

Un programa de intervención psicosocial para la mejora de las habilidades sociales de adolescentes consumidores de alcohol y otras sustancias psicoactivas

María de la Villa MORAL JIMÉNEZ

Universidad de Oviedo

Anastasio OVEJERO BERNAL

Universidad de Valladolid

Resumen

Las habilidades sociales constituyen un indicador de competencia psicosocial y la inadecuación de las mismas representa un factor de riesgo para la génesis del consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes. De ahí que se haya propuesto un programa de capacitación y de carácter optimizante de los recursos personales bajo cuatro modalidades de intervención psicosocial (Intervención familiar, Experto, Información y Sensibilización básica). En el estudio exploratorio fue seleccionada una muestra de 755 alumnos de cuatro Institutos de Enseñanza Secundaria del Principado de Asturias, y de ellos se ha elegido una muestra experimental de 141 adolescentes calificados de *en riesgo* con objeto de aplicar el citado programa socioeducativo de intervención psicosocial. Se ha verificado la eficacia de las sesiones de entrenamiento en habilidades sociales, confirmandose la mejora en indicadores cognitivos, conductuales e interpersonales en las tres evaluaciones sucesivas (a los dos, siete y doce meses después de ser desarrollado) a lo largo del estudio longitudinal.

Palabras clave: adolescencia, habilidades sociales, sustancias psicoactivas, prevención e intervención psicosocial, entrenamiento en habilidades sociales.

Abstract

Social skills constitute a psychosocial competency indicator and the unsuitableness of they represents a risk factor for the genesis of psychoactive substances consumption in adolescents. With the result that we have proposed a qualification and optimative of personal

Dirección de la primera autora: Área de Psicología Social. Departamento de Psicología. Facultad de Psicología. Plaza de Feijóo, s/n, Despacho 211. 33003 Oviedo (España). *Correo electrónico:* mvilla@uniovi.es, psico4@correo.uniovi.es

Recibido: septiembre 2004. *Aceptado:* marzo 2005.

recourses programme with four psychosocial intervention kinds (Family Intervention, Expert, Information, and Basic Sensitiveness). In the exploratory study a sample of 755 secondary school students of four High Schools of the *Principado de Asturias* was chosen, and of them a sample of 141 adolescents described as *in risk* has been selected with the object of apply the cited socio educative psychosocial intervention programme. We have verified the efficacy of the social skills training sessions, confirming the improvement in cognitive, conductual and interpersonal indicators in the three successive evaluations (at two, seven and twelve months after expounded) alongside longitudinal study.

Key words: Adolescence, Social skills, Psychoactive substances, Psychosocial prevention and intervention, Social skills training.

Mediante multitud de contactos interpersonales se va (re)construyendo la identidad psicossocial, de ahí que es la interacción social el aspecto más importante de cualquier proceso formativo-socializador. Esta cuestión implica que los individuos deberían poseer unas adecuadas habilidades sociales e interpersonales que les permitan interactuar positiva y eficazmente con los demás. A pesar de esta premisa fundamental, en el aprendizaje individual hoy día se siguen potenciando sistemáticamente habilidades técnicas que no capacitan de forma adecuada a los adolescentes para resolver con eficacia sus relaciones con los otros, en el mismo proceso básico de interacción social, ya que se descuida el entrenamiento en habilidades de índole más psicossocial y de carácter optimizante de los recursos.

En los últimos años han proliferado diversos estudios, aplicados fundamentalmente al ámbito escolar, basados en diversos programas de evaluación y entrenamiento en habilidades sociales (véase García-Vera, Sanz y Gil, 1998; Gil y León Rubio, 1998; Goldstien, Sprafkin, Gershaw y Klein, 1989; Kelley, 1987; Marchago, 1996; Michelson, Sugai, Wood y Kazdin, 1987; Monjas y González Moreno, 2000; Muñoz, Trianes y Jiménez, 1996; Ovejero, 1998; Pérez, 2000; Trianes, Muñoz y Jiménez, 1997; Vallés, 1994; Vallés y Vallés, 1996).

El hecho de que se haga recaer en el entrenamiento en habilidades sociales una posibilidad de enriquecimiento social y per-

sonal se fundamenta en un supuesto central admitido y es que, según planteamientos de marcado cariz psicossocial como los adoptados por Cooley, Mead y Vigotsky, el ser humano es un *ser social*. Desde la perspectiva teórica adoptada en esta investigación no es posible, pues, concebir al individuo como un mero ser reactivo sujeto a las influencias del medio (modelo mecanicista) o describir la realidad como una totalidad organizada y coherente, indivisible en componentes, de modo que el ser humano construya activamente su conocimiento desconectado de los condicionantes sociales (modelo organicista), sino que nuestra concepción sobre la conformación de las habilidades intelectivas, comunicacionales, interpersonales, atencionales, etc., se aproxima a un modelo dialéctico contextual desde el cual se enfatiza la importancia del contexto social. Se alude al desarrollo individual en constante interacción con un contexto histórico-social que lo condiciona y que actúa como signo y síntoma de otras búsquedas.

En unas condiciones vitales como las actuales definidas por cambios en los (des)órdenes personales y sociales (Giddens, 2000; Myers, 2000) y en la esfera identitaria de los adolescentes contemporáneos que se retroalimenta de crisis globales, como evidenciaron Moral y Ovejero (2004a), la importancia que se ha de conceder a las habilidades sociales concebidas como elementos de trascendental relevancia en la conformación de la

propia identidad psicosocial de los individuos no puede ser relegada a un segundo plano.

Las habilidades sociales

Hemos de partir de la consideración de que de las llamadas *habilidades emocionales*, *competencias sociales* o *habilidades socioperpersonales* se deriva la capacidad de interactuar eficazmente siendo fundamentales para el desenvolvimiento vital. A partir del intento de profundizar en *cuestiones teórico-conceptuales* se constata que existe poco consenso sobre qué son realmente las habilidades sociales, a pesar de lo cual se tiende a poner énfasis en una cierta *eficacia en la relación con los otros* como un criterio para la competencia.

Uno de los problemas de análisis radica en la propia dispersión bibliográfica y conceptual del término *habilidad social*, así como en su compleja identificación criterial. Abundan las definiciones relativas a la *conducta socialmente habilidosa* (véase Caballo, 1988), así como se ha intentado sistematizar las definiciones según distintas perspectivas teóricas como en el análisis de León Rubio y Medina (1998) y se ha optado por conceptualizar algunas de las competencias como *asertividad* (véase Bouchard, Lalonde y Gagnon, 1988; Bower y Bower, 1986; Lange y Jakubowski, 1976; McFall, 1982; Rich y Scheorder, 1976; Wolpe, 1973; Wolpe y Lazarus, 1966). Inteligencias intra e interpersonales han sido objeto de estudio desde planteamientos propios de la *teoría de inteligencias múltiples* que tiene en Gardner (1995, 2001) a su máximo exponente. Asimismo, se alude a una *inteligencia sociopersonal* identificada con la competencia social o *interpersonal* asociada a la competencia personal de resolución de problemas propios y de otros (Pelechano, 1996).

Diversos componentes sustentan la conducta social hábil, desde procesos internos de

tipo cognitivo y emocional (autorregulación, empatía, perspectiva social, autopercepción, etc.) hasta procesos externos tales como la multitud de influencias sociales ejercidas e interpretadas sobre la conducta individual, de modo que son básicamente *procesos psicosociales* los implicados en las actuaciones sociales adaptativas. Ahora bien, a pesar de que algunas definiciones de habilidades sociales entienden *competencia social* como el logro de objetivos relevantes en contextos específicos por medios adecuados, poseyendo muchos de los objetivos un trasfondo vinculado a necesidades personales de afiliación y apoyo social (Jiménez, 1995; Trianes, Muñoz y Jiménez, 1997), el objetivo, como determinante de la conducta, necesariamente, debe acomodarse a ciertas convenciones sociales. Hablamos, pues, de una adaptación (psico)social saludable que se fundamenta en una adecuada autovaloración del propio sujeto que, a la par que incrementa su *autoeficacia*, genere adecuadas *expectativas de éxito* y control sobre los resultados de la conducta interaccional.

Todo ello ha de integrarse dentro de un marco teórico más comprehensivo, de manera que la conceptualización de tales competencias ha de adoptarse de forma más globalizadora como un requisito imprescindible a la hora de aludir al proceso de resistencia a la presión grupal y de reformulación de una identidad psicosocial que se haya determinada por los valores identificativos de la sociedad contemporánea urbana, tecnificada, *mass-mediática*, multicultural, etc.

En el marco de la Psicología Social de la Salud, el *entrenamiento en habilidades sociales* se ha empleado como una estrategia eficaz desde un enfoque preventivo, así como ha sido empleado en programas multimodales de tratamiento de problemáticas tales como la experimentación precoz con sustancias psicoactivas por parte del colectivo juvenil.

El entrenamiento de las habilidades sociales

El enfoque del entrenamiento de las habilidades sociales como forma de solucionar o de prevenir muchos problemas psicosociales y clínicos tales como drogadicción, aislamiento y rechazo sociales, hándicaps o retrasos educativos, delincuencia, depresión, etc., constituye un ámbito claramente interdisciplinar en el que se hace absolutamente imprescindible la colaboración entre la psicología social y la psicología clínica (Ovejero, 1990a, 1990b).

El análisis de la adquisición y/o reformulación de destrezas sociales resulta sumamente pertinente para el objeto de estudio, máxime teniendo en cuenta el poder que se deriva de la retroalimentación ofrecida por el grupo de iguales en las interacciones sociales y la internalización de ciertas pautas de conducta, lo cual contribuye a dilucidar el posicionamiento personal de cada cual frente a las presiones y motivadores para el consumo de sustancias psicoactivas en un estadio conflictuado como la adolescencia.

Precisamente, una gran parte de los problemas de adaptación psicosocial de los adolescentes hunde sus raíces en la ausencia o el inadecuado uso de deficientes habilidades sociales necesarias para afrontar ciertas situaciones y para hacer frente a ciertos problemas (véase Caballo, 1998). De la no posesión o inadecuado uso de las mismas se deriva un comportamiento no adaptativo en respuesta a una gran variedad de situaciones estresantes, frustrantes o de presión encubierta o explícita.

Como desde el ámbito de la Psicología Social de la Salud apuntó Rodríguez Marín (1995), el hecho de que la conexión entre la posesión y el adecuado uso de una serie de habilidades sociales tenga implicaciones tan serias probablemente estribe en su estrecha

relación con el *apoyo social*. Aquellos individuos que poseen unas más adecuadas habilidades sociales son precisamente los que obtienen más apoyo social de sus compañeros, lo que, a su vez, les hace sentirse más satisfechos y más seguros, de lo que se desprende una mejor integración en el grupo lo cual puede incidir sobre la productividad individual y grupal y el sentimiento de integración. La propia funcionalidad de las habilidades sociales ha sido demostrada, actuando como indicador inequívoco del ajuste psicosocial de los adolescentes (Monjas, 1993; Ovejero, 1990a, 1990b, 1993, 1998; Trianes et al., 1997; Vallés y Vallés, 1996).

Habilidades sociales y consumo de drogas en la adolescencia

En materia de drogas, abundan las conminaciones grupales hacia el consumo y los modelamientos simbólicos, los discursos ideologizados y las representaciones sociales sobre las sustancias y sus usuarios y la doble moral adscriptora de conciencias sociales permisivas o represivas ante usos institucionalizados y reprobados que inciden sobre los procesos de *adaptación desadaptativa* y de *desadaptación integradora*, como hemos expuesto en otras oportunidades (Moral y Ovejero, 1998b, 2004b; Moral y Sirvent, 2004; Moral, Rodríguez y Sirvent, 2004, 2006; Moral, Sirvent y Rodríguez, 2004).

En los adolescentes contemporáneos, dada la magnitud del problema de experimentación con drogas como el alcohol y con derivados canábicos y anfetamínicos y otras tendencias de consumo descritas en informes estatales (véase Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas DGPNSD, 1999, 2000a, 2000b, 2001, 2002a, 2003) la adecuación *adaptativa* a las exigencias del contexto en el que se desarrollan los hábitos

recreativos asociados a la experimentación con sustancias psicoactivas (véase Bellis y Hughes, 2003; Calafat, Juan, Becoña, Fernández, Gil, Palmer, Sureda y Torres, 2000) resulta integradora y, desafortunadamente, para un amplio colectivo de jóvenes, el no-consumo representa una opción desadaptativa ante las exigencias contextuales. En consecuencia, la resistencia a una incitación al consumo, la superación de la presión grupal, la eficaz resolución de conflictos interpersonales, la potenciación de estrategias asertivas y de auto-control ha de optimizarse no sólo reeducando los recursos personales, modificando los patrones actitudinales o potenciando incisivos juicios valorativos de la problemática, sino interviniendo conjuntamente sobre parámetros externos desde los que se promueven tendencias poco saludables.

Los conflictos personales e interaccionales derivados de la insuficiencia/inadaptación de las habilidades sociales de algunos adolescentes representan factores de riesgo para el consumo de drogas. El suplir este déficit o mal aprendizaje de ciertas habilidades comunicacionales o de rechazo mediante el empleo de sustancias psicoactivas representa un recurso al que se acude con relativa frecuencia. Se conviene en que los déficits en habilidades sociales actúan como un elemento concurrente en diversos problemas entre los que se halla la drogadicción y, por otro lado, la conformación de una identidad personal y social adaptativa al escenario vital puede actuar como elemento protector ante la dependencia de sustancias psicoactivas (Moral y Ovejero, 1998a).

Asimismo, un eficaz grado de competencia en las habilidades emocionales (véase Goleman, 1996; Mayer y Salovey, 1993; Prieto y Ballester, 2003; Salovey y Mayer, 1990; Sternberg, 1997; Vallés y Vallés, 2000) es fundamental para un satisfactorio funcionamiento social, lo cual influye en la adapta-

ción psicosocial y escolar. Se ha propuesto el entrenamiento en competencia social dentro de un terapia cognitivo-conductual como una medida preventiva, dada la relación constatada entre su desarrollo en la infancia y adolescencia y la salud mental adulta (Aparicio, 1992; Caballo, Trianes y Muñoz, 1996), así como se han diseñado métodos de enseñanza-aprendizaje para el desarrollo de habilidades de comunicación interpersonal (véase Marín y León Rubio, 2001) o se ha empleado el entrenamiento en asertividad y otras habilidades sociales como programa de prevención de drogodependencias en el medio escolar (véase Botvin, 1995, 2000; Casanova y Santafé, 1994; Moral, 2002) junto a diversas propuestas preventivas y psicoterapéuticas.

Son muchos los ejemplos de programas y métodos de prevención en las que se han usado el entrenamiento en habilidades para la vida y la capacitación personal tales como los de un especialista como Botvin (1995, 2000), entre otros. Se ha considerado la idoneidad de las técnicas de entrenamiento en habilidades sociales para dependientes de sustancias psicoactivas o sujetos en riesgo ya que de ahí se deriva la preparación del individuo para resolver saludablemente situaciones de conflicto e incitación al consumo, así como mecanismo indicativo de asertividad y de reafirmación social, lo cual resulta beneficioso a nivel terapéutico, planteamiento defendido hace décadas por Jakubowski (1977), y que incluso contribuye a modificar los hábitos de consumo ya establecidos (Oei y Jackson, 1982). Asimismo, ha de añadirse que en estudios de programas de intervención que emplean meta-análisis se concluye que es frecuente incluir actividades de entrenamiento en habilidades sociales generales y de rechazo de la oferta de drogas (Tobler y Stratton, 1997).

Desde un abordaje comunitario, se han propuesto estrategias para promover cambios

en el estilo de vida implementadas en programas preventivos de intervención comunitaria en las que se incide sobre la *información, persuasión, entrenamiento, apoyo social, cambio ambiental y organización comunitaria*, como expone Bermúdez (1993). Otros han diseñado eficaces programas de formación del profesional de la intervención social y comunitaria en habilidades sociales (León Rubio, Gil, Medina y Cantero, 1998). En este sentido, se abunda en la necesidad sensibilizar y corresponsabilizar a las diversas agencias implicadas y de capacitarlas con estrategias formativas de carácter preventivo.

Se ha argumentado que las habilidades de asertividad y afrontamiento pueden contribuir a mejorar la resistencia a la presión ante el consumo de drogas por parte del grupo de iguales (Botvin, 2000). Por otro lado, según lo expresado por Sussman (1995), se afirma que aquellas personas que adoptan comportamientos de riesgo en lo relacionado al consumo de drogas muestran una mayor pobreza en habilidades sociales, al menos en la habilidad relativa al rechazo asertivo, con respecto a quienes no se implican en los mencionados comportamientos (DeIGreco, 1980; Reardon, Sussman y Flay, 1989; Wills, Baker y Botvin, 1989).

En cambio, de acuerdo con lo expuesto por Suelves y Sánchez-Turet (2001), en estudios transversales se ha encontrado una asociación positiva entre asertividad y consumo de tabaco (Carvajal, Wiatrek, Evans, Knee y Nash, 2000) y en algunos de tipo longitudinal se indica que el uso de drogas en la adolescencia suele ser anterior a la vinculación a un grupo de iguales consumidores (Iannotti, Bush y Weinfurt, 1996), de lo cual se deriva el cuestionar la pertinencia del entrenamiento en habilidades de resistencia a la presión de grupo como estrategia preventiva. Se analiza el recurso de la droga como signo de inde-

pendencia personal al tiempo que sujeción al grupo, símbolo de integración y aceptación de unas normas de reguladoras (Moral y Ovejero, 1998a, 1998b, 2004b).

La bidireccionalidad de la relación de los jóvenes con su entorno (a modo de asimilación y acomodación interpretativa de ciertas condiciones sociales) y la multitud de reajustes de sus habilidades (concebidas no como predisposiciones, sino como fruto de constantes remodelaciones adaptativas) se relaciona, en aquellos casos en que las habilidades son insuficientes/desadaptativas, al consumo de drogas. De igual modo a como se conviene que se manifiestan alteraciones de personalidad asociadas a conductas adictivas (Cangas y Olivencia, 1999), los déficits de comunicación son factores comunes en grupos de usuarios de drogas (Moral, 2002; Ovejero, 2000; Sirvent, 1998), si bien hemos de cuestionarnos sobre la sempiterna duda entre la preeminencia de déficits previos al consumo de drogas o la aparición/potenciación de éstos al involucrarse en unas costumbres tipificadas de usos y argots. La cuestión relativa a si existe un mal/inadaptativo aprendizaje de habilidades de esta índole que, de un modo u otro, impulsa al consumo o si, ese déficit/inadaptación actúa a modo de consecuente, no puede plantearse en esos términos excluyentes.

Nuestro objetivo es integrar una programación de entrenamiento en habilidades sociales y de capacitación personal en el análisis comprensivo de una problemática como la de la experimentación juvenil con sustancias psicoactivas en adolescentes en riesgo percibido. La evaluación de las habilidades sociales y su influencia y vinculación sobre cuestiones como los problemas de relación, el desarrollo de la asertividad, las resistencias o acatamientos de la presión grupal, los desajustes sociocomportamentales,

el rechazo del grupo de iguales o el consumo de sustancias psicoactivas se propone como objetivo básico. Asimismo, se pretende verificar el efecto diferencial derivado de la intervención psicosocial acorde con diversas modalidades implementadas y evaluar el impacto y continuidad de la mejora predicha, así como su eficacia preventiva.

Método

Muestra

Mediante un muestreo intencional de áreas se ha elegido la Comarca del Caudal perteneciente al Principado de Asturias, cuyas características sociodemográficas y económicas pueden consultarse en informes de la Sociedad Asturiana de Estudios Económicos e Industriales sobre el estudio estadístico de los *municipios asturianos '98* (S.A.D.E.I., 2000) y referentes a la *renta '98* de los mismos (S.A.D.E.I., 2001) respectivamente. Se ha efectuado un *muestreo intencional*, seleccionándose los cuatro Centros de Enseñanza Secundaria del Municipio situados en zona urbana y semiurbana. La selección de los dos o tres grupos académicos por curso que han participado en el estudio descriptivo se ha efectuado mediante un *muestreo sistemático por conglomerados*, conformando una muestra representativa de adolescentes. Este estadío vital ha sido elegido atendiendo a criterios básicos tales como ser considerada como edad de inicio a la experimentación con drogas institucionalizadas (alcohol y tabaco) y, en menor medida, con otras sustancias psicoactivas y ante la posibilidad de efectuar una intervención preventiva mediante un entrenamiento en habilidades sociales básicas, y específicamente de resistencia a la presión grupal, en el ámbito educativo.

En primera instancia se ha seleccionado mediante un muestreo *intencional u opinático* una muestra de 755 alumnos adscritos al nivel de Educación Secundaria, correspondiendo la mayor representación muestral a los alumnos de tercer y cuarto curso de E.S.O. ($n=242$ y $n=204$, respectivamente). De acuerdo a la distribución por sexos, de los adolescentes de la muestra seleccionada 385 son chicas que representan el 51.00% de la muestra y 370 son chicos que conforman el 49.00% restante. Presentan un espectro de edad que abarca, básicamente, desde la *primera adolescencia* (12-13 años) y la *adolescencia media* (14-16 años) hasta edades más avanzadas (>16 años), situándose la media de edad en los 14.69 años y la moda en los quince. Con posterioridad, se efectuó un *muestreo de conglomerados* con submuestreo (bietápico) y con un diseño *cuasiexperimental* denominado *diseño de grupo control no equivalente*, en el que, hay un grupo experimental (en esta oportunidad cuatro) y otro control. En esta submuestra *de intervención* (o experimental) se aplicó el programa educativo-preventivo de carácter no sólo informativo y sensibilizador, sino de adiestramiento de competencias básicas y de entrenamiento en habilidades socisles. Esta *muestra de intervención* la componen 141 adolescentes (76 alumnas y 65 alumnos), adscritos a tercer curso de E.S.O., de los alumnos seleccionados cerca del sesenta por ciento (59.7%, $n=83$) tenía catorce años (rango de edad de 13 a 16 años). Ha sido calificada como una muestra de *adolescentes en riesgo percibido* atendiendo a diversos criterios, tales como que para su nivel de edad más bajo que la edad media de la muestra de la primera encuestación a nivel comparativo se ha constatado una mayor permisividad actitudinal y deseos de experimentación de sustancias psicoactivas indicativos de mayores riesgos percibidos.

Variables investigadas e instrumento de evaluación

En esta investigación comprensiva y de carácter longitudinal de la problemática del consumo juvenil de sustancias psicoactivas se han analizado desde una perspectiva psicosocial las identidades de los jóvenes contemporáneos en los planos personal, educativo, familiar, interaccional, lúdico, etc. En concreto, en esta exposición se aludirá exclusivamente a la evaluación de las habilidades sociales, entre ellas las habilidades de resistencia y el autocontrol, conectadas en la literatura sobre el tema a la experimentación con drogas, ya sea como factor de riesgo o de protección en función del manejo de las mismas en situaciones de riesgo.

Desde el *nivel micro o molecular* del análisis de las habilidades sociales se analizan las conductas concretas que las componen (véase Vallés y Vallés, 1996), de ahí que en este estudio se han evaluado tres tipos de componentes de las habilidades sociales:

- a) *Componentes conductuales* que incluyen *componentes no verbales* (mirada, sonrisa, gestos, expresión facial, postura corporal, etc.), *paralingüísticos* relacionados con la voz (volumen, claridad, timbre, fluidez, velocidad, etc.) y *verbales* (el habla, los saludos, iniciar, mantener y terminar una conversación, aceptar las críticas justas y rechazar las injustas, pedir disculpas, hacer preguntas, defender los propios derechos, etc.).
- b) *Componentes cognitivos* operativizados a través de *Habilidades de percepción social* (familiaridad, distancia, etc.) y *propiedades cognitivas*: solución de problemas y conflictos (identificar conflictos interpersonales, anticipar consecuencias, etc.) y autocontrol (autoobservación,

autoevaluación, autoconcepto y autoestima).

- c) *Componentes (psico) fisiológicos y afectivos-emocionales* a los que desde un abordaje psicosocial como el presentado en este trabajo se les otorga una menor consideración.

Cuestionario de Habilidades Sociales

Con este objetivo se ha administrado una batería de pruebas mediante la que se evalúan las actitudes hacia el consumo de sustancias psicoactivas, las alternativas de ocio y las habilidades sociales, de los que el pertinente al objeto de estudio seleccionado es el *Cuestionario de Habilidades Sociales* (Maciá, Méndez y Olivares, 1991).

El instrumento consta de veinte afirmaciones en las que se mide asertividad, habilidades comunicacionales y resistencia a la presión de grupo, entre otras variables. El análisis de la estructura factorial del *Cuestionario de Habilidades Sociales* muestra que éste se compone de cinco factores definidos en función de aquellos ítems que mayor similitud muestran y que le otorgan sentido a cada uno de ellos, reestructurando su disposición. En su totalidad explican el 46.5 por ciento de la varianza, correspondiendo casi un veinte por ciento al *factor 1* (19.7%) y obteniéndose porcentajes más bajos en el resto de los *factores* hallados. A partir del mencionado reagrupamiento se han definido cinco factores a los que se han adscrito diversos ítems que presentan mayores saturaciones.

La expresión de opiniones diferentes a la norma y resistencia a la presión es el indicador que mejor se ajusta al contenido y la definición nominal del *factor 1* que se ha etiquetado como *Asertividad y control de situaciones* y en el que se incluyen cinco ítems

en los que se alude desde a la resistencia a la presión e incitación grupal al consumo de alcohol (HHSS.20), hasta la manifestación de conductas asertivas (HHSS.18) o el control de la situaciones asociado al liderazgo grupal (HHSS.17 o HHSS.16).

A ello se suman *conductas de Autoafirmación* que dan contenido al *factor 2* y que describen acciones mediante las que se manifiesta la reivindicación de los derechos particulares al ponerse en entredicho los mismos en actos públicos (HHSS.08) o con el grupo de iguales en particular (HHSS.14).

La manifestación de *Habilidades Sociales Comunicacionales*, en forma de respuestas sociales específicas, se ha asociado a aquellas variables que conforman el *factor 3* dada la implicación de un repertorio básico que incluye aspectos vinculados a la expresión gestual y a la conducta atencional (HHSS.01), a la apertura y expresión emocional (HHSS.05) o a la tendencia a expresar las opiniones propias (HHSS.04).

Las aprensiones ante la evaluación, que por su contenido temático son etiquetada como *Escasas y/o inadaptables Habilidades*, integran el *factor 4* (véase HHSS.09 o HHSS.11, entre otras).

Y, por último, mediante el *factor 5* que se ha etiquetado bajo la denominación *Expresión del malestar y defensa de derechos* se manifiesta la tendencia a la reivindicación y defensa de la propia postura (HHSS.12 y HHSS.13), así como en auxilio de quienes son tratados de forma injusta medido por la afirmación “*Expreso a los demás mi malestar por criticar o ridiculizar a un amigo mío de forma injusta*” (HHSS.15).

Por lo que respecta a alguna de las propiedades psicométricas ha de indicarse que en nuestra investigación se confirma la existencia de una adecuada fiabilidad del instrumento, hallándose puntuaciones elevadas

(>0.92) en el *indicador de Cronbach* prueba de una buena consistencia interna, siendo el valor del *coeficiente Alpha* de 0.9314 para el total de los veinte ítems que componen el instrumento.

Procedimiento

A título expositivo se concretan las fases de la investigación de esta propuesta preventiva a nivel psicosocial y comunitario ante la problemática del consumo juvenil de alcohol y otras sustancias psicoactivas:

- a) Proceso de *planificación en el ámbito comunitario y educativo*.
- b) Fase de *sensibilización de distintos colectivos* (educadores, padres, mediadores socioculturales, etc.).
- c) Desarrollo propiamente de las labores de *encuestación* (recogida de información).
- d) Fase de *intervención psicosocial*, con el desarrollo de un programa educativo-preventivo aplicado a cuatro grupos experimentales con las correspondientes modalidades que se explicitarán a continuación.
- e) *Evaluación de resultados* a los dos, siete y doce meses de la aplicación del programa de prevención e intervención psicosocial.

En la primera fase del estudio atendiendo a los criterios básicos vinculados a la planificación de la experiencia se realizó un estudio de carácter descriptivo con labores de *encuestación* en la muestra total (N= 755 alumnos), siendo recogidos los datos de forma anónima, aunque se procedió a la asignación de un código numérico en aras de adjuntar los resultados de las sucesivas evaluaciones a los correspondientes casos.

En segundo lugar, una vez procesados los datos, se efectuó una selección de aquellos grupos escolares en los que se identificaron adolescentes en riesgo (N=141), de acuerdo a los criterios clasificatorios descritos. El programa de prevención e intervención psicosocial fue diseñado atendiendo a las necesidades percibidas de los adolescentes evaluadas previamente, de modo que se han desarrollado cuatro modalidades de intervención con objeto de realizar un estudio diferencial de las ventajas de cada cual y verificar su eficacia preventiva. La asignación a cada modalidad se realizó aleatoriamente mediante un muestreo por conglomerados en los cuatro centros educativos que participaron en la experiencia.

Se diseñaron actividades realizadas en diversas sesiones con varios contenidos concernientes a los procesos de desmitificación de los estereotipos, creencias y percepciones de riesgo distorsionadas, el entrenamiento en habilidades sociales y la resistencia a la presión grupal así como las relativas al desarrollo de labores de discusión grupal mediante las que se fomenta la concienciación ante la problemática analizada. Se implementaron cuatro modalidades de intervención desglosadas en ocho sesiones administradas a lo largo de un trimestre y diseñadas con una metodología tanto expositiva como participativa. Cada una de las modalidades, aunque mantienen una base común, difieren en los contenidos priorizados, el agente preventivo utilizado y la implicación de la familia o el grupo de iguales. En concreto, los grupos experimentales se denominaron como:

- *Grupo de Intervención Familiar* (en el que se promovió una intervención paralela con padres con intervención de experto).
- *Grupo de Experto* (programación realizada por un experto en la materia que

desarrollaba las sesiones adquisición y/o fortalecimiento de destrezas).

- *Grupo Informativo* (sesiones básicamente informativas realizadas por miembros del equipo investigador formados al efecto).
- *Grupo de Sensibilización básica* aparte de las sesiones informativas se incluyeron actividades de desarrollo de la concienciación de la problemática y de empatía respecto a los implicados en la misma mediante el empleo de técnicas de discusión grupal.

Finalmente, dado el carácter longitudinal de la investigación, se han evaluado en sucesivos momentos temporales (dos, siete y doce meses) los cambios experimentados a raíz del programa educativo-preventivo.

Resultados

Se ha realizado un estudio descriptivo de las habilidades sociales desglosadas en indicadores cognitivos, conductuales e interpersonales tanto en el colectivo de adolescentes que integran la muestra que ha participado en la primera encuestación como en aquéllos que integran los grupos experimentales objeto de la posterior intervención psicosocial. Se han adscrito los resultados obtenidos en las afirmaciones correspondientes de acuerdo a alguno de los siguientes criterios clasificatorios (tabla 1):

- a) *Habilidades comunicacionales* (fijación de la mirada, expresión gestual y conducta atencional, entrenamiento en comunicación eficaz, etc.) en la que se incluyen aseveraciones tales como “*Presto atención mirando a quien me está hablando*” (HHSS01) que consideran que es *algo, bastante o muy característico* (niveles de

- respuesta 4, 5 y 6) el 82.1 por ciento de la muestra total o “Disfruto entablando conversación con conocidos y extraños” (HHSS04) ante la que responden afirmativamente el 69.2 por ciento.
- b) *Respuestas sociales específicas* (hacer y rechazar peticiones, manifestación de expresiones positivas, defender los propios derechos, pedir información, expresar opiniones, etc.) categoría en la que se incluyen afirmaciones tales como “Defiendo mis derechos y opiniones dando a conocer a los demás cuál es mi postura sobre el tema” (HHSS12) ante la que un 69.9 por ciento de la muestra considera que forma parte de su repertorio conductual o “Si alguien se me cuele en una fila, le llamo abiertamente la atención” (HHSS06) reacción característica de un 51.6 por ciento de la muestra total, así como las respuestas de rechazo (niveles de análisis 1, 2 y 3) obtenidas ante preguntas planteadas en sentido negativo (HHSS09, HHSS10 y HHSS11) de un 63.7, 58.5 y 65.6 por ciento respectivamente.
- c) *Habilidades de trato interpersonal* (conductas elementales de interacción social) con aseveraciones como “Expreso mi malestar cuando un amigo me ha dicho algo que no me ha gustado” (HHSS13) ante la cual muestran su acuerdo un 74.4 por ciento de los adolescentes encuestados u otras en las que se incide sobre el logro del liderazgo del grupo de referencia (por ejemplo, HHSS17, “Resuelvo la sensación de aburrimiento en el grupo, proponiendo actividades interesantes”, con un 52.9% de acuerdo).
- d) *Exteriorización de sentimientos y autoafirmación personal* a la que se adscriben respuestas afirmativas ante cuestiones tales como las relativas al grado de franqueza o simulación con el que se actúa (por ejemplo, HHSS05, “Soy abierto y franco en lo que respecta a mis sentimientos”) o la manifestación de disgusto ante situaciones que se juzgan como indebidas (por ejemplo, HHSS15 “Expreso a los demás mi malestar por criticar o ridiculizar a un amigo mío de forma injusta”).
- e) *Resistencia a la presión grupal* (control de situaciones, autocontrol y regulación de la conducta, etc.), categoría de análisis en la que se incluyen aseveraciones tales como “Expreso con facilidad opiniones diferentes a las de las personas con las que estoy” (HHSS19) ante la que muestran su acuerdo el 51.5% por ciento de la muestra o el moderado porcentaje de respuesta afirmativa (36.9%) mostrado ante la afirmación “Resisto la presión de gente que me incita a beber” (HHSS20).

Control situacional, expresiones de malestar y defensas de derechos, habilidades de trato interpersonal y otras han sido objeto de un entrenamiento eficaz en diversos programas diseñados al efecto con propuestas capacitadoras y/o de potenciación adaptativa (véase Goldstein y cols., 1989; Monjas, 1993; Ovejero, 1993, 1994; Marchago, 1996; Vallés y Vallés, 1996; etc.). Recordemos que en esta investigación se ha procedido a realizar una experiencia de entrenamiento en HH.SS. con una selección de alumnos que han integrado los cuatro grupos de intervención con el objetivo de posibilitar un enriquecimiento social y personal, incidiéndose sobre aspectos operativizables de las habilidades personales y la competencia social. Para dilucidar la cuestión relativa a la posible mejora en habilidades sociales a raíz de semejante intervención se han realizado diversos análisis. A partir de ellos, se confirma la existencia de diferencias signifi-

Tabla 1. Análisis de frecuencias de las habilidades sociales en la Muestra total (N=755).

HABILIDADES SOCIALES (HH.SS.)	1	2	3	4	5	6
HHSS01 Presto atención (mirando a los ojos, o al rostro) a quien me está hablando.	6.4	4.7	7.7	28.1	29.5	26.8
HHSS02 Pregunto enseguida cuando no entiendo algo (a profesores, adultos, amigos) o cuando me resulta complicado.	9.0	8.5	19.5	25.8	22.3	14.9
HHSS03 No tengo dificultad para integrarme en un grupo o en una actividad.	5.5	8.8	14.1	23.5	28.6	19.5
HHSS04 Disfruto entablado conversación con conocidos y extraños.	7.6	8.8	14.4	21.5	21.8	25.9
HHSS05 Soy abierto y franco en lo que respecta a mis sentimientos.	9.1	6.8	10.2	22.4	25.2	26.4
HHSS06 Si alguien se me cuele en una fila, le llamo abiertamente la atención.	18.4	13.4	16.7	16.1	14.1	21.4
HHSS07 Expreso ante la gente mis opiniones con facilidad.	9.2	10.5	18.5	25.2	20.2	16.5
HHSS08 Si un conferenciante hiciera una afirmación que considero incorrecta, yo expondría públicamente mi punto de vista.	14.8	24.8	19.1	11.5	11.2	18.5
HHSS09 He evitado hacer preguntas por miedo a parecer tonto.	23.0	18.3	22.4	14.2	11.8	10.2
HHSS10 Me resulta embarazoso devolver un artículo.	25.8	16.2	16.5	17.7	10.8	13.0
HHSS11 Con frecuencia no sé qué decir a personas del otro sexo.	34.1	16.2	15.3	14.4	9.2	10.8
HHSS12 Defiendo mis derechos y opiniones dando a conocer cuál es mi postura sobre el tema	7.3	5.5	17.4	25.2	18.5	26.2
HHSS13 Expreso mi malestar cuando un amigo me ha hecho algo que no me ha gustado	7.6	6.7	11.4	19.1	26.4	28.9
HHSS14 Si observo que un grupo de compañeros me deja solo pido que me incluyan	32.7	13.6	19.7	17.6	9.5	6.8
HHSS15 Expreso a los demás mi malestar por criticar o ridiculizar a un amigo mío de forma injusta	12.7	9.2	15.0	23.2	18.8	21.1
HHSS16 Decido lo que quiero hacer cuando los demás (el grupo de amigos) quieren que haga otra cosa distinta y que sé que no me interesa realizar	11.4	13.2	19.2	21.2	16.7	18.3
HHSS17 Resuelvo la sensación de aburrimiento en el grupo, proponiendo actividades interesantes	12.0	14.5	20.6	24.4	17.0	11.5
HHSS18 Llamo la atención a alguien que dice o hace algo que me molesta íntimamente	9.7	15.5	19.4	17.9	18.3	19.2
HHSS19 Expreso con facilidad opiniones diferentes a las de las personas con las que estoy	9.4	15.0	24.2	22.9	15.6	12.9
HHSS20 Resisto la presión de gente que me incita a beber	18.3	25.5	19.2	7.1	6.8	23.0

1: Algo descriptivo. 2: Bastante poco descriptivo. 3: Muy poco descriptivo. 4: Algo característico en mí. 5: Bastante característico en mí. 6: Muy característico en mí.

cativas entre los resultados correspondientes a la autopercepción de los adolescentes que integraron los grupos de intervención previa a la misma y en la primera evaluación (*Post1*) a los dos meses de la implementación del programa de entrenamiento.

La cadencia de los cambios experimentados en las habilidades sociales se ha evaluado con la intención de verificar la manifestación de un fortalecimiento en las habilidades sociales entrenadas. Así, en el análisis de los indicadores de habilidades interpersonales en la muestra experimental que se expone en la tabla 2, se adscribieron los niveles de respuesta a dos categorías: *algo, bastante poco o muy poco descriptivo* (en la que se incluyen los niveles de respuesta 1, 2 y 3) y *algo, bastante o muy característico en mí* (niveles de respuesta 4, 5 y 6), de modo que se han dicotomizado las identificaciones o rechazos con las habilidades sociales objeto de estudio. En todas ellas, salvo en HHSS04 (“*Disfruto entablando conversación con conocidos y extraños*”) y HHSS05 (“*Soy abierto y franco en lo que respecta a mis sentimientos*”) se han obtenido mayores resultados porcentuales indicativos de una mejoría en habilidades comunicacionales, en la realización de peticiones, solicitud de información, expresión de opiniones, autoafirmación personal, control de situaciones y regulación de la conducta, etc., que han de confirmarse con el empleo de otros análisis (*t-Test*) que se han realizado. Algunos de los mayores cambios en porcentajes de respuesta se localizan en afirmaciones tales “*Si observo que un grupo de compañeros me deja solo pido que me incluyan*” (HHSS14) con resultados obtenidos en la fase previa a la intervención de un 67.6 por ciento que definen tal comportamiento como poco descriptivo en ellos y que, tras la intervención, baja a un 40.0 por ciento u otras también concernientes a habilidades de trato interpersonal tales como

HHSS17 (“*Resuelvo la sensación de aburrimiento en el grupo, proponiendo actividades interesantes*”) poco descriptivo: 54.9 y 21.0% y característico: 45.1 y 79.0%, en las fases previa y de intervención respectivamente) o HHSS19 “*Expreso con facilidad opiniones diferentes a las de las personas con las que estoy*” (un 53.9% frente a un 21.0% en el nivel de poco descriptivo pre y postintervención y porcentajes de 46.1 que se amplían a 79.0% como habilidad característica).

Dadas las implicaciones asociadas a nuestro objeto principal de estudio, sobresalen los cambios experimentados en la resistencia a la incitación grupal para el consumo de alcohol (HHSS20 “*Resisto la presión de gente que me incita a beber*”) ya que frente a un 72.5 por ciento de la muestra que reporta que este tipo de habilidad de afrontamiento es poco descriptivo de su forma de actuar sólo un 15% manifiesta su acuerdo con semejante forma de proceder después de la intervención, hallándose, asimismo, un fortalecimiento de las respuestas de rechazo de la presión ya que un 85.0% (frente a un 26.5% en la fase previa a la intervención) de los adolescentes que participaron en las sesiones de entrenamiento manifiestan mostrar semejante resistencia a la presión grupal y control de la situación de riesgo. Junto a componentes y dimensiones de la habilidad social de tipo conductuales, psicofisiológicos o cognitivos se incluyen los *psicosociales* vinculados a la situación de interacción, la presión grupal o la regulación del contexto.

La tendencia de fortalecimiento de las habilidades comunicacionales, sociales, de autocompetencia y resistencia a la presión grupal apuntadas se confirman no sólo en la primera evaluación del programa de entrenamiento a los dos meses de concluir la programación de actividades de la intervención capacitadora (*Post1*), sino en las sucesivas

Tabla 2. Distribución de porcentajes de respuesta en las habilidades sociales en los grupos experimentales pre y post-intervención (niveles de respuesta reagrupados, N=141).

<i>HABILIDADES SOCIALES (HH.SS.)</i> <i>GRUPOS DE INTERVENCIÓN</i>	<i>Algo, bastante poco o muy poco descriptivo</i>		<i>Algo, bastante o muy característico</i>	
	<i>PRE</i>	<i>POSTI</i>	<i>PRE</i>	<i>POSTI</i>
<i>HHSS01</i> Presto atención (mirando a los ojos, o al rostro) a quien me está hablando.	19.6	18.0	80.4	82.0
<i>HHSS02</i> Pregunto enseguida cuando no entiendo algo o cuando me resulta complicado.	27.5	31.0	72.5	69.0
<i>HHSS03</i> No tengo dificultad para integrarme en un grupo o en una actividad.	28.4	14.0	71.6	86.0
<i>HHSS04</i> Disfruto entablando conversación con conocidos y extraños.	21.6	23.0	78.4	77.0
<i>HHSS05</i> Soy abierto y franco en lo que respecta a mis sentimientos.	18.6	23.0	81.4	77.0
<i>HHSS06</i> Si alguien se me cuele en una fila, le llamo abiertamente la atención.	47.1	42.0	52.9	58.0
<i>HHSS07</i> Expreso ante la gente mis opiniones con facilidad.	39.2	26.0	60.8	74.0
<i>HHSS08</i> Si un conferenciante hiciera una afirmación que considero incorrecta, yo expondría públicamente mi punto de vista.	57.8	48.0	42.2	52.0
<i>HHSS09</i> He evitado hacer preguntas por miedo a parecer tonto.	39.2	39.0	60.8	61.0
<i>HHSS10</i> Me resulta embarazoso devolver un artículo.	29.4	34.0	59.8	66.0
<i>HHSS11</i> Con frecuencia no sé qué decir a personas del otro sexo.	40.2	29.0	60.8	71.0
<i>HHSS12</i> Defiendo mis derechos y opiniones dando a conocer a los demás cuál es mi postura sobre el tema.	39.2	27.0	70.6	73.0
<i>HHSS13</i> Expreso mi malestar cuando un amigo me ha hecho algo que no me ha gustado.	34.3	12.0	65.7	88.0
<i>HHSS14</i> Si observo que un grupo de compañeros me deja solo pido que me incluyan.	67.6	40.0	32.4	60.0
<i>HHSS15</i> Expreso a los demás mi malestar por criticar o ridiculizar a un amigo mío de forma injusta.	41.2	27.0	58.8	73.0
<i>HHSS16</i> Decido lo que quiero hacer cuando los demás (el grupo de amigos) quieren que haga otra cosa distinta y que sé que no me interesa realizar.	49.0	24.0	51.0	76.0
<i>HHSS17</i> Resuelvo la sensación de aburrimiento en el grupo, proponiendo actividades interesantes.	54.9	21.0	45.1	79.0
<i>HHSS18</i> Llamo la atención a alguien que dice o hace algo que me molesta íntimamente.	52.0	31.0	48.0	69.0
<i>HHSS19</i> Expreso con facilidad opiniones diferentes a las de las personas con las que estoy.	53.9	21.0	46.1	79.0
<i>HHSS20</i> Resisto la presión de gente que me incita a beber.	72.5	15.0	26.5	85.0

ocasiones a los siete meses (*Post2*) y al año de la misma (*Post3*) en las que se reevaluaron las habilidades interpersonales y se midieron los resultados derivados del programa de prevención e intervención psicosocial con los adolescentes que integraron los cuatro grupos experimentales. Efectivamente, de acuerdo con los resultados expuestos en la tabla 3, se confirma semejante mejora propuesta con alta significación estadística al comparar los resultados-base (*Pre-Intervención*) con los obtenidos al evaluar los resultados del programa de reentrenamiento al poco tiempo de su implementación y en momentos posteriores, no observándose cambios al comparar las puntuaciones medias obtenidas en las sucesivas sesiones de evaluación [Post1-Post2 ($t=-1.43$, sig.=.157); Post1-Post3 ($t=-1.25$, sig.=.214) y Post2-Post3 ($t=.55$, sig.=.582)] con lo que se confirmaría que el fortalecimiento de las habilidades positivas y/o el desarrollo de las habilidades poco descriptivas o poco adaptativas no resulta ser un mero efecto de halo derivado de la evaluación inmediata de las sesiones propiamente, sino que se mantiene. En su conjunto, se han logrado

mejoras que redundan en la potenciación del sentimiento de autovalía personal, a nivel comunicativo, en la percepción de autocontrol y de regulación adaptativa de la incitación grupal hacia el consumo.

Se ha efectuado un análisis diferencial de la eficacia optimizadora de los recursos psicosociales objeto de entrenamiento de las cuatro modalidades de intervención implementadas, cuyos resultados se exponen en la tabla 4. Se confirma una mejora de las habilidades sociales entrenadas en los grupos experimentales, de modo que la mayor eficacia preventiva se obtiene tanto en el *Grupo de Intervención Familiar* como en el *Informativo* y en el de *Sensibilización básica*. Esta tendencia se obtiene para cada uno de los momentos temporales en los que fueron reevaluadas las habilidades sociales tanto a los dos meses (*Grupo de Intervención Familiar*, $t=-1.847$, sig.=.076; *Grupo Informativo*, $t=-3.930$, sig.=001; *Grupo de Sensibilización básica*, $t=-3.182$, sig.=004) como a los siete (*Grupo de Intervención Familiar*, $t=-1.717$, sig.=.098; *Grupo Informativo*, $t=-3.277$, sig.=004; *Grupo de*

Tabla 3. Comparación de medias en habilidades sociales en los Grupos de Intervención (T-Test para muestras relacionadas).

HABILIDADES SOCIALES	Media	D.T.	T	Df	2-colas sig.
Total Pre-interv.	3.8359	.711	-3.77	91	.000*
POST1 (2 meses post-intervención)	4.1996	.599			
Total Pre-Interv.	3.8826	.725	-5.15	84	.000*
POST2 (7 meses post-intervención)	4.3329	.568			
Total Pre-Interv.	3.8852	.702	-4.57	89	.000*
POST3 (1 año post-intervención)	4.3067	.636			
POST1 (2 meses post.)	4.2071	.574	-1.43	86	.157
POST2 (7 meses post.)	4.3230	.660			
POST1 (2 meses post.)	4.2071	.574	-1.25	90	.215
POST3 (1 año post.)	4.3077	.634			
POST2 (7 meses post.)	4.3261	.645	.55	91	.582
POST3 (1 año post-intervención)	4.2248	.638			

* $p < .001$

Tabla 4. Cambios en las Habilidades sociales (T-Test para muestras relacionadas) en cada uno de los grupos experimentales (Intervención Familiar, Experto, Informativo y Sensibilización básica) y en el Grupo control.

GRUPOS DE INTERVENCIÓN	Media	D.T.	T	df	t prob. 2 colas
<i>Grupo Intervención Familiar</i>					
HH.SS. previas	3.9148	.68918	-1.847	26	.076***
POST1 (2 meses)	4.2241	.62517			
HH.SS. previas	3.9044	.72515	-1.717	26	.098***
POST2 (7 meses)	4.1796	.68840			
HHSS previas	3.9415	.70781	-2.507	26	.019**
POST3 (12 meses)	4.3778	.56981			
<i>Grupo Experto</i>					
HH.SS. previas	4.3250	.63090	-2.256	22	.035**
POST1 (2 meses)	4.5818	.56769			
HH.SS. previas	4.2783	.64188	.355	21	.726
POST2 (7 meses)	4.2130	.66763			
HH.SS. previas	4.2520	.62391	-.771	24	.448
POST3 (12 meses)	.43900	.83154			
<i>Grupo Informativo</i>					
HH.SS. previas	3.6156	.76762	-3.930	15	.001*
POST1 (2 meses)	4.4875	.43684			
HH.SS. previas	3.5857	.81274	-3.277	13	.006*
POST2 (7 meses)	4.4750	.61229			
HH.SS. previas	3.6063	.76221	-2.770	13	.014**
POST3 (12 meses)	4.2250	.60636			
<i>Grupo Sensibilización básica</i>					
HH.SS. previas	3.4900	.55189	-3.182	24	.004*
POST1 (2 meses)	3.8720	.49204			
HH.SS. previas	3.5976	.56069	-3.471	20	.002*
POST2 (7 meses)	4.1929	.69287			
HH.SS. previas	3.5976	.56069	-3.546	20	.002*
POST3 (12 meses)	4.2048	.47300			
<i>Grupo CONTROL</i>					
HH.SS. previas	3.6109	.66143	-1.049	22	.130
POST1 (2 meses)	4.1522	.56135			
HH.SS. previas	3.8711	.80023	.051	19	.960
POST2 (7 meses)	3.8605	.87362			
HH.SS. previas	3.7848	.78876	-1.565	22	.132
POST3 (12 meses)	4.0739	.62955			

* p<.01 ** p<.05 *** p<.10

Sensibilización básica, $t=-3.471$, $\text{sig.}=002$) y al años de haber finalizado la programación de actividades descritas (*Grupo de Intervención Familiar*, $t=-2.057$, $\text{sig.}=019$; *Grupo Informativo*, $t=-2.770$, $\text{sig.}=014$; *Grupo de Sensibilización básica*, $t=-3.546$, $\text{sig.}=002$). A partir de estos resultados se verifican los efectos beneficiosos del programa de entrenamiento en habilidades sociales, los cuales no responden a un mero efecto espurio o de impacto inicial, sino que esta tendencia de fortalecimiento de las mismas se mantienen en las sucesivas evaluaciones.

Discusión y conclusiones

Tal y como se ha apuntado en este trabajo, la falta/inadecuación de habilidades sociales constituye un factor de riesgo para la génesis del consumo de drogas, desajustes que se verán potenciados por la habituación al mismo y que, al mismo tiempo, una buena competencia social y un adecuado autocontrol y regulación de las situaciones puede regularlo actuando como factor protector. A un nivel más abaharcante, la conexión entre las habilidades sociales y los hábitos saludables, así como la preservación de la salud y la búsqueda de bienestar psicossocial se halla bien fundamentada en la literatura sobre el tema (véase Blanco y Sánchez, 1990; Caballo, 1998; Gil, Jarana y León Rubio, 1992).

Siendo la interacción social y sus condicionantes-consecuencias sobre la redefinición personal uno de los temas más tratados desde la perspectiva psicossocial en el abordaje de las relaciones humanas, ha de concluirse que los déficits interpersonales parecen favorecer la aparición y/o mantenimiento de una serie de problemas vinculados a la experimentación y uso de sustancias psicoactivas entre adolescentes, si bien se trata de un fenómeno multicausal.

Mediante la socialización en el ámbito tanto escolar como familiar se ha de fomentar el uso adaptativo de habilidades -tales como componentes paralingüísticos, verbales y no verbales, habilidades de percepción social, afectivo-emocionales, propiamente cognitivas (solución de problemas y conflictos: identificar conflictos interpersonales, anticipar consecuencias, etc.; autocontrol: autoobservación, autoevaluación, autoconcepto y autoestima), etc.- que posibiliten, y contribuyan junto con otros factores, enfrentarse a las demandas propias e interpersonales de una forma satisfactoria.

En este sentido, el objetivo preventivo propuesto como meta personal ha de incorporarse en una estrategia común en la que se corresponsabilicen diversas agencias y estamentos y se reformulen las *demandas de la situación*, ya sean explícitas o implícitas, en cuestiones alusivas a la experimentación con sustancias psicoactivas. A partir de las expectativas distorsionadas sobre las consecuencias derivadas de la priorización de unas estrategias competenciales u otras se subjetiviza la relación constatada entre la sociabilidad y el bienestar psicossocial. Como labor preventiva prioritaria se ha abundado en la necesidad de dotar a un *grupo* de una entidad propia y su estudio ha de focalizarse en los procesos implicados en la *interacción interpersonal*, mediante los que se genere ya sea aceptación de los adolescentes socialmente desaventajados o un cambio de actitudes hacia ellos, un específico reparto de poder dentro de un grupo cohesivo, un conformismo (no sometimiento) del individuo al grupo, una mayor eficiencia individual o productividad grupal, etc.

La influencia social normativa ejercida por el grupo sobre el individuo se interrelaciona con la necesidad imperiosa de construcción, por parte del joven, de una identidad social

(re)definida. La búsqueda de integración en el grupo social con una característica tipológica, concesiones e ideologías compartidas se intenta articular mediante el artificio del empleo de drogas. Ha de interpretarse cómo el adolescente intenta solucionar sus problemas de identidad y apaciguar sus inseguridades sencillamente aumentando sus tendencias afiliativas, de ahí que la adicción se contemple como resultado de una búsqueda de identidad, de acuerdo con la argumentación de Ovejero (2000).

En este estudio, la evaluación de las habilidades sociales y su entrenamiento mediante la programación de actividades de capacitación y optimizadoras implementadas bajo las cuatro modalidades ya explicitadas (*Intervención Familiar, Grupo Experto, Informativo y Sensibilización básica*) no se ha ceñido exclusivamente a los resultados obtenidos al final de la intervención didáctica-preventiva, sino que ha abarcado el proceso terapéutico y se ha extendido durante el correspondiente seguimiento a dos, siete y doce meses después de haber finalizado el entrenamiento en sí.

Como premisa básica se ha fundamentado que deberían utilizarse técnicas acordes con los objetivos preventivos y rehabilitadores, entre los que sin duda se recurre al entrenamiento de las habilidades sociales. Éste ha sido diseñado y desarrollado en el aula por el equipo investigador, si bien se ha formado al profesorado de ESO que ha participado en la experiencia en la adquisición y/o perfeccionamiento de estrategias de mejora de los hábitos saludables de los adolescentes, cuestión ésta del empleo de la formación del profesorado habitual en programas preventivos de carácter socioeducativo (véase Ávila Casas, Marcilla, García Sedeño y García Castañeda, 2002).

Con el alumnado se ha procedido al entrenamiento en *habilidades básicas* (obser-

var, escuchar, dar y recibir retroalimentación, contacto ocular, volumen del habla, etc.), así como en *respuestas sociales específicas* (hacer y rechazar peticiones, manifestación de expresiones, recibir rechazos, iniciar y mantener una conversación, hacer y recibir críticas, defender las propias actitudes, pedir información, expresar opiniones y resistencia a la presión grupal e incitación para el consumo) y en habilidades de autocontrol.

A partir de los resultados del estudio prospectivo del repertorio de habilidades sociales de la muestra global de adolescentes y de aquellos en riesgo percibido, en líneas generales, se confirma la posesión de unas adecuadas habilidades sociales que han sido analizadas mediante el empleo de indicadores cognitivos, conductuales e interpersonales.

En el estudio descriptivo tanto con la muestra total como con la de intervención previo al desarrollo del programa se han hallado unas adecuadas *habilidades comunicacionales* (fijación de la mirada, expresión gestual y conducta atencional, entrenamiento en comunicación eficaz, etc.), obteniéndose porcentajes indicativos de un menor empleo de *respuestas sociales específicas* (hacer y rechazar peticiones, defender los propios derechos, pedir información, expresar opiniones, etc.) y de *exteriorización de sentimientos y autoafirmación personal*.

De la medición de las *habilidades de trato interpersonal* (conductas elementales de interacción social) se deduce, en su conjunto, un buen empleo de las mismas, si bien se constata un efecto de presión grupal vinculado a la experimentación con sustancias psicoactivas, ya que uno de los porcentajes más bajos de respuesta se obtiene ante la afirmación en la que se analiza la resistencia de la incitación grupal hacia el consumo de alcohol.

De la evaluación de los efectos positivos del entrenamiento en habilidades sociales,

así como la cadencia de los cambios experimentados y el análisis diferencial en función de la modalidad de programa de intervención psicossocial desarrollado se deduce una mejoría significativa en indicadores de habilidades comunicacionales, de autoafirmación personal, solicitud de información, expresión de opiniones, control de situaciones y regulación de la conducta, principalmente.

En concreto, por las implicaciones derivadas de semejante análisis se redonda en el fortalecimiento de las habilidades de resistencia a la incitación grupal hacia la experimentación con sustancias psicoactivas en los grupos de intervención asociado a un control de la situación de riesgo.

Por lo que respecta al impacto y mantenimiento de los cambios experimentados en la dirección de fortalecimiento de las habilidades sociales, comunicacionales, de auto-competencia y resistencia a la presión grupal apuntadas se confirma que éstos se mantienen a lo largo de todo el proceso evaluador y del seguimiento posterior, descartándose un mero cambio motivado por el impacto inicial de la programación preventiva ya que la mejoría se sigue evidenciado en la evaluación efectuada un año después de la misma. A potenciaciones del sentimiento de autovalía personal, se han añadido mejoras de la percepción de auto-control y el aprendizaje y/o entrenamiento de estrategias de resistencia a los procesos de influencia grupal.

Finalmente, por lo que respecta a la evaluación del efecto diferencial de la eficacia optimizadora del entrenamiento en función de la modalidad de intervención implementada se confirman los efectos enriquecedores en los grupos de *Intervención Familiar*, *Informativo* y de *Sensibilización básica*, siendo menor en el *Grupo Experto*, achacable quizá al cambio en el agente preventivo (experto en

drogodependencias) en relación al empleo del profesorado y de miembros del equipo investigador, en las sucesivas evaluaciones de resultados.

En definitiva, desde una perspectiva psicossocial como la adoptada en este estudio se incide en la necesidad de considerar las habilidades relacionales como productos singularizados de respuesta adaptativa a la normatividad grupal y como valores culturales y sociales, no meramente individuales, ya que se adquieren a través de la interacción social y se redefinen en los determinantes de cariz sociocultural que las sustenta y, como cualquier otra habilidad, pueden tanto enseñarse como aprenderse, de ahí su potencialidad transformadora.

Asimismo, una problemática como la del consumo nocivo de sustancias psicoactivas entre el colectivo juvenil se fundamenta en la raigambre sociocultural del fenómeno desde el que se amparan discursos ideologizados y representaciones colectivas (Sánchez-Carbonell, 2004). En este sentido, parece existir acuerdo en que los programas de prevención-intervención de la drogadicción basados en el entrenamiento de habilidades sociales deficitarias y de solución de problemas, en los que se promueven actividades y relaciones alternativas reforzantes, son propuestas adecuadas, aunque puede que no sean suficientes si no van acompañadas de otras medidas que redunden en la regulación y disponibilidad de las mismas a un nivel más amplio, tales como en las normativas legales, de acuerdo con Szasz (1993), de las que se derivan múltiples implicaciones.

Dejar de consumir drogas representa un objetivo terapéutico insuficiente, de ahí la necesidad de dotar u optimizar las habilidades intra e interpersonal de los adolescentes en riesgo percibido con actitudes de permisividad ante la experimentación y de

diseñar programas genéricos y específicos de mejora de las habilidades sociales y resolución de problemas.

Una de las directrices básicas a seguir, según esta propuesta, es la potenciación de actividades y recursos comunitarios ya que para lograr algún efecto positivo en la reeducación de las habilidades sociales y mejoras actitudinales derivadas de la intervención psicosocial un elemento potenciador es la colaboración, a multitud de niveles, de la comunidad no en cuanto ente abstracto sino focalizada, básicamente, en el ambiente familiar y el entorno social del adolescente en riesgo. Como sustrato teórico de la perspectiva de análisis que guía esta experiencia se propone el cuidado de la salud física y psicosocial de los adolescentes, operativizado a través de unas actitudes contrarias a la experimentación con sustancias psicoactivas, mediante el denominado *modelo de competencia* sobre la base de la existencia de un repertorio de habilidades y destrezas que el adolescente puede y debe aprender a fin de incrementar su bienestar o contrarrestar los posibles riesgos que acechen a su salud asociado ello a intentos de dotar a la comunidad recursos autoconservadores y potenciar el bienestar sociocomunitario, modelo que cuenta en Costa y López (1983, 1988, 1996) uno de sus máximos exponentes.

Se precisa de un compromiso de los miembros de la comunidad en torno a la elaboración y puesta en práctica de un proyecto sociocomunitario que contemple la integración incluida dentro de un modelo organizativo global, de modo que la potenciación de hábitos saludables por parte de diversos estamentos y la implementación de los recursos correspondientes, garantice el éxito del mismo, tal como se abunda en propuestas de marcado cariz socioeducativo y comunitario de prevención de la drogadicción juvenil (véase Moradillo, 2003; Moral, 2002; Vega, 2000, 2003).

Referencias

- Aparicio, E. (1992). Proyecto de entrenamiento en habilidades sociales con toxicómanos. En F. Gil, J.M. León Rubio y L. Jarana (Coords.), *Habilidades sociales y salud* (págs. 127-132). Madrid: Eudema.
- Ávila Carretero, I., Casas Gil, M.J., Marcilla, A., García Sedeño, M. y García Castañeda, M.C. (2002). Formación del profesorado en prevención de alcoholismo. Análisis de una muestra de docentes de ESO. *Apuntes de Psicología*, 20(2), 257-272.
- Bellis, M.A. y Hughes, K. (2003). Consumo recreativo de drogas y reducción de daños en la vida nocturna global. *Adicciones*, 15 (suplemento 2), 289-309.
- Bermúdez, J. (1993). Psicología de la Salud: Programas preventivos de Intervención Comunitaria. En M.A. Vallejo y M.A. Ruíz (Eds.), *Manual práctico de modificación de conducta II* (págs. 749-785). Madrid: Fundación Universidad-Empresa.
- Blanco, A. y Sánchez, F. (1990). Habilidades de conducta y cuidado de salud. En S. Barriga, J.M. León, M.F. Martínez e I.F. Jiménez, *Psicología de la Salud. Aportaciones desde la Psicología Social* (págs. 343-374). Sevilla: Sedal.
- Botvin, G.J. (1995). Entrenamiento en habilidades para la vida y prevención del consumo de drogas en adolescentes: consideraciones teóricas y hallazgos empíricos. *Psicología Conductual*, 3(3), 333-355.
- Botvin, G.J. (2000). Preventing Drug Abuse in Schools: Social and Competence Enhancement Approaches Targeting Individual-Level Etiologic Factor. *Addictive Behaviors*, 25, 887-897.
- Bouchard, M.A., Lalonde, F. y Gagnon, M. (1988). The construct validity of assertion: Contributions of four assessment proce-

- dures and Norman's personality factors. *Journal of Personality*, 56, 763-783.
- Bower, S.A. y Bower, G.H. (1986). *Asserting yourself*. California: Addison-Wesley.
- Caballo, V.E. (1988). *Teoría, evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. Valencia: Promolibro.
- Caballo, V.E. (1998). El entrenamiento en habilidades sociales como estrategia de intervención en los trastornos psicológicos. En F. Gil y J.M. León Rubio (Eds.), *Habilidades sociales. Teoría, investigación e intervención* (pág. 95-111). Madrid: Síntesis.
- Cangas, A.J. y Olivencia, J.J. (1999). Alteraciones de la personalidad asociadas a las conductas adictivas. *Apuntes de Psicología*, 17(1-2), 109-116.
- Calafat, A., Juan, M., Becoña, E., Fernández, C., Gil, E., Palmer, A., Sureda, P. y Torres, M.A. (2000). *Salir de marcha y consumo de drogas*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Casanova, M.A. y Santafé, P. (1994). Entrenamiento en habilidades sociales como programa de prevención de drogodependencias en el medio escolar. En G. Musitu, M. Gutiérrez y J. Pons (Eds.), *Intervención Comunitaria* (págs. 317-324). Valencia: Set i Set.
- Costa, M. y López, E. (1983). Aportaciones de la ciencia del comportamiento en un Servicio Nacional de Salud. *Papeles del Psicólogo*, 10/11, 19-25.
- Costa, M. y López, E. (1988). *Salud comunitaria*. Barcelona: Martínez-Roca.
- Costa, M. y López, E. (1996). *Educación para la Salud. Una estrategia para cambiar los estilos de vida*. Madrid: Pirámide.
- DelGreco, L. (1980). Assertion training to prevent adolescent cigarette smoking. *Health Education Journal*, 39, 80-83.
- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (1999). *Memoria 1997*. Madrid: DGPNSD. Ministerio del Interior.
- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (2000a). *Encuesta sobre drogas en población escolar, 1998. Informe nº 3 Marzo 2000. Observatorio Español sobre Drogas*. Madrid: DGPNSD. Ministerio del Interior.
- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (2000b). *Encuesta Domiciliaria sobre Drogas 1999*. Madrid: DGPNSD. Ministerio del Interior.
- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (2000c). *Estrategia Nacional sobre Drogas (2000-2008)*. Madrid: DGPNSD. Ministerio del Interior.
- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (2001). *Encuesta Domiciliaria sobre Drogas 2000*. Madrid: DGPNSD. Ministerio del Interior.
- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (2002a). *Encuesta sobre Drogas a Población Escolar del año 2000. Informe 5. Observatorio Español de Drogodependencias*, Julio 2002.
- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (2002b). *Congreso sobre Jóvenes, Noche y Alcohol*. Madrid: DGPNSD. Ministerio del Interior.
- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (2003). *Indicadores Tratamiento, Urgencias y Mortalidad. Informe año 2001*. Madrid: Ministerio del Interior.
- García-Vera, M.P., Sanz, J. y Gil, F. (1998). Entrenamiento en habilidades sociales. En F. Gil y J.M. León Rubio (Eds.). (1998), *Habilidades sociales. Teoría, investigación e intervención* (págs. 63-93). Madrid: Síntesis.
- Gardner, H. (1995). *Inteligencias múltiples*. Barcelona: Paidós.

- Gardner, H. (2001). *La inteligencia reformulada: las inteligencias múltiples en el siglo XXI*. Barcelona: Paidós.
- Giddens, A. (2000). *Un mundo desbocado. El efecto de la globalización en nuestras vidas*. Madrid: Taurus.
- Gil, F. y León Rubio, J.M. (Eds.). (1998). *Habilidades sociales. Teoría, investigación e intervención*. Madrid: Síntesis.
- Gil, F., Jarana, L. y León Rubio, J.M. (Coords.) (1992). *Habilidades sociales y salud*. Madrid: Eudema.
- Goldstein, A.P., Sprafkin, R.P., Gershaw, N.L. y Klein, P. (1989). *Habilidades sociales y autocontrol en la adolescencia*. Barcelona: Martínez Roca.
- Goleman, D. (1996). *Inteligencia emocional*. Barcelona: Kairós.
- Horan, J.J. y Williams, J.M. (1982). Longitudinal study of assertion training as a drug abuse prevention strategie. *American Educational Research Journal*, 19, 341-351.
- Jakubowski, P.A. (1977). Assertive behavior and clinical problems of women. En R.A. Alberti (Ed.). *Assertiveness: Innovations, Applications, Issues*. San Luis Obispo, CA: Impact.
- Jiménez, M. (1995). Competencia social en la infancia. Delimitación conceptual y componentes. *Apuntes de Psicología*, 45, 41-68.
- Kelley, J.A. (1987). *Entrenamiento de las habilidades sociales. Guía práctica para intervenciones*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Lange, A.J. y Jakubowski, P. (1976). *Responsible assertive behavior*. Champaign. Illinois: Research Press.
- León Rubio, J.M. y Medina, S. (1998). Aproximación conceptual a las habilidades sociales. En F. Gil y J.M. León Rubio (Eds.), *Habilidades sociales. Teoría, investigación e intervención*. (págs. 13-23). Madrid: Síntesis.
- León Rubio, J.M., Gil, F., Medina, S. y Cantero, F.J. (1998). La formación del profesional de la intervención social y comunitaria en habilidades sociales. En F. Gil y J.M. León Rubio (Eds.), *Habilidades sociales. Teoría, investigación e intervención* (págs. 112-168). Madrid: Síntesis.
- Macià, D., Méndez, F.X. y Olivares, J. (1991). Intervención comportamental-educativa para la salud en atención primaria. *Revista de Psicología de la Salud*, 3(1), 119-145.
- Marchago, J. (1996). *Programa para el desarrollo de la autoestima (PADA)*. Madrid: Escuela Española.
- Mayer, J.D. y Salovey, P. (1993). The Intelligence of Emotional Intelligence. *Intelligence*, 9, 185-211.
- McFall, R.M. (1982). A review and remodulation of the concept of social skills. *Behavioral Assessment*, 4, 1-33.
- Michelson, L., Sugai, D.P., Wood, R.P. y Kazdin, A.E. (1987). *Las habilidades sociales en la infancia: Evaluación y tratamiento*. Barcelona: Martínez Roca.
- Monjas, I. (1993). *Programa de entrenamiento en habilidades de interacción social (PEHIS)*. Salamanca: Trilce.
- Monjas, M.I. y González Moreno, B.P. (Dir.) (2000). *Las habilidades sociales en el currículo*. Madrid: Ministerio de Educación, Cultura y Deporte.
- Moradillo, F. (2003). La educación sobre drogas entre alumnos en un centro de Educación Secundaria. *Adicciones*, 15 (suplemento 1), 63-64.
- Moral, M.V. (2002). *Jóvenes, sustancias psicoactivas e identidad. Propuesta de prevención e intervención psicosocial y comunitaria*. Universidad de Oviedo: Tesis Doctoral.

- Moral, M.V. y Ovejero, A. (1998a). La identidad psicosocial de los jóvenes construida en/por la red social de amigos. *II Congreso Iberoamericano de Psicología*. Madrid: C.O.P.
- Moral, M.V. y Ovejero, A. (1998b). Calidad del ser joven y cantidad de sustancias psicoactivas: desafíos al bienestar psicosocial. *V Congreso Estatal de Intervención Social*. Madrid: C.O.P.
- Moral, M.V. y Ovejero, A. (2004a). Jóvenes, globalización y postmodernidad: Crisis de la adolescencia social en una sociedad adolescente en crisis. *Papeles del Psicólogo*, 25 (87), 72-79.
- Moral, M.V. y Ovejero, A. (2004b). Actitudes ante el consumo de sustancias psicoactivas y mentalidades del usuario en adolescentes de Secundaria. *Entemu. Revista de la UNED Centro Asociado de Asturias*.
- Moral, M.V. y Sirvent, C. (2004). Menores, marginación y consumo de sustancias psicoactivas: Politización de las propuestas preventivas. *I Congreso de Psicología Jurídica*. 12-14 de Julio. Santiago de Compostela.
- Moral, M.V., Rodríguez, F.J. y Sirvent, C. (2004). Percepción de las consecuencias asociadas al abuso de alcohol y otras sustancias psicoactivas en adolescente en riesgo. *I Congreso de Psicología Jurídica*. 12-14 de Julio. Santiago de Compostela.
- Moral, M.V., Rodríguez, F.J. y Sirvent, C. (2006). Factores relacionados con las actitudes juveniles hacia el consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas. *Psicothema*, 18(1), 52-58.
- Moral, M.V., Sirvent, C. y Rodríguez, F.J. (2004). Patrones de consumo de alcohol y ocio juvenil de fin de semana. *Adicciones*, 16 (suplemento 1), 113-114.
- Muñoz Sánchez, A., Trianes, M.V. y Jiménez, M. (1996). Promoción del desarrollo afectivo y social : una línea de intervención. *Apuntes de Psicología*, 47, 81-98.
- Myers, D.G. (2000). *The american paradox: Spiritual hunger in a age of plenty*. New Haven: Yale University Press.
- Oei, T.P.S. y Jackson, P.R. (1982). Social skills and cognitive behavioral approaches to the treatment of problem drinking. *Journal of Studies on Alcohol*, 43, 532-547.
- Ovejero, A. (1990a). Las habilidades sociales y su entrenamiento: Un enfoque necesariamente psicosocial. *Psicothema*, 2, 93-112.
- Ovejero, A. (1990b). Las habilidades sociales y su entrenamiento en el ámbito escolar. *Libro de Comunicaciones del III Congreso de Psicología Social, Vol. I*. (págs. 381-388). Santiago de Compostela.
- Ovejero, A. (1993). Entrenamiento en habilidades sociales en niños: Utilidad para niños de integración. En F. Loscertales y M. Marín (Eds.), *Dimensiones psicosociales de la educación y de la comunicación* (págs. 229-240). Madrid: Eudema.
- Ovejero, A. (1998). Las habilidades sociales y su entrenamiento en el ámbito escolar. En F. Gil y J.M. León Rubio (Eds.), *Habilidades sociales. Teoría, investigación e intervención* (págs. 169-185). Madrid: Síntesis.
- Ovejero, A. (2000). La adicción como búsqueda de identidad: una base teórica psicosocial para una intervención eficaz. *Intervención Psicosocial*, 9 (2), 35-48.
- Pelechano, V. (Dir.) (1996). *Habilidades interpersonales. Teoría mínima y programas de intervención. Volumen I-III*. Valencia: Promolibro.
- Pérez, I.P. (2000). *Habilidades sociales, educar hacia la autorregulación: conceptualización, evaluación e interven-*

- ción. Barcelona: ICE. Universidad de Barcelona.
- Prieto, D. y Ballester, P. (2003). *Las inteligencias múltiples: diferentes formas de enseñar y aprender*. Madrid: Pirámide.
- Reardon, B. y Britting, P. (1983). Factors Related to the Self-concept of Institutionalized. White, Male Adolescent Drug Abuser. *Adolescence*, 18 (69), 29-41.
- Rich, A.R. y Scheorder, H.E. (1976). Research issues in assertiveness training. *Psychological Bulletin*, 83, 1081-1096.
- Rodríguez-Marín, J. (1995). *Psicología Social de la Salud*. Madrid: Síntesis.
- Salovey, P. y Mayer, J.D. (1990). Emotional intelligence. *Imagination, Cognition and Personality*, 9, 185-211.
- Sánchez-Carbonell, X. (2004). Contexto cultural y consecuencias legales del consumo de drogas. *Trastornos Adictivos*, 6 (1), 1-4.
- Sirvent, C. (1998). *La mujer drogodependiente*. Madrid: Fundación Instituto Spiral e Instituto de la Mujer.
- Sociedad Asturiana de Estudios Económicos e Industriales (2000). *Reseña estadística de los municipios asturianos, 1998*. Principado de Asturias: S.A.D.E.I.
- Sociedad Asturiana de Estudios Económicos e Industriales (2001). *La renta de los municipios asturianos, 1998*. Principado de Asturias: S.A.D.E.I.
- Sternberg, R.J. (1997). *Inteligencia exitosa: cómo una inteligencia práctica y creativa determina el éxito en la vida*. Barcelona: Paidós.
- Suelves, J.M. y Sánchez-Turet, M. (2001). Asertividad y uso de sustancias en la adolescencia: Resultados de un estudio transversal. *Anales de Psicología*, 17 (1), 15-22.
- Sussman, S. (1995). Prevención del consumo de tabaco en niños/as y adolescentes. *Psicología Conductual*, 3 (3), 283-314.
- Szasz, Th. (1993). *Nuestro derecho a las drogas*. Barcelona: Anagrama.
- Trianes, M.V., Muñoz, A.M. y Jiménez, M. (1997). *Competencia social: su educación y tratamiento*. Madrid: Pirámide.
- Vallés, A. (1994). *Programa de Refuerzo de las Habilidades Sociales* (3 Vols.). Madrid: EOS.
- Vallés, A. y Vallés, C. (1996). *Las habilidades sociales en la escuela: Una propuesta curricular*, Madrid, EOS.
- Valdés, A. y Vallés, C. (2000). *Inteligencia emocional: aplicaciones educativas*. Madrid: EOS.
- Vega, A. (2000). *El País Vasco ante las drogas. Los retos del proyecto comunitario en las escuelas*. San Sebastián: Gakoa.
- Vega, A. (2003). Repensar la educación sobre las drogas para una nueva prevención. *Revista Española de Drogodependencias*, 28 (1-2), 7-23.
- Wills, T.A., Baker, E. y Botvin, G.J. (1989). Dimensions of assertiveness: Differential relationships to substance use in early adolescence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 473-478.
- Wolpe, P. (1973). *The practice of behavior therapy*. Nueva York: Pergamon Press.
- Wolpe, J. y Lazarus, A.A. (1966). *Behavior therapy techniques: A guide to the treatment of neuroses*. Nueva York: Pergamon Press