ÁREA CLÍNICA

Validación del Cuestionario de Variables de Interacción Psicosocial (VIP): hacia un modelo de tratamiento de las conductas adictivas «guiado por la personalidad»

Validation of the Psychosocial Interaction Variables Questionnaire: towards a «personality guided therapy» model of addiction treatment

PEDRERO PÉREZ, E.J., PÉREZ LÓPEZ, M., DE ENA DE LA CUESTA, S. Y GARRIDO CABALLERO, C.

Psicólogos. CAD 4 San Blas. Instituto de Adicciones de la Ciudad de Madrid. Madrid. España.

RESUMEN: *Objetivo:* La personalidad puede estudiarse a 3 niveles: el clínico (trastornos), el de rasgos y el nivel de variables interaccionales. Hay instrumentos válidos para la medida de los 2 primeros, pero no disponemos de alguno que explore de forma conjunta el nivel interaccional. Proponemos un modelo de tratamiento de las conductas adictivas «guiado por la personalidad» en la línea propuesta por Millon para los trastornos del eje II, que se basa en la función que cumple la droga con relación al patrón de personalidad general.

El objetivo del estudio ha sido diseñar y validar un cuestionario que explore de forma adecuada y sencilla un cierto número de variables de interacción psicosocial en los individuos que realizan tratamiento por abuso o dependencia de sustancias. Escogemos como variables: autoestima, autoeficacia general, optimismo, locus de control, habilidades sociales, autocontrol y estilos de afrontamiento del estrés.

Material y métodos: Se describe el proceso de creación del Cuestionario de Variables de Interacción Psicosocial (VIP), hasta alcanzar su forma definitiva, con 84 ítems. Se validó sobre una muestra

de 776 sujetos, 569 en tratamiento por abuso/dependencia de heroína, cocaína, alcohol, cannabis, benzodiazepinas y ludopatía, y 197 sujetos de población general.

Resultados: Todos los participantes cumplimentan el VIP y diversos cuestionarios complementarios para el estudio de validez. La consistencia interna global es de 0,93 y la de las escalas que lo componen se sitúa entre 0,82 y 0,91, salvo las de afrontamiento centrado en la búsqueda de apoyo social (5 ítems), 0,78, y la de locus de control (3 ítems), 0,65. La consistencia temporal de las escalas (entre 4 y 6 semanas) es de 0,92 para población general y de 0,80 para sujetos sometidos a tratamiento. Se estudia la validez aparente, de contenido, de constructo, convergente y discriminante, que resultan adecuadas. Las escalas del VIP predicen una media del 45% de la varianza de los síndromes clínicos del eje I y el 33% de los patrones de personalidad patológica (alcanzando más del 50% en 5 de ellos) estimados mediante el MCMI-II.

Conclusiones: Consideramos que el VIP es un instrumento de utilidad para el estudio de las variables nucleares de la personalidad, que permite la comprensión del valor funcional de la conducta adictiva con relación al patrón general de comportamiento de los sujetos, y puede facilitar el diseño y evaluación de los tratamientos específicos, aunque se puede aplicar en otros ámbitos.

Correspondencia:

EDUARDO J. PEDRERO PÉREZ
Bergantín, 11 5.º B. 28042 Madrid. España.
E-mail: ejpedrero@mi.madridtel.es

PALABRAS CLAVE: Adicción. Evaluación. Personalidad. Autoestima. Optimismo. Habilidades sociales. Afrontamiento. VIP. MCMI-II. BFQ. Tratamiento guiado por la personalidad.

ABSTRACT: Objective: The personality can be studied at three levels: clinical (disorders), traits and the level of interactive variables. There are valid instruments for the measurement of both first, but we do not have any that explores in a combined way the interactional level. We propose a model of «personality guided treatment» for the addictive behaviours in the direction of the one proposed by Millon for axis II disorders, based on function of drug in relation to its personality pattern.

The aim of the study is to design and validation of a questionnaire that explores in a suitable and simple way a certain number of psycho-social interaction variables in the individuals that are in treatment by abuse/dependency of substances and gambling. We choose as variables: self-esteem, general self-efficacy, optimism, locus of control, social abilities, self-control and coping styles.

Material and methods: It is described the creation process of the Questionnaire of Variables of Psycho-social Interaction (VIP), until reaching its definitive form, with 84 items. We validate on a sample of 776 subjects, 569 in treatment by abuse/dependency of heroin, cocaine, alcohol, cannabis, benzodiazepines and compulsive gambling; and 197 subjects of general population.

Results: All participants compliment the VIP and diverse complementary questionnaires for the validity study. The global internal consistency is 0.93 and the one of the scales that compose it locates between 0.82 and 0.91, except for those of coping oriented to search of social support (5 items), 0.78; and the one of locus of control (3 items), 0.65. The temporary consistency of the scales (between 4 and 6 weeks) is 0.92 for general population and 0.80 for subjects in treatment. The apparent, content, convergent and discriminative and construct validity studies, are suitable. The scales of the VIP predict an average of 45% of the variance of the clinical syndromes of axis I, and 33% of pathological personality patterns (reaching more of 50% in 5 of them) considered by means of the MCMI-II.

Conclusions: We considered that the VIP is an instrument of utility for the core personality variables study, that allows the understanding of functional value of the addictive behaviours in relation to the persons general behaviour pattern, and can

facilitate the design and evaluation of the specific treatments, although can be applied in other scopes.

KEY WORDS: Addiction. Assessment. Personality. Self-esteem. Optimism. Social abilities. Coping. VIP. MCMI-II. BFQ. Personality guided therapy.

Introducción

Los programas de tratamiento propuestos para el abordaje de los problemas derivados del consumo de drogas han centrado su atención, casi de forma exclusiva, en la propia conducta adictiva como diana de la intervención y como marcador objetivo de éxito del propio programa. Algo que podría parecer lógico y justificable es, sin embargo, profundamente paradójico desde un punto de vista científico: parece que, en todos los casos, la simple extinción de la conducta adictiva resuelve los problemas que la generan y mantienen. No cabe duda de que en algunos casos esto es posible, cuando tal conducta no pasa de ser un mero hábito sin valor adaptativo. Pero en la mayoría de los casos la conducta adictiva no es un mero epifenómeno sino la manifestación más objetivable de un profundo desajuste entre el sujeto consigo mismo y con su entorno. Estamos con Roldán¹ cuando afirma: «Pareciese que todos sus problemas son la droga, fundiendo al individuo con la sustancia y esto no es así». Sostenemos el enfoque del consumo problemático de drogas como manifestación de alguna característica disfuncional de los individuos que se las autoadministran y propugnamos, en consonancia, la diversificación de perfiles de sujetos en función de características personales y no de la droga consumida, cuyo interés se reduce a la funcionalidad que cumple con relación a las dificultades personales², ni de la propia conducta adictiva, si no es bajo la consideración de que tal conducta se define por la relación que presenta con el resto de conductas disponibles en el repertorio de cada sujeto.

A pesar de los múltiples estudios que exploran las conductas adictivas en relación con la personalidad de los sujetos que las desarrollan³⁻⁵ la intervención psicológica que se lleva a cabo permanece ajena a estas consideraciones, y se focaliza reiterada y exclusivamente en la conducta de autoadministración de sustancias. Ninguna de las terapias psicológicas propuestas por el NIDA (prevención de recaídas, modelo matriz, motivacional, familiar, multisistémica, refuerzo comunitario, etc.)⁶ contempla las variables de personalidad como relevantes para la terapia. Sánchez Hervás et al⁷ han propuesto recientemente un modelo de tratamien-

to psicoterapéutico en adicciones⁷, basado en estudios de eficacia, que se ajusta a 3 elementos:

- Modelo transteórico de cambio, como marco conceptual global.
- *Craving* y prevención de recaídas.
- Autoeficacia frente al consumo.

El Modelo transteórico de cambio ha supuesto un intento integrador de conceptualización de la conducta intencional de cambio, sea ésta o no dirigida por un terapeuta. Sin embargo, su aplicación en el tratamiento de las conductas adictivas ha sido a menudo ingenua e incompleta. Ingenua porque los procesos de cambio no son independientes de las características diferenciales de las personas que los desarrollan, de modo que la intervención del terapeuta se ha limitado, en la mayoría de los casos, a ser un elemento «contemplativo» (por acudir a la propia terminología del modelo) renunciando a la «acción» que le es propia y exigible por su cualificación científica y profesional. Un ejemplo claro lo representa la «entrevista motivacional», uno de los instrumentos propuestos en el marco de esta teoría, que no deja de ser «un enfoque compasivo y humanista»⁸ y que se basa en la supuesta ambivalencia del paciente entre «cambiar o no cambiar»⁹, cuando, a nuestro juicio, lo que el paciente desea es cambiar con el mínimo coste posible; tal coste se considera como la pérdida de recursos que dicho cambio le va a producir y, por ello, consulta a un especialista, en la consideración de que está capacitado para ayudarle en tal situación.

Incompleta porque el modelo de cambio no se sustenta únicamente en los procesos de cambio y en las estrategias que lo facilitan, sino que incluye, y a menudo se olvida, los niveles de cambio que han de considerarse. Aunque a veces es posible que algún problema psicológico se reduzca a una conducta específica, aislable del resto de las conductas o contextos de la persona, lo habitual es que un cambio de conducta requiera modificar tanto ésta como sus interrelaciones a distintos niveles, si quiere ser eficaz; no obstante, la aplicación del modelo en drogodependencias se ha limitado en la mayoría de los casos al nivel superficial síntoma/situación por ser el motivo principal por el que la persona solicita el cambio¹⁰. Los niveles siguientes, con creciente nivel de profundidad, atienden a cogniciones desadaptativas, conflictos interpersonales, de familia e intrapersonales que, cuando se abordan, se hace sin sacar del primer plano la conducta problema. En todo caso es preciso tener en cuenta que el ritmo del proceso de avance en el cambio es fun-

ción de estos conflictos y no al revés, como a veces pretende el modelo aplicado.

En cuanto a la autoeficacia específica frente al consumo no parece que sea un indicador potente de resultados, al menos cuando se estima mediante pruebas objetivables como el DTCQ: la capacidad autoatribuida para resistirse a los estímulos desencadenantes del consumo no correlaciona con los resultados del tratamiento y no es independiente de variables de personalidad en las que se enraíza la autoatribución¹¹.

Finalmente, el concepto de *craving*, uno de los tópicos centrales de la investigación actual en las conductas adictivas, puede asemejarse en algún punto al de estrés, al menos en la definición que tal concepto vaya recibiendo sucesivamente a la luz de los hallazgos: como el estrés, se inició la investigación concibiéndolo como un fenómeno «interno» de base biológica, capaz de explicar por sí mismo las recaídas; sin embargo, las investigaciones encaminan inexorablemente al hecho de que el *craving* es, en esencia, un fenómeno cognitivo: las señales internas de malestar (de base biológica) se reinterpretan por el sujeto y recurre a la droga como estrategia de afrontamiento de conocida eficacia para la reducción de tales síntomas^{12,13}. Y esta conceptualización del *craving* como fenómeno cognitivo no puede ser independiente de otras variables psicológicas identificables en mayor o menor medida en el individuo.

Todo ello nos lleva a considerar:

— Que el hallazgo tantas veces repetido que el pronóstico del tratamiento de las adicciones empeora cuando además coincide con un trastorno mental, del eje I o del II sólo se sustenta en el error de considerar que unas y otros son fenómenos independientes.

— Que este error se produce habitualmente debido al uso excesivo y descontextualizado de las categorías diagnósticas que obligan a diferenciar entre unas y otros, sin proporcionar por sí mismas elementos que faciliten la comprensión global del problema.

— Que en el extremo opuesto, el desprecio de los sistemas clasificatorios con fines diagnósticos, y de la psicopatología en general, atendiendo en exclusiva a la conducta adictiva como diana única de la terapia de conducta, justifica el alto nivel de fracaso, la duplicidad o multiplicidad de intervenciones y la frustración del profesional.

— Que el conocimiento de la presencia y magnitud de determinadas variables de personalidad mediante la evaluación psicológica de los pacientes puede permitir la formulación de objetivos concretos (p. ej., reducción de la impulsividad) que afectan a su conducta

global, en la que se inscribe la de autoadministración de sustancias.

— Que para ello, más importante que qué, cómo, cuánto y por qué consume, debe ser para qué consume, es decir, la función que cumple la droga con relación a su patrón de personalidad general.

Abogamos pues, en la línea propuesta por Millon¹⁴ y Millon et al¹⁵, e íntegramente trasladable al campo de las conductas adictivas, por una «psicoterapia guiada por la personalidad», que parte del diagnóstico o identificación de los patrones dominantes, se sigue de una deconstrucción del patrón hasta desmenuzarlo en sus elementos más nucleares y continúa con la aplicación de las estrategias terapéuticas más adecuadas a cada elemento. Por una parte, la evidencia experimental no apoya la eficacia, sino, tal vez, una transitoria efectividad de los tratamientos dirigidos a la totalidad del trastorno¹⁶; por otro lado, la evidencia clínica sugiere que sí es posible propiciar sensibles mejoras en el ajuste de los pacientes a partir de la intervención sobre los elementos nucleares de cada trastorno, aunque ello requiera un trabajo artesanal y muy individualizado y el conocimiento minucioso de la realidad biográfica del paciente, inscrito necesariamente en un contexto interdisciplinario¹⁷.

La deconstrucción de los patrones complejos pasa, en un primer lugar, por el conocimiento de los rasgos en los que se sustentan. Es conocido que, por ejemplo, el rasgo de impulsividad es común a los patrones histriónico, narcisista, antisocial y negativista, pero que adquiere signo contrario en los patrones dependiente y obsesivo-compulsivo. El control de las emociones, como otro ejemplo, es muy elevado en los obsesivos-compulsivos pero extremadamente bajo en los negativistas, esquizotípicos y límites. Existen muy diferentes estudios, con muy diversos métodos e instrumentos, que permiten la deconstrucción de los trastornos o patrones en los rasgos de segundo nivel que los originan^{4,18}.

Un tercer enfoque de la personalidad (tras el clínico y el de rasgos) haría más énfasis en los determinantes cognitivos de la conducta interaccional, entendida ésta como la mutua interdependencia entre las condiciones ambientales y las conductas manifiestas y encubiertas de los individuos, que se modifican entre sí. La personalidad, así entendida, no presentaría una consistencia tan sólida como en los modelos clínico o de rasgos, sino que dependería de las evaluaciones del sujeto en determinadas situaciones, si bien puede alcanzarse un nivel de generalidad que describa estilos de interacción a partir de diversas variables. En definitiva, se

trata de identificar «los procesos cognitivos, afectivos, motivacionales y volitivos que, junto con los factores situacionales o contextuales, explicarían qué tipo de conducta se pone en marcha, en qué circunstancias y cómo se mantiene o cambia a lo largo del tiempo», de modo que «la identificación de tales variables y el análisis de su asociación con diferentes tipos de conducta, permitiría la evaluación de la vulnerabilidad del individuo y facilitaría la identificación de las variables sobre las que debería centrarse la intervención orientada a la mejora de los niveles de salud del individuo y de la población, en general»¹⁹.

Este enfoque, centrado en las diferencias individuales en factores de vulnerabilidad, nos remite directamente al concepto de personalidad, entendido como la tendencia a mostrar un determinado patrón de comportamiento en muy diversas situaciones. Las formulaciones actuales de la etiología de la adicción²⁰ se describen mejor como modelos de diátesis-estrés bioconductuales, y se considera que el comienzo y el curso de la adicción derivan de una interacción recíproca continua entre las vulnerabilidades biológicas y psicológicas, y los recursos del individuo y sus circunstancias psicosociales⁵.

Si los patrones disfuncionales de personalidad se pueden desglosar en combinaciones de rasgos, se deberá atender a éstos para su modificación. Si los rasgos de personalidad se explican casi a partes iguales por factores biológicos (fenotipos que determinan funciones neuronales, metabólicas y su expresión conductual) y los derivados del aprendizaje y la experiencia, puede intervenir farmacológicamente sobre los primeros, modulando las funciones implicadas, y mediante terapia de modificación de conducta sobre los segundos. Las dianas del tratamiento psicoterapéutico deben ser las variables cognitivas que han ido modulándose en cada sujeto en el curso de su desarrollo psicosocial: si podemos desglosar la parte aprendida de cada rasgo podremos intervenir sobre ellos, modificándolos o dotando al individuo de recursos para manejarlos de forma adecuada. Serían, pues, las variables interaccionales las que, presentes en rasgos y trastornos, determinarían los objetivos de la terapia cognitivo-conductual: «las variables interaccionales de la personalidad nos proporcionan más información sobre la dinámica de la conducta, son la puerta necesaria para cualquier intervención conductual y presentan altas correlaciones con múltiples criterios de salud»¹⁹.

La idea en la que se soporta el presente trabajo es que el estudio de la personalidad de los sujetos que realizan tratamiento por consumo problemático de sustancias permite comprender la función que la droga

cumple con relación al patrón general de conducta del individuo; englobar los aspectos biológicos, comportamentales y sociológicos, y, en consecuencia, favorecer un abordaje integral e interdisciplinario del problema; permite establecer desde las fases iniciales del tratamiento los objetivos posibles y descartar los que difícilmente se alcanzarán en función de las limitaciones de cada sujeto y, en consecuencia, posibilita intervenir simultáneamente sobre la conducta adictiva y sobre el sustrato personal que favorece su mantenimiento.

La lista de estas variables de interacción psicosocial es enorme y cada una de ellas cuenta con varios instrumentos, generalmente autoinformes, para su medida. Sería deseable contar con algún instrumento que unificara las medidas y facilitara al psicólogo la evaluación, el establecimiento de objetivos y la utilización de las estrategias más adecuadas.

El objetivo del presente trabajo es elaborar un instrumento de autoinforme, con las suficientes garantías psicométricas, que explore un cierto número de estas variables en un formato sencillo, de modo que permita: 1) una estimación inicial del nivel de tales variables, y 2) la posibilidad de medir los cambios suscitados por el tratamiento.

Material y métodos

Procedimiento

Fase 1. Se establecieron, mediante consenso interjueces (2 educadores sociales, 2 psicólogos y 1 médico, con una experiencia media en el trabajo con drogodependientes de 10,6 años), las siguientes variables para la composición del cuestionario inicial: autoestima, autoeficacia, optimismo, locus de control, habilidades sociales, estilos de afrontamiento del estrés y autocontrol.

Fase 2. Nuevamente, mediante consenso interjueces, se seleccionaron un número de 138 ítems que formaban parte de otros cuestionarios ya validados y de incuestionable interés por su relevancia en el campo de la investigación. Así, se seleccionaron ítems, para cada variable, de los siguientes cuestionarios:

A. Autoestima.

- AF5 (autoconcepto forma 5)²¹.
- Coopersmith Self-Esteem Inventory²².
- EMCDDA Instrument Bank²³.
- LSE (Low Self-Esteem), subescala de contenido del MMPI-2²⁴.

- B. Autoeficacia general. Escala de autoeficacia general de Baessler²⁵, versión española de Baessler y Schwarzer²⁵.
- C. Optimismo. Life Orientation Test de Scheier y Carver²⁶.
- D. Locus de control. Rotter's Internal-External Control Scale, versión española de Pérez García²⁷.
- E. Habilidades sociales. EMES-M y EMES-C de Caballo²⁸.
- F. Autocontrol. Cuestionario de autocontrol de Rosenbaum²⁹.
- G. Estilos de afrontamiento del estrés. CISS, Coping Inventory For Stressful Situations, de Endler y Parker, versión española de Sánchez Elvira³⁰.

Adicionalmente se incorporaron en la mayoría de las escalas ítems de propia creación que complementarán las escalas en función del conocimiento previo de los jueces acerca de las características de la población destinataria. Se obtuvo un cuestionario preliminar de 138 ítems y se unificó la modalidad de respuesta a una escala tipo Likert de 4 opciones sin alternativa neutra: muy de acuerdo, de acuerdo, en desacuerdo y muy en desacuerdo, de modo que puntuaban +2, +1, -1 y -2, respectivamente (en sentido contrario para los ítems negativos); esta modalidad se había ensayado con éxito en estudios precedentes³¹.

Así configurado, el cuestionario se administró a una muestra de 216 sujetos en tratamiento (152 en el CAD-4, 64 en Comunidad Terapéutica Profesional de Barajas, ambos del Ayuntamiento de Madrid) y a 102 sujetos de población general. Se procedió al estudio de la capacidad discriminativa de los ítems y su correlación con la escala de pertenencia. De este modo se obtuvo un cuestionario definitivo de 84 ítems, con 9 escalas, compuestas cada una de ellas por los siguientes ítems:

- Autoestima (12 ítems).
- Autoeficacia general (9 ítems).
- Optimismo (11 ítems).
- Locus de control (3 ítems).
- Habilidades sociales (10 ítems).
- Autocontrol (11 ítems).
- Afrontamiento centrado en la tarea (11 ítems).
- Afrontamiento centrado en la emoción (12 ítems).
- Afrontamiento centrado en la búsqueda de apoyo social (5 ítems) (hay que hacer constar que la escala original correspondía a la denominada, en el cuestionario de Endler y Parker, afrontamiento centrado en el escape/distracción, pero, tras el cribado de ítems de la

versión preliminar, sólo sobrevivieron los que hacían referencia a la búsqueda de apoyo social, por lo que se ha denominado así a la escala resultante).

Finalmente, ésta es la versión definitiva del que denominamos Cuestionario de Variables de Interacción Psicosocial (VIP) (anexo 1) sobre la que se realizó el estudio que se detalla a continuación.

Participantes

El cuestionario se administró a una muestra de 569 sujetos (414 varones y 155 mujeres) en tratamiento por abuso/dependencia de heroína (n = 161), cocaína (n = 207), alcohol (n = 160), cannabis (n = 33), benzodiazepinas (n = 3) y ludopatía (n = 5). Adicionalmente, se obtiene una muestra de 197 sujetos de población general (127 varones y 55 mujeres; 15 no contestan). La edad media de los sujetos en tratamiento era de 34,7 años y de 34,9 en la muestra de población general. En cuanto al nivel de estudios, la muestra de población general está desplazada hacia el grupo con estudios universitarios (el 55 frente al 12% en la muestra de sujetos tratados) mientras en la muestra en tratamiento el mayor porcentaje corresponde al grupo con estudios secundarios o primarios finalizados (el 77 frente al 38% en población general).

Instrumentos

A todos los participantes se les administró el VIP, versión definitiva de 84 ítems, y adicionalmente alguno o varios de los siguientes:

— Inventario Clínico Multiaxial de Millon II (MCM-II) cuenta con una adaptación española³². Es un instrumento concebido para explorar los trastornos de la personalidad desde una perspectiva dimensional que, además, se ha adaptado para proporcionar una adecuación a los modelos categoriales. Su sistema clasificatorio de referencia es el DSM-III-R, aunque ya está disponible la versión MCMI-III que lo hace a partir del DSM-IV, si bien no disponemos aún de estudios de validez en población española. Consta de 175 ítems de respuesta verdadero-falso que informan sobre 8 patrones clínicos de personalidad, 3 formas graves de patología de personalidad, 6 síndromes clínicos de intensidad moderada y 3 síndromes clínicos graves. Existen datos normativos para población española.

— Big Five Questionnaire (BFQ) de Caprara et al, versión española de Bermúdez³³. El BFQ se postula

más parsimonioso que otros cuestionarios del modelo de 5 factores, más escrupuloso en su ajuste a los principios teóricos y proporciona una medida adicional de la tendencia del sujeto a distorsionar los datos y a ofrecer una imagen «falseada» de sí mismo. Además, este cuestionario está validado para población española y ofrece la posibilidad de presentar los resultados en puntuaciones T, según una distribución normal con media 50 y desviación típica 10, y los valores entre 25 y 34 se consideran muy bajos, los comprendidos entre 35 y 44 bajos, entre 46 y 54 promedio, entre 56 y 64 altos, y entre 66 y 75 muy altos.

— Cuestionario de Calidad de Vida (CCV) de Ruiz y Baca³⁴, de 35 ítems (prescindimos de los 4 ítems adicionales dirigidos a personas con pareja estable) que se contesta en una escala de Likert de 5 opciones.

— Coopersmith Self-Esteem Inventory²², versión española de Alonso y Barrio³⁵, cuestionario de 25 ítems que se responden sí o no.

— Escala de Autoeficacia General de Baessler²⁵, con 10 ítems que se responden en una escala Likert de 4 opciones.

— Life Orientation Test de Scheier y Carver²⁶, versión española revisada de Otero et al³⁶, que se responde en una escala Likert de 5 opciones.

— Rotter's Internal-External Control Scale (LOC), versión española de Pérez García²⁷, cuestionario de 29 ítems con 2 alternativas excluyentes de respuesta.

— Escala Multidimensional de Expresión Social-Parte Motora (EMES-M) de Caballo²⁸, de 64 ítems que se responde en escala Likert de 5 opciones.

— Cuestionario de Autocontrol de Rosenbaum, versión española de Capafons y Barreto³⁷, con 36 ítems que puntúan entre -3 y +3, que evalúa la competencia aprendida o habilidades para controlar la interferencia de estados emocionales en la ejecución de la conducta.

— Coping Inventory for Stressful Situations (CISS) de Endler y Parker, versión española de Sánchez-Elvira³⁰, que evalúa 3 estilos de afrontamiento del estrés, de 48 ítems que se responden en una escala de Likert de 5 opciones.

— Cuestionario de Cambio Educativo Revisado (CCE-R), que evalúa el grado de socialización y 5 subdimensiones, de Pedrero y Olivar³⁸, con 58 ítems que se contestan en una escala de Likert de 4 opciones.

— Beck Depresión Inventory (BDI) de Beck et al³⁹, versión española de Sanz y Vázquez⁴⁰, evalúa la presencia de síntomas de depresión a través de 21 ítems con formato de respuesta Likert de 4 opciones.

Se han eliminado todos los cuestionarios de los sujetos que presentaban cifras de distorsión significativas en el MCMI-II ($V > 0$, $X < 145$ o $X > 590$), en el BFQ (escala de distorsión $\pm 1,5$ DE) o en el CCE-R (distorsión > 49).

Análisis de datos

Se utilizó el paquete estadístico SPSS 10.0 para Windows, con análisis de fiabilidad, correlaciones, descriptivos, comparación de medias y pruebas *post-hoc*, análisis factorial y análisis de regresión.

Resultados

Fiabilidad

En la tabla 1 se presentan los datos de consistencia interna de las escalas y el cuestionario completo, en

los grupos de población general y de población en tratamiento. Puede observarse que son muy similares en todos los casos.

En la tabla 2 se presentan las correlaciones observadas entre las diversas escalas del VIP.

Para estudiar la consistencia temporal, se realizó un postest entre las 4 y las 6 semanas a 25 sujetos de cada grupo, y se observó una correlación media para los ítems de 0,80 en población general y de 0,69 en población tratada, mientras que si estimamos la correlación entre las escalas resulta ser de 0,92 y 0,80, respectivamente.

Validez

En cuanto a la validez de contenido no parece ofrecer dudas, tanto por la procedencia de la mayoría de los ítems como por la selección que realizaron profesionales cualificados. Tampoco parece ofrecer dudas

Tabla 1. Consistencia interna de las escalas del cuestionario de Variables de Interacción Social (VIP) e ítems que las componen

	Número de ítems	Coefficiente α total	Coefficiente α población general	Coefficiente α población tratada	Ítems (véase anexo 1)
Autoestima	12	0,91	0,92	0,89	8, 13, 20, 26, 27, 37, 45, 49, 54, 61, 63, 70
Autoeficacia	9	0,84	0,88	0,82	4, 6, 12, 23, 29, 40, 53, 57, 73
Optimismo	11	0,88	0,90	0,85	3, 7, 10, 34, 42, 47, 51, 66, 68, 69, 75
Locus	3	0,65	0,68	0,64	32, 39, 81
Habilidades sociales	10	0,84	0,88	0,83	2, 11, 18, 30, 33, 35, 38, 59, 71, 79
Autocontrol	11	0,82	0,80	0,78	5, 16, 17, 19, 22, 25, 50, 56, 78, 83, 84
Afrontamiento tarea	11	0,90	0,90	0,89	9, 15, 24, 28, 31, 44, 48, 52, 58, 60, 76
Afrontamiento emoción	12	0,85	0,89	0,83	1, 21, 36, 43, 46, 55, 62, 65, 72, 74, 77, 82
Afrontamiento apoyo social	5	0,78	0,78	0,77	14, 41, 64, 67, 80
Cuestionario completo	84	0,93	0,92	0,91	
		n = 766	n = 197	n = 569	

Tabla 2. Correlaciones r de Spearman ($\times 100$) entre las puntuaciones de las escalas del VIP

N = 766	Autoeficacia	Optimismo	Locus	Habilidades sociales	Autocontrol	Afrontamiento tarea	Afrontamiento emoción	Afrontamiento apoyo social
Autoestima	58**	76**	37**	55**	60**	55**	-66**	18**
Autoeficacia		57**	24**	39**	54**	76**	-49**	19**
Optimismo			44**	45**	50**	54**	-62**	18**
Locus				27**	28**	23**	-38**	-01
Habilidades sociales					31**	34**	-44**	19**
Autocontrol						58**	-62**	12*
Afrontamiento tarea							-47**	29**
Afrontamiento emoción								-02

*La correlación es significativa con $p < 0,05$ (bilateral); **la correlación es significativa con $p < 0,01$ (bilateral).

la validez aparente, puesto que ningún usuario manifestó dudas sobre la cuestión que era objeto de evaluación, ni cuando se administró el test ni cuando se devolvieron los resultados.

Para estudiar la validez de constructo exploramos, en primer lugar, la adecuación de la muestra mediante el índice Kaiser-Meyer-Olkin, que resultó ser de 0,93; la prueba de esfericidad de Barlett, con significación de $p < 0,0001$, nos indica que es adecuado proceder al estudio de las correlaciones. A continuación se realizó un análisis factorial con extracción de componentes principales y rotación Varimax, y se obtuvo como más satisfactoria una solución de 6 factores que explican un 43% de la varianza total del test (tabla 3). En el factor 1 (*competencia*) saturan todos los ítems de afrontamiento centrado en la tarea, los de autoeficacia general y los de la escala de autocontrol que tienen que ver con la demora de la gratificación. En el factor 2 lo hacen casi todos los de autoestima y optimismo y los 3 de locus de control interno (*orientación positiva*). En el tercero saturan los de afrontamiento emocional, en negativo, y los de la escala de autocontrol que tienen que ver asimismo con lo emocional (*control emocional*). El factor 4 está compuesto exclusivamente por los ítems de *habilidades sociales*. En el factor 5 (*reflexión*) saturan los ítems de la escala de autocontrol que se refieren a la precipitación o impaciencia y, en negativo, los de afrontamiento emocional, que tienen que ver con conductas de escape/evitación. Finalmente, el factor 6 está compuesto en exclusiva por los ítems de afrontamiento centrado en la *búsqueda de apoyo social* (tabla 4). Aunque se produce una reducción de 9 a 6 escalas, la estructura factorial parece satisfactoria puesto que 80 de los 84 ítems saturan por encima de 0,4 en los diversos factores que son coherentes con la formulación teórica.

Se trata ahora de encontrar la validez predictiva del cuestionario VIP y sus escalas. Para ello tomamos una muestra de 40 sujetos que cumplieron el cuestionario al inicio del tratamiento y que continúan reali-

zándolo a los 3 meses. Se utilizó el CCV de Ruiz y Baca, que forma parte de la batería de valoración inicial, y se hizo un postest con ambos cuestionarios. A continuación se establecieron las diferencias apreciadas entre el pase pre y el pase post y se estudiaron las correlaciones. Como puede apreciarse en la tabla 5, el incremento en las escalas del VIP presenta una moderada correlación con el incremento de la puntuación global de la escala de calidad de vida percibida y con algunas de sus escalas.

Se procedió, a continuación, a estimar la validez convergente entre las escalas del VIP y los cuestionarios de los que proceden en su mayor parte. Se administró, para ello, a una muestra de 60 sujetos (30 de población general y 30 de personas en tratamiento) el VIP, el Coopersmith Self-Esteem Inventory, la Escala de Autoeficacia General de Baessler y Schwarzer, el Life Orientation Test de Scheier y Carver, el el LOC de Rotter, versión española de Pérez García, la EMES-M de Caballo, el CISS de Endler y Parker y el Cuestionario de Autocontrol de Rosenbaum.

— La escala de autoestima correlaciona 0,90 con la de Coopersmith.

— La escala de autoeficacia general correlaciona 0,91 con la de Baessler.

— La escala de optimismo correlaciona 0,89 con la de Scheier y Carver.

— La escala de locus de control correlaciona 0,61 con el total de la escala LOC de Rotter; 0,59 con el LOC general; 0,25 con el LOC interpersonal; 0,43 con el LOC de rendimiento, y 0,32 con el LOC político.

— La escala de habilidades sociales correlaciona 0,88 con el total del EMES-M; 0,69 con iniciación de interacciones; 0,72 con hablar en público/enfrentarse con superiores; 0,59 con defensa de los derechos del consumidor; 0,66 con expresión de desagrado; 0,42 con expresión de sentimientos al sexo opuesto; 0,56 con expresión de molestia y enfado a familiares; 0,36 con rechazo a proposiciones del sexo opuesto; 0,59 con

Tabla 3. Varianza explicada por la solución de 6 factores

Componente	Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción			Suma de las saturaciones al cuadrado de la rotación		
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1	20,613	24,539	24,539	9,907	11,794	11,794
2	4,965	5,911	30,450	8,582	10,217	22,011
3	3,769	4,487	34,937	5,551	6,609	28,619
4	2,733	3,253	38,191	5,375	6,399	35,019
5	2,368	2,819	41,010	3,854	4,588	39,607
6	1,908	2,272	43,282	3,087	3,675	43,282

Tabla 4. Matriz de componentes rotados

Componente							Componente						
Ítem	1	2	3	4	5	6	Ítem	1	2	3	4	5	6
53	0,68						81		0,45				
76	0,67						3		0,44	0,38			
40	0,66						70		0,43				
28	0,66						37		0,43				
44	0,65						47	0,38	0,42				
60	0,64						66	0,37	0,39				
31	0,61						71		0,36				
15	0,61						77			-0,67			
4	0,60						46			-0,58			
58	0,60						5			0,53			
52	0,59						25			0,52			
9	0,57						83			0,50			
57	0,55						56			0,46			
29	0,55						65			-0,43			
48	0,55						1			-0,43			
6	0,53		0,39				72			-0,43			
19	0,52						13			0,42			
23	0,51						62			-0,42			
24	0,51						21			-0,41			
73	0,46						16			0,38			
12	0,45						74			-0,37			
17	0,44						79				0,73		
22	0,41				0,37		38				0,71		
75		0,66					33				0,69		
42		0,66					35				0,68		
34		0,60					11				0,63		
10		0,60					2				0,50		
68		0,59					30				0,45		
27		0,55					59				0,43		
63		0,55		0,37			18				0,39		
51		0,53					50					0,54	
26		0,53					78			0,36		0,53	
54		0,50					84			0,37		0,51	
20		0,49		0,36			82					-0,50	
8		0,49					55					-0,49	
43		-0,49					49		0,37			0,45	
69		0,48					36					-0,44	
45		0,48					67						0,72
7		0,47					41						0,72
32		0,46					14						0,63
61		0,45					64						0,58
39		0,45					80						0,55

Extracción: componentes principales; rotación: varimax; N = 766.
Se han eliminado los valores < 0,35.

aceptación de cumplidos; 0,32 con tomar la iniciativa en relaciones con el sexo opuesto; 0,21 con hacer cumplidos; 0,35 con preocupación por los sentimientos ajenos, y 0,42 con expresión de cariño a los padres.

— La escala de autocontrol correlaciona 0,86 con el test de Rosenbaum.

— La escala de afrontamiento centrado en la tarea correlaciona 0,85 con la del cuestionario de Endler y

Parker; 0,87 las de afrontamiento centrado en la emoción entre sí, y 0,45 la de búsqueda de apoyo social del VIP con la de afrontamiento centrado en la evitación/distracción.

Se comparan los resultados obtenidos mediante el VIP con los de otros cuestionarios que se administran simultáneamente. En primer lugar se hace con el BFQ

Tabla 5. Correlaciones significativas ($p < 0,05$) entre las diferencias pre y post en los cuestionarios VIP y CCV

N = 40	Total CCV	Satisfacción general	Apoyo social	Bienestar físico laboral	(Ausencia de) sobrecarga
Autoestima	0,35	0,49			
Autoeficacia					
Optimismo	0,57	0,47	0,39		0,35
Locus	0,35				0,37
Habilidades sociales	0,34		0,34		0,34
Autocontrol			-0,42		0,34
Afrontamiento tarea					
Afrontamiento emoción					-0,35
Afrontamiento apoyo social			0,34		

Tabla 6. Correlaciones r de Spearman significativas ($p < 0,001$) entre las puntuaciones directas del VIP y del BFQ

N = 383	Autoestima	Autoeficacia	Optimismo	Locus de control	Habilidades sociales	Autocontrol	Afrontamiento tarea	Afrontamiento emocional	Afrontamiento apoyo social
Energía	0,30	0,42			0,56		0,35		0,26
Dinamismo	0,28	0,39			0,58		0,33		
Dominancia	0,23	0,35			0,35		0,30		0,24
Afabilidad	0,33	0,25	0,27	0,28	0,34	0,45	0,29	-0,30	0,25
Cooperatividad	0,32		0,25	0,28	0,25	0,42	0,28	-0,34	
Cordialidad	0,23				0,34	0,34			
Tesón	0,39	0,52	0,38	0,32		0,39	0,61	-0,30	
Escrupulosidad		0,36				0,30	0,48		
Perseverancia	0,46	0,53	0,44	0,35	0,25	0,34	0,56	-0,34	
Estabilidad emocional	0,46	0,36	0,40			0,62	0,29	-0,55	
Control emocional	0,53	0,41	0,48		0,24	0,58	0,34	-0,61	
Control impulsos	0,31	0,24	0,24			0,57		-0,40	
Apertura mental					0,34				
Apertura cultura					0,26				
Apertura experiencia		0,25			0,33	0,17	0,23		

($n = 383$), y se obtienen las correlaciones a partir de las puntuaciones directas de ambos cuestionarios (tabla 6).

En las tablas 7 y 8 pueden observarse las correlaciones apreciadas entre las escalas del VIP y las de patrones de personalidad y síndromes clínicos del MCMI-II, que cumplimentan simultáneamente los sujetos de una submuestra de 336 individuos.

Por último, se exploran las correlaciones obtenidas entre las escalas del VIP, el CCE-R ($n = 590$) (tabla 9) y el BDI ($n = 119$) (tabla 10).

Se procedió a tipificar las puntuaciones de las escalas del VIP a partir de las puntuaciones medias y de dispersión (tabla 11) obtenidas sobre la muestra de población general; se hizo mediante una distribución de media 50 y desviación estándar 10, a partir de la

cual se establecieron las diferencias entre subgrupos en la muestra de pacientes.

Cuando se utiliza una prueba no paramétrica (Kruskal-Wallis), al contar con 2 grupos con muy pocos sujetos, no se aprecian diferencias en función de la droga que motiva el tratamiento ni con los ludópatas, salvo en la puntuación significativamente baja de éstos en autocontrol, si bien el hallazgo se debe tomar con cautela al contar este grupo únicamente con 5 sujetos. Cuando prescindimos de este grupo y del de consumidores de benzodiazepinas, y se realiza un ANOVA sobre los otros 4 grupos, se comprueba que existen diferencias significativas ($p < 0,05$) cuando se aplica la prueba de Scheffé en autocontrol (significativamente más bajo en consumidores de heroína y cocaína que en

Tabla 7. Correlaciones r de Spearman significativas ($p < 0,001$) entre las escalas del VIP y las de patrones de personalidad del MCMI-II, ambos en puntuaciones directas

N = 336	Autoestima	Autoeficacia	Optimismo	Locus de control	Habilidades sociales	Autocontrol	Afrontamiento tarea	Afrontamiento emocional	Afrontamiento apoyo social
Esquizoide	-0,48	-0,21	-0,40	-0,23	-0,55	-0,28	-0,25	0,42	-0,21
Evitativo	-0,70	-0,32	-0,56	-0,34	-0,57	-0,47	-0,33	0,66	
Dependiente	-0,31		-0,19		-0,23			0,28	
Histriónico					0,24	-0,26		0,25	
Narcisista						-0,27		0,22	
Antisocial	-0,32		-0,27	-0,23		-0,50		0,37	
Agresivo	-0,27		-0,25	-0,23		-0,52		0,35	
Obsesivo		0,26				0,23	0,30		
Negativista	-0,55	-0,23	-0,48	-0,34	-0,26	-0,64	-0,29	0,61	
Autodestructivo	-0,72	-0,33	-0,57	-0,33	-0,42	-0,52	-0,36	0,69	
Esquizotípico	-0,66	-0,27	-0,53	-0,35	-0,54	-0,47	-0,30	0,64	
Límite	-0,69	-0,31	-0,56	-0,33	-0,35	-0,62	-0,36	0,67	
Paranoide	-0,27		-0,25	-0,31		-0,29		0,39	

Tabla 8. Correlaciones r de Spearman significativas ($p < 0,001$) entre las escalas del VIP y las de síndromes clínicos del MCMI-II, ambas en puntuaciones directas

N = 336	Autoestima	Autoeficacia	Optimismo	Locus de control	Habilidades sociales	Autocontrol	Afrontamiento tarea	Afrontamiento emocional	Afrontamiento apoyo social
Ansiedad	-0,69	-0,33	-0,59	-0,32	-0,45	-0,52	-0,35	0,68	
Somatoforme	-0,64	-0,29	-0,55	-0,29	-0,40	-0,48	-0,29	0,66	
Hipomanía	-0,31		-0,29	-0,22		-0,41		0,46	
Distimia	-0,75	-0,37	-0,64	-0,34	-0,45	-0,54	-0,38	0,71	
Abuso de alcohol	-0,57	-0,22	-0,43	-0,21	-0,31	-0,46	-0,27	0,59	
Abuso de drogas	-0,41		-0,32	-0,23		-0,51	-0,21	0,44	
Pensamiento psicótico	-0,59		-0,50	-0,36	-0,40	-0,45	-0,24	0,62	
Depresión mayor	-0,72	-0,35	-0,62	-0,33	-0,43	-0,53	-0,36	0,69	
Trastorno delirante	-0,21		-0,21	-0,24				0,31	

Tabla 9. Correlaciones r de Spearman significativas ($p < 0,001$) entre las escalas del VIP y las del CCE-R

N = 590	Autoestima	Autoeficacia	Optimismo	Locus de control	Habilidades sociales	Autocontrol	Afrontamiento tarea	Afrontamiento emocional	Afrontamiento apoyo social
Cooperatividad	0,42	0,26	0,50	0,37	0,36	0,36	0,28	-0,39	0,18
Autonomía	0,32	0,23	0,36	0,34	0,35	0,30	0,30	-0,29	
Responsabilidad	0,28	0,18	0,36	0,39	0,23	0,22	0,23	-0,27	
Tolerancia	0,22	0,21	0,29	0,28	0,24	0,34	0,27	-0,25	
Pertenencia	0,58	0,43	0,55	0,37	0,48	0,35	0,41	-0,42	0,18
Socialización	0,49	0,35	0,55	0,45	0,44	0,41	0,38	-0,43	0,16

Tabla 10. Correlaciones r de Spearman significativas ($p < 0,001$) entre las escalas del VIP y el BDI

N = 119	Autoestima	Autoeficacia	Optimismo	Locus de control	Habilidades sociales	Autocontrol	Afrontamiento tarea	Afrontamiento emocional	Afrontamiento apoyo social
BDI	-0,62	-0,34	-0,51		-0,34	-0,37	-0,44	0,48	

Tabla 11. Medias y desviaciones estándar de las escalas del VIP* y significación de las diferencias, según la prueba t entre las submuestras de población general y población de drogodependientes en tratamiento

	Población general		Población tratada		p
	Media	N = 197 DE	Media	N = 569 DE	
Autoestima	44,62	42,14	13,46	41,16	< 0,001
Autoeficacia	38,26	36,77	20,15	35,71	< 0,001
Optimismo	38,01	41,82	15,95	38,99	< 0,001
Locus	42,23	46,32	26,02	48,36	< 0,001
Habilidades sociales	26,30	39,38	14,14	38,18	
Autocontrol	32,53	29,83	-1,29	31,94	< 0,001
Afrontamiento tarea	41,59	34,76	19,30	38,53	< 0,001
Afrontamiento emoción	-16,42	39,78	5,68	37,04	< 0,001
Afrontamiento apoyo social	14,77	46,63	-1,05	45,45	< 0,001

* Las puntuaciones directas se transforman inicialmente en una escala entre -100 (mínima puntuación posible) y +100 (máxima puntuación posible), aplicando la fórmula $PUNTUACIÓN\ DIRECTA \times 100 / N.^{\circ}\ de\ ítems \times 2$, lo que permite una visualización directa de los resultados.

Tabla 12. ANOVA de las diferencias entre las puntuaciones tipificadas obtenidas entre varones y mujeres en las escalas del VIP y significación

	Varones		Mujeres		p
	Media	N = 416 DE	Media	N = 153 DE	
Autoestima	43,42	9,49	40,95	10,40	0,01
Autoeficacia	45,55	9,62	43,66	10,62	0,04
Optimismo	45,44	8,93	42,87	9,99	0,001
Locus	47,35	10,01	44,29	11,55	0,001
Habilidades sociales	47,13	9,49	46,45	10,66	0,56
Autocontrol	39,38	10,97	35,98	10,82	0,02
Afrontamiento tarea	44,14	11,21	42,19	11,60	0,07
Afrontamiento emoción	54,50	9,38	58,54	9,15	0,001
Afrontamiento apoyo social	52,25	9,61	54,44	10,42	0,02

los de alcohol y cannabis) y en afrontamiento emocional (significativamente más bajo en consumidores de cannabis que en el resto de los grupos).

Se aprecian diferencias entre varones y mujeres en todas las dimensiones del VIP salvo en habilidades sociales. Los varones puntúan más alto en el resto de escalas, salvo en afrontamiento centrado en la emoción y búsqueda de apoyo social, en las que son superados por las mujeres (tabla 12).

En cuanto al nivel de estudios, se aprecian diferencias en habilidades sociales e internalidad, que son mayores a medida que se alcanza un mayor nivel académico, y en afrontamiento emocional, en sentido contrario ($p < 0,001$). La edad correlaciona negativamente con habilidades sociales ($r = -0,14$; $p < 0,01$) y con el afrontamiento de búsqueda de apoyo social ($r = -0,11$; $p < 0,05$) y no mantiene correlación significativa con ninguna otra escala.

Finalmente, se efectuó un análisis de regresión de las puntuaciones tipificadas de las escalas del VIP: *a*) sobre las dimensiones y subdimensiones del BFQ (tabla 13); *b*) sobre las escalas de síndromes clínicos del eje I del MCMI-II (tabla 14); *c*) sobre cada una de las escalas de patrones de personalidad del MCMI-II (tabla 15). Se hizo constar en el cuadro los coeficientes β estandarizados de cada una de las variables predictoras y debajo, la proporción de la varianza explicada mediante la R^2 corregida del modelo de regresión.

Discusión

Se ha abordado la creación de un cuestionario capaz de informarnos de manera sencilla de una serie de variables de personalidad que, en teoría, se encuentran relacionadas con el consumo de sustancias y con el

Tabla 13. Análisis de regresión de las escalas del VIP sobre cada una de las dimensiones y subdimensiones de personalidad BFQ (coeficientes β estandarizados) y R^2 corregida del modelo

N = 220	Energía	Dinamismo	Dominancia	Afabilidad	Cooperatividad	Cordialidad	Tesón	Escrupulosidad	Perseverancia	Estabilidad emocional	Control de emociones	Control de impulsos	Apertura mental	Apertura a la cultura	Apertura a la experiencia
Autoestima									0,15						
Autoeficacia	0,41	0,26	0,44												0,17
Optimismo															
Locus				0,19	0,25		0,18		0,15		-0,11		0,14	-0,19	0,21
Habilidades sociales	0,46	0,54	0,28	0,15		0,28							0,32	0,31	0,28
Autocontrol	-0,31		-0,39	0,36	0,38	0,32				0,51	0,30	0,66			
Afrontamiento tarea						-0,16	0,61	0,46	0,52	-0,13		-0,17			
Afrontamiento emoción		0,54									-0,31	-0,49			
Afrontamiento apoyo social				0,17	0,13	0,18	-0,14		-0,13						
R^2 corregida	0,41	0,38	0,27	0,30	0,27	0,20	0,40	0,21	0,38	0,44	0,44	0,34	0,13	0,11	0,14

Tabla 14. Análisis de regresión de las escalas del VIP sobre cada una de las escalas de síndromes clínicos del MCMI-II (coeficientes β estandarizados) y R^2 corregida del modelo

N = 336	Ansiedad	Somatoforme	Hipomanía	Distimia	Abuso de alcohol	Abuso de drogas	Pensamiento psicótico	Depresión mayor	Trastorno delirante
Autoestima	-0,32	-0,25		-0,39	-0,31	-0,21	-0,26	-0,36	
Autoeficacia	0,09		0,32		0,14	0,29	0,30		0,45
Optimismo	-0,19	-0,18	-0,14	-0,16				-0,17	
Locus						-0,13	-0,17		-0,20
Habilidades sociales			0,35			0,19	-0,11		
Autocontrol			-0,28			-0,40	-0,16		
Afrontamiento tarea		0,12							
Afrontamiento emoción	0,36	0,40	0,50	0,32	0,42	0,21	0,31	0,32	0,38
Afrontamiento apoyo social									
R^2 corregida	0,52	0,47	0,42	0,60	0,39	0,35	0,46	0,56	0,28

resto de conductas habituales de los sujetos. El cuestionario VIP parece tener unas características psicométricas adecuadas; su fiabilidad global de 0,93 parece suficiente, como lo es la de la mayoría de las escalas que lo componen. La escala de afrontamiento centrado en la búsqueda de apoyo social, que surge como consecuencia del cribado de ítems no discriminantes de la escala de escape/evitación/distracción del cuestionario de Endler y Parker, presenta una fiabilidad inferior a 0,80 aunque suficiente, si tenemos en cuenta que sólo queda formada por 5 ítems. No sucede lo mismo con la escala de locus de control, que aparece tras someter a estudio la escala de Rotter, y de

la que sólo sobreviven 3 ítems; en la escala original los ítems consistían en un par de proposiciones excluyentes, una de ellas indicativa de internalidad y la otra de externalidad en la percepción de control. La estructura del VIP es completamente diferente y acaso no haya sido adecuada la elección del cuestionario de Rotter para la obtención de ítems capaces de comportarse de forma adecuada en el nuevo test. La fiabilidad de la escala sólo alcanza 0,65 en el coeficiente α , pero se ha considerado pertinente conservar estos 3 ítems aunque sea de forma provisional puesto que no es una fiabilidad baja para una escala tan corta y porque en el estudio de validez posterior nos proporciona informa-

Tabla 15. Análisis de regresión de las escalas del VIP sobre cada una de las escalas de patrones de personalidad del MCMI-II (coeficientes β estandarizados) y R^2 corregida del modelo

N = 336	Esqui- zoide	Evita- tivo	Depen- diente	Histrió- nico	Narci- sista	Anti- social	Agre- sivo	Obse- sivo	Negati- vista	Autodes- tructivo	Esquizo- típico	Límite	Paranoide
Autoestima	-0,30	-0,36	-0,32						-0,14	-0,41	-0,33	-0,38	
Autoeficacia	0,11			0,24	0,46	0,34	0,42	0,21	0,23		0,15	0,17	0,50
Optimismo													
Locus				-0,13	-0,19	-0,18	-0,19		-0,14		-0,10		-0,24
Habilidades sociales	-0,39	-0,24		0,48	0,30			-0,20			-0,23		
Autocontrol			0,37	-0,23	-0,38	-0,50	-0,65		-0,45			-0,30	-0,25
Afrontamiento tarea								0,22					
Afrontamiento emoción		0,28	0,26	0,38	0,25	0,13			0,29	0,41	0,30	0,31	0,33
Afrontamiento apoyo social	-0,12		0,13										
R^2 corregida	0,35	0,56	0,20	0,33	0,36	0,31	0,39	0,13	0,51	0,57	0,51	0,58	0,35

ción sugerente que, si bien debe ser tomada con cautela, nos indica que esta variable de personalidad está relacionada con otras de índole clínica que habrán de ser exploradas en versiones posteriores.

Un dato importante es el hecho que los indicadores de consistencia interna son prácticamente idénticos cuando se administra el cuestionario a la población general que cuando se hace sobre la muestra de sujetos en tratamiento por conductas adictivas. Si bien el VIP fue inicialmente concebido para el estudio de la disposición conductual de los sujetos en tratamiento, estos datos indican que puede ser igualmente adecuado para el estudio de otras poblaciones no necesariamente clínicas.

En cuanto a la consistencia temporal, observamos que ésta es superior en la población general, pero no se debe olvidar que la muestra de sujetos en tratamiento está sometida a un proceso de cambio que incide, directa o indirectamente, sobre esas variables, por lo que una estabilidad de las puntuaciones sólo nos indicaría la ineficacia de la intervención terapéutica.

La estructura del VIP también parece adecuada a tenor de los resultados del análisis factorial exploratorio. Casi la totalidad de los ítems saturan con cifras superiores a 0,40 en componentes exclusivos o bien en otros que agrupan constructos relacionados. No obstante, queda una proporción de varianza residual muy elevado que no se explica por estos componentes. Por otra parte, se ha optado por una rotación ortogonal —a pesar de que las fuertes correlaciones entre las escalas invitaban a explorar una estructura oblicua— con el objeto de conocer, en este análisis preliminar, la máxima diferencia en-

tre los componentes de cara a una simplificación de los resultados.

Se ha explorado la validez predictiva del VIP al utilizar como criterio la calidad de vida percibida por los usuarios, y se ha considerado que esta variable es adecuada en la medida en que representa una estimación indirecta del impacto del tratamiento a partir de la valoración de los propios sujetos⁴¹. Los resultados apuntan a la capacidad predictiva de las dimensiones del VIP sobre las del CCV, si bien la magnitud de las correlaciones entre las diferencias pre y postest no son excesivas, salvo en el caso del optimismo. Por otra parte, no hay relación entre las variables psicológicas estimadas mediante el VIP y la percepción de bienestar físico, lo que, en un primer momento, parecería apuntar a la entidad meramente psicológica del resto de escalas del CCV. No obstante, es preciso constatar que era esperable también una correlación significativa entre las variables psicológicas y la percepción subjetiva de mejoría física por 2 razones: la estrecha relación entre dimensiones cognitivas e indicadores objetivos de salud, reconocida en múltiples estudios precedentes, y porque la percepción de bienestar físico es, en sí misma, un proceso psicológico que difícilmente puede desligarse de los que están implicados en la medición efectuada por el VIP, por lo que sería esperable que determinados cambios, por ejemplo en autoestima o en emocionalidad frente al estrés, dieran como consecuencia mejorías en la percepción subjetiva de salud física. Además de deficiencias atribuibles a ambos cuestionarios, es preciso considerar la pequeña muestra utilizada y el período entre pases de los test, 3 meses, que puede ser insuficiente, en una po-

blación tratada por conductas adictivas para estimar niveles de cambio suficientes.

Los datos más relevantes de este estudio aparecen cuando se comparan las puntuaciones obtenidas en dimensiones de personalidad a partir de 3 enfoques: el interaccional (VIP), el de rasgos (BFQ) y el clínico (MCMI-II). En concreto, cuando correlacionamos las escalas de VIP y BFQ aparece relación amplia entre las dimensiones de uno y otro en casi todos los casos. Se ha utilizado un nivel de significación que garantice disminuir la probabilidad de desestimar la hipótesis nula debido al azar. Salvo las dimensiones de locus de control y de afrontamiento centrado en la búsqueda de apoyo social (sin duda las más débiles del VIP), el resto presentan correlaciones significativas con casi todas las dimensiones y subdimensiones del BFQ, aunque cuando la relación teórica es específica, la magnitud del efecto es muy elevada. Por ejemplo, la autoestima presenta correlación significativa con 4 de las 5 dimensiones del BFQ (todas salvo la apertura mental) pero éstas son especialmente fuertes con la dimensión de estabilidad emocional y, sobre todo con la subdimensión de control emocional; la autoeficacia correlaciona especialmente con el tesón y la perseverancia; el optimismo, con el control emocional; las habilidades sociales están estrechamente relacionadas con la dimensión de energía (eje introversión/extroversión); el autocontrol lo está específicamente con el control de impulsos y el control emocional; el afrontamiento emocional correlaciona negativamente con la afabilidad y el tesón, pero lo hace especialmente con la estabilidad emocional. Lo que estos datos nos indican es que es posible ese «desmenuzamiento» de los rasgos en dimensiones más básicas, que tienen que ver con condiciones de aprendizaje en el ámbito interpersonal, que son más asequibles a la intervención psicoterapéutica. Si la investigación apunta a que entre el 50 y el 60% de estos rasgos responde a condiciones ambientales que determinan un aprendizaje diferencial⁴², hemos de considerar que pueden ser objeto de intervención psicoterapéutica. Dicho de otro modo, probablemente sea imposible hacer que, por ejemplo, una persona impulsiva deje de serlo, pero se le puede dotar de estrategias para modular y controlar esa impulsividad. Si lo hacemos, reduciremos sensiblemente la probabilidad de ejecución de las conductas adictivas.

Lo mismo sucede cuando exploramos las correlaciones de las escalas del VIP con las de patrones de personalidad del MCMI-II: existe una fuerte relación entre todas ellas, excluyendo la de búsqueda de apoyo social (la de locus de control sí nos proporciona aquí información). Pero en la tabla 7 puede apreciarse la

especial relevancia de las escalas de autoestima, habilidades sociales, autocontrol y afrontamiento centrado en la emoción, que parecen ser componentes, en mayor o menor medida, de casi todos los patrones disfuncionales de personalidad. Nuevamente esto sugiere que se puede intervenir sobre los trastornos de la personalidad de los sujetos que son tratados por conductas adictivas desde esta perspectiva basada en el «desmenuzamiento» de tales patrones en sus elementos más nucleares. La perspectiva dimensional que adopta Millon al construir su cuestionario (la misma que guía la construcción del VIP) induce a pensar que si se ponen en práctica estrategias terapéuticas encaminadas a elevar la autoestima de los sujetos, a incrementar sus habilidades sociales, a proporcionar la capacidad de controlar, su impulsividad y sus respuestas emocionales (sin duda combinado todo ello con una adecuada terapéutica farmacológica) se puede reducir la gravedad de sus trastornos y, en la misma medida, disminuir la probabilidad de ejecución de la conducta adictiva.

Pero se observa que estas variables interaccionales no sólo están relacionadas con los trastornos de la personalidad: en la tabla 8 se comprueba que también existe una relación fuerte y consistente con síndromes del eje I. A las escalas de autoestima, afrontamiento emocional y autocontrol, que también mostraban fuertes conexiones con los patrones de personalidad, se añaden ahora las dimensiones de optimismo y locus de control, con una fuerte vinculación, sobre todo la primera, con todos los síndromes que explora el MCMI-II. Más en concreto, se explora la relación de estas variables con la depresión, mediante la correlación del VIP con el BDI (tabla 10), y se observa que casi todas las dimensiones covarían, pero muy especialmente las de autoestima y optimismo; si se tiene en cuenta que Beck concibió su cuestionario a partir de su teoría triádica de la depresión, y que ésta se concebía como una mala imagen de uno mismo, una mala imagen del futuro y una mala imagen del mundo, se puede entender que las 2 primeras pueden medirse a partir de la autoestima y el optimismo. Estas 2 dimensiones combinadas serían, dado el gran efecto de correlación observado, predictores de estados depresivos. Ambas están también relacionadas con variables como la socialización (tabla 9), pero aunque son las que más, no son las únicas: todas las dimensiones salvo el afrontamiento centrado en la búsqueda de apoyo social, muestran una relación estrecha y consistente con el nivel de socialización de las personas. Dicho de otro modo, las variables medidas por el VIP suponen las bases cognitivas a partir de las cuales las personas

se sienten en disposición de participar activamente en su entorno social.

Cuando se efectúa la normalización y tipificación de las puntuaciones, se pueden explorar las diferencias entre la población normativa y la de sujetos en tratamiento, pero los datos se deben tomar con cautela por varias razones. La primera es la pequeña muestra de población general que se ha utilizado. La segunda, que su composición no es la misma que la de la población a la que pertenece, ya que está mayoritariamente representada por mujeres y por sujetos, varones y/o mujeres, con un nivel académico superior. Se ha visto que existen diferencias significativas en varias dimensiones del VIP en función del sexo y del nivel de estudios alcanzado, por lo que esta tipificación debe necesariamente considerarse como provisional y los datos comparativos obtenidos posteriormente más provisionales aún. Con todo, los datos apuntan a diferencias consistentes y significativas entre la población general y la muestra de sujetos en tratamiento, de modo que parte del problema por el que solicitan ayuda profesional podría explicarse a partir de las variables que mide el VIP.

Cuando se efectúa un análisis de regresión de las escalas del VIP sobre las dimensiones de la personalidad normal, medidas con el BFQ, se comprueba cómo las variables psicosociales predicen entre el 30 y el 45% de la varianza de todos los rasgos, salvo el de apertura mental. Pero la capacidad predictiva es aún mayor cuando la regresión se efectúa sobre las escalas de síndromes clínicos y de trastornos de la personalidad del MCMI-II. Con relación al eje I, las escalas del VIP son capaces de predecir un promedio del 45% de la varianza de todas las escalas, que en el caso de la distimia llegan al 60% y en los casos de la ansiedad y la depresión mayor a más del 50%. De hecho, lo que este test parece capaz de medir son los determinantes cognitivos de los trastornos de ansiedad y del estado del ánimo, haciendo que lo que es una manifestación clínica pueda descomponerse en los sustratos cognitivos que son abordables por la terapia de modificación de conducta. La varianza de las escalas de abuso de alcohol y drogas también pueden predecirse entre un 35 y un 40% a partir de las escalas del VIP, y todos los síndromes comparten una característica que también es susceptible de ser modificada mediante terapia: el afrontamiento centrado en la emoción. Estos datos refuerzan la idea de que puede intervenir de manera global en la psicopatología de los sujetos a partir de los elementos más básicos que determinan la ejecución de sus conductas, y también el hecho, ya propuesto por Millon, de que los síndromes del eje I tie-

nen la misma base que los del eje II, de modo que el estudio de este último puede explicar la aparición de determinados trastornos en el primero de los ejes como manifestación circunstancial de las carencias estructurales de cada patrón de personalidad, y éstas son la diana principal de la terapia.

Una de las debilidades del cuestionario VIP es la inexistencia de escalas o ítems de control para detectar sesgos, distorsiones o alteraciones en su cumplimentación. Para solucionarlo se ha atendido a las escalas de validez, deseabilidad, sinceridad o distorsión de los tests complementarios en este estudio. Otra posibilidad que se ha ensayado es entremezclar los ítems del VIP con los del CCE-R, que sí cuenta con una escala de distorsión, de modo que puede obtenerse un test de 142 ítems que exploren simultáneamente las características psicoeducativas de los sujetos.

La práctica psicoterapéutica cuenta con un nutrido arsenal de técnicas y estrategias que capacitan para intervenir sobre las variables medidas por el VIP, y existen manuales generales^{43,44}, o bien aplicados, por ejemplo, al tratamiento cognitivo del estrés⁴⁵, al control emocional⁴⁶, a la mejora de la autoestima⁴⁷, de las habilidades sociales²⁸ o del control de la impulsividad⁴⁸. Estas técnicas pueden aplicarse en un contexto grupal, o en el curso de la intervención individual donde, además, puede desarrollarse una estrategia de reestructuración cognitiva, no necesariamente (pero tampoco incompatible) en el marco de un programa de prevención de recaídas. Todas estas técnicas se han utilizado ampliamente en el tratamiento de las drogodependencias, pero lo que este modelo propone es, precisamente, que sea la personalidad del sujeto la que determine el menú de técnicas y las estrategias de intervención más adecuadas. Frecuentemente, se ha considerado que, por ejemplo, «los sujetos drogodependientes tienen pocas habilidades sociales» cuando, bien al contrario, un nutrido grupo de pacientes sabe moverse con soltura en ambientes interpersonales. Otros, en cambio, utilizan las drogas principalmente para desinhibir su conducta y favorecer la relación (p. ej., sujetos con personalidad evitativa): éstos y no aquellos podrán beneficiarse de un entrenamiento en habilidades sociales. Lo que parece generalizable es la correlación entre estilos emocionales de afrontamiento del estrés y patologías en los 2 primeros ejes: salvo los sujetos que mantienen la conducta adictiva más como un hábito sin funcionalidad conductual, el resto podría beneficiarse de estrategias de autocontrol emocional y de resolución de problemas para fomentar el afrontamiento centrado en la tarea.

Por otra parte, este menú de técnicas y estrategias debe contar no sólo con la motivación para el cambio que propone el modelo transteórico, sino también con la potencialidad de cambio. Hemos de tener en cuenta que determinados trastornos de la personalidad suponen la existencia de déficit estructurales de gran envergadura. Por ejemplo, pacientes con trastorno límite de personalidad podrán aparentemente estar fuertemente motivados y asimilar con cierta facilidad las técnicas del terapeuta, pero es previsible que antes o después todo lo conseguido se venga abajo. El terapeuta debe contar con ello y practicar una estrategia de «dos pasos para adelante y uno para atrás», de modo que los bajones anímicos no supongan una vuelta al punto de partida, sino que pueda retomarse en el menor plazo posible el punto anterior al hundimiento.

La personalidad del paciente puede sugerirnos el *tempo*, la intensidad y el ritmo de la intervención. Frente a un paciente con estilo narcisista no convendrá excederse en la directividad para evitar su rechazo, será más eficaz el desafío para realizar tareas y poner en evidencia la existencia de límites ante situaciones de fracaso. Un paciente con patrón de comportamiento evitativo, en cambio, no aceptará de buen grado ningún desafío pues despertará su miedo al fracaso y será más eficaz la ejecución de tareas que pongan el límite más lejos cada vez.

¿Y la conducta adictiva? Nuestra experiencia, después de trabajar en la clínica los últimos 3 años a partir de los datos de este cuestionario y con la estrategia «guiada por la personalidad», apunta a que la conducta adictiva, la autoadministración de sustancias en la mayor parte de los casos, debe ser el primer objetivo de control, pero una vez alcanzado el objetivo inicial (abstinencia, consumo controlado, sustitución y ajuste, según los casos, y con los métodos adecuados: farmacológicos, control externo y estimular, etc.) puede quedar en un segundo plano y servir más como un indicador de impacto que como el objetivo central de la terapia. Si hacemos consciente al paciente de los elementos principales de su estructura de personalidad, de los límites que nos impone y los objetivos que nos sugiere (siempre a partir de una adecuada devolución de los resultados de la evaluación), lo primero que podemos conseguir es una adecuada alianza terapéutica. Por otra parte, la formulación de los trastornos de la personalidad posibilita con inusual facilidad el abordaje interdisciplinario, en la medida en que permite identificar las variables fisiológicas implicadas y la consecuente intervención farmacológica, las variables de socialización y la consecuente intervención educativa, y, por supuesto, la identificación de las variables

psicológicas que habrán de ser objeto de trabajo para el psicólogo. Pero, además de estos campos exclusivos de intervención, las características de personalidad y la conducta manifiesta por ellas explicada permitirá conjuntar la intervención clínica de todas las áreas de trabajo y compartir objetivos comunes. Un paciente con patrón de conducta evitativa, por ejemplo, lo será para el psicólogo, pero también para el médico que no se limitará a prescribir fármacos sino que sabrá de qué modo hacerlo y de qué modo asegurar la participación del paciente como protagonista de su propio tratamiento.

El cuestionario que se propone parte de una experiencia clínica y los autores hemos podido constatar la utilidad en la práctica clínica cotidiana. Sus cifras de fiabilidad y validez no deben hacernos olvidar las ya conocidas debilidades de los métodos basados en el autoinforme y las fuentes de variabilidad a las que está sometido. La ventaja principal de este método es que convierte al paciente en la principal fuente de información de su conducta, información que se podrá contrastar y analizar en las entrevistas posteriores, hasta alcanzar la validez ideográfica. El principal riesgo de este método de tratamiento guiado por la personalidad es que llegue a degenerar en un simple proceso de etiquetado diagnóstico, basado en modelos reduccionistas de enfermedad, sin repercusión real en el proceso de cambio de los pacientes que lo realizan. En no pocas ocasiones este etiquetado puede servir de coartada para la inhibición del profesional, o de bloqueo al considerar que carece de control ante lo que puede tenerse por invariable; conviene recordar que los trastornos de personalidad no son enfermedades, en el sentido tradicional del término, sino meros constructos útiles en la descripción del comportamiento habitual de las personas, con un grado elevado (más en unos patrones que en otros) de modificabilidad. Atendamos a Millon cuando afirma: «Las ideas preconcebidas que dominan actualmente el ámbito clínico son doblemente pesimistas para las personas a quienes se diagnostica un trastorno de la personalidad: sufrir un trastorno o una enfermedad es bastante negativo. No obstante, lo peor es padecer una enfermedad que esté profundamente arraigada en la persona y que invada por completo todas las áreas de la vida en todo tiempo y situación. Imagínese la desesperanza e indefensión que pueden sentir estas personas si se les dice que “tienen” un trastorno de la personalidad ¡Imagínese la desesperanza y la indefensión que puede sentir el terapeuta si cree esto!»⁴⁹.

En todo caso, y en coherencia con este modelo dimensional de la personalidad y de la conducta adictiva

como uno más de los elementos del patrón general de conducta, conviene también recordar a Miller⁵⁰ cuando habla del modelo de enfermedad que «postula que los adictos (o los alcohólicos) son cualitativamente diferentes de los seres humanos normales, no solamente en su comportamiento sino también genética, fisiológica y caracteriológicamente, y que ésta es la razón por la cual tienen tales problemas. De esta manera, el modelo disposicional de enfermedad es curiosamente como el modelo moral que crea el “ellos” y “nosotros”... los trabajos aquí presentados sugieren que las personas que abusan de las drogas son en lo fundamental iguales al resto de la gente excepto en el hecho de que usan drogas y sufren las consecuencias».

Conclusiones

Se ha desarrollado y sometido a validación el cuestionario VIP. Los resultados indican que el cuestionario puede ser una herramienta de utilidad para el psicólogo en la medida en que es capaz de explorar, de forma válida y fiable, los elementos moleculares de los rasgos y trastornos de la personalidad, en sus as-

pectos cognitivos. Además, permite caracterizar a los patrones de personalidad desadaptativa, e identificar los objetivos psicoterapéuticos a cubrir por el profesional. Por otra parte, proporciona también información válida sobre los componentes cognitivos de los síndromes y síntomas del eje I, incluyendo el abuso de sustancias. La concepción del test remite a un modelo de tratamiento de las conductas adictivas «guiado por la personalidad», en la línea propuesta por Millon¹⁴ y Millon et al¹⁵, según la cual, la conducta adictiva se definiría por su función con relación al resto de conductas del sujeto, y su mantenimiento se fundamentaría en la inexistencia de conductas alternativas en el repertorio del sujeto. El patrón global de comportamiento, la personalidad entendida en sus vertientes biológica, psicológica y social, podría desglosarse en elementos nucleares que serían el objetivo específico de la psicoterapia y las intervenciones medicofarmacológica y socioeducativa, entre otras. Consideramos que este modelo debe tenerse en cuenta como alternativa al predominante, basado en los modelos transteórico y de prevención de recaídas, y generar estudios comparativos de eficacia, hasta el momento inexistentes.

Bibliografía

1. Roldán G. Intervenciones terapéuticas y educativas con drogodependientes. Lasdrogas.info, diciembre 2004 [consultado 01-12-2004]. Disponible en: <http://www.ianet.com/boletin/opinion.html?o=160>
2. Pedrero EJ. Los trastornos de la personalidad en drogodependientes desde la perspectiva de los cinco grandes factores. *Adicciones*. 2003;15:203-20.
3. Cervera Martínez G, Rubio Valladolid G, Haro Cortés G, Bolinches Claramontes F, De Vicente Manzano P, Valderrama Zurian JC. La comorbilidad entre los trastornos del control de los impulsos, los relacionados con el uso de sustancias y los de la personalidad. *Trastornos Adictivos*. 2001;3:3-10.
4. Pedrero Pérez EJ. Estudio de la personalidad de drogodependientes mediante el Big Five Questionnaire. *Trastornos Adictivos*. 2002;4:138-50.
5. Fernández Miranda JJ. Trastornos de personalidad y adicción: relaciones etiológicas y consecuencias terapéuticas. *Anales de Psiquiatría*. 2002;18:421-7.
6. NIDA. Principios de tratamientos para la drogadicción: una guía basada en investigaciones. NIH 2001 [consultado 01-12-2004]. Disponible en: <http://www.nida.nih.gov/PODAT/spanish/PODATIndex.html>
7. Sánchez-Hervás E, Tomás Gradolí V, Morales Gallús E. Un modelo de tratamiento psicoterapéutico en adicciones. *Trastornos Adictivos*. 2004;6:159-66.
8. Miller WR, Rollnick S. La entrevista motivacional. Preparar para el cambio de conductas adictivas. Barcelona: Paidós; 1999.
9. Lizárraga S, Ayarra M. Entrevista motivacional. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*. 2001;24 Supl 2:43-54.
10. Labrador FJ, Echeburúa E, Becoña E. Guía para la elección de tratamientos psicológicos efectivos. Madrid: Dykinson; 2000.
11. Chicharro Romero J. Variables indicadoras del tratamiento y evolución en pacientes drogodependientes. Su relación con rasgos de personalidad. *Psicología.com Revista Electrónica de Psicología* 2005;9(2) [consultado 29-07-2005]. Disponible en: <http://www.psiquiatria.com/psicologia/revista/150/22518>.
12. Beck A, Wright F, Newman C, Liese B. Terapia cognitiva de las drogodependencias. Barcelona: Paidós; 1999.
13. Jiménez M, Graña JL, Rubio G. Modelos teóricos de conceptualización del craving. *Trastornos Adictivos*. 2002;4:209-15
14. Millon T. Personality-guided therapy. Nueva York: Wiley-Interscience; 1999.
15. Millon T, Everly GS, Davis RD. ¿Cómo puede facilitarse la integración de la psicoterapia mediante el conocimiento de la psicopatología? Una perspectiva a partir de los trastornos de la personalidad. *Clínica y Salud*. 1995;6:100-29.
16. Quiroga Romero E, Errasti Pérez JM. Tratamientos psicológicos eficaces para los trastornos de personalidad. *Psicothema*. 2001;13:393-406.
17. Soler PA, Gascón J. Recomendaciones terapéuticas en los trastornos mentales. 2.ª ed. Barcelona: Masson; 1999. p. 187-208.

18. Pelechano V, De Miguel A, Hernández M. Trastornos de personalidad. En: Belloch A, Sandín B, Ramos F, editores. Manual de Psicopatología. Vol. 2. Madrid: McGraw Hill; 1995. p. 569-614.
19. Bermúdez Moreno J, Pérez García AM. Personalidad, procesos psicológicos y conducta de salud. En: Bermúdez J, Pérez AM, editores. Psicología de la personalidad. Addenda. Madrid: UNED; 2001. p. 151-85.
20. Verheul R. Co-morbidity of personality disorders in individuals with substance use disorders. *Eur Psychiatry*. 2001;16:274-82.
21. García F, Musitu G. AF-5, autoconcepto forma 5. Madrid: TEA Ediciones; 2001.
22. Coopersmith S. The antecedents of self-esteem. San Francisco: Freeman & Co.; 1967.
23. Morgan M. EMCDDA Instrument Bank: Core scales, sources and guidelines. Dublin: St. Patrick's College; 1997.
24. Hathaway SR, Mcklinley JC. MMPI-2. Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota-2. Manual. Adaptación española de Ávila-Espada A, Jiménez Gómez F. Madrid: TEA; 1999.
25. Baessler J, Schwarzer R. Evaluación de la autoeficacia: adaptación española de la Escala de Autoeficacia General. *Ansiedad y Estrés*. 1996;2:1-8.
26. Scheier MF, Carver CS. Optimism, coping and health: assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health Psychol*. 1985;4:219-47.
27. Pérez García AM. Dimensionalidad del constructo «Locus of Control». *Revista Española de Psicología General y Aplicada*. 1984;39:471-88.
28. Caballo VE. Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales. Madrid: Siglo XXI; 2000.
29. Rosenbaum M. A schedule for assessing self-control behaviors: preliminary findings. *Behav Ther*. 1980;11:109-21.
30. Sánchez Elvira A. Spanish Coping Inventory for stressful situations. En: Endler N, Parker JDA, editors. CISS. Canadá: Multi-Health System Inc.; 1997.
31. Pedrero Pérez EJ, Martínez Higuera IM, Olivar Arroyo A. Desarrollo y validez de un cuestionario para medir el cambio educativo en comunidades terapéuticas para drogodependientes. *Adicciones*. 2002;14:33-46.
32. Millon T. MCMI-II. Inventario clínico multiaxial de Millon-II. Manual. Adaptación española de Ávila-Espada A, director, F. Jiménez Gómez, coordinador, et al. Madrid: Tea; 1999.
33. Caprara GV, Barbaranelli C, Borgogni L. BFCQ. Cuestionario «Big Five». Versión española de Bermúdez J. Madrid: TEA; 1995.
34. Ruiz MA, Baca E. Design and validation of the Quality of Life Questionnaire (Cuestionario de Calidad de Vida, CCV): a generic health-related perceived quality of life instrument. *Eur J Psychol Assess*. 1993;9:19-36.
35. Alonso C, Barrio Gándara V. Autoestima, asertividad, lugar de control y consumo de drogas legales. *Revista Española de Psicología y Educación*. 1996;19:5-20.
36. Otero JM, Luengo A, Romero E, Gómez JA, Castro C. Psicología de personalidad. Manual de prácticas. Barcelona: Ariel Practicum; 1998.
37. Capafons A, Barreto P. Competencia aprendida. Fiabilidad y validez de su medida, críticas y recomendaciones. *Revista Española de Terapia del Comportamiento*. 7:19-39.
38. Pedrero EJ, Olivar Á. Revisión del Cuestionario de Cambio Educativo en Comunidad Terapéutica Profesional (CCE-R): estructura factorial y relación de la socialización con variables de personalidad y psicopatología. *Trastornos Adictivos*. 2003;5:88-106.
39. Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G. Cognitive therapy of depression. New York: Guilford Press; 1979.
40. Sanz J, Vázquez C. Fiabilidad, validez y datos normativos del inventario para la depresión de Beck. *Psicothema*. 1998;10:303-18.
41. Iraurgi I. Instrumentos de evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud en toxicomanías. En: Iraurgi Castillo I, González Saiz F, editores. Instrumentos de evaluación en drogodependencias. Barcelona: Aula Médica; 2002. p. 481-511.
42. Borkenau P, Riemann R, Angleitner A, Spinath FM. Genetic and environmental influences on observed personality: evidence from the german observational study of adult twins. *J Pers Soc Psychol*. 2001;80:655-68.
43. Caballo V. Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos. Vols. 1 y 2. Editorial Siglo XXI; 1997.
44. Labrador F, Cruzado JA, Muñoz M. Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta. Madrid: Editorial Pirámide; 1995.
45. Matthew M, Davis M, Fanning P. Técnicas cognitivas para el tratamiento del estrés. Barcelona: Martínez Roca; 1985.
46. Davis M, Matthew M, Eshelman E. Técnicas de autocontrol emocional. Barcelona: Martínez Roca; 1985.
47. McKay M, Fanning P. Autoestima, evaluación y mejora. Barcelona: Martínez Roca; 1991.
48. Weisinger H. Técnicas para el control del comportamiento agresivo. Barcelona: Martínez Roca; 1988.
49. Millon T, Davis D. Trastornos de la personalidad. Más allá del DSM-IV. Barcelona: Masson; 1998. p. 16.
50. Miller WR. Behavioral treatments for drug problems: where do we go from here? En: Simon Onken L, Blaine JD, Boren JJ, editors. Behavioral treatments for drug abuse and dependence. NIDA Research Monograph 137. Rockville: NIH; 1993. p. 303-21.

VIP (Cuestionario de Variables de Interacción Psicosocial)

(Pedrero, E.J., Pérez, M., de Eno, S., Garrido, C.)

Por favor, lea cada frase y diga si está muy de acuerdo, sólo de acuerdo, algo en desacuerdo o muy en desacuerdo con ella. Conteste a todas las frases de la manera más sincera posible. Si tiene algún problema consulte con el profesional. Agradecemos sinceramente su colaboración.

MA = Muy de acuerdo

A = De acuerdo

D = En desacuerdo

MD = Muy en desacuerdo

POR FAVOR, RELLENE LOS SIGUIENTES DATOS:

EDAD: 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 00
SEXO: 1 Varón 2 Mujer

NIVEL DE ESTUDIOS ALCANZADO:

0 Sin estudios / Estudios Primarios
1 Formación Profesional
2 BSC/BUP/COU
3 Universitarios

	MA	A	D	MD
1. Cuando me encuentro frente a un problema suelo echarme la culpa por ser demasiado emocional ante la situación				
2. Temo expresar opiniones personales en un grupo de amigos por miedo a parecer incompetente				
3. Rara vez confío en que las cosas buenas me ocurran a mí				
4. Venga lo que venga, por lo general soy capaz de manejarlo				
5. Tengo emociones intensas que me hacen sentir descontrolado/a				
	MA	A	D	MD
6. Cuando me encuentro en dificultades puedo permanecer tranquilo porque tengo la habilidad necesaria para manejar situaciones difíciles				
7. Seguro que si algo puedeirme mal, me ocurre				
8. A veces pienso que no valgo para nada				
9. Cuando me encuentro frente a un problema procuro planificar mejor mi tiempo				
10. Estoy seguro de que mis problemas continuarán igual o peor en el futuro				
	MA	A	D	MD
11. Me preocupa hablar en público por temor a lo que los demás puedan pensar de mí				
12. Tengo confianza en que podría manejar eficazmente acontecimientos inesperados				
13. Si pudiera cambiaría muchas cosas de mí mismo				
14. Cuando me encuentro frente a un problema procuro estar con otras personas				
15. Cuando me encuentro frente a un problema suelo plantear distintas soluciones al problema				
	MA	A	D	MD
16. He aprendido a ser paciente con los demás				
17. Puedo evitar caer en ciertas "tentaciones" del momento a fin de conseguir luego algo mejor				
18. Evito hacer preguntas a personas que no conozco				
19. Sé esperar para conseguir algo				
20. Generalmente pienso que soy inferior al resto de la gente				
	MA	A	D	MD
21. Cuando me encuentro frente a un problema suelo preocuparme mucho				
22. Soy capaz de posponer gratificaciones a fin de alcanzar mis metas, en lugar de dejarme llevar por el impulso de actuar inmediatamente				
23. Me es fácil persistir en lo que me he propuesto hasta llegar a alcanzar mis metas				
24. Cuando me encuentro frente a un problema suelo emprender inmediatamente una acción que corrija la situación				
25. Cuando se me acaba la paciencia me pongo ofensivo/a				
	MA	A	D	MD
26. A menudo me gustaría ser cualquier otra persona				
27. La mayoría de la gente es mejor que yo				
28. Cuando me encuentro frente a un problema suelo tratar de ser organizado para estar por encima de la situación				
29. Gracias a mis cualidades y recursos puedo superar situaciones imprevistas				
30. Me resulta difícil hacer nuevos amigos/as				
	MA	A	D	MD
31. Cuando me encuentro frente a un problema procuro ajustar mis prioridades				
32. No merece la pena hacer muchos planes para el futuro, es la suerte la que decide lo que ocurrirá				
33. Cuando conozco gente nueva tengo poco que decir				
34. Casi nunca espero que las cosas me sean favorables				
35. Soy una persona tímida				

	MA	A	D	MD
36. Cuando tengo problemas prefiero dormir para olvidarlos				
37. Tengo una mala opinión de mí mismo				
38. Cuando estoy en un grupo, tengo problemas para encontrar cosas sobre las que hablar				
39. Muchas de las cosas desagradables en la vida de las personas son, en parte, debidas a la mala suerte				
40. Si me encuentro en una situación difícil, generalmente se me ocurre qué debo hacer	MA	A	D	MD
41. Cuando me encuentro frente a un problema suelo llamar a un amigo				
42. Creo que nunca llegare a sentirme satisfecho de mi vida				
43. Cuando tengo problemas me encierro en casa para no pensar en ellos	MA	A	D	MD
44. Cuando me encuentro frente a un problema suelo decidir una acción a seguir y llevarla a cabo				
45. Sin duda alguna, no tengo confianza en mí mismo				
46. Cuando me encuentro frente a un problema suelo ponerme muy tenso	MA	A	D	MD
47. Siempre soy optimista acerca de mi futuro				
48. Cuando me encuentro frente a un problema suelo marcar mis prioridades				
49. Algunas veces pienso que soy una carga para los demás				
50. Suelo tener que volver hacer las cosas por obrar precipitadamente				
51. En general, espero que me ocurran más cosas buenas que malas	MA	A	D	MD
52. Cuando me encuentro frente a un problema suelo hacer un esfuerzo extra para resolver las cosas				
53. Al tener que hacer frente a un problema, generalmente se me ocurren varias alternativas de cómo resolverlo				
54. Creo que soy importante como persona				
55. Cuando tengo problemas utilizo la fantasía para imaginar que se resuelven satisfactoriamente				
56. Cuando estoy muy limitado sé lo que tengo que hacer para tranquilizarme	MA	A	D	MD
57. Puedo resolver la mayoría de los problemas si me esfuerzo lo necesario				
58. Cuando me encuentro frente a un problema suelo analizar el problema antes de actuar				
59. Expreso mi punto de vista aunque sea impopular				
60. Cuando me encuentro frente a un problema suelo lograr controlar la situación				
61. Estoy muy contento de ser como soy	MA	A	D	MD
62. Cuando me encuentro frente a un problema suelo sentirme nervioso por no ser capaz de afrontarlo				
63. Pienso que soy una persona vulgar, sin interés para los demás				
64. Cuando me encuentro frente a un problema suelo hablar con alguien cuyos consejos valore				
65. Cuando me encuentro frente a un problema suelo culparme por aplazar la toma de decisiones				
66. Siempre miro el lado positivo de las cosas	MA	A	D	MD
67. Cuando me encuentro frente a un problema suelo irme a ver a algún amigo				
68. Tengo la seguridad de que me será posible ser feliz				
69. Las cosas nunca ocurren como yo quiero				
70. Tengo demasiados defectos				
71. Con buenas palabras hago lo que los demás quieren que haga y no lo que realmente querría hacer	MA	A	D	MD
72. Cuando me encuentro frente a un problema suelo decirme a mí mismo que eso no me puede estar sucediendo a mí				
73. Puedo resolver problemas difíciles si me esfuerzo lo suficiente				
74. Cuando me encuentro frente a un problema suelo echarme la culpa por no saber qué hacer				
75. Tengo miedo del futuro, no espero que me pase nada bueno				
76. Cuando me encuentro frente a un problema suelo centrarme en el problema y ver como puedo resolverlo	MA	A	D	MD
77. Cuando me encuentro frente a un problema suelo enfadarme				
78. Tomo decisiones de forma rápida que después lamento				
79. Me resulta difícil iniciar una conversación con un extraño				
80. Cuando me encuentro frente a un problema suelo pasar un tiempo con una persona especial				
81. La mayor parte de los problemas que se resuelven no son por el esfuerzo que pongas en conseguirlo, sino por suerte o porque otros los solucionan	MA	A	D	MD
82. Cuando tengo problemas me tomo cualquier cosa que me haga olvidarlos				
83. Con frecuencia descargo mi ira con violencia				
84. Suelo equivocarme por hacer ciertas cosas de modo precipitado				