

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

Differential effect of models on assertive behavior of drug addicts in abstinence

Samuel Rueda Méndez y José María León Rubio

Universidad de Sevilla

Resumen: El objetivo principal de esta investigación fue estudiar si diferentes estatus de los modelos presentados en un Entrenamiento en Habilidades Sociales con Drogodependientes influyen en la adquisición de las conductas asertivas para prevenir recaídas.

Sobre la base de la Teoría Social Cognitiva de Bandura, se hipotetizó que las personas entrenadas mediante un modelo con características similares a ellas (exdrogodependiente entrenado al efecto), adquirirán mejor las conductas objeto del programa, que aquellas otras que fueron expuestas a un modelo experto. Por tanto, las personas del "grupo con modelo similar" desarrollarán un sentimiento de *autoeficacia percibida* superior al del "grupo con modelo experto". Para alcanzar nuestro objetivo, dividimos a las personas adictas en abstinencia en tres grupos ("modelo similar", "modelo experto" y grupo control). A los dos primeros grupos les aplicamos un Entrenamiento en Habilidades Sociales para afrontar las situaciones de alto riesgo de recaída. La hipótesis se confirmó parcialmente.

Palabras clave: Estatus del modelo; Autoeficacia; Entrenamiento en Habilidades Sociales; Prevención de Recaídas.

Abstract: The principal aim of this research was to study if different status of models presented in a Social Skills Training with drug addicts, have influence on acquisition of assertive behaviors to prevent relapses. According to Bandura's Social Cognitive Theory, is hypothesized that people trained by a model with characteristics similar to them (trained ex-drug addict ad hoc), will acquire better the behaviors developed in the program, which those others that were exposed to an expert model. Therefore, people of "group with similar model" will develop a higher sense of perceived self-efficacy than "group with expert model". To reach our aim, we divided the sample in three groups ("similar model", "expert model" and control). A Social Skills Training was applied to the first group to cope with situations of high risk of relapse. The hypothesis was partially confirmed.

Key words: Status Model; Self-efficacy; Social Skills Training; Relapse Prevention.

Planteamiento del problema

Se pretendía evaluar el efecto diferencial de modelos de distinto estatus (igual vs. experto) sobre la adquisición de conductas asertivas en drogodependientes en abstinencia, dentro de un programa de prevención de recaídas.

Con base en la Teoría Social Cognitiva de Bandura (1982, 1986), y en su posterior desarrollo en la Teoría de la Autoeficacia (1997, 1999) se hipotetizó que las personas entrenadas en Habilidades Sociales por medio de un modelo con características similares a ellas (exdrogodependiente entrenado al efecto), adquirirán mejor las conductas objeto del programa, que aquellas otras que fueron expuestas a un modelo experto.

Según Bandura, las personas tienen la capacidad de ejercer influencia sobre su propia conducta y, por tanto, modificar su medio

ambiente. Esta visión de la naturaleza humana, como un agente activo capacitado para la autorregulación, tiene como factor central las *creencias de eficacia personal* o *Autoeficacia*. Este concepto es definido como "las creencias en las propias capacidades para organizar y ejecutar los cursos de acción requeridos para producir determinados logros" (Bandura, 1997, pp. 3). Este tipo de creencias van a influir en las actividades que una persona elija, en el nivel de motivación y esfuerzo que desarrolle al realizarlas y en la adquisición de las estructuras de conocimiento en las que se fundamentan las habilidades.

La extensión de este concepto al ámbito de la salud ha permitido establecer que el sentido de eficacia personal en la confianza de las personas en su capacidad para manejar los estresores a los que se enfrentan a diario y en la modificación de las conductas asociadas a la salud.

De hecho, son muchos los modelos de Salud que toman el concepto de autoeficacia como factor determinante de las conductas de salud. Uno de ellos es el Modelo de Prevención de Recaídas de las conductas adictivas (Marlatt y Gordon, 1985; Marlatt, 1993; Marlatt, 1996). Desde esta estructura de análisis se propone una taxonomía de situaciones de alto riesgo o precipitantes de la recaída, como son:

Dirección postal de contacto:

C/ Camilo José Cela s/n

41018 - Sevilla

Número de teléfono: 954 55 43 58/954 55 77 02

Número de fax: 954 55 77 11

Correo electrónico: srueda@us.es / jmleon@us.es

- Incapacidad para manejar estados emocionales negativos: estrés, depresión, soledad, aburrimiento o impaciencia.
- Presión social para el consumo de la sustancia.
- Conflictos interpersonales.

El dominio de tales situaciones de riesgo fortalece la eficacia autorreguladora. Por el contrario, cuando se infrautilizan las habilidades de afrontamiento porque se duda de la autoeficacia se produce la recaída. Las mediciones de autoeficacia confirman que tales condiciones debilitan la eficacia percibida para resistirse al consumo de sustancias (Barber, Cooper y Heather, 1991; Barrios y Niehaus, 1985).

Marlatt et al. (1999) distinguen distintos tipos de autoeficacia en función de la fase del proceso adictivo: iniciación, modificación y mantenimiento. En esta última, Marlatt distingue entre la autoeficacia de recuperación y la autoeficacia de manejo; la primera de ellas hace referencia a la capacidad percibida por el sujeto para superar un episodio de recaída y reestablecer la abstinencia. Mientras, la autoeficacia de manejo se refiere a la eficacia percibida para mantener la abstinencia a largo plazo y afrontar situaciones de alto riesgo para la recaída.

Es precisamente esta autoeficacia de manejo la que va a jugar un papel principal en el Modelo de Prevención de Recaídas (Marlatt y Gordon, 1985; Marlatt, 1993; Marlatt, 1996) cuyo esquema se ilustra en la figura 1.

Como puede observarse en la figura, una persona cuando se encuentra ante una situación de alto riesgo, debe poner en marcha una respuesta de afrontamiento determinada, que estará condicionada por el juicio de eficacia personal que realice sobre dicha respuesta (autoeficacia de manejo). Si dicha respuesta es eficaz, la probabilidad de recaída será escasa, y por tanto, dicho éxito promoverá un aumento y fortalecimiento de la autoeficacia percibida. En caso contrario, si la persona tiene un bajo nivel de autoeficacia para el manejo de esa situación, la respuesta de afrontamiento no alcanzará su objetivo de abstinencia. De este modo, la autoeficacia del sujeto se verá deteriorada, y la recaída se convertirá en un suceso muy probable (Cummings, Gordon y Marlatt, 1980).

En definitiva, la interacción entre la exposición a situaciones de alto riesgo, las habilidades de afrontamiento y la autoeficacia están implicadas en el proceso de recaída (Maulik, Tripathi y Pal, 2002).

Así pues, asumiendo el papel que juega la autoeficacia para el manejo de situaciones de alto riesgo, los programas dirigidos a la prevención de recaídas se orientan a incrementar dicho sentido de eficacia personal y dotar a los sujetos de respuestas de afrontamiento adecuadas, entre ellas, las habilidades sociales necesarias para afrontar dichas situaciones. En consecuencia, un Programa de Entrenamiento en Habilidades Sociales centrado en la taxonomía de situaciones de riesgo puede ser un instrumento adecuado para alcanzar los objetivos de la prevención de recaídas.

Ahora bien, son muchos los factores que en un programa de esta índole influyen sobre la adquisición de las habilidades entrenadas. Uno de los principales es el estatus del modelo al que son expuestas las personas entrenadas.

Bandura (1997) plantea que el observar a personas rindiendo con éxito aumenta la creencia de eficacia, cuando los observadores las perciben como similares; persuadiéndose éstos de que poseen las capacidades para dominar tales actividades (Bandura, 1982; Schunk, Hanson y Cox, 1987).

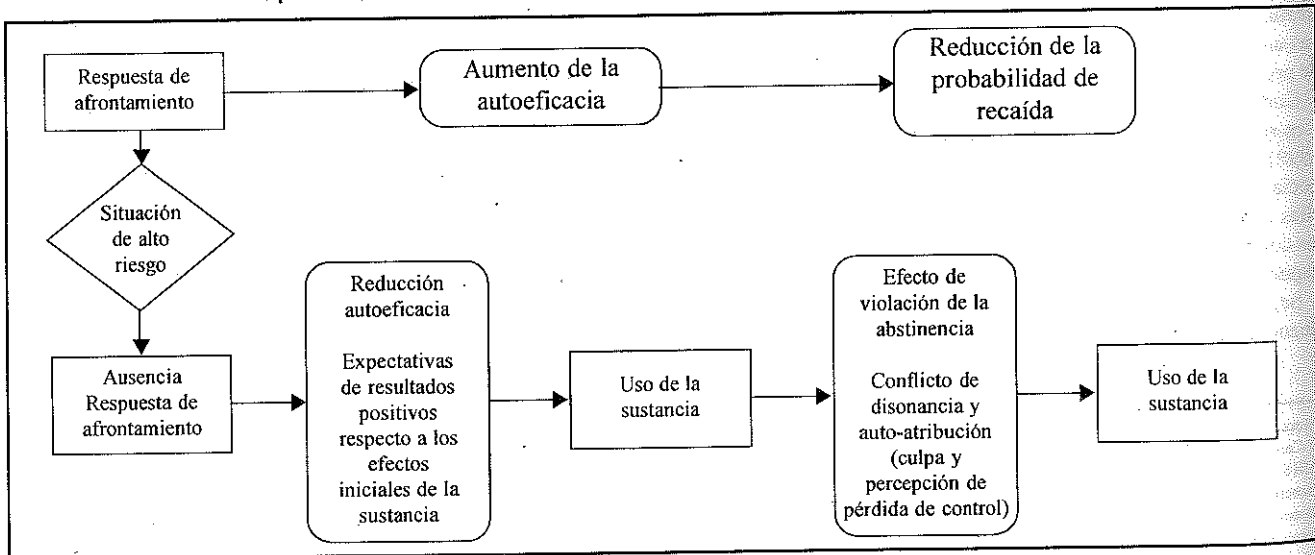
Por consiguiente, se ha formulado la hipótesis de que drogodependientes en abstinencia entrenados en Habilidades Sociales con un modelo con características similares a ellos, adquirirán mejor las conductas entrenadas que los expuestos a un modelo experto, gracias a un mayor aumento de su sentido de autoeficacia percibida.

Método

1. Sujetos

La muestra estaba compuesta por 15 drogodependientes en abstinencia (13 varones y 2 mujeres), con edades comprendidas entre los 19 y 42 años (media = 28,53 años), con un tiempo de consumo medio de 9 años, y que reunieron los siguientes criterios de participación:

Figura 1
Esquema resumen del Modelo de Prevención de Recaídas de Marlatt y Gordon (1985)



- Haber permanecido en abstinencia, al menos, un mes antes del comienzo de la intervención, y
- No haber recibido un entrenamiento en habilidades en algún momento de su biografía terapéutica.

Dichos sujetos participaban en el Programa Libre de Drogas del Centro Provincial para la Drogodependencia de Sevilla. Todos los sujetos participaron voluntariamente en este estudio.

2. Diseño

Para evaluar la hipótesis planteada, 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 1
Configuración de los grupos de estudio

Grupos	Valor de V.I.	Nº Sujetos
Grupo Experimental 1	Modelo Experto	5 sujetos
Grupo Experimental 2	Modelo Similar	3 sujetos
Grupo Control	—	7 sujetos

3. Instrumentos

Se realizaron dos medidas (pretest y postest) de tres variables dependientes: Habilidades Sociales, Autoeficacia Percibida ante situaciones de riesgo de consumo y Ansiedad Social.

Las Habilidades Sociales fueron medidas con el Cuestionario de Asertividad en Población Drogodependiente de Callner y Ross (1976). Consta de 40 ítems divididos en 6 subáreas, de las cuáles sólo hemos tomado en consideración cuatro, al ser las más relacionadas con la taxonomía de situaciones de riesgo descritas en la introducción: a) Feedback positivo; b) Feedback Negativo; c) Drogas; d) General.

Para medir la Autoeficacia Percibida se empleó el Cuestionario de Confianza en Situaciones de Riesgo para Consumir (Drug Taking Confidence Questionnaire-DTCQ; Annis y Martín, 1985, citado en Tejero y Trujols, 1994; Sklar y Turner, 1999), es un autoinforme de 50 ítems destinado a evaluar los niveles de autoeficacia o seguridad de no consumir droga en una serie de situaciones de riesgo.

Por último, la Ansiedad Social fue evaluada con el Inventario de Situaciones Interpersonales (Inventory of Interpersonal Situations-IIS), Van Dam-Baggen y Kraaimaat (1999) es un instrumento de autoinforme compuesto por 35 ítems que mide tanto el aspecto emocional como comportamental de la ansiedad social en el campo de la asertividad positiva y negativa.

Para el control de la Abstinencia de los sujetos que participaron en nuestro programa, utilizamos un sistema de parches de detec-

ción del consumo de drogas mediante la sudoración "Parche Pharmchek". Este sistema permite obtener una medida objetiva y no-invasiva del consumo de los participantes.

4. Procedimiento

Constó de las siguientes fases:

- Medición Pretest. Se administraron de forma individual los instrumentos antes reseñados, con el fin de establecer el nivel pretest de las variables dependientes.
- Adscripción de los sujetos. Los sujetos fueron adscritos de manera aleatoria a cada una de las condiciones experimentales antes descritas.
- Aplicación del Programa de Entrenamiento en las siguientes Habilidades Sociales:
 - Habilidades Conversacionales
 - Asertividad:
 - * Decir NO
 - * Realizar y recibir críticas
 - Expresión de Emociones:
 - * Expresión y recepción de emociones positivas
 - * Expresión y recepción de emociones negativas
- Medición Postest. Al término del EHS se estableció la segunda medida de las variables dependientes del estudio.

Previo consentimiento escrito de los participantes, se les implantó cada 15 días el "parche Pharmchek" para la detección del consumo de drogas.

Resultados

Una vez comprobado que la muestra de partida era igual en las variables dependientes mediante la prueba de Kruskal-Wallis, se calculó el porcentaje de cambio producido entre las medidas pretest y postest. Dicho índice se tomó como referencia para el análisis de nuestra hipótesis.

Tomando los tres grupos en conjunto, se comprueba que han existido diferencias significativas en el porcentaje de cambio de todas las VV.DD. (ver tabla 2).

Si se comparan las condiciones experimentales dos a dos, se observa que tanto el "grupo experto" como el "grupo similar", difieren de manera significativa respecto a al "grupo control", excepto en el caso del factor "feedback positivo" del "grupo similar", (ver tabla 3)

Sin embargo, cuando se compara el "grupo experto" y el "grupo similar" se observa que ninguna de las variables dependientes difieren de manera significativa. (ver tabla 4).

Discusión/Conclusiones

A la luz de los resultados arriba expuestos podemos concluir, en primer lugar, que los cambios que se observan entre el pretest y el postest en los grupos experimentales, se deben al entrenamiento en habilidades realizado. Estos resultados confirmarían la gran cantidad de datos empíricos que respaldan la eficacia de los EHS para esta población (Hawkins et al., 1989; Caplan et al., 1992; Botvin et al., 1995; Palinkas et al., 1996; Monti y O'Leary, 1999).

En segundo lugar, con respecto a la hipótesis planteada, los resultados muestran que no existe ninguna diferencia significativa

Tabla 2
Prueba de Kruskal-Wallis

	Diferencia FB+	Diferencia FB-	Diferencia Droga	Diferencia General	Diferencia Total HHSS	Diferencia Nervios	Diferencia Frecuencia	Diferencia Autoeficacia
Significación	,019	,020*	,024*	,003*	,005*	,013*	,020*	,005*

* p < .05

Tabla 3
Prueba de Mann-Whitney

	Diferencia FB+	Diferencia FB-	Diferencia Droga	Diferencia General	Diferencia Total HHSS	Diferencia Nervios	Diferencia Frecuencia	Diferencia Autoeficacia
U de Mann-Whitney	2,000	,000	,000	,000	,000	,000	1,000	,000
Significación	,019	,020*	,024*	,003*	,005*	,013*	,020*	,005*

* p < .05

Tabla 4
Prueba de Mann-Whitney

	Diferencia FB+	Diferencia FB-	Diferencia Droga	Diferencia General	Diferencia Total HHSS	Diferencia Nervios	Diferencia Frecuencia	Diferencia Autoeficacia
U de Mann-Whitney	4,000	7,500	6,000	2,000	6,500	5,000	6,000	6,000
Significación	,393	1,000	,786	,143	,786	,571	,786	,786

* p < .05

entre los dos grupos experimentales. Este hecho se puede deber a que, como comenta Bandura (1997), los modelos que son percibidos, a priori, como diferentes o expertos, se pueden convertir en modelos similares, en la medida en que los sujetos van aprendiendo las habilidades necesarias para realizar una tarea, y por tanto, la diferencia en la competencia entre modelo y observador se ve reducida. Además, cuando modelos eficaces no similares demuestran de manera explícita habilidades valiosas, los observadores que dudaban de su autoeficacia, aumentan su eficacia percibida para aprender el dominio de esa habilidad, ya que convierten su disimilaridad de competencia inicial en eventual similaridad percibida mediante el aprendizaje observacional de las estrategias y habilidades de los modelos (Schunk y Hanson, 1985, 1989; Schunk et al., 1987).

Referencias bibliográficas

- Annis, H.M. y Martin, G. (1985). *Drug-Taking Confidence Questionnaire*. Addiction Research Foundation of Ontario, Toronto, Canada.
- Bandura, A. (1982). *Teoría del Aprendizaje Social*. Madrid: Espasa-Calpe, S.A.
- Bandura, A. (1986). *Pensamiento y acción. Fundamentos sociales*. Barcelona: Martínez Roca, S.A.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy. The Exercise of Control*. New York: W.H. Freeman and Company.
- Bandura, A. (Ed.) (1999). *Autoeficacia: cómo afrontamos los cambios de la sociedad actual*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Barber, J.G.; Cooper, B.K. y Heather, N. (1991). The Situational Confidence Questionnaire (Heroin). *International Journal of the Addictions*, 26(5), 565-575.
- Barrios, F.X. y Niehaus, J.C. (1985). The influence of smoker status, smoking history, sex, and situational variables on smokers' self-efficacy. *Addictive Behaviors*, 10(4), 425-429.
- Botvin, G.J.; Schinke, S.P.; Epstein, J.A.; Diaz, T. y Botvin, E.M. (1995). Effectiveness of culturally focused and generic skills training approaches to alcohol and drug abuse prevention among minority adolescents: two-year follow-up results. *Psychology of Addictive Behaviors*, 9(3), 183-194.
- Callner, D.A. y Ross, S.M. (1976). The reliability and validity of three measures of assertion in a drug addict population. *Behavior Therapy* 7, 659-667.
- Caplan, M.; Weissberg, R.P.; Grober, J.S.; Sivo, P.J.; Grady, K. y Jacoby, C. (1992). Social competence promotion with inner-city and

suburban young adolescents: effects on social adjustment and alcohol use. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60(1), 56-63.

Cummings, C.; Gordon, J.R. y 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). New York: Pergamon Press.

Hawkins, J.D.; Catalano, R.F.Jr. y Wells, E.A. (1986). Measuring effects of a skills training intervention for drug abusers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54(5), 661-664.

Marlatt, G.A. y Gordon, J.R. (Eds.) (1985). *Relapse prevention. Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York: Guildford Press.

Marlatt, G.A. (1996). Taxonomy of high-risk situations for alcohol relapse: evolution and development of a cognitive-behavioral model. *Addiction*, 91(12), 37-49.

Marlatt, G.A.; Baer, J.S. y Quigley, L.A. (1999). Autoeficacia y conducta adictiva. En A. Bandura (Ed.). *Autoeficacia: cómo afrontamos los cambios de la Sociedad actual* (pp. 245-267). Bilbao: Desclée de Brouwer.

Marlatt, G.A. (1993). La prevención de recaídas en las conductas adictivas: un enfoque de tratamiento cognitivo-conductual. En Casas, M. y Gossop, M. (Comps.). *Recaídas y prevención de recaídas*. (pp. 137-159). Sitges: Ediciones en Neurociencias.

Maulik, P.K.; Tripathi, B.M. y Pal, H.R. (2002). Coping behaviors and relapse precipitants in opioid dependence: a study from North India. *Journal of Substance Treatment*, 22(3), 135-140.

Monti, P.M. y O'Leary, T.A. (1999). Coping and social skills training for alcohol and cocaine dependence. *Psychiatric Clinics of North America*, 22(2), 447-470.

Palinkas, L.A.; Atkins, C.J.; Miller, C. y 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.

Sklar, S.M. y 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.

Schunk, D.H. y Hanson, A.R. (1985). Peer models: Influence on children's cognitive skill learning. *Journal of Educational Psychology*, 77, 313-322.

Schunk, D.H. y Hanson, A.R. (1989). Influence of peer-model attributes on children's beliefs and learning. *Journal of Educational Psychology*, 81, 431-434.

Schunk, D.H.; Hanson, A.R. y Cox, P.D. (1987). Peer-model attributes and children's achievement behaviors. *Journal of Educational Psychology*, 79(1), 54-61.

Tejero, A. y Trujols, J. (1994). El modelo transteórico de Prochaska y DiClemente: un modelo dinámico del cambio en el ámbito de las conductas adictivas. En Graña, J.L. *Conductas adictivas. Teoría, evaluación y tratamiento* (pp. 3-46). Madrid: Debate.

Van Dam-Baggen, R. y Kraaimaat, F. (1999). Assessing social anxiety: the inventory of interpersonal situations (IIS). *European Journal of Psychological Assessment*, 15(1), 25-38.