandura, 1986, 1997; Bates, Bowden, & Barry, 2002; Rosenthal & Zimmerman, 1972a, 1972b; Schunk & Hanson, 1985).

Por ello, nos planteamos estudiar qué modelo sería más eficaz para entrenar HHSS a drogodependientes en abstinencia, y para aumentar la autoeficacia de manejo para afrontar situaciones de riesgo para la recaída: bien un modelo de características similares o un modelo experto que exhibiese de forma adecuada las conductas objeto de entrenamiento, siguiendo los principios de la Teoría del Aprendizaje Social.

Los resultados que se esperan de esta investigación, y que se pretenden poner a prueba son los siguientes: a) el modelo semejante a los observadores será más efectivo que el modelo experto para la adquisición de las HHSS para la prevención de recaídas; b) las HHSS para la prevención de recaídas de los participantes aumentarán tras el EHS en comparación con sus niveles iniciales; c) la ansiedad social experimentada por las personas participantes en el EHS descenderá al finalizar éste en comparación con los niveles que presentaban antes del entrenamiento; d) la exposición a un modelo semejante durante el EHS aumentará más la autoeficacia de manejo de las situaciones de riesgo en comparación con los expuestos a un modelo experto, lo que redundará en un mayor incremento de las HHSS específicas para situaciones de riesgo de consumo y una disminución mayor de la ansiedad experimentada en dichas situaciones, así como una mayor interacción en las mismas.

En cuanto a la metodología adoptada para dar respuesta las hipótesis cabe señalar que se adoptó el Enfoque de las Habilidades Sociales como procedimiento de intervención psicológica para aumentar la autoeficacia de manejo para las situaciones de alto riesgo de recaída. La eficacia de los Entrenamientos en Habilidades Sociales está ampliamente probada. Sus

fundamentos teóricos y metodológicos están en las teorías del Aprendizaje Social y, en la correcta aplicación de los principios de la Modificación y Terapia de conducta (García-Vera, Sanz, & Gil, 1998).

Siguiendo estos principios, se diseñó un programa de EHS para la prevención de recaídas en las situaciones interpersonales de alto riesgo planteadas por Marlatt y Gordon (1985). En este sentido, las HHSS entrenadas fueron: a) habilidades para iniciar, mantener y terminar conversaciones; b) saber decir no; c) realizar críticas; d) aceptar críticas; e) expresión de emociones positivas; f) recepción de emociones positivas; g) expresión de emociones negativas; y, h) recepción de emociones negativas.

Para dar respuesta a las hipótesis planteadas se utilizó un diseño pretest – postest con grupo control en el que participaron 19 personas (17 varones y 2 mujeres) poliadictas en abstinencia, con edades comprendidas entre los 19 y 42 años y un tiempo de consumo medio de 8,21 años.

Los participantes se dividieron de manera aleatoria entre las distintas condiciones de la variable de estudio *modelo expuesto*, quedando distribuidos de la siguiente manera: a) grupo igual: 6 personas; b) grupo experto: 6 personas; y, c) grupo control: 7 personas.

Para la evaluación de las variables de nuestro estudio se utilizaron los siguientes instrumentos:

- Para las Habilidades Sociales, el Cuestionario de Asertividad en Población Drogodependiente de Callner y Ross (1976) y el Sistema de Evaluación Conductual de la Habilidad Social (SECHS) de Caballo (1997).
- Para la Ansiedad Social, el Inventario de Situaciones Interpersonales (Inventory of Interpersonal Situations - IIS) de Van Dam-Baggen y Kraaimaat (1999).
- Para medir la Autoeficacia Percibida se empleó el Cuestionario de Confianza en Situaciones de Riesgo para Consumir (Drug Taking Confidence Questionnaire – DTCQ; (Annis & Martin, 1985; Sklar et al., 1997; Sklar & Turner, 1999).
- Para el control de la Abstinencia de los participantes en el programa, se utilizó un sistema de parches de detección del consumo de drogas mediante la sudoración llamado “Parche Pharmchek”.

Los resultados relativos a la variable *Habilidades Sociales Total* que mide los resultados globales del cuestionario de Callner y Ross, así como los relativos a la competencia social en situaciones relacionadas con el consumo de drogas (tanto medida por autoinforme como

registrada por observación), confirmaron nuestra hipótesis, pues las pruebas de contraste efectuadas ponen de manifiesto que los grupos de entrenamiento rinden por encima del grupo control, de forma significativa.

Los resultados relativos a la variable *Ansiedad Social* confirman la hipótesis formulada, ya que ambos grupos de entrenamiento reducen sus niveles en el factor nerviosismo y aumentan la frecuencia de interacción en situaciones de riesgo, aunque dicho efecto es más significativo en el caso de las personas expuestas a un modelo similar en atributos a ellas. Por el contrario, las personas del grupo control no modificaron sus puntuaciones iniciales.

Los resultados obtenidos nos permiten afirmar que el EHS tiene un efecto positivo sobre el incremento de la *autoeficacia de manejo*, pero dicho efecto sólo es claro y concluyente en el caso del entrenamiento con un modelo igual, pues fue este grupo el que mejoró sus puntuaciones pretest en todas las dimensiones de autoeficacia consideradas y el que presentó diferencias significativas con el grupo control en la puntuación total de confianza en situaciones de riesgo. El grupo de entrenamiento con un modelo experto fue menos consistente al respecto y en algunos casos se comportó prácticamente igual que el grupo control. Por tanto, aunque el entrenamiento es necesario para mejorar y mantener la autoeficacia no es una condición suficiente; es decir, no vale cualquier tipo de entrenamiento, sino que se precisa considerar de forma específica los procesos y mecanismos de aprendizaje implicados en el mismo, entre ellos, de forma muy especial, el modelado.

Por último, los resultados obtenidos no dejan dudas al respecto: la exposición a un modelo igual frente a la exposición a un modelo experto aumentan de forma significativa las puntuaciones de todas las dimensiones de autoeficacia, al tiempo que se mejoran las habilidades sociales eficaces para afrontar situaciones de riesgo y disminuye el malestar emocional o nerviosismo que puede experimentarse en este tipo de contextos y situaciones. No hay dudas, la exposición a un modelo semejante aumenta la autoeficacia de forma diferencial y ello redundará en una mayor competencia social y un menor malestar emocional.

En conclusión, a la luz de nuestros resultados podríamos afirmar que, aunque el entrenamiento es necesario para mejorar y mantener la autoeficacia no es una condición suficiente. Es decir, no vale cualquier tipo de entrenamiento, sino que se precisa considerar de forma específica los procesos y mecanismos de aprendizaje implicados en el mismo, entre ellos, de forma muy especial, el modelado.

Todo lo anterior tiene una implicación práctica directa y clara que no queremos dejar de resaltar: en la mayoría de los casos, las intervenciones orientadas a la mejora de las habilidades de afrontamiento para la prevención de recaídas suelen estar implementadas por profesionales de distintas áreas de conocimiento, las cuales podrían aumentar en eficiencia y efectividad si se incluyeran en ellas a personas no-profesionales que hayan pasado por un proceso similar a la persona en tratamiento. Sin lugar a dudas, hemos podido comprobar que los procesos de identificación con el modelo similar han tenido unos efectos sobre la autoeficacia de manejo percibida muy importantes. Por tanto, solicitar la ayuda y la participación de personas “ex-adictas” en este tipo de programas puede llegar a ser de gran utilidad.

En cualquier caso, todo ello requeriría de una mayor evidencia empírica a partir de investigaciones que clarifiquen los procesos específicos que facilitan que las personas entrenadas aumenten la confianza en sus propias capacidades para manejar situaciones de riesgo de recaídas.

Por último, sería necesario también ampliar y profundizar en el estudio de qué atributos del modelo similar están jugando un papel clave a la hora de aumentar la autoeficacia percibida. ¿Qué atributos del modelo pueden ayudar a aumentar más la confianza de los adictos en sus habilidades de afrontamiento en situaciones de recaídas? Podemos suponer que, además de las planteadas por la literatura, la sustancia de consumo, el tiempo de consumo y el tiempo en abstinencia pueden jugar un papel relevante. Sin embargo, pensamos que es necesario seguir creando más evidencia empírica a este respecto para dilucidar qué atributo o atributos son los más relevantes.

MARCO TEÓRICO

"El infierno está lleno de buenas intenciones" es un dicho popular que inspiró este trabajo. ¿Cuántas veces se plantea un fumador dejarlo? Mark Twain dijo: *"Dejar de fumar es fácil; yo lo he hecho mil veces"*.

Esta sabiduría popular ha de buscar su contrastación empírica a través de la formulación de problemas de investigación como los que se plantea la Psicología Social de la Salud. La atención creciente que está recibiendo el estudio de los comportamientos de salud en esta disciplina es reflejo de la importancia del problema planteado. Por qué las personas adoptan un curso de acción saludable o por el contrario se inmiscuyen en un hábito de riesgo para su salud es la pregunta a resolver por nuestra disciplina. Sería razonable pensar que todos actuamos a favor de nuestra salud. La evidencia es bien diferente, la mayoría de las personas que buscan cambiar un comportamiento patogénico (sedentarismo, dormir pocas horas, fumar, etc.) experimentarán algún tipo de "caída", retroceso o revés que a menudo conducen a una recaída (Polivy & Herman, 2002). Aspecto éste que en el caso de las conductas adictivas requiere de una especial atención por su carácter crónico y recidivante (Annis, 1991; Annis & Davis, 1991). Todo lo cual requiere prestar atención investigadora a los factores que afectan al proceso de recaída y al desarrollo de las estrategias de tratamiento para su prevención y afrontamiento, dado el mal pronóstico que presentan las recaídas en este ámbito (Annis, 1986; Marlatt & Gordon, 1985; Witkiewitz & Marlatt, 2004).

En la revisión meta-analítica realizada por Dutra y cols. (2008) sobre los resultados de las intervenciones psicosociales en el uso de sustancias, las tasas de éxito de estos programas son bastante moderados, ya que aproximadamente un tercio de las personas recaían tras completar el tratamiento. Este dato es consistente con las distintas investigaciones que también han tratado de evaluar las tasas de recaída tras un tratamiento de recuperación de la drogadicción (Hunt, Barnett, & Branch, 1971; McLellan et al., 2000; O'Brien & McLellan, 2013), ya que están de acuerdo en afirmar que entre el 40% y el 60% de los drogadictos sufren algún episodio de recaída trascurrido un año de la finalización del tratamiento.

En el caso de los adictos a la cocaína, las recaídas son aún más frecuentes (Dutra et al., 2008) y son uno de los problemas más difíciles al que se enfrentan los investigadores y los clínicos que trabajan en este ámbito (Sánchez-Hervás & Llorente-del-Pozo, 2012). La mayoría de los profesionales reconocen que si bien abandonar un comportamiento problemático como el uso

de cocaína puede ser difícil, mantener un estilo de vida sin retornar a dicho comportamiento puede llegar a ser aún más complicado. Todos tenemos en muchas ocasiones la intención de no volver a realizar actos nocivos para nuestra salud, ahora bien, durante cuánto tiempo somos capaces de mantener el hábito saludable sin volver a caer en la tentación o en el comportamiento de riesgo es la pregunta de interés para los psicólogos de la salud.

Ahora bien, ¿cómo se definiría el concepto de recaída? Pues hoy día sigue existiendo un cierto debate sobre esta definición, lo cual supone uno de los primeros problemas con los que se enfrenta este campo de investigación. Según la revisión realizada por Donovan (1996), la recaída ha sido definida de muy distintas maneras:

- a) Un proceso que gradualmente e insidiosamente lleva a la iniciación del consumo de la sustancia
- b) Un evento discreto que se define por una caída o una vuelta al consumo de la sustancia.
- c) La vuelta al consumo de la sustancia con la misma intensidad que en los niveles anteriores al tratamiento
- d) El consumo diario de la sustancia durante un determinado periodo temporal
- e) Una consecuencia que lleva a la necesidad de iniciar de nuevo el tratamiento.

Marlatt y Gordon (1985) y Marlatt (1996a, 1996b) establecieron una distinción conceptual, ampliamente aceptada hoy en día, entre el “lapso”, el “desliz” o la “caída temporal”, y la “recaída”. La primera sería entendida como el primer consumo puntual de una sustancia después de un período de abstinencia. Los “lapsos” pueden ser consumos esporádicos de una sustancia o episodios de consumo intenso durante unos días. En palabras de Marlatt y Gordon, un “lapso” se definiría como un obstáculo o retroceso en el intento de una persona por cambiar o modificar la conducta adictiva. Si bien es cierto que tras un “caída” las probabilidades de sufrir una recaída aumentan, no es menos cierto que en algunos casos se convierte en una experiencia de aprendizaje positiva que ayuda a la recuperación (Marlatt & Gordon, 1985).

Por otro lado, el concepto de la “recaída” supondría el retorno a la conducta dependiente que se había intentado cambiar, recuperando o no los niveles de la línea base anterior al tratamiento. Es decir, supondría el uso continuado de la sustancia después del desliz inicial y se entendería como el resultado de una dinámica que se va desarrollando a lo largo del tiempo y

de un modo gradual. Por tanto, la recaída se podría definir como: una interrupción en el intento de cambiar una conducta y que juega un papel importante en la evaluación de la eficacia de los tratamientos diseñados para promover el cese del consumo de droga (Marlatt, Parks, & Witkiewitz, 2002).

Así pues, la recaída, por definición, implica una falta de mantenimiento del cambio de comportamiento, en lugar de un fracaso para iniciar el cambio. Los enfoques de la teoría del aprendizaje social, y específicamente la teoría de la autoeficacia de Bandura, sostienen que los procedimientos más eficaces para inducir un cambio de comportamiento pueden no ser las técnicas más eficaces para producir la generalización y el mantenimiento de los efectos del tratamiento (Bandura, 1977, 1982, 1986, 1997, 1999, 2001; Gorges & Göke, 2015). Es decir, una estrategia de tratamiento puede ser muy eficaz en la iniciación de un cambio en la conducta de abuso de drogas de una persona, pero ineficaz en el mantenimiento del cambio a lo largo del tiempo y evitar la recaída. Esta distinción entre el inicio y el mantenimiento de un cambio de comportamiento es de importancia central en nuestra elección de la Teoría de la Autoeficacia de Bandura y del Modelo Cognitivo-Comportamental para la Prevención de Recaídas de Marlatt y Gordon, como los marcos idóneos para guiar el desarrollo de procedimientos de prevención de la recaída de problemas de la conducta de la drogadicción.

MODELO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL DE PREVENCIÓN DE RECAÍDAS

“Cada fracaso le enseña al hombre algo que necesitaba aprender”.

Charles Dickens

La recaída o el retorno al consumo excesivo de drogas tras un periodo de abstinencia, se produce en muchos adictos que han sido sometidos a tratamiento. Los enfoques tradicionales de tratamiento de las adicciones a menudo conceptualizan la recaída como un estado final, un resultado negativo equivalente al fracaso del tratamiento. Por lo tanto, esta perspectiva considera sólo un resultado dicotómico del tratamiento, esto es, una persona está en abstinencia o en recaída. En contraste, varios modelos de recaída que se basan en teorías cognitivas sociales o de comportamiento enfatizan la recaída como un proceso de transición, una serie de eventos que se desarrollan con el tiempo (Annis, 1986, 1991; Annis & Davis, 1991; Litman, Eiser, Rawson, & Oppenheim, 1979; Marlatt & Gordon, 1985). Según estos modelos, el proceso de recaída comienza antes del primer consumo después del tratamiento y continúa después de éste. Esta conceptualización ofrece un marco conceptual más amplio para

intervenir en el proceso de recaída para prevenir o reducir los episodios de recaída y con ello mejorar los resultados del tratamiento.

En este apartado se presentará uno de los modelos sobre los antecedentes de recaída más influyentes y estudiados, y las medidas de tratamiento que se pueden tomar para prevenir o limitar la recaída después de finalizar el tratamiento. En concreto hablamos del Modelo de Prevención de Recaídas (MPR) desarrollado por Marlatt y Gordon en 1985.

ORÍGENES DEL MODELO

La teoría cognitiva-conductual de prevención de recaídas surge a finales de los años 70 cuando Gordon Alan Marlatt y sus colegas se interesaron por estudiar la efectividad de las terapias aversivas para el tratamiento del alcoholismo (Marlatt, 1978, 1979). Los resultados mostraron que la condición de terapia aversiva producía una reducción significativa en el consumo de alcohol y en la tasa de recaídas en el periodo de tres meses, cuando se comparaba con un grupo control. Sin embargo, un alto porcentaje de sujetos (alrededor del 75%) habían experimentado uno o más episodios de bebida en ese periodo. Un año más tarde, a los quince meses de haber aplicado el tratamiento, no existía ninguna diferencia significativa entre el grupo de tratamiento y el de control. Por tanto, se hizo evidente que era necesario añadir algo a la terapia de aversión para mejorar el mantenimiento de los efectos beneficiosos que se encontraban en los tres primeros meses de seguimiento.

Una posible solución planteada fue la de entrenar a las personas en una respuesta alternativa de escape o evitación cuando se presentaran señales asociadas con el consumo. Mantener la abstinencia parece más probable si el paciente es capaz de dar una respuesta incompatible con el consumo en las situaciones asociadas con el mismo. Por ejemplo, si un paciente alcohólico recae en respuesta a un contexto asociado con estados emocionales negativos, como la ansiedad, proporcionar al individuo respuestas que tengan un mismo valor funcional puede prevenir la recaída (por ejemplo, meditación, entrenamiento en relajación, etc.).

Para llevar esto a cabo, parecía importante evaluar cuidadosamente las señales asociadas con la vuelta a la bebida, haciendo un análisis detallado de los acontecimientos que precedían y coincidían con la recaída en los sujetos tratados. Se esperaba así, identificar los indicios contextuales que señalaran la elección entre la respuesta de beber (recaída) y una respuesta alternativa (no beber, evitación, escape o realización de alguna otra respuesta incompatible con la bebida) (Marlatt, 1996b). En suma, se trataba de realizar un análisis detallado del lapso

inicial con el fin último de evaluar la generalización y el mantenimiento de la terapia aversiva (Larimer, Palmer, & Marlatt, 1999).

A partir de los datos analizados sobre los determinantes situacionales para el inicio de una caída o recaída tres meses después del tratamiento, se estableció la primera categorización de situaciones precipitantes de las recaídas, que contenía los siguientes elementos: frustración e ira, presión social, tentación intrapersonal, estado emocional negativo y miscelánea de otras situaciones (Marlatt, 1979)

Tabla 1. Análisis de las situaciones de recaída en el estudio de tratamiento aversivo (Marlatt, 1979; Marlatt y Gordon, 1985)

Categoría situacional	Ejemplo	n	%
Frustración y enfado	El sujeto llama a su mujer (están separados), ella le cuelga; él se enfada y se pone a beber.	14	29
Presión Social	El sujeto va con sus amigos al bar después de trabajar, ellos lo presionan para que beba con ellos y él no puede resistirse.	11	23
Tentaciones intrapersonales	El sujeto pasea cerca de un bar e inconscientemente entra sin razón alguna; no puede resistir la tentación y se pone a beber.	10	21
Estado emocional negativo	El sujeto vive sólo, no trabaja, se aburre y se siente inútil; no encuentra motivos por los que no debería beber.	5	10
Otras situaciones	El sujeto dice que todo le va bien y que quiere celebrarlo tomando una copa.	5	10
Ninguna situación dada o imposibilidad de recordarla		3	7

Al observar los resultados de la tabla 1, se constata que en un número limitado de categorías se pueden incluir las respuestas de la mayor parte de las personas. Las cuatro primeras categorías informan alrededor del 80% de los episodios iniciales de beber y emergen como los determinantes principales de la recaída.

Estas categorías representan situaciones de alto riesgo que facilitan la vuelta a un consumo inicial, después de un periodo de abstinencia (un lapso), y supondría, según Marlatt (1996b), que ante el fracaso en dar respuestas alternativas adaptadas a las demandas ambientales después del tratamiento, el individuo vuelve al consumo de alcohol como respuesta dominante. Al mismo tiempo, suponen un apoyo a las teorías del aprendizaje social-cognitivo, que plantean que el consumo de alcohol y otras drogas es una forma desadaptativa de enfrentarse a las demandas ambientales (Luengo, Romero, & Gómez-Fraguela, 2001).

A partir de este primer sistema de categorización de los precipitantes de las recaídas, se desarrolló un programa de investigación que llevó a formular el modelo cognitivo-conductual de las recaídas. Tres tipos de estudios contribuyeron a la formulación del modelo.

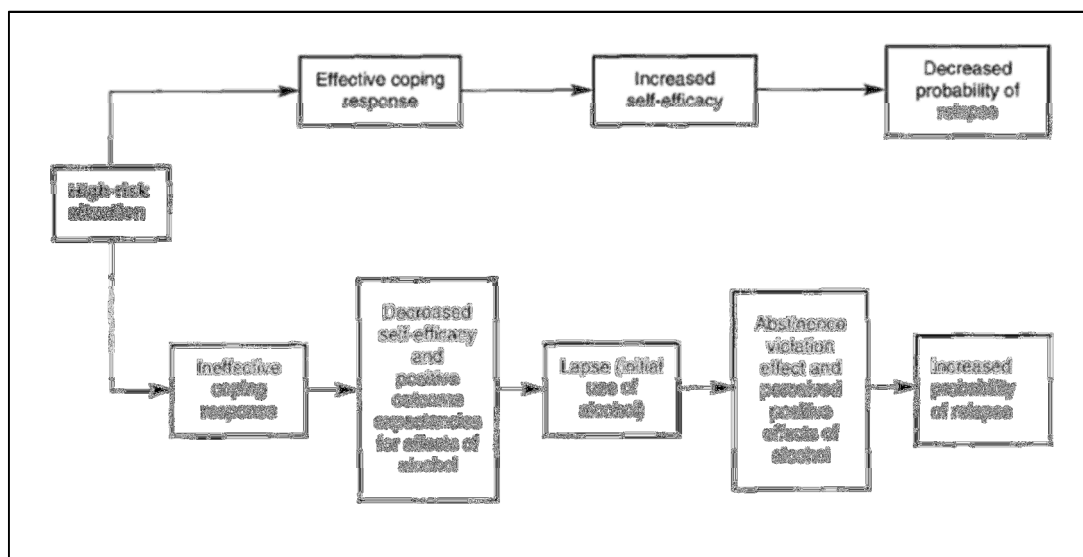
Por una parte, se realizaron estudios experimentales con análogos clínicos, bebedores sociales, a los que se les exponía a diferentes situaciones de alto riesgo para evaluar su conducta de consumo. Marlatt, Kortum y Lang (1975), en un estudio en el que se manipulaba la ira como estado emocional negativo a través de situaciones en las que el experimentador provocaba a los sujetos, se demostró que los individuos expuestos a esta situación bebían significativamente más que el grupo control. Por otro lado, aquellas personas a las que se les daba la oportunidad de replicar al experimentador y expresar sus opiniones, tenían menor consumo que aquellos que no podían expresar sus sentimientos. En otros estudios de este tipo, se comprobó que las situaciones que provocan ansiedad social (Higgins & Marlatt, 1975) y presión de grupo y modelado (Caudill & Marlatt, 1975), afectan el consumo de alcohol en los bebedores sociales.

Un segundo grupo de investigaciones se concretan en estudios clínicos controlados y diseñados para analizar la eficacia de entrenamiento en habilidades de afrontamiento de situaciones de riesgo de recaída. Chaney, O'Leary y Marlatt (1978) demostraron que, tras un seguimiento de un año después de finalizar el tratamiento, el grupo que recibió entrenamiento en habilidades mostraba diferencias significativas con respecto al grupo control en variables tales como el número de bebidas consumidas, los días de consumo antes de volver a la abstinencia y el número de días en estado de embriaguez.

El tercer grupo de estudios estaba dirigido a elaborar y refinar la taxonomía de precipitantes de la recaída que se elaboró a partir del estudio con alcohólicos y ampliarla a otras conductas adictivas. (Marlatt & Gordon, 1980) analizaron 137 episodios de recaída de tres grupos de sujetos: alcohólicos, adictos a la heroína y consumidores de tabaco que habían seguido programas de tratamiento dirigidos a la abstinencia. En otro estudio se amplió esta muestra con 174 casos de recaída (un total de 311 casos), entre los que se incluyeron también un grupo de juego patológico y un grupo de mujeres sometidas a un programa de pérdida de peso (Cummings, Gordon, & Marlatt, 1980). A cada muestra se le pidió que identificase las situaciones externas y los estados internos que ellos sentían como precipitantes de sus recaídas recientes, siguiendo el mismo procedimiento que se había utilizado en el estudio preliminar sobre alcoholismo.

A partir de estas entrevistas surgió un sistema taxonómico para clasificar los antecedentes de la recaída y una conceptualización secuencial de cómo ocurre la recaída. Nace así, el hoy conocido como Modelo Cognitivo-Comportamental de Prevención de Recaídas publicado por primera vez en 1985 por el propio Gordon A. Marlatt y Judith R. Gordon en el libro titulado *Relapse Prevention: maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. Este modelo teórico ya no sólo se ciñe a la adicción al alcohol (como en sus orígenes), sino que se considera válido para cualquier tipo de sustancia adictiva (Marlatt, 1996b; Marlatt & Gordon, 1985), y queda reflejado en la siguiente figura 1, tomada de Larimer et. al. (1999).

Figura 1. Modelo Cognitivo-Conductual para la Prevención de Recaídas



Como señala Marlatt (1996b), la elaboración de este modelo supuso la incorporación de los principios de la Psicología al análisis del proceso de recaída de las conductas adictivas. En él, se integran las contribuciones de la Teoría del Aprendizaje (condicionamiento clásico y operante), la Psicología Cognitivo-Social (expectativas de resultados, autoeficacia y teoría de la atribución) y la investigación sobre estrategias de enfrentamiento al estrés (habilidades sociales y entrenamiento en estrategias de afrontamiento). Además, con este modelo se intentó aplicar los principios de la Psicología Conductual-Cognitiva al tratamiento de las adicciones y las recaídas.

Este modelo considera la recaída como un proceso determinado por factores cognitivos y situacionales, prestando una especial atención a los determinantes inmediatos (factores precipitantes) y a las reacciones subsecuentes a la primera caída, que sigue a un periodo de abstinencia o un consumo controlado. Un componente importante de este modelo es la

evaluación de aquellas características del individuo o del contexto situacional que permiten la apropiada clasificación de una recaída después de un periodo de abstinencia.

Este modelo, desde una perspectiva biopsicosocial, entiende que son múltiples los determinantes que pueden estar implicados en el desarrollo y mantenimiento de los patrones de consumo. La vulnerabilidad biológica o genética, los factores situacionales y ambientales, la historia familiar de abuso de sustancia, el consumo de iguales, las experiencias tempranas con las sustancias y las creencias sobre los efectos de las sustancias, son factores que pueden jugar un papel en el desarrollo de las conductas adictivas. Sin embargo, se asume que los factores que están implicados en el desarrollo de las conductas adictivas no tienen que ser necesariamente los mismos que están implicados en su mantenimiento (Larimer et al., 1999; Marlatt & Witkiewitz, 2005).

El mantenimiento del consumo de la sustancia puede deberse en un primer momento a los efectos reforzantes y gratificantes a corto plazo de la droga. La creencia de que la droga proporciona un alivio, aunque sea temporal, al individuo que no ha desarrollado formas alternativas de manejar situaciones o emociones desagradables, puede promover la dependencia del consumo de droga. La falta percibida de estrategias para hacer frente a las situaciones, combinada con bajas expectativas de autoeficacia en su habilidad para llevar a cabo estas estrategias de afrontamiento, puede servir para mantener un patrón desadaptativo de consumo de sustancias (Donovan, 2013; Elfeddali, Bolman, Candel, Wiers, & De Vries, 2012; Goesling, 2012; Marlatt & Witkiewitz, 2005; Min et al., 2011; Witkiewitz & Marlatt, 2004).

SISTEMA DE CLASIFICACIÓN DE LOS PRECIPITANTES DE LAS RECAÍDAS

La taxonomía preliminar que había sido establecida, a partir de sus primeros estudios con alcohólicos, fue revisada y ampliada a un sistema de ocho categorías. Este sistema de codificación revisado, clasifica, a su vez, los factores determinantes de la recaída en dos grandes grupos: intrapersonales e interpersonales.

En el primer grupo, denominado determinantes ambientales intrapersonales, se clasifican aquellos episodios de recaída que surgen como respuesta a fuerzas fundamentalmente intrapersonales, bien de naturaleza psicológica o física o bien reacciones a acontecimientos ambientales que han sucedido en un pasado relativamente distante y en los que el factor precipitante no son otras personas.

En el segundo grupo, determinantes ambientales, se integrarían aquellos episodios de recaída cuyos determinantes son de naturaleza interpersonal y la presencia o influencia de otros individuos forma parte del evento precipitante de la recaída. Los conflictos interpersonales y la presión social (directa o indirecta) que induce al consumo de drogas se incluirían en este grupo.

Las ocho principales categorías (cinco en el grupo de determinantes intrapersonales y tres en el grupo de interpersonal) y las subcategorías que se establecen para cada una de ellas tal como aparece en los trabajos de Marlatt y Gordon (1985) y Marlatt (1996b), se describen a continuación:

- 1) **Determinantes intrapersonales-ambientales**, que se refiere a cuando el episodio de caída implica una respuesta a eventos psicológicos o físicos (por ejemplo, afrontamiento de estados emocionales negativos que conlleva a impulsos internos) o una respuesta a un evento ambiental (por ejemplo, mala suerte, accidente, pérdida de dinero, etc.). En esta categoría entran sobre todo aquellas situaciones en las que no están implicadas otras personas como un elemento precipitante relevante.
 - a) Afrontamiento de estados emocionales negativos. Son situaciones que implican tener que hacer frente a un estado emocional, un estado de ánimo o un sentimiento negativo o desagradable.
 - i) *Afrontamiento de la frustración y/o la ira*. Situaciones determinantes que implican una experiencia de frustración (reacción ante el bloqueo de una actividad dirigida a un objetivo), y/o de ira (hostilidad, agresión) hacia sí mismo o hacia alguna circunstancia ambiental que no sea una persona. Aquí se incluye todas las referencias a la culpa y las respuestas a las demandas ("molestias") procedentes de fuentes ambientales o de dentro de uno mismo que pueden producir potencialmente sentimientos de ira.
 - ii) *Afrontamiento de otros estados emocionales negativos*. Son situaciones que implican que la persona tenga que hacer frente a estados emocionales diferentes a la frustración o la ira, pero que son desagradables o aversivas, incluyendo la sensación de miedo, la ansiedad, la tensión, la depresión, la soledad, la tristeza, el aburrimiento, la preocupación, la aprehensión, el dolor, la pérdida, y otros estados disfóricos similares. Se incluyen también las reacciones al estrés de evaluación

(exámenes, promociones, hablar en público, etc.), el empleo y las dificultades financieras y la desgracia personal o los accidentes.

- b) Afrontamiento de estados-físicos negativos. Se refiere a aquellos determinantes situacionales que implican hacer frente a reacciones físicas o fisiológicas desagradables o dolorosas.
- i) *Afrontar estados físicos asociados con el consumo previo de sustancias*. Hacer frente a los estados físicos que se asocian específicamente con el uso previo de sustancias, como los "síntomas de agonía" o el "deseo físico" asociado con la abstinencia (las referencias a "craving" en ausencia de síntomas se clasifican según la Sección e).
- ii) *Hacer frente a otros estados físicos negativos*. Por ejemplo, situaciones como tener que lidiar con el dolor, la enfermedad, una lesión, la fatiga y trastornos específicos (como dolor de cabeza, calambres menstruales, etc.) que no están asociados con el consumo previo de sustancias.
- c) Aumento de los estados emocionales positivos. El uso de sustancias para aumentar los sentimientos de placer, alegría, libertad, celebración y así sucesivamente (por ejemplo, cuando se viaja o de vacaciones). Incluye el uso de sustancias para conseguir los efectos positivos o potenciadores de una droga.
- d) Probar el control personal. El uso de la sustancia para probar la propia capacidad para realizarla de manera controlada o moderada ("sólo probarlo una vez para ver qué pasa"); o en los casos en que el individuo está poniendo a prueba los efectos del tratamiento o de su compromiso con la abstinencia, incluyendo aquellas pruebas de su "fuerza de voluntad".
- e) Ceder a las tentaciones o impulsos. Se refiere a cuando se usa la sustancia en respuesta a impulsos "internos", a tentaciones, u otros impulsos. Incluye referencias al "craving" (deseo subjetivo intenso), en ausencia de factores interpersonales (las referencias al "deseo" que están asociadas con el consumo de drogas previo o a sus síntomas se clasifican en la sección b-i).
- i) *En presencia de señales de sustancias*. Se refiere a situaciones en las que el uso se produce en presencia de señales asociadas con el consumo de sustancias (por ejemplo, ir corriendo por una botella escondida o por un paquete de cigarrillos, pasar por una bar, ver un anuncio de cigarrillos) (donde otras personas están utilizando la sustancia, categoría 2-b).

- ii) *En ausencia de señales de sustancias.* Aquí, el impulso o la tentación viene "de la nada" y es seguido por el intento del individuo por adquirir la sustancia.
- 2) **Determinantes interpersonales**, se aplica a aquellas situaciones de recaída donde la influencia de otros es importante y relevante como parte del evento precipitante. Implica la influencia de la interacción actual o reciente con otra persona o personas, que ejercen alguna influencia en el usuario, como por ejemplo en los conflictos interpersonales o en la presión social. Sólo por estar en presencia de otras personas en el momento de la recaída no se justifica una clasificación en esta categoría, a menos que se mencione que alguna de estas personas han tenido alguna influencia o estaban involucradas de alguna manera en la situación de consumo. Las reacciones a los eventos que ocurrieron en un pasado relativamente lejano se clasifican en la categoría 1.
- a) Afrontamiento de conflictos interpersonales. Hacer frente a un conflicto actual o relativamente reciente asociado con cualquier relación interpersonal, como el matrimonio, la amistad, la familia o las relaciones entre empleadores y empleados.
 - i) *Afrontamiento de la frustración y/o la ira.* Determinantes situacionales que implican frustración (reacción al bloqueo de una actividad dirigida a una meta), y/o ira (hostilidad, agresión) derivada de una fuente interpersonal. El énfasis se pone en cualquier situación en la que su persona se siente frustrada o enojada con alguien, e incluye la participación en las discusiones, desacuerdos, peleas, celos, discordia, riñas, culpabilidad, etc.
 - ii) *Afrontamiento de otros conflictos interpersonales.* Estos determinantes implican otros conflictos distintos de la frustración y la ira, derivados de una fuente interpersonal. Sentimientos como la ansiedad, el miedo, la tensión, la preocupación, la depresión, la soledad, el temor, etc., que están asociados a los conflictos interpersonales, son algunos ejemplos. En esta categoría también se incluirían las reacciones al estrés asociado a la evaluación en la que está implicada otra persona o grupo.
 - b) La presión social. Implica responder a las influencias de otro individuo o grupo de individuos que ejercen presión (directa o indirecta) en la persona para que use la sustancia.
 - i) *Presión social directa.* Cuando existe un contacto directo (por lo general con la interacción verbal) con otra persona o un grupo que ejerce presión sobre el adicto en abstinencia para que consuma o que le suministra la sustancia de abuso (por

ejemplo, cuando alguien le ofrece droga de manera directa o cuando alguien le insta o le sugiere consumir). Distinguir de situaciones en las que se obtiene la sustancia por otra persona a petición del adicto porque ya ha decidido consumirla.

- ii) *Presión social indirecta*. En respuesta a la observación de otra persona o grupo que utiliza la sustancia o sirve como un modelo de consumo de sustancias para el adicto. Si el modelo presiona de alguna manera sobre el individuo para usar la sustancia, entonces el lapso debe ser categorizado en el epígrafe 2.b.i.
- c) Aumento de los estados emocionales positivos. Se refiere a situaciones en las que el uso de sustancias se da en una situación interpersonal para aumentar los sentimientos como el placer, la celebración, la excitación sexual, la libertad y otras similares. Se debe distinguir de situaciones en las que la otra persona o personas están utilizando la sustancia antes del primer uso del individuo, ya que entonces se clasificaría bajo la categoría 2-bii.

Tabla 2. Porcentaje de episodios de recaída clasificados según situación de riesgo y sustancia de consumo

Situación de recaída	Alcohólicos (n=70)	Fumadores (n=64)	Adictos Heroína (n= 129)	Jugadores (n = 19)	Adictos Comida (n=29)	Total (n=131)
DETERMINANTES INTRAPERSONALES						
Estados emocionales negativos	38%	37%	19%	47%	33%	35%
Estados físicos negativos	3%	2%	9%	-	-	3%
Estados emocionales positivos	-	6%	10%	-	3%	4%
Poner a prueba el control personal	9%	-	2%	16%	-	5%
Impulsos y tentaciones	11%	5%	5%	16%	10%	9%
TOTAL	61%	50%	45%	79%	46%	56%
DETERMINANTES INTERPERSONALES						
Conflicto interpersonal	18%	15%	14%	16%	14%	16%
Presión social	18%	32%	36%	5%	10%	20%
Estados emocionales positivos	3%	3%	5%	-	28%	8%
TOTAL	39%	50%	55%	21%	52%	44%

Dentro del grupo de determinantes ambientales-intrapersonales se incluyen cinco categorías. La primera de ellas, *enfrentamiento con estados emocionales negativos* y en la que se pueden incluir un 35% de los casos, integraría todos los episodios de recaída que ocurren cuando el

individuo se encuentra en un estado emocional desagradable o tiene sentimientos negativos. Dentro de esta categoría se establece una diferenciación entre los sentimientos de frustración y furia y otros estados emocionales negativos. Como señalan Marlatt y Gordon (1985), esta distinción se hizo por la alta tasa de recaídas que en el primer estudio con alcohólicos se debían a situaciones de frustración, en las que los sujetos ven bloqueada una actividad dirigida a meta, seguidos de sentimientos de culpa, hostilidad o agresión que pueden llevar al enfado. En el sistema revisado esta subcategoría aparece dentro de los determinantes intrapersonales y también dentro de los conflictos interpersonales. En la subcategoría de otros estados emocionales negativos se incluirían sentimientos de miedo, ansiedad, tensión, depresión, aburrimiento, soledad, tristeza, etc. Dentro de esta subcategoría también se incluirían reacciones a situaciones de evaluación (exámenes, hablar en público, etc.), dificultades con el empleo o de carácter financiero, infortunios personales y accidentes.

En la segunda categoría, *estados físicos o fisiológicos negativos*, se incluyen todos aquellos casos en los que la recaída está determinada por reacciones físicas y fisiológicas desagradables y dolorosas. En ella se incluyen dos subcategorías, una de ellas relacionada con el consumo anterior de la sustancia y que incluiría las reacciones físicas asociadas al síndrome de abstinencia y otra relacionada con estados físicos negativos que no están relacionados con el consumo anterior, tales como dolores, heridas, fatiga etc. Los datos de la tabla 2 nos indican que pocas recaídas (3%) se pueden asignar a los estados físicos negativos y son los adictos a la heroína, el grupo para el que este determinante es más significativo (9%).

La tercera categoría, *potenciar estados emocionales positivos*, incluiría aquellos casos en los que se vuelve al consumo de la sustancia para aumentar sentimientos de placer, alegría, libertad, etc. Pocos casos (un 4% del total) se incluyen en esta categoría. De ellos, ninguno se produce en el grupo de alcohólicos ni el de jugadores, encontrándose el porcentaje más alto (10%) en los adictos a la heroína.

La cuarta categoría, *poner a prueba el control personal*, incluiría aquellos casos en los que se prueba de nuevo la sustancia para comprobar que se puede hacer un uso moderado o controlado de la misma después del programa de tratamiento. El 5% de episodios de recaída se incluye en esta categoría y son los alcohólicos (9%) y los jugadores patológicos (16%) los grupos para los que este determinante tiene especial importancia. En estos casos se intenta comprobar la propia capacidad para intentarlo de nuevo sin perder el control.

La última categoría dentro de los determinantes intrapsíquicos, *ceder a la tentación o el impulso de consumir la sustancia*, integra aquellas recaídas en la que el principal precipitante es un deseo imperioso de realizar la conducta adictiva en ausencia de factores interpersonales relacionados con la presión social y que tampoco responde a reacciones físicas asociadas al síndrome de abstinencia. Este deseo o imposibilidad de resistir las tentaciones de consumir puede darse en situaciones en las que están presentes señales relacionadas con el consumo anterior (por ej. encontrar una botella o un paquete de cigarrillos que se había escondido anteriormente, pasar por un bar etc.) o cuando no existen estas señales y el deseo o el estado de activación es tan intenso que el individuo inicia la búsqueda de la sustancia.

Dentro de los determinantes interpersonales se incluyen tres categorías. La primera de ellas, *enfrentarse a conflictos interpersonales*, en la que se integran el 16% de los casos, se refiere a un conflicto relativamente reciente asociado a una relación interpersonal tal como el matrimonio, una amistad, la familia o las relaciones en el contexto de trabajo. Estos conflictos interpersonales se pueden dividir en dos subcategorías, según provoquen sentimientos de frustración o enfado (ej. desacuerdos, peleas, celos, disputas) u otros sentimientos, tales como, ansiedad, miedo, tensión, preocupación, o, aprensión. Cuando se analizan los conflictos interpersonales como determinantes de la recaída, se ha observado que aquellos que causan frustración o enfado son más importantes para la tasa de recaídas que aquellos que generan otros estados emocionales negativos (Marlatt y Gordon, 1985). Por el contrario, cuando no existe una situación interpersonal, son los estados emocionales negativos diferentes de la frustración o la ira los que más contribuyen como determinantes de las recaídas iniciales.

Otra categoría, dentro de los determinantes interpersonales, es la *presión social*, al consumo de la sustancia. En ella se incluyen alrededor del 20% de los casos de recaída y es especialmente importante para el grupo de fumadores (32%) y para el de adictos a la heroína (36%). Esta categoría, junto con el conflicto interpersonal (16%) y los estados emocionales negativos (35%) aparece como uno de los determinantes más importantes de las recaídas. En el estudio que dio origen a esta clasificación (Cummings et al., 1980) el 70% de los episodios de recaída analizados se podrían integrar en estas tres categorías.

La presión social al consumo puede ejercerse tanto de forma directa como indirecta. En el primer caso, es una persona o grupo a través del contacto directo y generalmente con persuasión verbal la que presiona al individuo a consumir o le ofrece la sustancia. En la presión

social indirecta, el individuo inicia el consumo en respuesta a la observación de una persona o grupo que está usando la sustancia y que le sirve de facilitador para el propio consumo.

La última categoría, *incremento de estados emocionales positivos*, recoge aquellas situaciones en las que el primer consumo se realiza en situaciones interpersonales de celebración en las que se pretende aumentar los sentimientos de alegría, activación sexual, libertad, etc.

Los hallazgos científicos sobre los precipitantes de las recaídas confirman que la evaluación de las situaciones de alto riesgo para la recaída del adicto permite conocer cómo manejar el afrontamiento de los riesgos de recaída y las caídas reales. En este sentido, la esencia de la prevención de recaídas y del modelo propuesto por Marlatt y Gordon es que si se enseña a las personas a identificar las situaciones de alto riesgo y a cómo afrontarlas de manera más efectiva, las probabilidades de recaída y su intensidad serán menores (Marlatt, 1996b).

La utilidad clínica de esta taxonomía de recaídas es, como el propio Marlatt (1996b) menciona, proporcionar un esquema para comprender las situaciones y las características que sirven como determinantes próximos de la recaída, y con ello podemos conocer mejor este proceso y planificar mejor su tratamiento.

DETERMINANTES INMEDIATOS DE LA RECAÍDA

Situaciones de Alto Riesgo. Es un concepto central en este modelo. Se refiere a que las situaciones de alto riesgo sirven con frecuencia como precipitantes inmediatos del consumo inicial después de un período de abstinencia. Según el modelo, una persona que ha iniciado este cambio de comportamiento, debería comenzar a experimentar un incremento de su autoeficacia sobre su comportamiento, en la medida en que consiga mantener dicho cambio. Sin embargo, ciertas situaciones o eventos pueden representar una amenaza al sentido de control de la persona y, en consecuencia, precipitar una crisis de recaída.

Afrontamiento. Aunque el MPR considera la situación de alto riesgo de recaída inmediata como un precipitante, en realidad es la respuesta de la persona a la situación la que determina si ésta experimentará un lapso o inicio del consumo. La conducta de afrontamiento de una persona ante una situación de alto riesgo es un factor determinante del resultado que se pueda ocurrir (Larimer et al., 1999; Marlatt & Witkiewitz, 2005). Por lo tanto, una persona que puede ejecutar estrategias de afrontamiento efectivos (por ejemplo, salir de la situación o un diálogo interno positivo) tiene menos probabilidades de recaída en comparación con una

persona que carece de esas habilidades. Por otra parte, se asume que las personas que han afrontado con éxito situaciones de alto riesgo experimentan una mayor sentido de autoeficacia, y a la inversa: las personas con baja autoeficacia se perciben a sí mismos como carentes de la motivación o capacidad de resistir en situaciones de alto riesgo (Bandura, 1977; Donovan, 2013; Elfeddali et al., 2012; Marlatt, 1999; Marlatt, Baer, & Larimer, 1995; Sánchez-Hervás et al., 2012; Van Zundert, Ferguson, Shiffman, & Engels, 2010).

Expectativas de resultados. La investigación entre los estudiantes universitarios han demostrado que las personas que beben más tienden a tener mayores expectativas de resultados sobre los efectos positivos de alcohol y anticipan sólo los efectos positivos inmediatos, ignorando o descontando las posibles consecuencias negativas del consumo excesivo de alcohol (K. B. Carey, 1995; Lampton, 1995; Littlefield, Vergés, McCarthy, & Sher, 2011; Scott-Sheldon, Terry, Carey, Garey, & Carey, 2012). Tales expectativas de resultados positivos pueden llegar a ser particularmente importantes en las situaciones de alto riesgo, cuando la persona espera que el consumo de alcohol le ayude a hacer frente a emociones negativas o a conflictos.

Este fenómeno no sólo ocurre con el alcohol, sino que también ha sido estudiado en otras sustancias, sobre todo en el tabaco (Glock, Unz, & Kovacs, 2012; Gonzalez, Hogan, McLeish, & Zvolensky, 2010; Jøsendal & Aarø, 2012; Urbán & Demetrovics, 2010).

El Efecto de Violación de la Abstinencia. Marlatt y Gordon (1980, 1985) describieron un tipo de reacción del adicto ante un lapso llamado *efecto violación de la abstinencia*. Esta reacción se centra en la respuesta emocional del consumidor ante un lapso inicial y sobre las causas a las que él atribuye dicho lapso. Las personas que atribuyen el lapso a su propio fracaso personal son propensas a experimentar culpa y emociones negativas que pueden, a su vez, dar lugar a un incremento del consumo como un intento de evitar o escapar de los sentimientos de culpa o fracaso. Además, las personas que atribuyen el lapso a factores estables, globales e internos, más allá de su control (por ejemplo, "no tengo ninguna fuerza de voluntad y nunca seré capaz de dejar de beber ") tienen más probabilidades de abandonar el intento de abstinencia, y experimentar una recaída, que las personas que atribuyen el lapso a su incapacidad para hacer frente de manera eficaz a una situación de alto riesgo específico. Éstas últimas se dan cuenta de que tienen que aprender de sus errores y, por lo tanto, tienden a desarrollar formas más efectivas para hacer frente a situaciones precipitantes similares en el futuro.

En definitiva, aunque un episodio inicial de consumo o caída aumenta las probabilidades de que se produzca una recaída, y por tanto un retorno a un consumo incontrolado de la sustancia y el abandono de la meta de la abstinencia, esto no siempre es así. Muchas investigaciones con distintas sustancias adictivas han indicado que esta relación es evitable (Forsyth, 1994; Kirchner, Shiffman, & Wileyto, 2012; Rounsaville, 2011).

ANTECEDENTES ENCUBIERTOS DE LAS SITUACIONES DE ALTO RIESGO

Aunque las situaciones de alto riesgo pueden ser conceptualizados como los determinantes inmediatos de episodios de recaída, una serie de factores menos obvios también influyen en el proceso de recaída (Larimer et al., 1999). Como se puede observar en la figura 2, estos antecedentes encubiertos incluyen factores de estilo de vida, como el nivel de estrés general, así como los factores cognitivos que pueden servir para establecer una recaída, como la racionalización, la negación, y un deseo de gratificación inmediata (es decir, el deseo y el ansia de consumo).

Estos factores pueden aumentar la vulnerabilidad de una persona a la recaída, tanto por el aumento de su exposición a situaciones de alto riesgo como por la disminución de la motivación para resistir el consumo en tales circunstancias (Dijkstra, Borland, & Buunk, 2007; Forsyth, 1994; Sánchez-Hervás et al., 2012; Vidrine et al., 2013; Wiebe, Cleveland, & Dean, 2010).

Figura 2. Antecedentes de las situaciones de alto riesgo (Llorente Del Pozo & Iraurgi-Castillo, 2008)



En muchos casos, los lapsos iniciales se producen en situaciones de alto riesgo que son completamente inesperadas y para las que el adicto no está preparado. En las situaciones de recaída, sin embargo, se puede identificar una serie de decisiones o elecciones encubiertas, cada una de ellas aparentemente intrascendentes, pero que en combinación llevan a la persona a situaciones con un riesgo muy alto de recaída. Estas elecciones han sido denominadas "decisiones aparentemente irrelevantes" (DAI; o AID por sus siglas en inglés), ya que no pueden ser relacionadas de manera directa con la recaída, pero que, sin embargo permiten poner a la persona más cerca de la recaída (Jenkins-Hall & Marlatt, 1989; Jungerman, de Almeida, & Laranjeira, 2000; Neidigh, 1991). Un ejemplo de este fenómeno es la decisión de un bebedor en abstinencia de comprar una botella de licor "por si acaso vienen invitados". Marlatt y Gordon (1985) han planteado la hipótesis de que tales decisiones pueden permitir a una persona experimentar los efectos positivos inmediatos del consumo, mientras que ignora la responsabilidad personal para el episodio de caída (*"¿cómo alguien espera que no beba cuando hay una botella de licor en casa?"*).

Los factores de estilo de vida. Marlatt y Gordon (1985) han propuesto que el antecedente encubierto más fuertemente relacionado con el riesgo de recaída implica el grado de equilibrio entre las demandas externas percibidas ("deberías") y las actividades agradables o gratificantes ("quieros") en la vida de la persona. Una persona cuya vida está llena de demandas puede experimentar una sensación constante de estrés, que no sólo puede generar estados emocionales negativos, creando así situaciones de alto riesgo, sino que también aumenta el deseo de la persona por el placer y justifica su autocomplacencia (*"me merezco una copa"; "me he ganado una raya"*). En ausencia de otras actividades placenteras, la persona puede ver el consumo de droga como el único medio de obtener placer o escapar del dolor (Bowen, Chawla, & Marlatt, 2011; Carmody, 1992; Marlatt & George, 1998; Quigley & Marlatt, 1999; Tuten, Jones, Schaeffer, & Stitzer, 2012).

Impulso y deseo o ansia de consumo. El deseo de gratificación inmediata puede tomar muchas formas, y algunas personas pueden experimentarlo como un deseo o ansia de consumo. Aunque muchos investigadores y médicos consideran que los impulsos y deseos son principalmente estados fisiológicos. Sin embargo, el MPR propone que ambos son precipitados por estímulos psicológicos o ambientales. Los cravings (término inglés para denominar al deseo de consumo) en curso pueden, a su vez, erosionar el compromiso de la persona para mantener la abstinencia, así como aumentar su deseo de gratificación inmediata (Larimer et

al., 1999). Este proceso puede llevar a una situación de recaída o aumentar la vulnerabilidad del individuo ante situaciones de alto riesgo no previstas.

Aunque a menudo se utilizan indistintamente, los términos "impulso" y "deseo" se pueden asociar con significados distintos. Por lo tanto, Marlatt y Gordon (1985) han definido un impulso como un ímpetu relativamente repentino de participar en un acto como el consumo de una droga. Mientras que el deseo se define como la necesidad percibida de experimentar los efectos o consecuencias de tal acto. Sin embargo, ambos fenómenos están mediados por los mismos procesos; dos de estos procesos son: (1) condicionamiento elicitado por estímulos asociados con gratificaciones pasadas y, (2) los procesos cognitivos asociados con la gratificación anticipada (es decir, las expectativas de placer inmediatos por el consumo de la sustancia adictiva).

ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN DEL MODELO DE PREVENCIÓN DE RECAÍDAS

El MPR incluye una variedad de enfoques cognitivos y de comportamiento diseñados para cada paso en el proceso de recaída (ver figura 3). Estos enfoques incluyen estrategias específicas de intervención que se centran en los determinantes inmediatos de la recaída, así como estrategias globales de autogestión que se centran en los antecedentes encubiertos de recaída. Tanto las estrategias específicas y globales se dividen en tres categorías principales: la formación personal, reestructuración cognitiva y equilibrio de estilo de vida.

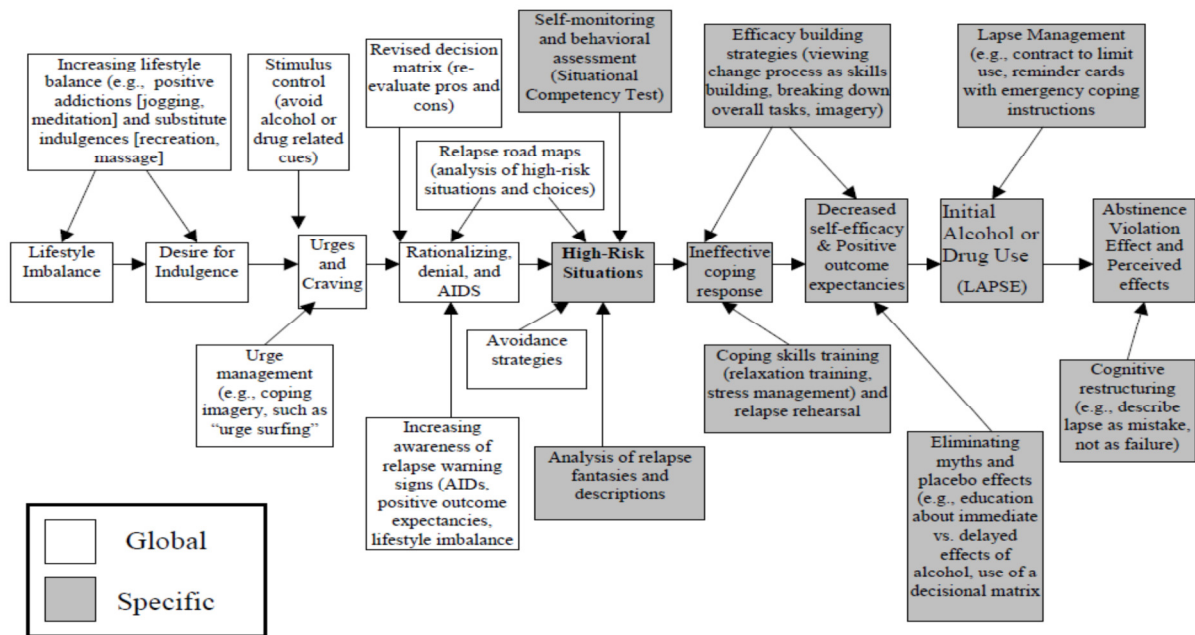
Estrategias específicas de intervención

El objetivo de las estrategias de intervención específicas (identificar y hacer frente a situaciones de alto riesgo, la mejora de la autoeficacia, la eliminación de mitos y efectos placebo, la gestión de la caída, y reestructuración cognitiva) es enseñar a los adictos a anticipar la posibilidad de recaída, y de reconocer y afrontar situaciones de alto riesgo (Annis, 1991; Baldwin, 1992; Connors, DiClemente, Velasquez, & Donovan, 2013; Donovan, 2013; Jose, Calkins, Sheila, & Robert, 1991; Merlo, 2012; Min et al., 2011; Montagne & Scott, 1993). Estas estrategias también se centran en la mejora de la conciencia de la persona acerca de las reacciones cognitivas, emocionales y de comportamiento con el fin de prevenir que una caída se convierta en una recaída.

El primer paso en este proceso es el de enseñar a las personas el MPR y darles una visión amplia del proceso de recaída. Por ejemplo, el terapeuta puede utilizar la metáfora del cambio de comportamiento como un viaje que incluye tanto tramos de carretera fáciles como difíciles,

donde puedes encontrar "señales de tráfico" (por ejemplo, "señales de advertencia") que te pueden orientar. Según esta metáfora, aprender a anticipar y planificar las situaciones de alto riesgo durante la recuperación de la adicción es el equivalente a tener una buena hoja de ruta, una caja de herramientas bien equipada, un tanque lleno de gasolina, y un neumático de

Figura 3. Estrategias de intervención específicas y globales basadas en el Modelo de Prevención de Recaídas. Adaptado de Larimer et al. (1999)



repuesto en buenas condiciones para el viaje (Larimer et al., 1999; Merlo, 2012).

La identificación y el manejo de situaciones de alto riesgo. Para anticipar y planificar de manera adecuada las situaciones de alto riesgo, la persona primero debe identificar las situaciones en las que ella puede experimentar una mayor dificultad para afrontarlas o que pueden incrementar su deseo de consumo. Estas situaciones pueden ser identificadas mediante distintas estrategias de evaluación. Por ejemplo, el profesional puede entrevistar al cliente acerca de sus caídas pasadas o los episodios de recaída y los sueños o fantasías de recaída con el fin de identificar las situaciones en las que el cliente tiene o podría tener dificultades para afrontar. Varios cuestionarios de autoinforme también pueden ayudar a evaluar las situaciones en las que los clientes han sido propensos a consumir en exceso en el pasado, así como la autoeficacia de los clientes para resistir un consumo futuro en estas

situaciones (Annis & Davis, 1989; Donovan, 2013; Hoepfner, Kelly, Urbanoski, & Slaymaker, 2011; Sklar, Annis, & Turner, 1997).

Además, a los adictos que aún no han iniciado la abstinencia se les anima a que autoobserven su conducta de consumo (por ejemplo, mediante el mantenimiento de un registro continuo de las situaciones, emociones y factores interpersonales asociados con el consumo o el impulso de consumir). Un registro de este tipo permite a los clientes a ser más conscientes de los desencadenantes inmediatos del consumo. Incluso a las personas que ya están en abstinencia, la automonitorización también les puede resultar útil para evaluar las situaciones en las que los impulsos son más prevalentes (Donovan, 2013).

Una vez que las situaciones de alto riesgo de una persona han sido identificadas, se pueden utilizar dos tipos de estrategias de intervención para disminuir los riesgos planteados por esas situaciones. La primera estrategia consiste en enseñar al cliente a reconocer las señales de advertencia relacionadas con el peligro inminente. Es decir, las señales que indican que la persona está a punto de entrar en una situación de alto riesgo. Tales señales de advertencia pueden incluir, por ejemplo, el AID (decisiones aparentemente irrelevantes), el estrés y la falta de equilibrio de estilo de vida y las fuertes expectativas positivas acerca de la droga. Como resultado de la identificación de las señales de advertencia, el adicto puede ser capaz de tomar alguna acción evasiva (por ejemplo, escapar de la situación) o, posiblemente, evitar la situación de alto riesgo por completo.

La segunda estrategia, que es posiblemente el aspecto más importante del presente MPR y para el presente estudio, implica la evaluación de la motivación y de la capacidad de afrontamiento a las situaciones de alto riesgo propias de cada persona, y luego ayudar a ésta a adquirir las habilidades de afrontamiento más eficaces. Estas habilidades de afrontamiento pueden ser conductuales, cognitivas o cognitivo-comportamentales, y pueden incluir tanto estrategias para hacer frente a las situaciones de alto riesgo específicas (como por ejemplo, rehusar el consumo de una droga en una situación social y las habilidades asertivas de comunicación) como estrategias generales que puedan mejorar el afrontamiento en varias situaciones (manejo de la ira y diálogos internos positivos).

La evaluación de habilidades de afrontamiento que posee la persona adicta puede ser una tarea difícil. Los cuestionarios como el test de confianza situacional (Sklar et al., 1997; Trujols, Tejero, Perez de los Cobos, & Casa, 1997) pueden evaluar la cantidad de autoeficacia que una

persona tiene para hacer frente a situaciones de riesgo para consumir. Sin embargo, estas medidas no indican necesariamente si la persona es capaz o quiere utilizar sus habilidades de afrontamiento en una situación de alto riesgo. Para aumentar la probabilidad de que un cliente pueda y quiera utilizar sus habilidades cuando surja la necesidad, el profesional puede utilizar enfoques tales como juegos de rol y el desarrollo y modelado de los planes de adaptación específicas para la gestión de posibles situaciones de alto riesgo (Donovan, 2013; Kadden, Litt, Cooney, & Busher, 1992; Kolko, Sirota, Monti, & Paolino, 1985; Nichols, Graber, Brooks-Gunn, & Botvin, 2006; Schmitz, Oswald, Damin, & Mattis, 1995; Sugarman, Nich, & Carroll, 2010).

Mejorar la autoeficacia. Otro enfoque para la prevención de recaídas y la promoción de un cambio de comportamiento es el uso de la autoeficacia. Es decir, se trata de diseñar estrategias que aumenten la sensación de dominio de la persona y que sea capaz de manejar las situaciones difíciles sin consumir (Annis & Davis, 1989; Connors et al., 2013; Elfeddali et al., 2012; Goesling, 2012; Kim, 2013; Merlo, 2012; Vidrine et al., 2013). Una de las estrategias de mejora de la autoeficacia más importantes empleadas en la prevención de recaídas es el énfasis en la colaboración entre el adicto y el profesional. En el MPR, se anima a la persona a que adopte el papel de colega y que se convierta en un observador objetivo de su propio comportamiento. Este desarrollo de un sentido de la objetividad facilita que el adicto sea más capaz de ver su consumo como una conducta adictiva y acepte una mayor responsabilidad tanto sobre su conducta de consumo como sobre el esfuerzo para cambiar ese comportamiento. Además, se les enseña que el cambio de un hábito es un proceso de adquisición de habilidades en lugar de una prueba de la fuerza de voluntad de uno. A medida que la persona adquiere nuevas habilidades y se siente con éxito en su aplicación, puede ver el proceso de cambio como similar a otras situaciones que requieren la adquisición de una nueva habilidad.

Otra estrategia para mejorar la autoeficacia implica descomponer la tarea global de cambio de comportamiento en subtareas más pequeñas y manejables que se puedan abordar de una en una (Bandura, 1997). Así, en lugar de centrarse en un objetivo final lejano (por ejemplo, el mantenimiento de la abstinencia de toda la vida), se recomienda al cliente establecer metas más pequeñas y manejables, como hacer frente a una próxima situación de alto riesgo, o pasar el siguiente día sin un consumo. Debido a que un aumento en la autoeficacia está ligado estrechamente a la consecución de los objetivos preestablecidos, el dominio exitoso de estas

tareas más pequeñas individuales es la mejor estrategia para mejorar los sentimientos de autodominio.

Los profesionales también pueden mejorar la autoeficacia proporcionando a los adictos retroalimentación relativa a su ejecución en nuevas tareas, incluso las que aparentemente no tienen relación con el consumo de alcohol. En general, el éxito en el cumplimiento de incluso las tareas simples (por ejemplo, llegando a las citas a tiempo) puede mejorar mucho los sentimientos de autoeficacia de la persona. Este éxito puede motivarla a que continúe con sus esfuerzos para cambiar su patrón de consumo y a aumentar su confianza en que es capaz de dominar con éxito las habilidades necesarias para cambiar.

La eliminación de mitos y efectos placebo. Contrarrestar las percepciones erróneas del adicto sobre los efectos de la droga es una parte importante de la prevención de recaídas. Para lograr este objetivo, primero se estudian cuáles son las expectativas positivas de los adictos acerca de los efectos de la sustancia adictiva, ya sea utilizando cuestionarios estandarizados o entrevistas clínicas. Las expectativas positivas con respecto a los efectos de la droga a menudo se basan en mitos o efectos placebo de ésta. En particular, numerosas investigaciones han demostrado que la percepción de los efectos positivos de las drogas sobre el comportamiento social a menudo están mediados por el efecto placebo, como resultado tanto de las expectativas como del medio ambiente en el que el consumo tiene lugar (Metrik et al., 2015; Metrik et al., 2012; Metrik et al., 2009; Rohsenow & Lawson, 1982; Rohsenow & Marlatt, 1981). Posteriormente, el profesional puede abordar cada expectativa usando la reestructuración cognitiva y la información sobre los hallazgos de las investigaciones al respecto. El profesional también puede utilizar ejemplos de la experiencia propia del drogodependiente para disipar mitos y animarle a considerar las consecuencias a corto y a medio plazo del abuso de la droga.

Incluso cuando los efectos positivos percibidos de la sustancia adictiva se basan en los efectos reales de la droga, a menudo sólo los efectos inmediatos son positivos (por ejemplo, euforia), mientras que los efectos más distales son negativos. Realizar a los clientes preguntas diseñadas para evaluar las expectativas de las consecuencias inmediatas y tardías del consumo frente a la abstinencia puede ser útil.

Gestión de la caída. A pesar de las precauciones y de la preparación, muchos drogodependientes comprometidos con la abstinencia experimentarán un lapso después de iniciar la abstinencia. Las estrategias de gestión del lapso o “caída” se centran en detenerla y

en luchar contra el efecto de violación de la abstinencia para evitar un episodio de recaída no controlada. La gestión del lapso incluye llegar a un acuerdo con la persona para limitar el alcance del uso, contactar con el profesional tan pronto como sea posible después del lapso, y evaluar las situaciones claves que desencadenaron el lapso (Dolan, Rohsenow, Martin, & Monti, 2013; Quigley & Marlatt, 1999; Witkiewitz & Marlatt, 2004). La gestión de la caída se presenta a los clientes como un kit de "preparación para emergencias" para su "viaje" a la abstinencia. Muchos adictos no tienen que usar su plan de gestión del lapso, pero una preparación adecuada para éste puede ayudar a disminuir en gran medida el daño si se produce (Larimer et al., 1999; Quigley & Marlatt, 1999; Rounsaville, 2011; Stöffelmayr, Wadland, & Pan, 2003; Witkiewitz & Marlatt, 2007).

Reestructuración cognitiva. La reestructuración cognitiva o reformulación se utiliza en todo el proceso de tratamiento de prevención de recaídas para ayudar a los drogodependientes a que modifiquen sus atribuciones y percepciones sobre el proceso de recaída. En particular, la reestructuración cognitiva es un componente crítico de las intervenciones para disminuir el efecto violación de la abstinencia (Foote et al., 1994; Wenzel, 2013; Wolburg, Hovland, & Hopson, 1999). De este modo, se enseña a la persona a replantear su percepción de los lapsos para verlos, no como fracasos o indicadores de la falta de fuerza de voluntad, sino como errores en el proceso de aprendizaje que indican que es necesaria una mayor planificación para hacer frente a futuras situaciones similares de una manera más eficaz. Esta perspectiva considera los lapsos como oportunidades de aprendizaje claves que resultan de la interacción entre el afrontamiento y los determinantes situacionales, que pueden ser modificados en el futuro. De este modo se trata de eliminar la profecía de autocumplimiento de que una "caída" conlleva de manera ineludible a una recaída.

Estrategias de auto-control de estilo de vida global

Aunque las estrategias de intervención específicas pueden abordar los determinantes inmediatos de la recaída, también es importante modificar el estilo de vida individual y los antecedentes encubiertos que pueden aumentar la exposición o reducir la resistencia a las situaciones de alto riesgo. Las estrategias globales de autocontrol están diseñadas para modificar el estilo de vida del drogodependiente para aumentar su equilibrio, así como para identificar y hacer frente a los antecedentes encubiertos de la recaída (las señales de alerta temprana, las distorsiones cognitivas y las situaciones de recaída).

Estilo de vida equilibrado y adicción positiva. La evaluación de los factores de estilo de vida asociados con un aumento del estrés y la disminución del equilibrio del estilo de vida es un primer paso importante en la enseñanza de estrategias globales de autocontrol (Dolan, Martin, & Rohsenow, 2008). Esta evaluación puede llevarse a cabo a través de enfoques en los que las personas auto-observan sus actividades diarias en las que clasifican cada actividad como un "deseo", un "debería", o una combinación de ambos. Además, la persona adicta también puede completar las medidas de evaluación estandarizadas, como la Escala de Problemas y Satisfacciones Cotidianas (*Dayly Hassles and Uplifts Scale*) (DeLongis, Folkman, & Lazarus, 1988), para evaluar el grado en que perciben que los factores estresantes de la vida están equilibrados con los acontecimientos placenteros.

Muchos adictos informan que las actividades que una vez encontraron placenteras (por ejemplo, las aficiones y las interacciones sociales con la familia y amigos) poco a poco han sido sustituidas por el consumo de droga como una fuente de entretenimiento y gratificación. Por lo tanto, una estrategia global de autocontrol implica alentar a los adictos a retomar aquellas actividades recreativas que le eran satisfactorias antes. Además, los enfoques de formación de habilidades cognitivo-conductuales específicas, tales como el entrenamiento en técnicas de relajación, el manejo del estrés y la gestión del tiempo, pueden ser utilizados para ayudar a los drogodependientes a lograr un mayor equilibrio en su estilo de vida (Carmody, 1992; Marlatt & George, 1998; Tuten et al., 2012).

Por otro lado, ayudar a la persona a desarrollar actividades salutogénicas, como la realización de ejercicio físico, la meditación o el yoga, que tienen efectos positivos a largo plazo sobre el estado de ánimo, la salud, y el afrontamiento, es otra manera de mejorar el equilibrio de estilo de vida (Elsheikh, 2008; Tuten et al., 2012). A menudo la autoeficacia aumenta como resultado de desarrollar "adicciones positivas", principalmente causadas por la experiencia de que han sido capaces de adquirir nuevas habilidades con éxito mediante la realización de estas actividades (Bandura, 1995, 1997; Larimer et al., 1999; Luengo et al., 2001).

Técnicas de control de estímulos. Aunque alcanzar un estilo de vida más equilibrado puede reducir el riesgo a sufrir episodios de impulso y deseo de consumo, éstos podrían aparecer a partir de la exposición a los estímulos condicionados previamente asociados con el consumo de la sustancia. Las técnicas de control de estímulos son estrategias relativamente simples, pero eficaces que se pueden utilizar para disminuir los impulsos y deseos en respuesta a dichos

estímulos, en particular, durante el período de abstinencia temprana (Chóliz, 2012; Marlatt & Witkiewitz, 2005; S. J. Wilson, Sayette, & Fiez, 2013; Witkiewitz & Marlatt, 2004).

En pocas palabras, estas técnicas animan a la persona a eliminar de su entorno (casa, oficina o coche, etc.) todos aquellos elementos que puedan estar asociados con el consumo. Esto incluye la eliminación, al menos temporalmente, de todos los artículos que pueden servir como señales condicionadas para consumir (por ejemplo, el salón sillón favorito o la música que escuchaba para relajarse mientras consumía). En estos casos, un cambio temporal de los asientos o de la música que escucha habitualmente puede ser útil mientras que el adicto desarrolla algunas estrategias de afrontamiento alternativas. Del mismo modo, ciertos eventos sociales u otras situaciones de alto riesgo pueden haberse asociado con el consumo, por lo que pueden inducir a impulsos o deseos condicionados clásicamente, sobre todo en las primeras etapas de la abstinencia. En consecuencia, se ofrece a la persona adicta una gama de estrategias para rechazar invitaciones y evitar situaciones de riesgo, como lugares o eventos problemáticos, que puedan servir como medidas de control de estímulos que le ayuden a prevenir una "caída".

Técnicas de gestión del impulso. Incluso con procedimientos de control de estímulos eficaces y un mejor equilibrio del estilo de vida, la mayoría de los adictos no pueden evitar experimentar por completo "deseos" o "impulsos" de consumir. Por lo tanto, un aspecto importante del MPR es enseñar al adicto a anticipar y a aceptar estas reacciones como una respuesta "normal" a un estímulo externo condicionado (Larimer et al., 1999). De acuerdo con este enfoque, la persona no debería identificarse con el impulso o verlo como un indicador de su "deseo" para consumir. En su lugar, se le enseña a etiquetar el impulso como una respuesta emocional o fisiológica a un estímulo externo de su entorno que se asoció con anterioridad con consumo (Collier & Marlatt, 1995; E. E. Epstein & McCrady, 2009; Lloyd, 2008).

En una intervención clínica basada en este enfoque, el adicto aprende a visualizar la necesidad o el deseo de consumo como una onda. Esta técnica de imágenes se conoce como "*surfear el impulso*" y se refiere a la idea de que la urgencia o el deseo son como una ola con crestas y bajadas, pero que al final muere en la playa (Lloyd, 2008). De este modo, el adicto se da cuenta de que los impulsos y deseos no avanzan inexorablemente hasta que se convierten en una sensación que le desborda, sino que tiene una serie de picos que desaparecen con bastante rapidez si no se actúa sobre ellos. Además, se le enseña a no luchar contra la ola ni a ceder a la misma, e imaginarse a sí mismo sobre la "cresta de la ola" en una tabla de surf. Esta

visualización fomenta el desapego a los impulsos y deseos y refuerza el carácter temporal y externo de estos fenómenos.

Mapas de carretera de recaída. Los profesionales pueden ayudar a los adictos mediante el desarrollo de mapas de carretera de recaída. Estos son análisis cognitivos-conductuales de las situaciones de alto riesgo que hacen hincapié en las diferentes opciones disponibles que tiene la persona para evitar o hacer frente a estas situaciones, así como sus consecuencias. Este "trazado" de los resultados probables asociados a las diferentes opciones en el camino, puede ser útil en la identificación de AID. Por ejemplo, si las discusiones con un ex-cónyuge son una situación de alto riesgo, el terapeuta puede ayudar al cliente a trazar varios escenarios posibles para interactuar con el ex-cónyuge, incluyendo la probabilidad de provocar una discusión en cada escenario. El terapeuta puede entonces ayudar a identificar las respuestas de afrontamiento que se pueden utilizar para evitar una caída en cada punto de la interacción (Earley, 1991; Hofmann, Dozois, Rief, & Smits, 2014; Larimer et al., 1999).

APOYO TEÓRICO Y PRÁCTICO PARA EL MODELO DE PREVENCIÓN DE RECAÍDAS

El Proyecto de Replicación y Extensión de la Recaída (RREP, siglas en inglés) es un proyecto de investigación colaborativa y es considerado como un esfuerzo a gran escala para evaluar la fiabilidad y la validez predictiva del MPR, así como la eficacia de las técnicas de tratamiento basadas en este modelo (Connors, Longabaugh, & Miller, 1996a; Kadden, 1996; Lowman, Allen, & Stout, 1996a, 1996b).

Como se ha descrito en apartados anteriores, la taxonomía de recaída pretende clasificar el estímulo ambiental o emocional que se asocia con la vuelta al consumo inicial con el fin de aumentar la eficacia a largo plazo de la terapia. La taxonomía resultante contenía tres niveles de clasificación de las situaciones de alto riesgo con el aumento de la especificidad para ayudar a los profesionales a obtener información detallada sobre las causas subyacentes de cada episodio de recaída. En el estudio RREP, investigadores de tres lugares distintos fueron entrenados en la codificación de los episodios de recaída. Luego, los investigadores codificaron los episodios de recaída descritos por los participantes en el estudio que iniciaban un tratamiento. El estudio abordó tres temas principales, a saber:

- Se determinó la fiabilidad inter-evaluador en la codificación de los episodios de recaída. Es decir, si los diferentes investigadores codificaron un episodio de recaída dado de una manera idéntica o similar.

- Se evaluó si los episodios previos de recaída predijeron los tipos de episodios de recaída que los participantes informaron después de someterse a tratamiento (Maisto, Connors, & Zywiak, 1996; Stout, Longabaugh, & Rubin, 1996).
- Se extendió la investigación sobre el MPR más allá de la taxonomía mediante la evaluación de métodos alternativos para la evaluación de situaciones de alto riesgo, así como la evaluación de la contribución relativa del afecto negativo, el efecto de la violación de la abstinencia, el afrontamiento, y las expectativas sobre la probabilidad de recaída.

Los resultados reportados por el estudio RREP indican que la taxonomía original de recaída del modelo de Prevención de Recaídas tiene sólo una fiabilidad inter-evaluadores moderada para los niveles más altos de especificidad, aunque la fiabilidad de las categorías más generales (por ejemplo, afectos negativos y presión social) fue mejor. La validez predictiva del modelo también fue modesta. Sin embargo, en la definición de las claves utilizadas para clasificar los episodios de recaída en estos estudios no se aclaraba si se trataba de episodios de cambio voluntarios o simplemente de un retorno al consumo después de un corto período de abstinencia que no representan un intento serio de dejar de consumir. Por lo tanto, los estudios RREP no representan una buena prueba de la validez predictiva de la taxonomía.

Sin embargo, el estudio proporciona buenos soportes para otros aspectos del MPR. Por ejemplo, Miller y sus colegas (1996a) encontraron que, si bien la mera exposición a situaciones de alto riesgo específicos no predijeron la recaída, sin embargo, la manera en que las personas afrontaron esas situaciones sí que predijeron fuertemente la recaída o la continuación en abstinencia. Además, en este mismo estudio la mayoría de los episodios de recaída se produjeron durante situaciones que implicaban estados emocionales negativos, un hallazgo que ha sido replicado en otros estudios (Berking et al., 2011; Clarke, 2013; Kassel, 2010; Kassel & Shiffman, 1992; McKay, 1999; Witkiewitz & Wu, 2010).

Por último, los resultados de Miller y sus colegas (1996) apoyan el papel del efecto de violación de la abstinencia para predecir qué personas experimentarán una recaída tras un lapso inicial. En concreto, aquellos participantes que tenían una mayor creencia en el modelo de enfermedad de la adicción y un mayor compromiso con la abstinencia absoluta (que eran más propensos a experimentar sentimientos de culpa por su consumo) eran más propensos a experimentar una recaída en ese estudio. Revisiones y estudios empíricos posteriores sobre el papel que juega el EVA en los procesos de recaída apoyan de manera empírica la relación

precipitante entre esta variable y la recaída (Dimeff & Marlatt, 1998; Forsyth, 1994; Kirchner, 2009; Kirchner et al., 2012; Ulmer, 2007)

Por otro lado, diversos artículos de revisión, de meta-análisis y empíricos han tratado de examinar la eficacia de los tratamientos basados en el modelo de prevención de recaídas, (K. M. Carroll, 1996; Dimeff & Marlatt, 1998; Dutra et al., 2008; Irvin, Bowers, Dunn, & Wang, 1999; Rawson, Obert, McCann, & Marinelli-Casey, 1993); entre otros. Los tratamientos basados en este modelo que se incluyeron en estos análisis fueron realizados tanto como tratamientos autónomos para iniciar la abstinencia como complemento a otros programas de tratamiento. Aunque los estudios difieren en su metodología y en sus criterios de inclusión o exclusión de ciertos tratamientos, las conclusiones respecto a la eficacia del enfoque del modelo de prevención de recaídas son similares. Los hallazgos se pueden resumir como sigue:

- Los estudios realizados hasta la fecha tienden a apoyar la efectividad de los enfoques basados en el modelo cognitivo-conductual para la prevención de recaídas, en cuanto a la reducción de la frecuencia de los episodios de recaídas, así como la intensidad de las “caídas” y/o episodios de recaídas entre las personas que reanudaron el consumo después del tratamiento (Bowen et al., 2014; Farabee et al., 2013; Irvin et al., 1999). La eficacia de la prevención de recaídas es muy significativa entre los estudios que compararon las tasas de recaídas de los adictos antes y después del tratamiento, o entre los que compararon a los adictos que recibieron tratamiento basados en MPR con los grupos control que no recibieron tratamiento (Dutra et al., 2008; Pashaei et al., 2013).
- Los resultados de las tasas de abstinencia de los tratamientos realizados en base a MPR en comparación con otros métodos de tratamiento válidos han mostrado datos dispares. Por un lado, algunas revisiones hablan de que no existen diferencias entre los distintos tratamientos (K. M. Carroll, 1996; Irvin et al., 1999). Mientras que otras investigaciones hablan que tienen mejores tasas que el tratamiento de los “12 pasos”, y tasas similares a otros tratamientos, incluso en comparación con aquellos más novedosos basados en el *mindfulness* (Bowen et al., 2011; Bowen et al., 2014; Ulmer, 2007). En cualquier caso, el tratamiento basado en el MPR se asocia con menores tasas de consumo y con menos problemas con las drogas entre los pacientes que han sufrido una recaída (K. M. Carroll, 1996; Rohsenow & Monti, 2001).
- El modelo de prevención de recaídas se asocia con un retraso en la aparición de los episodios de recaída después del tratamiento en comparación con el grupo control

(Pashaei et al., 2013) y con programas clásicos de prevención de recaídas (Bowen et al., 2014).

- Además, diversos estudios identificaron efectos sostenidos del MPR, sugiriendo que ésta puede proveer una mejora continuada durante un mayor periodo de tiempo (“retraso de los efectos de emergencia”), mientras que otros tratamientos pueden ser efectivos durante un tiempo más corto (K. M. Carroll, Rounsaville, & Gawin, 1991; K. M. Carroll et al., 1994; Goldstein, Niaura, Follick, & Abrams, 1989; Hawkins, Catalano, Gillmore, & Wells, 1989; Marlatt & Witkiewitz, 2005; Rawson et al., 2002). Estos hallazgos sugieren que la curva de aprendizaje caída/recaída provoca el aumento de las habilidades de afrontamiento que disminuyen la probabilidad de recaída. Esta demora de la eficacia puede resultar del hecho de que se necesita tiempo para aprender nuevas habilidades y en consecuencia que los efectos de la prevención de recaídas son más obvios cuando los pacientes adquieren práctica adicional (Marlatt & Witkiewitz, 2005).
- Aunque la prevención de recaídas se ha aplicado con cierto éxito para diversas conductas adictivas, los efectos de los enfoques basados en el MPR son mayores en el tratamiento del alcoholismo o el uso de múltiples fármacos (Irvin et al., 1999).
- La combinación del MPR con medicamentos (por ejemplo, disulfiram o naltrexona) para tratar la adicción conduce a mejores resultados en comparación con cualquier programa de prevención de recaídas o con programas con sólo medicación (Irvin et al., 1999).

RESUMEN

El MPR de recaída se centra alrededor de una taxonomía detallada de las emociones, eventos y situaciones que pueden precipitar tanto caídas como recaídas a las drogas. Esta taxonomía incluye tanto los determinantes inmediatos de recaída como los antecedentes encubiertos, que indirectamente aumentan la vulnerabilidad de una persona a la recaída. En base a la clasificación de los factores determinantes de recaídas y las situaciones de alto riesgo que se proponen en el MPR, numerosos componentes de tratamiento han sido desarrollados con la finalidad de ayudar a hacer frente al adicto en recuperación a las situaciones de alto riesgo. Los resultados de investigaciones recientes, en particular el estudio RREP, probablemente darán lugar a modificaciones del MPR original, particularmente con respecto a la evaluación de situaciones de alto riesgo así como a la conceptualización de antecedentes encubiertos e inmediatos de la recaída. Sin embargo, en general, los resultados de la investigación apoyan

tanto el modelo general del proceso de recaída como la eficacia de las estrategias de tratamiento basadas en el modelo.

TEORÍA DE LA AUTOEFICACIA

"Si tengo la creencia de que puedo hacerlo, seguramente voy a adquirir la capacidad para hacerlo, incluso aunque no la tuviera al principio."

Mahatma Gandhi

El modelo anterior es clasificable dentro de los modelos explicativos de la autorregulación de las conductas de salud, dado que el mecanismo psicológico al que se apela para dar cuenta del cambio de comportamiento son las expectativas de autoeficacia. Por tal motivo, dedicaremos a continuación una atención especial a esta teoría, sobre todo a los aspectos de la misma que conforman parte de la estructura del modelo anterior.

Albert Bandura plantea por primera vez en 1977 una exposición sistemática de la teoría de la autoeficacia en el artículo *"Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change"*. En él se presenta la teoría de la autoeficacia como un marco teórico integrador que trata de explicar y predecir los cambios psicológicos obtenidos por diferentes modos de tratamiento. Según Bandura, cualquier procedimiento psicológico exitoso alterará el nivel y la fuerza de la autoeficacia, ya que ésta determinará si se inicia la conducta de afrontamiento, la cantidad de esfuerzo se gasta, y el tiempo que se mantendrá en la cara de los obstáculos y experiencias aversivas.

En este mismo artículo, Bandura define por primera vez las expectativas de eficacia o la autoeficacia percibida como *"la convicción de que uno puede realizar de manera exitosa la conducta requerida para producir los resultados deseados"* (Bandura, 1977, p.193). Y que más adelante reformuló de la siguiente manera: *"las creencias que una persona tiene sobre sus propias capacidades para organizar y ejecutar los cursos de acción requeridos para producir los resultados deseados"* (Bandura, 1997, p. 3).

A pesar de que la teoría de la autoeficacia es ampliamente aceptada hoy en día, su nacimiento no estuvo exento de críticas. Algunos autores calificaron la teoría banduriana de mentalismo, profecías autocumplidas, compromiso del sujeto consigo mismo, tautología, expectativas de logro, que no aportaba nada nuevo. Incluso Irving Kirsch en 1985 llegó a afirmar que se trataba de *"vino viejo en odres nuevos"* (en el artículo publicado en la revista *Journal of Personality and Social Psychology*, titulado *"Self-efficacy and expectancy: old wine with new label"*). Sin embargo, las críticas a la metodología utilizada por los estudios que trataban de criticar la teoría de la autoeficacia, y las evidencias empíricas resultantes de múltiples estudios realizados

por Bandura y sus seguidores (Bandura, 1977, 1982, 1984, 1986a, 1986b), propiciaron que esta teoría sea considerada hoy en día como un importante referente teórico en nuestra disciplina (y no sólo).

En resumen, el concepto de autoeficacia constituye el factor clave de la agencia humana. Es decir, esta creencia permite a las personas tener el poder para hacer que las cosas ocurran de manera intencional. Si las personas creen que no tienen el poder para producir ciertos resultados, ni tan siquiera harán el intento por que ocurran. Dicho de otra forma, la persona que se juzgue capaz de estudiar una ingeniería, de salir de la droga, de conducir un coche o de escalar el Everest, tendrá más probabilidades para lograrlo.

Ahora bien, la autoeficacia no es una variable que se refiera a una percepción general o transituacional de lo que uno mismo es capaz de realizar. Más bien se refiere a las capacidades percibidas por la persona para actuar en un dominio concreto de actividad, y no al valor percibido o a la valoración de una persona o un acto (Bandura, 1986a, 1997; Cervone & Scott, 1995).

Por tanto, las expectativas de autoeficacia son una medida de estado, es decir, una medida específica para cada interacción persona-conducta en particular, y no una medida rasgo, generalizable a diferentes situaciones. Sin embargo, este nivel de especificidad de la creencia de autoeficacia está determinado por la naturaleza de la tarea y de la situación en cuestión, y aquella a la que se pretende generalizar o predecir (Bandura, 1997, 1999b; Bandura & Jourden, 1991; Jourden, Bandura, & Banfield, 1991). Por ejemplo, la medición de la autoeficacia para las habilidades generales para conducir requiere incluir especificaciones de las condiciones generales bajo las que la persona conducirá (tráfico en ciudad o en autopista).

Sin embargo, el rechazo a la visión de la autoeficacia como una noción general o un rasgo de personalidad, no impide su posible generalización. La eficacia percibida en un dominio comportamental-situacional se generalizará a otras conductas y situaciones dependiendo del grado en que las conductas y las situaciones compartan características claves y requieran habilidades y funciones similares (Bandura, 1990).

Debido a esta especificidad situacional y comportamental, las creencias de eficacia pueden variar en distintas dimensiones, lo cual provocará importantes implicaciones sobre el rendimiento conductual y sobre cómo se evalúan (Bandura, 1982, 1986a, 1997). Estas dimensiones son: nivel o *magnitud*, *fuerza* y *generalidad*.

El nivel o *magnitud* de una expectativa de autoeficacia deriva del grado de dificultad de la conducta respecto a la cual se evalúa dicha expectativa, que puede referirse a cursos de acción sencillos, extenderse a otros relativamente difíciles o, incluso, a los de más dificultad dentro de un dominio de funcionamiento específico (Bandura, 1997). El grado de capacidad percibida de una determinada persona es medido respecto a los niveles de exigencia de la tarea que representa diferentes grados de reto o traba para el desempeño exitoso. Si no existen obstáculos que superar, la actividad resultará fácil de realizar y todo el mundo tendría una alta autoeficacia para dicha actividad (Bandura, 1999b; Maddux, 1995).

La naturaleza de los retos respecto a los que la eficacia percibida es juzgada varía dependiendo de la esfera de actividad. Los retos pueden ser graduados en términos del nivel de ingenio, esfuerzo, precisión, productividad, miedo o autorregulación, entre otros, requerido para la ejecución de la conducta (Bandura, 1997). Por ejemplo, si pretendemos medir si una persona se siente capacitada para seguir una rutina de ejercicios que promuevan su salud, se le pregunta sobre si realizaría dichos ejercicios según distintos impedimentos, tales como cuando están bajo presión en el trabajo, cansados, deprimidos, si hace mal tiempo, etc.

En resumen, la magnitud de eficacia percibida se refiere a si las personas consideran que poseen la capacidad para conseguir ellos mismos una determinada ejecución de forma habitual, a pesar de tener que hacer frente a una serie variada de condiciones disuasorias.

En cuanto a la dimensión de la *fuerza*, ésta se refiere a la firmeza de las convicciones de una persona de puede realizar una conducta en cuestión (Maddux, 1995). Las creencias de eficacia débiles son fácilmente anuladas por algún contratiempo, mientras que las personas que tienen una creencia más firme en sus capacidades perseverarán más en sus esfuerzos a pesar de las innumerables dificultades y obstáculos que se le presenten.

La fortaleza de la eficacia percibida no está necesariamente relacionada de manera lineal con la elección de conducta (Bandura, 1977). Es cierto que se necesita un cierto umbral de seguridad en sí mismo para intentar un curso de acción, pero la mayor fortaleza de autoeficacia se mostrará en el mismo intento. Cuanto más fuerte sea el sentido de eficacia personal, mayor será la perseverancia y, por tanto, más alta será la probabilidad de que la actividad elegida se lleve a cabo con éxito.

Por último, la dimensión de la *generalidad*, hace referencia al grado en que las experiencias de éxito o fracaso influyen sobre las expectativas de autoeficacia. Algunas experiencias generan

expectativas limitadas de dominio, mientras que otras inculcan un sentido de eficacia más generalizado que va más allá de la situación específica (Maddux, 1995).

Las personas pueden concebirse eficaces en distintas áreas de actividad y para muchas tareas, o bien, sólo para ciertos campos de funcionamiento. La generalidad puede variar en función de un número amplio de factores, como pueden ser el grado de similitud de las actividades, las modalidades en que las capacidades se expresan (comportamental, cognitiva, afectiva), la características de las situaciones o las características de las personas hacia las cuales se dirige la conducta. Por tanto, habrá experiencias que generen expectativas limitadas de dominio, mientras que otras inculquen un sentido de eficacia más generalizado que van más allá de la situación

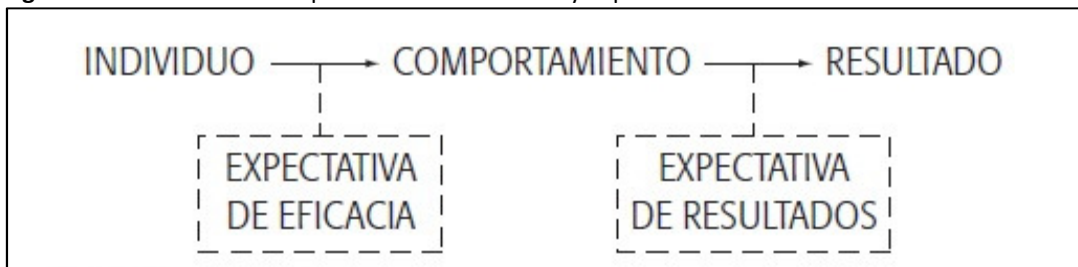
EXPECTATIVAS DE EFICACIA Y EXPECTATIVAS DE RESULTADO

El concepto de expectativa ha tomado un papel preponderante en la explicación del funcionamiento humano con el surgir de las distintas teorías cognitivas del comportamiento. Sin embargo, la atención de dichas teorías se ha centrado casi de manera exclusiva en las expectativas de los resultados. Según Bandura (1997), este fenómeno se ha debido a la herencia de los postulados de Tolman en dichas teorías. Tolman (1949, 1955) interpretó el aprendizaje como el desarrollo de expectativas de que la conducta producirá ciertos resultados. Lo que los animales esperaban encontrar en la caja meta era considerado como el principal determinante de su elección de conducta. Sin embargo, la cuestión de si los animales tuvieron la capacidad para llegar a la caja meta no fue nunca planteada. El papel influyente del pensamiento autorreferente en la regulación de la motivación y la acción era desatendido, ya que los animales carecen de autorreflexión y no estructuran las escasas opciones en sus vidas sobre la base de autocreencias de lo que pueden o no pueden hacer. Por el contrario, el sistema de creencias autorreferente es fundamental para el funcionamiento adaptativo humano. Las creencias de las personas en su eficacia afecta a casi todo lo que hacen, ya sea pensar, motivarse, sentir o comportarse (Bandura, 1997).

Los resultados derivan de las acciones. Cómo uno se comporta determina los resultados que se experimentan. Así pues, la ejecución es una causa anterior a los resultados. De manera similar, los resultados que las personas anticipan dependen de sus juicios sobre si serán capaces de rendir bien en determinadas situaciones. En este sentido, entendemos que la *expectativa de resultados* es la estimación, por parte de una persona, de que una determinada conducta

producirá unos ciertos resultados. Mientras que, la *expectativa de eficacia* se define como la convicción de que uno puede efectuar, con éxito, la conducta necesaria para producir esos resultados. En la siguiente figura 4 se resumen de manera gráfica ambos conceptos:

Figura 4. Diferencia entre expectativas de resultado y expectativas de eficacia



Las expectativas de resultado pueden tomar tres formas distintas (Bandura, 1986a). Dentro de cada forma, las expectativas positivas sirven como incentivos y las negativas como desaliento. La primera forma de las expectativas de resultado se refiere a los efectos físicos positivos y negativos que acompañan a la conducta. Estos incluyen experiencias sensoriales placenteras y placer físico en su forma positiva y experiencias sensoriales aversivas, dolor, y malestar físico en su forma negativa. La conducta humana está en parte regulada por las reacciones sociales que provoca. Los efectos sociales positivos y negativos son la segunda de las formas que pueden tomar las expectativas de resultado. Con respecto al polo positivo, se incluyen tanto las reacciones sociales de los otros como las expresiones de interés, aprobación, reconocimiento social, compensación monetaria y obtención de estatus y poder. Por el contrario, en el extremo negativo se sitúan el desinterés, la desaprobación, el rechazo social, la censura, la privación de privilegio y las sanciones impuestas.

La Teoría Social Cognitiva rechaza la visión funcionalista de que la conducta está tan sólo regulada por los refuerzos y los castigos externos. Si las acciones fueron sólo realizadas por anticipación de refuerzos y castigos externos, las personas estarían cambiando de manera constante la dirección de su conducta para amoldarse a las distintas influencias. En realidad, lo que sucede es que las personas muestran bastante autodirección con independencia de las distintas influencias externas. Una vez que las personas eligen sus objetivos personales, regulan su conducta mediante autosanciones. Hacen cosas que les reporta autosatisfacción, sentido de orgullo y autovaloración, y se abstienen de comportarse de manera que obtengan autoinsatisfacción, autodevaluación y autocensura. Este mecanismo de autoevaluación hacia la propia conducta supone la tercera manera en que pueden aparecer las expectativas de resultado.

A menudo se han producido serios problemas conceptuales debido a la confusión entre ejecución y resultado. Es conveniente distinguir ambos conceptos para lograr una mayor claridad de los principios de la teoría de la autoeficacia. Con este fin, podemos afirmar siguiendo a Bandura (1997, 1999b) que, la ejecución se refiere al rendimiento que realizamos en una actividad y que puede ser descrito en base a una escala. Mientras que, el resultado es aquello que logramos al alcanzar un determinado nivel de ejecución. Por ejemplo, el rendimiento puede ser abstenerse de consumir cocaína durante un periodo de tiempo más o menos prolongado (más de seis meses), y el resultado la mejora de la autoestima, del nivel de salud general, de las relaciones familiares, etc. Por tanto, en ningún caso un determinado nivel de ejecución dentro de una escala particular puede ser considerado como una expectativa de resultado. El potencial motivacional de los resultados anticipados está determinado por el valor subjetivo que se les proporciona. Dos personas pueden creer que una determinada ejecución producirá un resultado particular, pero pueden evaluar el atractivo de dicho resultado de manera muy diferente.

Aquellos que confunden ejecución o rendimiento con resultado se precipitan a un problema de regresión infinita de la ejecución. Plantear que un determinado nivel de rendimiento es el resultado, nos llevaría a buscar qué produjo ese resultado. Con este planteamiento, esa actividad también se convertiría en otro resultado, producido por alguna otra cosa que la persona hizo antes, y así continuaríamos en un bucle sin fin, donde cada ejecución se convierte en el “resultado” de su precursor, que entonces se convierte en un “resultado” de su precursor, etc., etc. Esta confusión de conceptos se evita con facilidad si centramos la pregunta en cuáles son los resultados físicos, sociales y autoevaluativos que provienen de un determinado nivel de rendimiento.

La teoría de la autoeficacia distingue entre distintos grados de controlabilidad mediante los recursos personales. La controlabilidad afecta al grado en que las creencias de eficacia forman las expectativas de resultado y cuánto añaden las expectativas de resultado a la predicción del rendimiento. No existe una relación simple entre las creencias de eficacia y las expectativas de resultado, sino que más bien, dependen de cómo estén estructuradas las contingencias entre las acciones y los resultados, si de manera inherente o social, en un dominio de funcionamiento dado. En actividades donde los resultados son muy contingentes a la calidad del rendimiento, los tipos de resultados que las personas anticipan dependen, en su mayoría, de cómo de bien creen que serán capaces de rendir en una situación determinada. En la

mayoría de las actividades sociales, intelectuales y físicas, aquellas personas que se juzgen como muy eficaces esperarán resultados favorables, mientras que aquellas quienes esperan un pobre rendimiento de sí mismas predecirán resultados negativos.

Por tanto, en aquellas actividades en las que el rendimiento determina el resultado, las creencias de eficacia explican la mayoría de la varianza de los resultados esperados (Bandura, 1997). Cuando las diferencias en las creencias de eficacia están controladas, los resultados esperados por un determinado nivel de ejecución contribuyen poco o nada a la predicción de la conducta. Esto es así sobre todo en diferentes áreas de funcionamiento humano, entre las que destacamos por su relevancia para nuestro estudio, los hábitos de salud (K. B. Carey, 1995; M. P. Carey, Kalra, Carey, Halperin, & Richards, 1993; Godding & Glasgow, 1985).

Esta última afirmación no significa que las expectativas de resultados no sean importantes para la conducta humana. Más bien, lo que se viene a decir es que en los casos en que las creencias de eficacia predicen los resultados esperados, los resultados se convierten en un predictor redundante, aunque sin llegar a ser indiferente. Aunque las personas se centren más en sus creencias de eficacia cuando perciben como contingentes los resultados y su nivel de ejecución, esto no significa que las personas no les den valor a los resultados que podrían conseguir o que les motive el conseguirlo.

En definitiva, las personas se guían por sus creencias de eficacia para decidir qué cursos de acción seguirán y cuánto tiempo las mantendrán. Evitarán realizar aquellas actividades que crean que no pueden realizar con éxito y que anticipan que les producirá problemas, pero realizan actividades que juzgan que pueden manejar de manera exitosa y que les proporcionarán refuerzos de valor para ellas. En resumen, las personas actuarán cuando tengan las creencias de eficacia y las expectativas de resultados de que hacer un esfuerzo merecerá la pena. Es decir, actuamos cuando esperamos que determinadas acciones produzcan los resultados deseados y creemos que somos capaces para realizar dichas acciones.

Las creencias de eficacia explican tan sólo una parte de la varianza de los resultados esperados cuando éstos no están controlados con totalidad por la calidad de la ejecución. Esta separación parcial ocurre cuando factores ajenos a la calidad de la ejecución también afectan a los resultados o cuando los resultados están asociados a escala social a un nivel mínimo de rendimiento, por los que las variaciones posteriores en la calidad del rendimiento por encima

de un determinado nivel no producen resultados diferentes. Por tanto, creer que uno puede rendir por encima de un nivel mínimo no conlleva el esperar unos resultados diferentes.

Los resultados esperados son independientes de las creencias de eficacia cuando las contingencias están estructuradas de manera restrictiva, por lo que ningún nivel de competencia puede producir los resultados deseados. Esta independencia aparece en actividades que están segregadas de manera rígida por la edad, el sexo, la raza o cualquier otro factor de este tipo. Bajo tales circunstancias, las personas del grupo excluido esperan resultados negativos aunque se consideren eficaces.

PROCESOS MEDIADORES DE LA AUTOEFICACIA

Las creencias de eficacia influyen en cómo las personas piensan, sienten, se motivan y actúan. Así pues podemos afirmar que la autoeficacia regula el funcionamiento humano mediante cuatro procesos que actúan de manera conjunta: cognitivos, motivacionales, afectivos y selectivos (Bandura, 1999b).

Procesos cognitivos

Las creencias de eficacia influyen en los patrones de pensamiento que pueden mejorar o minar el rendimiento. Las personas que tienen un alto sentido de eficacia toman una perspectiva de futuro a la hora de estructurar sus vidas. La mayoría de la conducta humana está regulada por la previsión que implican las metas conscientes, y el establecimiento de éstas viene determinado por la autoevaluación de las capacidades. Así pues, cuanto mayor sea la autoeficacia percibida, más ambiciosas serán las metas que se propongan las personas y más firme será su compromiso con ellas (Bandura, 1989; Bandura & Wood, 1989; Locke & Latham, 1990, 2013; R. Wood & Bandura, 1989)

a) Construcciones cognitivas

La mayoría de los cursos de acción toman forma inicialmente en el pensamiento. Por tanto, las construcciones cognitivas sirven como guías para la acción en el desarrollo de competencias (Bandura, 1986a; W. R. Carroll & Bandura, 1990). Las creencias de las personas sobre su eficacia influyen en cómo interpretan las situaciones, qué escenarios anticipan y qué visualizan en el futuro. Así pues, aquellas personas con un alto sentido de eficacia verán las situaciones como una oportunidad realizable y visualizarán escenarios de éxito que les proporcionarán guías positivas para su rendimiento. En cambio, aquellas que se juzguen como ineficientes interpretarán las situaciones como un riesgo y tenderán a visualizar escenarios de fallo

(Krueger & Dickson, 1993). El pensamiento negativo sobre las propias capacidades y pensar que es probable que las cosas salgan mal son una buena manera de socavar la auto-motivación y el rendimiento. En este sentido existen numerosas investigaciones que muestran cómo las simulaciones cognitivas, en las que los sujetos se ven realizando una determinada actividad de manera exitosa, provocan que mejoren su posterior rendimiento (Bandura, 1986b, 1997; Feltz & Landers, 2007; Uskul & Kikutani, 2014; Vasquez & Buehler, 2007). En definitiva, podemos afirmar que la eficacia percibida y la simulación cognitiva se influyen mutuamente: un alto sentido de eficacia fomenta construcciones cognitivas de cursos de acción efectivas, y éstas a su vez, fortalecen las creencias de eficacia (Bandura & Adams, 1977; Bandura, Adams, & Beyer, 1977; Kazdin, 1979).

b) Pensamiento inferencial

Una de las principales funciones del pensamiento es la de permitir a las personas predecir la probabilidad de que se den unos determinados resultados en función de los diferentes cursos de acción que realice y crear los medios para ejercer control sobre aquéllos que afectan a sus vidas. Muchas actividades implican juicios inferenciales sobre cómo las acciones afectan a los resultados. Tales habilidades de resolución de problemas requiere de un procesamiento cognitivo efectivo de información variada que contiene muchas complejidades, ambigüedades e incertidumbres. El hecho de que los factores predictivos estén relacionados de forma probabilística, y que el mismo predictor pueda contribuir a diferentes efectos, y viceversa, crea un alto nivel de incertidumbre sobre lo que es probable que ocurra en ciertos contextos. Para crear reglas predictivas las personas aprovechan su conocimiento previo para construir distintas opciones, sopesarlas e integrarlas en reglas, que a su vez, ponen a prueba y revisan sus juicios sobre los resultados de sus acciones tanto inmediatos como distales, y recuerdan qué factores han comprobado y si han funcionado.

Todo este proceso requiere un fuerte sentido de eficacia para permanecer totalmente orientado a la tarea, ya que requiere hacer frente a la incertidumbre de los factores causales, a la presión de las demandas del entorno y a la valoración de los fracasos que pueden tener importantes repercusiones personales y sociales (Bandura, 1999b; R. Wood & Bandura, 1989).

Otro aspecto de cómo las inferencias que realizan las personas pueden afectar a su sentido de autoeficacia es la consideración que tengan sobre la naturaleza de la habilidad. Dicho de otra manera, la autoeficacia percibida por una persona puede depender de si considera que la

habilidad que evalúa se puede adquirir mediante el entrenamiento y el esfuerzo, o bien considera que dicha capacidad es una característica inherente a las personas. Así pues, aquellas que consideran que la capacidad es adquirible, buscarán retos que les permita aumentar sus conocimientos y competencias, e interpretarán los errores cometidos como una parte más del proceso de aprendizaje y adquisición de dicha habilidad. Estas personas juzgarán sus capacidades más en función de su mejora personal que por la comparación con los logros de otras personas (Dunning, 1995; Dunning & Madey, 1995). En cambio, las personas que consideran las habilidades como una característica inherente interpretan sus errores como una limitación en sus capacidades, por lo que buscan realizar tareas sencillas que minimicen sus errores y evitan los grandes esfuerzos, ya que pueden indicar su falta de capacidad. Además, evaluarán sus habilidades mediante la comparación social, empequeñeciendo sus propios logros cuando éstos se vean superados por los de otros (Bandura, 1997, 2001; J. V. Wood, 1989; J. V. Wood & Wilson, 2003)

En referencia a la influencia de la comparación social en el sentido de autoeficacia, Bandura y Jourden (1991) realizaron un estudio donde se comprobaba que el impacto de las influencias comparativas en los logros de ejecución está mediado por los mecanismos de autorregulación.

A modo de conclusión, podemos afirmar que la literatura afirma que diferentes influencias psicosociales alteran las creencias de eficacia, que, a su vez, influyen en el rendimiento alcanzado. Con independencia de si es la naturaleza de la habilidad, la comparación social o las creencias sobre la influencia del ambiente, estos ascendientes funcionan en parte a través de las creencias de eficacia y del pensamiento estratégico que éstas promueven.

Procesos motivacionales

La capacidad para la automotivación y la acción propositiva del ser humano tiene sus raíces en la actividad cognitiva. Las personas se motivan y guían sus acciones anticipatoriamente mediante el ejercicio de la previsión, ya que anticipan los posibles resultados, tanto positivos como negativos, de las diferentes actividades, y se imponen metas y planean cursos de acción diseñados para alcanzar situaciones futuras deseables y evitar las aversivas.

Se pueden distinguir tres diferentes teorías que han tratado el tema de los motivadores cognitivos: la teoría de la atribución causal, la teoría de las expectativas de resultados y la teoría de las metas.

a) Teoría de la atribución causal

Las creencias de eficacia influyen sobre las atribuciones causales (Alden, 1986; Grove, 1993; McAuley, 1991). Las personas que se consideran a sí mismas como altamente eficaces atribuyen sus fracasos al esfuerzo insuficiente o a las condiciones situacionales adversas, mientras que aquellas que se consideran ineficaces tienden a atribuir sus fracasos a su escasa habilidad. Las atribuciones causales influyen en la motivación, sobre la ejecución y sobre las reacciones afectivas fundamentalmente a través de las creencias de eficacia personal (Chwalisz, Altmaier, & Russell, 1992; Relich, Debus, & Walker, 1986; Schunk & Gunn, 1986).

b) Teoría de las expectativas-valor

Según esta teoría, la motivación está regulada por las expectativas de que un determinado curso de acción producirá ciertos resultados y el valor concedido a dichos resultados. Pero las personas actúan en base a sus creencias sobre lo que pueden hacer y sobre los posibles resultados de la ejecución. Por tanto, la influencia motivadora de las expectativas de resultados está, al menos en parte, gobernada por las creencias de eficacia. Existen opciones insospechadamente atractivas que las personas no ejecutan porque juzgan su falta de capacidad para ellas. El carácter predictivo de la teoría del valor de la expectativa se fomenta incluyendo la influencia de la autoeficacia percibida (Ajzen & Madden, 1986; deVries, Dijkstra, & Kuhlman, 1988; Dzewaltowski, Noble, & Shaw, 1990; Schwarzer, 1992).

c) Teoría de las metas

La capacidad de influir mediante desafíos que persiguen un fin y por la reacción evaluadora a la propia ejecución proporciona un importante mecanismo cognitivo de motivación. Un gran cuerpo de investigación muestra que las metas explícitas y desafiantes fomentan y sostienen la motivación (Locke & Latham, 1990). Las metas operan sobre todo a través de los procesos de autoinfluencia y no tanto mediante la regulación directa de la motivación o de la acción. La motivación basada en el establecimiento de metas implica un proceso de comparación cognitiva de la ejecución percibida con un estándar personal adoptado. Condicionando la autosatisfacción al estándar personal adoptado, las personas guían su conducta y crean incentivos para persistir en sus esfuerzos hasta que alcancen sus metas. Buscan la autosatisfacción logrando metas valiosas y se sienten impulsadas a intensificar sus esfuerzos ante las insatisfacciones producidas por las ejecuciones inferiores al estándar.

La motivación basada en metas o en estándares personales está gobernada por tres tipos de autoinfluencia (Bandura, 1991a; Bandura & Cervone, 1986). Influyen reacciones de satisfacción e insatisfacción sobre la ejecución personal, la eficacia percibida para el logro de las metas y el reajuste de las metas personales basándose en los propios progresos. Las creencias de eficacia contribuyen a la motivación de muchas formas: determina las metas que establecen las personas para sí mismas, la cantidad de esfuerzo que invierten, el tiempo que perseveran ante las dificultades y su resistencia a los fracasos. Ante la presencia de obstáculos y fracasos, las personas que desconfían de sus capacidades reducen sus esfuerzos o los abandonan rápidamente. Aquellas personas que creen firmemente en sus capacidades ejecutan ante el fracaso un mayor esfuerzo para dominar el desafío. La perseverancia intensa contribuye a los logros de ejecución.

Procesos afectivos

Las creencias de las personas en sus capacidades de afrontamiento influyen sobre la cantidad de estrés y depresión que experimentan en situaciones amenazadoras o difíciles, así como sobre su nivel de motivación. La autoeficacia percibida para ejercer control sobre los estresores juega un rol nuclear en la activación de la ansiedad mediante múltiples formas (Bandura, 1991b).

Por un lado, las creencias de eficacia influyen sobre la vigilancia en relación a las posibles amenazas y sobre el modo en que son percibidas y procesadas cognitivamente. Las personas que creen que las posibles amenazas no son manejables consideran que muchos aspectos en su entorno serán fuente de frustración e ira, generan pensamientos de duda sobre sus capacidades de afrontamiento y magnifican la gravedad de las posibles amenazas y se preocupan de las cosas que rara vez suceden. Mediante estos pensamientos ineficaces se desaniman y perjudican su nivel de funcionamiento (Folkman & Lazarus, 1991; Meichenbaum, 2009). Por el contrario, las personas que creen que pueden ejercer control sobre las posibles amenazas no las vigilan ni insisten en los pensamientos perturbadores. Sanderson, Rapee y Barlow (1989) presentan pruebas interesantes en relación al poder de las creencias de eficacia para transformar cognitivamente las situaciones amenazantes en situaciones benignas. Las personas que creen que pueden manejar estas situaciones permanecen imperturbables, mientras que aquellos que opinan que no pueden manejar personalmente los estresores los conciben de forma debilitadora (Jerusalem & Mittag, 1995).

Por otro lado, el ejercicio de control sobre los pensamientos reiterativos y molestos es otra forma mediante la cual las creencias de eficacia regulan la activación de emociones como la ansiedad y la depresión. La principal fuente de angustia proviene de la incapacidad para bloquear los pensamientos molestos, y no de la frecuencia con la que éstos se presentan (Kent & Gibbons, 1987). Así pues, el nivel de eficacia percibida para el control de pensamientos predice la ansiedad cuando se eliminan las variaciones en la frecuencia de pensamientos aversivos. La autoeficacia de manejo percibida y la eficacia en el control de pensamientos operan a la par para reducir la conducta de ansiedad y de evitación (Ozer & Bandura, 1990).

El rol causal de las creencias de eficacia para el manejo del estrés y de la ansiedad humana se revela en estudios donde las creencias de los fóbicos en su eficacia de manejo se manipulan a diferentes niveles mediante el tratamiento del dominio guiado (Bandura, 1988).

Las personas viven en un entorno físico que en gran medida crean ellas mismas. Por tanto, una tercera manera en la que las creencias de eficacia reducen o eliminan la ansiedad es mediante la generación de formas efectivas de conducta que convierten los entornos amenazantes en seguros. Esto se produce gracias a que las creencias de eficacia regulan el estrés y la ansiedad a través de su impacto sobre la conducta de manejo. Cuanto más intensa sea la sensación de eficacia, más propensas son las personas a enfrentarse a situaciones problemáticas que generan estrés y mayor es su éxito logrando modelarlas a su gusto.

Procesos selectivos

Las personas también son, en parte, el producto de su entorno. Por tanto, las creencias de la eficacia personal pueden modelar el curso que adoptan las vidas de las personas influyendo sobre los tipos de actividades y entornos que seleccionan para participar. En este proceso, los destinos son modelados por la selección de entornos conocidos por cultivar ciertas potencialidades y estilos de vida. Las personas evitan las actividades y los entornos que consideran que exceden de sus capacidades de manejo. Pero asumen actividades retadoras y seleccionan entornos para los que se juzgan capaces de manejar. Mediante las alternativas que escogen, las personas cultivan diferentes competencias, intereses y redes sociales que determinan sus cursos vitales. Cualquier factor que influya sobre la selección de conductas puede influir profundamente sobre la dirección del desarrollo personal. Esto se debe a que las influencias sociales que operan en entornos selectos siguen potenciando ciertas competencias,

valores e intereses mucho después de que el determinante decisivo de eficacia haya tenido su efecto original (Bandura, 1999b).

Por tanto, la eficacia personal percibida puede tener diversos efectos sobre los procesos de selección de la conducta. Por un lado, las personas que tienen un sentido bajo de eficacia en determinados dominios evitan las tareas difíciles, que consideran como amenazas personales. Sus aspiraciones son bajas y su compromiso es débil con las metas que adoptan ante las tareas difíciles, piensan insistentemente en sus deficiencias personales, los obstáculos que encontrarán y en todo tipo de resultados adversos, en lugar de concentrarse en el modo de ejecutar la tarea satisfactoriamente. Además, moderan sus esfuerzos y los abandonan rápidamente ante las dificultades; necesitan mucho tiempo para recuperar su sentido de la eficacia tras los fracasos. Y también, como conciben la ejecución insuficiente como un signo de su aptitud deficitaria, no se requiere mucho fracaso para que pierdan la fe en sus capacidades. Por tanto, son víctimas fáciles del estrés y de la depresión.

Por otro lado, en contraste, una alta autoeficacia potencia los logros humanos y el bienestar personal de muchas maneras. Las personas con mucha seguridad en sus capacidades para determinados dominios enfocan las tareas difíciles como retos a ser alcanzados y no como amenazas a evitar. Esta perspectiva fomenta el interés intrínseco y la implicación profunda en las actividades. Estas personas se imponen metas retadoras y mantienen ante ellas un fuerte compromiso. Aumentan y sostienen sus esfuerzos ante las dificultades. Recuperan rápidamente la sensación de eficacia tras los fracasos. Atribuyen los fracasos a la insuficiencia de esfuerzos o a la deficiencia de conocimientos y destrezas que son adquiribles. Enfocan las situaciones amenazantes con la seguridad de que pueden ejercer control sobre ellas. Una perspectiva tan eficiente produce logros personales, reduce el estrés y reduce la vulnerabilidad a la depresión.

FUENTES DE EVALUACIÓN O INFORMACIÓN DE LA AUTOEFICACIA

Las expectativas de eficacia personal se basan en varias fuentes de información que se resumen en la siguiente tabla:

Tabla 3. Fuentes de la Autoeficacia Percibida

Fuente	Modo de Inducción
Logros de ejecución	Modelado participante Desensibilización por ejecución Exposición de ejecución Ejecución auto-instruida
Experiencia vicaria	Modelado vital Modelado simbólico
Persuasión verbal	Sugestión Exhortación Auto-instrucción Tratamientos interpretativos
Excitación emocional	Atribución Relajación, Biofeedback Desensibilización simbólica Exposición simbólica

Logros de ejecución

Las experiencias de dominio de una determinada actividad son la base más importante sobre la que determinamos nuestros juicios de eficacia percibida, ya que proporcionan la evidencia más auténtica de si podemos realizar dicha actividad con éxito o no. Parece obvio pensar que son los éxitos los que construyen una fuerte creencia en la eficacia personal, mientras que los fracasos la minan, sobre todo si ese fallo ocurre antes de que se haya establecido de manera firme la percepción de eficacia para esa actividad.

Ahora bien, las experiencias de éxito conseguidas con facilidad provocan que se esperen resultados rápidos, lo que provocará que las personas se desanimen fácilmente si fracasan. Así pues, un sentido de eficacia resistente requiere de experiencias que hayan necesitado de un esfuerzo persistente para superar los obstáculos (Bandura, 1997). En este sentido, las dificultades y los retrocesos en los propósitos que se plantean las personas pueden ser “didácticos”, ya que, por un lado les enseñan a ver el éxito como la consecuencia de un esfuerzo sostenido, y por otro, les enseñan a cómo pulir sus capacidades para ejercer un mejor control de los sucesos, y así transformar el fracaso en éxito.

Después de que las personas se convencen de que tienen lo necesario para tener éxito, ellas perseveran frente a la adversidad y se reponen con rapidez de los reveses.

La construcción de la eficacia percibida mediante las experiencias de dominio se produce por la adquisición de las herramientas cognitivas, comportamentales y autorregulatorias para la creación y la ejecución de cursos efectivos de acción orientados a manejar las siempre cambiantes circunstancias de la vida (Bandura, 1986a, 1997, 1999b). La adquisición de estas herramientas será más fácil si las habilidades complejas se desagregan y organizan de forma jerárquica en habilidades más simples y fáciles de dominar.

Las personas no sólo necesitan dotarse de habilidades y estrategias adecuadas, sino que también tienen que convencerse de que pueden ejercer un mejor control si las aplican de manera continua, estable y persistente. Dicho de otra manera, la posesión del conocimiento y las habilidades no aseguran que la persona rinda de manera óptima, si no tiene además la certeza de usarlas bien. De hecho, en muchas ocasiones el bajo rendimiento proviene más del desuso de las habilidades cognitivas que de su ausencia (Flavell, Friedrichs, & Hoyt, 1970; Karlen, Merki, & Ramseier, 2014; Kominsky, 2014; Schunk & Rice, 1987). Por tanto, podemos afirmar que la adquisición y la ejecución de las habilidades necesarias para llevar a cabo una conducta serán mejores si se valida el poder personal para realizarla, que si nos limitamos a darle a la persona feedback sobre el éxito de su rendimiento.

Las personas se guían por sus creencias de eficacia y comparan esta autoevaluación con el rendimiento que logran alcanzar. Cuando se logra el éxito, las creencias de eficacia suelen aumentar, y al contrario, los fracasos repetidos las harán disminuir. Esto último ocurrirá sobre todo cuando los fracasos se den en los primeros intentos y no reflejen una falta de esfuerzo o alguna circunstancia externa adversa (Bandura, 1999b).

Ahora bien, aunque todo esto sea así en términos generales, no siempre se produce. Esto se debe a que los cambios en las creencias de autoeficacia son el resultado de interpretar que el rendimiento alcanzado expresa la propia capacidad para producirlo, más que del rendimiento *per se*. Así pues, un mismo nivel de éxito de rendimiento puede hacer aumentar, disminuir o no afectar la percepción de autoeficacia dependiendo de cómo son interpretadas y sopesadas diversas variables personales y situacionales (Bandura, 1982).

El rendimiento por sí mismo no provee de suficiente información para juzgar los niveles de capacidad personales, porque muchos factores que tienen poco que ver con la capacidad

pueden afectar al rendimiento. Por tanto, no existe una equivalencia simple entre el rendimiento y la autoeficacia percibida, ya que la evaluación de ésta es un proceso inferencial en el que las variables relativas a la capacidad y externas a la capacidad para rendir con éxito o fracaso tienen que ser sopesadas. El grado en el que las personas variarán su eficacia percibida mediante las experiencias de rendimiento depende, entre otros factores, de sus preconcepciones sobre sus capacidades, de la dificultad percibida de las tareas, de la cantidad de esfuerzo desarrollado, de la cantidad de ayuda externa recibida, de las circunstancias bajo las que realizaron la conducta, del patrón temporal de éxitos y fracaso, y de la manera en que estas experiencias son organizadas y estructuradas en la memoria (Bandura, 1995, 1997).

a) Estructuras de conocimiento preexistentes

El desarrollo de autoconocimiento es una construcción cognitiva donde las personas crean autoesquemas, entre otras, de autoeficacia percibida. Este esquema influirá en lo que las personas buscan, en cómo interpretan y organizan la información de eficacia generada a partir de su ambiente y de lo que recuperan de su memoria a la hora de realizar juicios sobre su eficacia. El peso que las personas le dan a las nuevas experiencias y cómo las reconstruyen en la memoria dependen, al menos en parte, de la naturaleza y de la fuerza de las autocreencias en las que deben integrarse esas experiencias (Bandura, 1997). Así pues, podemos afirmar que las creencias de eficacia son tanto productos como constructoras de experiencias.

Los sesgos ejercidos por los autoesquemas preexistentes en el procesamiento cognitivo de la información de eficacia contribuyen a su estabilidad. Las creencias de eficacia que uno ya posee se ven fortalecidas por la relación con indicadores redundantes como una prueba más de la eficacia personal, y por la construcción de indicadores que permitan su confirmación. De esta forma, las experiencias que son inconsistentes con las propias creencias tienden a ser minimizadas u olvidadas. En cambio, aquellas que sean coherentes cobrarán relevancia y serán recordadas. Así pues, las personas que duden de su eficacia verán con mayor probabilidad los repetidos éxitos como fruto de un gran esfuerzo, en lugar de percibirlos como una evidencia de su capacidad, mientras que las personas seguras de su eficacia interpretarán que su capacidad es la causa de sus éxitos (Alden, 1987).

El poder de las creencias de autoeficacia preestablecidas para reducir el impacto de la información de eficacia discordante está ilustrado en estudios en los que la autoeficacia de las personas se ve aumentada o disminuida de manera arbitraria diciéndoles que rindieron bien o

mal en una actividad novedosa para ellos (García-Dantas & Quested, 2015; Weinberg, Gould, Yukelson, & Jackson, 1981; Weinberg, Hughes, Critelli, England, & Jackson, 1984).

Por tanto, aunque los sesgos atencionales e interpretativos pueden llevar por el mal camino, también pueden proporcionar la continuidad esencial para la propia auto- concepción. Sin su efecto estabilizador, las visiones de las personas de sí mismos cambiarían continuamente en cada momento de éxito o fracaso. Este efecto de estabilización es muy útil cuando es ventajoso, ya que si se desarrolla un fuerte sentido de eficacia mediante continuas experiencias de éxito, los fracasos y o los reveses serán más improbables que minen la creencia en las propias capacidades. Esto se debe a que las personas con un alto sentido de autoeficacia se inclinan más a percibir que su escaso rendimiento es debido a factores situacionales obstaculizadores, a un escaso esfuerzo o a pobres estrategias de ejecución, y no a la percepción de su incapacidad.

b) Dificultad de la tarea y factores contextuales en el diagnóstico de la información de rendimiento

El autodiagnóstico del valor del éxito y el fracaso para juzgar la eficacia personal depende de la dificultad percibida de la tarea. Tener éxito en una tarea fácil es redundante con lo que uno ya sabe y, por tanto, no exige ninguna reevaluación de la autoeficacia. Sin embargo, el dominio de tareas difíciles muestra nueva información de eficacia que aumenta la creencia en las propias capacidades.

Las personas perciben la dificultad de la tarea en función de las características de dicha tarea, y sobre todo, por la similitud percibida con otras actividades en las que la dificultad y las habilidades requeridas son mejor conocidas por la persona (Ho, 2010; Trope, 1983). Pero si la tarea es ambigua, las personas recurren a información sobre la ratio de éxito de otros que han realizado esa actividad para calibrar su dificultad.

El desarrollo de una conducta ocurre siempre en un contexto conformado por una gran variedad de factores que puede dificultar o facilitar su consecución. Estos factores contextuales incluyen impedimentos situacionales, ayuda proporcionada por otros, la adecuación de los recursos o equipamientos disponibles y las circunstancias bajo las que la actividad es realizada. De esta manera, los éxitos alcanzados con ayuda externa conllevarán un bajo valor de eficacia, ya el logro no se atribuirá a las capacidades personales, sino a esa ayuda. De igual modo, las actuaciones defectuosas en condiciones adversas tendrán implicaciones de

eficacia mucho más débiles que los ejecutados en circunstancias óptimas. En definitiva, cuantos más factores externos a las capacidades de la persona operen durante la ejecución de la conducta, menor será la atribución que realice de que el logro alcanzado se debe a su capacidad.

c) Esfuerzo realizado

Los logros del rendimiento están determinados, al menos en parte, por cuánto uno trabaja en la actividad propuesta. Por tanto, la cantidad de esfuerzo invertido en la realización de una tarea afecta a la interpretación que realizamos sobre nuestra capacidad para realizar dicha tarea, ya que ambos conceptos (esfuerzo y capacidad) se suelen tomar como interdependientes.

A la hora de interpretar la capacidad que subyace a la realización de una tarea, las personas utilizan, además de la dificultad de la tarea y las circunstancias en las que se ejecuta, el criterio del nivel de esfuerzo desarrollado. De esta manera, tener éxito con un mínimo esfuerzo en tareas que otras personas describen como difíciles, se interpretará como un signo de alta capacidad. Sin embargo, si unos logros similares se han obtenido mediante un gran esfuerzo, ello implicará una baja capacidad, y por tanto, una menor probabilidad de aumentar la autoeficacia percibida (Bandura, 1997, 2001; Wang, 1998).

Por otro lado, el esfuerzo también se considera como un factor importante en la autoevaluación de la eficacia a partir de los errores (Trope, 1983). De esta manera, un bajo nivel de esfuerzo durante un fracaso no se considerará indicativo de un bajo nivel de capacidad, ya que ese nivel de ejecución no dice nada de lo que puede hacer. Los fracasos en tareas de una dificultad alta o moderada hablan más de las capacidades subyacentes cuando se ha realizado mucho esfuerzo bajo condiciones óptimas para ejecutar la tarea. Así pues, fallar bajo estas condiciones en tareas relativamente fáciles tiene un efecto demoledor sobre la eficacia personal percibida.

En cualquier caso, la relación entre el nivel de autoeficacia de la persona y el esfuerzo desarrollado durante una actividad no es lineal. Las investigaciones al respecto hablan de que esta relación mantiene una forma de U invertida (Ho, 2010; Hutchinson, 2005; Olvera, 1997; Salomon, 1984; Wang, 1998; J. M. Wood, 2012; Yoshida, 2002), donde tanto las personas con una baja como con una alta autoeficacia desarrollan menores niveles de esfuerzo en las actividades planteadas, que aquéllas que se perciben con unos niveles medios o moderados de

eficacia para dicha tarea. En definitiva, las personas que parten de unos niveles medios de autoeficacia al realizar una actividad se involucrarán más en la actividad propuesta y se esforzarán más en finalizarla con éxito (Olvera, 1997).

d) Automonitorización selectiva y reconstrucción de las experiencias

La autoeficacia no sólo se ve influida por cómo son interpretados los éxitos y los fracasos, sino que también por los sesgos en la automonitorización de la propia ejecución. Cada comportamiento conlleva algún tipo de cambio en la ejecución, en función del estado de atención, el estado físico, el estado emocional, y también en función de las influencias contextuales y las demandas situacionales. Durante las primeras fases de adquisición de una habilidad, estos cambios son especialmente influyentes en el rendimiento de la persona, tanto si lo hace bien como si lo hace mal.

Las personas que de manera selectiva prestan atención y recuerdan sus resultados más pobres es probable que subestimen su eficacia, incluso recordándolos correctamente. En tales casos, los problemas residen en los sesgos de los procesos atencionales y de memoria más que en las inferencias realizadas sobre las causas del propio éxito o fracaso.

La automonitorización selectiva puede mejorar las creencias de eficacia personales si los éxitos propios son recordados y resaltados. De hecho la investigación sobre automodelado provee evidencias que sugieren que la eficacia es incrementada gracias a focalizar la atención en los logros personales (Dowrick, 1983; McCullagh, Law, & Ste-Marie, 2012; McCullagh, Ste-Marie, & Law, 2014; Schunk & Hanson, 1989b).

e) Trayectorias de logro

La mayoría de las competencias requieren de cierto tiempo para ser adquiridas; por ejemplo, las más complejas requieren de la adquisición, integración y organización de diferentes subhabilidades bajo condiciones siempre cambiantes que pueden mejorar o empeorar los rendimientos alcanzados. Debido a que los logros están gobernados por muchos procesos interactivos, el camino hacia la excelencia está marcado por momentos de esfuerzos intensos, de contratiempos y también de periodos de poco o ningún progreso.

La ratio de mejoras varía según la fase de adquisición de la habilidad; de este modo, al principio las mejoras se producen rápidamente hasta llegar a un punto donde cualquier mejora requiere de grandes esfuerzos y tiempo. Esta adquisición paulatina de mejores habilidades y,

por tanto, la consecución de mejores ejecuciones y rendimientos, es interpretada por las personas como un indicador de su eficacia. De esta manera, aquellas personas que experimentan fallos periódicos, pero continúan mejorando con el tiempo son más propensas a incrementar su sentido de eficacia que aquéllas que tienen éxito pero ven que su rendimiento se estabiliza en comparación con su anterior ratio de mejora.

La manera en que la experiencia acumulada afecta a la autoevaluación de la eficacia depende de cómo las personas la representan cognitivamente. Es decir, cómo memorizan la ratio de frecuencia de éxitos y fracasos, su patrón temporal y las circunstancias bajo las que ocurren. Esto es debido a que, como afirma Bunge (1980), la memoria no es una mera reproducción del pasado, sino más bien una reconstrucción de éste.

Experiencia vicaria

Los logros de ejecución no son la única fuente de información sobre las capacidades de las personas. La evaluación de la propia autoeficacia está también influida por las experiencias vicarias mediante los logros modelados. De esta manera, el modelado es otra herramienta efectiva para la promoción del sentido de eficacia personal. Las capacidades personales son fáciles de valorar para aquellas actividades que producen una serie de indicadores objetivos de adecuación. Sin embargo, la mayoría de las actividades no tienen una medida absoluta de adecuación. Por tanto, las personas deben enjuiciar sus capacidades a partir de los logros alcanzados por otros. En estas situaciones, la comparación social juega un papel principal en la valoración de las capacidades personales (Bandura, 1982, 1997; Suls & Miller, 1978).

Estas comparaciones con los demás pueden tomar diferentes formas para diferentes actividades. Para algunas actividades corrientes, el nivel medio de rendimiento de un determinado grupo en actividades concretas es usado para conocer cómo rendirá uno. El impacto de la comparación normativa en la autoevaluación de la eficacia está bien documentado en estudios en los que se les da a los individuos retroalimentación sobre sus logros y si éstos están por encima o por debajo del grupo de referencia (Jacobs, Prentice-Dunn, & Rogers, 1984; Litt, 1988). Las creencias de eficacia se elevan cuando se les informa sobre la superioridad de su rendimiento con relación a la media del grupo, pero disminuyen al informar de un rendimiento inferior. Con frecuencia, en la vida cotidiana, las personas se comparan con los otros cercanos en situaciones similares, tales como compañeros de clase, colegas de trabajo, competidores, o personas que en otras circunstancias realizan esfuerzos similares. Ser

mejores que los colegas o los competidores aumenta las creencias de eficacia, mientras que rendir por debajo de ellos las disminuirá (Weinberg et al., 1981; Weinberg et al., 1984). La evaluación de autoeficacia variará de manera sustancial dependiendo de los talentos de aquellos que son elegidos para la comparación social (Bandura & Jourden, 1991; J. V. Wood, 1989).

Existen distintos procesos mediante los que el modelado ejerce su influencia sobre las creencias de eficacia. Como se acaba de mencionar, mediante la inferencia de la comparación social, los logros de los otros similares a uno mismo son juzgados fuente de diagnóstico de las propias capacidades. Así pues, el ver a personas similares a uno rendir de manera exitosa, suele aumentar las creencias de eficacia de los observadores respecto a las capacidades que ellos poseen para dominar actividades comparables. Estos observadores se auto-persuaden de que si otros pueden hacerlo, ellos también tienen la capacidad para incrementar su rendimiento (Bandura, 1982; Schunk, Hanson, & Cox, 1987). De igual modo, observar cómo fallan a otros que son percibidos de similar competencia a pesar de sus esfuerzos, disminuye la percepción de los observadores sobre sus propias capacidades y limita sus esfuerzos (Brown & Inouye, 1978). Cuanta más similitud sea percibida, más persuasivos serán los éxitos y fracasos de los modelos. Si las personas ven a los modelos como muy distintos a ellos, sus creencias de eficacia personal no se verán muy influidas por la conducta de los modelos y las consecuencias resultantes.

De todas formas, no toda la información vicaria tiene la misma influencia sobre la evaluación de autoeficacia; más bien, existen algunas situaciones o condiciones que le proporcionan una mayor relevancia.

La primera de estas condiciones consiste en la *cantidad de incertidumbre sobre las propias capacidades*. La eficacia percibida podría cambiar mediante la influencia de un modelado relevante cuando las personas han tenido poca experiencia anterior sobre la que basar las evaluaciones de sus capacidades. Ante la falta de conocimiento directo de sus propias capacidades, las personas confían en los indicadores de los modelos (Takata & Takata, 1976). Sin embargo, esto no quiere decir que la experiencia anterior anule la influencia potencial del modelado social (Bandura, 1977). Incluso aquellos que están muy seguros aumentarán sus creencias de eficacia si los modelos les enseñan mejores maneras de hacer una determinada tarea.

En raras ocasiones, las diferentes formas de influencia sobre la eficacia, operan de manera separada o independiente. Las personas no sólo experimentan los resultados de sus esfuerzos, sino que también ven cómo les va a los demás en situaciones similares y que, de vez en cuando, reciben evaluaciones sociales de lo adecuado de su rendimiento. A causa de que estas influencias afectan las unas a las otras, el poder de un determinado modo de influencia sobre la autoeficacia puede cambiar dependiendo de la fuerza de los otros modos de influencia. Por tanto, las generalizaciones sobre el poder relativo de los diferentes modos de influencia en la autoeficacia deben ser calificadas según el dominio de las influencias interactivas.

El poder de la experiencia vicaria para incrementar o neutralizar el impacto de la experiencia directa es un ejemplo de lo mencionado. Aunque las experiencias vicarias son, por lo general, más débiles que las experiencias directas, bajo ciertas condiciones las influencias vicarias pueden superar el impacto de la experiencia directa. La información comparativa transmitida por el modelado puede alterar el diagnóstico de las experiencias de fallo y promover una conducta que confirme la autoconcepción basada en la información vicaria. Así pues, las personas convencidas de su ineficacia que vean a otros similares fallar, aceptarán con mayor rapidez que sus próximos errores son indicadores de su deficiencia personal. Entonces, se comportarán de manera inefectiva, lo que generará una evidencia comportamental confirmatoria de su incapacidad. Al contrario, las influencias de un modelo que convenza a las personas de su eficacia, debilitarán el impacto de las experiencias de fallo y provocarán que las personas persistan en sus esfuerzos en la ejecución, a pesar de los fallos repetidos.

La segunda condición en la que la evaluación de autoeficacia es más sensible a la experiencia vicaria se produce cuando existe un *déficit en las habilidades*. Las personas suelen buscar de manera activa modelos hábiles que posean las competencias a las que aspiran. Los modelos competentes, a través de su comportamiento y sus pensamientos explícitos, transmiten conocimiento y enseñan a los observadores las habilidades y estrategias adecuadas para el manejo de las demandas ambientales (Bandura, 1986a), lo que produce un aumento de las creencias de eficacia personal.

Los modelos, al enfrentarse a los problemas, pueden comentar su esperanza, determinación y convicción de que esos problemas son superables y de que las metas deseadas son alcanzables, o bien, expresar su desánimo y lo inútil del esfuerzo continuado. Aquellos modelos que expresan confianza al hacer frente a las dificultades infunden un mayor sentido

de eficacia y perseverancia en los otros que aquellos que dudan de sí mismos al encontrarse con problemas (Chambers & Hammonds, 2014; Zimmerman & Ringle, 1981).

Un modelado diseñado para modificar la conducta de afrontamiento enfatiza dos factores (predictibilidad y controlabilidad) que conducen al incremento de las creencias de eficacia (Bandura, Reese, & Adams, 1982). Con respecto a la predictibilidad, los modelos abordan de manera repetida actividades amenazadoras que ejemplifican cómo las personas u objetos temidos se comportarían con mayor probabilidad en cada una de las diferentes y múltiples situaciones. La predictibilidad reduce el estrés e incrementa la preparación para enfrentarse a los miedos (Averill, 1973; S. M. Miller, 1981; Roussi & Miller, 2014). En el modelado de la controlabilidad, los modelos muestran estrategias altamente efectivas para el manejo de los miedos en cualquier situación que pudiera ocurrir.

Una tercera condición se refiere a la observación del fallo de una persona habilidosa que ha usado *estrategias deficientes*. Esta observación puede estimular la eficacia percibida de los observadores que creen que poseen estrategias más adecuadas. El fallo observado tiene mayor probabilidad de aumentar la eficacia percibida del observador, si la observación de lo que no ha funcionado para el modelo hace que aumente la confianza de los observadores en alternativas mejores. Al contrario, la observación de una persona habilidosa, pero con poco éxito en lograr su objetivo, a pesar de poner en marcha sus tácticas más habilidosas, puede conducir al observador a reevaluar la tarea como algo mucho más difícil de lo que a priori supuso.

Para clarificar cómo afectan los factores de las situaciones modeladas en las evaluaciones de autoeficacia, la investigación se ha centrado en la estrategia de la ejemplificación y de la evaluación de la tarea, así como en los indicadores de comparación social sobre la propia capacidad.

La teoría de la comparación social se diseñó en su origen para explicar la autoevaluación de capacidad en ausencia de criterios objetivos y autorregulación del estrés y la autoestima mediante la comparación con otros que eran mejores o peores (Festinger, 1954). Esta teoría se ha extendido para abarcar otras funciones psicológicas que están socialmente mediadas (J. V. Wood & Wilson, 2003). Esta amplitud de sus límites ha provocado que esta teoría pierda su distintividad y poder explicativo y predictivo. Un ejemplo de estas funciones incorporadas es la capacidad de automejora. Las personas se convierten en modelos hábiles mediante el

conocimiento, las habilidades y las estrategias efectivas. La teoría de la comparación social aporta poco sobre cómo las personas adquieren habilidades sociocognitivas a partir de la observación de modelos hábiles (Bandura, 1997). Al contrario, la teoría social cognitiva provee de un extenso y comprobado cuerpo teórico sobre los determinantes y los mecanismos psicológicos que gobiernan el aprendizaje observacional de las competencias conductuales y sociales, las habilidades cognitivas y las tendencias emocionales (Bandura, 1986a, 1997, 1999a, 1999b; Rosenthal & Zimmerman, 1978).

Otra manera en que las influencias vicarias pueden afectar a la autoevaluación de eficacia es mediante los estados afectivos producidos por la autoevaluación comparativa. Las características de las personas a las que uno elige observar tienen consecuencias afectivas (Bandura & Jourden, 1991). Observar la ejecución de otros similares puede animar o desanimar a los observadores dependiendo de cómo se comparen socialmente. La comparación con rendimientos superiores aumenta la autodepreciación, mientras que las comparaciones ventajosas con personas con iguales capacidades pueden producir autoevaluaciones positivas. Las personas que están inseguras de sí mismas tienden a evitar comparaciones sociales que son potencialmente amenazadoras para su autoestima. En este sentido, Testa y Major (1990) y Major y Testa (1991) afirman que la comparación social con personas que hacen algo mejor que uno es debilitante emocional y motivacionalmente, sobre todo cuando viene acompañado de un bajo sentido de control personal.

a) Procesos del aprendizaje observacional

El aprendizaje observacional se rige por cuatro procesos: *atención, retención, producción y motivación*. El primero de ellos, determina lo que se observa, es decir, la información que se selecciona observar durante el modelado. Muchos factores influyen durante este proceso de selección. Entre los que tienen que ver con el observador se podrían destacar las habilidades cognitivas, las preconcepciones y los valores de éste. Entre otros factores relacionados con la propia actividad modelada destacamos la saliencia, el atractivo y el valor funcional de dicha actividad.

El segundo de los procesos que gobiernan el aprendizaje observacional se refiere a la *retención*. Este proceso es el resultado del esfuerzo de transformar y reestructurar la información de la situación para representarla en la memoria en forma de reglas y conceptos. Estas concepciones comportamentales deben ser diferenciadas de los guiones, que en

ocasiones se usan para caracterizar a las representaciones cognitivas de los estilos de comportamiento modelados. Las concepciones comportamentales implican la producción de reglas que sirven de guías para la creación de acciones que se ajustan a circunstancias cambiables, mientras que los guiones son semejantes a la ejecución robótica de una secuencia de acciones prefijadas. El proceso retentivo se ayuda de la transformación simbólica de la información modelada a códigos de memoria y del ensayo cognitivo de la información codificada. Los códigos generativos que se extraen de la estructura subyacente de una conducta específica permiten al observador crear nuevas variantes de las acciones que se ajusten a la estructura y que van más allá de lo que han visto y escuchado. Las preconcepciones y los estados emocionales ejercen una influencia de predisposición sobre estas actividades representacionales. De igual manera, el recuerdo implica un proceso de reconstrucción más que la mera y simple recuperación de los eventos registrados.

Respecto al *proceso de producción de conductas*, los conceptos son traducidos a cursos de acción apropiados. Estos conceptos guían la construcción y la ejecución de patrones de conducta, y la adecuación de la acción es comparada con el modelo conceptual. Por tanto, la conducta se ve modificada sobre la base de la comparación entre la ejecución de una conducta lo más cercana a la del modelo y la realizada por éste (modelo conceptual). Cuanto más amplias sean las subhabilidades que posean las personas, más fácil les resultarán integrar la información ofrecida por el modelo para producir nuevos patrones de conducta. Cuando existe un déficit de estas subhabilidades para realizar ejecuciones complejas, se deben en primer lugar desarrollar mediante el modelado y la representación guiada.

El cuarto proceso es el *motivacional*. La Teoría Cognitivo-Social distingue entre la adquisición y la ejecución, ya que las personas no ejecutan todo lo que aprenden. La ejecución de la conducta aprendida mediante observación está influida por los tres tipos de refuerzos: el directo, el vicario y el auto-refuerzo. Las personas realizarán la conducta modelada con más probabilidad si las consecuencias de dicha conducta son resultados valorados. En contraste, dicha probabilidad será menor si el resultado de la conducta es un castigo o no es recompensada. La observación de los costes y beneficios experimentados por otros influye en la ejecución de los patrones de conducta modelados de la misma manera que lo hacen las consecuencias experimentadas de manera directa. Las personas se motivan por el éxito de aquellos otros que perciben como similares a sí mismos, pero se desaniman y desmotivan si observan que los cursos de acción observados obtienen consecuencias adversas. Por último, la

evaluación que realizan las personas respecto a su propia conducta añade una fuente motivacional. En este sentido, las personas realizarán aquellas conductas que encuentren como satisfactorias y que valoren, mientras que rechazarán aquellas otras que desaprobren.

En resumen, la conclusión que se puede sacar de lo expuesto es que para la alteración de las creencias de eficacia mediante la influencia vicaria no es suficiente con exponer a las personas a modelos. El modelado opera mediante un complejo conjunto de procesos interrelacionados. La Teoría Cognitivo-Social proporciona un marco conceptual sobre cómo movilizar los procesos atencionales, representacionales, productivos y motivacionales para favorecer el desarrollo de la eficacia personal mediante el aprendizaje vicario. Además, un análisis multiproceso del aprendizaje observacional ayuda a explicar las variaciones en las influencias del modelado en las creencias de eficacia y en el funcionamiento sociocognitivo.

b) Estados afectivos

Otra manera en que las influencias vicarias pueden afectar a la autoevaluación de eficacia es mediante la evaluación comparativa de los propios estados afectivos. Las características de las personas que uno elige observar tienen consecuencias afectivas (Bandura y Jourden, 1991). Prestar atención a las conductas de otros similares puede animar o deprimir a los observadores dependiendo de cómo ellos se comparen. Las comparaciones con personas que ejecutan una conducta mejor que nosotros puede producir una autodepreciación de nuestras capacidades, mientras que las comparaciones ventajosas con individuos con habilidades similares a las nuestras puede producir una autopercepción positiva. Las personas inseguras tratarán, por lo general, de evitar aquellas comparaciones que puedan potencialmente amenazar a su autoestima. Testa y Major (1990) evidencian que la comparación social con personas que hacen una determinada actividad mejor que uno mismo produce un debilitamiento emocional y motivacional, sobre todo cuando está acompañado de un bajo sentido de control personal. La observación de otros que ejecutan una conducta con éxito, cuando uno cree que no puede hacerlo mejor es deprimente y desmotivante. En contraste, dicha comparación no producirá estos perjuicios si la persona cree que puede mejorar en su rendimiento.

Ruble y Frey (1991) analizaron la autoevaluación comparativa y concluyeron que el uso de la información de la comparación social puede variar durante las diferentes fases de adquisición de conocimiento y habilidades. La autocomparación es de especial interés cuando las

habilidades se están desarrollando. La evidencia de una mejora progresiva provoca que la persona adquiera eficacia personal, además de ofrecerle una fuente continua de autosatisfacción. Sin embargo, cuando la adquisición de las habilidades avanza de manera lenta las personas se fijan en los estándares sociales para medir y validar sus capacidades. En las fases más avanzadas de desarrollo de la habilidad, las personas medirán sus capacidades en relación a cómo de bien las ejecutan en comparación con otros.

Las diferentes fuentes de información de comparación (comparación formativa, comparación social específica y comparación personal) son sopesadas e integradas a la hora de juzgar la eficacia personal. De esta manera, los cambios en las estrategias de autodiagnóstico se reflejan en los pesos relativos dados a las diferentes fuentes de información de comparación más que a los cambios en un estándar social de autocomparación. La evaluación social obliga a las personas a comparar su grado de progreso con lo realizado por otros a lo largo del curso de la adquisición de la habilidad. Un progreso lento en comparación con el de otros significará una baja eficacia, mientras que un rápido progreso indicará una alta eficacia. El peso relativo de las diferentes formas de información comparativa puede variar a lo largo de los diferentes dominios de funcionamiento y de las prácticas de evaluación social, así como durante las distintas etapas de desarrollo de la competencia.

Las influencias del modelado se pueden estructurar de manera que fortalezcan la eficacia personal mientras que evitan los costes personales de la comparación social adversa. Esto se consigue maximizando la función instructiva del modelado y minimizando su función de evaluación comparativa. La situación de modelado se conceptualiza como una oportunidad para desarrollar el propio conocimiento y habilidades mediante la ayuda de modelos expertos. Bajo este contexto cognitivo, los observadores considerarán su habilidad actual como un nivel transitorio en un proceso de crecimiento, más que como indicador de capacidad inicial (Frey & Ruble, 1990; Ruble & Frey, 1991). De este modo, cuando la persona observa que va mejorando la habilidad y además anticipa que dicha mejora puede ir a más en comparación con los modelos expertos, la persona obtendrá una visión personal optimista de su habilidad, a pesar de las deficiencias actuales en su ejecución.

c) Modos de Influencia del Modelado

Las influencias del modelado toman diferentes formas y tienen diferentes funciones dependiendo del tipo de información que exprese el modelo (Bandura, 1986a). Mucho del

modelado psicológico ocurre a partir las relaciones sociales diarias. Las personas con las que nos relacionamos, tanto por elección como por imposición, determinan el tipo de competencias, actitudes y orientaciones motivacionales que se observarán de manera repetida. La forma en la que la sociedad se estructura y en la que se diferencia socialmente en edad, género, etnia y estatus socioeconómico determina en gran medida el tipo de modelo a los que se tienen acceso.

Otra importante fuente de influencia vicaria surge de los abundantes y variados modelados simbólicos que la televisión y otros medios visuales proveen. La exposición a modelos reales o simbólicos que exhiben habilidades y estrategias útiles pueden aumentar la confianza de los observadores en sus propias capacidades (Bandura, 1982; Bandura, 1997; Schunk, 1987). El impacto del modelado simbólico en las creencias de eficacia puede verse incrementado mediante el ensayo cognitivo. La visualización de uno mismo aplicando de manera exitosa las estrategias modeladas fortalece la autoconfianza de que lo puede realizar en la realidad. Así pues, el modelado con un ensayo cognitivo construye una eficacia percibida más fuerte que el uso del modelado sólo.

Por otra parte, las influencias del modelado no se restringen a una copia mimética de los comportamientos exhibidos, sino que también proporciona “reglas” para generar nuevas conductas. De esta forma, las personas pueden aprender habilidades de pensamiento y cómo aplicarlas mediante las “reglas” y estrategias que los modelos usan y que llevan a soluciones. Una vez que los observadores aprenden estas reglas, las pueden usar para generar nuevas conductas que van más allá de lo que han visto u oído (Bandura, 1997; Rosenthal & Zimmerman, 1978). Así pues, la exposición a distintos modelos permitirá observar cómo las reglas se pueden aplicar y adecuar para ajustarse a una amplia variedad de circunstancias.

Gran parte del aprendizaje humano implica el desarrollo de habilidades cognitivas para obtener y usar el conocimiento para distintos propósitos. Sin embargo, es difícil adquirir habilidades cognitivas mediante el modelado, ya que los procesos de pensamiento encubiertos no se ven reflejados de manera adecuada en las acciones del modelo. El problema de la observabilidad se puede superar si los modelos verbalizan sus procesos de pensamiento y estrategias para resolver una situación. De esta forma, los modelos verbalizan sus pensamientos sobre cómo usan planes y estrategias cognitivas para diagnosticar y resolver problemas, generan soluciones alternativas, evalúan los efectos de sus acciones, corrigen errores, usan autoinstrucciones de afrontamiento para contrarrestar las dudas, usan

autoelogios para automotivarse por sus esfuerzos y cómo manejan el estrés (Meichenbaum, 2009; Schunk & Hanson, 1989a). El modelado verbal de las habilidades cognitivas produce autoeficacia y promueve el desarrollo de habilidades cognitivas (Schunk & Hanson, 1985).

El automodelado puede ser considerado como otro tipo de influencia del modelado. El modelado de las propias capacidades incrementa la eficacia y el rendimiento. Este tipo de modelado, aplicado ampliamente por Dowrick (1991) es implementado con personas que exhiben deficiencias en sus habilidades, a las que se les ayuda a rendir a un nivel superior al que suelen hacerlo. Para ello, se graba a las personas ejecutando la habilidad para luego eliminar aquellas partes en las que han dudado o errado. Después, se les muestra la nueva grabación a los individuos ejecutando la habilidad de manera mucho más habilidosa. Tras la observación de sí mismo realizando la habilidad eficazmente, las personas muestran una mejora sustancial en su rendimiento en comparación con sus niveles de línea base. Esta mejora en el rendimiento que acompaña al automodelado exitoso está mediado por los incrementos en las creencias de eficacia personal (Bradley, 1993). El automodelado tiene una amplia aplicación y éxito con personas muy dubitativas donde las aproximaciones instruccionales, de modelado y de incentivo fallaron (Dowrick, 1991; McCullagh et al., 2012; Meharg & Woltersdorf, 1990).

Todos los modos vicarios de influencia (modelado real, modelado simbólico, automodelado grabado o automodelado cognitivo) incrementan las creencias de eficacia y mejoran el rendimiento. El nivel que alcance la eficacia percibida es un buen predictor del rendimiento posterior. Cuanta más alta sea la autoeficacia percibida, mejor será el rendimiento alcanzado.

d) La Similitud en el Rendimiento

La similitud con el modelo es uno de los factores que incrementan la importancia del rendimiento modelado para que los observadores crean en su propia eficacia. Las personas que son similares o ligeramente superiores en capacidad proporcionan la mayor cantidad de información comparativa para juzgar las propias capacidades (Festinger, 1954; Suls & Miller, 1978; J. V. Wood, 1989; J. V. Wood & Wilson, 2003). Ni aquéllos que tienen menos capacidad ni los que nos sobrepasan ampliamente en su ejecución nos proporcionan mucha información sobre nuestro propio nivel de capacidad. En general, los éxitos modelados por otros similares aumentan las creencias de los observadores en su eficacia y los fallos modelados las reducen.

Para juzgar la eficacia personal mediante comparaciones sociales, los observadores pueden fiarse de la similitud tanto de las ejecuciones pasadas del modelo como de los atributos de éste que presumiblemente son variables predictivas de la habilidad en cuestión (Cole & Hopkins, 1995). El papel influyente de las ejecuciones similares anteriores sobre la evaluación de la eficacia vicaria fue puesto en evidencia por los estudios clásicos de Brown e Inouye (1978). En estos estudios los observadores realizaron una tarea cognitiva junto al modelo y recibieron una retroalimentación preestablecida (tenían capacidades iguales o superiores a los modelos). Cuando los observadores vieron al modelo fallar de manera repetida, aquéllos que creían ser superiores al modelo que falló mantuvieron un alto sentido de eficacia personal en tareas similares que eran sumamente difíciles y no disminuyeron sus esfuerzos, a pesar de fallar reiteradamente. En contraste, el error modelado tuvo un efecto devastador en la eficacia de aquellos observadores que se percibían con una capacidad similar a la del modelo que falló. Estos observadores expresaron un sentido de eficacia personal muy bajo y abandonaron rápidamente cuando se encontraron con dificultades. Cuanto más baja era la autoeficacia percibida, más rápido fue el abandono de la tarea.

Prince (1987) realizó otro estudio que mostraba que incluso el más mínimo indicador de experiencia pasada que indicara similitud o diferencia con el modelo puede alterar de manera sustancial el impacto de éste en la eficacia percibida y la consecuente conducta. En este estudio se expuso a una serie de estudiantes a una película en la que el modelo resolvía con éxito una serie de operaciones matemáticas. Cuando el modelo fue presentado como una persona sólo con más experiencia anterior con las matemáticas y similar a los observadores, éstos incrementaron sus creencias de eficacia en sus capacidades matemáticas. Sin embargo, la eficacia percibida de los estudiantes no se vio afectada por la exposición del mismo modelo cuando asumieron que éste era muy diferente de ellos, ya que se le retrató como una persona versada en matemáticas.

e) La Similitud de Atributos

A menudo las evaluaciones de autoeficacia no están basadas en la comparación del rendimiento, sino en la similitud con los modelos en términos de características personales, que pueden ser predictivas de las capacidades de ejecución (Chambers & Hammonds, 2014; Lirgg, 1991; Meaney, Griffin, & Hart, 2005; Suls & Miller, 1978). Las personas desarrollan preconcepciones sobre las capacidades de rendimiento unidas a la edad, el sexo, el nivel socioeconómico y educativo, la raza y la etnia, incluso aunque los individuos dentro de estos

grupos difieran ampliamente en sus capacidades. Tales preconcepciones suelen surgir de la combinación de estereotipos culturales y de la sobregeneralización de las propias experiencias más relevantes. Los atributos a los que se les confiere un significado predictivo operan como factores influyentes en las evaluaciones comparativas.

Entre los atributos que más influyen en el autodiagnóstico de las capacidades para la ejecución encontramos la edad y el sexo. Gould y Weiss (1981) encontraron que la resistencia física modelada por una mujer no atlética aumentó la eficacia física y la resistencia muscular percibidas de las mujeres, mientras que no tuvo ningún efecto la exposición a un modelo masculino atlético. En el mismo sentido, George, Feltz y Chase (1992) observaron que las personas no-atléticas exhibían mayores creencias de eficacia y resistencia física tras observar a modelos no-atléticos perseverar, que cuando observaron a modelos atléticos mostrando el mismo nivel de fortaleza. En relación a la edad, Schunk y Hanson (1985) encontraron que la exposición a niños a iguales habilidosos generaba un mayor sentido de eficacia personal que si se les exponía a adultos igualmente habilidosos.

La similitud de atributos generalmente incrementa las influencias del modelado incluso cuando las características personales son falsos indicadores de las capacidades de ejecución (Rosenthal y Bandura, 1978). Por ejemplo, la similitud en edad y sexo con los modelos de afrontamiento envalentona a los observadores fóbicos, aunque estas características no afectan en modo alguno a cómo uno se enfrenta a las actividades temidas. Estos juicios erróneos reflejan la sobregeneralización desde otras actividades en las que dichos atributos sí pueden predecir el rendimiento, al menos en cierta medida.

f) Multiplicidad y diversidad del modelado

En la vida real la evaluación de la eficacia personal suele basarse en la observación de los logros de muchas personas. La posibilidad de ver resultados similares obtenidos por distintas personas aumenta la fuerza de la influencia vicaria. De hecho, la exposición a múltiples modelos hábiles produce una creencia más fuerte en la eficacia personal para aprender, mayor eficacia percibida para alcanzar logros más altos y un mayor desarrollo de la competencia que si se observa a sólo un modelo hábil (Schunk et al., 1987).

Un modelado diversificado, en el que diferentes personas dominan tareas difíciles, produce un mayor aprendizaje que la exposición a las mismas actuaciones de un mismo modelo (Bandura & Menlove, 1968; Kazdin, 1976). Si diferentes personas con características muy diferentes

pueden tener éxito, entonces los observadores tienen una base razonable para incrementar su sentido de autoeficacia. Sin embargo, este aumento no es un efecto directo de la exposición a distintos modelos. De hecho, si todos los modelos observados tienen capacidades superiores a las del observador, éste no tiene por qué ver incrementada su sentido de eficacia. El modelado con diversos modelos con capacidades similares o peores que logran realizar la conducta con éxito es la mejor manera para producir este incremento. Así pues, los observadores con falta de habilidades cognitivas adquieren más eficacia percibida y mayores competencias cognitivas a partir de la observación de un único modelo similar que desarrolla dominio de la tarea mediante su esfuerzo, que a partir de la observación de múltiples modelos habilidosos (Schunk et al., 1987).

g) Modelado de Afrontamiento versus Modelado de Dominio

Los observadores se pueden beneficiar más de la visión de modelos que superan sus dificultades con tenacidad que de la sola observación de ejecuciones fáciles de modelos expertos (Kazdin, 1973; Meichenbaum, 1971; Paquette, Egan, & Martini, 2013). El modelado de afrontamiento puede estimular las creencias de eficacia de varias maneras:

- Es más probable que los observadores que son inseguros perciban a los modelos de afrontamiento como más similares a ellos que los modelos expertos.
- La demostración de los logros alcanzados mediante la perseverancia de sus esfuerzos puede reducir el sentido negativo de los fallos o de los retrocesos mediante la demostración de que con el tiempo la perseverancia trae el éxito.
- Esta visión ayuda a crear un contexto en el que los fallos son atribuidos a una falta de esfuerzos o a escasa experiencia, más que a una falta de habilidades básicas.
- Además, esta orientación podría ayudar a mantener la motivación en tiempos de dificultad. Si los modelos de afrontamiento verbalizan su fe en sus capacidades para mejorar y enfrentarse a los problemas, pueden promover pensamientos eficaces en los observadores.

Algunos de los beneficios comúnmente atribuidos al modelado de afrontamiento pueden estar exagerados, ya las variaciones en la dimensión afrontamiento-dominio han producido distintos resultados comportamentales. En algunos estudios, el modelado de afrontamiento supera al de dominio (Kazdin, 1974b; Meichenbaum, 1971); en otros, el modelado de afrontamiento ayuda al proceso de cambio cuando se combina con modelos con atributos personales

similares, pero no por sí mismo (Kazdin, 1974a, 1974b, 1974c); y aún en otros estudios, el modelado de afrontamiento y el de dominio son igualmente efectivos (Kato & Fukushima, 1977; Klorman, Hilpert, Michael, LaGana, & Sveen, 1980).

La causa de esta variedad de resultados puede encontrarse en el distinto peso que le han dado los estudios a los múltiples factores que intervienen en la influencia social. En el caso del modelado de afrontamiento se suelen poner en juego los siguientes factores: a) los modelos muestran cómo su ansiedad decrece a medida que se enfrentan con las dificultades y miedos; b) los modelos demuestran estrategias para manejar situaciones difíciles; y c) los modelos verbalizan creencias de autoeficacia. El modelado de dominio, en su caso, proporciona una gran cantidad de información funcional de que ejercer control sobre las demandas del entorno es muy efectivo en el aumento y en el fortalecimiento de las creencias de eficacia (Bandura, 1997; Rosenthal & Steffek, 1991). Por tanto, si el modelado de afrontamiento es más débil, igual o mejor que el modelado de dominio puede depender, en gran parte, del número de estrategias útiles que proporcionen.

En el entrenamiento de competencias cognitivas, cuando la atención de los observadores está focalizada en las habilidades que están siendo modeladas, el modelado de afrontamiento y el de dominio son igualmente eficaces para incrementar las creencias de eficacia y las competencias (Schunk & Hanson, 1985; Schunk et al., 1987).

En los casos de personas que dudan sobre sus capacidades, el modelado de afrontamiento les puede ayudar a construir un sentido de eficacia más fuerte que mediante el modelado de dominio, ya que van logrando un dominio progresivo de la tarea gracias a su perseverancia. Sin embargo, se debe tener en cuenta que las diferencias son pequeñas y ambiguas porque, incluso diferentes modelos eficaces que muestran de manera explícita habilidades valiosas, logran aumentar el sentido de eficacia de personas con dudas en sus capacidades (Schunk & Hanson, 1985; Schunk et al., 1987).

Estos hallazgos sugieren que sería conveniente prestar más atención a cómo se estructuran las influencias del modelado para aumentar su valor instructivo que a las demostraciones de afrontamiento logradas. Las personas que ya tienen algo de confianza en sus capacidades convierten sus diferencias iniciales en competencias con el modelo en una eventual similitud percibida mediante el aprendizaje observacional de las habilidades y estrategias del modelo (Schunk & Hanson, 1989a, 1989b; Schunk & Zimmerman, 1996). Su sentido de eficacia de

aprendizaje y su eventual nivel de eficacia percibida y rendimiento aumentan por igual, tanto mediante el modelado de afrontamiento como por el modelado de dominio.

De todas formas, el modelado de afrontamiento es el que más probabilidades tiene de contribuir al mantenimiento de la autoeficacia en situaciones de dificultad donde el camino hacia el éxito es largo y está lleno de impedimentos, retrocesos y condiciones de vida difíciles, y donde la evidencia del progreso es a largo plazo.

h) Competencia del modelo

Las habilidades y estrategias que exhiben los modelos varían en su valor funcional para el manejo de las demandas ambientales. Entre las distintas características de los modelos, su nivel de competencia tiene un peso especialmente importante. Los modelos competentes generan más atención y ejercen una influencia instruccional mayor que los incompetentes (Bandura, 1997). Prácticamente en todos los estudios que examinan el impacto de los atributos del modelo sobre las creencias de autoeficacia, los modelos son altamente competentes, pero varían en edad, sexo u otros atributos personales. La asociación de estos atributos con modelos competentes puede otorgar a dichos atributos una influencia mayor de la que le pertenece. Así, por ejemplo, cuando varían tanto la competencia del modelo como la edad, la competencia del modelo anula la diferencia de edad para promocionar creencias de eficacia y desarrollar habilidades (Lirgg & Feltz, 1991; Lirgg, George, Chase, & Ferguson, 1996). La competencia del modelo es un factor especialmente influyente cuando los observadores tienen mucho que aprender y los modelos tienen mucho que enseñarles a través de la demostración instructiva de habilidades y estrategias. Las personas no descartan la información que les pueden hacer más eficaces por el mero hecho de que provenga de una fuente con atributos diferentes a ellas.

La mayoría de los estudios sobre los atributos de los modelos están diseñados una vez que los individuos buscan desarrollar sus conocimientos y competencias recurriendo a las habilidades y estrategias descubiertas a partir del éxito de los modelos. En un modelado ambicioso, las personas seleccionan de manera activa modelos eficientes de los que aprender lo que aspiran lograr. Si las personas creen en sus capacidades de aprendizaje, no necesitarán observar a modelos de afrontamiento que evolucionan desde la incompetencia hasta el dominio de la tarea para aumentar su propio sentido de autoeficacia. Les será suficiente con la demostración de cómo los modelos han sido capaces de manejar los problemas de manera efectiva

(Bandura, 1997). Esto se debe a que el dominio progresivo de las habilidades y estrategias modeladas mediante el aprendizaje observacional incrementa la similitud percibida con los modelos eficientes que en un principio eran percibidos como distintos.

Persuasión verbal

La persuasión social es otro de los medios para fortalecer las creencias de eficacia de las personas en sus capacidades para alcanzar lo que buscan. Resulta más fácil mantener el sentido de eficacia si los otros significativos expresan su fe en nuestras capacidades que si ellos dudan de ellas, sobre todo cuando nos enfrentamos con dificultades. Si bien es cierto que la persuasión verbal por sí misma tiene una capacidad limitada para generar incrementos estables en la eficacia percibida, no es menos cierto que puede reforzar ciertos cambios si dicha persuasión está dentro de unos parámetros realistas (Bandura, 1997). De esta forma, las personas que son persuadidas de que poseen la capacidad para dominar una determinada tarea tienen más probabilidades de movilizar mayores esfuerzos y de que los mantengan en el tiempo que si albergan dudas o se fijan en sus propias deficiencias.

Así pues, la eficacia de la persuasión tendrá un mayor impacto en aquellas personas que tienen alguna razón para creer que pueden realizar con éxito la conducta (Chambliss & Murray, 1979). Sin embargo, tratar de incrementar las creencias poco realistas de las capacidades personales tan sólo invita al fallo, al descrédito del persuasor, y a minar la autoeficacia de la persona persuadida.

a) Elaboración de las opiniones sobre el desempeño

La información de eficacia persuasiva es a menudo transmitida mediante el mensaje de evaluación de una conducta. Dicha información se puede proporcionar de manera que mine el sentido de eficacia o que la impulse. Los efectos de la retroalimentación evaluativa sobre las creencias de eficacia han sido examinados extensamente por Schunk y sus colegas (Schunk, 1982, 1983, 1984; Schunk & Cox, 1986; Schunk & Rice, 1986; Schunk & Swartz, 1993). Esos estudios mostraban la diferencia entre distintos tipos de feedback positivo del rendimiento de un grupo de niños. La retroalimentación que enfatizaba que el rendimiento del niño se producía gracias a sus capacidades, producía un mayor sentido de eficacia en el niño que si se atribuía al esfuerzo realizado por éste. Por tanto, concluyen que en las primeras etapas del desarrollo de una habilidad, el feedback basado en la capacidad tiene un notable impacto en el desarrollo de la eficacia personal (Schunk, 1984). En consecuencia, podríamos afirmar que la

manera en la que se estructura la influencia persuasiva y el feedback sobre el rendimiento puede afectar a la evaluación de la eficacia personal.

Un ejemplo de esto son los estudios de Meyerowitz y Chaiken (1987). En ellos se nos indica que las comunicaciones de salud que enfatizan la pérdida potencial de salud por la no-adherencia a prácticas salutogénicas tienen más éxito para el incremento de las creencias de eficacia y la adopción de conductas que aquellas comunicaciones que enfatizan los beneficios en la salud a largo plazo de la adherencia a dichas prácticas. Sin embargo, este efecto va a depender en gran medida de la fortaleza de las creencias de eficacia previas de las personas (D. K. Wilson, Wallston, & King, 1990). Las influencias de salud persuasivas estructuradas en términos de amenaza llevan a las personas con un alto sentido de eficacia a intensificar sus esfuerzos para cambiar, pero va a minar los esfuerzos de quienes creen que no pueden ejercer mucho control sobre su conducta de riesgo para la salud.

b) Conocimiento y credibilidad

Para muchas actividades, las personas no pueden fiarse de sí mismas para evaluar su nivel de capacidad porque tienen un conocimiento limitado sobre los indicadores necesarios para juzgar si han rendido de manera adecuada. En estos casos, la autoevaluación de eficacia está en parte basada en la opinión de otros que presumiblemente poseen competencia en un determinado campo. Sin embargo, las personas no siempre creen lo que se les dice sobre sus capacidades y habilidades. La eficacia de la persuasión va a depender de quién sea el persuasor, su credibilidad y el conocimiento que posea sobre la naturaleza de la actividad que se pretende realizar (Holroyd et al., 1984; Litt, 1988; Litt, Nye, & Shafer, 1995).

Las diferencias entre la evaluación de la eficacia personal y social generan preguntas sobre cuáles son los argumentos más apropiados para la persuasión. La mayoría de las personas creen que se conocen a sí mismas mejor que los otros, lo que crea cierta resistencia a la persuasión social. El impacto de la persuasión sobre las creencias de eficacia tiende a ser tan fuerte como la confianza del destinatario en la persona que la emite. Esta confianza está mediada por la credibilidad y la pericia percibidas del persuasor. Cuanto más creíble es la fuente de información sobre las propias capacidades, más probable es que la persona realice evaluaciones de eficacia personal para cambiar (Bandura, 1997). Las personas tienden a confiar en las evaluaciones que hacen de sus capacidades otras que son habilidosas en la actividad, tienen acceso a algún predictor objetivo de la capacidad del rendimiento o poseen

una amplia base de conocimientos obtenida mediante la observación y la comparación de muchas y diferentes personas, así como de su rendimiento (Crundall & Foddy, 1981; Foddy & Crundall, 1993; Webster & Sobieszek, 1974).

c) Grado de disparidad de la evaluación

Las evaluaciones sociales varían según su grado de discrepancia con las propias creencias en sus capacidades. El grado óptimo de disparidad dependerá de la naturaleza y proximidad temporal de las actividades. Las evaluaciones sociales que difieren mucho de los juicios de las personas de su capacidad actual pueden ser consideradas como creíbles para un futuro distante, pero no a corto plazo. Así pues, el nivel óptimo de disparidad será inferior para actividades próximas que para aquéllas que se desarrollarán en el futuro.

Las evaluaciones de eficacia persuasivas son probablemente más creíbles si sólo van un poco más allá de las capacidades del individuo en ese momento. En este nivel de discrepancia, la mejora del rendimiento se produce mediante la selección de mejores estrategias y añadiendo un esfuerzo extra. A su vez, un rendimiento exitoso provocará un incremento en la competencia de diagnóstico percibida del persuasor. En cambio, una evaluación persuasiva exagerada que induzca al error al ejecutante minará la credibilidad de diagnóstico del persuasor y reforzará la creencia de la persona en sus limitaciones (Bandura, 1997).

El nivel óptimo de disparidad varía también en función de si los rendimientos deficientes ponen de manifiesto unas habilidades básicas deficitarias o tan sólo un uso ineficaz de las habilidades que ya posee. En el caso de un mal uso de las habilidades, las mejoras del rendimiento se alcanzan tratando de convencer a la persona de que poseen las cualidades necesarias para alcanzar el éxito. El pensamiento autoeficaz fomenta el uso efectivo de las habilidades. Sin embargo, en el caso de que las habilidades necesarias falten, la persuasión social por sí misma no puede sustituir al desarrollo de las habilidades. Diciéndoles a las personas simplemente que son más capaces de lo que ellas piensan no provocará que lo sean. En este caso, las creencias de eficacia serán mejor transmitidas si generamos confianza en determinadas capacidades adquiribles; aumentando las creencias de la persona en sus capacidades para adquirir las habilidades, estructurando las actividades en pasos alcanzables que aseguren un alto nivel de éxito inicial, y dándole feedback explícito de su continuo progreso (Bandura, 1997).

Estados fisiológicos y afectivos

Otro de los elementos en los que las personas se apoyan para evaluar sus capacidades son los estados fisiológicos y emocionales. Los indicadores somáticos de eficacia personal son especialmente relevantes en dominios que implican logros físicos, conductas de salud y afrontamiento del estrés. A menudo las personas realizan una lectura de su activación fisiológica en situaciones de estrés como un signo de vulnerabilidad y disfunción. Este alto nivel de activación puede provocar un nivel de rendimiento deficitario, ya que las personas tienden a pensar que el éxito es más probable cuando no están tan activadas. Esto se debe a que los pensamientos aversivos sobre la propia incapacidad provocan elevados niveles de malestar que produce la disfunción que tanto temen. Los tratamientos que eliminan las reacciones emocionales a los miedos subjetivos mediante experiencias de dominio aumentan la autoeficacia de afrontamiento con las consecuentes mejoras en el rendimiento (Bandura, 1988).

Pero los indicadores fisiológicos de eficacia no sólo se ciñen a los niveles de activación, sino que los estados de ánimo también influyen en los juicios que las personas realizan de su eficacia personal (Bandura, 1997). Los estados afectivos pueden tener un efecto generalizado en las creencias de eficacia personal en diversas esferas de funcionamiento, como la salud y aquellas actividades que requieren fuerza física y resistencia. Por lo tanto, otra forma de alterar las creencias de eficacia es mejorar el estado físico, reducir los niveles de estrés y las inclinaciones a emociones negativas, y corregir los problemas de interpretación de los estados corporales (Bandura, 1991b; Cioffi, 1991).

a) Fuente percibida de activación

A menudo las personas realizamos actividades en situaciones complejas y con un alto número de estímulos presentes, lo que provoca cierta ambigüedad sobre qué es lo que nos está causando la activación fisiológica. En estos casos, los factores ambientales van a ejercer una fuerte influencia sobre cómo interpretamos estos estados internos. De esta manera, los oradores que interpretan su sudoración al discomfort térmico de la habitación realizan una lectura de su activación muy diferente de aquéllos que ven su estrés como reflejo de sus fallos personales.

Como plantea Bandura (1986a), la autoevaluación de eficacia a partir de las señales de activación plantea una serie de interesantes interrogantes evolutivos, como por ejemplo:

¿cómo los niños pequeños aprenden a ver sus estados físicos como estados emocionales?, ¿cómo aprenden a decir la emoción que están experimentando? ¿cómo aprenden a que esas señales de activación significan unas determinadas emociones que son predictivas de un nivel de ejecución? Desde la perspectiva sociocognitiva, el conocimiento sobre los estados físicos es adquirido, en gran parte, mediante la interacción del etiquetado social y los eventos experimentados. Este proceso de adquisición requiere que los adultos infieran la presencia de estados emocionales internos del niño a partir de sus expresiones emocionales y de los elicitadores ambientales conocidos para producir un tipo particular de emoción. La repetida vinculación social de elicitadores situacionales, reacciones expresivas y activación interna permite a los niños aprender a interpretar y diferenciar sus experiencias afectivas (Bandura, 1997; Harris, 1989).

El paso final para vincular los estados emocionales con el nivel de autoeficacia implica el reconocimiento de las relaciones entre las emociones inferidas y los logros del rendimiento. Mediante la observación de cómo se rinde bajo diferentes condiciones emocionales, los niños se forman una creencia sobre cómo la activación emocional puede afectar a su eficacia personal (Bandura, 1997).

Los factores situacionales salientes determinan en gran medida la manera en que es interpretada la activación fisiológica. De hecho, a causa de que la mayoría de la actividad somática es difusa, las personas confían más en la información situacional que en la visceral para interpretar lo que están sintiendo (Bryant, Brown, Parks, & Zillmann, 1983; Schachter & Singer, 1962; Zillmann, 2003). Esto conlleva a que las personas que se perciben como autoineficaces presten una atención selectiva a las señales de amenaza y que tiendan a malinterpretar su activación como una señal de su deficiencia de afrontamiento.

b) Nivel de activación

La intensidad de la reacción emocional o física en sí misma no es lo que importa, sino más bien cómo es interpretada y percibida. La implicación de la activación fisiológica para el juicio de autoeficacia se deriva de cómo fue etiquetada la activación de las experiencias pasadas y cómo afectaron al rendimiento. En este sentido, las personas con éxito vieron el nivel de activación como un facilitador de la actividad que realizaban, mientras que las personas que no alcanzaron el éxito lo percibieron como un debilitador de su rendimiento (Hollandsworth, Glazeski, Kirkland, Jones, & Norman, 1979).

El proceso de enjuiciamiento se fundamenta en el nivel de activación y no en ésta *per se*. Como regla general, los niveles moderados de activación aumentan la atención y facilitan el despliegue de las habilidades, mientras que una alta activación trastorna la calidad del funcionamiento. El nivel óptimo de activación dependerá de la complejidad de la actividad. Las actividades simples y aquellas que se dominan difícilmente se ven alteradas. Sin embargo, la ejecución de actividades complejas requieren de una organización intrincada y de una ejecución precisa son más vulnerables a verse perjudicadas por la interferencia de procesos que acompañan una alta activación emocional.

c) Predisposición Construida

Las creencias de eficacia preexistentes crean una base atencional, interpretativa y de memoria en el procesamiento de la información somática, como en las demás fuentes de información de la eficacia. Un bajo sentido de eficacia es probable que aumente la sensibilidad a los estados físicos de la activación durante la realización de actividades en las que uno no confía en sus capacidades. En contraste, las personas seguras de sí mismas interpretan la activación física como un evento benigno y permanecen psicológicamente imperturbables (Ehlers, Margraf, & Roth, 1989; Ehlers, Margraf, Roth, Taylor, & Birbaumer, 1988). Por tanto, el problema no es la activación en sí misma sino la visión que uno tenga de ella (Bandura, 1997).

De todo lo expuesto podemos extraer algunas observaciones fundamentales para el planteamiento de nuestro estudio, tanto a nivel teórico como empírico. Primero, la autoeficacia es un proceso mediador entre los cambios y modificaciones del entorno y el comportamiento de la persona, sin el cual, cualquier acción que lleve a cabo el profesional está abocada al fracaso. La situación influye en la medida que informa acerca de nuestras capacidades para llevar a cabo un curso de acción u otro. Por consiguiente, sólo serán eficaces para prevenir las recaídas aquellas intervenciones que provean a la persona de autoeficacia para afrontar las situaciones de riesgo, tanto externas como internas. Segundo, el desarrollo de la autoeficacia precisa del concurso de una serie de procesos que están mediados socialmente, comenzando por la provisión de experiencias de dominio mediante la desagregación de los componentes más básicos de las cadenas de comportamiento que conducen a la recaída, terminando por la correcta interpretación de los cambios fisiológicos y emocionales asociados a la experiencia de abstinencia, y pasando por el modelado de los comportamientos requeridos para manejar las situaciones problemáticas, así como el aprendizaje vicario de los elementos contextuales que son claves en el control del

comportamiento. Tercero, la traducción de estos procesos a técnicas de intervención eficaces, demanda el estudio pormenorizado de aquellos elementos del aprendizaje observacional que interaccionan con otros procesos psicosociales que confluyen en la temática que nos ocupa. En concreto, nos referimos al papel de la influencia social o de la comparación social para construir en la persona una imagen de su competencia para hacer frente a las situaciones de riesgo. Entre estos elementos cobra un peso destacado el modelado y la tipología del mismo que mejor y más fácilmente genera en la persona el sentido de eficacia y seguridad en sí misma; destacando en este punto, dos aspectos que serán cruciales en el desarrollo de nuestro trabajo: la identificación con el nivel de rendimiento y ejecución que esgrimen los modelos en situaciones que psicológicamente le son afines a las personas en tratamiento, y la percepción del modelo como parte del contexto, de tal modo que ahí sólo se puede concebir a determinados modelos y por extensión a sí misma, justo aquellos a los que la persona le atribuye características similares. Cuarto, decíamos antes que la autoeficacia no es un rasgo, sino un mecanismo situacional, por lo que ésta no se desarrolla sobre la base de la adquisición de repertorios de conducta independientes del contexto, sino mediante la adquisición de aquellos cursos de acción (esquemas de pensamiento, de sentimientos y de comportamiento) que son pertinentes en la situación o área de actividad, como puede ser en el caso de la prevención de recaídas las habilidades sociales para hacer frente a las presiones del grupo de iguales, las habilidades para manejar conflictos interpersonales, expresar emociones positivas y negativas de un modo socialmente aceptado, buscar apoyo social que requiere iniciar nuevas relaciones, etc. Es decir, como ya visionaron Marlatt y colaboradores la autoeficacia y las habilidades sociales se nos presentan como elementos inseparables en el abordaje de la prevención de recaídas. Por lo que resulta fundamental que examinemos la investigación respecto a las habilidades sociales como un instrumento para la prevención de recaídas.

Una de las estrategias de intervención para aumentar las habilidades de afrontamiento cuya eficacia está contrastada empíricamente es el Enfoque de las Habilidades Sociales. Los fundamentos de este enfoque están en la ya expuesta Teoría de la Autoeficacia y en los Principios de la Modificación y Terapia de Conducta.

En definitiva, nuestro enfoque cognitivo-conductual, iría enfocado a dotar al usuario de conductas adecuadas que le permitan hacer frente a las situaciones de riesgo interpersonal de consumo de sustancias adictivas y, de este modo, reforzar las creencias de autoeficacia del adicto.

LAS HABILIDADES SOCIALES COMO INSTRUMENTO PARA LA PREVENCIÓN DE RECAÍDAS

"Al fin y al cabo somos lo que hacemos para cambiar lo que somos".

Eduardo Galeano

La asociación entre las habilidades sociales y los trastornos de abuso de sustancias fue reconocida por primera vez en la literatura en la década de los 70 en el contexto del tratamiento del alcoholismo y la prevención de recaídas, elaborado en gran parte a partir de los postulados de la teoría del aprendizaje social (Chaney et al., 1978; Monti, Gulliver, & Myers, 1994; O'Leary, O'Leary, & Donovan, 1976). En el marco de la prevención de recaídas, el retorno al consumo problemático, o recaída, puede ser evitado (o limitado) si el individuo tiene el conjunto adecuado de habilidades para hacer frente de manera más eficaz a los factores estresantes de la vida y las situaciones que puedan poner en riesgo de recaída a la persona (Dolan et al., 2013; Ham & Garcia, 2010; Larimer et al., 1999; Marlatt & Gordon, 1985). Desde el modelo cognitivo-comportamental de prevención de recaídas se afirma que las habilidades de afrontamiento inadecuadas disminuyen la autoeficacia de la persona para hacer frente a las situaciones de alto riesgo (Mahdi & Karimi, 2012; Marlatt & Gordon, 1985), y junto con las expectativas de resultado positivas sobre los efectos del alcohol, el individuo se hace más vulnerable a una recaída (Connors, Longabaugh, & Miller, 1996b; Marlatt & Witkiewitz, 2005).

Dentro de estas habilidades de afrontamiento, las HHSS son consideradas como parte del repertorio de las habilidades que reducirá el riesgo de recaída. Por lo tanto, si la persona adicta no tiene las HHSS adecuadas para hacer frente con eficacia a las situaciones de alto riesgo, es probable que la persona recaiga de su trastorno de abuso de sustancia (Martínez et al., 2014). Así pues, el entrenamiento en habilidades sociales (EHS) es incluido como un componente básico y central en los tratamientos de habilidades de afrontamiento para la prevención de recaídas de abuso de sustancias (Ham & Garcia, 2010; López-Torrecillas, Martin, De la Fuente, & Godoy-García, 2000; López-Torrecillas et al., 2014), y en especial con las relacionadas con el consumo de cocaína (K. M. Carroll, Nich, Frankforter, & Bisighini, 1999; K. M. Carroll, Nich, & Rounsaville, 1998; Earley, 1991; Monti & O'Leary, 1999; Monti, Rohsenow, Michalec, Martin, & Abrams, 1997; Rohsenow, Martin, & Monti, 2005; Rohsenow & Monti, 2001; Rohsenow et al., 2004; Sánchez-Hervás & Llorente-del-Pozo, 2012; Sánchez-Hervás et al., 2010).

Ello se debe a que muchas personas con problemas de adicción demuestran un claro deterioro de sus HHSS (Abrams et al., 1991; Donohue, Miller, Van Hasselt, & Hersen, 1999; Donohue, Van Hasselt, Hersen, & Perrin, 1998; Platt & Hermalin, 1989; Platt & Husband, 1993), incluyendo un aumento de problemas con la asertividad y con la resolución de problemas interpersonales (Beatty, Katzung, Nixon, & Moreland, 1993; Demirbas, Ilhan, & Dogan, 2012; P. M. Miller & Eisler, 1977; W. R. Miller, Westerberg, Harris, & Tonigan, 1996b; Nixon, Tivis, & Parsons, 1992; Patterson, Parsons, Schaeffer, & Errico, 1988; Philippot, Kornreich, & Blairy, 2003; Platt & Husband, 1993). Además de los déficits básicos de HHSS, los adictos suelen tener un marcado déficit en habilidades específicas para el manejo de situaciones sociales en las que el consumo de sustancias suele tener lugar (Mueser, Noordsy, Drake, & Fox, 2003; Rist & Watzl, 1983a, 1983b; Wells, Catalano, Plotnick, Hawkins, & Brattesani, 1989). Sin embargo, la naturaleza de la relación entre las HHSS y las adicciones es compleja y poco estudiada, sobre todo respecto a las sustancias distintas del alcohol.

Aunque, como ya se ha mencionado, la asociación entre HHSS y el trastorno de adicción fue inicialmente identificado en la literatura en el contexto del tratamiento y la prevención de recaídas, el déficit de HHSS también se ha estudiado en la aparición y el mantenimiento del consumo de sustancias (Ham & Garcia, 2010). Además, para muchos expertos, los déficits de HHSS y la adicción pueden actuar de manera recíproca dentro de un contexto ecológico más grande, donde el déficit de HHSS alimenta el problema del consumo de sustancias y viceversa.

En primer lugar, el deterioro en las HHSS puede colocar a las personas en riesgo de consumo de sustancias problemáticas mediante el aumento de la probabilidad de iniciar el consumo de sustancias (Ball, 2007; J. A. Epstein, Zhou, Bang, & Botvin, 2007). Una vez que el uso de sustancias se ha establecido, unas bajas HHSS pueden mantener el consumo de sustancias (Barkin, Smith, & DuRant, 2002). El deterioro en HHSS puede reducir la capacidad del individuo para rechazar drogas en los entornos sociales, aumentando la probabilidad de iniciar y continuar el consumo de sustancias (Carpenter & Howard, 2009; Ellickson & Hays, 1990; E. E. Epstein & McCrady, 2009). Además, las personas con pocas HHSS suelen experimentar rechazo social en muchos contextos (Olaz, Medrano, & Cabanillas, 2014; Segrin & Kinney, 1995), y si a ello le sumamos la exposición a situaciones en las que se encuentren con personas adictas o consumidoras, las probabilidades de inicio y uso continuado de sustancias para lograr la aceptación social de éstas es bastante alto (Mueser et al., 2003). Así pues, la aceptación social

percibida generada a partir de la participación en una actividad como el consumo de sustancias se convierte en una situación reforzante.

Por otro lado, los déficits de HHSS pueden servir como un factor de mantenimiento de la adicción mediante la reducción de la capacidad de un individuo para hacer frente eficazmente a las situaciones sociales que pueden servir como una señal para el uso de la sustancia y la recaída. Como ya se ha indicado en apartados anteriores, Marlatt y Gordon (1980, 1985) encontraron que las situaciones interpersonales (por ejemplo, los conflictos interpersonales o la presión social para consumir) precedían al 39% de las recaídas entre las personas alcohólicas, y el 47% de las recaídas en las personas adictas a la heroína. Además, más de un tercio de las personas heroínómanas del estudio informaron que en la situación de recaída estaba implicado algún tipo de presión social para consumir. En un estudio que examinaba la recaída en los seis meses siguientes al tratamiento del abuso de alcohol, los que recayeron resultaron ser menos asertivos y más propensos a aceptar bebidas en un role-play de situaciones sociales problemáticas que los que no recayeron (Rosenberg, 1983). Del mismo modo, las HHSS para sustancias específicas (es decir, evitación del alcohol, evitación de las drogas ilegales, y su pensamiento consecuente) se asociaron con la duración en el tiempo de la abstinencia de drogas y alcohol seis meses después de un tratamiento de drogas (Wells et al., 1989).

Más investigación experimental también apoya la idea de que las situaciones interpersonales son un claro desencadenante para el consumo de alcohol. Por ejemplo, una muestra de hombres diagnosticados de alcoholismo informó de impulsos más fuertes para beber en situaciones sociales de role-play que las personas del grupo control compuesto por hombres bebedores sociales (Abrams et al., 1991). Por lo tanto, podemos afirmar que un individuo con problemas de drogadicción que posea unas HHSS deterioradas puede aumentar su vulnerabilidad al consumo de sustancias en situaciones sociales de alto riesgo (Scheier, Botvin, Diaz, & Griffin, 1999). Así pues, parece evidente que la inclusión de un EHS dentro de las intervenciones para el tratamiento de las recaídas a las drogas contribuye a mejorar las HHSS y a prevenir la aparición de episodios de recaídas (K. M. Carroll et al., 1999; Ham & Garcia, 2010; Hawkins et al., 1989; Hawkins, Catalano, & Wells, 1986; Hawkins, Jenso, Catalano, & Wells, 1991; Minthorn-Biggs, 2000; Witkiewitz, Donovan, & Hartzler, 2012). Además, los resultados de dichas intervenciones apoyan la noción de que los déficits de HHSS sociales constituyen un factor de riesgo para la recaída, además de ser un factor de mantenimiento de las personas

con abuso de sustancias (K. M. Carroll et al., 1998; Dolan et al., 2013; Martínez et al., 2014; Monti et al., 1994; Monti & Rohsenow, 1999; Project MATCH Research Group, 1998).

Además, las deficiencias de HHSS pueden servir como un factor de mantenimiento en la adicción en la medida en que la persona experimente escasos beneficios de las intervenciones que se centran en el trastorno adictivo. Esto se debe a que muchos entornos de tratamiento para la adicción implican modalidades de grupo en las que el déficit de HHSS podría reducir la capacidad de la persona para participar plenamente en el tratamiento (Kadden et al., 1992; Mäkelä, 1993).

Y al contrario, los trastornos de adicción a su vez pueden promover o mantener los déficits de HHSS (Kuypers, Steenbergen, Theunissen, Toennes, & Ramaekers, 2015). Aquellas personas con un inicio temprano del consumo de sustancias pueden ver interrumpido el aprendizaje y el desarrollo de HHSS apropiadas debido a la disminución de las oportunidades para aprender dichas habilidades en un momento crítico del desarrollo (O'Leary et al., 1976). Los estudios longitudinales demuestran que el consumo de drogas y alcohol durante los primeros años de la adolescencia se relacionó con déficits posteriores en la competencia social y una adquisición más lenta de las habilidades de rechazo a las drogas (Pandina, Labouvie, Johnson, & White, 1990; Scheier, Botvin, Diaz, et al., 1999). Muchos individuos con problemas de adicción poseen redes sociales compuestas en su mayoría por otros adictos o consumidores de sustancias, por lo que la falta de personas no consumidoras en dicha red social puede limitar la capacidad de la persona para desarrollar mejores HHSS. Además, los efectos sociales negativos de la intoxicación pueden incluir la precipitación y la intensificación de las discusiones u otras conductas socialmente indeseables que llevan a la exclusión de las reuniones sociales (Donohue et al., 1999). Todo ello, provoca que se limiten las oportunidades para practicar HHSS saludables.

Los problemas de adicción también pueden provocar un aumento del riesgo de déficit de HHSS a través del papel mediador de los déficits cognitivos (por ejemplo, incapacidad de abstracción y resolución de problemas, el aprendizaje, la memoria, el funcionamiento visual-espacial, y las habilidades perceptivo-motrices, etc.) (Makris et al., 2008; Oscar-Berman, Shagrin, Evert, & Epstein, 1997; Oscar-Berman et al., 2009). Los déficits cognitivos pueden ser resultado de los efectos neurotóxicos de la sustancia, el daño cerebral provocado durante la intoxicación o la malnutrición (Bates et al., 2002; Buckman, Bates, & Morgenstern, 2008; Sloboda, Glantz, & Tarter, 2012; Tarter & Kirisci, 1999). En la literatura científica existe una evidencia más que

concluyente respecto a los déficits cognitivos provocados por el consumo de las distintas drogas: alucinógenos (Liang, 2014); cannabis, psicoestimulantes, opiáceos (Crean, Crane, & Mason, 2011; Fernández-Serrano, Pérez-García, & Verdejo-García, 2011); cocaína (Potvin, Stavro, Rizkallah, & Pelletier, 2014). Y en especial, el estudio se ha centrado en el deterioro provocado por el consumo de alcohol (Guerra & Pascual, 2010; Makris et al., 2008; Sara Jo Nixon, 1999, 2013). Por ejemplo, existe evidencia de que las personas que buscan tratamiento para el consumo de varias drogas y el uso de estimulantes demuestran déficits cognitivos después de 11-15 semanas de su último consumo de drogas, respecto a las habilidades cognitivas que poseía antes de la iniciación del consumo de sustancias (Block, Erwin, & Ghoneim, 2002). Por tanto, estos déficits cognitivos pueden reducir la capacidad del individuo para adquirir y mantener las HHSS. Por ejemplo, los individuos con déficit neuropsicológicos relacionados con el consumo crónico de alcohol han demostrado escaso rendimiento para poner en práctica las habilidades de rechazo de sustancias en comparación con las personas adictas sin deterioro neuropsicológico. De esta manera, las personas con déficits neuropsicológicos daban respuestas más lentas y poseían una menor capacidad para describir los métodos eficaces para rechazar alcohol (Gorka, Chen, & Daughters, 2015; Smith & McCrady, 1991; K. Wilson, 2015).

Aunque hay muchas vías etiológicas por las cuales una persona desarrolla la coocurrencia de una adicción y déficits de HHSS, una vez que ambos están presentes, el individuo probablemente entra en un ciclo de reciprocidad en el que el consumo de drogas alimenta la inadaptación social, y ésta a su vez fomenta el consumo de drogas (Tarter y Kirisci, 1999). Dos estudios longitudinales proporcionan evidencia de que los déficits de habilidades sociales y el consumo de alcohol o de marihuana pueden retroalimentarse mutuamente. Scheier y sus colegas (1999) utilizaron modelos de crecimiento latente para examinar la evolución de la eficacia de las habilidades de rechazo y el consumo de alcohol durante un período de cuatro años en una cohorte de adolescentes no tratados. Los adolescentes con los niveles más bajos de eficacia en las habilidades de rechazo en el séptimo curso aumentaron sus tasas de consumo de alcohol más rápidamente durante esos cuatro años que aquellos jóvenes que reportaron mayores niveles de eficacia inicial en las habilidades de rechazo. También hallaron que la tasa de consumo de alcohol afectó a la eficacia de la habilidad de rechazo, ya que los adolescentes que informaron de tasas más altas de consumo de alcohol en el séptimo curso mostraron una disminución más rápida a lo largo del tiempo de la eficacia de dicha habilidad, en comparación con aquellos con bajos niveles de uso inicial de alcohol (Scheier, Botvin,

Griffin, et al., 1999). Otro estudio longitudinal indicó que los adolescentes que mostraron un mayor incremento en el consumo de marihuana durante un período de tres años (edades de 12, 15 o 18), también mostraron unos niveles inferiores de competencia social. Además, la disminución de la competencia social durante el período de tres años se relacionó con un mayor uso de la marihuana al final del periodo de tres años (Pandina et al., 1990).

Por desgracia, hasta la fecha existen escasas investigaciones que traten de poner a prueba las asociaciones recíprocas entre las habilidades sociales y el uso de otras sustancias como estimulantes, opioides o depresores. Sin embargo, teniendo en cuenta los diferentes efectos farmacológicos, los variados motivos para el consumo, la distinta disponibilidad y la diferente aceptación social percibida de las distintas sustancias, sería razonable pensar que la influencia de los déficits de HHSS en la aparición, mantenimiento y recaída de la adicción, así como el impacto de la adicción en las HHSS, podría variar dependiendo de la sustancia. Por ejemplo, la heroína tiende a ser utilizado dentro de subgrupos secretos (sobre todo cuando se administra por vía intravenosa) y tiene efectos farmacológicos que tienden a disuadir la interacción social. Por otro lado, el alcohol es legal para una gran parte de la población, se consume con mayor frecuencia en los entornos sociales y públicos, y tiene algunos efectos de desinhibición que podrían fomentar las interacciones sociales. Incluso dentro de una clase de sustancia específica, puede haber rituales únicos implicados en el uso de drogas que podrían influir en la asociación que un trastorno de adicción tiene con habilidades sociales. Aunque la heroína y distintos analgésicos recetados administrados por vía oral se clasifican como opiáceos, los rituales involucrados en la obtención y el uso de los dos tipos de sustancias variarían considerablemente (Thombs, 2006). Así pues, entender la relación potencial recíproca entre los tipos de déficit de HHSS y cada clase de sustancia podría ser importante en la comprensión de las necesidades de evaluación y tratamiento de las personas que presentan una adicción.

En resumen, podemos afirmar que existen muchos estudios y revisiones que aportan evidencias positivas sobre la importancia las HHSS y sobre la efectividad e idoneidad de incluir EEHHSS dentro de las intervenciones cognitivo-conductuales como un componente nuclear para la prevención de la recaída en el consumo de cualquier tipo de droga (Bottlender, Köhler, & Soyka, 2006; Dutra et al., 2008; E. E. Epstein & McCrady, 2009; J. A. Epstein et al., 2007; Eriksen, Björnstad, & Götestam, 1986; Marlatt & Witkiewitz, 2005; Merlo, 2012; W. R. Miller, 1992; W. R. Miller & Wilbourne, 2002; Monti, Kadden, Rohsenow, Cooney, & Abrams, 2002; Monti & O'Leary, 1999; Monti & Rohsenow, 1999; Monti et al., 1997; Oei & Jackson, 1980;

Palinkas, Atkins, Miller, & Ferreira, 1996; Parrish, 2009; Platt & Hermalin, 1989; Project MATCH Research Group, 1998; Rohsenow & Monti, 2001; Rohsenow et al., 1991; Rohsenow, Monti, Martin, Michalec, & Abrams, 2000; Rohsenow et al., 2001; Smyth & Wiechelt, 2005; Wagner & da Silva Oliveira, 2007). En este sentido, nuestro trabajo tiene por objetivo general validar de forma empírica el modelo cognitivo-comportamental para la prevención de recaídas de Marlatt y Gordon (1985), y como **objetivo fundamental** someter a evaluación el EHS y, de modo más específico, poner a prueba la hipótesis del efecto diferencial del modelado en función de la tipología del modelo, entendiendo que este elemento es clave por sus implicaciones psicosociales para un mayor y mejor desarrollo de la autoeficacia orientada a la gestión de las situaciones de riesgo de recaídas en drogodependientes en abstinencia. Por consiguiente, a continuación delimitaremos los ejes principales del diseño del EHS llevado a cabo según las directrices que emanan del citado modelo y del marco teórico y metodológico propuesto por Gil y León (2015, en prensa) sobre las habilidades sociales como un recurso para una vida saludable, aún a sabiendas que anticipamos parte del procedimiento metodológico seguido, pero considerábamos imprescindible traducir las proposiciones teóricas examinadas a una propuesta específica de trabajo empírico y concretar las hipótesis específicas que se pretenden evaluar.

PROPUESTA DE TRABAJO EMPÍRICO

“Confiar en ti mismo no garantiza el éxito, pero no hacerlo garantiza el fracaso.”

Albert Bandura

El problema de investigación elegido exige, por nuestra parte, una toma de posición clara que justifique el desarrollo experimental adoptado.

De este modo, y a pesar de haber sometido ya a un análisis crítico nuestro ámbito de interés, resulta imprescindible determinar cuáles son las premisas básicas de las que partimos en el planteamiento de nuestro estudio.

Así, vamos a comenzar por analizar lo que ha supuesto para el desarrollo de nuestro trabajo empírico la elección del Modelo Cognitivo-Comportamental de Prevención de Recaídas de Marlatt y Gordon (1985). Consideramos que es el marco apropiado para poner a prueba las hipótesis de nuestro trabajo por los siguientes motivos:

- a) El modelo propone una taxonomía de situaciones de alto riesgo de recaídas que resulta de mucha utilidad para las intervenciones de prevención con personas en abstinencia, ya que permite individualizar y centrar las medidas preventivas a implementar.
- b) Las habilidades de afrontamiento tienen un rol importante en este modelo. En especial, las habilidades sociales y de comunicación tienen un papel preponderante, ya que la mayoría de las situaciones de recaídas se producen en un contexto de interacción social.
- c) Este modelo propone como variable central la autoeficacia. Hoy en día, la literatura científica considera la autoeficacia como una de las variables psicosociales con mayor poder explicativo y predictivo de la conducta de salud de las personas. Por tanto, adoptar un marco teórico que tomara en consideración dicha variable nos parecía de suma importancia.
- d) Tanto profesionales como investigadores han usado con mucha frecuencia este modelo para sus intervenciones, por lo que ha sido ampliamente testada y validada tanto su utilidad como su eficacia en la prevención de recaídas. En consecuencia, hoy en día, la prevención de recaídas se ha convertido en uno de los enfoques más importantes y generalizados en el tratamiento de conductas adictivas y en una

estrategia de tratamiento general que se ha implementado en centros de tratamiento de la adicción de todo el mundo (Donovan & Witkiewitz, 2012).

- e) Por último, hemos elegido este modelo por su fácil aplicación tanto en el terreno de la intervención como en el de la investigación, en comparación con otros modelos psicosociales de la conducta de la salud, como por ejemplo el modelo de la acción social de Ewart (1991).

Como acabamos de señalar, el concepto clave en el modelo elegido es la autoeficacia, a cuyo análisis hemos dedicado gran parte de nuestro marco teórico. Para fomentar esta autoeficacia de manejo ante las situaciones de recaída hemos elegido el enfoque de las HHSS y el instrumento de intervención del EHS.

Si seguimos la idea propuesta por Becoña (2002) y Redondo (2007), podemos afirmar que es necesario promover el EHS como un elemento fundamental en la intervención con drogodependientes. Por tanto, nuestro trabajo empírico utilizará la técnica del EHS como herramienta principal para la prevención de recaídas para fomentar el aumento de la autoeficacia de las personas adictas para hacer frente a las situaciones de riesgo de su vida cotidiana.

Muchos estudios han puesto en evidencia la relación existente entre las HHSS y la autoeficacia percibida, con independencia de la población (adolescentes o universitarios) o la patología (autismo, retraso mental, parálisis mental, abusos físicos y sexuales o problemas de relación interpersonal) a la que vaya destinada la intervención (Erozkan, 2013; Olaz et al., 2014; Sumi, 2012; Westerman, Hargreaves, Westerman, & Verge, 2012).

De manera más concreta, dentro del área de las drogodependencias, la variable *autoeficacia percibida* es clave en el modelo teórico elegido por esta investigación: Modelo Cognitivo-Comportamental de Prevención de Recaídas (Marlatt & Gordon, 1985). Según este modelo, y como ya se ha mencionado en otros apartados, las personas que tengan unas habilidades de afrontamiento adecuadas (entre ellas habilidades sociales) se percibirán más eficaces para hacer frente a las situaciones de alto riesgo para la recaída a las que se pueda ver expuesto. Este tipo de creencia de autoeficacia se la denomina *autoeficacia de manejo*, que se refiere a la confianza que tiene la persona en su propia habilidad para manejar de manera satisfactoria situaciones específicas que pueden provocar un consumo de la sustancia adictiva (Marlatt et al., 1999). Por tanto, aquellas personas con unas habilidades sociales y de afrontamiento adecuadas, se sentirán más seguras a la hora de afrontar situaciones de riesgo de tipo

interpersonal, por lo que la probabilidad de que no recaigan aumentará, y en consecuencia, a su vez, verán reforzado ese sentido de confianza en sus habilidades.

Por todo ello, si tenemos en cuenta que un alto porcentaje de las situaciones de alto riesgo para la recaída tienen un componente interpersonal (Marlatt & Gordon, 1985; Marlatt, 1996b), esto evidencia la necesidad de realizar intervenciones para mejorar las estrategias de afrontamiento en dichas situaciones centradas en las HHSS. De esta manera, un programa de EHS podría prevenir un alto porcentaje de recaídas producidas por la exposición a situaciones de riesgo interpersonal, mediante el aumento de la autoeficacia de manejo para estas situaciones. Ahora bien, a pesar de esta importancia, existen muy pocos estudios que aborden la relación entre la adquisición de HHSS para afrontar situaciones interpersonales de riesgo y la autoeficacia de manejo. Esto se debe a que las investigaciones utilizan intervenciones basadas en estrategias de afrontamiento más globales, donde la enseñanza y el aprendizaje de las HHSS son sólo un componente más, y no se analiza por separado. Uno de esos escasos estudios es el realizado por Hicks (1999), donde implementó un programa estructurado de EHS durante cinco semanas a un grupo de personas alcohólicas, y en el que concluye que la instrucción en HHSS aumentó la autoeficacia de los participantes para mantenerse sobrios. Otro estudio similar que estudió los efectos de un entrenamiento en habilidades para rechazar el consumo de alcohol (como un módulo de una intervención conductual combinada) fue el realizado por Witkiewitz y cols. (2012, 2011), donde observaron que los participantes consumieron menos durante el tratamiento y un año después. Según los autores, este efecto estaba mediado de manera significativa por los cambios producidos en la autoeficacia de los bebedores.

A la hora de diseñar nuestro programa de EHS se tomó como referencia la propuesta de León Rubio y Medina Anzano (1998) para definir una habilidad social como: *“la capacidad de ejecutar aquellas conductas aprendidas que cubren nuestras necesidades de comunicación interpersonal y/o responden a las exigencias y demandas de las situaciones de forma efectiva.”* (León Rubio & Medina Anzano, 1998, p.15).

La perspectiva teórica de las HHSS por la que se optó como base para el diseño e implementación del programa de EHS es el modelo interactivo de Schlundt y McFall (1985). Según este modelo, el individuo es un agente activo que busca y procesa información, genera observaciones y controla sus acciones con el fin de lograr unos objetivos. En otras palabras, existe una interinfluencia mutua entre la conducta de la persona y su contexto social, que

permite a la persona crear su propio ambiente social (León & Medina, 1998). Por tanto, unas adecuadas HHSS facilitarán que la persona construya un contexto social que se adecue a sus objetivos personales y le proporcione con mayor probabilidad refuerzos positivos.

Para la planificación del EHS se buscó definir los objetivos de dicho entrenamiento y, las condiciones de aplicación más adecuadas. Puede decirse que el objetivo general de los EEHSS es la adquisición de conductas socialmente eficaces en situaciones de interacción social. Este objetivo general puede concretarse en objetivos más específicos, que resultan igualmente comunes a todos los EEHSS, como es que los sujetos entrenados deben:

- a) ser capaces de analizar las diferentes situaciones sociales, sus demandas y la adecuación del propio comportamiento a las mismas;
- b) adquirir y practicar los componentes de la habilidad social en adecuado orden sin ayuda ni supervisión y,
- c) reproducir las conductas hábiles adquiridas de forma espontánea en otros momentos y ambientes (generalización).

En el caso de nuestro estudio empírico, se utilizaron varios instrumentos para medir las HHSS y otro para identificar las situaciones de alto riesgo de recaídas de los participantes (ver apartado de Metodología). Los datos obtenidos fueron coherentes con la taxonomía de situaciones interpersonales de recaída propuesta por Marlatt y Gordon (1985), por lo que se decidió establecer los siguientes objetivos y habilidades a entrenar en las siete sesiones de entrenamiento previstas:

- **Habilidades Conversacionales:**

Objetivos generales del módulo:

- Incrementar las capacidades de atención y discriminación de las señales relevantes para mantener una conversación.
- Adquisición de las habilidades verbales, paraverbales y no verbales para conversar de manera adecuada.

Objetivos específicos:

- Adquisición de las habilidades no verbales intervinientes en la comunicación.
- Dominar la conversación intrascendente.
- Emitir una frase que atraiga de manera positiva la atención del interlocutor y proporcione la posibilidad de establecer un contacto.

- Adquisición y manejo de componentes que agilizan y enriquecen la conversación.
- Estructuración y práctica de la habilidad para cambiar de tema de conversación, retomar el tema anterior, tomar y ceder la palabra.
- Adquirir las habilidades para cerrar una conversación de manera adecuada.
- Reducir la ansiedad en situaciones de diversión en grupos a través de la práctica.

Habilidades a entrenar:

- Iniciar,
- Mantener y,
- Terminar una conversación.
- Ocio y tiempo libre

- **Asertividad:**

Objetivos generales del módulo:

- Adquirir la capacidad de emitir conductas adecuadas de oposición y diferenciación de otros sujetos.
- Desarrollar la capacidad de transmitir posturas, opiniones y creencias propias.
- Incrementar la capacidad de defensa de los derechos personales.
- Desarrollar la autoafirmación: perder el temor a disentir de los demás, a molestar al otro o a pedir al otro.
- Conseguir un cambio en la conducta del otro.
- Mantener bajo control la ansiedad y otras emociones negativas.

Objetivos específicos:

- Analizar la conducta asertiva.
- Aprender a declinar las presiones sociales del consumo de droga.
- Entrenamiento y práctica de dos técnicas verbales asertivas: disco rayado y banco de niebla.
- Ser capaces de no temer la expresión de críticas, por nuestra parte.
- Aprender a emitir conductas de oposición o rechazo ante la conducta o comentario inaceptable del antagonista.
- Conseguir un control emocional al recibir una crítica: no sentirnos mal ni ser agresivos.
- Desensibilizarnos ante las críticas.
- Estructuración de la técnica asertiva de la “aserción negativa”.
- Ser capaces de mantener nuestra opinión sin alterar el control emocional.

- Ser capaces de llegar a una solución intermedia cuando no puedo conseguir mi objetivo completo.

Habilidades a entrenar:

- a. Decir NO
- b. Solicitud de cambio de conducta
- c. Aceptar críticas

- **Expresión de Emociones:**

Objetivos generales:

- Expresión hacia los demás tanto de afectos positivos como negativos.
- Aprender a discriminar, interpretar y transmitir reacciones emocionales y sus indicadores sociales.
- Aprender las habilidades básicas para manejar y fomentar las relaciones en un círculo social determinado. Aumentar el repertorio de conductas sociales.
- Incremento de la desinhibición: análisis racional de los temores a expresar emociones.

Objetivos específicos:

- Desinhibición para perder el temor al control social.
- Disminución de las respuestas emocionales negativas.
- Incrementar la capacidad de transmitir calidez y expresar cumplidos u opiniones a los demás cuando la conducta positiva de éstos lo justifica.
- Desarrollar la capacidad de incidir en el desarrollo, mantenimiento y creación de círculos sociales, facilitando la empatía.
- Ser capaces de manifestar aceptación de las emociones positivas de los demás hacia nosotros, sin que nos provoquen estados emocionales negativos.
- Facilitar la emisión de comentarios de refuerzo o agradecimiento.
- Posibilitar la expresión de estados emocionales negativos.
- Ser capaces de atender y discriminar las respuestas de alteración emocional de los demás.
- Ser capaces de ponernos en el lugar del otro.
- Ser capaces de mantener el control emocional en situaciones donde se produce una confrontación.

Habilidades a entrenar:

- a. Expresión y recepción de emociones positivas
- b. Expresión y recepción de emociones negativas

Para el establecimiento de las condiciones de aplicación del EHS óptimas para alcanzar los objetivos planteados, se consideraron las recomendaciones realizadas por García-Vera, Sanz y Gil (1998), en relación a los siguientes aspectos:

1. Composición del grupo: en este programa de EHS, debido a las características de la población a la que va dirigida y a los objetivos del estudio, se decidió realizar las sesiones de entrenamiento de manera individual.
2. Contextos sociales donde se desarrollarán las escenas del entrenamiento: en el programa de intervención se utilizó la estrategia de que fueran los propios participantes los que describieran las escenas que querían representar, ya que esto facilita la generalización.
3. La intervención combinará tanto los aspectos cognitivos y conductuales de las HHSS que componen el entrenamiento.
4. Las normas de funcionamiento: las normas de las sesiones del EHS se explicaron y consensuaron durante la primera entrevista con cada uno de los participantes.
5. Los criterios de selección de los sujetos a entrenar: para poder participar en el programa de EHS para la prevención de recaídas propuesto se incluyeron las siguientes condiciones: a) haber permanecido en abstinencia, al menos, un mes antes del comienzo de la intervención; b) no haber recibido un entrenamiento en habilidades en algún momento de su biografía terapéutica; c) no poseer ningún tipo de déficit que impidiese su participación en el programa, ni patología dual diagnosticada.
6. Los criterios de selección de los monitores: debido a la naturaleza de nuestra investigación, el monitor que estuvo presente a lo largo de todo el EHS fue el propio investigador principal, que tenía amplia experiencia en la conducción de grupos y de conocimientos en técnicas grupales.
7. El número de entrenadores: debido a los objetivos e hipótesis de nuestro estudio, el EHS contó dos monitores, uno por cada valor de la variable independiente de nuestro estudio (modelo experto y modelo con características similares). Ahora bien, sólo uno de ellos ejercía de entrenador o modelo con las personas que estaban asignadas en su grupo experimental.
8. La duración de las sesiones: los datos disponibles aconsejan que las sesiones de entrenamiento no deben ser ni demasiado largas ni excesivamente reducidas. Sesiones muy largas pueden provocar cansancio y aburrimiento, lo cual interfiere y dificulta el aprendizaje de las HHSS, mientras que en sesiones de poca duración difícilmente se pueden conseguir todos los objetivos.

En el caso de este programa, las sesiones duraron entre 60 y 90 minutos aproximadamente, en función de las tareas programadas, la dificultad de la habilidad a

entrenar y del número de ensayos necesarios para alcanzar los objetivos previstas para dicha sesión.

9. El intervalo entre las sesiones de entrenamiento: como bien es sabido, no conviene que el lapso entre sesiones sea demasiado breve, para que permita a los sujetos practicar las tareas en la vida real. Pero tampoco debe ser demasiado amplio, ya que es necesario que la realización de dichas tareas sea supervisada lo antes posible. Los expertos recomiendan intervalos de tiempo que oscilan entre 1 y 4 días, existiendo acuerdo en que deben ser más cortos al principio e irse alargando de manera progresiva.

Este programa estableció un intervalo entre sesiones progresivo, donde las dos primeras sesiones tuvieron lugar durante una misma semana, mientras que el resto de sesiones fueron una vez a la semana.

10. Las técnicas que se aplicarán: las técnicas que se utilizan en la mayoría de los EEHHSS consta de un paquete básico que está compuesto por: instrucciones, modelado, ensayo conductual, retroalimentación, reforzamiento y estrategias de generalización. Como no puede ser de otra manera, el presente programa siguió esta estructura de técnicas de aplicación del EHS, que se describen más abajo.
11. Material de apoyo: este aspecto es importante, ya que el uso de equipamiento audiovisual para realizar filmaciones y visionarlas posteriormente para moldear conductas, así como las hojas con las instrucciones de la habilidad objeto de entrenamiento, las hojas de autorregistro para la generalización, etc. facilitan la adquisición, el desarrollo y la generalización de las habilidades entrenadas.

En el EHS que proponemos utilizamos los medios audiovisuales disponibles en el Departamento de Psicología Social (cámaras de vídeo, micrófonos, reproductor/grabador de vídeo, televisión y cintas de vídeo). Por otro lado, en cada sesión se aportó tanto información por escrito de las instrucciones propias de la habilidad a entrenar como las hojas de autorregistro donde se negociaba en qué situación iba a realizar la habilidad entrenada en esa sesión para así fomentar su generalización.

Para que el proceso de aplicación del EHS resulte eficaz consideramos imprescindible llevar a cabo de forma estructurada y sistemática los siguientes pasos, cada uno de los cuales supone la aplicación de una técnica determinada con unos fines muy concretos. En concreto, las técnicas que emplearemos en nuestra intervención son las siguientes:

1. Instrucciones: informar sobre la conducta objeto de entrenamiento

Son explicaciones claras y concisas sobre las conductas objeto de entrenamiento. Con la aplicación de esta técnica pretendemos centrar la atención en las conductas que se desea enseñar.

Durante nuestro estudio empírico, las instrucciones se transmitirán tanto verbal como por escrito (ver Anexo I) que incluirán información específica acerca de los comportamientos y pensamientos adecuados, y explicaciones claras de los mismos. Además, durante su presentación, se debatirá con el participante sobre la importancia de dichas conductas y de la necesidad de ejecutarlas.

2. Modelado: demostrar las conductas adecuadas

Se trata de la exhibición de los comportamientos objetivo de entrenamiento por parte de un modelo. Con esta técnica se proporciona la oportunidad de observar formas posibles de aquellas conductas que desea enseñar.

En nuestro EHS, los modelos que observarán los participantes serán reales. Según el grupo experimental en el que se encuentren, el modelo será uno experto o uno de características similares a los participantes.

3. Ensayo de conducta: practicar las conductas

Consiste en practicar los comportamientos objetivos que han sido observados en el modelo. El fin que se persigue es que los participantes adquieran y afiancen las conductas que no poseía mediante la práctica.

En nuestro caso, los ensayos de conducta se realizarán mediante *role-plays* que traten de simular lo que se desea que ocurra en la realidad, con el fin de afrontar las situaciones reales que con alta probabilidad se les pueden presentar a los participantes. Además, las situaciones del *role-play* se ensayarán en función de la dificultad percibida del participante (de menor a mayor dificultad). Para ello, se solicitará a cada persona que piense en aquellas situaciones en las que le resulte más complicado realizar la habilidad objetivo de entrenamiento, y que las jerarquice en función de la dificultad que tiene en afrontarla y ejecutarla.

4. Moldeado: retroalimentación y refuerzo

Esta técnica consiste en proporcionar información correcta y útil acerca de la realización de las conductas objetivo durante los ensayos precedentes. Con esto se pretende moldear el comportamiento haciéndole saber al participante qué conductas se han realizado correctamente y cuáles se deben mejorar. De forma lograremos que la persona adquiera un nivel de ejecución idóneo de manera progresiva.

La retroalimentación se realizará tanto verbal como visual, ya que el ensayo de conducta se grabará para ser analizado después. Además, se administrará de forma inmediata al ensayo de la conducta y se focalizará en las conductas objetivo mediante un lenguaje sencillo para indicar comportamientos alternativos.

Para lograr la motivación necesaria para persistir en el aprendizaje que se ha iniciado, utilizamos el refuerzo social de manera inmediata a la realización de la conducta objetivo y sólo por la realización de dicha conducta. Dicho refuerzo consistirá en alabar y felicitar aquellas conductas que se han realizado de manera adecuada, y sobre todo, en validar el poder personal para realizarlas. Esta decisión se tomó, considerando que es preciso hacer saber a la persona qué capacidades ha adquirido y cómo mejorarlas, no limitándonos a proporcionarle feedback acerca del rendimiento alcanzado (Karlen et al., 2014; Kominsky, 2014).

5. Estrategias de generalización: ampliar condiciones de realización de la conducta

La técnica de generalización hace referencia a la realización de la habilidad adquirida bajo condiciones distintas a las de su aprendizaje inicial. Los objetivos pretendidos con las estrategias de generalización son: a) mantener en el tiempo la conducta aprendida; b) transferir lo aprendido a otros escenarios diferentes al de aprendizaje; c) manifestar el comportamiento en situaciones interpersonales distintas a las ensayadas; d) manifestar comportamientos relacionados o similares a los que se han aprendido; y e) manifestar el comportamiento ante personas diferentes a aquellas con las que se ensayó.

Para que esta estrategia sea eficaz nos planteamos realizar una sesión final del programa de EHS de sobreaprendizaje donde se reiteren los ensayos de las habilidades entrenadas en situaciones variadas y relevantes para los participantes. Por otro lado, al finalizar cada una de las sesiones del programa, les entregaremos a los participantes una hoja de autorregistro (ver Anexo VI), donde se planifique la realización de la

habilidad en ambientes reales, haciéndolo primero en ambientes que les proporcionen seguridad, para después aplicar lo aprendido en aquellos en los que sea necesario.

Con esta propuesta creemos que respondemos a las premisas básicas de los marcos teóricos y metodológicos señalados como guía de esta investigación, al tiempo que consideramos que es el procedimiento más adecuado para los objetivos que nos planteamos y las hipótesis que pretendemos poner a prueba, las cuales son:

- 1) *Hipótesis sobre la eficacia del EHS para prevenir recaídas, por aumentar el repertorio de habilidades sociales, reducir la ansiedad e incrementar el nivel de autoeficacia para manejar las situaciones de riesgo.*
 - a. Las HHSS para la prevención de recaídas de los participantes aumentarán tras el EHS en comparación con sus niveles iniciales.
 - b. La ansiedad social experimentada por las personas participantes en el EHS descenderá al finalizar éste en comparación con los niveles que presentaban antes del entrenamiento.
 - c. El nivel de autoeficacia percibida de manejo en situaciones de riesgo de consumo aumentará tras el EHS en comparación con el nivel previo al entrenamiento.
- 2) *Hipótesis del efecto diferencial del modelado sobre la autoeficacia de manejo de las situaciones de riesgo de recaída en función de la semejanza entre el modelo y el observador;* la exposición a un modelo semejante durante el EHS aumentará más la autoeficacia de manejo de las situaciones de riesgo en comparación con los expuestos a un modelo experto, lo que redundará en un mayor incremento de las habilidades sociales específicas para situaciones de riesgo de consumo y una disminución mayor de la ansiedad experimentada en dichas situaciones, así como una mayor interacción en las mismas.

METODOLOGÍA

Participantes

Los participantes fueron 19 personas (17 varones y 2 mujeres) con problemas de conducta adictiva en abstinencia, con edades comprendidas entre los 19 y 42 años (media = 27,37 años). El 66,3% de ellos eran consumidores habituales de cocaína y el 33,7% de heroína, aunque la mayoría eran politoxicómanos. El tiempo de consumo medio era de 8,21 años, y reunían los siguientes criterios para su participación:

- Haber permanecido en abstinencia, al menos, un mes antes del comienzo de la intervención.
- No haber recibido un entrenamiento en habilidades en algún momento de su biografía terapéutica, y
- No poseer ningún déficit que impidiese su participación en el programa, ni patología dual diagnosticada.

Todas las personas participaron de manera voluntaria en la intervención y, a su vez, pertenecían al Programa Libre de Drogas del Centro Provincial para la Drogodependencia de Sevilla, dependiente de la Diputación provincial de Sevilla.

Diseño

Para evaluar las hipótesis planteadas, se utilizó un diseño Pretest – Postest con grupo control. La variable independiente, “estatus del modelo” presenta dos valores: Modelo Experto y Modelo Similar. La asignación de los sujetos a los distintos grupos del estudio se realizó de manera aleatoria, quedando configurados los grupos de la siguiente manera:

Tabla 4. Distribución de participantes según el grupo tratamiento asignado

Grupos	Valor de V.I.	Nº Participantes
Grupo Experimental 1	Modelo Experto	6 personas
Grupo Experimental 2	Modelo Similar	6 personas
Grupo Control	No tratamiento	7 personas

Instrumentos

Se realizaron dos medidas (pretest y postest) de las tres variables dependientes de nuestro estudio empírico: a) Habilidades Sociales en personas drogodependientes; b) Autoeficacia Percibida ante situaciones de riesgo de consumo de drogas; y c) Ansiedad Social.

a) Las **Habilidades Sociales** fueron medidas con el *Cuestionario de Asertividad en Población Drogodependiente* de Callner y Ross (1976). Dicho instrumento está conformado por 40 ítems que se dividen en 6 subescalas, de las cuales sólo utilizamos cuatro de ellas, las que aportan información sobre las habilidades sociales necesarias para hacer frente a las situaciones de alto riesgo descritas por Marlatt y Gordon (1985), a saber:

- 1 Feedback positivo. Hace referencia a la expresión y recepción asertiva de comentarios positivos sobre el comportamiento (halagos, felicitaciones, etc.). Esta subescala está compuesta por los siguientes ítems: 1, 7, 13, 19, 26, 32.
- 2 Feedback Negativo. Expresión y recepción asertiva de comentarios críticos acerca del comportamiento (afrontar críticas, sátiras, burlas, etc.). Esta subescala está compuesta por los siguientes ítems: 2, 8, 14, 20, 27, y 33.
- 3 Drogas. Aplicación de la asertividad en situaciones relacionadas con las drogas: por ejemplo, rechazar el ofrecimiento de drogas en distintas situaciones. Esta dimensión se evalúa mediante los ítems: 3, 9, 15, 21, 28 y 37.
- 4 General. Habilidades sociales de carácter general que no están asociadas a ninguna situación concreta. Factor que se mide por los ítems: 6, 12, 18, 24, 25, 31, 34, 36, 39 y 40.

Los ítems del cuestionario son respondidos en una escala Likert de cuatro puntos (desde “nada de acuerdo” a “muy de acuerdo”) que según la orientación a la asertividad o no, se puntúan de -2 a +2. Por ejemplo, el ítem nº 20 está redactado en términos no- asertivos “Si alguien me quita el aparcamiento por el que estoy esperando me pondría furioso, pero probablemente me marcharía sin decir nada”, por tanto, las respuestas indicativas de acuerdo se valorarían de manera negativa y de forma positiva las indicativas de desacuerdo. El ítem nº 31 está redactado en términos asertivos “Más que reprimir mis sentimientos tengo tendencia a expresarlos”, por tanto, las respuestas indicativas de acuerdo se valorarían de manera positiva y las indicativas de desacuerdo de forma negativa.

En cuanto a los datos psicométricos de este cuestionario de asertividad, podemos afirmar que posee una fiabilidad test-retest de $r = .86$ que se obtuvo después de un intervalo de 7 días ($n = 28$); y un coeficiente de fiabilidad intraclass de $r = .83$, que se obtuvo utilizando las calificaciones de los jueces en los role-plays ($n = 32$). El coeficiente de validez del instrumento oscila entre $.71$ y 0.95 con una media de 0.85 (ver Anexo V).

Por otro lado, para la evaluación del nivel molecular de las HHSS, cuatro jueces expertos evaluaron mediante el *Sistema de Evaluación Conductual de la Habilidad Social* (SECHS) (Caballo, 1997) los role-plays que cada participante desarrolló durante cada una de las sesiones del programa de EHS (una en el inicio de la sesión como pretest, y otra al final como postest). Este instrumento evalúa 21 elementos moleculares del comportamiento social, que incluyen elementos no verbales, paralingüísticos y verbales. Las propiedades psicométricas de este instrumento pueden consultarse en Caballo, 1993 y Caballo & Buela, 1988.

A este instrumento se le incluyó un ítem de evaluación global de la competencia y ansiedad social mostrada por cada uno de los participantes en los distintos role-plays llevados a cabo, dicho ítem se valoró con una escala de 1 a 7, siendo 1 el nivel más bajo de competencia y ansiedad y 7 el nivel más alto de ambos factores (ver Anexo VIII).

- b) Para medir la **Autoeficacia Percibida** se empleó el *Cuestionario de Confianza en Situaciones de Riesgo para Consumir* (Drug Taking Confidence Questionnaire – DTCQ; (Annis & Martin, 1985; Sklar et al., 1997; Sklar & Turner, 1999). Este instrumento es un autoinforme de 50 ítems destinado a evaluar los niveles de autoeficacia o seguridad de no consumir una determinada droga en una serie de situaciones de riesgo representativas de cada una de las ocho categorías de la taxonomía propuesta por Marlatt y Gordon (1985) y que son clasificadas en intrapersonales e interpersonales (ver Anexo IV). Entre las intrapersonales se encuentran:

- 1 Estados emocionales negativos (ítem 1, 4, 11, 14, 21, 24, 31, 34, 41 y 44).
- 2 Malestar físico (ítem 2, 12, 22, 32 y 42).
- 3 Estados emocionales positivos (ítem 3, 13, 23, 33, y 43).
- 4 Pruebas de control personal (ítem 5, 15, 25, 35 y 45).
- 5 Impulsos y tentaciones de consumo (ítem 6, 16, 26, 36, y 46).

Mientras que entre las categorías interpersonales encontramos:

- 6 Conflicto interpersonal (ítem 7, 10, 17, 20, 27, 30, 37, 40, 47 y 50).
- 7 Presión social para consumir (ítem 8, 18, 28, 38, y 48).
- 8 Momentos agradables con otros (ítem 9, 19, 29, 39 y 49).

Los ítems del cuestionario se responden en una escala de 6 puntos que va de 0 (ninguna confianza) a 100 (total confianza). Para un análisis de sus características psicométricas para la población española se puede consultar en Cabrera Herrera y León Rubio (1995).

- c) Por último, la **Ansiedad Social** fue evaluada con el Inventario de Situaciones Interpersonales (ISI; Inventory of Interpersonal Situations - IIS) de Van Dam-Baggen y Kraaimaat (1999). Este instrumento es un autoinforme compuesto por 35 ítems que se basa en un concepto interactivo de la ansiedad social. Evalúa tanto el malestar o *nerviosismo* (aspecto emocional) como la *frecuencia* (aspecto comportamental) de la ansiedad en situaciones sociales que implican asertividad positiva (por ejemplo, Aceptar un elogio por algo que ha hecho) y negativa (por ejemplo, Expresar una opinión que difiere de la del interlocutor). Pueden identificarse un factor general o cinco factores específicos (formular críticas, expresar opiniones, hacer cumplidos, iniciar conversaciones y hacer afirmaciones positivas sobre sí mismo). En este estudio, se han utilizado las puntuaciones totales (ver Anexo VII). Las características psicométricas se pueden consultar en Van Dam-Baggen y Kraaimaat (1999).
- d) Para el control de la **Abstinencia** de los participantes en el programa, se utilizó un sistema de parches de detección del consumo de drogas mediante la sudoración llamado "*Parche Pharmchek*" que se implantaba y retiraba después de cada sesión de entrenamiento. Este sistema permite obtener una medida objetiva y no invasiva del consumo de los participantes y supone una alternativa a la recolección de orina. Además, este método ha sido usado y testado en múltiples estudios, como por ejemplo: Concheiro, Shakleya, & Huestis, 2011; Vegue, Álvaro Brun, Sternberg, Martín, & Martínez, 2005.

Procedimiento

Se solicitaron los permisos pertinentes para revisar los expedientes de los usuarios activos en el Centro Provincial de Drogodependencias de Sevilla, con el fin de hacer una pre-selección de aquellos que cumplían los siguientes criterios: a) haber permanecido en abstinencia, al menos, un mes antes del comienzo de la intervención, b) no haber recibido un entrenamiento en habilidades en algún momento de su biografía terapéutica, y c) no poseer ningún déficit que impidiese su participación en el programa, ni patología dual diagnosticada.

Seguidamente todas las personas pre-seleccionadas fueron contactadas vía telefónica y citadas para una entrevista personal para recabar información acerca de su interés y disponibilidad para participar en el estudio. Así, se reclutaron 19 personas que fueron entrevistadas de nuevo de forma individual para recabar información acerca de sus principales características sociodemográficas y aspectos básicos de su hábito de consumo (tiempo de consumo y periodo transcurrido en abstinencia). Además, se les proporcionó información acerca del EHS (número de sesiones, las HHSS a trabajar, estructura del EHS, etc.) y las condiciones necesarias para su participación (estar abstinentes durante todo el EHS y permitir controlar su abstinencia mediante el parche Pharmchek). En caso de estar de acuerdo, el participante firmó un acuerdo de consentimiento a la implantación del parche (ver Anexo II) y de compromiso de participación en el programa (ver Anexo III). Además, se le solicitó que cumplimentara los instrumentos mencionados. Después de ello, fueron adscritos de forma aleatoria a uno de los grupos de modelado o al grupo de control, salvo uno de ellos que aleatoriamente fue seleccionado como el modelo semejante y el cuál fue entrenado para tal fin previamente.

En cuanto al programa de EHS, éste se aplicó de forma individual, consistiendo en nueve sesiones durante las cuales fueron entrenadas las HHSS descritas en el apartado de “propuesta de trabajo empírico”, resumidamente: a) habilidades para iniciar, mantener y terminar conversaciones; b) saber decir no; c) realizar críticas; d) aceptar críticas; e) expresión de emociones positivas; f) recepción de emociones positivas; g) expresión de emociones negativas; y, h) recepción de emociones negativas. En cada una de las ocho primeras sesiones se abordó una de estas habilidades y la novena sesión fue dedicada al sobreaprendizaje de todas ellas. En el Anexo I se detallan cada una de las sesiones llevadas a cabo, en cada una de las cuales, como ya se ha expresado, se dieron los siguientes pasos: instrucciones, modelado, ensayo, moldeamiento y generalización. Al comienzo y al final de cada sesión se realizó un role-play con el fin de tomar las medidas pre y postest de carácter observacional. Además, en

cada una de las sesiones se retiraba y se implantaba el parche Pharmchek para controlar la abstinencia de los participantes.

Por último, pasada una semana de la finalización del entrenamiento se volvieron a administrar las pruebas de autoinforme, dando por finalizado el procedimiento.

ANÁLISIS DE DATOS¹

Homogeneidad de los grupos experimentales

Para determinar si los grupos experimentales eran homogéneos respecto a las variables sociodemográficas (edad y sexo) y de historial de consumo (sustancia principal consumida y tiempo de consumo expresado en años), se realizaron las siguientes pruebas:

- 1) Para determinar la asociación entre las categorías de la variable sexo y los niveles de la variable independiente modelado, ambas nominales, se realizó la prueba del coeficiente phi (medida de asociación basada en chi-cuadrado), cuyos resultados indicaron que entre estas variables no había relación significativa alguna, con un valor del coeficiente phi igual a 0,235 ($p = 1$; IC99% 1-1).
- 2) La edad expresada en años no se ajustaba al supuesto de normalidad (ver tabla 5) por lo que fue transformada en rangos basados en los grupos percentiles (25, 50 y 75) y tomando como factor el modelado, se realizó un análisis de la varianza no paramétrico para k-muestras independientes (prueba de Kruskal-Wallis) que confirmó que la distribución de la edad es la misma entre las categorías o niveles del modelado, con un valor de chi-cuadrado para 2 gl (grados de libertad) igual a 0,178 ($p = 0,929$; IC99% 0,923-0,936).

Tabla 5. Pruebas de normalidad variable edad según modelo expuesto

Modelo Expuesto	Kolmogorov-Smirnov			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
Igual	,330	6	,039	,762	6	,026
Edad Experto	,300	6	,098	,800	5	,093
Control	,284	7	,093	,882	7	,236

- 3) La distribución de las categorías de sustancia principal de consumo es la misma entre los niveles de la variable modelado según la prueba de Kruskal-Wallis, en adelante K-W, con un valor de la razón de verosimilitud de chi-cuadrado para 2 gl igual a 6,5 ($p = 0,104$; IC99% 0,96-0,112).
- 4) El tiempo de consumo expresado en años no se ajustaba a la distribución normal (ver Tabla 6) por lo que fue transformada en rangos basados en los grupos percentiles (25, 50 y 75) y se realizó un ANOVA no paramétrico para k-muestras independientes (prueba K-W) tomando como variable de agrupación el modelado. Los resultados indicaron que la

¹ Para la correcta interpretación de las variables analizadas está disponible en el Anexo IX una tabla de correspondencia entre abreviaturas y variable analizada.

distribución del tiempo de consumo es la misma entre los niveles de la variable modelado, con un valor de la razón de verosimilitud de chi-cuadrado para 6 gl igual a 5,3 ($p = 0,795$; IC99% 0,784-0,805).

Tabla 6. Tiempo de consumo según Modelo. Pruebas de normalidad

	Modelo Expuesto	Kolmogorov-Smirnov			Shapiro-Wilk		
		Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
Tiempo de consumo (en años)	Igual	,330	6	,039	,762	6	,026
	Experto	,300	6	,098	,835	5	,197
	Control	,187	7	,200	,946	7	,696

A la vista de estos resultados, puede afirmarse sin ambigüedad que los grupos experimentales o niveles de la variable modelado son homogéneos respecto a las variables extrañas mencionadas y, por tanto, comparables en los distintos parámetros considerados como variables dependientes (asertividad, ansiedad social y autoeficacia), sin preocupación alguna por posibles contaminaciones de los resultados por la acción de las variables extrañas evaluadas.

Análisis de datos para la variable Habilidades Sociales

Medidas de autoinfome de habilidades sociales según los niveles de modelado

En las siguientes tablas se exponen los estadísticos descriptivos fundamentales del Cuestionario de Asertividad en Población Drogodependiente para el total de los participantes en el estudio (tabla 7) y para cada uno de los grupos comparados (tabla 8). Lo que más llama la atención es que los grupos de modelado aumentan en el postest las puntuaciones del pretest, mientras que el grupo control las disminuye. Además, las puntuaciones de los grupos de modelado en el postest son más altas que las obtenidas por el total de la muestra, mientras que en el grupo control son más bajas.

Tabla 7. Estadísticos descriptivos de la variable HHSS

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
CHS_feedbak+Pre	19	-6,00	9,00	2,2842	4,50595
CHS_feedbak+Pos	19	-5,00	10,00	5,5579	3,62925
CHS_feedback-Pre	19	-7,00	9,00	1,2842	4,72032
CHS_feedback-Pos	19	-7,00	9,00	3,7789	3,88209
CHS_DrugPre	19	-11,00	2,00	-3,4421	4,34029
CHS_DrugPos	19	-7,00	8,00	2,3789	4,62644
CHS_GRALPre	19	-5,00	9,00	1,6842	3,62173
CHS_GRALPos	19	-6,00	14,00	5,1053	5,50247
CHS_HHSSPre	19	-20,00	22,00	4,7368	11,44281
CHS_HHSSPos	19	-13,00	41,00	18,1158	16,21170
N válido (por lista)	19				

Tabla 8. Estadísticos descriptivos de la variable HHSS según modelo expuesto

Modelo Expuesto	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar	
Igual	CHS_feedbak+Pre	6	-4,00	5,00	-,6667	4,41210
	CHS_feedbak+Pos	6	5,00	9,00	6,6667	1,86190
	CHS_feedback-Pre	6	-2,00	2,00	,6667	2,06559
	CHS_feedback-Pos	6	4,00	6,00	5,3333	1,03280
	CHS_DrugPre	6	-7,00	,00	-4,0000	3,22490
	CHS_DrugPos	6	2,00	8,00	4,6667	2,73252
	CHS_GRALPre	6	1,00	5,00	3,6667	2,06559
	CHS_GRALPos	6	4,00	10,00	7,6667	2,87518
	CHS_HHSSPre	6	-5,00	20,00	5,0000	11,83216
	CHS_HHSSPos	6	19,00	30,00	25,3333	5,08593
N válido (por lista)	6					
Experto	CHS_feedbak+Pre	6	-1,00	7,00	3,4000	2,90654
	CHS_feedbak+Pos	6	4,00	10,00	7,6000	2,25566
	CHS_feedback-Pre	6	-7,00	8,00	,4000	5,39333
	CHS_feedback-Pos	6	-1,00	9,00	4,8000	3,88227
	CHS_DrugPre	6	-11,00	2,00	-3,4000	6,06366
	CHS_DrugPos	6	,00	8,00	5,2000	3,05156
	CHS_GRALPre	6	-5,00	3,00	-1,0000	3,09839
	CHS_GRALPos	6	,00	14,00	7,0000	5,27636
	CHS_HHSSPre	6	-20,00	17,00	2,0000	13,38058
	CHS_HHSSPos	6	-2,00	41,00	27,2000	16,59012
N válido (por lista)	6					
Control	CHS_feedbak+Pre	7	-6,00	9,00	3,8571	4,98092
	CHS_feedbak+Pos	7	-5,00	7,00	2,8571	4,29839
	CHS_feedback-Pre	7	-7,00	9,00	2,5714	5,99603
	CHS_feedback-Pos	7	-7,00	7,00	1,5714	4,75595
	CHS_DrugPre	7	-8,00	2,00	-3,0000	4,08248
	CHS_DrugPos	7	-7,00	2,00	-2,0000	3,82971
	CHS_GRALPre	7	-2,00	9,00	2,2857	4,02965
	CHS_GRALPos	7	-6,00	8,00	1,2857	5,79409
	CHS_HHSSPre	7	-12,00	22,00	6,8571	10,68377
	CHS_HHSSPos	7	-13,00	21,00	4,1429	13,23415
N válido (por lista)	7					

Todas estas puntuaciones fueron sometidas a las pruebas de normalidad de Kolmogorov-Smirnov y Shapiro-Wilk, cuyos resultados confirmaron que no se ajustaban a la distribución normal. Por lo que optamos por utilizar pruebas no-paramétricas para comparar los grupos y las medidas pre-post de cada uno de ellos.

Tabla 9. Pruebas de normalidad para la variable HHSS según modelo expuesto

Modelo Expuesto	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk			
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.	
CHS_feedbak+Pre	Igual	,368	6	,011	,710	6	,008
	Experto	,245	6	,200*	,966	5	,799
	Control	,212	7	,200*	,877	7	,214
CHS_feedbak+Pos	Igual	,307	6	,081	,788	6	,045
	Experto	,195	6	,200*	,938	5	,586
	Control	,319	7	,030	,856	7	,138
CHS_feedback-Pre	Igual	,407	6	,002	,640	6	,001
	Experto	,183	6	,200*	,994	5	,990*
	Control	,229	7	,200*	,907	7	,376
CHS_feedback-Pos	Igual	,407	6	,002	,640	6	,001
	Experto	,218	6	,200*	,907	5	,435
	Control	,189	7	,200*	,936	7	,599
CHS_DrugPre	Igual	,288	6	,130	,804	6	,064
	Experto	,254	6	,200*	,764	5	,052
	Control	,197	7	,200*	,903	7	,349
CHS_DrugPos	Igual	,263	6	,200*	,823	6	,093
	Experto	,274	6	,180	,876	5	,332
	Control	,271	7	,131	,836	7	,091
CHS_GRALPre	Igual	,407	6	,002	,640	6	,001
	Experto	,141	6	,200*	,954	5	,708
	Control	,243	7	,200*	,911	7	,401
CHS_GRALPos	Igual	,345	6	,024	,743	6	,017
	Experto	,115	6	,200*	,975	5	,873
	Control	,181	7	,200*	,890	7	,275
CHS_HHSSPre	Igual	,330	6	,039	,762	6	,026
	Experto	,300	6	,098	,935	5	,559
	Control	,216	7	,200*	,932	7	,569
CHS_HHSSPos	Igual	,295	6	,111	,798	6	,057
	Experto	,343	6	,026	,821	5	,151
	Control	,174	7	,200*	,922	7	,483

*. Esto es un límite inferior de la significación verdadera.

a. Corrección de significación de Lilliefors

Habilidades Sociales según el Modelo expuesto: Medidas Pretest

En la tabla 10 pueden consultarse los rangos promedio de cada grupo en las distintas medidas de asertividad en el pretest y en la tabla 11 los resultados obtenidos al aplicar la prueba de K-W, en la que puede comprobarse que la distribución de las medidas de HHSS es la misma entre los distintos niveles de la variable de agrupación modelado; es decir, no se hallaron diferencias significativas entre los grupos antes del entrenamiento en las medidas de asertividad, en consecuencia puede afirmarse que los grupos eran homogéneos respecto a dichos parámetros.

Tabla 10. Rangos promedio en HHSS según grupo experimental

	Modelo Expuesto	N	Rango promedio
CHS_feedback+Pre	Igual	6	6,50
	Experto	5	10,50
	Control	7	11,36
	Total	18	
CHS_feedback-Pre	Igual	6	9,00
	Experto	5	8,50
	Control	7	10,64
	Total	18	
CHS_DrugPre	Igual	6	8,83
	Experto	5	9,60
	Control	7	10,00
	Total	18	
CHS_GRALPre	Igual	6	12,17
	Experto	5	5,50
	Control	7	10,07
	Total	18	
CHS_HHSSPre	Igual	6	8,50
	Experto	5	8,90
	Control	7	10,79
	Total	18	

Tabla 11. Prueba Kruskal-Wallis para la variable HHSS^{a,b}

	CHS_feedback+Pre	CHS_feedback-Pre	CHS_DrugPre	CHS_GRALPre	CHS_HHSSPre
Chi-cuadrado	2,979	,564	,159	4,486	,683
gl	2	2	2	2	2
Sig. asintótica	,226	,754	,924	,106	,711
Sig.	,241 ^c	,776 ^c	,935 ^c	,109 ^c	,732 ^c
Sig. Monte Carlo					
Intervalo de confianza al 99%					
Límite inferior	,230	,765	,928	,101	,721
Límite superior	,252	,786	,941	,117	,744

a. Prueba de Kruskal Wallis

b. Variable de agrupación: Modelo Expuesto

c. Se basa en 10000 tablas de muestras con una semilla de inicio 1444581908.

Habilidades Sociales por Modelado: Medidas Postest

La Tabla 12 describe los rangos promedio obtenidos por los distintos grupos contrastados en las distintas medidas de asertividad registradas en el postest y la Tabla 13 presenta el resumen del ANOVA no-paramétrico (prueba K-W) efectuado con tales datos. Los resultados indican que las medidas de asertividad, a excepción de la dimensión feedback positivo, se distribuyeron de forma distinta entre los distintos niveles de la variable de agrupación, con niveles de significación para un intervalo de confianza del 99% que oscilan entre 0,002 (dimensión Drogas) y 0,042 (dimensión General). Las diferencias parecen apuntar a un efecto

del entrenamiento sobre las medidas de asertividad, ya que los rangos promedio de los grupos de entrenamiento son más altos que los obtenidos por el grupo control, y sin que pueda diferenciarse entre ellos antes del contraste por pares.

Tabla 12. Rangos promedios según modelado en pretest

	Modelo Expuesto	N	Rango promedio
CHS_feedbak+Pos	Igual	6	11,00
	Experto	5	12,90
	Control	7	5,79
	Total	18	
CHS_feedback-Pos	Igual	6	11,67
	Experto	5	10,80
	Control	7	6,71
	Total	18	
CHS_DrugPos	Igual	6	12,50
	Experto	5	12,70
	Control	7	4,64
	Total	18	
CHS_GRALPos	Igual	6	12,50
	Experto	5	11,10
	Control	7	5,79
	Total	18	
CHS_HHSSPos	Igual	6	11,50
	Experto	5	13,40
	Control	7	5,00
	Total	18	

Tabla 13. ANOVA no-paramétrico (prueba Kruskal-Wallis)^{a,b}

	CHS_feedbak+Pos	CHS_feedback-Pos	CHS_DrugPos	CHS_GRALPos	CHS_HHSSPos
Chi-cuadrado	5,995	3,293	9,595	5,804	8,511
gl	2	2	2	2	2
Sig. asintótica	,050	,193	,008	,055	,014
Sig.	,043 ^c	,196 ^c	,002 ^c	,048 ^c	,006 ^c
Sig. Intervalo Monte Carlo					
de confianza al 99%					
Límite inferior	,037	,186	,001	,042	,004
Límite superior	,048	,206	,004	,053	,008

a. Prueba de Kruskal Wallis

b. Variable de agrupación: Modelo Expuesto

c. Se basa en 10000 tablas de muestras con una semilla de inicio 622500317.

Modelo igual versus Modelo experto: Contrastes por pares

La tabla 14 presenta los estadísticos de la prueba de Mann-Whitney que compara los rangos promedio obtenidos por los grupos experimentales de modelado. Los resultados son claros: las distribuciones de las medidas de habilidades sociales consideradas son las mismas en ambos grupos. Por tanto, puede afirmarse que el modelo igual y el experto produjeron el mismo efecto, sin que pueda diferenciarse entre uno y otro.

Tabla 14. Prueba U de Mann-Whitney entre los grupos experimentales^a

	CHS_feedback-Pos	CHS_DrugPos	CHS_GRALPos	CHS_HHSSPos		
U de Mann-Whitney	14,000	13,000	14,000	8,000		
W de Wilcoxon	29,000	34,000	29,000	29,000		
Z	-,191	-,370	-,186	-1,287		
Sig. asintótica (bilateral)	,848	,711	,852	,198		
Significación exacta [2*(sig. unilateral)]	,931 ^b	,792 ^b	,931 ^b	,247 ^b		
Sig.	,842 ^c	,765 ^c	,883 ^c	,233 ^c		
Sig. Monte Carlo (bilateral)	Intervalo de confianza al 99%	Límite inferior	,833	,754	,875	,222
		Límite superior	,851	,776	,891	,243
	Sig.		,422 ^c	,380 ^c	,462 ^c	,117 ^c
Sig. Monte Carlo (unilateral)	Intervalo de confianza al 99%	Límite inferior	,409	,368	,449	,109
		Límite superior	,434	,393	,474	,125

a. Variable de agrupación: Modelo Expuesto

b. No corregido para empates.

c. Se basa en 10000 tablas de muestras con una semilla de inicio 1455697065.

Modelo igual versus control: Contrastes por pares

La tabla 15 presenta los estadísticos obtenidos al comparar con la prueba de Mann-Whitney el grupo de modelo igual con el grupo control. Los resultados indican, con un nivel de significación exacta, que el grupo entrenado obtuvo puntuaciones significativamente más altas que el grupo control en tres de las dimensiones de asertividad evaluadas: Drogas, General y Total.

ANÁLISIS DE DATOS

Tabla 15. Prueba U de Mann-Whitney entre grupo con modelo similar vs. grupo control^a

			CHS_feedback-Pos	CHS_DrugPos	CHS_GRALPos	CHS_HHSSPos
U de Mann-Whitney			9,000	1,000	4,000	2,000
W de Wilcoxon			37,000	29,000	32,000	30,000
Z			-1,748	-2,885	-2,445	-2,726
Sig. asintótica (bilateral)			,080	,004	,014	,006
Significación exacta [2*(sig. unilateral)]			,101 ^b	,002 ^b	,014 ^b	,005 ^b
Sig. Monte Carlo (bilateral)	Sig.		,082 ^c	,002 ^c	,013 ^c	,003 ^c
	Intervalo de confianza al 99%	Límite inferior	,075	,001	,010	,002
		Límite superior	,089	,003	,015	,005
Sig. Monte Carlo (unilateral)	Sig.		,047 ^c	,002 ^c	,006 ^c	,002 ^c
	Intervalo de confianza al 99%	Límite inferior	,042	,001	,004	,001
		Límite superior	,053	,003	,008	,003

a. Variable de agrupación: Modelo Expuesto

b. No corregido para empates.

c. Se basa en 10000 tablas de muestras con una semilla de inicio 411790706.

Modelo Experto versus Control: Contrastes por pares

La tabla 16 presenta los estadístico de la prueba de Mann-Whitney efectuada para contrastar las puntuaciones obtenidas por el grupo modelado con un experto y el grupo control. Los resultados indican de manera inequívoca que el modelado mediante un experto tiene un efecto significativo y diferenciador en el incremento de las puntuaciones correspondientes a las habilidades sociales en situaciones de riesgo de consumir drogas y en el total del Cuestionario de Asertividad aplicado.

Tabla 16. Prueba U de Mann-Whitney entre grupo con modelo experto vs. grupo control^a

			CHS_feedback-Pos	CHS_DrugPos	CHS_GRALPos	CHS_HHSSPos
U de Mann-Whitney			10,000	3,500	8,500	5,000
W de Wilcoxon			38,000	31,500	36,500	33,000
Z			-1,227	-2,282	-1,469	-2,030
Sig. asintótica (bilateral)			,220	,023	,142	,042
Significación exacta [2*(sig. unilateral)]			,268 ^b	,018 ^b	,149 ^b	,048 ^b
Sig. Monte Carlo (bilateral)	Sig.		,267 ^c	,022 ^c	,161 ^c	,051 ^c
	Intervalo de confianza al 99%	Límite inferior	,256	,018	,151	,046
		Límite superior	,279	,025	,170	,057
Sig. Monte Carlo (unilateral)	Sig.		,138 ^c	,010 ^c	,079 ^c	,025 ^c
	Intervalo de confianza al 99%	Límite inferior	,129	,008	,072	,021
		Límite superior	,147	,013	,086	,028

a. Variable de agrupación: Modelo Expuesto

b. No corregido para empates.

c. Se basa en 10000 tablas de muestras con una semilla de inicio 1212398803.

Contrastes pretest-postest para la variable Habilidades Sociales

Para evaluar si los grupos contrastados habían experimentado aumentos significativos de sus puntuaciones de HHSS de la medida pretest a la postest, éstas fueron comparadas mediante la prueba de rangos con signo de Wilcoxon. En la tabla 17 puede comprobarse que todos las personas entrenadas mediante el modelo igual obtuvieron en todas las medidas de HHSS puntuaciones más altas en el postest que en el pretest, y en la tabla 18 comprobamos que tales diferencias fueron significativas. Por tanto, el entrenamiento mediante un modelo igual mejora de forma significativa las HHSS de la población drogodependiente, tanto en situaciones de riesgo como en otras más comunes y generales. Lo mismo podríamos decir en el caso de las personas entrenadas mediante un modelo experto, salvo que en este caso una de las personas entrenadas obtuvo prácticamente la misma puntuación en el postest que en el pretest en la dimensión feedback negativo (ver tabla 19). Además, en dicha dimensión de HHSS las mejoras observadas en este grupo entre el pretest y el postest no fueron significativas (ver tabla 20). Por último, fueron muy pocas las personas del grupo control que lograron incrementar en el postest las puntuaciones que obtuvieron en el pretest (ver tabla 21), por lo que el efecto general de aumento observado en este grupo no fue significativo para ninguna de las medidas de HHSS (ver Tabla 22).

Contraste Pre-Post para grupo entrenado con modelo igual**Tabla 17.** Prueba de rangos con signo de Wilcoxon pretest vs. postest para el grupo de modelo igual^a

		N	Rango promedio	Suma de rangos
CHS_feedbak+Pos - CHS_feedbak+Pre	Rangos negativos	0 ^b	,00	,00
	Rangos positivos	6 ^c	3,50	21,00
	Empates	0 ^d		
	Total	6		
CHS_feedback-Pos - CHS_feedback-Pre	Rangos negativos	0 ^e	,00	,00
	Rangos positivos	6 ^f	3,50	21,00
	Empates	0 ^g		
	Total	6		
CHS_DrugPos - CHS_DrugPre	Rangos negativos	0 ^h	,00	,00
	Rangos positivos	6 ⁱ	3,50	21,00
	Empates	0 ^j		
	Total	6		
CHS_GRALPos - CHS_GRALPre	Rangos negativos	0 ^k	,00	,00
	Rangos positivos	6 ^l	3,50	21,00
	Empates	0 ^m		
	Total	6		
CHS_HHSSPos - CHS_HHSSPre	Rangos negativos	0 ⁿ	,00	,00
	Rangos positivos	6 ^o	3,50	21,00
	Empates	0 ^p		
	Total	6		

ANÁLISIS DE DATOS

- a. Modelo Expuesto = Igual
- b. CHS_feedbak+Pos < CHS_feedbak+Pre
- c. CHS_feedbak+Pos > CHS_feedbak+Pre
- d. CHS_feedbak+Pos = CHS_feedbak+Pre
- e. CHS_feedback-Pos < CHS_feedback-Pre
- f. CHS_feedback-Pos > CHS_feedback-Pre
- g. CHS_feedback-Pos = CHS_feedback-Pre
- h. CHS_DrugPos < CHS_DrugPre
- i. CHS_DrugPos > CHS_DrugPre
- j. CHS_DrugPos = CHS_DrugPre
- k. CHS_GRALPos < CHS_GRALPre
- l. CHS_GRALPos > CHS_GRALPre
- m. CHS_GRALPos = CHS_GRALPre
- n. CHS_HHSSPos < CHS_HHSSPre
- o. CHS_HHSSPos > CHS_HHSSPre
- p. CHS_HHSSPos = CHS_HHSSPre

Tabla 18. Prueba de Wilcoxon pretest vs. postest para el grupo de modelo igual^{a,b}

	CHS_feedbak+Pos - CHS_feedbak+Pre	CHS_feedback-Pos - - CHS_feedback-Pre	CHS_DrugPos - CHS_DrugPre	CHS_GRALPos - CHS_GRALPre	CHS_HHSSPos - CHS_HHSSPre
Z	-2,220 ^c	-2,271 ^c	-2,220 ^c	-2,220 ^c	-2,220 ^c
Sig. asintótica (bilateral)	,026	,023	,026	,026	,026

- a. Modelo Expuesto = Igual
- b. Prueba de rangos con signo de Wilcoxon
- c. Se basa en rangos negativos.

Contraste Pre-Post para grupo entrenado con modelo experto

Tabla 19. Prueba de rangos con signo de Wilcoxon pretest vs. postest para el grupo de modelo experto^a

		N	Rango promedio	Suma de rangos
CHS_feedbak+Pos - CHS_feedbak+Pre	Rangos negativos	0 ^b	,00	,00
	Rangos positivos	5 ^c	3,00	15,00
	Empates	0 ^d		
	Total	5		
CHS_feedback-Pos - CHS_feedback-Pre	Rangos negativos	0 ^e	,00	,00
	Rangos positivos	4 ^f	2,50	10,00
	Empates	1 ^g		
	Total	5		
CHS_DrugPos - CHS_DrugPre	Rangos negativos	0 ^h	,00	,00
	Rangos positivos	5 ⁱ	3,00	15,00
	Empates	0 ^j		
	Total	5		
CHS_GRALPos - CHS_GRALPre	Rangos negativos	0 ^k	,00	,00
	Rangos positivos	5 ^l	3,00	15,00
	Empates	0 ^m		
	Total	5		
CHS_HHSSPos - CHS_HHSSPre	Rangos negativos	0 ⁿ	,00	,00
	Rangos positivos	5 ^o	3,00	15,00
	Empates	0 ^p		
	Total	5		

- a. Modelo Expuesto = Experto
- b. CHS_feedbak+Pos < CHS_feedbak+Pre
- c. CHS_feedbak+Pos > CHS_feedbak+Pre
- d. CHS_feedbak+Pos = CHS_feedbak+Pre
- e. CHS_feedback-Pos < CHS_feedback-Pre

ANÁLISIS DE DATOS

- f. CHS_feedback-Pos > CHS_feedback-Pre
- g. CHS_feedback-Pos = CHS_feedback-Pre
- h. CHS_DrugPos < CHS_DrugPre
- i. CHS_DrugPos > CHS_DrugPre
- j. CHS_DrugPos = CHS_DrugPre
- k. CHS_GRALPos < CHS_GRALPre
- l. CHS_GRALPos > CHS_GRALPre
- m. CHS_GRALPos = CHS_GRALPre
- n. CHS_HHSSPos < CHS_HHSSPre
- o. CHS_HHSSPos > CHS_HHSSPre
- p. CHS_HHSSPos = CHS_HHSSPre

Tabla 20. Prueba de Wilcoxon pretest vs. postest para el grupo de modelo experto^{a,b}

	CHS_feedbak+Pos - CHS_feedbak+Pre	CHS_feedback-Pos - CHS_feedback-Pre	CHS_DrugPos - CHS_DrugPre	CHS_GRALPos - CHS_GRALPre	CHS_HHSSPos - CHS_HHSSPre
Z	-2,032 ^c	-1,841 ^c	-2,023 ^c	-2,023 ^c	-2,023 ^c
Sig. asintótica (bilateral)	,042	,066	,043	,043	,043

- a. Modelo Expuesto = Experto
- b. Prueba de rangos con signo de Wilcoxon
- c. Se basa en rangos negativos.

Contraste Pre-Post para grupo control

Tabla 21. Prueba de rangos con signo de Wilcoxon pretest vs. postest para el grupo control

	N	Rango promedio	Suma de rangos
CHS_feedbak+Pos - CHS_feedbak+Pre	Rangos negativos	5 ^b	4,60
	Rangos positivos	2 ^c	2,50
	Empates	0 ^d	
	Total	7	
CHS_feedback-Pos - CHS_feedback-Pre	Rangos negativos	3 ^e	3,50
	Rangos positivos	2 ^f	2,25
	Empates	2 ^g	
	Total	7	
CHS_DrugPos - CHS_DrugPre	Rangos negativos	1 ^h	1,00
	Rangos positivos	3 ⁱ	3,00
	Empates	3 ^j	
	Total	7	
CHS_GRALPos - CHS_GRALPre	Rangos negativos	4 ^k	3,75
	Rangos positivos	2 ^l	3,00
	Empates	1 ^m	
	Total	7	
CHS_HHSSPos - CHS_HHSSPre	Rangos negativos	5 ⁿ	3,80
	Rangos positivos	2 ^o	4,50
	Empates	0 ^p	
	Total	7	

- a. CHS_feedbak+Pos < CHS_feedbak+Pre
- b. CHS_feedbak+Pos > CHS_feedbak+Pre
- c. CHS_feedbak+Pos = CHS_feedbak+Pre
- d. CHS_feedback-Pos < CHS_feedback-Pre
- e. CHS_feedback-Pos > CHS_feedback-Pre
- f. CHS_feedback-Pos = CHS_feedback-Pre
- g. CHS_DrugPos < CHS_DrugPre
- h. CHS_DrugPos > CHS_DrugPre

- i. CHS_DrugPos = CHS_DrugPre
- j. CHS_GRALPos < CHS_GRALPre
- k. CHS_GRALPos > CHS_GRALPre
- l. CHS_GRALPos = CHS_GRALPre
- m. CHS_HHSSPos < CHS_HHSSPre
- n. CHS_HHSSPos > CHS_HHSSPre
- o. CHS_HHSSPos = CHS_HHSSPre

Tabla 22. Prueba de Wilcoxon pretest vs. posttest para el grupo de modelo experto^{a,b}

	CHS_feedbak+Pos - CHS_feedbak+Pre	CHS_feedback-Pos - CHS_feedback-Pre	CHS_DrugPos - CHS_DrugPre	CHS_GRALPos - CHS_GRALPre	CHS_HHSSPos - CHS_HHSSPre
Z	-1,552 ^c	-,813 ^c	-1,473 ^d	-,957 ^c	-,853 ^c
Sig. asintótica (bilateral)	,121	,416	,141	,339	,394

a. Modelo Expuesto = Control

b. Prueba de rangos con signo de Wilcoxon

c. Se basa en rangos positivos.

d. Se basa en rangos negativos.

Habilidades sociales: Observaciones de jueces independientes

Las dimensiones de HHSS feedback positivo y negativo, y HHSS en situaciones de riesgo de consumo de drogas, fueron representadas en situaciones de role-play antes y después del entrenamiento y evaluadas por cuatro jueces independientes mediante dos escalas de siete puntos ascendentes en función de que la persona observada manifestase competencia y ansiedad social. Las dos medidas más extremas, la mayor y la menor, fueron eliminadas. En las siguientes tablas, se presentan los estadísticos descriptivos de las observaciones que se retuvieron para el análisis. Dichas tablas se han organizado del siguiente modo: por dimensión observada, por el total de las personas participantes y por cada nivel de agrupamiento, y dentro de cada tabla se ha distinguido entre las puntuaciones de cada juez y las subdimensiones competencia y ansiedad social. Lo más destacable de los datos presentados en estas tablas es la similitud de las puntuaciones otorgadas por ambos jueces a las distintas dimensiones del comportamiento habilidoso examinado.

Feedback positivo: estadísticos descriptivos de la muestra global

Tabla 23. Estadísticos descriptivos para la variable feedback positivo en competencia social y ansiedad social de la muestra global

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
Línea Base FB positivo C.S.Gnral juez 1	18	1	6	3,42	1,781
Línea Base FB positivo C.S.Gnral juez 2	18	1	6	3,26	1,679
Línea Base FB positivo Ans.Soc. juez 1	18	2	7	4,85	1,570
Línea Base FB positivo Ans.Soc. juez 2	18	2	7	4,87	1,545
Línea Final FB positivo C.S. Gnral juez 1	18	2	7	5,10	1,638
Línea Final FB positivo C.S.Gnral juez 2	18	2	7	5,31	1,454
Línea Final FB positivo Ans.Soc. juez 1	18	1	6	3,02	1,367
Línea Final FB positivo Ans.Soc. juez 2	18	1	5	2,79	1,471
N válido (por lista)	18				

Feedback positivo: estadísticos descriptivos del grupo de modelo igual

Tabla 24. Estadísticos descriptivos para la variable feedback positivo en competencia social y ansiedad social del grupo de modelo igual

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
Línea Base FB positivo C.S.Gnral juez 1	5	2	4	2,67	1,062
Línea Base FB positivo C.S.Gnral juez 2	5	2	3	2,33	,531
Línea Base FB positivo Ans.Soc. juez 1	5	5	6	5,67	,531
Línea Base FB positivo Ans.Soc. juez 2	5	5	6	5,67	,531
Línea Final FB positivo C.S. Gnral juez 1	5	5	7	6,33	1,062
Línea Final FB positivo C.S.Gnral juez 2	5	5	7	6,33	1,062
Línea Final FB positivo Ans.Soc. juez 1	5	1	4	2,33	1,405
Línea Final FB positivo Ans.Soc. juez 2	5	1	4	2,00	1,593
N válido (por lista)	5				

Feedback positivo: estadísticos descriptivos del grupo de modelo experto

Tabla 25. Estadísticos descriptivos para la variable feedback positivo en competencia social y ansiedad social del grupo de modelo experto

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
Línea Base FB positivo C.S.Gnral juez 1	6	1	6	3,80	2,220
Línea Base FB positivo C.S.Gnral juez 2	6	1	6	3,60	2,019
Línea Base FB positivo Ans.Soc. juez 1	6	2	7	4,40	2,242
Línea Base FB positivo Ans.Soc. juez 2	6	2	7	4,60	2,019
Línea Final FB positivo C.S. Gnral juez 1	6	5	6	5,40	,533
Línea Final FB positivo C.S.Gnral juez 2	6	6	6	6,00	,000
Línea Final FB positivo Ans.Soc. juez 1	6	2	3	2,60	,533
Línea Final FB positivo Ans.Soc. juez 2	6	1	3	2,20	,815
N válido (por lista)	6				

Feedback positivo: estadísticos descriptivos del grupo control

Tabla 26. Estadísticos descriptivos para la variable feedback positivo en competencia social y ansiedad social del grupo control

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
Línea Base FB positivo C.S.Gnral juez 1	7	2	6	3,57	1,813
Línea Base FB positivo C.S.Gnral juez 2	7	2	6	3,57	1,813
Línea Base FB positivo Ans.Soc. juez 1	7	3	6	4,71	1,254
Línea Base FB positivo Ans.Soc. juez 2	7	2	6	4,57	1,512
Línea Final FB positivo C.S. Gnral juez 1	7	2	7	4,00	2,000
Línea Final FB positivo C.S.Gnral juez 2	7	2	6	4,00	1,414
Línea Final FB positivo Ans.Soc. juez 1	7	2	6	3,86	1,574
Línea Final FB positivo Ans.Soc. juez 2	7	2	5	3,86	1,345
N válido (por lista)	7				

Feedback negativo: estadísticos descriptivos de la muestra global

Tabla 27. Estadísticos descriptivos para la variable feedback negativo en competencia social y ansiedad social de la muestra global

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
Línea Base FB negativo C.S.Gnral juez 1	18	2	6	3,43	1,376
Línea Base FB negativo C.S.Gnral juez 2	18	2	6	3,12	1,388
Línea Base FB negativo Ans.Soc. juez 1	18	2	6	4,10	1,774
Línea Base FB negativo Ans.Soc. juez 2	18	2	6	4,22	1,559
Línea Final FB negativo C.S.Gnral juez 1	18	2	6	4,66	1,386
Línea Final FB negativo C.S.Gnral juez 2	18	2	6	4,69	1,320
Línea Final FB negativo Ans.Soc. juez 1	18	2	7	3,40	1,791
Línea Final FB negativo Ans.Soc. juez 2	18	1	6	3,35	1,814
N válido (por lista)	18				

Feedback negativo: estadísticos descriptivos del grupo de modelo igual

Tabla 28. Estadísticos descriptivos para la variable feedback negativo en competencia social y ansiedad social del grupo de modelo igual

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
Línea Base FB negativo C.S.Gnral juez 1	5	2	3	2,33	,531
Línea Base FB negativo C.S.Gnral juez 2	5	2	3	2,33	,531
Línea Base FB negativo Ans.Soc. juez 1	5	5	6	5,33	,531
Línea Base FB negativo Ans.Soc. juez 2	5	5	5	5,00	,000
Línea Final FB negativo C.S.Gnral juez 1	5	4	6	5,00	,920
Línea Final FB negativo C.S.Gnral juez 2	5	4	6	5,33	1,062
Línea Final FB negativo Ans.Soc. juez 1	5	2	4	2,67	1,062
Línea Final FB negativo Ans.Soc. juez 2	5	2	4	2,67	1,062
N válido (por lista)	5				

Feedback negativo: estadísticos descriptivos del grupo de modelo experto

Tabla 29. Estadísticos descriptivos para la variable feedback negativo en competencia social y ansiedad social del grupo de modelo experto

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
Línea Base FB negativo C.S.Gnral juez 1	6	2	5	3,60	1,306
Línea Base FB negativo C.S.Gnral juez 2	6	2	5	3,20	1,600
Línea Base FB negativo Ans.Soc. juez 1	6	2	6	4,40	2,133
Línea Base FB negativo Ans.Soc. juez 2	6	2	6	4,20	1,996
Línea Final FB negativo C.S.Gnral juez 1	6	5	6	5,60	,533
Línea Final FB negativo C.S.Gnral juez 2	6	5	6	5,60	,533
Línea Final FB negativo Ans.Soc. juez 1	6	2	3	2,20	,435
Línea Final FB negativo Ans.Soc. juez 2	6	1	4	2,20	1,270
N válido (por lista)	6				

Feedback negativo: estadísticos descriptivos del grupo control

Tabla 30. Estadísticos descriptivos para la variable feedback negativo en competencia social y ansiedad social del grupo control

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
Línea Base FB negativo C.S.Gnral juez 1	7	2	6	4,00	1,528
Línea Base FB negativo C.S.Gnral juez 2	7	2	6	3,57	1,512
Línea Base FB negativo Ans.Soc. juez 1	7	2	5	3,00	1,414
Línea Base FB negativo Ans.Soc. juez 2	7	2	6	3,71	1,604
Línea Final FB negativo C.S.Gnral juez 1	7	2	6	3,57	1,512
Línea Final FB negativo C.S.Gnral juez 2	7	2	5	3,43	,976
Línea Final FB negativo Ans.Soc. juez 1	7	2	7	5,00	1,826
Línea Final FB negativo Ans.Soc. juez 2	7	2	6	4,86	1,676
N válido (por lista)	7				

Habilidades Sociales en situaciones de riesgo de consumo: estadísticos descriptivos de la muestra global

Tabla 31. Estadísticos descriptivos para la variable HHSS para situaciones de consumo en competencia social y ansiedad social de la muestra global

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
Línea Base Droga C.S.Gnral juez 1	18	1	4	3,00	,948
Línea Base Droga C.S.Gnral juez 2	18	1	4	3,02	,880
Línea Base Droga Ans.Soc. juez 1	18	2	7	4,76	1,546
Línea Base Droga Ans.Soc. juez 2	18	3	6	4,78	1,316
Línea Final Drogas C.S. Gnral juez 1	18	2	7	4,51	1,941
Línea Final Drogas C.S.Gnral juez 2	18	1	6	4,49	1,876
Línea Final Drogas Ans.Soc. juez 1	18	1	7	3,50	1,798
Línea Final Drogas Ans.Soc. juez 2	18	1	6	3,27	1,869
N válido (por lista)	18				

Habilidades Sociales en situaciones de riesgo de consumo: estadísticos descriptivos del grupo de modelo igual

Tabla 32. Estadísticos descriptivos para la variable HHSS para situaciones de consumo en competencia social y ansiedad social del grupo de modelo igual

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
Línea Base Droga C.S.Gnral juez 1	5	2	4	3,00	,920
Línea Base Droga C.S.Gnral juez 2	5	2	3	2,67	,531
Línea Base Droga Ans.Soc. juez 1	5	4	6	5,33	1,062
Línea Base Droga Ans.Soc. juez 2	5	4	6	5,33	1,062
Línea Final Drogas C.S. Gnral juez 1	5	6	7	6,33	,531
Línea Final Drogas C.S.Gnral juez 2	5	6	6	6,00	,000
Línea Final Drogas Ans.Soc. juez 1	5	1	4	2,33	1,405
Línea Final Drogas Ans.Soc. juez 2	5	1	4	2,00	1,593
N válido (por lista)	5				

Habilidades Sociales en situaciones de riesgo de consumo: estadísticos descriptivos del grupo de modelo experto

Tabla 33. Estadísticos descriptivos para la variable HHSS para situaciones de consumo en competencia social y ansiedad social del grupo de modelo experto

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
Línea Base Droga C.S.Gnral juez 1	6	1	4	3,00	1,377
Línea Base Droga C.S.Gnral juez 2	6	1	4	3,00	1,193
Línea Base Droga Ans.Soc. juez 1	6	2	6	4,40	1,769
Línea Base Droga Ans.Soc. juez 2	6	3	6	4,60	1,477
Línea Final Drogas C.S. Gnral juez 1	6	5	7	5,60	,871
Línea Final Drogas C.S.Gnral juez 2	6	5	6	5,80	,435
Línea Final Drogas Ans.Soc. juez 1	6	1	3	2,40	,871
Línea Final Drogas Ans.Soc. juez 2	6	1	3	2,00	,689
N válido (por lista)	6				

Habilidades Sociales en situaciones de riesgo de consumo: estadísticos descriptivos del grupo control

Tabla 34. Estadísticos descriptivos para la variable HHSS para situaciones de consumo en competencia social y ansiedad social del grupo control

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
Línea Base Droga C.S.Gnral juez 1	7	2	4	3,00	,577
Línea Base Droga C.S.Gnral juez 2	7	2	4	3,29	,756
Línea Base Droga Ans.Soc. juez 1	7	2	7	4,71	1,704
Línea Base Droga Ans.Soc. juez 2	7	3	6	4,57	1,397
Línea Final Drogas C.S. Gnral juez 1	7	2	3	2,29	,488
Línea Final Drogas C.S.Gnral juez 2	7	1	3	2,29	,756
Línea Final Drogas Ans.Soc. juez 1	7	4	7	5,29	1,113
Línea Final Drogas Ans.Soc. juez 2	7	5	6	5,29	,488
N válido (por lista)	7				

Fiabilidad entre jueces de las observaciones de las Habilidades Sociales

Para determinar la fiabilidad de las observaciones de los jueces se hallaron las correlaciones de sus puntuaciones de competencia y ansiedad social en las tres dimensiones mencionadas, tanto para el total de los participantes en el estudio como para cada uno de los niveles de agrupamiento de los mismos. En todos los casos se obtuvieron significativas correlaciones directas y proporcionales entre las medidas de competencia y ansiedad social entre sí, e inversas y proporcionales al cruzar dichos aspectos de las tres dimensiones de asertividad evaluadas. Resumiendo, los jueces fueron fiables al evaluar cada una de estas dimensiones, tanto al valorar la competencia social como la ansiedad social. Así, a mayor puntuación de competencia otorgada por un juez, mayor puntuación de competencia otorgada por el otro, y lo mismo para la ansiedad social, y al contrario al cruzar la competencia y la ansiedad social; a mayor puntuación de competencia social menor de ansiedad social y viceversa.

Fiabilidad interjueces para la variable Feedback positivo en pretest**Tabla 35.** Correlaciones entre jueces para feedback positivo en pretest

		Línea Base FB positivo C.S.Gnral juez 1	Línea Base FB positivo C.S.Gnral juez 2	Línea Base FB positivo Ans.Soc. juez 1	Línea Base FB positivo Ans.Soc. juez 2
Línea Base FB positivo C.S.Gnral juez 1	Correlación de Pearson	1	,978	-,950	-,923
	Sig. (bilateral)		,000	,000	,000
	N	18	18	18	18
Línea Base FB positivo C.S.Gnral juez 2	Correlación de Pearson	,978	1	-,932	-,930
	Sig. (bilateral)	,000		,000	,000
	N	18	18	18	18
Línea Base FB positivo Ans.Soc. juez 1	Correlación de Pearson	-,950	-,932	1	,942
	Sig. (bilateral)	,000	,000		,000
	N	18	18	18	18
Línea Base FB positivo Ans.Soc. juez 2	Correlación de Pearson	-,923	-,930	,942	1
	Sig. (bilateral)	,000	,000	,000	
	N	18	18	18	18

Fiabilidad interjueces para la variable Feedback positivo en postest**Tabla 36.** Correlaciones entre jueces para feedback positivo en postest

		Línea Final FB positivo C.S. Gnral juez 1	Línea Final FB positivo C.S.Gnral juez 2	Línea Final FB positivo Ans.Soc. juez 1	Línea Final FB positivo Ans.Soc. juez 2
Línea Final FB positivo C.S. Gnral juez 1	Correlación de Pearson	1	,896	-,914	-,770
	Sig. (bilateral)		,000	,000	,000
	N	18	18	18	18
Línea Final FB positivo C.S.Gnral juez 2	Correlación de Pearson	,896	1	-,884	-,888
	Sig. (bilateral)	,000		,000	,000
	N	18	18	18	18
Línea Final FB positivo Ans.Soc. juez 1	Correlación de Pearson	-,914	-,884	1	,803
	Sig. (bilateral)	,000	,000		,000
	N	18	18	18	18
Línea Final FB positivo Ans.Soc. juez 2	Correlación de Pearson	-,770	-,888	,803	1
	Sig. (bilateral)	,000	,000	,000	
	N	18	18	18	18

Fiabilidad interjueces para la variable Feedback negativo en pretest**Tabla 37.** Correlaciones entre jueces para feedback negativo en pretest

		Línea Base FB negativo C.S.Gnral juez 1	Línea Base FB negativo C.S.Gnral juez 2	Línea Base FB negativo Ans.Soc. juez 1	Línea Base FB negativo Ans.Soc. juez 2
Línea Base FB negativo C.S.Gnral juez 1	Correlación de Pearson	1	,941	-,869	-,889
	Sig. (bilateral)		,000	,000	,000
	N	18	18	18	18
Línea Base FB negativo C.S.Gnral juez 2	Correlación de Pearson	,941	1	-,851	-,925
	Sig. (bilateral)	,000		,000	,000
	N	18	18	18	18
Línea Base FB negativo Ans.Soc. juez 1	Correlación de Pearson	-,869	-,851	1	,865
	Sig. (bilateral)	,000	,000		,000
	N	18	18	18	18
Línea Base FB negativo Ans.Soc. juez 2	Correlación de Pearson	-,889	-,925	,865	1
	Sig. (bilateral)	,000	,000	,000	
	N	18	18	18	18

Fiabilidad interjueces para la variable Feedback negativo en postest

Tabla 38. Correlaciones entre jueces para feedback negativo en postest

		Línea Final FB negativo C.S.Gnral juez 1	Línea Final FB negativo C.S.Gnral juez 2	Línea Final FB negativo Ans.Soc. juez 1	Línea Final FB negativo Ans.Soc. juez 2
Línea Final FB negativo C.S.Gnral juez 1	Correlación de Pearson	1	,929	-,859	-,892
	Sig. (bilateral)		,000	,000	,000
	N	18	18	18	18
Línea Final FB negativo C.S.Gnral juez 2	Correlación de Pearson	,929	1	-,848	-,882
	Sig. (bilateral)	,000		,000	,000
	N	18	18	18	18
Línea Final FB negativo Ans.Soc. juez 1	Correlación de Pearson	-,859	-,848	1	,923
	Sig. (bilateral)	,000	,000		,000
	N	18	18	18	18
Línea Final FB negativo Ans.Soc. juez 2	Correlación de Pearson	-,892	-,882	,923	1
	Sig. (bilateral)	,000	,000	,000	
	N	18	18	18	18

Fiabilidad interjueces para la variable habilidades sociales para situaciones de riesgo en pretest

Tabla 39. Correlaciones entre jueces para HHSS en situaciones de riesgo en pretest

		Línea Base Droga C.S.Gnral juez 1	Línea Base Droga C.S.Gnral juez 2	Línea Base Droga Ans.Soc. juez 1	Línea Base Droga Ans.Soc. juez 2
Línea Base Droga C.S.Gnral juez 1	Correlación de Pearson	1	,718	-,733	-,707
	Sig. (bilateral)		,001	,001	,001
	N	18	18	18	18
Línea Base Droga C.S.Gnral juez 2	Correlación de Pearson	,718	1	-,706	-,765
	Sig. (bilateral)	,001		,001	,000
	N	18	18	18	18
Línea Base Droga Ans.Soc. juez 1	Correlación de Pearson	-,733	-,706	1	,952
	Sig. (bilateral)	,001	,001		,000
	N	18	18	18	18
Línea Base Droga Ans.Soc. juez 2	Correlación de Pearson	-,707	-,765	,952	1
	Sig. (bilateral)	,001	,000	,000	
	N	18	18	18	18

Fiabilidad interjueces para la variable habilidades sociales para situaciones de riesgo en postest

Tabla 40. Correlaciones entre jueces para HHSS en situaciones de riesgo en postest

		Línea Final Drogas C.S. Gnral juez 1	Línea Final Drogas C.S.Gnral juez 2	Línea Final Drogas Ans.Soc. juez 1	Línea Final Drogas Ans.Soc. juez 2
Línea Final Drogas C.S. Gnral juez 1	Correlación de Pearson	1	,941	-,875	-,879
	Sig. (bilateral)		,000	,000	,000
	N	18	18	18	18
Línea Final Drogas C.S.Gnral juez 2	Correlación de Pearson	,941	1	-,839	-,894
	Sig. (bilateral)	,000		,000	,000
	N	18	18	18	18
Línea Final Drogas Ans.Soc. juez 1	Correlación de Pearson	-,875	-,839	1	,916
	Sig. (bilateral)	,000	,000		,000
	N	18	18	18	18
Línea Final Drogas Ans.Soc. juez 2	Correlación de Pearson	-,879	-,894	,916	1
	Sig. (bilateral)	,000	,000	,000	
	N	18	18	18	18

Homogeneidad de los grupos en el pretest de la variable Habilidades Sociales observada

Dado que uno de los grupos estaba conformado tan sólo por cinco sujetos estimamos inapropiado someter las medidas de los jueces a una prueba de normalidad, y dado que éstas presentaron una asociación muy fuerte y significativa, elegimos al azar para los análisis no-paramétricos que se detallan a continuación las puntuaciones del juez número uno.

En primer lugar, para determinar si los grupos eran homogéneos antes del entrenamiento respecto a las distintas dimensiones de asertividad consideradas, realizamos un ANOVA mediante la prueba de K-W, cuyos resultados confirmaron que en efecto los grupos partían del mismo nivel de habilidades sociales (ver tabla 42). No obstante, en lo que respecta a la ansiedad social al dar feedback negativo, se detectaron importantes diferencias entre los grupos que rozaron la significación, y que a juzgar por los rangos promedio obtenidos (ver tabla 41), parecen indicar que los grupos de entrenamiento puntuaron más alto que el grupo control.

ANÁLISIS DE DATOS

Tabla 41. Prueba de rangos promedios de la variable HHSS en situaciones de riesgo para competencia social y ansiedad social según el modelo expuesto en pretest

	Modelo Expuesto	N	Rango promedio
Línea Base FB positivo C.S.Gnral juez 1	Igual	6	7,83
	Experto	5	10,40
	Control	7	10,29
	Total	18	
Línea Base FB positivo Ans.Soc. juez 1	Igual	6	11,83
	Experto	5	8,50
	Control	7	8,21
	Total	18	
Línea Base FB negativo C.S.Gnral juez 1	Igual	6	5,83
	Experto	5	10,80
	Control	7	11,71
	Total	18	
Línea Base FB negativo Ans.Soc. juez 1	Igual	6	12,33
	Experto	5	11,00
	Control	7	6,00
	Total	18	
Línea Base Droga C.S.Gnral juez 1	Igual	6	9,33
	Experto	5	10,20
	Control	7	9,14
	Total	18	
Línea Base Droga Ans.Soc. juez 1	Igual	6	11,00
	Experto	5	8,10
	Control	7	9,21
	Total	18	

Tabla 42. Prueba de ANOVA K-S de la variable HHSS en situaciones de riesgo para competencia social y ansiedad social en pretest

	Línea Base FB positivo C.S.Gnral juez 1	Línea Base FB positivo Ans.Soc. juez 1	Línea Base FB negativo C.S.Gnral juez 1	Línea Base FB negativo Ans.Soc. juez 1	Línea Base Droga C.S.Gnral juez 1	Línea Base Droga Ans.Soc. juez 1
Chi-cuadrado	,984	1,911	4,705	5,615	,137	,939
gl	2	2	2	2	2	2
Sig. asintótica	,611	,385	,095	,060	,934	,625
Sig.	,619	,420	,096	,052	,951	,655
Sig. Monte Carlo						
Intervalo de confianza al 99%						
Límite inferior	,607	,408	,088	,046	,945	,643
Límite superior	,632	,433	,103	,058	,956	,667

**Comparación de los grupos experimentales en el postest de la variable
Habilidades Sociales observada**

La tabla 43 describe los rangos promedio obtenidos por cada grupo en las distintas medidas de competencia y ansiedad social que emitió el juez, cuyas puntuaciones fueron utilizada para realizar un ANOVA no-paramétrico de K muestras independientes (prueba de K-W), cuyos resultados se presentan en la tabla 44, en la que puede comprobarse que los grupos se diferencian de forma significativa en las medidas de feedback negativo y asertividad en situaciones de riesgo de consumo. Diferencias que parecen apuntar un efecto positivo del entrenamiento sobre la asertividad, dado que son los grupos de entrenamiento los que obtienen puntuaciones más altas de competencia social y más bajas de ansiedad social en ambas dimensiones (ver tabla 43).

Tabla 43. Prueba de rangos promedios de la variable HHSS en situaciones de riesgo para competencia social y ansiedad social según el modelo expuesto en postest

	Modelo Expuesto	N	Rango promedio
Línea Final FB positivo C.S. Gnral juez 1	Igual	6	13,17
	Experto	5	9,30
	Control	7	6,50
	Total	18	
Línea Final FB positivo Ans.Soc. juez 1	Igual	6	7,00
	Experto	5	8,50
	Control	7	12,36
	Total	18	
Línea Final FB negativo C.S.Gnral juez 1	Igual	6	10,50
	Experto	5	13,30
	Control	7	5,93
	Total	18	
Línea Final FB negativo Ans.Soc. juez 1	Igual	6	7,50
	Experto	5	6,10
	Control	7	13,64
	Total	18	
Línea Final Drogas C.S. Gnral juez 1	Igual	6	14,33
	Experto	5	11,40
	Control	7	4,00
	Total	18	
Línea Final Drogas Ans.Soc. juez 1	Igual	6	6,17
	Experto	5	6,20
	Control	7	14,71
	Total	18	

Tabla 44. Prueba de ANOVA K-S de la variable HHSS en situaciones de riesgo para competencia social y ansiedad social en posttest

		Línea Final FB positivo C.S. Gnral juez 1	Línea Final FB positivo Ans.Soc. juez 1	Línea Final FB negativo C.S.Gnral juez 1	Línea Final FB negativo Ans.Soc. juez 1	Línea Final Drogas C.S. Gnral juez 1	Línea Final Drogas Ans.Soc. juez 1
Chi-cuadrado		5,387	3,690	6,271	8,145	13,673	11,205
Gl		2	2	2	2	2	2
Sig. asintótica		,068	,158	,043	,017	,001	,004
	Sig.	,058	,159	,036	,010	,000	,001
Sig. Monte Carlo	Intervalo de confianza al 99%	Límite inferior					
		Límite superior					
		,052	,149	,031	,007	,000	,000
		,064	,168	,041	,013	,000	,001

Comparación por pares de los grupos en el posttest de la variable Habilidades Sociales observada

Comprobada la existencia de diferencias significativas entre los grupos en las medidas posttest, se efectuaron contrastes por pares mediante la prueba Mann-Whitney, obteniéndose los siguientes resultados:

- 1) Modelo igual versus experto: Como se puede comprobar en la tabla 45, la distribución de las puntuaciones de las distintas medidas de HHSS fue la misma para ambos grupos.
- 2) Modelo igual versus control: El grupo modelado por un igual en comparación con el grupo control se mostró más competente en situaciones de feedback positivo y HHSS en situaciones de riesgo. Además, en éstas últimas y en situaciones de feedback negativo también presentó una menor ansiedad social, siendo significativas las diferencias entre ambos grupos (ver tabla 46).
- 3) Modelo experto versus control: Ambos grupos se mostraron significativamente desiguales en situaciones de feedback negativo y de riesgo para el consumo, tanto en competencia como ansiedad social, parámetros en los que el grupo de modelado experto obtuvo puntuaciones más altas y más bajas respectivamente (ver tabla 47). Estos resultados permiten afirmar que el entrenamiento tiene un claro efecto sobre las HHSS, mejorando distintas dimensiones de la misma.

ANÁLISIS DE DATOS

Tabla 45. Prueba U de Mann-Whitney para comparar las HHSS observadas en modelo igual vs. experto en el posttest

	Línea Final FB positivo C.S. Gnral juez 1	Línea Final FB positivo Ans.Soc. juez 1	Línea Final FB negativo C.S.Gnral juez 1	Línea Final FB negativo Ans.Soc. juez 1	Línea Final Drogas C.S. Gnral juez 1	Línea Final Drogas Ans.Soc. juez 1		
U de Mann-Whitney	7,000	12,000	9,000	12,000	7,000	14,000		
W de Wilcoxon	22,000	33,000	30,000	27,000	22,000	35,000		
Z	-1,576	-,569	-1,182	-,699	-1,563	-,188		
Sig. asintótica (bilateral)	,115	,569	,237	,484	,118	,851		
Significación exacta [2*(sig. unilateral)]	,177	,662	,329	,662	,177	,931		
Sig.	,202	,581	,354	,696	,236	,826		
Sig. Monte Carlo (bilateral)	Intervalo de confianza al 99%	Límite inferior	,192	,568	,342	,685	,225	,816
		Límite superior	,212	,594	,367	,708	,247	,835
		Sig.	,087	,261	,196	,272	,118	,392
Sig. Monte Carlo (unilateral)	Intervalo de confianza al 99%	Límite inferior	,080	,250	,185	,261	,109	,380
		Límite superior	,094	,273	,206	,284	,126	,405

Tabla 46. Prueba U de Mann-Whitney para comparar las HHSS observadas en modelo igual vs. control en el posttest

	Línea Final FB positivo C.S. Gnral juez 1	Línea Final FB positivo Ans.Soc. juez 1	Línea Final FB negativo C.S.Gnral juez 1	Línea Final FB negativo Ans.Soc. juez 1	Línea Final Drogas C.S. Gnral juez 1	Línea Final Drogas Ans.Soc. juez 1		
U de Mann-Whitney	7,000	9,000	9,000	6,000	,000	2,000		
W de Wilcoxon	35,000	30,000	37,000	27,000	28,000	23,000		
Z	-2,075	-1,753	-1,748	-2,220	-3,141	-2,768		
Sig. asintótica (bilateral)	,038	,080	,080	,026	,002	,006		
Significación exacta [2*(sig. unilateral)]	,051	,101	,101	,035	,001	,005		
Sig.	,041	,093	,088	,030	,000	,006		
Sig. Monte Carlo (bilateral)	Intervalo de confianza al 99%	Límite inferior	,036	,085	,080	,025	,000	,004
		Límite superior	,046	,100	,095	,034	,001	,007
		Sig.	,022	,040	,051	,016	,000	,003
Sig. Monte Carlo (unilateral)	Intervalo de confianza al 99%	Límite inferior	,018	,035	,045	,013	,000	,002
		Límite superior	,026	,045	,057	,020	,001	,004

Tabla 47. Prueba U de Mann-Whitney para comparar las HHSS observadas en modelo experto vs. control en el postest

			Línea Final FB positivo C.S. Gnral juez 1	Línea Final FB positivo Ans.Soc. juez 1	Línea Final FB negativo C.S.Gnral juez 1	Línea Final FB negativo Ans.Soc. juez 1	Línea Final Drogas C.S. Gnral juez 1	Línea Final Drogas Ans.Soc. juez 1
U de Mann-Whitney			10,500	9,500	4,500	3,500	,000	,000
W de Wilcoxon			38,500	24,500	32,500	18,500	28,000	15,000
Z			-1,170	-1,350	-2,173	-2,380	-2,975	-2,877
Sig. asintótica (bilateral)			,242	,177	,030	,017	,003	,004
Significación exacta [2*(sig. unilateral)]			,268	,202	,030	,018	,003	,003
	Sig.		,273	,257	,034	,024	,002	,003
Sig. Monte Carlo (bilateral)	Intervalo de confianza al 99%	Límite inferior	,261	,245	,029	,020	,001	,002
		Límite superior	,284	,268	,038	,028	,003	,005
	Sig.	,139	,138	,022	,014	,001	,002	
Sig. Monte Carlo (unilateral)	Intervalo de confianza al 99%	Límite inferior	,130	,129	,018	,011	,000	,001
		Límite superior	,148	,146	,026	,017	,002	,003
	Sig.							

Comparaciones de la variable Habilidades Sociales observada en Pretest-Postest por grupos

Las puntuaciones de cada grupo durante el pretest y el postest fueron comparadas mediante la prueba de rangos con signo de Wilcoxon. Los resultados obtenidos indicaron:

- a) Todos las personas que fueron expuestas a un modelo igual obtuvieron puntuaciones más altas de competencia social y más bajas de ansiedad social en el postest (ver tabla 48), obteniéndose diferencias significativas en esta dirección entre el pretest y el postest (ver tabla 49), luego este grupo mejoró de forma significativa su ejecución asertiva.
- b) No todas las personas asignadas al grupo de modelado experto lograron mejorar sus puntuaciones pretest de competencia y ansiedad social (ver tabla 50), por lo que las diferencias pretest-postest no fueron significativas para ninguna de las dimensiones de HHSS examinadas, aunque en el caso de la competencia social fueron importantes tanto para la dimensión feedback positivo como para las HHSS en situaciones de riesgo (ver tabla 51).

ANÁLISIS DE DATOS

- c) Más de la mitad de las personas pertenecientes al grupo de control obtuvieron en el postest la misma puntuación que en el pretest (ver tabla 52), por lo que las diferencias entre ambas medidas no fueron significativas en ninguna de las dimensiones de asertividad evaluadas.

Tabla 48. Prueba de rangos con signo de Wilcoxon para grupo igual pretest vs. postest

		N	Rango promedio	Suma de rangos
Línea Final FB positivo C.S. Gnral juez 1 –	Rangos negativos	0	,00	,00
	Rangos positivos	6	3,50	21,00
Línea Base FB positivo C.S.Gnral juez 1	Empates	0		
	Total	6		
Línea Final FB positivo Ans.Soc. juez 1 –	Rangos negativos	6	3,50	21,00
	Rangos positivos	0	,00	,00
Línea Base FB positivo Ans.Soc. juez 1	Empates	0		
	Total	6		
Línea Final FB negativo C.S.Gnral juez 1 –	Rangos negativos	0	,00	,00
	Rangos positivos	6	3,50	21,00
Línea Base FB negativo C.S.Gnral juez 1	Empates	0		
	Total	6		
Línea Final FB negativo Ans.Soc. juez 1 –	Rangos negativos	6	3,50	21,00
	Rangos positivos	0	,00	,00
Línea Base FB negativo Ans.Soc. juez 1	Empates	0		
	Total	6		
Línea Final Drogas C.S. Gnral juez 1 –	Rangos negativos	0	,00	,00
	Rangos positivos	6	3,50	21,00
Línea Base Droga C.S.Gnral juez 1	Empates	0		
	Total	6		
Línea Final Drogas Ans.Soc. juez 1 –	Rangos negativos	6	3,50	21,00
	Rangos positivos	0	,00	,00
Línea Base Droga Ans.Soc. juez 1	Empates	0		
	Total	6		

ANÁLISIS DE DATOS

Tabla 49. Prueba de significación para grupo igual pretest vs. posttest

			Línea Final FB positivo C.S. Gnral juez 1 - Línea Base FB positivo C.S.Gnral juez 1	Línea Final FB positivo Ans.Soc. juez 1 - Línea Base FB positivo Ans.Soc. juez 1	Línea Final FB negativo C.S.Gnral juez 1 - Línea Base FB negativo C.S.Gnral juez 1	Línea Final FB negativo Ans.Soc. juez 1 - Línea Base FB negativo Ans.Soc. juez 1	Línea Final Drogas C.S. Gnral juez 1 - Línea Base Droga C.S.Gnral juez 1	Línea Final Drogas Ans.Soc. juez 1 - Línea Base Droga Ans.Soc. juez 1
Z			-2,271	-2,220	-2,271	-2,220	-2,271	-2,271
Sig. asintótica (bilateral)			,023	,026	,023	,026	,023	,023
	Sig.		,031	,031	,030	,031	,030	,031
Sig. Monte Carlo (bilateral)	Intervalo de confianza al 99%	Límite inferior	,027	,027	,026	,027	,026	,027
		Límite superior	,036	,036	,035	,036	,035	,036
	Sig.		,016	,016	,015	,016	,015	,015
Sig. Monte Carlo (unilateral)	Intervalo de confianza al 99%	Límite inferior	,013	,013	,012	,013	,012	,012
		Límite superior	,019	,019	,018	,019	,018	,018

ANÁLISIS DE DATOS

Tabla 50. Prueba de rangos con signo de Wilcoxon para grupo experto pretest vs. postest

		N	Rango promedio	Suma de rangos
Línea Final FB positivo C.S. Gnral juez 1 –	Rangos negativos	0	,00	,00
	Rangos positivos	3	2,00	6,00
Línea Base FB positivo C.S.Gnral juez 1	Empates	2		
	Total	5		
Línea Final FB positivo Ans.Soc. juez 1 –	Rangos negativos	3	2,00	6,00
	Rangos positivos	0	,00	,00
Línea Base FB positivo Ans.Soc. juez 1	Empates	2		
	Total	5		
Línea Final FB negativo C.S.Gnral juez 1 –	Rangos negativos	0	,00	,00
	Rangos positivos	5	3,00	15,00
Línea Base FB negativo C.S.Gnral juez 1	Empates	0		
	Total	5		
Línea Final FB negativo Ans.Soc. juez 1 –	Rangos negativos	3	2,00	6,00
	Rangos positivos	0	,00	,00
Línea Base FB negativo Ans.Soc. juez 1	Empates	2		
	Total	5		
Línea Final Drogas C.S. Gnral juez 1 –	Rangos negativos	0	,00	,00
	Rangos positivos	5	3,00	15,00
Línea Base Droga item C.S.Gnral juez 1	Empates	0		
	Total	5		
Línea Final Drogas Ans.Soc. juez 1 –	Rangos negativos	3	2,00	6,00
	Rangos positivos	0	,00	,00
Línea Base Droga item Ans.Soc. juez 1	Empates	2		
	Total	5		

ANÁLISIS DE DATOS

Tabla 51. Prueba de significación para grupo experto pretest vs. posttest

			Línea Final FB positivo C.S. Gnral juez 1 - Línea Base FB positivo C.S.Gnral juez 1	Línea Final FB positivo Ans.Soc. juez 1 - Línea Base FB positivo Ans.Soc. juez 1	Línea Final FB negativo C.S.Gnral juez 1 - Línea Base FB negativo C.S.Gnral juez 1	Línea Final FB negativo Ans.Soc. juez 1 - Línea Base FB negativo Ans.Soc. juez 1	Línea Final Drogas C.S. Gnral juez 1 - Línea Base Droga C.S.Gnral juez 1	Línea Final Drogas Ans.Soc. juez 1 - Línea Base Droga Ans.Soc. juez 1
Z			-1,604	-1,604	-2,041	-1,633	-2,032	-1,633
Sig. asintótica (bilateral)			,109	,109	,041	,102	,042	,102
Sig.			,251	,251	,062	,250	,063	,244
Sig. Monte Carlo (bilateral)	Intervalo de confianza al 99%	Límite inferior	,240	,240	,055	,239	,056	,233
		Límite superior	,262	,262	,068	,261	,069	,255
Sig.			,127	,125	,030	,124	,031	,124
Sig. Monte Carlo (unilateral)	Intervalo de confianza al 99%	Límite inferior	,118	,116	,026	,116	,027	,115
		Límite superior	,135	,133	,034	,133	,036	,132

ANÁLISIS DE DATOS

Tabla 52. Prueba de rangos con signo de Wilcoxon para grupo control pretest vs. postest

		N	Rango promedio	Suma de rangos
Línea Final FB positivo C.S. Gnral juez 1 – Línea Base FB positivo C.S.Gnral juez 1	Rangos negativos	2	1,50	3,00
	Rangos positivos	1	3,00	3,00
	Empates	4		
	Total	7		
Línea Final FB positivo Ans.Soc. juez 1 - Línea Base FB positivo Ans.Soc. juez 1	Rangos negativos	3	2,00	6,00
	Rangos positivos	0	,00	,00
	Empates	4		
	Total	7		
Línea Final FB negativo C.S.Gnral juez 1 - Línea Base FB negativo C.S.Gnral juez 1	Rangos negativos	2	2,50	5,00
	Rangos positivos	1	1,00	1,00
	Empates	4		
	Total	7		
Línea Final FB negativo Ans.Soc. juez 1 - Línea Base FB negativo Ans.Soc. juez 1	Rangos negativos	0	,00	,00
	Rangos positivos	5	3,00	15,00
	Empates	2		
	Total	7		
Línea Final Drogas C.S. Gnral juez 1 - Línea Base Droga item C.S.Gnral juez 1	Rangos negativos	4	2,50	10,00
	Rangos positivos	0	,00	,00
	Empates	3		
	Total	7		
Línea Final Drogas Ans.Soc. juez 1 - Línea Base Droga item Ans.Soc. juez 1	Rangos negativos	1	1,50	1,50
	Rangos positivos	2	2,25	4,50
	Empates	4		
	Total	7		

Tabla 53. Prueba de significación para grupo control pretest vs. postest

	Línea Final FB positivo C.S. Gnral juez 1 - Línea Base FB positivo C.S.Gnral juez 1	Línea Final FB positivo Ans.Soc. juez 1 - Línea Base FB positivo Ans.Soc. juez 1	Línea Final FB negativo C.S.Gnral juez 1 - Línea Base FB negativo C.S.Gnral juez 1	Línea Final FB negativo Ans.Soc. juez 1 - Línea Base FB negativo Ans.Soc. juez 1	Línea Final Drogas C.S. Gnral juez 1 - Línea Base Droga C.S.Gnral juez 1	Línea Final Drogas Ans.Soc. juez 1 - Línea Base Droga Ans.Soc. juez 1	
Z	,000	-1,633	-1,089	-2,032	-1,890	-,816	
Sig. asintótica (bilateral)	1,000	,102	,276	,042	,059	,414	
Sig. Monte Carlo (bilateral)	Sig. 1,000	,244	,506	,059	,126	,758	
Intervalo de confianza al 99%	Límite inferior	1,000	,233	,493	,053	,117	,747
	Límite superior	1,000	,255	,518	,065	,135	,769
Sig. Monte Carlo (unilateral)	Sig. ,616	,124	,258	,030	,060	,374	
Intervalo de confianza al 99%	Límite inferior	,604	,115	,247	,025	,054	,362
	Límite superior	,629	,132	,269	,034	,067	,387

En **conclusión**, los resultados de la variable HHSS, tanto de autoinforme como de observación, ponen de manifiesto que el entrenamiento tiene un efecto sobre las HHSS en la población drogodependiente, siendo más significativo el efecto del modelo igual, que a diferencia del modelo experto, no sólo afecta a las medidas subjetivas de asertividad sino también a las registradas mediante observación.

Análisis de datos para la variable Ansiedad Social

La tabla 54 presenta los datos estadísticos descriptivos de las puntuaciones obtenidas en el Inventario de Situaciones Interpersonales. En la que puede comprobarse que el nerviosismo que experimentan los participantes en el estudio es mayor en el pretest que en el postest, durante el cual interaccionan con mayor frecuencia en situaciones sociales que implican asertividad positiva y negativa.

Tabla 54. Estadísticos descriptivos para Ansiedad Social

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
ISINerviosPre	19	52	116	81,11	16,882
ISIFrecAnsSocPre	19	80	136	106,48	13,973
ISINerviosPos	19	47	101	67,09	14,882
ISIFrecAnsSocPos	19	81	137	114,54	15,927
N válido (por lista)	19				

Mediante las pruebas de normalidad de Kolmogorov-Smirnov y Shapiro-Wilk evaluamos si estas puntuaciones se ajustaban a una distribución normal, los resultados se presentan en la Tabla 55, en la que comprobamos que éstas no presentan un buen ajuste en el caso del grupo expuesto a un modelo igual y en la dimensión emocional (nerviosismo) durante el pretest en el grupo modelado por un experto. Por tanto, optamos por aplicar pruebas no-paramétricas para realizar los contrastes pertinentes.

Tabla 55. Pruebas de normalidad de la variable Ansiedad Social en pretest

	Modelo Expuesto	Kolmogorov-Smirnova			Shapiro-Wilk		
		Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
ISINerviosPre	Igual	,345	6	,024	,743	6	,017
	Experto	,341	6	,028	,757	5	,047
	Control	,302	7	,053	,891	7	,278
ISIFrecAnsSocPre	Igual	,230	6	,200*	,840	6	,131
	Experto	,207	6	,200*	,907	5	,434
	Control	,172	7	,200*	,968	7	,882
ISINerviosPos	Igual	,330	6	,039	,762	6	,026
	Experto	,318	6	,058	,894	5	,391
	Control	,218	7	,200*	,914	7	,423
ISIFrecAnsSocPos	Igual	,317	6	,060	,777	6	,036
	Experto	,226	6	,200*	,883	5	,355
	Control	,312	7	,038	,859	7	,149

*. Esto es un límite inferior de la significación verdadera.

a. Corrección de significación de Lilliefors

Se evaluó si los grupos eran homogéneos en las medidas de ansiedad social antes del entrenamiento. En la tabla 56 se presentan los rangos promedio obtenidos por cada grupo en las dos dimensiones del Inventario de Situaciones Interpersonales: el nerviosismo o malestar emocional y la frecuencia con que interaccionan en situaciones sociales de feedback positivo y negativo. Llama la atención que ambos grupos experimentales en comparación con el grupo control hayan obtenido rangos promedio más altos en nerviosismo y más bajos en la frecuencia con que interaccionan en los tipos de situaciones sociales descritas en el mencionado inventario. No obstante, las distribuciones de dichas puntuaciones son las mismas entre los distintos niveles del entrenamiento (ver tabla 57). Es decir, no se hallaron diferencias significativas entre los grupos, ni en nerviosismo, ni en la frecuencia de la interacción en situaciones sociales de feedback positivo y negativo.

ANÁLISIS DE DATOS

Tabla 56. Rangos promedio para nerviosismo y frecuencia según grupo experimental en pretest

	Modelo Expuesto	N	Rango promedio
ISINerviosPre	Igual	6	11,50
	Experto	5	10,10
	Control	7	7,36
	Total	18	
ISIFrecAnsSocPre	Igual	6	7,50
	Experto	5	9,30
	Control	7	11,36
	Total	18	

Tabla 57. Prueba de Homogeneidad para nerviosismo y frecuencia en pretest ^{a,b}

	ISINerviosPre		ISIFrecAnsSocPre
Chi-cuadrado	2,046		1,703
gl	2		2
Sig. asintótica	,360		,427
Sig.	,374c		,446c
Sig. Monte Carlo	Intervalo de confianza al 99%	Límite inferior	,433
		Límite superior	,458

a. Prueba de Kruskal Wallis

b. Variable de agrupación: Modelo Expuesto

c. Se basa en 10000 tablas de muestras con una semilla de inicio 1355636026.

En la tabla 58 se presentan los rangos promedio que obtuvieron los grupos de entrenamiento y el grupo control en la medida postest. En este caso, observamos un proceso distinto al descrito antes, son los grupos de entrenamiento en comparación con el grupo control los que obtienen ahora puntuaciones más bajas en nerviosismo y puntuaciones más elevadas en la frecuencia de interacción en situaciones sociales que implican feedback positivo y negativo. Diferencias que no fueron significativas como indican los resultados de la prueba de K-W para 2-muestras independientes (ver tabla 59).

Tabla 58. Rangos promedio para nerviosismo y frecuencia según grupo experimental en postest

	Modelo Expuesto	N	Rango promedio
ISINerviosPos	Igual	6	8,50
	Experto	5	7,80
	Control	7	11,57
	Total	18	
ISIFrecAnsSocPos	Igual	6	11,00
	Experto	5	10,80
	Control	7	7,29
	Total	18	

Tabla 59. Prueba de Homogeneidad para nerviosismo y frecuencia en postest ^{a,b}

			ISINerviosPos	ISIFrecAnsSocPos
Chi-cuadrado			1,777	1,989
gl			2	2
Sig. asintótica			,411	,370
	Sig.		,433c	,390c
Sig. Monte Carlo	Intervalo de confianza al	Límite inferior	,420	,378
	99%	Límite superior	,446	,403

a. Prueba de Kruskal Wallis

b. Variable de agrupación: Modelo Expuesto

c. Se basa en 10000 tablas de muestras con una semilla de inicio 1168265992.

Para evaluar si los grupos mejoraron en el postest las puntuaciones obtenidas en el pretest, se realizaron las pertinentes pruebas de rangos con signos de Wilcoxon que arrojaron los siguientes resultados:

- 1) Todas las personas expuestas al modelo igual obtuvieron en el postest rangos promedio más bajos que en el pretest en la dimensión nerviosismo o malestar emocional y rangos promedio más altos en la frecuencia de interacción en situaciones sociales de feedback positivo y negativo (ver tabla 60). Además, las diferencias fueron estadísticamente significativas (ver tabla 61).
- 2) En el grupo de modelado experto ocurrió lo mismo que en el grupo anterior (ver tabla 62), pero para un intervalo de confianza del 99% las diferencias entre las medidas pretest y postest no fueron estadísticamente significativas, con una significación de 0,064 (ver tabla 63).
- 3) Más o menos la mitad de las personas pertenecientes al grupo control obtuvieron peores resultados durante el postest que en el pretest (ver tabla 64), pese a lo cual las diferencias entre ambas medidas no fueron estadísticamente significativas (ver tabla 65).

Estos resultados apuntan un efecto beneficioso del entrenamiento, pero diferencial en función del modelo; de manera que el modelo igual parece ser más eficaz que el experto para que la población drogodependiente se muestre más asertiva en situaciones sociales, tanto relacionadas con el riesgo de consumir drogas como en otras más generales y comunes.

ANÁLISIS DE DATOS

Tabla 60. Pruebas de rangos con signos de Wilcoxon para nerviosismo y frecuencia en grupo igual pretest vs. postest^a

		N	Rango promedio	Suma de rangos
ISINerviosPos – ISINerviosPre	Rangos negativos	6 ^b	3,50	21,00
	Rangos positivos	0 ^c	,00	,00
	Empates	0 ^d		
	Total	6		
ISIFrecAnsSocPos – ISIFrecAnsSocPre	Rangos negativos	0 ^e	,00	,00
	Rangos positivos	6 ^f	3,50	21,00
	Empates	0 ^g		
	Total	6		

- a. Modelo Expuesto = Igual
 b. ISINerviosPos < ISINerviosPre
 c. ISINerviosPos > ISINerviosPre
 d. ISINerviosPos = ISINerviosPre
 e. ISIFrecAnsSocPos < ISIFrecAnsSocPre
 f. ISIFrecAnsSocPos > ISIFrecAnsSocPre
 g. ISIFrecAnsSocPos = ISIFrecAnsSocPre

Tabla 61. Prueba de Wilcoxon para nerviosismo y frecuencia en grupo igual pretest vs postest^{a,b,d}

			ISINerviosPos - ISINerviosPre	ISIFrecAnsSocPos - ISIFrecAnsSocPre
Z			-2,220c	-2,220e
Sig. asintótica (bilateral)			,026	,026
Sig. Monte Carlo (bilateral)	Sig.		,034	,034
	Intervalo de confianza al 99%	Límite inferior	,029	,029
		Límite superior	,038	,038
	Sig.		,016	,018
Sig. Monte Carlo (unilateral)	Intervalo de confianza al 99%	Límite inferior	,013	,014
		Límite superior	,019	,021

- a. Modelo Expuesto = Igual
 b. Prueba de rangos con signo de Wilcoxon
 c. Se basa en rangos positivos.
 d. Se basa en 10000 tablas de muestras con una semilla de inicio 812668987.
 e. Se basa en rangos negativos.

Tabla 62. Pruebas de rangos con signos de Wilcoxon para nerviosismo y frecuencia en grupo experto pretest vs. postest^a

		N	Rango promedio	Suma de rangos
ISINerviosPos - ISINerviosPre	Rangos negativos	5 ^b	3,00	15,00
	Rangos positivos	0 ^c	,00	,00
	Empates	0 ^d		
	Total	5		
ISIFrecAnsSocPos - ISIFrecAnsSocPre	Rangos negativos	0 ^e	,00	,00
	Rangos positivos	5 ^f	3,00	15,00
	Empates	0 ^g		
	Total	5		

- a. Modelo Expuesto = Experto
 b. ISINerviosPos < ISINerviosPre
 c. ISINerviosPos > ISINerviosPre
 d. ISINerviosPos = ISINerviosPre
 e. ISIFrecAnsSocPos < ISIFrecAnsSocPre
 f. ISIFrecAnsSocPos > ISIFrecAnsSocPre
 g. ISIFrecAnsSocPos = ISIFrecAnsSocPre

ANÁLISIS DE DATOS

Tabla 63. Prueba de Wilcoxon para nerviosismo y frecuencia en grupo experto pretest vs postest^{a,b,d}

			ISINerviosPos - ISINerviosPre	ISIFrecAnsSocPos - ISIFrecAnsSocPre
Z			-2,023c	-2,023e
Sig. asintótica (bilateral)			,043	,043
Sig. Monte Carlo (bilateral)	Sig.		,064	,064
	Intervalo de confianza al 99%	Límite inferior	,057	,057
		Límite superior	,070	,070
	Sig.		,032	,032
Sig. Monte Carlo (unilateral)	Intervalo de confianza al 99%	Límite inferior	,027	,027
		Límite superior	,036	,036

a. Modelo Expuesto = Experto

b. Prueba de rangos con signo de Wilcoxon

c. Se basa en rangos positivos.

d. Se basa en 10000 tablas de muestras con una semilla de inicio 812668987.

e. Se basa en rangos negativos.

Tabla 64. Pruebas de rangos con signos de Wilcoxon para nerviosismo y frecuencia en grupo control pretest vs. postest^a

		N	Rango promedio	Suma de rangos
ISINerviosPos - ISINerviosPre	Rangos negativos	4 ^b	3,25	13,00
	Rangos positivos	3 ^c	5,00	15,00
	Empates	0 ^d		
	Total	7		
ISIFrecAnsSocPos - ISIFrecAnsSocPre	Rangos negativos	3 ^e	5,00	15,00
	Rangos positivos	4 ^f	3,25	13,00
	Empates	0 ^g		
	Total	7		

a. Modelo Expuesto = Control

b. ISINerviosPos < ISINerviosPre

c. ISINerviosPos > ISINerviosPre

d. ISINerviosPos = ISINerviosPre

e. ISIFrecAnsSocPos < ISIFrecAnsSocPre

f. ISIFrecAnsSocPos > ISIFrecAnsSocPre

g. ISIFrecAnsSocPos = ISIFrecAnsSocPre

Tabla 65. Prueba de Wilcoxon para nerviosismo y frecuencia en grupo igual pretest vs postest^{a,b,d}

			ISINerviosPos - ISINerviosPre	ISIFrecAnsSocPos - ISIFrecAnsSocPre
Z			-,170c	-,171e
Sig. asintótica (bilateral)			,865	,865
Sig. Monte Carlo (bilateral)	Sig.		,923	,903
	Intervalo de confianza al 99%	Límite inferior	,916	,895
		Límite superior	,930	,911
	Sig.		,462	,444
Sig. Monte Carlo (unilateral)	Intervalo de confianza al 99%	Límite inferior	,449	,432
		Límite superior	,475	,457

a. Modelo Expuesto = Control

b. Prueba de rangos con signo de Wilcoxon

c. Se basa en rangos negativos.

d. Se basa en 10000 tablas de muestras con una semilla de inicio 812668987.

e. Se basa en rangos positivos.

Análisis de datos para la variable Autoeficacia

En las siguientes tablas se presentan los estadísticos descriptivos de las distintas dimensiones de la autoeficacia percibida. En la tabla 66 se presentan los datos de la muestra total y comprobamos que en todas ellas las puntuaciones posttest son mayores que las puntuaciones pretest, indicando que los participantes en el estudio vieron reforzada la seguridad y la confianza en sus propias capacidades para expresarse de una forma socialmente competente. Los datos del grupo con un modelo igual (tabla 67) y los del grupo con un modelo experto (tabla 68) van en esta dirección, no así los del grupo control (tabla 69), que sólo en la dimensión impulsos y tentaciones de consumo obtuvo una puntuación más alta en el posttest que en el pretest.

Tabla 66. Estadísticos descriptivos para la variable autoeficacia percibida

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
Estados emocionales negativos Pre	19	8,00	90,00	46,7158	20,08187
Estados emocionales negativos Pos	19	44,00	80,00	65,2421	14,12068
Malestar físico Pre	19	24,00	96,00	66,2316	18,21077
Malestar físico Pos	19	48,00	100,00	75,4526	15,98455
Estados emocionales positivos Pre	19	20,00	96,00	65,2211	20,09819
Estados emocionales positivos Pos	19	48,00	100,00	73,9789	15,83104
Pruebas de control personal Pre	19	8,00	100,00	42,0632	26,79213
Prueba de control personal Pos	19	,00	80,00	56,1684	22,61890
Impulsos y tentaciones de consumo Pre	19	8,00	72,00	40,8000	19,40080
Impulsos y tentaciones de consumo Pos	19	24,00	80,00	62,5263	17,66908
Conflicto interpersonal Pre	19	22,00	90,00	61,6000	19,26563
Conflicto interpersonal Pos	19	44,00	86,00	70,2947	13,82419
Presión social Pre	19	,00	76,00	32,4632	21,89156
Presión social Pos	19	12,00	88,00	60,6737	21,37207
Momentos Agradables con otros Pre	19	16,00	76,00	45,3053	20,86521
Momentos agradables con otros Pos	19	16,00	92,00	67,5368	22,41320
N válido (por lista)	19				

ANÁLISIS DE DATOS

Tabla 67. Estadísticos descriptivos para autoeficacia en el grupo igual^a

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
Estados emocionales negativos Pre	6	24,00	60,00	46,6667	17,64842
Estados emocionales negativos Pos	6	74,00	80,00	78,0000	3,09839
Malestar físico Pre	6	56,00	72,00	65,3333	7,44759
Malestar físico Pos	6	80,00	92,00	84,0000	6,19677
Estados emocionales positivos Pre	6	44,00	80,00	57,3333	17,64842
Estados emocionales positivos Pos	6	76,00	88,00	81,3333	5,46504
Pruebas de control personal Pre	6	20,00	64,00	37,3333	20,96346
Prueba de control personal Pos	6	64,00	80,00	72,0000	7,15542
Impulsos y tentaciones de consumo Pre	6	12,00	60,00	34,6667	21,56540
Impulsos y tentaciones de consumo Pos	6	76,00	80,00	77,3333	2,06559
Conflicto interpersonal Pre	6	54,00	72,00	61,3333	8,45380
Conflicto interpersonal Pos	6	76,00	86,00	80,6667	4,50185
Presión social Pre	6	,00	48,00	25,3333	21,56540
Presión social Pos	6	72,00	80,00	76,0000	3,57771
Momentos Agradables con otros Pre	6	16,00	40,00	26,6667	10,93008
Momentos agradables con otros Pos	6	80,00	92,00	86,6667	5,46504
N válido (por lista)	6				

a. Modelo Expuesto = Igual

Tabla 68. Estadísticos descriptivos para autoeficacia en el grupo experto^a

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
Estados emocionales negativos Pre	6	8,00	54,00	33,6000	21,43940
Estados emocionales negativos Pos	6	46,00	80,00	65,6000	15,01359
Malestar físico Pre	6	24,00	84,00	58,4000	28,07077
Malestar físico Pos	6	48,00	100,00	77,6000	23,44969
Estados emocionales positivos Pre	6	20,00	88,00	63,2000	25,61000
Estados emocionales positivos Pos	6	48,00	100,00	73,6000	22,10086
Pruebas de control personal Pre	6	12,00	100,00	51,2000	39,62060
Prueba de control personal Pos	6	36,00	80,00	63,2000	18,25683
Impulsos y tentaciones de consumo Pre	6	8,00	56,00	39,2000	21,53769
Impulsos y tentaciones de consumo Pos	6	44,00	80,00	64,0000	17,95996
Conflicto interpersonal Pre	6	22,00	88,00	50,4000	28,17318
Conflicto interpersonal Pos	6	44,00	86,00	67,6000	19,71314
Presión social Pre	6	,00	56,00	28,8000	23,90381
Presión social Pos	6	48,00	88,00	68,8000	18,87729
Momentos Agradables con otros Pre	6	24,00	76,00	56,8000	20,81230
Momentos agradables con otros Pos	6	48,00	92,00	71,2000	19,47799
N válido (por lista)	6				

a. Modelo Expuesto = Experto

Tabla 69. Estadísticos descriptivos para autoeficacia en el grupo control^a

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
Estados emocionales negativos Pre	7	40,00	90,00	58,0000	15,70563
Estados emocionales negativos Pos	7	44,00	74,00	54,0000	9,59166
Malestar físico Pre	7	56,00	96,00	73,7143	12,82854
Malestar físico Pos	7	52,00	80,00	66,2857	10,02853
Estados emocionales positivos Pre	7	52,00	96,00	73,7143	15,97617
Estados emocionales positivos Pos	7	52,00	88,00	68,0000	14,96663
Pruebas de control personal Pre	7	8,00	56,00	38,2857	18,88310
Prueba de control personal Pos	7	,00	56,00	36,5714	21,59365
Impulsos y tentaciones de consumo Pre	7	20,00	72,00	47,4286	16,23635
Impulsos y tentaciones de consumo Pos	7	24,00	72,00	48,5714	14,68397
Conflicto interpersonal Pre	7	58,00	90,00	71,4286	12,42118
Conflicto interpersonal Pos	7	50,00	74,00	63,7143	8,19988
Presión social Pre	7	8,00	76,00	41,7143	20,24610
Presión social Pos	7	12,00	68,00	40,5714	17,03777
Momentos Agradables con otros Pre	7	20,00	76,00	51,4286	17,95232
Momentos agradables con otros Pos	7	16,00	64,00	48,0000	18,47521
N válido (por lista)	7				

a. Modelo Expuesto = Control

Todas las medidas obtenidas fueron examinadas con las pruebas de normalidad de Kolmogorov-Smirnov y Shapiro-Wilk, con la intención de comprobar si se ajustaban a la distribución normal. Los resultados se presentan en la tabla 70, los cuales confirman que las medidas de autoeficacia percibida no se ajustan a este tipo de distribución. Por consiguiente, todos los contrastes que efectuamos fueron de tipo no-paramétrico.

Tabla 70. Pruebas de normalidad para la variable autoeficacia en pretest

	Modelo Expuesto	Kolmogorov-Smirnova			Shapiro-Wilk		
		Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
Estados emocionales negativos Pre	Igual	,368	6	,011	,710	6	,008
	Experto	,286	6	,136	,759	5	,048
	Control	,257	7	,181	,858	7	,146
Malestar físico Pre	Igual	,307	6	,081	,788	6	,045
	Experto	,234	6	,200*	,766	5	,054
	Control	,267	7	,140	,932	7	,569
Estados emocionales positivos Pre	Igual	,368	6	,011	,710	6	,008
	Experto	,250	6	,200*	,893	5	,386
	Control	,160	7	,200*	,955	7	,775
Pruebas de control personal Pre	Igual	,339	6	,030	,752	6	,021
	Experto	,239	6	,200*	,810	5	,114
	Control	,333	7	,018	,826	7	,073
Impulsos y tentaciones de consumo Pre	Igual	,216	6	,200*	,845	6	,144
	Experto	,324	6	,048	,765	5	,053
	Control	,228	7	,200*	,963	7	,843
Conflicto interpersonal Pre	Igual	,320	6	,055	,774	6	,034
	Experto	,226	6	,200*	,856	5	,266
	Control	,323	7	,026	,817	7	,060
Presión social Pre	Igual	,202	6	,200*	,853	6	,167
	Experto	,324	6	,049	,732	5	,031
	Control	,251	7	,200*	,929	7	,542
Momentos Agradables con otros Pre	Igual	,263	6	,200*	,823	6	,093
	Experto	,235	6	,200*	,878	5	,338
	Control	,172	7	,200*	,969	7	,894

*. Esto es un límite inferior de la significación verdadera.

a. Corrección de significación de Lilliefors

La tabla 71 muestra los rangos promedio de cada grupo en cada una de las dimensiones de autoeficacia percibida en la medida pretest. Los contrastes de estas puntuaciones mediante un ANOVA no-paramétrico (prueba K-W) revelaron que su distribución es la misma entre los distintos niveles de modelado (ver tabla 72), salvo en la dimensión *momentos agradables con otros*, en la que se encontraron diferencias significativas entre los grupos que parecen indicar que el grupo control rinde menos que los otros dos en dicha dimensión antes de iniciarse el entrenamiento.

ANÁLISIS DE DATOS

Tabla 71. Rangos promedios de las dimensiones de autoeficacia por grupo experimental en pretest

	Modelo Expuesto	N	Rango promedio
Estados emocionales negativos Pre	Igual	6	10,50
	Experto	5	5,40
	Control	7	11,57
	Total	18	
Malestar físico Pre	Igual	6	8,17
	Experto	5	8,60
	Control	7	11,29
	Total	18	
Estados emocionales positivos Pre	Igual	6	7,17
	Experto	5	9,50
	Control	7	11,50
	Total	18	
Pruebas de control personal Pre	Igual	6	9,50
	Experto	5	10,40
	Control	7	8,86
	Total	18	
Impulsos y tentaciones de consumo Pre	Igual	6	8,50
	Experto	5	9,10
	Control	7	10,64
	Total	18	
Conflicto interpersonal Pre	Igual	6	8,67
	Experto	5	7,10
	Control	7	11,93
	Total	18	
Presión social Pre	Igual	6	7,50
	Experto	5	9,10
	Control	7	11,50
	Total	18	
Momentos Agradables con otros Pre	Igual	6	4,83
	Experto	5	12,70
	Control	7	11,21
	Total	18	

Tabla 72. Prueba K-W de las dimensiones de autoeficacia por grupo experimental en pretest^{a,b,c}

	Chi-cuadrado	gl	Sig. asintótica	Sig.	Sig. Monte Carlo	
					Intervalo de confianza al 99%	
					Límite inferior	Límite superior
Estados emocionales negativos Pre	4,235	2	,120	,117 ^c	,108	,125
Malestar físico Pre	1,353	2	,508	,525 ^c	,512	,538
Estados emocionales positivos Pre	2,142	2	,343	,356 ^c	,344	,369
Pruebas de control personal Pre	,246	2	,884	,895 ^c	,888	,903
Impulsos y tentaciones de consumo Pre	,565	2	,754	,767 ^c	,756	,778
Conflicto interpersonal Pre	2,627	2	,269	,287 ^c	,275	,298
Presión social Pre	1,906	2	,386	,403 ^c	,390	,415
Momentos Agradables con otros Pre	7,200	2	,027	,022 ^c	,018	,025

a. Prueba de Kruskal Wallis

b. Variable de agrupación: Modelo Expuesto

c. Se basa en 10000 tablas de muestras con una semilla de inicio 348028622.

La comparación por pares de grupos para la variable momentos agradables con otros en pretest reveló lo siguiente: 1) El grupo de modelado experto obtuvo un rango promedio superior al grupo de modelado igual (tabla 73), diferencias que fueron estadísticamente significativas (tabla 74); 2) Los mismos resultados se obtuvieron al comparar el grupo de modelado igual con el grupo control (tabla 75), siendo también significativas en este caso las diferencias (Tabla 76); 3) Por lo que respecta a la comparación del grupo del modelo experto con el control no se obtuvieron diferencias significativas (ver Tablas 77 y 78).

Tabla 73. Prueba de rangos promedios para la dimensión momentos agradables con otros pretest de la variable autoeficacia comparando grupo igual vs grupo experto

	Modelo Expuesto	N	Rango promedio	Suma de rangos
	Igual	6	4,00	24,00
Momentos Agradables con otros Pre	Experto	5	8,40	42,00
	Total	11		

Tabla 74. Comparación entre grupo igual y grupo experto en la variable momentos agradables con otros en pretest^a

Momentos Agradables con otros Pre			
U de Mann-Whitney			3,000
W de Wilcoxon			24,000
Z			-2,221
Sig. asintótica (bilateral)			,026
Significación exacta [2*(sig. unilateral)]			,030 ^b
Sig. Monte Carlo (bilateral)	Sig.		,028 ^c
	Intervalo de confianza al 99%	Límite inferior	,024
		Límite superior	,033
Sig. Monte Carlo (unilateral)	Sig.		,015 ^c
	Intervalo de confianza al 99%	Límite inferior	,012
		Límite superior	,018

a. Variable de agrupación: Modelo Expuesto

b. No corregido para empates.

c. Se basa en 10000 tablas de muestras con una semilla de inicio 642363950.

ANÁLISIS DE DATOS

Tabla 75. Prueba de rangos promedios para la dimensión momentos agradables con otros pretest de la variable autoeficacia comparando grupo igual vs grupo control

	Modelo Expuesto	N	Rango promedio	Suma de rangos
Momentos Agradables con otros Pre	Igual	6	4,33	26,00
	Control	7	9,29	65,00
	Total	13		

Tabla 76. Comparación entre grupo igual y grupo control en la variable momentos agradables con otros en pretest^a

			Momentos Agradables con otros Pre
U de Mann-Whitney			5,000
W de Wilcoxon			26,000
Z			-2,308
Sig. asintótica (bilateral)			,021
Significación exacta [2*(sig. unilateral)]			,022 ^b
Sig. Monte Carlo (bilateral)	Sig.		,018 ^c
	Intervalo de confianza al 99%	Límite inferior	,014
		Límite superior	,021
Sig. Monte Carlo (unilateral)	Sig.		,009 ^c
	Intervalo de confianza al 99%	Límite inferior	,007
		Límite superior	,012

a. Variable de agrupación: Modelo Expuesto

b. No corregido para empates.

c. Se basa en 10000 tablas de muestras con una semilla de inicio 25696880.

Tabla 77. Prueba de rangos promedios para la dimensión momentos agradables con otros pretest de la variable autoeficacia comparando grupo experto vs grupo control

	Modelo Expuesto	N	Rango promedio	Suma de rangos
Momentos Agradables con otros Pre	Experto	5	7,30	36,50
	Control	7	5,93	41,50
	Total	12		

Tabla 78. Comparación entre grupo experto y grupo control en la variable momentos agradables con otros en pretest^a

			Momentos Agradables con otros Pre
U de Mann-Whitney			13,500
W de Wilcoxon			41,500
Z			-,654
Sig. asintótica (bilateral)			,513
Significación exacta [2*(sig. unilateral)]			,530 ^b
Sig. Monte Carlo (bilateral)	Sig.		,543 ^c
	Intervalo de confianza al 99%	Límite inferior	,530
		Límite superior	,556
Sig. Monte Carlo (unilateral)	Sig.		,270 ^c
	Intervalo de confianza al 99%	Límite inferior	,258
		Límite superior	,281

a. Variable de agrupación: Modelo Expuesto

b. No corregido para empates.

c. Se basa en 10000 tablas de muestras con una semilla de inicio 1920376935.

La tabla 79 muestra los rangos promedio obtenidos en el posttest por cada grupo en las distintas dimensiones de la autoeficacia percibida. En términos generales, los datos presentados en dicha tabla parecen indicar un efecto del entrenamiento sobre la autoeficacia percibida, siendo muy llamativo que ahora el grupo del modelado igual sea el que obtiene puntuaciones más altas en la dimensión *momentos agradables con otros*. También hay que destacar que en la dimensión presión social fue el grupo control el que obtuvo el rango promedio más alto. No obstante, el ANOVA no-paramétrico (prueba de K-W) efectuado sólo confirmó la primera de estas observaciones. La comparación de los distintos grupos puso de manifiesto la existencia de diferencias significativas entre ellos, en la dirección de que los grupos de entrenamiento obtienen puntuaciones de autoeficacia más altas en las dimensiones: estados emocionales negativos, control personal, conflicto interpersonal y momentos agradables con otros (ver Tabla 80).

ANÁLISIS DE DATOS

Tabla 79. Rangos promedio obtenidos en el postest por cada grupo en las distintas dimensiones de la autoeficacia percibida

	Modelo Expuesto	N	Rango promedio
Estados emocionales negativos Pos	Igual	6	14,00
	Experto	5	9,80
	Control	7	5,43
	Total	18	
Malestar físico Pos	Igual	6	12,50
	Experto	5	10,70
	Control	7	6,07
	Total	18	
Estados emocionales positivos Pos	Igual	6	11,67
	Experto	5	9,60
	Control	7	7,57
	Total	18	
Prueba de control personal Pos	Igual	6	13,50
	Experto	5	11,20
	Control	7	4,86
	Total	18	
Impulsos y tentaciones de consumo Pre	Igual	6	8,50
	Experto	5	9,10
	Control	7	10,64
	Total	18	
Conflicto interpersonal Pos	Igual	6	13,83
	Experto	5	9,20
	Control	7	6,00
	Total	18	
Presión social Pre	Igual	6	7,50
	Experto	5	9,10
	Control	7	11,50
	Total	18	
Momentos agradables con otros Pos	Igual	6	14,17
	Experto	5	9,70
	Control	7	5,36
	Total	18	

ANÁLISIS DE DATOS

Tabla 80. ANOVA no paramétrico en el postest por cada grupo en las distintas dimensiones de la autoeficacia percibida ^{a,b}

	Chi-cuadrado	gl	Sig. asintótica	Sig.	Sig. Monte Carlo	
					Intervalo de confianza al 99%	
					Límite inferior	Límite superior
Estados emocionales negativos Pos	8,738	2	,013	,006 ^c	,004	,008
Malestar físico Pos	5,157	2	,076	,070 ^c	,063	,076
Estados emocionales positivos Pos	1,934	2	,380	,399 ^c	,386	,411
Prueba de control personal Pos	9,275	2	,010	,003 ^c	,002	,005
Impulsos y tentaciones de consumo Pre	,565	2	,754	,771 ^c	,760	,782
Conflicto interpersonal Pos	7,043	2	,030	,021 ^c	,017	,025
Presión social Pre	1,906	2	,386	,401 ^c	,389	,414
Momentos agradables con otros Pos	8,908	2	,012	,004 ^c	,002	,006

a. Prueba de Kruskal Wallis

b. Variable de agrupación: Modelo Expuesto

c. Se basa en 10000 tablas de muestras con una semilla de inicio 1978882332.

Las comparaciones de los grupos de modelado igual y experto en las dimensiones de autoeficacia que acabamos de mencionar indicaron que los dos grupos de modelado obtuvieron rangos promedio prácticamente iguales. No se detectaron diferencias significativas entre ambos (ver tabla 82), aunque como se puede comprobar en la tabla 81 el modelo igual fue más eficaz para aumentar la autoeficacia percibida.

Tabla 81. Prueba de rangos promedios de autoeficacia para el grupo igual y experto en postest

	Modelo Expuesto	N	Rango promedio	Suma de rangos
Estados emocionales negativos Pos	Igual	6	7,17	43,00
	Experto	5	4,60	23,00
	Total	11		
Prueba de control personal Pos	Igual	6	6,50	39,00
	Experto	5	5,40	27,00
	Total	11		
Conflicto interpersonal Pos	Igual	6	6,83	41,00
	Experto	5	5,00	25,00
	Total	11		
Momentos agradables con otros Pos	Igual	6	7,17	43,00
	Experto	5	4,60	23,00
	Total	11		

ANÁLISIS DE DATOS

Tabla 82. Comparación entre grupo igual y experto en autoeficacia en postest^a

	Estados emocionales negativos Pos	Prueba de control personal Pos	Conflicto interpersonal Pos	Momentos agradables con otros Pos		
U de Mann-Whitney	8,000	12,000	10,000	8,000		
W de Wilcoxon	23,000	27,000	25,000	23,000		
Z	-1,397	-,559	-,932	-1,305		
Sig. asintótica (bilateral)	,162	,576	,351	,192		
Significación exacta [2*(sig. unilateral)]	,247 ^b	,662 ^b	,429 ^b	,247 ^b		
Sig.	,210 ^c	,637 ^c	,392 ^c	,228 ^c		
Sig. Monte Carlo (bilateral)	Intervalo de confianza al 99%	Límite inferior	,200	,625	,380	,217
		Límite superior	,221	,649	,405	,239
	Sig.	,102 ^c	,311 ^c	,190 ^c	,110 ^c	
Sig. Monte Carlo (unilateral)	Intervalo de confianza al 99%	Límite inferior	,094	,299	,179	,102
		Límite superior	,109	,323	,200	,118

a. Variable de agrupación: Modelo Expuesto

b. No corregido para empates.

c. Se basa en 10000 tablas de muestras con una semilla de inicio 1287217698.

La comparación del grupo del modelo igual con el grupo control confirmó que las diferencias observadas en las puntuaciones de ambos grupos (ver tabla 83) eran significativas (ver tabla 84), de manera que el grupo de modelado igual obtiene puntuaciones de autoeficacia percibida más altas en las cuatro dimensiones examinadas.

Tabla 83. Prueba de rangos promedios de autoeficacia para el grupo igual y control en postest

	Modelo Expuesto	N	Rango promedio	Suma de rangos
Estados emocionales negativos Pos	Igual	6	10,33	62,00
	Control	7	4,14	29,00
	Total	13		
Prueba de control personal Pos	Igual	6	10,50	63,00
	Control	7	4,00	28,00
	Total	13		
Conflicto interpersonal Pos	Igual	6	10,50	63,00
	Control	7	4,00	28,00
	Total	13		
Momentos agradables con otros Pos	Igual	6	10,50	63,00
	Control	7	4,00	28,00
	Total	13		

ANÁLISIS DE DATOS

Tabla 84. Comparación entre grupo igual y control en autoeficacia en posttest^a

	Estados emocionales negativos Pos	Prueba de control personal Pos	Conflicto interpersonal Pos	Momentos agradables con otros Pos
U de Mann-Whitney	1,000	,000	,000	,000
W de Wilcoxon	29,000	28,000	28,000	28,000
Z	-2,931	-3,021	-3,012	-3,017
Sig. asintótica (bilateral)	,003	,003	,003	,003
Significación exacta [2*(sig. unilateral)]	,002 ^b	,001 ^b	,001 ^b	,001 ^b
Sig.	,002 ^c	,001 ^c	,001 ^c	,001 ^c
Sig. Monte Carlo (bilateral)				
Intervalo de confianza al 99%				
Límite inferior	,001	,000	,000	,000
Límite superior	,003	,002	,002	,002
Sig.	,001 ^c	,001 ^c	,000 ^c	,001 ^c
Sig. Monte Carlo (unilateral)				
Intervalo de confianza al 99%				
Límite inferior	,000	,000	,000	,000
Límite superior	,002	,002	,001	,001

a. Variable de agrupación: Modelo Expuesto

b. No corregido para empates.

c. Se basa en 10000 tablas de muestras con una semilla de inicio 524862630.

En la Tabla 85 comprobamos que entre el grupo de modelado experto y control hay ligeras diferencias favorables, en términos generales, al primero de ellos. No obstante, la prueba de K-W para 2-muestras independientes reveló que la distribución de las puntuaciones de autoeficacia percibida fue la misma en ambos grupos (ver Tabla 86). Es decir, no se hallaron diferencias significativas entre ambos en las dimensiones de autoeficacia percibida evaluadas.

Tabla 85. Prueba de rangos promedios de autoeficacia para el grupo experto y control en posttest

	Modelo Expuesto	N	Rango promedio	Suma de rangos
Estados emocionales negativos Pos	Experto	5	8,20	41,00
	Control	7	5,29	37,00
	Total	12		
Prueba de control personal Pos	Experto	5	8,80	44,00
	Control	7	4,86	34,00
	Total	12		
Conflicto interpersonal Pos	Experto	5	7,20	36,00
	Control	7	6,00	42,00
	Total	12		
Momentos agradables con otros Pos	Experto	5	8,10	40,50
	Control	7	5,36	37,50
	Total	12		

Tabla 86. Comparación entre grupo experto y control en autoeficacia en postest^a

			Estados emocionales negativos Pos	Prueba de control personal Pos	Conflicto interpersonal Pos	Momentos agradables con otros Pos
U de Mann-Whitney			9,000	6,000	14,000	9,500
W de Wilcoxon			37,000	34,000	42,000	37,500
Z			-1,393	-1,874	-,568	-1,304
Sig. asintótica (bilateral)			,164	,061	,570	,192
Significación exacta [2*(sig. unilateral)]			,202 ^b	,073 ^b	,639 ^b	,202 ^b
	Sig.		,182 ^c	,064 ^c	,642 ^c	,217 ^c
Sig. Monte Carlo (bilateral)	Intervalo de confianza al 99%	Límite inferior	,172	,058	,630	,206
		Límite superior	,192	,071	,655	,227
		Sig.	,089 ^c	,034 ^c	,319 ^c	,108 ^c
Sig. Monte Carlo (unilateral)	Intervalo de confianza al 99%	Límite inferior	,082	,029	,306	,100
		Límite superior	,097	,038	,331	,116

a. Variable de agrupación: Modelo Expuesto

b. No corregido para empates.

c. Se basa en 10000 tablas de muestras con una semilla de inicio 1545725461.

Como se puede comprobar en la Tabla 87, la mayoría de las personas expuestas al modelo igual lograron rangos promedio de autoeficacia percibida más altos en el postest que en el pretest. Estas diferencias fueron estadísticamente significativas en las siguientes dimensiones de autoeficacia percibida: *Estados emocionales negativos*, *Malestar físico*, *Impulsos y tentaciones para consumir*, *Conflicto interpersonal*, *Presión social* y *Momentos agradables con otros* (ver Tabla 88). Resultados que ponen de manifiesto que el entrenamiento en habilidades sociales mediante un modelo similar a la persona entrenada fomenta la autoeficacia percibida, sobretudo la relacionada con situaciones interpersonales que fueron las entrenadas de forma específica.

ANÁLISIS DE DATOS

Tabla 87. Prueba de rangos promedios de autoeficacia para el grupo igual en pretest vs posttest^a

		N	Rango promedio	Suma de rangos
Estados emocionales negativos Pos – Estados emocionales negativos Pre	Rangos negativos	0 ^b	,00	,00
	Rangos positivos	6 ^c	3,50	21,00
	Empates	0 ^d		
	Total	6		
Malestar físico Pos – Malestar físico Pre	Rangos negativos	0 ^e	,00	,00
	Rangos positivos	6 ^f	3,50	21,00
	Empates	0 ^g		
	Total	6		
Estados emocionales positivos Pos – Estados emocionales positivos Pre	Rangos negativos	0 ^h	,00	,00
	Rangos positivos	4 ⁱ	2,50	10,00
	Empates	2 ^j		
	Total	6		
Prueba de control personal Pos – Pruebas de control personal Pre	Rangos negativos	0 ^k	,00	,00
	Rangos positivos	4 ^l	2,50	10,00
	Empates	2 ^m		
	Total	6		
Impulsos y tentaciones de consumo Pos – Impulsos y tentaciones de consumo Pre	Rangos negativos	0 ⁿ	,00	,00
	Rangos positivos	6 ^o	3,50	21,00
	Empates	0 ^p		
	Total	6		
Conflicto interpersonal Pos – Conflicto interpersonal Pre	Rangos negativos	0 ^q	,00	,00
	Rangos positivos	6 ^r	3,50	21,00
	Empates	0 ^s		
	Total	6		
Presión social Pos – Presión social Pre	Rangos negativos	0 ^t	,00	,00
	Rangos positivos	6 ^u	3,50	21,00
	Empates	0 ^v		
	Total	6		
Momentos agradables con otros Pos – Momentos Agradables con otros Pre	Rangos negativos	0 ^w	,00	,00
	Rangos positivos	6 ^x	3,50	21,00
	Empates	0 ^y		
	Total	6		

a. Modelo Expuesto = Igual

b. Estados emocionales negativos Pos < Estados emocionales negativos Pre

c. Estados emocionales negativos Pos > Estados emocionales negativos Pre

d. Estados emocionales negativos Pos = Estados emocionales negativos Pre

e. Malestar físico Pos < Malestar físico Pre

f. Malestar físico Pos > Malestar físico Pre

g. Malestar físico Pos = Malestar físico Pre

h. Estados emocionales positivos Pos < Estados emocionales positivos Pre

i. Estados emocionales positivos Pos > Estados emocionales positivos Pre

j. Estados emocionales positivos Pos = Estados emocionales positivos Pre

k. Prueba de control personal Pos < Pruebas de control personal Pre

l. Prueba de control personal Pos > Pruebas de control personal Pre

m. Prueba de control personal Pos = Pruebas de control personal Pre

n. Impulsos y tentaciones de consumo Pos < Impulsos y tentaciones de consumo Pre

o. Impulsos y tentaciones de consumo Pos > Impulsos y tentaciones de consumo Pre

p. Impulsos y tentaciones de consumo Pos = Impulsos y tentaciones de consumo Pre

q. Conflicto interpersonal Pos < Conflicto interpersonal Pre

r. Conflicto interpersonal Pos > Conflicto interpersonal Pre

s. Conflicto interpersonal Pos = Conflicto interpersonal Pre

t. Presión social Pos < Presión social Pre

u. Presión social Pos > Presión social Pre

ANÁLISIS DE DATOS

- v. Presión social Pos = Presión social Pre
- w. Momentos agradables con otros Pos < Momentos Agradables con otros Pre
- x. Momentos agradables con otros Pos > Momentos Agradables con otros Pre
- y. Momentos agradables con otros Pos = Momentos Agradables con otros Pre

Tabla 88. Comparación de autoeficacia para el grupo igual en pretest vs postest^{a,b,d}

	Z	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. Monte Carlo (bilateral)		Sig. Monte Carlo (unilateral)			
			Intervalo de confianza al 99%		Intervalo de confianza al 99%			
			Sig.	Límite inferior	Límite superior	Sig.	Límite inferior	Límite superior
Estados emocionales negativos Pos - Estados emocionales negativos Pre	-2,220 ^c	,026	,031	,027	,036	,015	,012	,018
Malestar físico Pos - Malestar físico Pre	-2,271 ^c	,023	,032	,028	,037	,015	,012	,018
Estados emocionales positivos Pos - Estados emocionales positivos Pre	-1,857 ^c	,063	,131	,122	,139	,064	,058	,070
Prueba de control personal Pos - Pruebas de control personal Pre	-1,857 ^c	,063	,131	,122	,139	,064	,058	,070
Impulsos y tentaciones de consumo Pos - Impulsos y tentaciones de consumo Pre	-2,220 ^c	,026	,031	,027	,036	,015	,012	,018
Conflicto interpersonal Pos - Conflicto interpersonal Pre	-2,271 ^c	,023	,032	,028	,037	,015	,012	,018
Presión social Pos - Presión social Pre	-2,220 ^c	,026	,031	,027	,036	,015	,012	,018
Momentos agradables con otros Pos - Momentos Agradables con otros Pre	-2,220 ^c	,026	,031	,027	,036	,015	,012	,018

- a. Modelo Expuesto = Igual
- b. Prueba de rangos con signo de Wilcoxon
- c. Se basa en rangos negativos.
- d. Se basa en 10000 tablas de muestras con una semilla de inicio 430102994.

La Tabla 89 muestra que la mayoría de las personas expuestas al modelo experto lograron rangos promedio de autoeficacia percibida más altos en el postest que en el pretest, pero tales diferencias no fueron estadísticamente significativas (ver Tabla 90). En fin, mejoran sus puntuaciones pero no con la magnitud suficiente para establecer diferencias significativas respecto al pretest.

Tabla 89. Prueba de rangos promedios de autoeficacia para el grupo experto en pretest vs postest^a

ANÁLISIS DE DATOS

		N	Rango promedio	Suma de rangos
Estados emocionales negativos Pos – Estados emocionales negativos Pre	Rangos negativos	0 ^b	,00	,00
	Rangos positivos	5 ^c	3,00	15,00
	Empates	0 ^d		
	Total	5		
Malestar físico Pos – Malestar físico Pre	Rangos negativos	0 ^e	,00	,00
	Rangos positivos	5 ^f	3,00	15,00
	Empates	0 ^g		
	Total	5		
Estados emocionales positivos Pos – Estados emocionales positivos Pre	Rangos negativos	1 ^h	3,00	3,00
	Rangos positivos	4 ⁱ	3,00	12,00
	Empates	0 ^j		
	Total	5		
Prueba de control personal Pos – Pruebas de control personal Pre	Rangos negativos	2 ^k	1,50	3,00
	Rangos positivos	3 ^l	4,00	12,00
	Empates	0 ^m		
	Total	5		
Impulsos y tentaciones de consumo Pos – Impulsos y tentaciones de consumo Pre	Rangos negativos	0 ⁿ	,00	,00
	Rangos positivos	5 ^o	3,00	15,00
	Empates	0 ^p		
	Total	5		
Conflicto interpersonal Pos – Conflicto interpersonal Pre	Rangos negativos	1 ^q	1,00	1,00
	Rangos positivos	4 ^r	3,50	14,00
	Empates	0 ^s		
	Total	5		
Presión social Pos – Presión social Pre	Rangos negativos	0 ^t	,00	,00
	Rangos positivos	5 ^u	3,00	15,00
	Empates	0 ^v		
	Total	5		
Momentos agradables con otros Pos – Momentos Agradables con otros Pre	Rangos negativos	1 ^w	2,50	2,50
	Rangos positivos	4 ^x	3,13	12,50
	Empates	0 ^y		
	Total	5		

a. Modelo Expuesto = Experto

b. Estados emocionales negativos Pos < Estados emocionales negativos Pre

c. Estados emocionales negativos Pos > Estados emocionales negativos Pre

d. Estados emocionales negativos Pos = Estados emocionales negativos Pre

e. Malestar físico Pos < Malestar físico Pre

f. Malestar físico Pos > Malestar físico Pre

g. Malestar físico Pos = Malestar físico Pre

h. Estados emocionales positivos Pos < Estados emocionales positivos Pre

i. Estados emocionales positivos Pos > Estados emocionales positivos Pre

j. Estados emocionales positivos Pos = Estados emocionales positivos Pre

k. Prueba de control personal Pos < Pruebas de control personal Pre

l. Prueba de control personal Pos > Pruebas de control personal Pre

m. Prueba de control personal Pos = Pruebas de control personal Pre

n. Impulsos y tentaciones de consumo Pos < Impulsos y tentaciones de consumo Pre

o. Impulsos y tentaciones de consumo Pos > Impulsos y tentaciones de consumo Pre

p. Impulsos y tentaciones de consumo Pos = Impulsos y tentaciones de consumo Pre

q. Conflicto interpersonal Pos < Conflicto interpersonal Pre

r. Conflicto interpersonal Pos > Conflicto interpersonal Pre

s. Conflicto interpersonal Pos = Conflicto interpersonal Pre

t. Presión social Pos < Presión social Pre

u. Presión social Pos > Presión social Pre

v. Presión social Pos = Presión social Pre

ANÁLISIS DE DATOS

- w. Momentos agradables con otros Pos < Momentos Agradables con otros Pre
 x. Momentos agradables con otros Pos > Momentos Agradables con otros Pre
 y. Momentos agradables con otros Pos = Momentos Agradables con otros Pre

Tabla 90. Comparación de autoeficacia para el grupo experto en pretest vs postest^{a,b,d}

	Z	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. Monte Carlo (bilateral)		Sig. Monte Carlo (unilateral)			
			Intervalo de confianza al 99%		Intervalo de confianza al 99%			
			Sig.	Límite inferior	Límite superior	Sig.	Límite inferior	Límite superior
Estados emocionales negativos Pos - Estados emocionales negativos Pre	-2,023c	,043	,063	,057	,069	,031	,026	,035
Malestar físico Pos - Malestar físico Pre	-2,032c	,042	,066	,060	,072	,032	,027	,036
Estados emocionales positivos Pos - Estados emocionales positivos Pre	-1,214c	,225	,311	,299	,323	,154	,145	,163
Prueba de control personal Pos - Pruebas de control personal Pre	-1,214c	,225	,311	,299	,323	,154	,145	,163
Impulsos y tentaciones de consumo Pos - Impulsos y tentaciones de consumo Pre	-2,041c	,041	,060	,054	,067	,030	,025	,034
Conflicto interpersonal Pos - Conflicto interpersonal Pre	-1,753c	,080	,124	,116	,133	,061	,055	,067
Presión social Pos - Presión social Pre	-2,041c	,041	,060	,054	,066	,031	,026	,035
Momentos agradables con otros Pos - Momentos Agradables con otros Pre	-1,355c	,176	,255	,244	,266	,121	,113	,130

- a. Modelo Expuesto = Experto
 b. Prueba de rangos con signo de Wilcoxon
 c. Se basa en rangos negativos.
 d. Se basa en 10000 tablas de muestras con una semilla de inicio 430102994.

En la Tabla 91 puede comprobarse que las personas del grupo control en términos generales obtienen puntuaciones más bajas en el postest que en el pretest. Sólo la dimensión Impulso y tentaciones de consumo se aleja de esta tendencia y la mayoría de ellas obtienen en esta dimensión puntuaciones más altas en el postest. Estas diferencias sólo fueron estadísticamente significativas en la dimensión malestar físico (ver tabla 92), indicando que las medidas de autoeficacia percibida en esta dimensión fueron más altas en el pretest que en el postest, lo que parece indicar que estas personas han tenido pocas oportunidades para reforzar o fomentar la confianza y la seguridad en sus capacidades.

Tabla 91. Prueba de rangos promedios de autoeficacia para el grupo control en pretest vs postest^a

ANÁLISIS DE DATOS

		N	Rango promedio	Suma de rangos
Estados emocionales negativos Pos – Estados emocionales negativos Pre	Rangos negativos	5 ^b	3,40	17,00
	Rangos positivos	1 ^c	4,00	4,00
	Empates	1 ^d		
	Total	7		
Malestar físico Pos – Malestar físico Pre	Rangos negativos	7 ^e	4,00	28,00
	Rangos positivos	0 ^f	,00	,00
	Empates	0 ^g		
	Total	7		
Estados emocionales positivos Pos – Estados emocionales positivos Pre	Rangos negativos	5 ^h	3,80	19,00
	Rangos positivos	1 ⁱ	2,00	2,00
	Empates	1 ^j		
	Total	7		
Prueba de control personal Pos – Pruebas de control personal Pre	Rangos negativos	3 ^k	3,17	9,50
	Rangos positivos	2 ^l	2,75	5,50
	Empates	2 ^m		
	Total	7		
Impulsos y tentaciones de consumo Pos – Impulsos y tentaciones de consumo Pre	Rangos negativos	2 ⁿ	4,50	9,00
	Rangos positivos	4 ^o	3,00	12,00
	Empates	1 ^p		
	Total	7		
Conflicto interpersonal Pos – Conflicto interpersonal Pre	Rangos negativos	5 ^q	4,00	20,00
	Rangos positivos	1 ^r	1,00	1,00
	Empates	1 ^s		
	Total	7		
Presión social Pos – Presión social Pre	Rangos negativos	2 ^t	3,25	6,50
	Rangos positivos	2 ^u	1,75	3,50
	Empates	3 ^v		
	Total	7		
Momentos agradables con otros Pos – Momentos Agradables con otros Pre	Rangos negativos	5 ^w	3,20	16,00
	Rangos positivos	1 ^x	5,00	5,00
	Empates	1 ^y		
	Total	7		

a. Modelo Expuesto = Control

b. Estados emocionales negativos Pos < Estados emocionales negativos Pre

c. Estados emocionales negativos Pos > Estados emocionales negativos Pre

d. Estados emocionales negativos Pos = Estados emocionales negativos Pre

e. Malestar físico Pos < Malestar físico Pre

f. Malestar físico Pos > Malestar físico Pre

g. Malestar físico Pos = Malestar físico Pre

h. Estados emocionales positivos Pos < Estados emocionales positivos Pre

i. Estados emocionales positivos Pos > Estados emocionales positivos Pre

j. Estados emocionales positivos Pos = Estados emocionales positivos Pre

k. Prueba de control personal Pos < Pruebas de control personal Pre

l. Prueba de control personal Pos > Pruebas de control personal Pre

m. Prueba de control personal Pos = Pruebas de control personal Pre

n. Impulsos y tentaciones de consumo Pos < Impulsos y tentaciones de consumo Pre

o. Impulsos y tentaciones de consumo Pos > Impulsos y tentaciones de consumo Pre

p. Impulsos y tentaciones de consumo Pos = Impulsos y tentaciones de consumo Pre

q. Conflicto interpersonal Pos < Conflicto interpersonal Pre

r. Conflicto interpersonal Pos > Conflicto interpersonal Pre

s. Conflicto interpersonal Pos = Conflicto interpersonal Pre

t. Presión social Pos < Presión social Pre

u. Presión social Pos > Presión social Pre

v. Presión social Pos = Presión social Pre

ANÁLISIS DE DATOS

- w. Momentos agradables con otros Pos < Momentos Agradables con otros Pre
 x. Momentos agradables con otros Pos > Momentos Agradables con otros Pre
 y. Momentos agradables con otros Pos = Momentos Agradables con otros Pre

Tabla 92. Comparación de autoeficacia para el grupo control en pretest vs posttest^{a,b,d}

	Z	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. Monte Carlo (bilateral)		Sig. Monte Carlo (unilateral)			
			Sig.	Intervalo de confianza al 99%		Sig.	Intervalo de confianza al 99%	
				Límite inferior	Límite superior		Límite inferior	Límite superior
Estados emocionales negativos Pos - Estados emocionales negativos Pre	-1,378 ^c	,168	,248	,237	,259	,124	,116	,133
Malestar físico Pos - Malestar físico Pre	-2,410 ^c	,016	,018	,015	,022	,008	,006	,011
Estados emocionales positivos Pos - Estados emocionales positivos Pre	-1,807 ^c	,071	,123	,114	,131	,059	,053	,065
Prueba de control personal Pos - Pruebas de control personal Pre	-,544 ^c	,586	,699	,687	,711	,353	,340	,365
Impulsos y tentaciones de consumo Pos - Impulsos y tentaciones de consumo Pre	-,319 ^e	,750	,844	,835	,853	,411	,399	,424
Conflicto interpersonal Pos - Conflicto interpersonal Pre	-1,997 ^c	,046	,063	,057	,070	,031	,026	,035
Presión social Pos - Presión social Pre	-,552 ^c	,581	,749	,738	,760	,381	,369	,394
Momentos agradables con otros Pos - Momentos Agradables con otros Pre	-1,179 ^c	,238	,317	,305	,329	,163	,153	,172

a. Modelo Expuesto = Control

b. Prueba de rangos con signo de Wilcoxon

c. Se basa en rangos positivos.

d. Se basa en 10000 tablas de muestras con una semilla de inicio 430102994.

e. Se basa en rangos negativos.

Análisis de datos para la variable Seguridad en las propias capacidades

En las siguientes tablas se describen las **puntuaciones totales** obtenidas por la muestra y cada uno de los grupos en el *Cuestionario de Confianza en Situaciones de Riesgo para Consumir*. En todos los casos, salvo en el grupo control, las medias obtenidas en el postest fueron superiores a las registradas en el pretest. La media más alta la obtuvo el grupo expuesto al modelo igual en el postest, al tiempo que presentó la desviación estándar más baja; es decir, no sólo fue el grupo que mostró más confianza en sus propias capacidades en situaciones de riesgo, sino que además fue el que presentó menos diferencias intrasujeto. Resultados descriptivos que apuntan en la dirección de la hipótesis establecida respecto a la mediación de la autoeficacia en la adquisición y desarrollo de las habilidades sociales.

Tabla 93. Estadísticos descriptivos para autoeficacia total en muestra completa

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
Media Seguro Pre	19	16,50	70,25	50,0500	16,12549
Media Seguro Pos	19	35,25	86,50	66,4842	16,04234
N válido (por lista)	19				

Tabla 94. Estadísticos descriptivos para autoeficacia total en grupo igual

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
Media Seguro Pre	6	30,75	61,00	44,3333	13,73742
Media Seguro Pos	6	78,75	80,25	79,5000	,67082
N válido (por lista)	6				

Tabla 95. Estadísticos descriptivos para autoeficacia total en grupo experto

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
Media Seguro Pre	6	16,50	64,75	47,7000	22,11701
Media Seguro Pos	6	45,25	86,50	68,9500	18,97319
N válido (por lista)	6				

Tabla 96. Estadísticos descriptivos para autoeficacia total en grupo control

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
Media Seguro Pre	7	36,25	70,25	56,9643	11,00987
Media Seguro Pos	7	35,25	64,00	53,2143	9,52784
N válido (por lista)	7				

Estas puntuaciones medias fueron examinadas mediante las pruebas de normalidad de K-S y S-W, cuyos resultados indican que la distribución de estas variables en el grupo expuesto a un modelo experto no se ajusta a la normal (ver Tabla 97), por lo que emplearemos pruebas no-paramétricas para realizar los contrastes pertinentes.

ANÁLISIS DE DATOS

Tabla 97. Pruebas de normalidad para autoeficacia en cada grupo experimental

	Modelo Expuesto	Kolmogorov-Smirnov			Shapiro-Wilk		
		Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
Media Seguro Pre	Igual	,255	6	,200	,827	6	,102
	Experto	,341	6	,028	,743	5	,038
	Control	,231	7	,200	,918	7	,457
Media Seguro Pos	Igual	,202	6	,200	,853	6	,167
	Experto	,320	6	,055	,759	5	,048
	Control	,177	7	,200	,920	7	,471

En primer lugar, con los rangos promedio de las puntuaciones medias en las observaciones pretest y postest (ver Tabla 98) se realizaron sendos ANOVAS no-paramétricos (prueba de Kruskal Wallis) utilizando como variable de agrupamiento los niveles del modelado. Los resultados indicaron que la confianza en situaciones de riesgo para consumir drogas se distribuyó de la misma forma entre los niveles de la variable de agrupamiento, no detectándose diferencias significativas entre los grupos en las medidas pretest. Por contra, en el postest, dicho parámetro se distribuyó de manera desigual entre las distintas categorías del modelado; obteniéndose diferencias significativas entre éstas (ver Tabla 99). El examen de la Tabla 97 parece apuntar que las puntuaciones del grupo control son más bajas que las obtenidas por los grupos de entrenamiento, pero esto sólo se puede saber de manera confiable mediante contrastes por pares.

Tabla 98. Prueba de rangos promedio para autoeficacia según modelo expuesto en pretest y postest

	Modelo Expuesto	N	Rango promedio
Media Seguro Pre	Igual	6	6,67
	Experto	5	10,20
	Control	7	11,43
	Total	18	
Media Seguro Pos	Igual	6	12,83
	Experto	5	11,00
	Control	7	5,57
	Total	18	

Tabla 99. ANOVA no paramétrico para autoeficacia según modelo expuesto en pretest y postest

		Media Seguro Pre	Media Seguro Pos
Chi-cuadrado		2,706	6,545
gl		2	2
Sig. asintótica		,258	,038
Sig. Monte Carlo	Sig.	,264	,030
	Intervalo de confianza al 99%	Límite inferior	,252
		Límite superior	,275
			,025
			,034

Los contrastes por pares se realizaron mediante la prueba de Mann-Whitney. En la Tabla 100, se presentan los estadísticos de prueba resultantes de comparar el grupo del modelo igual con el grupo del modelo experto, dichos resultados indican que la distribución de la confianza en las propias capacidades en situaciones de riesgo para el consumo es la misma en ambos grupos. Por tanto, sus rangos promedio no se diferencian de forma significativa.

Tabla 100. Comparación para autoeficacia posttest entre grupo igual y grupo experto

			Media Seguro Pos
U de Mann-Whitney			14,000
W de Wilcoxon			35,000
Z			-,184
Sig. asintótica (bilateral)			,854
Significación exacta [2*(sig. unilateral)]			,931
Sig.			,880
Sig. Monte Carlo (bilateral)	Intervalo de confianza al 99%	Límite inferior	,872
		Límite superior	,889
	Sig.		,448
Sig. Monte Carlo (unilateral)	Intervalo de confianza al 99%	Límite inferior	,435
		Límite superior	,461

Seguidamente comparamos el grupo de modelado igual con el control. Los resultados del contraste se presentan en la Tabla 101, en la que puede comprobarse que existen diferencias significativas entre ambos grupos, obteniendo el grupo de entrenamiento con modelo similar un rango promedio más alto en la seguridad en las propias capacidades frente a las situaciones de riesgo de consumo de drogas (ver Tabla 98)

Tabla 101. Comparación para autoeficacia posttest entre grupo igual y grupo control

			Media Seguro Pos
U de Mann-Whitney			,000
W de Wilcoxon			28,000
Z			-3,012
Sig. asintótica (bilateral)			,003
Significación exacta [2*(sig. unilateral)]			,001
Sig. Monte Carlo (bilateral)			,001
Sig. Monte Carlo (bilateral)	Intervalo de confianza al 99%	Límite inferior	,000
		Límite superior	,001
	Sig.		,000
Sig. Monte Carlo (unilateral)	Intervalo de confianza al 99%	Límite inferior	,000
		Límite superior	,001

Por último, comparamos el grupo de modelado experto con el grupo control mediante la prueba de Mann-Whitney. Los resultados obtenidos indican que la distribución de la confianza en situaciones de riesgo es la misma entre ambos grupos; de manera que éstos no se diferencian de forma significativa (ver Tabla 102).

Tabla 102. Comparación para autoeficacia posttest entre grupo experto y grupo control

		Media Seguro Pos
U de Mann-Whitney		11,000
W de Wilcoxon		39,000
Z		-1,056
Sig. asintótica (bilateral)		,291
Significación exacta [2*(sig. unilateral)]		,343
Sig. Monte Carlo (bilateral)	Sig.	,346
	Intervalo de confianza al	
	99%	
	Límite inferior	,334
	Límite superior	,358
Sig. Monte Carlo (unilateral)	Sig.	,176
	Intervalo de confianza al	
	99%	
	Límite inferior	,166
	Límite superior	,185

El siguiente paso consistió en examinar en cada grupo las diferencias entre las medidas pretest y posttest. Los resultados de las pruebas de rangos con signo de Wilcoxon se presentan en las siguientes tablas, en las que observamos lo siguiente:

- 1) Todas las personas expuestas a un modelo igual incrementaron la confianza en sus capacidades en el posttest, obteniendo en esta observación un rango promedio superior al registrado en la medición pretest (ver Tabla 103), diferencia que fue significativa (ver Tabla 104).
- 2) Las personas expuestas a un modelo experto también aumentaron la seguridad en situaciones de riesgo para el consumo en la observación posttest (ver Tabla 105), presentando un rango promedio superior al obtenido en el pretest, pero en este caso, a diferencia del caso anterior, las diferencias no fueron estadísticamente significativas (ver Tabla 106).
- 3) La totalidad de las personas asignadas al grupo control disminuyeron la confianza en sus capacidades en la observación posttest en comparación con la pretest, obteniendo en el posttest un rango promedio inferior al registrado en el pretest (ver Tabla 107), y estas diferencias fueron estadísticamente significativas (ver Tabla 108).

Tabla 103. Prueba de rangos promedios para autoeficacia en grupo igual pretest vs posttest

		N	Rango promedio	Suma de rangos
Media Seguro Pos – Media Seguro Pre	Rangos negativos	0	,00	,00
	Rangos positivos	6	3,50	21,00
	Empates	0		
	Total	6		

Tabla 104. Comparación para autoeficacia en grupo igual entre pretest vs posttest

ANÁLISIS DE DATOS

			Media Seguro Pos - Media Seguro Pre
Z			-2,220
Sig. asintótica (bilateral)			,026
	Sig.		,031
Sig. Monte Carlo (bilateral)	Intervalo de confianza al 99%	Límite inferior	,026
		Límite superior	,035
	Sig.		,016
Sig. Monte Carlo (unilateral)	Intervalo de confianza al 99%	Límite inferior	,013
		Límite superior	,020

Tabla 105. Prueba de rangos promedios para autoeficacia en grupo experto pretest vs postest

		N	Rango promedio	Suma de rangos
Media Seguro Pos – Media Seguro Pre	Rangos negativos	0	,00	,00
	Rangos positivos	5	3,00	15,00
	Empates	0		
	Total	5		

Tabla 106. Comparación para autoeficacia en grupo experto entre pretest vs postest

			Media Seguro Pos - Media Seguro Pre
Z			-2,023
Sig. asintótica (bilateral)			,043
	Sig.		,062
Sig. Monte Carlo (bilateral)	Intervalo de confianza al 99%	Límite inferior	,056
		Límite superior	,069
	Sig.		,032
Sig. Monte Carlo (unilateral)	Intervalo de confianza al 99%	Límite inferior	,027
		Límite superior	,036

Tabla 107. Prueba de rangos promedios para autoeficacia en grupo control pretest vs postest

		N	Rango promedio	Suma de rangos
Media Seguro Pos – Media Seguro Pre	Rangos negativos	7	4,00	28,00
	Rangos positivos	0	,00	,00
	Empates	0		
	Total	7		

Tabla 108. Comparación para autoeficacia en grupo control entre pretest vs posttest

			Media Seguro Pos - Media Seguro Pre
Z			-2,371
Sig. asintótica (bilateral)			,018
Sig. Monte Carlo (bilateral)	Sig.		,016
	Intervalo de confianza al 99%	Límite inferior	,013
		Límite superior	,019
Sig. Monte Carlo (unilateral)	Sig.		,008
	Intervalo de confianza al 99%	Límite inferior	,005
		Límite superior	,010

En **resumen**, y a modo de conclusión, podemos afirmar que el conjunto de resultados expuestos permite concluir que el entrenamiento en habilidades sociales es eficaz y que sus efectos están mediados por la autoeficacia, la cual se fomenta de manera más efectiva y eficiente por medio de la exposición a un modelo con atributos similares a los de las personas entrenadas.

COMENTARIOS Y DISCUSIÓN

Hipótesis 1a: *Las HHSS para la prevención de recaídas de los participantes aumentarán tras el EHS en comparación con sus niveles iniciales.*

Los resultados relativos a la variable *Habilidades Sociales Total* que mide los resultados globales del cuestionario de Callner y Ross, así como los relativos a la competencia social en situaciones relacionadas con el consumo de drogas (tanto medida por autoinforme como registrada por observación), confirman sin ambigüedad alguna esta hipótesis, pues las pruebas de contraste efectuadas ponen de manifiesto que los grupos de entrenamiento rinden por encima del grupo control, de forma significativa.

Estos resultados coinciden con los obtenidos por Hicks (1999), que tras un programa estructurado de EHS a un grupo de personas alcohólicas, concluyó que los participantes habían mejorado sus habilidades para enfrentarse a los conflictos interpersonales.

Por otro lado, más allá del ámbito de las drogodependencias, nuestros resultados también son coincidentes con los obtenidos por Olaz (2014), que mediante un EHS con población universitaria, éstos aumentaron su repertorio de HHSS y disminuyeron sus problemas de relaciones interpersonales. Además, las intervenciones en HHSS con esquizofrénicos (Moriana et al., 2015; Ntoutsia, Katsamagkos, & Economou, 2013; Rus-Calafell, Gutiérrez-Maldonado, Ribas-Sabaté, & Lemos-Giráldez, 2014), autistas (Baghdadli et al., 2013) y niños con problemas de hiperactividad (Choi & Lee, 2015; Mikami, Jia, & Na, 2014) también nos muestran la efectividad de estos programas para mejorar el funcionamiento psicosocial de los participantes, como ocurre en nuestro estudio.

Por el contrario, López Torrecillas y colaboradores (2014) encontraron que la asertividad global y la confrontación (medidos mediante el *Rathus Assertiveness Schedule* o RAS) estaban directamente relacionados con el riesgo de recaída, en el sentido de que cuanto mayor fuera la puntuación en estas dos variables el riesgo de recaída también aumentaría.

En **resumen**, se puede confirmar la hipótesis sobre la efectividad de un EHS para mejorar las HHSS de las personas con problemas de adicción. Además, nuestros resultados están en la línea de la mayoría de las investigaciones que han estudiado la efectividad de los EEHHSS para promover mejores HHSS. Sin embargo, los escasos estudios que abordan de manera aislada el

efecto de la adquisición de HHSS en la prevención de recaídas provoca que no tengamos muchos datos con los que comparar los nuestros.

Hipótesis 1b: *La ansiedad social experimentada por las personas participantes en el EHS descenderá al finalizar éste en comparación con los niveles que presentaban antes del entrenamiento.*

Los resultados relativos a la variable *Ansiedad Social* confirman la hipótesis formulada, ya que ambos grupos de entrenamiento reducen sus niveles en el factor nerviosismo y aumentan la frecuencia de interacción en situaciones de riesgo, aunque dicho efecto es más significativo en el caso de las personas expuestas a un modelo igual en atributos a ellas. Por el contrario, las personas del grupo control no modificaron sus puntuaciones iniciales.

Estos resultados son coherentes con un amplio corpus teórico y empírico descrito en la literatura científica, en la cual se pone en relación entre las HHSS y la ansiedad social (Angélico, de Souza Crippa, & Loureiro, 2013a, 2013b; Beidel et al., 2014; Bolsoni-Silva & Loureiro, 2014; Caballo, Salazar, Irurtia, Olivares, & Olivares, 2014; Klimkiewicz, Klimkiewicz, Jakubczyk, Kieres-Salomoński, & Wojnar, 2015). En este sentido, el estudio de Beidel y cols. (2014) informa de la implementación de un EHS para el tratamiento de personas diagnosticadas con Desorden de Ansiedad Social, donde concluye que la mayoría de los participantes redujeron de manera significativa los niveles de ansiedad en las evaluaciones postratamiento.

En **conclusión**, confirmamos la hipótesis formulada de los efectos positivos de nuestro EHS para reducir los niveles de ansiedad social de los participantes, en la línea de la literatura al respecto, aunque el modelado con iguales se ha mostrado superior al modelo con un experto.

Hipótesis 1c: *El nivel de autoeficacia percibida de manejo en situaciones de riesgo de consumo aumentará tras el EHS en comparación con el nivel previo al entrenamiento.*

Los resultados obtenidos nos permiten afirmar que el entrenamiento tiene un efecto positivo sobre el incremento de la *Autoeficacia de manejo*, pero dicho efecto sólo es claro y concluyente en el caso del entrenamiento con un modelo igual, pues fue este grupo el que mejoró sus puntuaciones pretest en todas las dimensiones de autoeficacia consideradas y el que presentó diferencias significativas con el grupo control en la puntuación total de confianza en situaciones de riesgo. El grupo de entrenamiento con un modelo experto fue menos consistente al respecto y en algunos casos se comportó prácticamente igual que el grupo

control. Por tanto, aunque el entrenamiento es necesario para mejorar y mantener la autoeficacia no es una condición suficiente; es decir, no vale cualquier tipo de entrenamiento, sino que se precisa considerar de forma específica los procesos y mecanismos de aprendizaje implicados en el mismo, entre ellos, de forma muy especial, el modelado.

Con todo, podemos afirmar que los resultados obtenidos coinciden con los presentados por Hicks (1999) y Witkiewitz y cols. (2011, 2012) en sus respectivas investigaciones, en las que tras un entrenamiento en habilidades para prevenir el consumo de alcohol, los participantes aumentaron de manera significativa los niveles de autoeficacia de manejo con las situaciones de riesgo.

En **resumen**, nuestra hipótesis sobre el efecto de nuestro EHS en la autoeficacia de manejo de los participantes puede ser corroborada en la línea de las investigaciones realizadas en el campo de la prevención de recaídas, pero se requiere más investigaciones que clarifiquen los procesos específicos que facilitan que las personas entrenadas aumenten la confianza en sus propias capacidades para manejar situaciones de riesgo.

Hipótesis 2: *La exposición a un modelo semejante durante el EHS aumentará más la autoeficacia de manejo de las situaciones de riesgo en comparación con los expuestos a un modelo experto, lo que redundará en un incremento de la competencia social y reducción de la ansiedad social en situaciones de riesgo.*

Los el entrenamiento tiene un efecto positivo sobre el incremento de la Autoeficacia de manejo, pero dicho efecto sólo es claro y concluyente en el caso del entrenamiento con un modelo igual, pues fue este grupo el que mejoró sus puntuaciones pretest en todas las dimensiones de autoeficacia consideradas y el que presentó diferencias significativas con el grupo control en la puntuación total de confianza en situaciones de riesgo. El grupo de entrenamiento con un modelo experto fue menos consistente al respecto y en algunos casos se comportó prácticamente igual que el grupo control. Por tanto, aunque el entrenamiento es necesario para mejorar y mantener la autoeficacia no es una condición suficiente; es decir, no vale cualquier tipo de entrenamiento, sino que se precisa considerar de forma específica los procesos y mecanismos de aprendizaje implicados en el mismo, entre ellos, de forma muy especial, el modelado.

Todos estos datos coinciden con las conclusiones obtenidas en las investigaciones clásicas que estudiaron los efectos diferenciales de los modelos sobre la autoeficacia de los observadores

en el terreno de la actividad física o en el escolar e infantil (George, Feltz, & Chase, 1992; Gould & Weiss, 1981; Schunk & Hanson, 1985; Schunk & Zimmerman, 1997). En el campo de las drogodependencias no existen (o al menos no han sido localizados por el autor) estudios que aborden el efecto diferencial del tipo de modelo sobre la autoeficacia personal.

En **resumen**, podemos dar por válida la hipótesis planteada, en la medida en que los niveles de autoeficacia de manejo del grupo de modelo similar son sensiblemente mejores que los alcanzados por el grupo experto. Esto implica que la percepción sobre las capacidades personales para afrontar situaciones de alto riesgo se adquiere mejor cuando presentamos a los observadores modelos con características similares a ellos.

CONCLUSIONES

A modo de conclusión, podemos afirmar que nuestro programa de EHS para el afrontamiento de situaciones de riesgo para las recaídas ha sido efectivo para mejorar las HHSS, disminuir los niveles de ansiedad social y aumentar la frecuencia de las interacciones sociales. Este último hecho fue mucho más relevante en aquellas personas que fueron expuestas a un modelo con características similares a ellos. Por otro lado, el EHS tuvo también un efecto positivo sobre el incremento de la Autoeficacia de manejo. Ahora bien, este efecto sólo es concluyente en el caso del entrenamiento con un modelo similar al observador, pues fue este grupo experimental el que mejoró sus puntuaciones pretest en todas las dimensiones de autoeficacia consideradas y en la puntuación total de confianza en situaciones de riesgo. En cambio, el grupo de entrenamiento con modelo experto, aun siendo también eficiente para la adquisición de las HHSS, no consiguió aumentar de manera significativa su sentido de autoeficacia percibida. Por tanto, podríamos aseverar que, aunque el entrenamiento es necesario para mejorar y mantener la autoeficacia, no es una condición suficiente. En otras palabras, no vale cualquier tipo de entrenamiento, sino que se precisa considerar de forma específica los procesos y mecanismos de aprendizaje implicados en el mismo, entre ellos, de forma muy especial, el modelado.

Todo lo anterior tiene una implicación práctica directa y clara que no queremos dejar de resaltar: en la mayoría de los casos, las intervenciones orientadas a la mejora de las habilidades de afrontamiento para la prevención de recaídas suelen estar implementadas por profesionales de distintas áreas de conocimiento, las cuales podrían aumentar en eficiencia y efectividad si se incluyeran en ellas a personas no-profesionales que hayan pasado por un proceso similar a la persona en tratamiento. Sin lugar a dudas, hemos podido comprobar que los procesos de identificación con el modelo similar han tenido unos efectos sobre la autoeficacia de manejo percibida muy importantes. Por tanto, solicitar la ayuda y la participación de personas “ex-adictas” en este tipo de programas puede llegar a ser de gran utilidad.

Como consecuencia de todo esto, nos surge una pregunta crítica para todo nuestro trabajo: ¿por qué el EHS con modelo similar ha generado en los participantes un sentido de autoeficacia percibida mayor? O dicho de otra manera, ¿cuáles han sido los procesos psicosociales que han permitido a las personas de este grupo afianzar su confianza en sus capacidades para no consumir? La respuesta es compleja y requeriría de una mayor evidencia

empírica a partir de investigaciones que clarifiquen los procesos específicos que facilitan que las personas entrenadas aumenten la confianza en sus propias capacidades para manejar situaciones de riesgo de recaídas. Sin embargo, nos atrevemos a aventurar que los procesos de identificación y comparación social están jugando un papel clave a la hora de promover la autoeficacia. En este sentido es posible que los participantes cuando observan a un modelo similar estén contextualizando dicha observación, lo que les llevaría a interpretar que están adquiriendo unas habilidades que les serán útiles para afrontar *“las situaciones que me pasan”*. En contraste, cuando las personas observan a un modelo experto es posible que contextualicen su observación procesándola como *“las situaciones que me pueden pasar”*. Esta diferencia nos podría llevar a pensar a que el concepto de autoeficacia de manejo se podría descomponer en otros componentes, como por ejemplo, en la *autoeficacia de transferencia*. Dicho de otra manera, quizás las personas expuestas a un entrenamiento con modelo experto mejoran su autoeficacia percibida en sus habilidades, pero además, requieren sentirse capaces de transferir ese aprendizaje desde situaciones de laboratorio propuestas por un profesional a otras situaciones que consideren más reales.

Por otro lado, sería necesario también ampliar y profundizar en el estudio de qué atributos del modelo similar están jugando un papel clave a la hora de aumentar la autoeficacia percibida. Muchas investigaciones ponen de relieve el papel que juega la similitud entre modelo y observador en el sexo, la edad y el dominio de la tarea, pero, en el caso de las adicciones, ¿qué variables han podido influir de manera más relevante? ¿qué atributos del modelo pueden ayudar a aumentar más la confianza de los adictos en sus habilidades de afrontamiento en situaciones de recaídas? Podemos suponer que, además de las planteadas por la literatura, la sustancia de consumo, el tiempo de consumo y el tiempo en abstinencia pueden jugar un papel relevante. Sin embargo, pensamos que es necesario seguir creando más evidencia empírica a este respecto para dilucidar qué atributo o atributos son los más relevantes.

Los resultados del estudio relacionados con la ansiedad social en el grupo expuesto a modelo experto nos han llamado la atención. Esto se debe a sería esperable que, si el EHS ha sido efectivo para ellos, la ansiedad social se viera reducida de manera considerable. Sin embargo, este efecto no se produjo. Una posible explicación a esto es que el EHS diseñado no contempló habilidades específicas para manejar los estados emocionales de manera directa. Así pues, para próximos estudios pensamos que sería recomendable introducir el entrenamiento de habilidades de carácter emocional. En este sentido, la técnica del *mindfulness* está obteniendo

en los últimos años el suficiente apoyo empírico como para pensar que podría ser una excelente incorporación complementaria a las intervenciones orientadas a la prevención de las recaídas. Además, ésta es una práctica psicológica que me llama poderosamente la atención.

En el terreno de los instrumentos de evaluación utilizados en nuestro trabajo, pensamos que también hubiera sido recomendable introducir medidas fisiológicas más objetivas, que nos permitieran diferenciar entre si los participantes estaban en un estado de activación o de nerviosismo. Además, este tipo de medidas nos podría servir para enseñar a los participantes a diferenciar entre estos dos estados fisiológicos y ayudarlos a reinterpretarlos. De esta manera incidiríamos en otra de las fuentes de información de la autoeficacia, que no siempre es suficientemente contemplada en las intervenciones que buscan un aumento de la autoeficacia percibida, por considerarla una fuente menor. Sin embargo pensamos que, probablemente, la población diana que nos ocupa, posee una especial sensibilidad a los cambios fisiológicos. No podemos olvidar que las drogas tienen consecuencias psicofisiológicas en la persona, ya sea como resultado de su consumo o por la ausencia de éste. Así pues, nos atreveríamos a decir que son personas que han aprendido a lo largo de su historial de consumo a prestar una atención especial a sus cambios fisiológicos. En consecuencia, creemos que no sería descabellado afirmar que la fuente de información de autoeficacia personal a partir de los estados fisiológicos en este tipo de población adquiere una importancia más relevante que para la población general.

A modo de reflexión final, me gustaría reflejar una impresión personal acerca de la problemática social de la versa esta tesis. En mi opinión, el área de las drogodependencias, tanto en el ámbito de la investigación como en el de la intervención social, ha dejado de tener la relevancia que tuvo años o décadas anteriores. Quizás esto se deba a que la sociedad actual considera que este problema ha pasado a ser es un problema menor, y que no tiene la repercusión social que tenía tiempo atrás. También es posible que en los últimos tiempos hayan surgido otros problemas sociales que han acaparado nuestra atención, y que por lo tanto, los recursos humanos, materiales y económicos, públicos y privados, se hayan traspasado a éstas otras temáticas.

Sin embargo, durante la realización de mi trabajo empírico he tenido la suerte de conocer a personas maravillosas que se han visto “atrapadas” por una adicción. Ya sean las propias personas adictas o sus familiares, me han hecho ver que la adicción es una enfermedad de difícil tratamiento y que las secuelas físicas no son lo más importante. Tuve la fortuna de

CONCLUSIONES

conocer a algunas madres y familiares de los participantes en nuestro estudio, y puedo asegurar que su sufrimiento me llegó a estremecer; y a pesar de todo, su agradecimiento por la ayuda que le prestábamos a su hijo o familiar fue honesto y sincero.

Por tanto, no me gustaría terminar mi tesis doctoral sin realizar un llamamiento a todas las instituciones y entes sociales para que no nos olvidemos de este problema social, que sigue siendo tan importante o más que antaño. Desde esta tribuna académica creo que es mi deber y obligación moral reclamar que las convocatorias públicas de investigación y desarrollo sigan incluyendo entre sus líneas prioritarias a las drogodependencias; y que las instituciones públicas y privadas doten de los recursos humanos y económicos necesarios a los centros de tratamiento de las adicciones para poder ayudar a las personas con problemas de adicción y a sus familiares. Sólo de esta manera conseguiremos que escapen de un mundo que nunca quisieron conocer, y a ayudarles a liberarse de un dolor que nunca quisieron padecer.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

“No hay droga mejor que un Valium bibliográfico.”

Stephen King

- Abrams, D. B., Binkoff, J. A., Zwick, W. R., Liepman, M. R., Nirenberg, T. D., Munroe, S. M., & Monti, P. M. (1991). Alcohol abusers' and social drinkers' responses to alcohol-relevant and general situations. *Journal of Studies on Alcohol*, 52(5), 409-414.
- Ajzen, I., & Madden, T. J. (1986). Prediction of goal-directed behavior: Attitudes, intentions, and perceived behavioral control. *Journal of Experimental Social Psychology*, 22(5), 453-474. doi:10.1016/0022-1031(86)90045-4
- Alden, L. (1986). Self-efficacy and causal attributions for social feedback. *Journal of Research in Personality*, 20(4), 460-473. doi:10.1016/0092-6566(86)90126-1
- Alden, L. (1987). Attributional responses of anxious individuals to different patterns of social feedback: nothing succeeds like improvement. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 100-106.
- Angélico, A. P., de Souza Crippa, J. A., & Loureiro, S. R. (2013a). Social anxiety disorder and social skills. En F. L. Osorio (Ed.), *Social anxiety disorder: From research to practice*. (pp. 63-79). Hauppauge, NY: Nova Biomedical Books.
- Angélico, A. P., de Souza Crippa, J. A., & Loureiro, S. R. (2013b). Social anxiety disorder and social skills: A critical review of the literature. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 7(4), 16-23. doi:10.1037/h0100961
- Annis, H. M. (1986). A relapse prevention model for treatment of alcoholics. En W. R. Miller (Ed.), *Treating addictive behaviors: Processes of change*. (pp. 407-433). New York, NY: Plenum Press.
- Annis, H. M. (1991). A cognitive-social learning approach to relapse: pharmacotherapy and relapse prevention counselling. *Alcohol Alcohol Supplement*, 1(527-30).
- Annis, H. M., & Davis, C. S. (1989). Relapse Prevention Training: A cognitive-behavioral approach based on self-efficacy theory. *Journal of Chemical Dependency Treatment*, 2(2), 81-103.
- Annis, H. M., & Davis, C. S. (1991). Relapse Prevention. *Alcohol Health and Research World*, 15(3), 204-212.
- Annis, H. M., & Martin, G. (1985). *The Drug-Taking Confidence Questionnaire*. Toronto: Addiction Research Foundation of Ontario.

- Averill, J. R. (1973). Personal control over aversive stimuli and its relationship to stress. *Psychological Bulletin*, 80(4), 286-303. doi: 10.1037/h0034845
- Baghdadli, A., Brisot, J., Henry, V., Michelon, C., Soussana, M., Rattaz, C., & Picot, M. C. (2013). Social skills improvement in children with high-functioning autism: A pilot randomized controlled trial. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 22(7), 433-442. doi: 10.1007/s00787-013-0388-8
- Baldwin, T. T. (1992). Effects of alternative modeling strategies on outcomes of interpersonal-skills training. *Journal of Applied Psychology*, 77(2), 147-154.
- Ball, S. A. (2007). *Cognitive-Behavioral and Schema-Based Models for the Treatment of Substance Use Disorders*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 24. doi: 10.1037/0033-295X.84.2.191
- Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist*, 37(2), 122-147. doi: 10.1037/0003-066X.37.2.122
- Bandura, A. (1984). Recycling misconceptions of perceived self-efficacy. *Cognitive Therapy and Research*, 8(3), 231-255. doi: 10.1007/BF01172995
- Bandura, A. (1986a). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, Inc.
- Bandura, A. (1986b). The explanatory and predictive scope of self-efficacy theory. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 4(3), 359-373. doi: 10.1521/jscp.1986.4.3.359
- Bandura, A. (1988). Self-efficacy conception of anxiety. *Anxiety Research*, 1(2), 77-98. doi: 10.1080/10615808808248222
- Bandura, A. (1989). Regulation of cognitive processes through perceived self-efficacy. *Developmental Psychology*, 25(5), 729-735.
- Bandura, A. (1990). Perceived self-efficacy in the exercise of personal agency. *Revista Española de Pedagogía*, 187, 397-427.
- Bandura, A. (1991a). Human agency: The rhetoric and the reality. *American Psychologist*, 46(2), 157-162.
- Bandura, A. (1991b). Self-efficacy conception of anxiety. En R. Schwarzer & R. A. Wicklund (Eds.), *Anxiety and self-focused attention* (pp. 89-110). Amsterdam, Netherlands: Harwood Academic Publishers.

- Bandura, A. (1995). *Self-efficacy in changing societies*. Cambridge, New York: Cambridge University Press.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy the exercise of control*. New York: W.H. Freeman.
- Bandura, A. (1999a). A sociocognitive analysis of substance abuse: An agentic perspective. *Psychological Science, May; Vol 10(3)*, 214-217.
- Bandura, A. (1999b). Social cognitive theory: An agentic perspective. *Asian Journal of Social Psychology, Apr; Vol 2(1)*, 21-41.
- Bandura, A. (2001). Social Cognitive Theory: An Agentic Perspective. *Annual Review of Psychology, 52*, 1-26.
- Bandura, A., & Adams, N. E. (1977). Analysis of self-efficacy theory of behavioral change. *Cognitive Therapy and Research, 1(4)*, 287-310. doi: 10.1007/BF01663995
- Bandura, A., Adams, N. E., & Beyer, J. (1977). Cognitive processes mediating behavioral change. *Journal of Personality and Social Psychology, 35(3)*, 125-139. doi: 10.1037/0022-3514.35.3.125
- Bandura, A., & Cervone, D. (1986). Differential engagement of self-reactive influences in cognitive motivation. *Organizational Behavior and Human Decision Processes, 38(1)*, 92-113.
- Bandura, A., & Jourden, F. J. (1991). Self-regulatory mechanisms governing the impact of social comparison on complex decision making. *Journal of Personality and Social Psychology, 60(6)*, 941-951.
- Bandura, A., & Menlove, F. L. (1968). Factors determining vicarious extinction of avoidance behavior through symbolic modeling. *Journal of Personality and Social Psychology, 8(2, Pt.1)*, 99-108. doi: 10.1037/h0025260
- Bandura, A., Reese, L., & Adams, N. E. (1982). Microanalysis of action and fear arousal as a function of differential levels of perceived self-efficacy. *Journal of personality and social psychology, 43(1)*, 5-21.
- Bandura, A., & Wood, R. (1989). Effect of perceived controllability and performance standards on self-regulation of complex decision making. *Journal of Personality and Social Psychology, 56(5)*, 805-814. doi: 0022-3514/89/\$00.75
- Barkin, S. L., Smith, K. S., & DuRant, R. H. (2002). Social skills and attitudes associated with substance use behaviors among young adolescents. *Journal of Adolescent Health, 30(6)*, 448-454. doi: 10.1016/S1054-139X(01)00405-0

- Bates, M. E., Bowden, S. C., & Barry, D. (2002). Neurocognitive impairment associated with alcohol use disorders: Implications for treatment. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, *10*(3), 193-212. doi: 10.1037/1064-1297.10.3.193
- Beatty, W. W., Katzung, V. M., Nixon, S. J., & Moreland, V. J. (1993). Problem-solving deficits in alcoholics: Evidence from the California Card Sorting Test. *Journal of Studies on Alcohol*, *54*(6), 687-692.
- Becoña Iglesias, E. (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Madrid: Ministerio del Interior. Plan Nacional sobre Drogas.
- Beidel, D. C., Alfano, C. A., Kofler, M. J., Rao, P. A., Scharfstein, L., & Sarver, N. W. (2014). The impact of social skills training for social anxiety disorder: A randomized controlled trial. *Journal of Anxiety Disorders*, *28*(8), 908-918. doi: 10.1016/j.janxdis.2014.09.016
- Berking, M., Margraf, M., Ebert, D., Wupperman, P., Hofmann, S. G., & Junghanns, K. (2011). Deficits in emotion-regulation skills predict alcohol use during and after cognitive-behavioral therapy for alcohol dependence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *79*(3), 307-318. doi: 10.1037/a0023421
- Block, R. I., Erwin, W. J., & Ghoneim, M. M. (2002). Chronic drug use and cognitive impairments. *Pharmacology, Biochemistry and Behavior*, *73*(3), 491-504. doi: 10.1016/S0091-3057(02)00816-X
- Bolsoni-Silva, A. T., & Loureiro, S. R. (2014). The role of social skills in social anxiety of university students. *Paidéia*, *24*(58), 223-232. doi: 10.1590/1982-43272458201410
- Bottlender, M., Köhler, J., & Soyka, M. (2006). Effektivität psychosozialer Behandlungsmethoden zur medizinischen Rehabilitation alkoholabhängiger Patienten. *Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie*, *74*(1), 19-31. doi: 10.1055/s-2004-830282
- Bowen, S., Chawla, N., & Marlatt, G. A. (2011). *Mindfulness-based relapse prevention for addictive behaviors: A clinician's guide*. New York, NY: Guilford Press.
- Bowen, S., Witkiewitz, K., Clifasefi, S. L., Grow, J., Chawla, N., Hsu, S. H., Carroll, H. A., Harrop, E., Collins, S. E., Lustyk, M. K., Larimer, M. E. (2014). Relative efficacy of mindfulness-based relapse prevention, standard relapse prevention, and treatment as usual for substance use disorders: A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*, *71*(5), 547-556. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2013.4546
- Bradley, R. D. (1993). *The use of goal-setting and positive self-modeling to enhance self-efficacy and performance for the basketball free-throw shot*. ProQuest Information & Learning. Recuperado de <http://0-search.proquest.com.fama.us.es/docview/618732048?accountid=14744>

- Brown, I., & Inouye, D. K. (1978). Learned helplessness through modeling: The role of perceived similarity in competence. *Journal of Personality and Social Psychology*, 36(8), 900-908. doi: 10.1037/0022-3514.36.8.900
- Bryant, J., Brown, D., Parks, S. L., & Zillmann, D. (1983). Children's imitation of a ridiculed model. *Human Communication Research*, 10(2), 243-255. doi: 10.1111/j.1468-2958.1983.tb00013.x
- Buckman, J. F., Bates, M. E., & Morgenstern, J. (2008). Social support and cognitive impairment in clients receiving treatment for alcohol and drug-use disorders: A replication study. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 69(5), 738-746.
- Bunge, M. (1980). *The mind-body problem: a psychological approach*. Oxford: Pergamon.
- Caballo, V. (1993). Relaciones entre diversas medidas conductuales y de autoinforme de las habilidades sociales. *Psicología Conductual*, 1, 73-99.
- Caballo, V. (1997). *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. Madrid: Siglo XXI.
- Caballo, V., & Buela, G. (1988). Molar/molecular assessment in an analogue situation: relationship among several measures and validation of a behavioral assessment instrument. *Perceptual and Motor Skills*, 67, 591-602.
- Caballo, V., Salazar, I. C., Irurtia, M. J., Olivares, P., & Olivares, J. (2014). The relationship between social skills and social anxiety and personality styles/disorders. *Behavioral Psychology / Psicología Conductual: Revista Internacional Clínica y de la Salud*, 22(3), 401-422.
- Cabrera Herrera, A., & León Rubio, J. M. (1995). Evaluación psicométrica del cuestionario de seguridad en situaciones de riesgo. En J. A. Conde & A. I. Isidro (Eds.), *Psicología Comunitaria, Salud y Calidad de Vida* (pp. 331-337). Salamanca: Eudema.
- Callner, D. A., & Ross, S. M. (1976). The reliability and validity of three measures of assertion in a drug addict population. *Behavior Therapy*, 7(5), 659-667. doi: 10.1016/S0005-7894(76)80121-9
- Carey, K. B. (1995). Alcohol-related expectancies predict quantity and frequency of heavy drinking among college students. *Psychology of Addictive Behaviors*, 9(4), 236-241. doi: 10.1037/0893-164X.9.4.236
- Carey, M. P., Kalra, D. L., Carey, K. B., Halperin, S., & Richards, C. S. (1993). Stress and unaided smoking cessation: A prospective investigation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(5), 831-838. doi: 10.1037/0022-006X.61.5.831

- Carmody, T. P. (1992). Preventing relapse in the treatment of nicotine addiction: Current issues and future directions. *Journal of Psychoactive Drugs*, 24(2), 131-158. doi: 10.1080/02791072.1992.10471634
- Carpenter, C. M., & Howard, D. (2009). Development of a drug use resistance self-efficacy (DURSE) scale. *American Journal of Health Behavior*, 33(2), 147-157. doi: 10.5993/AJHB.33.2.4
- Carroll, K. M. (1996). Relapse prevention as a psychosocial treatment: A review of controlled clinical trials. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 4(1), 46-54. doi: 10.1037/1064-1297.4.1.46
- Carroll, K. M., Nich, C., Frankforter, T. L., & Bisighini, R. M. (1999). Do patients change in the ways we intend? Assessing acquisition of coping skills among cocaine-dependent patients. *Psychological Assessment*, 11(1), 77-85. doi: 10.1037/1040-3590.11.1.77
- Carroll, K. M., Nich, C., & Rounsaville, B. J. (1998). Utility of therapist session checklists to monitor delivery of coping skills treatment for cocaine abusers. *Psychotherapy Research*, 8(3), 307-320. doi: 10.1093/ptr/8.3.307
- Carroll, K. M., Rounsaville, B. J., & Gawin, F. H. (1991). A comparative trial of psychotherapies for ambulatory cocaine abusers: Relapse prevention and interpersonal psychotherapy. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 17(3), 229-247. doi: 10.3109/00952999109027549
- Carroll, K. M., Rounsaville, B. J., Nich, C., Gordon, L. T., Wirtz, P. W., & Gawin, F. (1994). One-year follow-up of psychotherapy and pharmacotherapy for cocaine dependence: Delayed emergence of psychotherapy effects. *Archives of General Psychiatry*, 51(12), 989-997. doi: 10.1001/archpsyc.1994.03950120061010
- Carroll, W. R., & Bandura, A. (1990). Representational guidance of action production in observational learning: A causal analysis. *Journal of Motor Behavior*, 22(1), 85-97.
- Caudill, B. D., & Marlatt, G. A. (1975). Modelling influences in social drinking: An experimental analogue. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43, 405-415.
- Cervone, D., & Scott, W. D. (Eds.). (1995). *Self-efficacy theory of behavioral change: Foundations, conceptual issues, and therapeutic implications*. Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Chambers, S., & Hammonds, F. (2014). Vicariously learned helplessness: the role of perceived dominance and prestige of a model. *The Journal of general psychology*, 141(3), 280-295. doi: 10.1080/00221309.2014.913545
- Chambliss, C. A., & Murray, E. J. (1979). Efficacy attribution, locus of control, and weight loss. *Cognitive Therapy and Research*, 3(4), 349-353. doi: 10.1007/BF01184448

- Chaney, T. F., O'Leary, M. R., & Marlatt, G. A. (1978). Skill training with alcoholics. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 46*, 1092-1104.
- Choi, E. S., & Lee, W. K. (2015). Comparative effects of emotion management training and social skills training in Korean children with ADHD. *Journal of Attention Disorders, 19*(2), 138-146. doi: 10.1177/1087054713496460
- Chwalisz, K., Altmaier, E. M., & Russell, D. W. (1992). Causal attributions, self-efficacy cognitions, and coping with stress. *Journal of Social and Clinical Psychology, 11*(4), 377-400. doi: 10.1521/jscp.1992.11.4.377
- Chóliz, M. (2012). The role of reward in the addictive behaviors. En M. Balconi (Ed.), *Psychology of rewards*. (pp. 87-114). Hauppauge, NY: Nova Biomedical Books.
- Cioffi, D. (1991). Beyond attentional strategies: A cognitive-perceptual model of somatic interpretation. *Psychological Bulletin, 109*(1), 25-41. doi: 10.1037/0033-2909.109.1.25
- Clarke, P. B. (2013). *The relationship between wellness, emotion regulation, and relapse in adult outpatient substance abuse clients*. (AAI3511031). Recuperado de <http://0-search.proquest.com.fama.us.es/docview/1368593195?accountid=14744>
- Cole, B. L., & Hopkins, B. L. (1995). Manipulations of the relationship between reported self-efficacy and performance. *Journal of Organizational Behavior Management, 15*(1-2), 95-135. doi: 10.1300/J075v15n01_06
- Collier, C. W., & Marlatt, G. A. (1995). Relapse prevention. En A. J. Goreczny (Ed.), *Handbook of health and rehabilitation psychology* (pp. 307-321). Plenum Press, New York, NY.
- Concheiro, M., Shakleya, D. M., & Huestis, M. A. (2011). Simultaneous analysis of buprenorphine, methadone, cocaine, opiates and nicotine metabolites in sweat by liquid chromatography tandem mass spectrometry. *Analytical and bioanalytical chemistry, 400*(1), 69-78. doi: 10.1007/s00216-010-4392-2
- Connors, G. J., DiClemente, C. C., Velasquez, M. M., & Donovan, D. M. (2013). *Substance abuse treatment and the stages of change: Selecting and planning interventions (2nd ed.)*. New York, NY: Guilford Press.
- Connors, G. J., Longabaugh, R., & Miller, W. R. (1996a). Clinical commentary on replications and extensions of Marlatt's relapse research: Looking forward and back to relapse: Implications for research and practice. *Addiction, 91*(Supplement), S191-S196.
- Connors, G. J., Longabaugh, R., & Miller, W. R. (1996b). Looking forward and back to relapse: Implications for research and practice. *Addiction, 91*(12), S191-S196.

- Crean, R. D., Crane, N. A., & Mason, B. J. (2011). An evidence-based review of acute and long-term effects of cannabis use on executive cognitive functions. *Journal of Addiction Medicine*, 5(1), 1-8. doi: 10.1097/ADM.0b013e31820c23fa
- Crundall, I., & Foddy, M. (1981). Vicarious exposure to a task as a basis of evaluative competence. *Social Psychology Quarterly*, 44(4), 331-338. doi: 10.2307/3033901
- Cummings, C., Gordon, J. R., & Marlatt, G. A. (1980). Relapse: prevention and prediction En W. R. Miller (Ed.), *The Addictive Behaviors: Treatment of Alcoholism, Drug Abuse, Smoking, and Obesity* (pp. 291-321). Elmsford, NY: Pergamon Press.
- DeLongis, A., Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1988). The impact of daily stress on health and mood - psychological and social resources as mediators. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(3), 486-495. doi: 10.1037/0022-3514.54.3.486
- Demirbas, H., Ilhan, I. O., & Dogan, Y. B. (2012). Ways of problem solving as predictors of relapse in alcohol dependent male inpatients. *Addictive Behaviors*, 37(1), 131-134. doi: 10.1016/j.addbeh.2011.08.007
- deVries, H., Dijkstra, M., & Kuhlman, P. (1988). Self-efficacy: The third factor besides attitude and subjective norm as a predictor of behavioural intentions. *Health Education Research*, 3(3), 273-282.
- Dijkstra, A., Borland, R., & Buunk, B. P. (2007). The motivation to stay abstinent in ex-smokers: Comparing the present with the past. *Addictive Behaviors*, 32(10), 2372-2376. doi: 10.1016/j.addbeh.2007.02.007
- Dimeff, L. A., & Marlatt, G. A. (1998). Preventing relapse and maintaining change in addictive behaviors. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 5(4), 513-525. doi: 10.1111/j.1468-2850.1998.tb00171.x
- Dolan, S. L., Martin, R. A., & Rohsenow, D. J. (2008). Self-efficacy for cocaine abstinence: Pretreatment correlates and relationship to outcomes. *Addictive Behaviors*, 33(5), 675-688. doi: 10.1016/j.addbeh.2007.12.001
- Dolan, S. L., Rohsenow, D. J., Martin, R. A., & Monti, P. M. (2013). Urge-specific and lifestyle coping strategies of alcoholics: Relationships of specific strategies to treatment outcome. *Drug and Alcohol Dependence*, 128(1-2), 8-14. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2012.07.010
- Donohue, B., Miller, E., Van Hasselt, V. B., & Hersen, M. (1999). Social skills training. En P. J. Ott, R. E. Tarter, & R. T. Ammerman (Eds), *Sourcebook on substance abuse: Etiology, epidemiology, assessment, and treatment* (pp. 315-320). Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.

- Donohue, B., Van Hasselt, V. B., Hersen, M., & Perrin, S. (1998). Role-play assessment of social skills in conduct disordered and substance abusing adolescents: An empirical review. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse, 8*(2), 1-28.
- Donovan, D. M. (1996). Assessment issues and domains in the prediction of relapse. *Addiction, 91* (Supplement)(12), 29-36.
- Donovan, D. M. (2013). Evidence-based assessment: Strategies and measures in addictive behaviors. En B. S. McCrady & E. E. Epstein (Eds.), *Addictions: A comprehensive guidebook* (2nd. ed.) (pp. 311-351). New York, NY: Oxford University Press.
- Donovan, D. M., & Witkiewitz, K. (2012). Relapse prevention: From radical idea to common practice. *Addiction Research & Theory, 20*(3), 204-217. doi: 10.3109/16066359.2011.647133
- Dowrick, P. W. (1983). Video training of alternatives to cross-gender identity behaviors in a 4-year-old boy. *Child & Family Behavior Therapy, 5*(2), 59-65. doi: 10.1300/J019v05n02_05
- Dowrick, P. W. (1991). *Practical guide to using video in the behavioral sciences*. Oxford: John Wiley & Sons.
- Dunning, D. (1995). Trait importance and modifiability as factors influencing self-assessment and self-enhancement motives. *Personality and Social Psychology Bulletin, 21*(12), 1297-1306. doi: 10.1177/01461672952112007
- Dunning, D., & Madey, S. F. (1995). Comparison processes in counterfactual thought. En N. J. Roese, J. M. Olson (Eds), *What might have been: The social psychology of counterfactual thinking* (pp. 103-131). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Dutra, L., Stathopoulou, G., Basden, S. L., Leyro, T. M., Powers, M. B., & Otto, M. W. (2008). A meta-analytic review of psychosocial interventions for substance use disorders. *The American Journal of Psychiatry, 165*(2), 179-187. doi: 10.1176/appi.ajp.2007.06111851
- Dzewaltowski, D. A., Noble, J. M., & Shaw, J. M. (1990). Physical activity participation: Social cognitive theory versus the theories of reasoned action and planned behavior. *Journal of Sport & Exercise Psychology, 12*(4), 388-405.
- Earley, P. H. (1991). *The cocaine recovery book*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, Inc.
- Ehlers, A., Margraf, J., & Roth, W. T. (1989). False feedback of heart rate acceleration: A stressor for patients with panic disorder. En H. Weiner, I. Florin, R. Murison & D. Hellhammer (Eds), *Frontiers of stress research* (pp. 369-371). Kirkland, WA: Hans Huber Publishers.

- Ehlers, A., Margraf, J., Roth, W. T., Taylor, C. B., & Birbaumer, N. (1988). Anxiety induced by false heart rate feedback in patients with panic disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 26(1), 1-11. doi: 10.1016/0005-7967(88)90028-9
- Elfeddali, I., Bolman, C., Candel, M. J. J. M., Wiers, R. W., & De Vries, H. (2012). The role of self-efficacy, recovery self-efficacy, and preparatory planning in predicting short-term smoking relapse. *British Journal of Health Psychology*, 17(1), 185-201. doi: 10.1111/j.2044-8287.2011.02032.x
- Ellickson, P. L., & Hays, R. D. (1990). Beliefs about resistance self-efficacy and drug prevalence: do they really affect drug use? *The International Journal of the Addictions*, 1990-1991; Vol 25(11 anniversary), 1353-1378.
- Elsheikh, S. E. (2008). Factors affecting long-term abstinence from substances use. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 6(3), 306-315. doi: 10.1007/s11469-007-9073-9
- Epstein, E. E., & McCrady, B. S. (2009). *A cognitive-behavioral treatment program for overcoming alcohol problems: Therapist guide*. New York, NY: Oxford University Press.
- Epstein, J. A., Zhou, X. K., Bang, H., & Botvin, G. J. (2007). Do competence skills moderate the impact of social influences to drink and perceived social benefits of drinking on alcohol use among inner-city adolescents? *Prevention Science*, 8(1), 65-73. doi: 10.1007/s11121-006-0054-1
- Eriksen, L., Björnstad, S., & Göttestam, K. G. (1986). Social skills training in groups for alcoholics: One-year treatment outcome for groups and individuals. *Addictive Behaviors*, 11(3), 309-329. doi: 10.1016/0306-4603(86)90058-4
- Erozkan, A. (2013). The effect of communication skills and interpersonal problem solving skills on social self-efficacy. *Kuram ve Uygulamada Eğitim Bilimleri*, 13(2), 739-745.
- Ewart, C. K. (1991). Social Action Theory for a Public Health Psychology. *American Psychologist*, 46, 931-946.
- Farabee, D., McCann, M., Brecht, M. L., Cousins, S. J., Antonini, V. P., Lee, A. B., Hemberg, J., Karno, M., & Rawson, R. A. (2013). An analysis of relapse prevention factors and their ability to predict sustained abstinence following treatment completion. *The American Journal on Addictions*, 22(3), 206-211. doi: 10.1111/j.1521-0391.2012.00328.x
- Feltz, D. L., & Landers, D. M. (2007). *The effects of mental practice on motor skill learning and performance: A meta-analysis*. Champaign, IL: Human Kinetics.
- Fernández-Serrano, M. J., Pérez-García, M., & Verdejo-García, A. (2011). What are the specific vs. generalized effects of drugs of abuse on neuropsychological performance?

- Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 35(3), 377-406. doi: 10.1016/j.neubiorev.2010.04.008
- Festinger, L. (1954). A Theory of Social Comparison Processes. *Human Relations*, 7(2), 117-140.
- Flavell, J. H., Friedrichs, A. G., & Hoyt, J. D. (1970). Developmental changes in memorization processes. *Cognitive Psychology*, 1(4), 324-340. doi: 10.1016/0010-0285(70)90019-8
- Foddy, M., & Crundall, I. (1993). A field study of social comparison processes in ability evaluation. *British Journal of Social Psychology*, 32(4), 287-305. doi: 10.1111/j.2044-8309.1993.tb01002.x
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1991). *Coping and emotion*. New York, NY: Columbia University Press
- Foote, J., Seligman, M., Magura, S., Handelsman, L., Rosenblum, A., Lovejoy, M., Arrington, K., & Stimmel, B. (1994). An enhanced positive reinforcement model for the severely impaired cocaine abuser. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 11(6), 525-539. doi: 10.1016/0740-5472(94)90004-3
- Forsyth, A. B. (1994). *Classification and prediction of smoking relapse: An exploratory study of the relationship between metamotivational modes and the abstinence violation effect*. Recuperado de <http://0-search.proquest.com.fama.us.es/docview/619229956?accountid=14744>
- Frey, K. S., & Ruble, D. N. (1990). Strategies for comparative evaluation: Maintaining a sense of competence across the life span. En R. J. Sternberg, & J. Jr. Kolligian, (Eds), *Competence considered* (pp. 167-189). New Haven, CT: Yale University Press.
- García-Dantas, A., & Quested, E. (2015). The effect of manipulated and accurate assessment feedback on the self-efficacy of dance students. *Journal of dance medicine & science: official publication of the International Association for Dance Medicine & Science*, 19(1), 22-30. doi: 10.12678/1089-313X.19.1.22
- García-Vera, M. P., Sanz, J., & Gil, F. (1998). Entrenamiento en Habilidades Sociales. En F. Gil & J. M. León (Eds.), *Habilidades Sociales: teoría, investigación e intervención* (pp. 63-93). Madrid: Síntesis.
- George, T. R., Feltz, D. L., & Chase, M. A. (1992). Effects of model similarity on self-efficacy and muscular endurance: A second look. *Journal of Sport & Exercise Psychology*, 14(3), 237-248.
- Glock, S., Unz, D., & Kovacs, C. (2012). Beyond fear appeals: Contradicting positive smoking outcome expectancies to influence smokers' implicit attitudes, perception, and behavior. *Addictive Behaviors*, 37(4), 548-551. doi: 10.1016/j.addbeh.2011.11.032

- Godding, P. R., & Glasgow, R. E. (1985). Self-efficacy and outcome expectations as predictors of controlled smoking status. *Cognitive Therapy and Research*, 9(5), 583-590. doi: 10.1007/BF01173011
- Goesling, J. (2012). "I think i can": The relation of self-efficacy to cessation and relapse among smokers utilizing a telephone quitline. (AAI3453000). Recuperado de <http://0-search.proquest.com.fama.us.es/docview/928987341?accountid=14744>
- Goldstein, M. G., Niaura, R., Follick, M. J., & Abrams, D. B. (1989). Effects of behavioral skills training and schedule of nicotine gum administration on smoking cessation. *The American Journal of Psychiatry*, 146(1), 56-60.
- Gonzalez, A., Hogan, J., McLeish, A. C., & Zvolensky, M. J. (2010). An evaluation of pain-related anxiety among daily cigarette smokers in terms of negative and positive reinforcement smoking outcome expectancies. *Addictive Behaviors*, 35(6), 553-557. doi: 10.1016/j.addbeh.2010.01.005
- Gorges, J., & Göke, T. (2015). How do I know what I can do? Anticipating expectancy of success regarding novel academic tasks. *British Journal of Educational Psychology*, 85(1), 75-90. doi: 10.1111/bjep.12064
- Gorka, S. M., Chen, Y., & Daughters, S. B. (2015). The neurocognitive view of substance use disorders *From symptom to synapse: A neurocognitive perspective on clinical psychology*. (pp. 323-349). New York, NY: Routledge/Taylor & Francis Group.
- Gould, D., & Weiss, M. (1981). The effects of model similarity and model talk on self-efficacy and muscular endurance. *Journal of Sport Psychology*, 3(1), 17-29.
- Grove, J. R. (1993). Attributional correlates of cessation self-efficacy among smokers. *Addictive Behaviors*, 18(3), 311-320. doi: 10.1016/0306-4603(93)90032-5
- Guerri, C., & Pascual, M. (2010). Mechanisms involved in the neurotoxic, cognitive, and neurobehavioral effects of alcohol consumption during adolescence. *Alcohol*, 44(1), 15-26. doi: 10.1016/j.alcohol.2009.10.003
- Ham, L. S., & Garcia, T. A. (2010). Assessment of social skills in substance use disorders *Practitioner's guide to empirically based measures of social skills*. (pp. 225-249). New York, NY: Springer Publishing Co.
- Harris, P. L. (1989). *Children and emotion: The development of psychological understanding*. Cambridge, MA: Basil Blackwell.
- Hawkins, J. D., Catalano, R. F., Jr., Gillmore, M. R., & Wells, E. A. (1989). Skills training for drug abusers: Generalization, maintenance, and effects on drug use. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57(4), 559-563.

- Hawkins, J. D., Catalano, R. F., Jr., & Wells, E. A. (1986). Measuring effects of a skills training intervention for drug abusers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54*(5), 661-664.
- Hawkins, J. D., Jenso, J. M., Catalano, R. F., Jr., & Wells, E. A. (1991). Effects of a skills training intervention with juvenile delinquents. *Research on Social Work Practice, 1*(2), 107-121.
- Hicks, T. E. (1999). *Coping with interpersonal conflict among alcohol abusers in outpatient treatment*. (AAM9900511). Recuperado de <http://0-search.proquest.com.fama.us.es/docview/619443116?accountid=14744>.
- Higgins, R. L., & Marlatt, G. A. (1975). Fear of interpersonal evaluation as a determinant of alcohol consumption in male social drinkers. *Journal of Abnormal Psychology, 84*(6), 644-651.
- Ho, H.-N. (2010). *The relationship between levels of expertise, task difficulty, perceived self-efficacy, and mental effort investment in task performance*. (AAI3403580). Recuperado de <http://0-search.proquest.com.fama.us.es/docview/852906099?accountid=14744>
- Hoepfner, B. B., Kelly, J. F., Urbanoski, K. A., & Slaymaker, V. (2011). Comparative utility of a single-item versus multiple-item measure of self-efficacy in predicting relapse among young adults. *Journal of Substance Abuse Treatment, 41*(3), 305-312. doi: 10.1016/j.jsat.2011.04.005
- Hofmann, S. G., Dozois, D. J. A., Rief, W., & Smits, J. A. J. (2014). *The Wiley handbook of cognitive behavioral therapy (Vols. 1-3)*. Wiley-Blackwell.
- Hollandsworth, J. G., Glazeski, R. C., Kirkland, K., Jones, G. E., & Norman, L. R. (1979). An analysis of the nature and effects of test anxiety: Cognitive, behavioral, and physiological components. *Cognitive Therapy and Research, 3*(2), 165-180. doi: 10.1007/BF01172603
- Holroyd, K. A., Penzien, D. B., Hursey, K. G., Tobin, D. L., Rogers, L., Holm, J. E., Marcille, P. J., Hall, J. R., & Chila, A. G. (1984). Change mechanisms in EMG biofeedback training: Cognitive changes underlying improvements in tension headache. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 52*(6), 1039-1053. doi: 10.1037/0022-006X.52.6.1039
- Hunt, W. A., Barnett, L. W., & Branch, L. G. (1971). Relapse rates in addiction programs. *Journal of Clinical Psychology, 27*(4), 455-456. doi: 10.1002/1097-4679(197110)27:4<455::AID-JCLP2270270412>3.0.CO;2-R
- Hutchinson, J. C. R. (2005). *Psychological factors in perceived and sustained effort*. (AAI3156080). Recuperado de <http://0-search.proquest.com.fama.us.es/docview/621053343?accountid=14744>

- Irvin, J. E., Bowers, C. A., Dunn, M. E., & Wang, M. C. (1999). Efficacy of relapse prevention: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67*(4), 563-570. doi: 10.1037/0022-006X.67.4.563
- Jacobs, B., Prentice-Dunn, S., & Rogers, R. W. (1984). Understanding persistence: An interface of control theory and self-efficacy theory. *Basic and Applied Social Psychology, 5*(4), 333-347. doi: 10.1207/s15324834basp0504_6
- Jenkins-Hall, K. D., & Marlatt, G. A. (1989). Apparently irrelevant decisions in the relapse process *Relapse prevention with sex offenders*. (pp. 47-55). New York, NY: Guilford Press.
- Jerusalem, M., & Mittag, W. (1995). Self-efficacy in stressful life transitions *Self-efficacy in changing societies*. (pp. 177-201). New York, NY: Cambridge University Press.
- Jose, M. P., Calkins, A. M., Sheila, A. C., & Robert, M. M. (1991). The Drug Dependence Treatment Program: Veterans Affairs Medical Center (VAMC). *Journal of Substance Abuse Treatment, 8*(3), 171-176.
- Jourden, F. J., Bandura, A., & Banfield, J. T. (1991). The Impact of conceptions of ability on self-regulatory factors and motor skills acquisition. *Journal of Sport and Exercise Psychology, 8*, 213-226.
- Jungerman, F. S., de Almeida, R. A. M., & Laranjeira, R. (2000). Grupos de motivação: estudo descritivo de um atendimento para dependentes de drogas. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria, 49*(3), 61-68.
- Jøsendal, O., & Aarø, L. E. (2012). Adolescent smoking behavior and outcome expectancies. *Scandinavian Journal of Psychology, 53*(2), 129-135. doi:10.1111/j.1467-9450-2010.00823.x
- Kadden, R. M. (1996). Is Marlatt's relapse taxonomy reliable or valid? *Addiction, 91*(12), S139-S145.
- Kadden, R. M., Litt, M. D., Cooney, N. L., & Busher, D. A. (1992). Relationship between role-play measures of coping skills and alcoholism treatment outcome. *Addictive Behaviors, 17*(5), 425-437. doi: 10.1016/0306-4603(92)90003-E
- Karlen, Y., Merki, K. M., & Ramseier, E. (2014). The effect of individual differences in the development of metacognitive strategy knowledge. *Instructional Science, 42*(5), 777-794. doi: 10.1007/s11251-014-9314-9
- Kassel, J. D. (2010). *Substance abuse and emotion*. Washington, DC: American Psychological Association.

- Kassel, J. D., & Shiffman, S. (1992). What can hunger teach us about drug craving? A comparative analysis of the two constructs. *Advances in Behaviour Research & Therapy*, 14(3), 141-167. doi: 10.1016/0146-6402(92)90006-A
- Kato, M., & Fukushima, O. (1977). The effects of covert modeling in reducing avoidance behavior. *Japanese Psychological Research*, 19(4), 199-203.
- Kazdin, A. E. (1973). Effects of covert modeling and reinforcement on assertive behavior. *Proceedings of the Annual Convention of the American Psychological Association*, 537-538.
- Kazdin, A. E. (1974a). Comparative effects of some variations of covert modeling. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 5(3-4), 225-231. doi: 10.1016/0005-7916(74)90068-8
- Kazdin, A. E. (1974b). Covert modeling, model similarity, and reduction of avoidance behavior. *Behavior Therapy*, 5(3), 325-340.
- Kazdin, A. E. (1974c). The effect of model identity and fear-relevant similarity on covert modeling. *Behavior Therapy*, 5(5), 624-635.
- Kazdin, A. E. (1976). Effects of covert modeling, multiple models, and model reinforcement on assertive behavior. *Behavior Therapy*, 7(2), 211-222. doi: 10.1016/S0005-7894(76)80278-X
- Kazdin, A. E. (1979). Imagery elaboration and self-efficacy in the covert modeling treatment of unassertive behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47(4), 725-733. doi: 10.1037/0022-006X.47.4.725
- Kent, G., & Gibbons, R. (1987). Self-efficacy and the control of anxious cognitions. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 18(1), 33-40.
- Kim, Y. H. (2013). *Effects of abstinence self-efficacy and coping on substance use among homeless youth.* (AAI3530190). Recuperado de <http://0-search.proquest.com.fama.us.es/docview/1449309500?accountid=14744>
- Kirchner, T. R. (2009). *Relapse dynamics during smoking cessation: Recurrent abstinence violation effects and lapse-relapse progression.* (AAI3335775). Recuperado de <http://0-search.proquest.com.fama.us.es/docview/622067882?accountid=14744>
- Kirchner, T. R., Shiffman, S., & Wileyto, E. P. (2012). Relapse dynamics during smoking cessation: Recurrent abstinence violation effects and lapse-relapse progression. *Journal of Abnormal Psychology*, 121(1), 187-197. doi: 10.1037/a0024451

- Klimkiewicz, A., Klimkiewicz, J., Jakubczyk, A., Kieres-Salomoński, I., & Wojnar, M. (2015). Współwystępowanie uzależnienia od alkoholu z innymi zaburzeniami psychicznymi. Część I. Epidemiologia podwójnego rozpoznania. *Psychiatria Polska*, *49*(2), 265-275. doi: 10.12740/PP/25704
- Klorman, R., Hilpert, P. L., Michael, R., LaGana, C., & Sveen, O. B. (1980). Effects of coping and mastery modeling on experienced and inexperienced pedodontic patients' disruptiveness. *Behavior Therapy*, *11*(2), 156-168. doi: 10.1016/S0005-7894(80)80016-5
- Kolko, D. J., Sirota, A. D., Monti, P. M., & Paolino, R. M. (1985). Peer identification and empirical validation of problematic interpersonal situations of male drug addicts. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, *7*(2), 135-144. doi: 10.1007/BF00961079
- Kominsky, J. F. K., Frank C. (2014). Overestimation of knowledge about word meanings: The "Misplaced Meaning" effect. *Cognitive Science*, *38*(8), 1604-1633. doi:http://0-dx.doi.org.fama.us.es/10.1111/cogs.12122
- Krueger, N. F., & Dickson, P. R. (1993). Perceived self-efficacy and perceptions of opportunity and threat. *Psychological Reports*, *72*(3), 1235-1240. doi: 10.2466/pr0.1993.72.3c.1235
- Kuypers, K. P. C., Steenbergen, L., Theunissen, E. L., Toennes, S. W., & Ramaekers, J. G. (2015). Emotion recognition during cocaine intoxication. *European Neuropsychopharmacology*. doi: 10.1016/j.euroneuro.2015.08.012
- Lampton, C. C. (1995). *The effect of cognitive appraisal and problem-focused coping on smoking treatment outcome*. (AAM9426758). Recuperado de <http://0-search.proquest.com.fama.us.es/docview/618739856?accountid=14744>
- Larimer, M. E., Palmer, R. S., & Marlatt, G. A. (1999). Relapse prevention: An overview of Marlatt's cognitive-behavioral model. *Alcohol Research and Health*, *23*(2), 151-160.
- León Rubio, J. M., & Medina Anzano, S. (1998). Aproximación conceptual a las habilidades sociales. En F. Gil & J. M. León (Eds.), *Habilidades Sociales: teoría, investigación e intervención* (pp. 13-23). Madrid: Síntesis Psicología.
- Liang, H. (2014). *Cognitive dysfunction and mental health status in ketamine and poly-drug abusers*. (AAI3578875). Recuperado de <http://0-search.proquest.com.fama.us.es/docview/1629382385?accountid=14744>
- Lirgg, C. D. (1991). Gender differences in self-confidence in physical activity: A meta-analysis of recent studies. *Journal of Sport & Exercise Psychology*, *13*(3), 294-310.
- Lirgg, C. D., & Feltz, D. L. (1991). Teacher versus peer models revisited: effects on motor performance and self-efficacy. *Research Quarterly for Exercise and Sport*, *62*, 217-224.

- Lirgg, C. D., George, T. R., Chase, M. A., & Ferguson, R. H. (1996). Impact of conception of ability and sex-type of task on male and female self-efficacy. *Journal of Sport & Exercise Psychology, 18*(4), 426-434.
- Litman, G. K., Eiser, J. R., Rawson, N. S., & Oppenheim, A. N. (1979). Differences in relapse precipitants and coping behaviour between alcohol relapsers and survivors. *Behaviour Research and Therapy, 17*(2), 89-94. doi: 10.1016/0005-7967(79)90016-0
- Litt, M. D. (1988). Cognitive mediators of stressful experience: Self-efficacy and perceived control. *Cognitive Therapy and Research, 12*(3), 241-260. doi: 10.1007/BF01176188
- Litt, M. D., Nye, C., & Shafer, D. (1995). Preparation for oral surgery: Evaluating elements of coping. *Journal of Behavioral Medicine, 18*(5), 435-459. doi: 10.1007/BF01904773
- Littlefield, A. K., Vergés, A., McCarthy, D. M., & Sher, K. J. (2011). Interactions between self-reported alcohol outcome expectancies and cognitive functioning in the prediction of alcohol use and associated problems: A further examination. *Psychology of Addictive Behaviors, 25*(3), 542-546. doi: 10.1037/a0022090
- Llorente Del Pozo, J. M., & Iraurgi-Castillo, I. (2008). Tratamiento cognitivo conductual aplicado en la deshabituación de cocaína. *Trastornos Adictivos, 10*(4), 252-274.
- Lloyd, A. (2008). *Urge surfing Cognitive behavior therapy: Applying empirically supported techniques in your practice (2nd ed.)*. (pp. 571-575). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons Inc.
- Locke, E. A., & Latham, G. P. (1990). *A theory of goal setting & task performance*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, Inc.
- Locke, E. A., & Latham, G. P. (2013). Goal setting theory: The current state *New developments in goal setting and task performance*. (pp. 623-630). New York, NY: Routledge/Taylor & Francis Group.
- Lowman, C., Allen, J., & Stout, R. L. (1996a). Replication and extension of Marlatt's taxonomy of relapse precipitants: Overview of procedures and results. *Addiction, 91*(12), S51-S71.
- Lowman, C., Allen, J., & Stout, R. L. (1996b). Section II. Marlatt's taxonomy of high-risk situations for relapse: Replication and extension. *Addiction, 91*(12), 51-71.
- Luengo, M. Á., Romero, E., & Gómez-Fraguela, J. A. (2001). *Análisis de la eficacia y prevención de recaídas en el consumo de drogas*. Santiago de Compostela: Compostela.

- López-Torrecillas, F., Martín, I., De la Fuente, E. I., & Godoy-García, J. F. (2000). Estilo atribucional, autocontrol, y asertividad como predictores de la severidad del consumo de drogas. *Psicothema*, *12*(Suppl. 2), 331-334.
- López-Torrecillas, F., Salazar, I. C., Rueda, M. M., & Fernández, E. C. (2014). La capacidad predictiva de la asertividad en las recaídas de los drogodependientes. *Psicología Conductual*, *22*(3), 603-616.
- Maddux, J. E. (1995). *Self-efficacy, adaptation, and adjustment theory, research, and application*. New York: Plenum Press.
- Mahdi, R. M., & Karimi, N. (2012). The relationship between self-efficacy, impulsiveness and social skills with substance abuse. *Journal of Iranian Psychologists*, *8*(33), 73-82.
- Maisto, S. A., Connors, G. J., & Zywiak, W. H. (1996). Section IIA. replication and extension of Marlatt's taxonomy: Construct validation analyses on the Marlatt typology of relapse precipitants. *Addiction*, *91*(Supplement), S89-S97.
- Major, B., Testa, M., & Blysmá, W. H. (1991). Responses to upward and downward social comparisons: The impact of esteem-relevance and perceived control. *Social comparison: Contemporary theory and research*. (pp. 237-260). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Makris, N., Oscar-Berman, M., Jaffin, S. K., Hodge, S. M., Kennedy, D. N., Caviness, V. S., Marinkovic, K., Breiter, H. C., Gasic, G. P., Harris, G. J. (2008). Decreased volume of the brain reward system in alcoholism. *Biological Psychiatry*, *64*(3), 192-202. doi: 10.1016/j.biopsych.2008.01.018
- Marlatt, G. A. (1978). Craving for alcohol, loss of control and relapse: A cognitive-behavioral analysis. En P. E. Nathan, G. A. Marlatt, & T. E. Loberg (Eds.), *Alcoholism: New directions in behavioral research and treatment*. Nueva York: Plenum.
- Marlatt, G. A. (1979). Alcohol use and problem drinking: A cognitive-behavioral analysis. En P. C. Kendall & S. D. Hollon (Eds.), *Cognitive-behavioral interventions: Theory, research and procedures*. New York: Academic Press.
- Marlatt, G. A. (1996a). Commentary on replications of Marlatt's taxonomy: Lest taxonomy become taxidermy: A comment on the relapse replication and extension project. *Addiction*, *91*(12), 147-153.
- Marlatt, G. A. (1996b). Taxonomy of high-risk situations for alcohol relapse: evolution and development of a cognitive-behavioral model. *Addiction*, *91*(12), 37-49.
- Marlatt, G. A. (1999). *From hindsight to foresight: A commentary on Project MATCH*. New York, NY: Guilford Press.

- Marlatt, G. A., Baer, J. S., & Larimer, M. E. (1995). Preventing alcohol abuse in college students: a harm-reduction approach. En G. M. E. Boyd, J. E. Howard, & R. A. E. Zucker (Eds.), *Alcohol problems among adolescents: Current directions in prevention research* (pp. 147-172). Hillsdale, NJ, US: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Marlatt, G. A., Baer, J. S., & Quigley, L. A. (1999). Autoeficacia y conducta adictiva. En A. Bandura (Ed.), *Auto-eficacia: Cómo afrontamos los cambios de la sociedad actual* (pp. 245-267). Bilbao: Desclée De Brouwer.
- Marlatt, G. A., & George, W. H. (1998). Relapse prevention and the maintenance of optimal health *The handbook of health behavior change (2nd ed.)*. (pp. 33-58). New York, NY: Springer Publishing Co.
- Marlatt, G. A., & Gordon, J. R. (1980). Determinants of relapse. Implications for the maintenance of behavior change. En P. O. Davidson & S. M. Davidson (Eds.), *Behavioral medicine: Changing health lifestyles* (pp. 410-452). New York: Brunner/Mazel.
- Marlatt, G. A., & Gordon, J. R. (1985). *Relapse prevention: Maintenance strategies in addictive behavior change*. New York: Guilford.
- Marlatt, G. A., & Gordon, J. R. E. (1985). *Relapse prevention: Maintenance strategies in addictive behavior change*. New York: Guilford.
- Marlatt, G. A., Kosturn, C. F., & Lang, A. R. (1975). Provocation to anger and opportunity for retaliation as determinants of alcohol consumption in social drinkers. *Journal of Abnormal Psychology*, 84(6), 652-659. doi:10.1037/0021-843X.84.6.652
- Marlatt, G. A., Parks, G. A., & Witkiewitz, K. (2002). *Clinical guidelines for implementing Relapse Prevention Therapy: A guideline developed for the Behavioral Health Recovery Management Project*. Seattle, WA: University of Washington, Addictive Behaviors Research Center.
- Marlatt, G. A., & Witkiewitz, K. (2005). Relapse Prevention for Alcohol and Drug Problems *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors (2nd ed.)*. (pp. 1-44). New York, NY: Guilford Press.
- Martínez, K. I., Pedroza, F. J., Salazar, M. L., & Vacio, M. d. I. Á. (2014). Estrategias de enfrentamiento y número de recaídas en el proceso de cambio de adolescentes que abusan del alcohol. *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta*, 40(3), 11-31.
- McAuley, E. (1991). Efficacy, attributional, and affective responses to exercise participation. *Journal of Sport & Exercise Psychology*, 13(4), 382-393.
- McCullagh, P., Law, B., & Ste-Marie, D. (2012). Modeling and performance *The Oxford handbook of sport and performance psychology*. (pp. 250-272). New York, NY: Oxford University Press.

- McCullagh, P., Ste-Marie, D., & Law, B. (2014). Modeling: Is what you see, what you get? *Exploring sport and exercise psychology (3rd ed.)*. (pp. 139-162). Washington, DC: American Psychological Association.
- McKay, J. R. (1999). Studies of factors in relapse to alcohol, drug and nicotine use: A critical review of methodologies and findings. *Journal of Studies on Alcohol*, 60(4), 566-576.
- McLellan, A., Lewis, D. C., O'Brien, C. P., & Kleber, H. D. (2000). Drug dependence, a chronic medical illness: Implications for treatment, insurance, and outcomes evaluation. *JAMA*, 284(13), 1689-1695. doi:10.1001/jama.284.13.1689
- Meaney, K. S., Griffin, L. K., & Hart, M. A. (2005). The Effect of Model Similarity on Girls' Motor Performance. *Journal of Teaching in Physical Education*, 24(2), 165-178.
- Meharg, S. S., & Woltersdorf, M. A. (1990). Therapeutic use of videotape self-modeling: A review. *Advances in Behaviour Research & Therapy*, 12(2), 85-99. doi: 10.1016/0146-6402(90)90008-E
- Meichenbaum, D. H. (1971). Examination of model characteristics in reducing avoidance behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 17(3), 298-307. doi: 10.1037/h0030593
- Meichenbaum, D. H. (2009). Stress inoculation training. En W. T. O'Donohue & J. E. Fisher (Eds.), *General principles and empirically supported techniques of cognitive behavior therapy* (pp. 627-630). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons Inc.
- Merlo, L. J. (2012). Psychological treatments for substance use disorders *Food and addiction: A comprehensive handbook*. (pp. 285-289). New York, NY: Oxford University Press.
- Metrik, J., Aston, E. R., Kahler, C. W., Rohsenow, D. J., McGeary, J. E., & Knopik, V. S. (2015). Marijuana's Acute Effects on Cognitive Bias for Affective and Marijuana Cues. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*. doi: 10.1037/pha0000030
- Metrik, J., Kahler, C. W., Reynolds, B., McGeary, J. E., Monti, P. M., Haney, M., de Wit, H., & Rohsenow, D. J. (2012). Balanced placebo design with marijuana: Pharmacological and expectancy effects on impulsivity and risk taking. *Psychopharmacology*, 223(4), 489-499. doi: 10.1007/s00213-012-2740-y
- Metrik, J., Rohsenow, D. J., Monti, P. M., McGeary, J., Cook, T. A. R., de Wit, H., Haney, M., & Kahler, C. W. (2009). Effectiveness of a marijuana expectancy manipulation: Piloting the balanced-placebo design for marijuana. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 17(4), 217-225. doi: 10.1037/a0016502
- Meyerowitz, B. E., & Chaiken, S. (1987). The Effect of Message Framing on Breast Self-Examination Attitudes, Intentions, and Behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52(3), 500.

- Mikami, A. Y., Jia, M., & Na, J. J. (2014). Social skills training. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 23(4), 775-788. doi:10.1007/s10802-010-9403-4
- Miller, P. M., & Eisler, R. M. (1977). Assertive behavior of alcoholics: A descriptive analysis. *Behavior Therapy*, 8(2), 146-149. doi: 10.1016/S0005-7894(77)80263-3
- Miller, S. M. (1981). Predictability and Human Stress: Toward a Clarification of Evidence and Theory. *Advances in Experimental Social Psychology*, 14, 204.
- Miller, W. R. (1992). The effectiveness of treatment for substance abuse: Reasons for optimism. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 9(2), 93-102. doi: 10.1016/0740-5472(92)90075-Y
- Miller, W. R., Westerberg, V. S., Harris, R. J., & Tonigan, J. S. (1996a). Section IIB. extensions of relapse predictors beyond high-risk situations: What predicts relapse? Prospective testing of antecedent models. *Addiction*, 91(Supplement), S155-S171.
- Miller, W. R., Westerberg, V. S., Harris, R. J., & Tonigan, J. S. (1996b). What predicts relapse? Prospective testing of antecedent models. *Addiction*, 91(12), S155-S171. doi: 10.1111/j.1360-0443.1996.tb02336.x
- Miller, W. R., & Wilbourne, P. L. (2002). Mesa Grande: A methodological analysis of clinical trials of treatment for alcohol use disorders. *Addiction*, 97(3), 265-277. doi: 10.1046/j.1360-0443.2002.00019.x
- Min, Z., Xu, L., Chen, H., Ding, X., Yi, Z., & Mingyuan, Z. (2011). A pilot assessment of relapse prevention for heroin addicts in a Chinese rehabilitation center. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 37(3), 141-147. doi: 10.3109/00952990.2010.538943
- Minthorn-Biggs, M.-B. (2000). *Smoking cessation using an interpersonal coping skills program*. (AAINQ41076). Recuperado de <http://0-search.proquest.com.fama.us.es/docview/619551176?accountid=14744>
- Montagne, M., & Scott, D. M. (1993). Prevention of Substance use problems: models, factors, and processes. *International Journal of the Addictions*, 28(12), 1177-1208.
- Monti, P. M., Gulliver, S. B., & Myers, M. G. (1994). Social skills training for alcoholics: Assessment and treatment. *Alcohol and Alcoholism*, 29(6), 627-637.
- Monti, P. M., Kadden, R. M., Rohsenow, D. J., Cooney, N. L., & Abrams, D. B. (2002). *Treating alcohol dependence: A coping skills training guide (2nd ed.)*. New York, NY: Guilford Press.
- Monti, P. M., & O'Leary, T. A. (1999). Coping and social skills training for alcohol and cocaine dependence. *Psychiatric Clinics of North America*, 22(2), 447-470.

- Monti, P. M., & Rohsenow, D. J. (1999). Coping-skills training and cue-exposure therapy in the treatment of alcoholism. *Alcohol Research & Health*, 23(2), 107-115.
- Monti, P. M., Rohsenow, D. J., Michalec, E., Martin, R. A., & Abrams, D. B. (1997). Brief coping skills treatment for cocaine abuse: Substance use outcomes at three months. *Addiction*, 92(12), 1717-1728. doi: 10.1111/j.1360-0443.1997.tb02892.x
- Moriana, J. A., Liberman, R. P., Kopelowicz, A., Luque, B., Cangas, A. J., & Alós, F. (2015). El entrenamiento en habilidades sociales en la esquizofrenia. *Behavioral Psychology / Psicología Conductual: Revista Internacional Clínica y de la Salud*, 23(1), 5-24.
- Mueser, K. T., Noordsy, D. L., Drake, R. E., & Fox, L. (2003). *Integrated treatment for dual disorders: A guide to effective practice*. New York, NY: Guilford Press.
- Mäkelä, K. (1993). International comparisons of Alcoholics Anonymous. *Alcohol Health & Research World*, 17(3), 228-234.
- Neidigh, L. (1991). Implications of a relapse prevention model for the treatment of sexual offenders. *Journal of Addictions & Offender Counseling*, 11(2), 42-50. doi: 10.1002/j.2161-1874.1991.tb00073.x
- Nichols, T. R., Graber, J. A., Brooks-Gunn, J., & Botvin, G. J. (2006). Ways to Say No: Refusal Skill Strategies Among Urban Adolescents. *American Journal of Health Behavior*, 30(3), 227-236. doi:10.1080/0090988910936529910.5993/AJHB.30.3.1
- Nixon, S. J. (1999). Neuropsychological assessment *Sourcebook on substance abuse: Etiology, epidemiology, assessment, and treatment*. (pp. 227-235). Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.
- Nixon, S. J. (2013). Executive functioning among young people in relation to alcohol use. *Current Opinion in Psychiatry*, 26(4), 305-309. doi: 10.1097/YCO.0b013e328361ea3c
- Nixon, S. J., Tivis, R., & Parsons, O. A. (1992). Interpersonal problem-solving in male and female alcoholics. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 16(4), 684-687. doi: 10.1111/j.1530-0277.1992.tb00661.x
- Ntoutsia, P., Katsamagkos, A., & Economou, M. (2013). The efficacy of social skills training for individuals with schizophrenia. *Psychology: The Journal of the Hellenic Psychological Society*, 20(1), 34-53.
- O'Brien, C. P., & McLellan, A. T. (2013). *Myths about the treatment of addiction*. Cambridge, MA: MIT Press.

- O'Leary, D. E., O'Leary, M. R., & Donovan, D. M. (1976). Social skill acquisition and psychosocial development of alcoholics: A review. *Addictive Behaviors, 1*(2), 111-120. doi: 10.1016/0306-4603(76)90003-4
- Oei, T. P., & Jackson, P. (1980). Long-term effects of group and individual social skills training with alcoholics. *Addictive Behaviors, 5*(2), 129-136. doi: 10.1016/0306-4603(80)90030-1
- Olaz, F. O., Medrano, L. A., & Cabanillas, G. (2014). Effectiveness of social skills training experiential method to strengthening social self-efficacy of university students. *International Journal of Psychology & Psychological Therapy, 14*(3), 379-396.
- Olvera, E. E. (1997). *Determining the nature of the relationship between self-efficacy and effort.* (AAM9636736). Recuperado de <http://0-search.proquest.com.fama.us.es/docview/619242702?accountid=14744>
- Oscar-Berman, M., Shagrin, B., Evert, D. L., & Epstein, C. (1997). Impairments of brain and behavior: The neurological effects of alcohol. *Alcohol Health & Research World, 21*(1), 65-75.
- Oscar-Berman, M., Valmas, M. M., Sawyer, K. S., Kirkley, S. M., Gansler, D. A., Merritt, D., & Couture, A. (2009). Frontal brain dysfunction in alcoholism with and without antisocial personality disorder. *Neuropsychiatric Disease and Treatment, 5*. Recuperado de <http://0-search.proquest.com.fama.us.es/docview/1459340526?accountid=14744>
- Ozer, E. M., & Bandura, A. (1990). Mechanisms governing empowerment effects: a self-efficacy analysis. *Journal of Personality and Social Psychology, 58*(3), 472-486.
- Palinkas, L. A., Atkins, C. J., Miller, C., & Ferreira, D. (1996). Social Skills Training for Drug Prevention in High-Risk Female Adolescents. *Preventive Medicine: An International Journal Devoted to Practice and Theory., 25*(6), 692-701.
- Pandina, R. J., Labouvie, E. W., Johnson, V., & White, H. R. (1990). The relationship between alcohol and marijuana use and competence in adolescence. *Journal of Health & Social Policy, 1*(3), 89-108. doi: 10.1300/J045v01n03_06
- Paquette, G., Egan, M., & Martini, R. (2013). Peer mastery in addition to direct instruction post-stroke: A single-subject design. *Physical & Occupational Therapy in Geriatrics, 31*(4), 354-367. doi: 10.3109/02703181.2013.821639
- Parrish, D. E. (2009). Cognitive behavioral coping skills therapy for adults *Substance abuse treatment for youth and adults: Clinician's guide to evidence-base practice.* (pp. 259-310). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons Inc.
- Pashaei, T., Shojaeizadeh, D., Rahimi Froushani, A., Ghazitabatabae, M., Moeeni, M., Rajati, F., & Razzagui, E. M. (2013). Effectiveness of Relapse Prevention Cognitive- Behavioral

- Model in Opioid -Dependent Patients Participating in the Methadone Maintenance Treatment in Iran. *Iranian Journal of Public Health*, 42(8), 896-902.
- Patterson, B. W., Parsons, O. A., Schaeffer, K. W., & Errico, A. L. (1988). Interpersonal problem solving in alcoholics. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 176(12), 707-713. doi: 10.1097/00005053-198812000-00002
- Philippot, P., Kornreich, C., & Blairy, S. (2003). Nonverbal Deficits and Interpersonal Regulation in Alcoholics *Nonverbal behavior in clinical settings*. (pp. 209-231). New York, NY: Oxford University Press
- Platt, J. J., & Hermalin, J. A. (1989). Social skill deficit interventions for substance abusers. *Psychology of Addictive Behaviors*, 3(3), 114-133. doi: 10.1037/h0080572
- Platt, J. J., & Husband, S. D. (1993). An overview of problem-solving and social skills approaches in substance abuse treatment. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 30(2), 276-283. doi: 10.1037/0033-3204.30.2.276
- Polivy, J., & Herman, C. P. (2002). If at first you don't succeed. False hopes of self-change. *American Psychologist*, 57, 677-689. doi: 10.1037/0003-066X.57.9.677
- Potvin, S., Stavro, K., Rizkallah, É., & Pelletier, J. (2014). Cocaine and cognition: A systematic quantitative review. *Journal of Addiction Medicine*, 8(5), 368-376. doi: 10.1097/ADM.0000000000000066
- Prince, J. S. (1987). *The effects of the manipulation of perceived self-efficacy on fear-avoidant behavior*. Recuperado de <http://0-search.proquest.com.fama.us.es/docview/617343760?accountid=14744>
- Project MATCH Research Group. (1998). Matching patients with alcohol disorders to treatments: Clinical implications from project MATCH. *Journal of Mental Health*, 7(6), 589-602. doi: 10.1080/09638239817743
- Quigley, L. A., & Marlatt, G. A. (1999). Relapse prevention: Maintenance of change after initial treatment *Addictions: A comprehensive guidebook*. (pp. 370-384). New York, NY: Oxford University Press.
- Rawson, R. A., Huber, A., McCann, M., Shoptaw, S., Farabee, D., Reiber, C., & Ling, W. (2002). A comparison of contingency management and cognitive-behavioral approaches during methadone maintenance treatment for cocaine dependence. *Archives of General Psychiatry*, 59(9), 817-824. doi: 10.1001/archpsyc.59.9.817
- Rawson, R. A., Obert, J. L., McCann, M. J., & Marinelli-Casey, P. (1993). Relapse prevention strategies in outpatient substance abuse treatment. *Psychology of Addictive Behaviors*, 7(2), 85-95. doi: 10.3102/0091732x004001179

- Redondo, S. (2007). *Manual para el tratamiento psicológico de los delincuentes*. Madrid: Pirámide.
- Relich, J. D., Debus, R. L., & Walker, R. (1986). The mediating role of attribution and self-efficacy variables for treatment effects on achievement outcomes. *Contemporary Educational Psychology, 11*(3), 195-216. doi: 10.1016/0361-476X(86)90017-2
- Rist, F., & Watzl, H. (1983a). Self assessment of relapse risk and assertiveness in relation to treatment outcome of female alcoholics. *Addictive Behaviors, 8*(2), 121-127. doi: 10.1016/0306-4603(83)90005-9
- Rist, F., & Watzl, H. (1983b). Self assessment of social competence in situations with and without alcohol by female alcoholics in treatment. *Drug and Alcohol Dependence, 11*(3-4), 367-371. doi: 10.1016/0376-8716(83)90027-3
- Rohsenow, D. J., & Lawson, D. M. (1982). False blood alcohol feedback for the balanced placebo design: A technical note. *Addictive Behaviors, 7*(2), 203-205. doi: 10.1016/0306-4603(82)90047-8
- Rohsenow, D. J., & Marlatt, G. A. (1981). The balanced placebo design: Methodological considerations. *Addictive Behaviors, 6*(2), 107-122. doi: 10.1016/0306-4603(81)90003-4
- Rohsenow, D. J., Martin, R. A., & Monti, P. M. (2005). Urge-specific and lifestyle coping strategies of cocaine abusers: Relationships to treatment outcomes. *Drug and Alcohol Dependence, 78*(2), 211-219. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2005.03.001
- Rohsenow, D. J., & Monti, P. M. (2001). Relapse among cocaine abusers: Theoretical, methodological, and treatment considerations *Relapse and recovery in addictions*. (pp. 355-378). New Haven, CT: Yale University Press.
- Rohsenow, D. J., Monti, P. M., Binkoff, J. A., Liepman, M. R., Nirenberg, T. D., & Abrams, D. B. (1991). Patient-treatment matching for alcoholic men in communication skills versus cognitive-behavioral mood management training. *Addictive Behaviors, 16*(1-2), 63-69. doi: 10.1016/0306-4603(91)90041-F
- Rohsenow, D. J., Monti, P. M., Martin, R. A., Colby, S. M., Myers, M. G., Gulliver, S. B., Brown, R. A., Mueller, T. I., Gordon, A., & Abrams, D. B. (2004). Motivational enhancement and coping skills training for cocaine abusers: Effects on substance use outcomes. *Addiction, 99*(7), 862-874. doi: 10.1111/j.1360-0443.2004.00743.x
- Rohsenow, D. J., Monti, P. M., Martin, R. A., Michalec, E., & Abrams, D. B. (2000). Brief coping skills treatment for cocaine abuse: 12-month substance use outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*(3), 515-520. doi: 10.1037/0022-006X.68.3.515

- Rohsenow, D. J., Monti, P. M., Rubonis, A. V., Gulliver, S. B., Colby, S. M., Binkoff, J. A., & Abrams, D. B. (2001). Cue exposure with coping skills training and communication skills training for alcohol dependence: 6- and 12-month outcomes. *Addiction, 96*(8), 1161-1174. doi: 10.1080/09652140120060752
- Rosenberg, H. (1983). Relapsed versus non-relapsed alcohol abusers: Coping skills, life events, and social support. *Addictive Behaviors, 8*(2), 183-186. doi:10.1016/0306-4603(83)90012-6
- Rosenthal, T. L., & Steffek, B. D. (1991). Modeling methods *Helping people change: A textbook of methods (4th ed.)*. (pp. 70-121). Elmsford, NY: Pergamon Press.
- Rosenthal, T. L., & Zimmerman, B. J. (1972a). Instructional specificity and outcome expectation in observationally induced question formulation. *Journal of Educational Psychology, 63*(5), 500-504. doi: 10.1037/h0033246
- Rosenthal, T. L., & Zimmerman, B. J. (1972b). Modeling by exemplification and instruction in training conservation. *Developmental Psychology, 6*(3), 392-401. doi: 10.1037/h0032578
- Rosenthal, T. L., & Zimmerman, B. J. (1978). *Social learning and cognition*. New York: Academic.
- Rounsaville, D. B. (2011). *Lapse, relapse, and chasing the wagon: Post-treatment drinking and recovery*. (AAI3439755). Recuperado de <http://search.proquest.com.fama.us.es/docview/905212402?accountid=14744>
- Roussi, P., & Miller, S. M. (2014). Monitoring style of coping with cancer related threats: a review of the literature. *Journal of Behavioral Medicine, 37*(5), 931-954. doi: 10.1007/s10865-014-9553-x
- Ruble, D. N., & Frey, K. S. (1991). Changing patterns of comparative behavior as skills are acquired: A functional model of self-evaluation *Social comparison: Contemporary theory and research*. (pp. 79-113). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Rus-Calafell, M., Gutiérrez-Maldonado, J., Ribas-Sabaté, J., & Lemos-Giráldez, S. (2014). Social skills training for people with schizophrenia: What do we train? *Behavioral Psychology / Psicología Conductual: Revista Internacional Clínica y de la Salud, 22*(3), 461-477. doi:10.1016/j.schres.2008.07.003
- Salomon, G. (1984). Television is "easy" and print is "tough": The differential investment of mental effort in learning as a function of perceptions and attributions. *Journal of Educational Psychology, 76*(4), 647-658. doi: 10.1037/0022-0663.76.4.647

- Sanderson, W. C., Rapee, R. M., & Barlow, D. H. (1989). The influence of an illusion of control on panic attacks induced via inhalation of 5.5% carbon dioxide-enriched air. *Archives of general psychiatry*, *46*(2), 157-162.
- Schachter, S., & Singer, J. (1962). Cognitive, social, and physiological determinants of emotional state. *Psychological Review*, *69*(5), 379-399. doi: 10.1037/h0046234
- Scheier, L. M., Botvin, G. J., Diaz, T., & Griffin, K. W. (1999). Social skills, competence, and drug refusal efficacy as predictors of adolescent alcohol use. *Journal of Drug Education*, *Vol 29*(3), 251-278.
- Scheier, L. M., Botvin, G. J., Griffin, K. W., & Diaz, T. (1999). Latent growth models of drug refusal skills and adolescent alcohol use. *Journal of Alcohol and Drug Education*, *44*(3), 21-48.
- Schlundt, D. G., & McFall, R. M. (1985). New direction in the assessment of social competence and social skills. En L. L. A. y. M. A. Milan (Ed.), *Handbook of social skills training and research* (pp. 22-49). New York: John Wiley.
- Schmitz, J. M., Oswald, L. M., Damin, P., & Mattis, P. (1995). Situational analysis of coping in substance-abusing patients. *Journal of Substance Abuse*, *7*(2), 189-204.
- Schunk, D. H. (1982). Effects of effort attributional feedback on children's perceived self-efficacy and achievement. *Journal of Educational Psychology*, *74*(4), 548-556. doi: 10.3102/0091732x004001179
- Schunk, D. H. (1983). Ability versus effort attributional feedback: Differential effects on self-efficacy and achievement. *Journal of Educational Psychology*, *75*(6), 848-856. doi: 10.3102/0091732x004001179
- Schunk, D. H. (1984). Sequential attributional feedback and children's achievement behaviors. *Journal of Educational Psychology*, *76*(6), 1159-1169. doi: 10.3102/0091732x004001179
- Schunk, D. H. (1987). Peer models and children's behavioral change. *Review of Educational Research*, *57*(2), 149-174.
- Schunk, D. H., & Cox, P. D. (1986). Strategy training and attributional feedback with learning disabled students. *Journal of Educational Psychology*, *78*(3), 201-209. doi: 10.2307/1510420
- Schunk, D. H., & Gunn, T. P. (1986). Self-efficacy and skill development: Influence of task strategies and attributions. *The Journal of Educational Research*, *79*(4), 238-244.

- Schunk, D. H., & Hanson, A. R. (1985). Peer models: Influence on children's self-efficacy and achievement. *Journal of Educational Psychology, 77*(3), 313-322. doi: 10.1037/0022-0663.77.3.313
- Schunk, D. H., & Hanson, A. R. (1989a). Influence of peer-model attributes on children's beliefs and learning. *Journal of Educational Psychology, 81*(3), 431-434.
- Schunk, D. H., & Hanson, A. R. (1989b). Self-modeling and children's cognitive skill learning. *Journal of Educational Psychology, 81*(2), 155-163.
- Schunk, D. H., Hanson, A. R., & Cox, P. D. (1987). Peer-model attributes and children's achievement behaviors. *Journal of Educational Psychology, 79*(1), 54-61. doi: 10.1037/0022-0663.79.1.54
- Schunk, D. H., & Rice, J. M. (1986). Extended attributional feedback: Sequence effects during remedial reading instruction. *The Journal of Early Adolescence, 6*(1), 55-66. doi: 10.1177/0272431686061005
- Schunk, D. H., & Rice, J. M. (1987). Enhancing Comprehension Skill and Self-Efficacy with Strategy Value Information. *Journal of Reading Behavior, 19*(3), 285-302.
- Schunk, D. H., & Swartz, C. W. (1993). Goals and progress feedback: Effects on self-efficacy and writing achievement. *Contemporary Educational Psychology, 18*(3), 337-354. doi: 10.1006/ceps.1993.1024
- Schunk, D. H., & Zimmerman, B. J. (1996). Modeling and self-efficacy influences on children's development of self-regulation. En J. Juvonen & K. R. Wentzel (Eds.), *Social motivation: Understanding children's school adjustment* (pp. 154-180). New York, NY: Cambridge University Press.
- Schunk, D. H., & Zimmerman, B. J. (1997). Social origins of self-regulatory competence. *Educational Psychologist, 32*(4), 195-208.
- Schwarzer, R. (1992). *Self-efficacy thought control of action*. Washington: Hemisphere Pub. Corp.
- Scott-Sheldon, L. A. J., Terry, D. L., Carey, K. B., Garey, L., & Carey, M. P. (2012). Efficacy of expectancy challenge interventions to reduce college student drinking: A meta-analytic review. *Psychology of Addictive Behaviors, 26*(3), 393-405. doi: 10.1037/a0027565
- Segrin, C., & Kinney, T. (1995). Social skills deficits among the socially anxious: Rejection from others and loneliness. *Motivation and Emotion, 19*(1), 1-24.

- Sklar, S. M., Annis, H. M., & Turner, N. E. (1997). Development and validation of the Drug-Taking Confidence Questionnaire: A measure of coping self-efficacy. *Addictive Behaviors, 22*(5), 655-670.
- Sklar, S. M., & Turner, N. E. (1999). A brief measure for the assessment of coping self-efficacy among alcohol and other drug users. *Addiction, 94*(5), 723-729. doi: 10.1046/j.1360-0443.1999.94572310.x
- Sloboda, Z., Glantz, M. D., & Tarter, R. E. (2012). Revisiting the concepts of risk and protective factors for understanding the etiology and development of substance use and substance use disorders: Implications for prevention. *Substance Use & Misuse, 47*(8-9), 944-962. doi:10.1080/10937400801921320
- Smith, D. E., & McCrady, B. S. (1991). Cognitive impairment among alcoholics: Impact on drink refusal skill acquisition and treatment outcome. *Addictive Behaviors, 16*(5), 265-274. doi: 10.1016/0306-4603(91)90019-E
- Smyth, N. J., & Wiechelt, S. A. (2005). Drug Use, Self-Efficacy, and Coping Skills Among People with Concurrent Substance Abuse and Personality Disorders: Implications for Relapse Prevention. *Journal of Social Work Practice in the Addictions, 5*(4), 63-79. doi: 10.1300/J160v05n04_05
- Stout, R. L., Longabaugh, R., & Rubin, A. (1996). Section IIA. Replication and extension of Marlatt's taxonomy: Predictive validity of Marlatt's relapse taxonomy versus a more general relapse code. *Addiction, 91*(12), 99-110.
- Stöffelmayr, B., Wadland, W. C., & Pan, W. (2003). An examination of the process of relapse prevention therapy designed to aid smoking cessation. *Addictive Behaviors, 28*(7), 1351-1358.
- Sugarman, D. E., Nich, C., & Carroll, K. M. (2010). Coping strategy use following computerized cognitive-behavioral therapy for substance use disorders. *Psychology of Addictive Behaviors, 24*(4), 689-695. doi: 10.1037/a0021584
- Suls, J. M., & Miller, R. L. (1978). Ability comparison and its effects on affiliation preferences. *Human Relations, 31*(3), 267-282. doi: 10.1177/001872677803100305
- Sumi, K. (2012). Relationship of social problem-solving ability with interpersonal relationships: A prospective study among Japanese women and men. *Psychological Reports, 111*(3), 929-937. doi: 10.2466/21.20.28.PR0.111.6.929-937
- Sánchez-Hervás, E., Gómez, F. J. S., Villa, R. S., García-Fernández, G., García-Rodríguez, O., & Romaguera, F. Z. (2012). Psychosocial predictors of relapse in cocaine-dependent patients in treatment. *The Spanish Journal of Psychology, 15*(2), 748-755. doi: 10.5209/rev_SJOP.2012.v15.n2.38886

- Sánchez-Hervás, E., & Llorente, J. M. (2012). Recaídas en la adicción a cocaína: Una revisión. *Adicciones*, 24(3), 269-279.
- Sánchez-Hervás, E., & Llorente-del-Pozo, J. M. (2012). Recaídas en la adicción a cocaína: Una revisión. *Adicciones*, 24(3), 269-279.
- Sánchez-Hervás, E., Secades-Villa, R., Romaguera, F. Z., Fernández, G. G., Gómez, F. J. S., & García-Rodríguez, O. (2010). Terapia conductual para adictos a la cocaína: Resultados de un estudio de seguimiento a seis meses. *Revista Mexicana de Psicología*, 27(2), 159-167.
- Takata, C., & Takata, T. (1976). The influence of models on the evaluation of ability: Two functions of social comparison processes. *Japanese Journal of Psychology*, 47(2), 74-84.
- Tarter, R. E., & Kirisci, L. (1999). Psychological evaluation of alcohol and drug abuse in youth and adults *Sourcebook on substance abuse: Etiology, epidemiology, assessment, and treatment*. (pp. 212-226). Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.
- Testa, M., & Major, B. (1990). The impact of social comparisons after failure: The moderating effects of perceived control. *Basic and Applied Social Psychology*, 11(2), 205-218. doi: 10.1207/s15324834basp1102_7
- Thombs, D. L. (2006). *Introduction to addictive behaviors (3rd ed.)*: Guilford Press, New York, NY.
- Tolman, E. C. (1949). The psychology of social learning. *Journal of Social Issues. Supplement Series*, 3, 20.
- Tolman, E. C. (1955). Principles of performance. *Psychological Review*, 62(5), 315-326. doi: 10.1037/h0049079
- Trope, Y. (1983). Self-assessment in achievement behavior. En J. Suls & A. G. Greenwald (Eds.), *Psychological perspectives on the self* (Vol. 2, pp. 93-121). Hillsdale, New Jersey: Erlbaum.
- Trujols, J., Tejero, A., Perez de los Cobos, J., & Casa, M. (1997). Determinantes situacionales del consumo de heroína en sujetos dependientes de opiáceos: Una aproximación psicométrica. *Actas Luso Españolas de Neurología y Psiquiatría y Ciencias Afines.*, 25(6), 363-368.
- Tuten, L. M., Jones, H. E., Schaeffer, C. M., & Stitzer, M. L. (2012). Essential goals for competing with drug use *Reinforcement-based treatment for substance use disorders: A comprehensive behavioral approach*. (pp. 69-92). Washington, DC: American Psychological Association.

- Ulmer, C. S. (2007). *Mindfulness as a moderator of coping response and the abstinence violation effect: A test of the role of mindfulness in the relapse prevention model for exercise.* (AAI3254992). Recuperado de <http://0-search.proquest.com.fama.us.es/docview/622028636?accountid=14744>
- Urbán, R., & Demetrovics, Z. (2010). Smoking outcome expectancies: A multiple indicator and multiple cause (MIMIC) model. *Addictive Behaviors, 35*(6), 632-635. doi: 10.1016/j.addbeh.2010.01.012
- Uskul, A. K., & Kikutani, m. (2014). Concerns about losing face moderate the effect of visual perspective on health-related intentions and behaviors. *Journal of Experimental Social Psychology, 55*, 201-209. doi: 10.1016/j.jesp.2014.07.010
- Van Dam-Baggen, R., & Kraaimaat, F. W. (1999). Assessing Social Anxiety: The Inventory of Interpersonal Situations (IIS). *European Journal of Psychological Assessment, 15*(1), 25-38.
- Van Zundert, R. M. P., Ferguson, S. G., Shiffman, S., & Engels, R. C. M. E. (2010). Dynamic effects of self-efficacy on smoking lapses and relapse among adolescents. *Health Psychology, 29*(3), 246-254. doi: 10.1037/a0018812
- Vasquez, N. A., & Buehler, R. (2007). Seeing Future Success: Does Imagery Perspective Influence Achievement Motivation? *Personality and Social Psychology Bulletin, 33*(10), 1.
- Vegue, M., Álvaro Brun, E., Sternberg, F., Martín, M., & Martínez, D. (2005). Utilidad de los parches para el análisis de drogas en sudor en un grupo de reclusos de Madrid. *Adicciones, 17*(2), 139-144.
- Vidrine, J. I., Reitzel, L. R., Figueroa, P. Y., Velasquez, M. M., Mazas, C. A., Cinciripini, P. M., & Wetter, D. W. (2013). Motivation and problem solving (MAPS): Motivationally based skills training for treating substance use. *Cognitive and Behavioral Practice, 20*(4), 501-516. doi: 10.1016/j.cbpra.2011.11.001
- Villamarín, F. (1990). Autoeficacia y conductas relacionadas con la salud. *Revista de Psicología de la Salud, 2*(1-2), 45-64.
- Wagner, M. F., & da Silva Oliveira, M. (2007). Habilidades sociais e abuso de drogas em adolescentes. *Psicologia Clínica, 19*(2), 101-116. doi: 10.1590/S0103-56652007000200008
- Wang, S.-L. (1998). *The role of perceived beliefs in effort, self-efficacy, and task value on high school students' effort and math achievement in Taiwan.* (AAM9816078). Recuperado de <http://0-search.proquest.com.fama.us.es/docview/619380601?accountid=14744>

- Webster, M., & Sobieszek, B. (1974). *Sources of self-evaluation: A formal theory of significant others and social influence*. Oxford John: Wiley & Sons.
- Weinberg, R. S., Gould, D., Yukelson, D., & Jackson, A. (1981). The effect of preexisting and manipulated self-efficacy on a competitive muscular endurance task. *Journal of Sport Psychology*, 3(4), 345-354.
- Weinberg, R. S., Hughes, H. H., Critelli, J. W., England, R., & Jackson, A. (1984). Effects of preexisting and manipulated self-efficacy on weight loss in a self-control program. *Journal of Research in Personality*, 18(3), 352-358. doi: 10.1016/0092-6566(84)90019-9
- Wells, E. A., Catalano, R., F, Plotnick, R., Hawkins, D. J., & Brattesani, K. A. (1989). General versus drug-specific coping skills and posttreatment drug use among adults. *Psychology of Addictive Behaviors*, 3(1), 8-21.
- Wenzel, A. (2013). Relapse prevention and completion of treatment *Strategic decision making in cognitive behavioral therapy*. (pp. 203-216). Washington, DC: American Psychological Association.
- Westerman, P., Hargreaves, H. A., Westerman, D., & Verge, M. (2012). Improvement of self-efficacy and social skills through participation in Great and Small, a therapeutic horseback riding program *Harnessing the power of equine-assisted counseling: Adding animal assisted therapy to your practice*. (pp. 219-232). New York, NY: Routledge/Taylor & Francis Group.
- Wiebe, R. P., Cleveland, H. H., & Dean, L. R. (2010). Maintaining abstinence in college: Temptations and tactics. En H. H. Cleveland, K.S. Harris, & R. P. Wiebe (Eds), *Substance abuse recovery in college: Community supported abstinence*. (pp. 57-75). New York, NY: Springer Science + Business Media.
- Wilson, D. K., Wallston, K. A., & King, J. E. (1990). Effects of Contract Framing, Motivation to Quit, and Self-Efficacy on Smoking Reduction. *Journal of Applied Social Psychology*, 20(7), 531.
- Wilson, K. (2015). The clinical rehabilitation of people with alcohol-related brain damage *Alcohol and the adult brain* (pp. 196-212). New York: NY Psychology Press.
- Wilson, S. J., Sayette, M. A., & Fiez, J. A. (2013). Neural correlates of self-focused and other-focused strategies for coping with cigarette cue exposure. *Psychology of Addictive Behaviors*, 27(2), 466-476. doi: 10.1037/a0027055
- Witkiewitz, K., Donovan, D. M., & Hartzler, B. (2012). Drink refusal training as part of a combined behavioral intervention: effectiveness and mechanisms of change. *Journal of consulting and clinical psychology*, 80(3), 440-449. doi: 10.1037/a0026996

- Witkiewitz, K., & Marlatt, G. A. (2004). Relapse Prevention for Alcohol and Drug Problems: That Was Zen, This Is Tao. *American Psychologist*, *59*(4), 224-235. doi: 10.1037/0003-066X.59.4.224
- Witkiewitz, K., & Marlatt, G. A. (2007). Overview of relapse prevention. En K. A. Witkiewitz & G. A. Marlatt (Eds.), *Therapist's guide to evidence-based relapse prevention* (pp. 3-17). San Diego, CA: Elsevier Academic Press.
- Witkiewitz, K., Villarroel, N. A., Hartzler, B., & Donovan, D. M. (2011). Drinking outcomes following drink refusal skills training: Differential effects for African American and non-Hispanic White clients. *Psychology of Addictive Behaviors*, *25*(1), 162-167. doi: 10.1037/a0022254
- Witkiewitz, K., & Wu, J. (2010). Emotions and relapse in substance use: Evidence for a complex interaction among psychological, social, and biological processes *Substance abuse and emotion* (pp. 171-187). Washington, DC: American Psychological Association.
- Wolburg, J. M., Hovland, R., & Hopson, R. E. (1999). Cognitive restructuring as a relapse prevention strategy: Teaching alcoholics to talk back to beer ads. *Alcoholism Treatment Quarterly*, *17*(4), 29-51. doi: 10.1300/J020v17n04_03
- Wood, J. M. (2012). *An examination of the relationships among preparatory efficacy, practice effort, and performance*. (AAI3465614). Recuperado de <http://0-search.proquest.com.fama.us.es/docview/1021142709?accountid=14744>
- Wood, J. V. (1989). Theory and research concerning social comparisons of personal attributes. *Psychological Bulletin*, *106*(2), 231-248. doi: 10.1037/0033-2909.106.2.231
- Wood, J. V., & Wilson, A. E. (2003). How important is social comparison? *Handbook of self and identity*. (pp. 344-366). New York, NY: Guilford Press.
- Wood, R., & Bandura, A. (1989). Impact of conceptions of ability on self-regulatory mechanisms and complex decision making. *Journal of Personality and Social Psychology*, *56*(3), 407-415. doi: 10.1037/0022-3514.56.3.407
- Yoshida, C. M. (2002). *The relationship between self-efficacy and amount of mental effort invested in mathematics problem solving by adults*. (AAI3054914). Recuperado de <http://0-search.proquest.com.fama.us.es/docview/619965818?accountid=14744>
- Zillmann, D. (2003). Theory of affective dynamics: Emotions and moods. En J. Bryant, D. Roskos-Ewoldsen, & J. Cantor (Eds.), *Communication and emotion: Essays in honor of Dolf Zillmann*. (pp. 533-567). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Zimmerman, B. J., & Ringle, J. (1981). Effects of model persistence and statements of confidence on children's self-efficacy and problem solving. *Journal of Educational Psychology*, *73*(4), 485-493. doi:10.3102/0091732x004001179

ANEXOS

ANEXO I. Sesiones de entrenamiento.**SESIÓN 1: HABILIDADES CONVERSACIONALES I****1. Instrucciones**

a. Iniciar una conversación

Pasos	Notas
Saluda a la otra persona	Di "hola"; estrecha la mano; escoge el lugar y la hora correctos
Mantén una pequeña conversación	
Determina si la otra persona te está escuchando	Comprueba si la otra persona te mira, si asiente con la cabeza, si dice "ah,ah"
Empieza con el primer tema	Preguntas sobre: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Circunstancias generales ▪ Ligeramente personales ▪ Relativas a sentimientos, razones, motivaciones y sensaciones personales ▪ Preguntas cerradas ▪ Preguntas abiertas

b. Mantener y terminar una conversación

Pasos	Notas
Di lo que quieres decir	Comunicar a otros quiénes somos, qué hacemos, qué deseamos, qué esperamos de la vida y el que los demás no teman hablarnos de la misma manera. <i>Cambio de tema:</i> Muletillas del tipo: <ul style="list-style-type: none"> ▪ "Hablando de otro tema pienso..." ▪ "En este momento se me está ocurriendo...." ▪ "Ahora que me acuerdo, sabéis que..." ▪ "Por cierto, me han dicho..."
Pregunta a la otra persona lo que ella piensa	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Haciendo una pregunta: ¿Tú qué opinas? ▪ Haciendo alusión a algo dicho por el otro: "Como tu comentabas..."
Escucha lo que la otra persona dice	
Di lo que piensas	Responde a la otra persona; agrega nueva información; formula preguntas. Tomar la palabra: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Aprovechar las pausas del otro.

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cortar al otro: “Perdona, quería decirte”; “Yo creo”; “A propósito”; “Eso me recuerda”; “A mí me pasa algo parecido” <p><i>Retomar el tema anterior:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ “A propósito de lo que hablábamos antes...” ▪ “Volviendo al tema de...”
<p>Haz un comentario final</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Resumir lo dicho y concluir expresando nuestro deseo de terminar: “Bueno, pues quedamos en que...” ▪ Reforzar a la otra persona y terminar: “Bien, ha sido agradable estar contigo...” ▪ Indicando la continuación: “Espero verte de nuevo” ▪ Dar una fórmula alternativa a seguir la conversación: “Oye, seguimos hablando mañana”. ▪ Legitimando la salida: “Tengo que ir a ahora” <p>Los pasos 1-4 se pueden repetir varias veces antes de pasar al 5</p>

SESIÓN 2: ASERTIVIDAD**Objetivos:**

- Aprender a declinar las presiones sociales del consumo de droga.
- Entrenamiento y práctica de las distintas técnicas asertivas:
 - Autorrevelación
 - Disco rayado
 - Oposición asertiva
 - Banco de niebla
 - Acuerdo viable

Instrucciones:

Pasos	Notas
Dejar hablar a la otra persona hasta que acabe. No interrumpirla.	
Decir NO sin dar justificaciones: de manera directa y breve, sin excusarnos,	Aunque se puede permite dar la excusa real.
Utilizar la primera persona, uso del YO: “Yo prefiero...”	
Repetir nuestro mensaje de una manera clara y persistente.	Disco Rayado
<p>Cuando la situación empiece a ser difícil:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Empatizar con el otro, ponerse en su lugar. ▪ Repetir nuestro mensaje. Repetir el NO. ▪ Evitar chantajes emocionales. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Empatizar: “Comprendo que te gustaría que yo...” ▪ Evitar chantajes: “No me presiones...”
Si la otra persona continúa insistiendo: Obligarles a cerrar la conversación:	“No te esfuerces porque yo he decidido hace tiempo que no...”
Si continúa insistiendo:	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Retirada de mirada ▪ Dejar de dar respuesta ▪ Marcharnos. 	
Cuidar la no alteración de las respuestas no verbales	

SESIÓN 3: REALIZAR CRÍTICAS**Instrucciones:**

Pasos	Notas	
Piensa en cuál es tu queja	¿Cuál es el problema?	
Decide a quién te quejarás	¿Quién puede resolverlo?	
Asuma el problema	Utilice frases en primera persona: "Tengo un problema..."	<p>Conductas no verbales adecuadas en cada uno de estos pasos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Contacto visual directo ▪ Tono emocional firme y convincente, pero sin alterarnos. ▪ Gestos adecuados. ▪ Contacto físico: si es adecuado. ▪ Cuidar que no aparezca agresividad en el lenguaje no verbal.
Describe la conducta que desea cambiar. Objetivo: Informar al otro.	Elegir el momento y lugar adecuado para ti y para el otro. Expresa el problema; sea específico: "Cuando tú..."	
Enuncie las consecuencias de esa conducta	Expresa las consecuencias: "Yo..."	
Expresa cómo se siente por ello	Expresión de la emoción: "Yo me siento..."	
Si es necesario, cuide que la relación no se deforme.	Empatizando: "Entiendo que..." Aceptando responsabilidades: "Tal vez yo.."	
Dile a la otra persona lo que te gustaría hacer con respecto a ese problema de forma clara y concisa.	Petición del cambio: "Me gustaría que..."	
Pregunta a la otra persona cómo se siente por lo que has dicho	<ul style="list-style-type: none"> ▪ "¿Qué opinas/sientes de lo que he dicho?" 	
Proponga una solución al problema: Acuerdo viable: "Nuestra solución".	<ul style="list-style-type: none"> ▪ "Podríamos solucionarlo..." ▪ Pedir sugerencias: "¿Qué podríamos hacer...?" 	

Reforzar	▪ “Me alegro que lo hayamos hablado...”
----------	---

Propuesta de Situaciones:

- Practicar la fórmula básica:

“Tengo un problema, cuando tú....., yo me siento.....y me gustaría.....”

- Situaciones personales relacionadas con costumbres o hábitos de otros que nos molestan:
 - Llegar tarde a las citas
 - Utilizar nuestra ropa
 - Que cambien nuestras cosas de sitio
 - Que entren en una habitación sin llamar antes, etc.
- Situaciones familiares:
 - Pedir que no le traten como un delincuente o un enfermo.
 - Cuando no valoran adecuadamente los esfuerzos que está realizando
 - Cuando esperan un cambio demasiado rápido y general.
 - Cuando le hacen responsable de cosas que él no ha hecho, y críticas injustas.
- Situaciones laborales o con amigos.
- Situaciones en las que otra persona trata de imponer demandas, aprovecharse o ejercer cualquier otro tipo de control poco razonable.

SESIÓN 4: RECIBIR CRÍTICAS**Instrucciones:**

Pasos	Notas
Escuchar la crítica	Dejar que termine la otra persona, sin interrumpir.
Dedicar un momento a: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Relajarnos: respirar hondo ▪ Autoinstrucción: calma 	
Pide detalles.	Esto te permitirá saber exactamente cuáles son las objeciones de su interlocutor. “¿Qué entiendes por desagradable?” “¿A qué te refieres....?” “¿Qué te hecho para que opines eso?”
Dile que has comprendido su crítica	Vuelve a expresarlo; reconoce el contenido y lo que la otra persona siente.
Decide si estás de acuerdo o no con la crítica	<p>Si estás de acuerdo:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Acepta tu responsabilidad: <ul style="list-style-type: none"> ○ Coincide con lo verdadero de la crítica: “Es verdad que...” ○ Coincide con la posibilidad de que sea verdad: “Es posible que...” “Puede que...” ○ Coincide con el principio latente de la crítica: “Tienes razón, hacer ese tipo de cosas no es agradables....” ▪ Si hay algo que la otra persona no conoce y es importante para entender tu actuación, díselo, si utilizar excusas o justificaciones. ▪ Dar alternativas de solución al problema. <p>Si no estás de acuerdo:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Reconoce la opinión del otro:

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Banco de niebla ○ Aserción negativa ▪ Reconocer tu comportamiento o la posibilidad de que pueda molestarle al otro. ▪ Expresar tu objetivo (Disco Rayado): "No voy a cambiar..." ▪ Si la situación se alarga, obligarle a cerrar: <ul style="list-style-type: none"> ○ Dejar de dar respuesta ○ Romper el contacto visual ○ Marcharnos
Sugiere alguna solución para los dos (acuerdo viable) o pregunta por alguna propuesta de solución	

Situaciones:

- Relativo a si mismo:
 - "Eres un mandado, te dejas manejar..."
 - "Estás todo el día medio dormido, no te interesa nada..."
 - "Eres un hipócrita y un manipulador..."
- Relativas a las relaciones familiares y de afecto:
 - Por sus reacciones agresivas, impulsivas: gritos, amenazas, romper cosas...
 - Por engaños, halagos, presiones y chantajes para obtener dinero.
 - Por robar en casa.
- Relativas a otras relaciones sociales y laborales:
 - Por informalidad en el trabajo.
 - Por hacer un mal trabajo.
 - Por falta de puntualidad.
- Por su correcta recuperación:
 - Por no cumplimiento de las normas: robar, llegar tarde...
 - Para que interactúe con los demás miembros de la familia:
 - En el intercambio de información.
 - En el interés por las actividades de los demás.

SESIÓN 5: EXPRESIÓN Y RECEPCIÓN DE EMOCIONES POSITIVAS**Instrucciones:**

<i>Pasos</i>	<i>Notas</i>
Piensa en qué es lo que quieres expresarle a esa persona	
Elige el momento y lugar adecuados	
<p>Expresa tu aprecio y elogio a la otra persona:</p> <p>Expresa los aspectos positivos y gratificantes de la conducta del otro con claridad.</p> <p>Expresa tus sentimientos personales positivos.</p>	<p>Conducta no-verbal:</p> <p>Contacto visual</p> <p>Contacto físico: aproximación.</p> <p>Tono y volumen de la voz: Apropiado a la interacción y al contenido verbal</p> <p>Expresar con claridad los aspectos positivos del otro.</p> <p>El otro no tiene que adivinar: “Me gusta que...”</p>
Conducta positiva recíproca: Ofrecimiento para devolver en el futuro algún favor al interlocutor.	Esta posibilidad dependerá del contenido de la interacción.
ACEPTAR EMOCIONES POSITIVAS	
Aceptar el elogio: No negarlo	<p>“Muchas gracias por....”</p> <p>Mostrarse relajado y agradecido</p> <p>Sonreír</p>
Expresar emoción positiva: Reforzarla	“Me agrada....”; “Te agradezco que...”

Debate:

EXPRESAR EMOCIONES POSITIVAS:

- Destacar la importancia que tiene el ser buenos dispensadores de refuerzos en el funcionamiento de un círculo social.
- Análisis de los temores de expresar elogios.
- Defensa del derecho a expresarlos.
- Análisis de las consecuencias de expresarlos: Valorar si nos compensa o no, que riesgos puedo tener....
- Normalmente, cuando uno se expresa de manera positiva influye en que el otro también lo haga.

ACEPTAR EMOCIONES POSITIVAS:

- Analizar las causas por las que nos sentimos incómodos cuando alguien nos manifiesta afecto. Analizar las interpretaciones que hacemos de ello.
- Pedir que los participantes saquen inductivamente los componentes de la conducta adecuada y perfilarlos.
- Discusión sobre la autoestima y el reconocimiento de los propios valores.
- Hacer una autoevaluación de nosotros mismos.
- Importancia de saber aceptar, reconocer y agradecer un cumplido.
- Papel del elogio en el inicio de las relaciones.
- Emitir comentarios de refuerzo: Verbalizar un halago al interlocutor; Transmitir que uno aprueba la expresión de la emoción o afecto.

Situaciones:

EXPRESAR EMOCIONES POSITIVAS:

- Práctica de expresión de emociones a la familia: Empezar con expresar afecto no demasiado comprometidas, e ir aumentando la dificultad. Primero una frase corta, con un gesto, más tarde una declaración más extensa.
- Práctica de expresión en otros ambientes: amigos trabajo, novia, esposa....
- Organizar algún plan con alguien (ej. Ir al cine), realizarlo y al despedirme, decirle que he pasado un rato agradable, una tarde divertida, etc.
- Mostrar a alguien que me intereso por sus cosas y por él.

ACEPTAR EMOCIONES POSITIVAS:

- Decir en alto cosas positivas personales a nivel físico y a nivel personal.
- Decir cosas que hago bien en alto.
- Que alguien nos diga: le gusta algo mío; le gusta algo que hago; le gusta algo de mi.
- Poner en práctica los componentes siguientes de recibir manifestaciones de ternura:
 - Responder con sonrisa.
 - Contacto físico suave y lento
 - No contestar inmediatamente, tardar un poco en responder.
 - Mostrarse un poco afectado por ello.
 - Aceptar el cumplido.
 - Reforzarlo después de recibirlo.

SESIÓN 6: EXPRESIÓN Y RECEPCIÓN DE EMOCIONES NEGATIVAS**Instrucciones:**

Pasos	Notas
Especificar la conducta del otro que ha motivado los sentimientos negativos	
Expresar nuestros sentimientos con claridad	“No me gusta...”
Expresar como propios los sentimientos negativos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Admitir nuestra responsabilidad
Si es posible, decir algo positivo	No descalificar totalmente.
Reforzar al otro por habernos escuchado	Durante toda la conversación hay que mostrar correspondencia entre el mensaje verbal y su expresión no verbal.
Recepción de Emociones Negativas	
Dejar hablar hasta el final	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Control de las emociones negativas. Autoinstrucción: Calma
Imaginarse lo que la otra persona piensa que ha sucedido	Según lo que sabemos que vio, o que escuchó
Decidir si hay algo que él no conoce acerca de lo que pasó.	
Imaginarse lo que la otra persona puede estar sintiendo, por medio de: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Escuchar lo que ha dicho. ▪ Escuchar su tono de voz. ▪ Mirar la expresión de su cara. ▪ Mirar su postura. 	
No ponerse a la defensiva. Aceptarlo como una opinión del otro.	
Decirle que entiendes lo que está pensando: Contarle lo que yo pienso que él está pensando.	

Debate:

EXPRESIÓN DE EMOCIONES NEGATIVAS:

- Discutir el aspecto problemático en la expresión de emociones: Hay que tener presente las consecuencias negativas de esta expresión.
- Es muy importante tener muy claro el objetivo.
- Distinguir entre hacer una crítica y la expresión de emociones negativas: La diferencia está en función de nuestro objetivo: con la expresión de emociones negativas no intentamos cambiar las conductas de nadie, simplemente nos desahogamos.
- Derecho a comunicar nuestras alteraciones al interlocutor.

RECEPCIÓN DE EMOCIONES NEGATIVAS:

- Importancia de ponerse en el lugar del otro para poder entender lo que piensa y siente la otra persona. Comprender su punto de vista general.
- Importancia de la habilidad para poder predecir la conducta del otro y anticipar las reacciones sociales negativas por las transgresiones.
- Control emocional: Las reacciones alteradas de los demás ante un problema no tienen por qué provocar una respuesta también alterada en mí.
- Tener claro mi objetivo y actuar conforme a él.
- Aprender a discriminar las señales no verbales que me dan información sobre los sentimientos de los demás.

Situaciones:

EXPRESIÓN DE EMOCIONES NEGATIVAS:

- Expresión de emociones negativas: Ira, Cólera, Tristeza, Irritación...
- Expresar cómo se siente ante el rechazo de los demás.
- Expresar cómo se siente en las confrontaciones.
- Expresar cómo se siente en las recaídas.
- Expresar las emociones que más nos cuesten.

RECEPCIÓN DE EMOCIONES NEGATIVAS:

- Llego contento de la calle porque he encontrado un trabajo y quiero contarlo, pero al entrar doy un portazo sin darme cuenta y reaccionan agresivamente ante mí.
- Nos critican en vez de animarnos a continuar en nuestro objetivo de reinserción: Un amigo nos dice que ya hemos intentado otras veces dejar la droga y no lo hemos conseguido.
- Se quejan de la falta de rapidez en nuestro cambio de vida.

Tareas:

EXPRESIÓN DE EMOCIONES NEGATIVAS:

- Expresar Agresividad o enfado de modo deliberado.
- Registro de situaciones donde encuentren dificultad para expresar emociones.

RECEPCIÓN DE EMOCIONES NEGATIVAS:

- Escribir situaciones pasadas donde hubo un mal entendido, y cuál podría ser la reacción adecuada ante ello.

Si se da la oportunidad, ensayar la habilidad teniendo muy en cuenta los objetivos que nos hayamos fijado. Registrar cómo me sentí y qué hice.

ANEXO II. Modelo de Permiso para la Implantación del Parche “Pharmchek”

D./Dña. _____,

con D.N.I. _____ da su consentimiento para que le sea implantado el parche modelo “Pharmchek” de detección continuo de drogas de abuso como requisito básico para la participación en la investigación que llevan a cabo D. José María León Rubio y Samuel Rueda Méndez.

Y para que así conste a los efectos oportunos, firmo la presente, en Sevilla, en la fecha abajo indicada.

Firma:

Sevilla, a de 20 .

ANEXO III. Modelo de “Contrato-Compromiso” para la participación en la investigación

D./Dña. _____,

con D.N.I. _____, me comprometo a asistir a **todas las sesiones** que los investigadores consideren necesarias para la realización del programa al que me adscribo de forma voluntaria.

En contrapartida, los investigadores se comprometen a conservar mis datos en el anonimato y no hacer un uso público de ellos, e informarme de los mismos al finalizarla investigación.

Y para que así conste a los efectos oportunos, firmo la presente, en Sevilla, en la fecha abajo indicada.

Firma:

En Sevilla, a de de 20 .

ANEXO IV. Cuestionario de Seguridad en Situaciones de Riesgo para Consumir

UNIVERSIDAD DE SEVILLA
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA SOCIAL



Nombre:

Edad:

Sexo:

Sustancia de consumo:

Tiempo de Consumo:

Fecha:

CUESTIONARIO DE SEGURIDAD EN SITUACIONES DE RIESGO PARA CONSUMIR

A continuación encontrarás una serie de situaciones o acontecimientos en los que algunas personas acostumbran a tomar cocaína.

Imagina que ahora te encuentras en cada una de esas situaciones.

Indica a partir de la escala que encontrarás a continuación el grado de seguridad que tú tienes de poder resistirte al deseo de tomar cocaína en esas situaciones, y por tanto estar en ellas sin tomarla.

SERÍA CAPAZ DE RESISTIRME AL DESEO DE TOMAR COCAÍNA

	No estoy seguro			Estoy seguro		
1. Si estuviera deprimido por todo en general	0	20	40	60	80	100
2. Si me sintiera débil, enfermo o con malestar físico en general	0	20	40	60	80	100
3. Si me sintiera contento	0	20	40	60	80	100
4. Si sintiera que no había ninguna otra salida	0	20	40	60	80	100

ANEXOS

5. Si quisiera comprobar si podía tomar cocaína con moderación	0	20	40	60	80	100
6. Si me encontrara en un lugar en el que anteriormente había tomado o comprado cocaína	0	20	40	60	80	100
7. Si me sintiera tenso o incómodo por la presencia de alguien	0	20	40	60	80	100
8. Si estuviera invitado en casa de alguien, me ofrecieran cocaína y me sintiera molesto al tener que rechazarla	0	20	40	60	80	100
9. Si me encontrara con algunos viejos amigos y deseásemos pasar un buen rato	0	20	40	60	80	100
10. Si fuera incapaz de expresar mis sentimientos a alguien	0	20	40	60	80	100
11. Si me sintiera decepcionado conmigo mismo	0	20	40	60	80	100
12. Si tuviera problemas para dormir	0	20	40	60	80	100
13. Si me sintiera seguro y relajado	0	20	40	60	80	100
14. Si estuviera aburrido	0	20	40	60	80	100
15. Si quisiera demostrarme a mí mismo que la cocaína no es un problema para mí	0	20	40	60	80	100
16. Si inesperadamente me encontrase ante la ocasión de consumir cocaína o viera algo que me la recordara	0	20	40	60	80	100
17. Si otras personas me rechazasen o pareciese que yo no les cayera bien	0	20	40	60	80	100
18. Si saliera con unos amigos y no pararan de proponer que fuéramos a algún sitio y tomáramos cocaína	0	20	40	60	80	100
19. Si es tuviera con un buen amigo y quisiéramos sentirnos mejor juntos	0	20	40	60	80	100
20. Si algunas personas me tratasen injustamente o impidieran que pudiera hacer lo que me había propuesto	0	20	40	60	80	100
21. Si me sintiera solo	0	20	40	60	80	100
22. Si deseara mantenerme despierto, estar más "espabilado" o sentirme más lleno de energía	0	20	40	60	80	100

ANEXOS

23. Si me sintiera contento por algo	0	20	40	60	80	100
24. Si me sintiera nervioso o tenso por algo	0	20	40	60	80	100
25. Si quisiera comprobar que puedo tomar cocaína de vez en cuando, sin llegar a engancharme	0	20	40	60	80	100
26. Si hubiera estado bebiendo y me viniese a la cabeza la idea de tomar cocaína	0	20	40	60	80	100
27. Si me sintiera influido por mi familia o sintiera que no podía responder a las expectativas que habían puesto en mí.	0	20	40	60	80	100
28. Si otras personas en la misma habitación estuvieran tomando cocaína y yo pensara que ellos esperaban de mí que tomase también	0	20	40	60	80	100
29. Si estuviera con amigos y quisiera divertirme más	0	20	40	60	80	100
30. Si no me llevara bien con los demás en el trabajo	0	20	40	60	80	100
31. Si empezara a sentirme culpable por algo	0	20	40	60	80	100
32. Si quisiera perder peso	0	20	40	60	80	100
33. Si me sintiera contento con mi vida	0	20	40	60	80	100
34. si me sintiera agobiado y deseara evadirme	0	20	40	60	80	100
35. Si quisiera comprobar que puedo estar con amigos que toman cocaína sin yo tomarla	0	20	40	60	80	100
36. Si oyera a alguien hablar de sus experiencias pasadas con la cocaína	0	20	40	60	80	100
37. Si hubiera peleas en casa	0	20	40	60	80	100
38. Si me presionasen para tomar cocaína y sintiera que no podía rechazarla	0	20	40	60	80	100
39. Si quisiera divertirme con un amigo	0	20	40	60	80	100
40. Si estuviera descontento con mi trabajo y/o me sintiera presionado	0	20	40	60	80	100

ANEXOS

41. Si me sintiera enfadado por cómo habían ido las cosas	0	20	40	60	80	100
42. Si tuviera dolor de cabeza o me doliese algo	0	20	40	60	80	100
43. Si recordara algo bueno que había pasado	0	20	40	60	80	100
44. Si me sintiera confundido por lo que debía hacer	0	20	40	60	80	100
45. Si quisiera comprobar que puedo estar en sitios donde se toma cocaína, sin yo tomarla	0	20	40	60	80	100
46. Si empezara a pensar en lo bien que me podía poner o sentir tomando cocaína	0	20	40	60	80	100
47. Si sintiera que necesitaba coraje para enfrentarme a alguien	0	20	40	60	80	100
48. Si estuviera en un grupo de gente y todos estuvieran tomando cocaína	0	20	40	60	80	100
49. Si estuviera pasando un buen rato quisiera aumentar mi placer sexual	0	20	40	60	80	100
50. Si sintiera que alguien intenta controlarme yo quisiera sentirme más independiente	0	20	40	60	80	100

ANEXO V. Cuestionario de Habilidades Sociales.

UNIVERSIDAD DE SEVILLA
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA SOCIAL

**CUESTIONARIO DE HABILIDADES SOCIALES**

Nombre:

Edad: Sexo: Hombre Mujer

Sustancia de consumo:

INSTRUCCIONES: Lea detenidamente cada una de las siguientes frases y responda rodeando con un círculo una de las cuatro respuestas situadas al final de cada frase, en función de que Usted considere que lo que se dice en cada pregunta represente en mayor o menor medida su forma habitual de comportarse. Así si la frase dice: “*Me cuesta concertar citas con chicas*”, y a Usted le pasa esto sólo algunas veces, entonces contestaría marcando la respuesta “*POCO*”. Por favor, lea todas las preguntas, asegúrese de que las ha entendido bien, y conteste a todas ellas.

1. **Nada de acuerdo**
2. **Poco de acuerdo**
3. **Bastante de acuerdo**
4. **Muy de acuerdo**

1. Cuando alguien me dice algo agradable, me cuesta agradecérselo	1	2	3	4
2. Normalmente no me quejo si me han prestado un mal servicio en una cafetería o restaurante	1	2	3	4
3. Actualmente no me cuesta decirle a mis amigos que no traigan drogas cuando vienen a mi casa	1	2	3	4
4. Si no estoy de acuerdo con algo que dice el profesional del programa de drogas, lo más probable es que no se lo diga directamente	1	2	3	4
5. No me cuesta llamar a las chicas para quedar con ellas	1	2	3	4
6. En general, creo que la única forma de hacer nuevos amigos es salir y buscarlos uno mismo	1	2	3	4

ANEXOS

7. Me cuesta decirle a alguien que me gusta	1	2	3	4
8. Me resulta muy difícil criticar a las personas, aun cuando sé que están equivocadas y yo tengo razón	1	2	3	4
9. Si llego a saber que una persona que está en tratamiento, toma drogas a escondidas, probablemente no se lo diría a nadie del centro	1	2	3	4
10. Si estuviese trabajando, no me daría corte ni me pondría nervioso pedir a mi jefe un aumento de sueldo	1	2	3	4
11. En general soy una persona habladora y tomo la iniciativa con las chicas con las que salgo	1	2	3	4
12. Habitualmente yo soy quien toma la iniciativa cuando estoy con el grupo de amigos	1	2	3	4
13. No suelo decirles a las personas las cosas agradables que pueda pensar de ellas	1	2	3	4
14. Cualquiera que quiera colarse delante de mí en una fila, va a tener una discusión	1	2	3	4
15. Cuando deseo rechazar drogas, me cuesta mucho hacerlo	1	2	3	4
16. Normalmente vacilo cuando tengo que llamar por teléfono a establecimientos públicos y a instituciones	1	2	3	4
17. Por lo general espero a que las chicas se me insinúen, antes de insinuarme yo a ellas	1	2	3	4
18. Creo que seguir la iniciativa de los demás resulta mejor que dirigirlos tú a ellos	1	2	3	4
19. No me cuesta decir cosas agradables o hacer cumplidos a otras personas	1	2	3	4
20. Si alguien me quita el aparcamiento por el que estoy esperando, me pondría furioso, pero probablemente me marcharía sin decir nada	1	2	3	4
21. Las drogas me permiten ser más divertido y sociable de lo que normalmente soy	1	2	3	4
22. Si un guardia se dispusiese a multarme por exceso de velocidad, intentaría conversar con él para que no me multase	1	2	3	4
23. Me cuesta poco iniciar conversaciones con chicas que acabo de conocer o que me acaban de presentar	1	2	3	4
24. La mayoría de la gente parece más enérgica y parece que sabe defender mejor sus derechos que yo	1	2	3	4
25. No evito hacer preguntas por miedo a parecer estúpido	1	2	3	4
26. Si algún amigo estuviese muy deprimido, me preocuparía por él e intentaría animarle	1	2	3	4
27. Durante las discusiones, normalmente contengo mis emociones en lugar de expresarlas	1	2	3	4

ANEXOS

28. Si estoy en una fiesta y una persona que acabo de conocer allí me ofrece de forma gratuita drogas, no me costaría rechazar la invitación	1	2	3	4
29. Si solicitase un trabajo para el que cuento con mucha experiencia, y el empleador me dice que no tengo la experiencia suficiente, intentaría convencerle de que sí tengo experiencia	1	2	3	4
30. No me cuesta mostrarle afecto a las chicas	1	2	3	4
31. Más que esconder o reprimir mis sentimientos, tengo tendencia a mostrarlos	1	2	3	4
32. No me da corte si tengo que felicitar a alguien	1	2	3	4
33. En el caso de que me perdiesen parte de mi ropa que dejé para lavar en la lavandería, probablemente me iría de allí sin decir nada	1	2	3	4
34. Respecto a mis sentimientos, me considero una persona abierta y sincera	1	2	3	4
35. Me da miedo citar a las chicas, ya que si me dicen que no me sentiría rechazado	1	2	3	4
36. Sinceramente creo que la gente se aprovecha de mí	1	2	3	4
37. No me cuesta rechazar drogas cuando me las ofrecen	1	2	3	4
38. En general me pongo muy nerviosos cada vez que tengo que hablar con personas importantes o tienen autoridad	1	2	3	4
39. No me considero una persona tímida	1	2	3	4
40. En general no vacilo en expresar abiertamente mis opiniones cuando estoy ante un grupo de personas	1	2	3	4

ANEXO VI. Hoja de Autorregistro

Nombre

Fecha

DURANTE LA SESIÓN:

1. Habilidad a realizar:
2. ¿Dónde la harás?
3. ¿Cuándo la harás?
4. ¿Con quién la harás?
5. ¿Percibes algún tipo de riesgo de consumo de droga en esta situación? ¿En qué medida? (0-10)
6. ¿Qué grado de confianza tienes de que aplicarás de manera adecuada la habilidad que has aprendido? (0-10)

DESPUÉS DE REALIZAR LA HABILIDAD:

1. ¿Qué sucedió al hacer la habilidad?
2. ¿Has seguido los pasos que aprendiste? ¿Cuáles?

3. ¿Cómo crees que has ejecutado la habilidad? (Marca una respuesta)

Excelente

Bien

Regular

Mal

ANEXO VII. Inventario de Situaciones Interpersonales

Edad: _____ Sexo: Hombre Mujer

Sustancia de consumo: _____

INSTRUCCIONES: Lea detenidamente cada una de las frases que a continuación se detallan. Por favor, señale en la columna de la izquierda el **grado de malestar** que Usted experimenta en cada una de estas situaciones en base a esta escala:

- 1 Nada
- 2 Un poco
- 3 Bastante
- 4 Mucho
- 5 Muchísimo

Una vez contestadas, vuelva a leer atentamente las mismas situaciones, pero esta vez, indique en la columna de la derecha **con qué frecuencia** Usted se comporta como se describe en las situaciones, usando la siguiente escala:

- 1 Nunca
- 2 Rara vez
- 3 A veces
- 4 A menudo
- 5 Siempre

Tómese su tiempo antes de pasar de pregunta; no hay respuestas correctas o falsas, simplemente se trata de conocer su opinión sobre estos temas.

ANEXOS

Grado de Malestar					Situaciones	Frecuencia				
1	2	3	4	5	1. Mezclarse en la conversación de un pequeño grupo	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	2. Decirle a un/a amigo/a que lo que está haciendo le molesta	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	3. No aceptar la oferta de alguien que se le imponga (p.e. un vendedor ambulante)	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	4. Aceptar un elogio por algo que usted ha hecho	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	5. Pedirle a un/a amigo/a que le ayude con una tarea	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	6. Pedirle a alguien que te devuelva algún objeto que le prestaste	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	7. Negarse a prestarle dinero a alguien	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	8. Denegar una petición de una persona con autoridad (por ejemplo, un empleador, un jefe, un profesor)	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	9. Expresar agradecimiento por algo que otra persona ha hecho por usted	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	10. Pedirle en un sitio público a un desconocido que deje de molestarle (autobús, cine)	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	11. Mirar a los ojos a la persona con quien está hablando	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	12. Pedirle información a un funcionario público	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	13. Entablar una conversación con un hombre o mujer atractivo/a	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	14. Expresar una opinión que difiera de la de su interlocutor	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	15. Iniciar una conversación con un extraño	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	16. Expresar una opinión que difiera de la del grupo de personas con las que está hablando	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	17. Elogiar a otra persona por algo que ha hecho bien	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	18. Rechazar o devolver un artículo en malas condiciones (en una tienda o un restaurante)	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	19. Pedir más explicaciones sobre algo que no ha entendido bien	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	20. Manifestar su opinión durante una conversación con desconocidos	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	21. Decirle a alguien que ha hecho o dicho te ha ofendido	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	22. Rechazar una petición de una persona que usted aprecia	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	23. Mostrar agradecimiento por un regalo recibido	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	24. Decirle a alguien que está muy guapo/a	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	25. Comentarle a un conocido que tiene la sensación de que le está eludiendo	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	26. Decirle a alguien que te gusta que muestre aprecio por usted	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	27. Aceptar un elogio sobre su aspecto físico	1	2	3	4	5

ANEXOS

1	2	3	4	5	28. Expresar ante otra persona su satisfacción con algo que usted mismo ha hecho	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	29. Dirigirse a un desconocido para presentarse	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	30. Manifestar su propia ideología	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	31. Decirle alguien que no quiere volverlo a ver más	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	32. Insistirle a alguien que participe en una tarea conjunta	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	33. Decirle a alguien que le molesta el tono en que le está hablando	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	34. Expresar su opinión ante una persona con autoridad (empleador, jefe, profesor, etc.)	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	35. Invitar a un amigo a alguna actividad	1	2	3	4	5

ANEXO VIII. Sistema de Evaluación Conductual de la Habilidad Social (SECHS)

COMPONENTES NO VERBALES

Expresión Facial

- 1 – Cara desagradable o muy desagradable. Expresiones negativas.
- 2 – Cara normal. Apenas si se observan expresiones negativas.
- 3 – Cara agradable o muy agradable. Expresiones positivas.

Mirada

- 1 – Mira poco o muy poco. Impresión negativa.
Mira en exceso. Desagradable o muy desagradable.
- 2 – Frecuencia y patrón de miradas normales.
- 3 – Frecuencia y patrón de mirada bueno o muy bueno. Agradable o muy agradable.

Sonrisas

- 1 – Sonrisas ausentes o poco frecuentes. Impresión desagradable o negativa
Sonrisas continuas o muy frecuentes.
- 2 – Patrón y frecuencia de sonrisas normales.
- 3 – Patrón y frecuencia de sonrisas bueno o muy bueno. Agradable o muy agradable.

Postura

- 1 – Postura cerrada. Da la impresión de un rechazo total o parcial.
- 2 – Postura normal. No produce impresión de rechazo.
- 3 – Postura abierta. Da la impresión de aceptación.

Orientación

- 1 – Orientado completa o parcialmente hacia el otro lado. Impresión negativa.
- 2 – Orientación normal. No produce una impresión desagradable.
- 3 – Buena orientación. Impresión agradable.

Distancia / Contacto físico

- 1 – Distancia demasiada o excesivamente próxima o lejana.
- 2 – Distancia normal. Ni agradable ni desagradable.
- 3 – Distancia oportuna y adecuada. Impresión de acercamiento. Agradable.

Gestos

- 1 – Poca o nula presencia de gestos; manos inmóviles o con pocos movimientos. Impresión negativa.
- 2 – Frecuencia y patrón de gestos normales.
- 3 – Buena o muy buena frecuencia y distribución de los gestos. Impresión positiva.

Apariencia personal

- 1 – Desaliñado. Apariencia desagradable y poco o nada atractiva.
- 2 – Apariencia normal.
- 3 – Buena apariencia. Agradable y atractiva.

Oportunidad de los reforzamientos

- 1 – Refuerza poco o nunca, o sus reforzamientos están fuera de lugar.
- 2 – Reforzamiento normal.
- 3 – Reforzamiento bueno o muy bueno, o bien sus reforzamientos encuentran el momento oportuno.

COMPONENTES PARALINGÜÍSTICOS

Volumen de la voz

- 1 – Volumen bajo; no se le oye o se le oye poco. Impresión negativa.
Volumen demasiado alto. Impresión desagradable.
- 2 – Voz normal pasable.
- 3 – Volumen adecuado. Impresión positiva.

Entonación

- 1 – Poco o nada expresiva, monótona, aburrida. Desagradable.
- 2 – Entonación normal, pasable.

3 – Buena entonación, animada y expresiva. Agradable.

Timbre

1 – Desagradable, agudo o grave de forma negativa.

2 – Timbre normal, ni agradable ni desagradable.

3 – Timbre agradable. Impresión positiva.

Fluidez

1 – Frecuentes perturbaciones o pausas embarazosas. Desagradable.

2 – Pausas y perturbaciones normales. No da impresión negativa.

3 – Pocas o ninguna perturbación ni pausas embarazosas. Agradable.

Velocidad

1 – Habla deprisa. Se le entiende poco o nada.

Habla despacio. Desagradable.

2 – Velocidad normal. Se le entiende generalmente.

3 – Velocidad apropiada. Agradable.

Claridad

1 – Pronuncia con escasa claridad. Negativo. Demasiada articulación de las palabras. Desagradable.

2 – Claridad de pronunciación normal.

3 – Pronuncia las palabras claramente. Agradable.

Tiempo de habla

1 – Habla poco. Impresión negativa.

Habla en exceso. Desagradable.

2 – Tiempo de habla normal. Ni agradable ni desagradable.

3 – Buena duración del habla. Agradable.

COMPONENTES VERBALES

Contenido

- 1 – Poco interesante, aburrido, poco variado. Impresión negativa.
- 2 – Contenido normal, cierta variación.
- 3 – Contenido interesante, animado, variado. Agradable.

Humor

- 1 – Contenido serio y con poco humor. Impresión negativa.
- 2 – Contenido de humor normal.
- 3 – Contenido de humor bueno. Agradable.

Atención personal

- 1 – Se interesa poco por la otra persona, con pocas preguntas. Impresión negativa.
- 2 – Interés normal por la otra persona.
- 3 – Buen interés por la otra persona, con número adecuado de preguntas sobre ella. Impresión positiva.

Preguntas

- 1 – Hace pocas preguntas. Impresión negativa. Hace preguntas en exceso. Impresión desagradable.
- 2 – Patrón de preguntas normal. Ni agradable ni desagradable.
- 3 – Preguntas variadas y adecuadas. Agradable.

Respuestas a preguntas

- 1 – Respuestas breves o poco adecuadas. Impresión negativa.
- 2 – Respuestas normales. Impresión ni positiva ni negativa.
- 3 – Respuestas adecuadas y de duración correcta. Impresión positiva.

ANEXO IX. Interpretación de abreviaturas de variables de análisis de datos

VARIABLES DEL CUESTIONARIO DE ASERTIVIDAD EN POBLACIÓN DROGODEPENDIENTE	
CHS_feedbak+Pre	Cuestionario de Asertividad en población drogodependiente. Feedback positivo. Medida pretest
CHS_feedbak+Pos	Cuestionario de Asertividad en población drogodependiente. Feedback positivo. Medida postest
CHS_feedback-Pre	Cuestionario de Asertividad en población drogodependiente. Feedback negativo. Medida pretest.
CHS_feedback-Pos	Cuestionario de Asertividad en población drogodependiente. Feedback negativo. Medida postest.
CHS_DrugPre	Cuestionario de Asertividad en población drogodependiente. Aplicación de la asertividad en situaciones relacionadas con las drogas. Medida pretest.
CHS_DrugPos	Cuestionario de Asertividad en población drogodependiente. Aplicación de la asertividad en situaciones relacionadas con las drogas. Medida postest.
CHS_GRALPre	Cuestionario de Asertividad en población drogodependiente. Habilidades sociales de carácter general que no están asociadas a ninguna situación concreta. Medida pretest.
CHS_GRALPos	Cuestionario de Asertividad en población drogodependiente. Habilidades sociales de carácter general que no están asociadas a ninguna situación concreta. Medida postest.
CHS_HHSSPre	Cuestionario de Asertividad en población drogodependiente. Total. Medida pretest.
CHS_HHSSPos	Cuestionario de Asertividad en población drogodependiente. Total. Medida postest.
VARIABLES DEL SISTEMA DE EVUALUACIÓN CONDUCTUAL DE LA HABILIDAD SOCIAL	
Línea Base FB positivo C.S.Gnral juez 1	Sistema de Evaluación Conductual de la Habilidad Social. Línea Base. Feedback positivo. Competencia Social General. Juez 1.
Línea Base FB positivo C.S.Gnral juez 2	Sistema de Evaluación Conductual de la Habilidad Social. Línea Base. Feedback positivo. Competencia Social General. Juez 2.
Línea Base FB positivo Ans.Soc. juez 1	Sistema de Evaluación Conductual de la Habilidad Social. Línea Base. Feedback positivo. Ansiedad social. Juez 1.
Línea Base FB positivo Ans.Soc. juez 2	Sistema de Evaluación Conductual de la Habilidad Social. Línea Base. Feedback positivo. Ansiedad social. Juez 2.

ANEXOS

Línea Final FB positivo C.S. Gnral juez 1	Sistema de Evaluación Conductual de la Habilidad Social. Línea Final. Feedback positivo. Competencia Social General. Juez 1.
Línea Final FB positivo C.S.Gnral juez 2	Sistema de Evaluación Conductual de la Habilidad Social. Línea Final. Feedback positivo. Competencia Social General. Juez 2.
Línea Final FB positivo Ans.Soc. juez 1	Sistema de Evaluación Conductual de la Habilidad Social. Línea Final. Feedback positivo. Ansiedad social. Juez 1.
Línea Final FB positivo Ans.Soc. juez 2	Sistema de Evaluación Conductual de la Habilidad Social. Línea Final. Feedback positivo. Ansiedad social. Juez 2.
Línea Base FB negativo C.S.Gnral juez 1	Sistema de Evaluación Conductual de la Habilidad Social. Línea Base. Feedback negativo. Competencia Social General. Juez 1.
Línea Base FB negativo C.S.Gnral juez 2	Sistema de Evaluación Conductual de la Habilidad Social. Línea Base. Feedback negativo. Competencia Social General. Juez 2.
Línea Base FB negativo Ans.Soc. juez 1	Sistema de Evaluación Conductual de la Habilidad Social. Línea Base. Feedback negativo. Ansiedad social. Juez 1.
Línea Base FB negativo Ans.Soc. juez 2	Sistema de Evaluación Conductual de la Habilidad Social. Línea Base. Feedback negativo. Ansiedad social. Juez 2.
Línea Final FB negativo C.S.Gnral juez 1	Sistema de Evaluación Conductual de la Habilidad Social. Línea Final. Feedback negativo. Competencia Social General. Juez 1.
Línea Final FB negativo C.S.Gnral juez 2	Sistema de Evaluación Conductual de la Habilidad Social. Línea Final. Feedback negativo. Competencia Social General. Juez 2.
Línea Final FB negativo Ans.Soc. juez 1	Sistema de Evaluación Conductual de la Habilidad Social. Línea Final. Feedback negativo. Ansiedad social. Juez 1.
Línea Final FB negativo Ans.Soc. juez 2	Sistema de Evaluación Conductual de la Habilidad Social. Línea Final. Feedback negativo. Ansiedad social. Juez 2.
Línea Base Droga C.S.Gnral juez 1	Sistema de Evaluación Conductual de la Habilidad Social. Línea Base. Situaciones de Drogas. Competencia Social General. Juez 1.
Línea Base Droga C.S.Gnral juez 2	Sistema de Evaluación Conductual de la Habilidad Social. Línea Base. Situaciones de Drogas. Competencia Social General. Juez 2.
Línea Base Droga Ans.Soc. juez 1	Sistema de Evaluación Conductual de la Habilidad Social. Línea Base. Situaciones de Drogas. Ansiedad social. Juez 1.
Línea Base Droga Ans.Soc. juez 2	Sistema de Evaluación Conductual de la Habilidad Social. Línea Base. Situaciones de Drogas. Ansiedad social. Juez 2.

Línea Final Drogas C.S. Gnral juez 1	Sistema de Evaluación Conductual de la Habilidad Social. Línea Final. Situaciones de Drogas. Competencia Social General. Juez 1.
Línea Final Drogas C.S.Gnral juez 2	Sistema de Evaluación Conductual de la Habilidad Social. Línea Final. Situaciones de Drogas. Competencia Social General. Juez 2.
Línea Final Drogas Ans.Soc. juez 1	Sistema de Evaluación Conductual de la Habilidad Social. Línea Final. Situaciones de Drogas. Ansiedad social. Juez 1.
Línea Final Drogas Ans.Soc. juez 2	Sistema de Evaluación Conductual de la Habilidad Social. Línea Final. Situaciones de Drogas. Ansiedad social. Juez 2.
VARIABLES DEL INVENTARIO DE SITUACIONES INTERPERSONALES (ANSIEDAD SOCIAL)	
ISINerviosPre	Inventario de Situaciones Interpersonales. Malestar o nerviosismo en situaciones sociales que implican asertividad. Medida Pretest.
ISIFrecAnsSocPre	Inventario de Situaciones Interpersonales. Frecuencia de la ansiedad en situaciones sociales que implican asertividad. Medida Pretest.
ISINerviosPos	Inventario de Situaciones Interpersonales. Malestar o nerviosismo en situaciones sociales que implican asertividad. Medida Postest.
ISIFrecAnsSocPos	Inventario de Situaciones Interpersonales. Frecuencia de la ansiedad en situaciones sociales que implican asertividad. Medida Postest.
VARIABLES DEL CUESTIONARIO DE CONFIANZA EN SITUACIONES DE RIESGO DE CONSUMO DE DROGAS (AUTOEFICACIA PERCIBIDA)	
Estados emocionales negativos Pre	Cuestionario de confianza en situaciones de riesgo para consumir. Estados emocionales negativos. Medida Pretest.
Estados emocionales negativos Pos	Cuestionario de confianza en situaciones de riesgo para consumir. Estados emocionales negativos. Medida Postest.
Malestar físico Pre	Cuestionario de confianza en situaciones de riesgo para consumir. Malestar físico. Medida Postest.
Malestar físico Pos	Cuestionario de confianza en situaciones de riesgo para consumir. Malestar físico. Medida Postest.
Estados emocionales positivos Pre	Cuestionario de confianza en situaciones de riesgo para consumir. Estados emocionales positivos. Medida Pretest.
Estados emocionales positivos Pos	Cuestionario de confianza en situaciones de riesgo para consumir. Estados emocionales positivos. Medida Postest.
Pruebas de control personal Pre	Cuestionario de confianza en situaciones de riesgo para consumir. Pruebas de control personal. Medida Pretest.

Prueba de control personal Pos	Cuestionario de confianza en situaciones de riesgo para consumir. Pruebas de control personal. Medida Postest.
Impulsos y tentaciones de consumo Pre	Cuestionario de confianza en situaciones de riesgo para consumir. Impulsos y tentaciones de consumo. Medida Pretest.
Impulsos y tentaciones de consumo Pos	Cuestionario de confianza en situaciones de riesgo para consumir. Impulsos y tentaciones de consumo. Medida Postest.
Conflicto interpersonal Pre	Cuestionario de confianza en situaciones de riesgo para consumir. Conflicto interpersonal. Medida Pretest.
Conflicto interpersonal Pos	Cuestionario de confianza en situaciones de riesgo para consumir. Conflicto interpersonal. Medida Postest.
Presión social Pre	Cuestionario de confianza en situaciones de riesgo para consumir. Presión social. Medida Pretest.
Presión social Pos	Cuestionario de confianza en situaciones de riesgo para consumir. Presión social. Medida Postest.
Momentos Agradables con otros Pre	Cuestionario de confianza en situaciones de riesgo para consumir. Momentos agradables con otros. Medida Pretest.
Momentos agradables con otros Pos	Cuestionario de confianza en situaciones de riesgo para consumir. Momentos agradables con otros. Medida Postest.
Media Seguro Pre	Cuestionario de confianza en situaciones de riesgo para consumir. Total. Medida pretest.
Media Seguro Pos	Cuestionario de confianza en situaciones de riesgo para consumir. Total. Medida postest.