

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

Revision of the Questionnaire of Educative Change in Professional Therapeutic Community (CCE-R): factorial framework and relation of socialization with personality variables and psicopathology

PEDRERO PÉREZ, E. J.* y OLIVAR ARROYO, A.**

*Psicólogo. Master en Drogodependencias. **Educador. Asociación para la Prevención y la Investigación en Dependencias (APID).

RESUMEN: *Objetivo:* El Cuestionario de Cambio Educativo fue concebido como instrumento para la medida del cambio suscitado por la intervención educativa en la Comunidad Terapéutica Profesional para drogodependientes.

Material y métodos: Abordamos en este trabajo la revisión del cuestionario, la reducción de ítems, su estructura factorial y sus relaciones con otros cuestionarios: el Big Five Questionnaire (BFQ), el Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI-2) y el SCL-90-R, mediante una muestra de 781 participantes, 268 de ellos de población general y 513 sujetos en tratamiento por abuso o dependencia de drogas.

Resultados: A partir de la capacidad discriminativa se eliminan 8 ítems, reduciendo a 58 los que componen el cuestionario, que no pierde consistencia interna. Se realiza análisis factorial que encuentra un superfactor que agrupa a todos los ítems, al

que denominamos Socialización; tras la rotación se identifican los 5 factores, a los que denominamos Cooperatividad, Autonomía, Responsabilidad, Tolerancia y Pertenencia. Se estudia la muestra a partir de los nuevos datos. Se estudian las correlaciones con el BFQ (máximas con la dimensión de Afabilidad) y con el MCMI-2 (máximas en los trastornos Antisocial, Esquizoide, Evitativo y Paranoide).

Conclusiones: Discutimos, finalmente, sobre las implicaciones de los resultados y la relación entre el concepto educativo de Socialización, medida a través del nuevo cuestionario CCE-R, y sus relaciones con las dimensiones de personalidad y sus trastornos. Proponemos los posibles sesgos que afectan al CCE-R y formulamos hipótesis para su futuro estudio.

PALABRAS CLAVE: Drogodependencias. Evaluación. Educación Social. Comunidad Terapéutica. Socialización. Valores Sociales. Cuestionario.

Correspondencia:

EDUARDO J. PEDRERO PÉREZ
C/ Bergantín, 11, 5º B
28042 MADRID
E-mail: ejpedrero@yahoo.es

ABSTRACT: *Objective:* The Questionnaire of Educative Change was conceived as an instrument for the measurement of the change caused by the educative action in the Professional Therapeutic

Community for drug addicts.

Material and methods: In this paper, we approach the revision of the questionnaire, the reduction of items, its factorial framework and its relations with other questionnaires: the Big Five Questionnaire (BFQ), the Millon Clinical Multiaxial Inventory (MCMI-2) and the Symptom Check List (SCL-90-R), by means of a sample of 781 participants, 268 of them from the general population and 513 subjects in treatment for drug abuse or dependency.

Results: Based on the discriminative capacity, 8 items are eliminated, reducing the number that composes the questionnaire, which does not lose internal consistency, to 58. Factorial analysis is performed and finds a superfactor that groups all the items, which we named Socialization; after the rotation, the 5 factors are identified and denominated Cooperativity, Autonomy, Responsibility, Tolerance and Sense of Belonging. We studied the sample with the new data. The correlations with the BFQ (maximum with the dimension of Affability) and with the MCMI-2 study (maximum in the Antisocial, Schizoid, Avoidant and Paranoid Disorders) are studied.

Conclusions: Finally, we discussed the implications of the results and the relationship between the educative concept of Socialization, measured with the new CCE-R questionnaire, and its relationships with the dimensions of personality and its disorders. We proposed the possible biases that affect the CCE-R and formulated hypotheses for its future study

KEY WORDS: Drug Addiction. Assessment. Social Education. Therapeutic Community. Socialization. Social Values. Test.

Introducción

El Cuestionario de Cambio Educativo CCE-66 fue elaborado a partir de una iniciativa de la Comunidad Terapéutica Barajas (GERS/Ayuntamiento de Madrid) con el objeto de estimar adecuadamente el cambio suscitado por la intervención educativa en sujetos en tratamiento por consumo de sustancias. El programa de este centro contempla una doble dimensión psicoterapéutica y educativa –aunque no prescinde de otros elementos: biológicos, médico-farmacológicos, sociales– según la cual el grueso de la intervención se formula en torno a los aspectos cognitivos, comportamentales y

socializadores. Se hacía preciso contar con algún instrumento capaz de medir de manera válida y fiable los cambios atribuibles a la acción educativa.

El marco teórico y el proceso de elaboración del CCE-66 ya fueron comunicados en su momento^{1,2}. En líneas generales, y a partir de los documentos elaborados desde el dispositivo, se determinó un encuadre teórico que permitiera la coherencia entre la Psicología Social y la Pedagogía Social. El engarce se realizó a través del concepto de «valor»: las conductas individuales reciben una asignación de valor, por una parte del propio individuo y por otra del entorno social en que se ven inmersas. La asignación de valor social a las conductas individuales se produce durante el proceso de socialización, primaria y secundaria, aunque no se trata de un proceso cerrado, ni por parte de la sociedad, que está sujeta a cambios, ni por parte del individuo, que va modificando permanentemente su valoración en función de las consecuencias que la ejecución de las conductas le reporta. En el proceso de socialización las personas aprenden la valoración que su entorno social asigna a las diversas conductas y elaboran su propia escala de valoración que, en definitiva, servirá de guía para su comportamiento habitual.

No obstante, una sociedad en un momento determinado no dispone de un único sistema de valoración, salvo en el terreno de lo «deseable». En nuestra sociedad, en el momento actual, este sistema ideal podría venir definido por los valores democráticos de libertad, justicia e igualdad, pero, en la práctica, la realidad es que conviven sistemas diversos y, en muchos casos, abiertamente contrapuestos al ideal democrático³. Los sujetos no asumen de forma pasiva o automática ese sistema de evaluación, que, además, reciben desde diversas fuentes; bien al contrario, el proceso implica la puesta en marcha de un compromiso afectivo, motivacional y cognitivo. Lo que los individuos aprenden es a comportarse en una u otra dirección, a resolver el conflicto existente entre el valor que individualmente adquiere su conducta y el valor que un determinado sistema de valoración social le asigna. Una vez asimilado un determinado sistema de valores, lo que el sujeto ha adquirido es una creencia duradera de que un modo específico de conducta es personal y socialmente preferido a su opuesto o inverso, de modo que tanto la representación cognitiva de las demandas sociales como las necesidades individuales serán resueltas por el individuo en la dirección que sus valores preasignados determinen⁴.

La relación entre estas creencias que denominamos valores y la conducta manifiesta se estudia a través del concepto de actitud: disposiciones favorables o desfavorables hacia determinado valor⁵; proceso cognitivo,

vinculado a procesos afectivos, que evoca un determinado sector de la realidad, más o menos estable y consistente que especifica una predisposición a actuar en un sentido determinado⁶. Las actitudes son uno de los elementos básicos de la intención de los sujetos de comportarse de una u otra manera en función de situaciones estímulas concretas⁷.

El trabajo educativo consiste básicamente en la oferta de conductas con valor social y la transmisión de conocimientos, habilidades, destrezas, que permitan la correcta ejecución de tales conductas y, en consecuencia, la circulación normalizada en el entorno social en un tiempo determinado⁸. El trabajo educativo en Comunidad Terapéutica permite actuar a dos niveles: un plano más general, en el que se oferta un determinado sistema de valores que son representados en el concepto de «cultura de Comunidad»; y un plano más específico, a través del trabajo diario, directo, de observación participante, sobre áreas específicas de actuación, aportando elementos de juicio que los sujetos deberán confrontar con sus actitudes previas y, en consecuencia, podrán modificar⁹.

Diversos estudios ponen de manifiesto que la conducta de consumo de sustancias está orientada por algún tipo de valores que, por regla general, representan una alternativa a los valores sociales en uso, tienen un carácter marcadamente individual y se oponen a aquéllos que se fundamentan en una perspectiva social¹⁰. La cuestión no es objeto exclusivo de la Educación, sino que compete a varias disciplinas: la Sociología, la Psiquiatría, la Psicología. Desde la Psiquiatría y la Psicología Clínica se estudia la conducta antisocial, bien como una entidad mórbida, bien como un patrón de conducta desadaptativa. Desde una perspectiva categorial, existe un amplio consenso en considerar al Trastorno de Personalidad Antisocial como el más prevalente entre la población de drogodependientes¹¹, y aunque podamos considerar que los factores genéticos desempeñan un papel disposicional que conforma el sustrato morfológico y bioquímico de algunos rasgos y son el fundamento para que una persona sea susceptible a la disfunción, por ejemplo, bajo el estrés, o para que tienda a aprender comportamientos socialmente inadecuados¹², no cabe duda que este aprendizaje se produce en un contexto social determinado, que es el que permite calificar a tales comportamientos como antisociales, de modo que los criterios diagnósticos asumidos por una cierta cultura, como pueden ser los formulados en el sistema clasificatorio DSM, no se traducen en diagnósticos similares cuando se aplican en entornos culturales diferentes¹³. Aunque existen indicadores de una posible influencia de factores biológicos

predisponentes, los factores psicológicos y sociológicos influyen de una forma importante en el desarrollo de este patrón de conducta, hasta el punto de que pueden, por sí mismos, ser suficientes para activar estos comportamientos anómalos: el fracaso de la socialización primaria, experiencias tempranas en la escuela, factores sociológicos secundarios, etc.¹⁴.

Desde una óptica dimensional se ha estudiado el patrón antisocial de personalidad tratando de identificar qué combinación de rasgos lo definen: poca afabilidad, neuroticismo, búsqueda de sensaciones, incapacidad para controlar los impulsos, mínimo tesón, etc.^{15,16}. Múltiples estudios permiten estimar que tales rasgos están determinados en un 40% por factores genéticos y al menos en un 60% en factores ambientales^{17,18}.

No es posible en muchos casos determinar si la inadecuación al sistema social favorece la autoadministración de sustancias, o si es el consumo lo que provoca el desajuste, o si ambas circunstancias operan en niveles independientes. Sin embargo, al margen de la concepción que asumamos, parece claro que uno de los problemas más frecuentes al que debemos enfrentarnos en el tratamiento de sujetos drogodependientes es la deficiente socialización que sustenta su consumo o en la que éste se sustenta, y que este problema es susceptible de ser revertido o atenuado: sin desprestigiar la aportación necesaria de otras disciplinas, la Educación Social toma todo su protagonismo al teorizar, intervenir y evaluar sobre el inadecuado posicionamiento social¹⁹. Además, la Comunidad Terapéutica Profesional se configura como el dispositivo más adecuado para abordar la cuestión, siendo estos sujetos los beneficiarios más claros de un recurso²⁰ que se configura como un espacio de entrenamiento y ensayo, en un encuadre social²¹.

El CCE-66 fue concebido como un instrumento capaz de medir la intención de los sujetos de comportarse de acuerdo con determinados valores sociales. Inicialmente formulado de acuerdo con la Teoría de la Conducta Planificada de Ajzen²², contemplaba los componentes actitudinales, normativos y de control conductual percibido. Tras la aplicación inicial a diversas muestras el cuestionario fue simplificándose hasta configurarse como un autoinforme de actitudes referidas a conductas guiadas por algún valor que era objeto de trabajo en el área educativa de la Comunidad. Los ítems se agrupaban en pares que formulaban una pregunta que exploraba la actitud en sentido positivo hacia ese valor y otra en sentido negativo. Esta estructura se basaba en la evidencia de que una pregunta concreta sólo exploraría un punto aislado en el universo actitudinal individual, lo que requeriría un muestreo exhaustivo en cada dominio de un valor; la inclusión de un

ítem complementario que explorara el mismo dominio desde una perspectiva opuesta proporcionaría un par de ítems con mucha mayor carga informativa, al tiempo que reduciría la distorsión de deseabilidad al ser obvio el sentido de una única pregunta formulada en un solo sentido.

El presente trabajo aborda diversas cuestiones referidas a la aplicación del CCE-66 a muestras mayores: reducción de ítems del CCE-66 hasta configurar la nueva versión CCE-Revisado, su estructura factorial, la aplicación de una medida de distorsión y la relación de las escalas del CCE-R con otros cuestionarios. De una manera más específica los objetivos del estudio han sido: Revisar la composición del CCE-66 y abordar la reducción de ítems atendiendo a su capacidad discriminativa. Estudiar medidas que informen sobre la distorsión que afecta al cuestionario. Estudiar las propiedades psicométricas y la estructura factorial del CCE-Revisado. Estudiar las diferencias en los resultados en función de variables sociológicas. Estudiar las relaciones entre el CCE-R y otros cuestionarios que exploren la personalidad sana y los patrones disfuncionales de personalidad, así como las manifestaciones de malestar.

Material y métodos

Participantes

La muestra total está compuesta por 781 cuestionarios, cumplimentados 268 de ellos por personas de población general y 513 por personas en tratamiento por abuso o dependencia de sustancias en el CAD-4 y la Comunidad Terapéutica Barajas, ambos adscritos al Plan Municipal contra las Drogas del Ayuntamiento de Madrid; si bien 67 sujetos cumplimentaron en dos ocasiones el cuestionario: al entrar en Comunidad Terapéutica (CT) y al recibir el alta. Los cuestionarios fueron administrados entre enero de 2001 y mayo de 2002, todos ellos en el encuadre del centro de tratamiento y por un mismo profesional en todos los casos, salvo los de población general que fueron obtenidos mediante el método de bola de nieve. La participación fue voluntaria, se informó del carácter experimental del cuestionario y se garantizó el anonimato de los resultados.

Material

En el propio cuestionario se recogieron las variables edad, sexo, nivel de estudios alcanzado. Se utilizaron otros cuestionarios administrados en los correspon-

dientes dispositivos dentro del proceso de valoración de los sujetos que accedían a tratamiento:

1. Big Five Questionnaire (BFQ) de Caprara et al²³, versión española de Bermúdez²⁴, cuestionario de autoinforme basado en el NEO-PI²⁵ y el NEO-PI-R²⁶, que pretende superar algunas inconsistencias de éstos, tales como irregularidades en la asignación de facetas a las dimensiones personales. El BFQ se postula más parsimonioso que sus predecesores, más escrupuloso en su ajuste a los principios teóricos de los cinco factores y proporciona una medida adicional de la tendencia del sujeto a distorsionar los datos y a ofrecer una imagen «falseada» de sí mismo. 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, considerándose muy bajos los valores entre 25 y 34, bajos los comprendidos entre 35 y 44, promedio entre 46 y 54, altos entre 56 y 64 y muy altos entre 66 y 75. Se compone de 132 ítems que se responden en una escala de Likert de 5 opciones, e informa de cinco dimensiones, cada una de ellas con dos subdimensiones: Energía (Dinamismo y Dominancia), Afabilidad (Cooperatividad y Cordialidad), Tesón (Escrupulosidad y Perseverancia), Estabilidad Emocional (Control de las Emociones y de los Impulsos) y Apertura Mental (Apertura a la Cultura y a la Experiencia); además de una dimensión de Distorsión.

2. El MCMI-2²⁷, cuestionario 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. Las puntuaciones directas, por una parte, permiten la descripción dimensional de los diversos patrones desadaptativos y, por otra, se convierten en puntuaciones de tasa base atendiendo a la distribución de la prevalencia de cada trastorno en los subgrupos de población, estableciéndose, para la asimilación al diagnóstico categorial, un punto de corte en el valor 75, siendo los valores superiores sugestivos de algún problema clínico, y otro en el valor 85 que indicaría una severidad importante del trastorno. Cuenta con medidas de validez y sinceridad.

3. SCL-90-R²⁸, versión española de González de Rivera et al²⁹, cuestionario compuesto de 90 ítems, valorados cada uno en una escala de Likert de 0 (nada) a 4 (mucho), en relación a la magnitud en que la persona se ha sentido molesta por cada uno de los síntomas durante la última semana. Los 90 ítems proporcionan información en relación a nueve dimensiones sintomáticas (somatización, obsesión/compulsión, sensibilidad

interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide, psicoticismo), así como a tres escalas generales: índice general sintomático (o de gravedad), total de síntomas positivos e índice de malestar.

Análisis de datos

Se utilizó el paquete estadístico SPSS 10,0 para Windows.

Resultados

En primer lugar, se realizó un cribado de ítems redundantes o que presentaban un índice de discriminación más reducido. Se eliminaron 4 pares, 8 ítems, quedando el cuestionario (CCE-Revisado) reducido a 29 pares de ítems (Anexo I, www.doyma.es/ta, Vol 5, n.º 2) con un índice de discriminación medio, excluido el mismo ítem, de 0,38 con desviación típica de 0,07.

Se estableció un criterio para estimar la distorsión de cada test, basada en la propia estructura del cuestionario. Cada par de ítems está compuesto por una formulación en positivo y otra en negativo: uno y otro no son imágenes especulares, sino aproximaciones en sentido contrario a una misma actitud, de modo que es esperable (y deseable, según los objetivos del test) que exista una cierta variabilidad entre la aproximación positiva y la negativa. Sin embargo, cuando esta variabilidad es excesivamente grande debe considerarse que el test ha sido cumplimentado al azar o sin un criterio, o que no ha sido comprendido. Para ello estimamos las distancias entre los dos ítems de cada par en valores absolutos: la mínima distancia se producirá cuando al ítem positivo se haya contestado MUY DE ACUERDO (puntuación +2) y al ítem negativo MUY EN DESACUERDO (puntuación -2), o viceversa (distancia 0). La máxima cuando al positivo y al negativo se contesten MUY DE ACUERDO (+2 y -2) o MUY EN DESACUERDO (-2 y +2), siendo entonces 4 el valor de la distancia. El sumatorio de las distancias entre los ítems de cada par nos proporciona la medida de distorsión del cuestionario.

Se estimó la media de distorsión entre todos los cuestionarios de la muestra, encontrándose que ésta era de 28 con una desviación típica de 11. Para los análisis posteriores se prescindió de los cuestionarios que superaran la media de distorsión más dos desviaciones típicas ($D > 49$), en total 30, quedando la muestra reducida a 751 cuestionarios.

El cuestionario presenta una fiabilidad de 0,88 medida por el coeficiente alfa, de 0,87 mediante el método

paralelo y de 0,86 según el método de las dos mitades.

Se realizó un análisis factorial confirmatorio para explorar la existencia de los 5 factores propuestos, mediante el análisis de componentes principales y posterior rotación Varimax. Se apreció la existencia de un superfactor (varianza total explicada 22,22%) en el que correlacionaban significativamente todos los pares de ítems, y al que denominaremos SOCIABILIDAD. Tras la rotación aparecieron los 5 factores propuestos y que se correspondían en gran medida con los formulados teóricamente, aunque el baile de algunos pares de ítems permitió agrupar adecuadamente los ítems que en la versión previa se consideraron como marginales.

El Factor 1, al que denominaremos COOPERATIVIDAD, está formado por los pares de ítems que se muestran en la tabla 1. Correlaciona 1,0 con el valor del mismo nombre formulado teóricamente, 0,2 con Respeto, 0,42 con Autonomía, 0,39 con Pertenencia y 0,29 con los ítems marginales de la formulación teórica inicial.

El Factor 2, al que denominaremos AUTONOMÍA, está formado por los pares de ítems que se muestran en la tabla 2. Correlaciona 0,80 con el valor del mismo nombre formulado teóricamente, 0,37 con Respeto, 0,48 con Cooperatividad, 0,34 con Pertenencia y 0,26 con los ítems marginales de la formulación teórica inicial.

El Factor 3, al que denominaremos RESPONSABILIDAD, está formado por los pares de ítems que se muestran en la tabla 3. Correlaciona 0,38 con Respeto, 0,42 con Cooperatividad, 0,40 con Pertenencia, 0,63 con Autonomía y 0,50 con los ítems marginales de la formulación teórica inicial.

El Factor 4, al que denominaremos PERTENENCIA, está formado por los pares de ítems que se muestran en la tabla 4. Correlaciona 0,96 con Pertenencia, 0,40 con Cooperatividad, 0,29 con Respeto, 0,34 con Autonomía y 0,44 con los ítems marginales de la formulación teórica inicial.

El Factor 5, al que denominaremos TOLERANCIA, está formado por los pares de ítems que se muestran en la tabla 5. Correlaciona 0,39 con Respeto, 0,42 con Cooperatividad, 0,37 con Pertenencia, 0,35 con Autonomía y 0,46 con los ítems marginales de la formulación teórica inicial.

La varianza total explicada por cada uno de los factores se muestra en la tabla 6.

En la tabla 7 se consigna el modelo de regresión lineal según el método de introducción de los pares de ítems sobre cada uno de los factores y sobre la puntuación total del test, consignado mediante los coeficientes beta estandarizados.

Tabla 1. Factor 1: Cooperatividad

PAR	Ítems	Factores según nueva agrupación				
		Factor 1 Cooper.	Factor 2 Autono.	Factor 3 Respon.	Factor 4 Pertene.	Factor 5 Toleran.
13	Me gusta formar parte de un equipo y discutir con los compañeros la forma de hacer el trabajo	0,61				0,28
	Prefiero siempre trabajar solo, saber lo que tengo que hacer y hacerlo					
12	He recibido ayuda de mucha gente cuando la he necesitado	0,61	0,21	0,25		
	La gente suele pedir ayuda pero rara vez te la da cuando tú la necesitas					
14	Es posible confiar en la gente que te rodea y ver que te responde	0,59		0,29		
	Confiar en la gente que te rodea suele traerte malas consecuencias					
11	Trabajar en equipo sirve para repartir esfuerzos, para que cada uno aporte lo que pueda y para que la satisfacción sea compartida	0,54				
	Trabajar en equipo sirve, sobre todo, para que unos se escaqueen y otros hagan todo el trabajo					
16	Esta vida es una lucha permanente: cuantos más compañeros tengas en esa lucha, más fácil es sobrellevarla	0,51				
	Esta vida es una lucha permanente: el que no gana queda excluido					
15	Según te comportes con la gente, así se comportarán ellos contigo	0,45	0,37	0,23		
	Hagas lo que hagas, la gente siempre va a lo suyo					
Factores de la formulación teórica inicial		Coop.	Respet.	Auto.	Pert.	Marg.
Factor 1: Cooperatividad		1,0	0,2	0,42	0,39	0,29

La correlación entre los factores, así como la fiabilidad de cada uno de ellos estimada mediante el alfa de Crombach, se muestra en la tabla 8.

En la tabla 9 se muestran los valores de agrupación y dispersión de las puntuaciones obtenidas por los sujetos en los 5 factores, en población general, en sujetos en curso de tratamiento y en personas que finalizan adecuadamente su tratamiento en Comunidad Terapéutica.

Se realiza un ANOVA (tabla 9) para estimar las posibles diferencias entre los diferentes grupos, apareciendo éstas en todas las comparaciones ($p < 0,01$). Realizada la prueba de Scheffé, se aprecian las siguientes diferencias ($p < 0,05$): en Cooperatividad el grupo de sujetos en tratamiento puntúa significativamente más bajo que los otros dos; en Autonomía y Responsabilidad los sujetos que finalizan tratamiento en CT puntúan sensiblemente más alto que los de los otros dos grupos; en Tolerancia los sujetos de población general puntúan significativamente más alto que los demás; en Pertenencia tanto los sujetos de población general como los que finalizan CT puntúan significativamente más alto que los que siguen el curso del

tratamiento (tabla 9).

El nivel de estudios alcanzado, como ya se vio en la versión preliminar del cuestionario², es una variable significativa: los universitarios ($N = 169$) puntúan como media 63 en el total del test, frente a los 54,8 puntos promedio de quienes alcanzaron BUP/ESO/Bachillerato/COU ($N = 184$), los 47,8 de quienes iniciaron Formación Profesional ($N = 118$), los 47,3 de quienes tienen estudios primarios ($N = 225$) y los 39,7 de los que no tienen ningún tipo de estudios ($N = 47$). Realizado un ANOVA se aprecian diferencias entre las medias que, mediante la prueba de Scheffé, sólo aparecen como significativas cuando comparamos al grupo de universitarios con todos los demás ($p < 0,001$) y al del grupo sin estudios o estudios primarios con todos los demás ($p < 0,002$), sin que existan diferencias significativas entre los grupos intermedios.

Las diferencias no son significativas en cuanto a la variable sexo ni en relación a la edad. Sin embargo, si agrupamos a los sujetos de población general en grupos de edad observamos una distribución que tien-

Tabla 2. Factor 2: Autonomía

PAR	Ítems	Factores según nueva agrupación				
		Factor 1 Cooper.	Factor 2 Autono.	Factor 3 Respon.	Factor 4 Pertene.	Factor 5 Toleran.
18	Hacer oír mis críticas es importante para mí y para quien las recibe, porque puede ayudarle a mejorar Cada uno piensa como quiere y nadie tiene derecho a criticar mis opiniones	0,23	0,67			
17	Recibir críticas sobre lo que hago me resulta necesario para mejorar Me molesta que me critiquen porque nadie tiene derecho a meterse en mi vida	0,24	0,62			
3	Aceptar las normas que impone la sociedad permite que todos convivamos más pacíficamente Aceptar las normas que impone la sociedad sólo me conduce a ser un mediocre		0,57			0,4
5	Leer la prensa y escuchar la radio y la televisión me permite formarme mis propias opiniones Generalmente, lo que dicen los periódicos no me interesa, porque suelen ser mentiras		0,47	0,33	0,22	
9	La gente a la que aprecio (mi familia, mis amigos, mis compañeros) se preocupan si hago cosas que me perjudican Hacer cosas que me perjudiquen es cosa mía y no debería importarle a nadie más	0,27	0,44		0,3	
Factores de la formulación teórica inicial		Coop.	Respet.	Auto.	Pert.	Marg.
Factor 2: Autonomía		0,48	0,37	0,80	0,34	0,26

de a adoptar la forma de U invertida, de modo que quienes no han cumplido los 18 años ($N = 48$) puntúan menos en todas las dimensiones que los grupos de 18 a 30 ($N = 100$) y de 30 a 45 ($N = 100$), y se observa una tendencia al descenso en los mayores de 45 años ($N = 13$). Las diferencias son especialmente significativas ($p < 0,01$) en la dimensión de tolerancia, donde los menores y los mayores puntúan sensiblemente más bajo que los niveles intermedios de edad (fig 1).

En la tabla 10 se consignan las correlaciones obtenidas entre los cinco factores del BFQ y sus subdimensiones y los cinco factores del CCE-R, para un $N = 57$. Se observa cómo la Dimensión de Afabilidad del BFQ correlaciona significativamente con las de Cooperatividad, Responsabilidad y Tolerancia, así como con la puntuación total del CCE-R. El Tesón lo hace con la Tolerancia y, como en el caso de la Apertura Mental, con la Pertenencia. Las dimensiones de Energía y Estabilidad Emocional no muestran correlaciones con las dimensiones del CCE-R.

En la tabla 11 se presentan las correlaciones entre las escalas del CCE-R y las correspondientes a los trastornos de personalidad del MCMI-2, para un $N = 30$. Puede advertirse la fuerte y significativa correlación entre las escalas del CCE-R con los trastornos Esquizoide, Fóbico/Evitativo, Narcisista, Antisocial y Esquizotípico. En cambio, los trastornos Dependiente, Histriónico y Obsesivo/Compulsivo son independientes de las escalas del cuestionario educativo que muestra correlaciones en algunas de sus escalas con el resto de trastornos.

En las tablas 12 y 13 se presentan respectivamente las correlaciones entre las escalas del CCE-R y las de los síndromes del Eje I del MCMI-2 ($N = 30$) y las del SCL-90-R ($N = 52$). En relación a los síndromes, se aprecia la fuerte correlación de la Cooperatividad con varias escalas, así como la puntuación total del CCE-R con cinco síndromes, entre ellos los tres de mayor gravedad, según Millon. Por otra parte, se observa cómo el abuso de drogas y el pensamiento psicótico

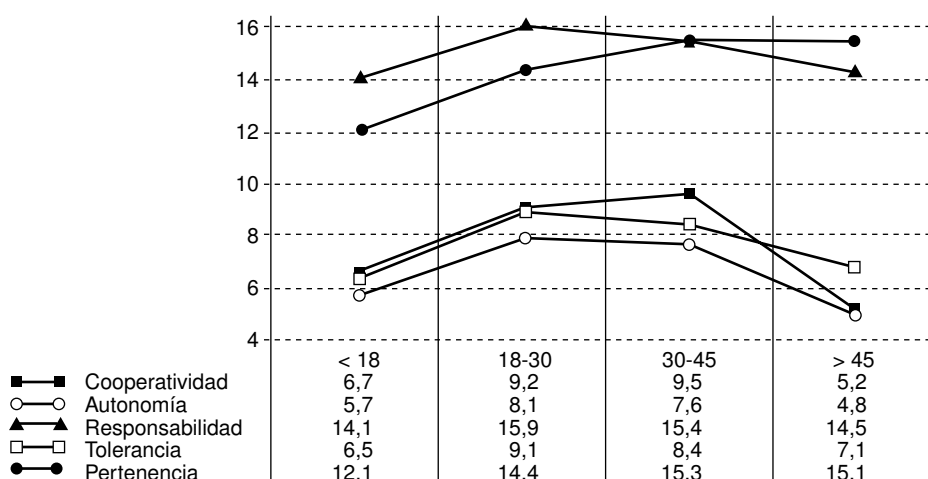


Figura 1. Distribución de las puntuaciones de las dimensiones del CCE-R según los grupos de edad.

Tabla 3. Factor 3: Responsabilidad

PAR	Ítems	Factores según nueva agrupación				
		Factor 1 Cooper.	Factor 2 Autono.	Factor 3 Respon.	Factor 4 Pertene.	Factor 5 Toleran.
25	Creo que soy suficientemente valioso como para merecer el respeto de los demás			0,62		-0,23
	Por regla general, nadie me ha considerado nunca como alguien importante					
23	Tener cultura no hace más libres a las personas			0,58		
	Tener cultura permite ser más libre					
6	Los hombres y las mujeres deberían tener los mismos derechos aun respetando las diferencias			0,48	0,28	0,33
	No estoy de acuerdo en que hombres y mujeres deban tener los mismos derechos: son diferentes y tienen funciones diferentes					
22	Mi opinión es importante para cualquier decisión que se deba tomar y estoy dispuesto a hacerla oír	0,27	0,3	0,45		
	En la sociedad en que vivo, nadie necesita mi opinión para tomar decisiones					
21	Soy capaz de llevar una vida tan normal como cualquier otro ciudadano					
	Creo que, a causa de mis problemas, nunca podré llevar una vida completamente normal	0,34		0,42	0,22	
27	Mi familia espera que, haga lo que haga, me comporte responsablemente					
	Mi familia espera que me comporte «como Dios manda» sin pensar en mis propios deseos	0,28		0,37		
24	Soy capaz de actuar libremente la mayoría de las ocasiones					
	En esta sociedad es imposible sentirse libre			0,37		0,27
Factores de la formulación teórica inicial		Coop.	Respet.	Auto.	Pert.	Marg.
Factor 3: Responsabilidad		0,42	0,38	0,63	0,40	0,50

Tabla 4. Factor 4: Pertenencia

PAR	Ítems	Factores según nueva agrupación				
		Factor 1 Cooper.	Factor 2 Autono.	Factor 3 Respon.	Factor 4 Pertene.	Factor 5 Toleran.
26	El ejercicio físico es importante, sobre todo, para mantener una buena salud			0,22	0,63	
	El ejercicio físico está bien únicamente para quienes quieren cuidar la línea o su apariencia física					
10	Yo también puedo hacer cosas que ayuden a que mi barrio o ciudad estén limpios				0,57	0,35
	Cuidar la limpieza de mi barrio y ciudad es responsabilidad del Ayuntamiento					
4	Todos podemos hacer cosas importantes para cuidar el medio ambiente					
	Cuidar el medio ambiente es inútil: la ecología es una moda				0,53	0,34
19	Lo importante en la vida es vivirla intensamente cada día sin pensar en el futuro					
	Tener un proyecto para mi vida, saber qué quiero hacer en el futuro, me resultaría de gran ayuda		0,43		0,51	
20	Cuando algo me sale mal sé que es responsabilidad mía intentar mejorarlo				0,40	
	Aunque me culpan con frecuencia, yo no he sido muchas veces el responsable de mis errores					
28	Las normas de higiene son comportamientos necesarios para cuidar la salud y prevenir la enfermedad					
	Muchas de las normas de higiene que sigue la gente están más dirigidas a «ser atractivo» que a cuidar su salud	0,29			0,39	
7	El que mi barrio sea habitable y agradable depende, en gran medida, de cómo se comporten sus vecinos					
	Hace tiempo que mi barrio es un lugar insostenible. La culpa es del Ayuntamiento, los vecinos no podemos hacer nada		0,27	0,26	0,36	
Factores de la formulación teórica inicial		Coop.	Resp.	Auto.	Pert.	Marg.
Factor 4: Pertenencia		0,40	0,29	0,34	0,96	0,44

son los que muestran más correlaciones con escalas del CCE-R. En cuanto a los síntomas, sorprende la fuerte y significativa correlación de la escala de pertenencia con todos los ejes sintomáticos del SCL-90-R, que es más aislada en los demás casos, aunque frecuente en los casos de Depresión, Ansiedad, Hostilidad y Ansiedad Fóbica.

Discusión

La reducción de ítems realizada en relación a la versión precedente no supone una merma de fiabilidad,

que sigue estableciéndose en 0,88. En cuanto al estudio factorial, éste confirma la existencia de un superfactor que englobaría a todos los demás y que hemos denominado Socialización; los cinco factores de segundo orden corresponden en lo fundamental con los formulados teóricamente, aunque su reagrupación obliga a definir las dimensiones del cuestionario.

Entendemos por Socialización el proceso de interacción entre la sociedad y el individuo, por el que se internalizan las pautas, costumbres y valores compartidos por la mayoría de los integrantes de la comunidad, se integra la persona en el grupo, aprende a conducirse socialmente, se adapta a las instituciones, se abre a los

Tabla 5. Factor 5: Tolerancia

PAR	Ítems	Factores según nueva agrupación				
		Factor 1 Cooper.	Factor 2 Autono.	Factor 3 Respon.	Factor 4 Pertene.	Factor 5 Toleran.
	Respetar las normas de convivencia nos hace a todos más libres					
1	No estoy dispuesto a comportarme como un «buen ciudadano», prefiero actuar libremente		0,35	0,25		0,62
	Hay multitud de formas de defender nuestras opiniones y derechos sin tener que utilizar la violencia					
2	A veces, la violencia es la única forma en que puedo defender mis derechos	0,22		0,25		0,61
	Es importante saber discutir mis opiniones y cambiarlas, si es necesario					
8	Mi opinión es lo importante, lo que piensen los demás no me importa demasiado	0,25	0,35			0,38
	Me gusta hacer cosas complicadas, que lleven su tiempo, con tal que queden bien					
29	Me gustan los trabajos que duran poco y permiten ver pronto el resultado	0,24				0,35
Factores de la formulación teórica inicial		Coop.	Resp.	Auto.	Pert.	Marg.
Factor 5: Tolerancia		0,42	0,39	0,35	0,37	0,46

Tabla 6. Varianza total explicada por los 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
Cooperatividad	6,15	22,22	22,22	2,73	9,61	9,61
Autonomía	1,73	5,97	28,19	2,57	9,07	18,68
Responsabilidad	1,44	4,97	33,17	2,31	8,18	26,86
Tolerancia	1,34	4,62	37,78	2,16	7,65	34,51
Pertenencia	1,21	4,16	41,94	2,10	7,43	41,94

demás, convive con ellos y recibe la influencia cultural, de modo que se vigoriza el desarrollo de la personalidad³⁰. Entendemos también que esta interacción permite la participación, la creación y es motor de cambio, no mera adaptación pasiva, y que si tal proceso no se realiza o se realiza de forma inadecuada el individuo carece de tales posibilidades.

Entendemos por Cooperatividad la disposición a trabajar con los demás en la búsqueda de objetivos comunes. Lleva implícita la consideración de que cada persona está en posesión de distintas capacidades, el respeto a la diferencia, la posibilidad de alcanzar conjuntamente metas inaccesibles desde el esfuerzo individual y cuyo objetivo final es la mejora en el bienestar del grupo. Se opone al Individualismo, entendido

como la disposición a actuar al margen o contra los intereses del grupo, primando las propias capacidades, en la búsqueda de la mejora individual. Operativizamos esta dimensión en ítems que exploran la actitud hacia el trabajo en equipo, el apoyo social, la confianza en los demás y la reciprocidad.

Entendemos por Autonomía la disposición a regir el proyecto de vida propio mediante normas y objetivos propios, congruentes con los admitidos por el entorno social, pero formulados desde la individualidad. Se opone a la Dependencia, entendida como la asunción pasiva de normas y proyectos de vida determinados por otros. Incluye la necesidad de estar en posesión de un espíritu crítico, la capacidad para formular proyectos y objetivos, la formación de un criterio racional individualizado

Tabla 7. Modelo de regresión lineal de los pares de ítems (cada uno de los diversos pares se ha ido presentando en las tablas 1 a 5) sobre cada uno de los factores, estimado a partir de los coeficientes beta estandarizados ($p < 0,001$)

	Cooperatividad	Autonomía	Responsabilidad	Pertenencia	Tolerancia	Total test
Par 1					0,36	0,07
Par 2					0,41	0,08
Par 3		0,31				0,08
Par 4			0,22			0,06
Par 5		0,31				0,08
Par 6				0,20		0,06
Par 7			0,25			0,06
Par 8					0,34	0,07
Par 9		0,28				0,07
Par 10			0,26			0,07
Par 11	0,26					0,08
Par 12	0,28					0,09
Par 13	0,26					0,08
Par 14	0,26					0,08
Par 15	0,26					0,08
Par 16	0,24					0,08
Par 17		0,34				0,08
Par 18		0,30				0,07
Par 19			0,27			0,07
Par 20			0,29			0,07
Par 21				0,27		0,09
Par 22				0,25		0,08
Par 23				0,35		0,11
Par 24				0,26		0,08
Par 25				0,24		0,08
Par 26			0,24			0,06
Par 27				0,25		0,08
Par 28			0,28			0,07
Par 29					0,44	0,09

Tabla 8. Correlación entre los factores y su fiabilidad.

	Cooperatividad	Autonomía	Responsabilidad	Pertenencia	Tolerancia	Fiabilidad
Cooperatividad	1,00	0,48	0,42	0,40	0,42	0,75
Autonomía	0,48	1,00	0,48	0,36	0,45	0,70
Responsabilidad	0,42	0,48	1,00	0,44	0,43	0,65
Pertenencia	0,40	0,36	0,44	1,00	0,41	0,67
Tolerancia	0,42	0,45	0,43	0,41	1,00	0,58

Todas las correlaciones son significativas $p < 0,01$.

y la reinterpretación individual de las normas sociales como elementos potenciadores y posibilitadores del proyecto personal. Operativizamos esta dimensión en ítems que exploran las actitudes hacia la emisión y recepción de críticas, el reconocimiento de las normas sociales, la formación de opiniones y la empatía con los proyectos autónomamente formulados por los demás.

Entendemos por Responsabilidad la disposición a la toma de decisiones y la asunción de las consecuencias que de ellas se deriven, formulada como actitud solida-

ria y no meramente individual en la certeza de que las decisiones implican consecuencias para quien las toma y para quienes le rodean. Incluye la asunción del derecho a la libertad, al diseño de un proyecto de vida propio, a la autorrealización y a la necesidad de dar respuesta de la propia conducta en el entorno social. Se opone a Irresponsabilidad en tanto que actitud proclive a la toma de decisiones insolidarias sin conciencia de resultados y sin necesidad percibida de respuesta ante los propios actos. Operativizamos esta dimensión en

Tabla 9. Medidas de agrupación y dispersión de los factores.

	Grupo	N	Media	d.t.	Mínimo	Máximo
Cooperatividad	1	263	8,7	6,6	-17	21
	2	400	6,4	6,5	-18	24
	3	88	9,8	5,2	-9	21
Autonomía	1	263	7,3	4,8	-9	19
	2	400	8,0	5,1	-9	20
	3	88	11,0	4,6	-3	20
Responsabilidad	1	263	15,3	4,6	-2	28
	2	400	15,1	5,7	-3	28
	3	88	17,9	5,4	8	28
Pertenencia	1	263	14,4	6,0	-5	28
	2	400	9,8	6,5	-7	26
	3	88	14,3	6,4	-2	25
Tolerancia	1	263	8,3	3,9	-9	16
	2	400	6,6	4,4	-12	16
	3	88	7,3	3,4	-2	16

1. Población General; 2. Sujetos en curso de tratamiento; 3. Sujetos al alta de la Comunidad Terapéutica.

Tabla 10. Correlaciones entre las escalas y subescalas del BFQ y las del CCE-R

	Cooperatividad		Autonomía		Responsabilidad		Tolerancia		Pertenencia		Total CCE-R	
	C. Pearson	Sig (bil)	C. Pearson	Sig (bil)	C. Pearson	Sig (bil)	C. Pearson	Sig (bil)	C. Pearson	Sig (bil)	C. Pearson	Sig (bil)
Energía	-0,12	0,36	0,10	0,44	0,02	0,86	0,02	0,88	0,09	0,50	0,02	0,87
Dinamismo	-0,10	0,47	0,03	0,82	-0,08	0,58	-0,01	0,92	0,07	0,60	-0,03	0,84
Dominancia	-0,15	0,28	0,18	0,18	0,14	0,30	0,05	0,71	0,10	0,45	0,08	0,57
Afabilidad	0,35	0,01	0,20	0,13	0,34	0,01	0,44	0,00	0,25	0,06	0,43	0,00
Cooperatividad	0,31	0,02	0,20	0,13	0,45	0,00	0,36	0,01	0,21	0,12	0,42	0,00
Cordialidad	0,21	0,12	0,13	0,33	0,12	0,39	0,29	0,03	0,18	0,18	0,24	0,07
Tesón	0,11	0,42	-0,01	0,96	0,05	0,71	0,32	0,01	0,30	0,02	0,21	0,12
Escrupulosidad	0,01	0,95	-0,05	0,74	-0,05	0,72	0,19	0,15	0,22	0,11	0,09	0,52
Perseverancia	0,17	0,21	0,06	0,67	0,13	0,34	0,30	0,03	0,21	0,11	0,23	0,08
Estabilidad emocional	0,19	0,15	-0,13	0,35	-0,02	0,89	0,06	0,66	0,12	0,36	0,08	0,54
Control de emociones	0,27	0,04	0,03	0,85	0,08	0,54	0,09	0,48	0,21	0,13	0,20	0,13
Control de impulsos	0,09	0,49	-0,22	0,09	-0,10	0,48	0,03	0,82	0,01	0,94	-0,04	0,79
Apertura mental	-0,09	0,50	-0,02	0,90	0,08	0,54	0,06	0,67	0,24	0,08	0,08	0,54
Apertura a la cultura	-0,22	0,09	0,14	0,29	0,09	0,53	0,04	0,77	0,31	0,02	0,09	0,49
Apertura a la experiencia	0,11	0,43	-0,20	0,13	0,03	0,84	0,06	0,65	0,06	0,64	0,04	0,79
Distorsión	-0,15	0,25	-0,21	0,12	-0,31	0,02	-0,04	0,76	-0,21	0,11	-0,27	0,04

ítems que exploran el autoconcepto, el autorrespeto, el aprecio por la cultura y la libertad propias y ajenas, la aceptación de diferencias y la disposición a participar en las decisiones del grupo.

Entendemos por Tolerancia la disposición a admitir el derecho de los demás a obrar y pensar de modo y manera diferentes a los propios, diferenciándola de la permisividad, en tanto que ésta supone una aceptación pasiva de la diferencia, mientras la tolerancia incluye la consideración de que el otro diferente pueda tener

razón y, en consecuencia, incorporando la disposición para el cambio de las propias creencias y conductas. Se opone a la Intransigencia entendida como la defensa a ultranza de las posiciones propias sin respeto o atribución de relevancia a las ajenas. Operativizamos esta dimensión con ítems que exploran el respeto por las normas como garantías de convivencia, el derecho al diálogo y a la no violencia, la defensa dialogante de las propias opiniones y la disposición a cambiarlas mediante un proceso racional.

Tabla 11. Correlaciones entre las escalas de trastornos de la personalidad del MCMI-2 y las del CCE-R

	Cooperatividad		Autonomía		Responsabilidad		Tolerancia		Pertenencia		Total CCE-R	
	C. Pearson	Sig. (bil)	C. Pearson	Sig. (bil)	C. Pearson	Sig. (bil)	C. Pearson	Sig. (bil)	C. Pearson	Sig. (bil)	C. Pearson	Sig. (bil)
Esquizoide	-0,54	0,00	-0,59	0,00	-0,49	0,01	-0,21	0,27	-0,45	0,01	-0,60	0,00
Fóbica	-0,44	0,01	-0,37	0,04	-0,36	0,05	-0,15	0,44	-0,47	0,01	-0,48	0,01
Dependiente	0,03	0,89	-0,13	0,49	-0,23	0,21	0,20	0,29	0,19	0,33	0,00	0,99
Histriónica	-0,07	0,73	-0,04	0,83	-0,16	0,40	-0,16	0,40	0,12	0,51	-0,07	0,72
Narcisista	-0,42	0,02	-0,27	0,14	-0,43	0,02	-0,36	0,05	-0,19	0,32	-0,43	0,02
Antisocial	-0,44	0,02	-0,28	0,13	-0,42	0,02	-0,45	0,01	-0,45	0,01	-0,53	0,00
Agresivo/Sádica	-0,38	0,04	-0,10	0,59	-0,27	0,15	-0,19	0,31	-0,29	0,12	-0,33	0,07
Compulsiva	-0,16	0,40	-0,16	0,39	-0,34	0,07	0,05	0,78	0,23	0,23	-0,11	0,58
Pasivo/Agresiva	-0,26	0,16	-0,19	0,30	-0,13	0,48	-0,15	0,44	-0,41	0,03	-0,30	0,10
Autodestructiva	-0,29	0,12	-0,30	0,11	-0,25	0,18	-0,06	0,76	-0,38	0,04	-0,35	0,06
Esquizotípica	-0,48	0,01	-0,44	0,02	-0,40	0,03	-0,12	0,52	-0,40	0,03	-0,49	0,01
Límite	-0,28	0,14	-0,24	0,20	-0,28	0,13	-0,19	0,32	-0,39	0,03	-0,37	0,05
Paranoide	-0,53	0,00	-0,39	0,04	-0,52	0,00	-0,23	0,23	-0,29	0,12	-0,52	0,00

Tabla 12. Correlaciones entre las escalas de síndromes del Eje I del MCMI-2 y las del CCE-R

	Cooperatividad		Autonomía		Responsabilidad		Tolerancia		Pertenencia		Total CCE-R	
	C. Pearson	Sig. (bil)	C. Pearson	Sig. (bil)	C. Pearson	Sig. (bil)	C. Pearson	Sig. (bil)	C. Pearson	Sig. (bil)	C. Pearson	Sig. (bil)
Ansiedad	-0,42	0,02	-0,25	0,18	-0,28	0,13	-0,20	0,30	-0,33	0,08	-0,39	0,03
Histeriforme	-0,36	0,05	-0,23	0,22	-0,34	0,06	-0,25	0,18	-0,25	0,19	-0,38	0,04
Hipomanía	-0,26	0,16	-0,17	0,37	-0,22	0,24	-0,30	0,11	-0,11	0,55	-0,27	0,15
Neurosis depresiva	-0,26	0,17	-0,24	0,21	-0,19	0,31	-0,12	0,52	-0,30	0,10	-0,29	0,12
Abuso OH	-0,28	0,14	-0,10	0,60	-0,15	0,43	-0,30	0,11	-0,14	0,45	-0,24	0,19
Abuso drogas	-0,42	0,02	-0,28	0,14	-0,35	0,06	-0,41	0,03	-0,37	0,05	-0,47	0,01
Pensamiento psicótico	-0,47	0,01	-0,48	0,01	-0,41	0,02	-0,12	0,53	-0,32	0,09	-0,48	0,01
Depresión mayor	-0,29	0,12	-0,27	0,14	-0,32	0,08	-0,13	0,48	-0,31	0,09	-0,35	0,05
Delirios psicóticos	-0,49	0,01	-0,27	0,15	-0,32	0,09	-0,08	0,66	-0,20	0,28	-0,37	0,04
Sinceridad	-0,26	0,16	-0,21	0,27	-0,20	0,30	-0,21	0,25	-0,24	0,20	-0,29	0,12

Tabla 13. Correlaciones entre las escalas del SCL-90-R y las del CCE-R

	Cooperatividad		Autonomía		Responsabilidad		Tolerancia		Pertenencia		Total CCE-R	
	C. Pearson	Sig. (bil)	C. Pearson	Sig. (bil)	C. Pearson	Sig. (bil)	C. Pearson	Sig. (bil)	C. Pearson	Sig. (bil)	C. Pearson	Sig. (bil)
Somatización	-0,26	0,06	-0,22	0,11	-0,14	0,31	-0,26	0,06	-0,45	0,00	-0,35	0,01
Obsesión/compulsión	-0,12	0,40	-0,16	0,25	-0,16	0,25	-0,22	0,11	-0,30	0,03	-0,25	0,07
Sensibilidad interpersonal	-0,24	0,09	-0,16	0,27	-0,10	0,47	-0,28	0,04	-0,44	0,00	-0,32	0,02
Depresión	-0,35	0,01	-0,28	0,04	-0,21	0,13	-0,16	0,27	-0,49	0,00	-0,40	0,00
Ansiedad	-0,18	0,19	-0,23	0,10	-0,26	0,06	-0,28	0,05	-0,44	0,00	-0,37	0,01
Hostilidad	-0,23	0,10	-0,18	0,20	-0,32	0,02	-0,34	0,01	-0,42	0,00	-0,39	0,00
Ansiedad fóbica	-0,28	0,04	-0,31	0,02	-0,16	0,25	-0,11	0,42	-0,51	0,00	-0,38	0,01
Ideación paranoide	-0,14	0,33	-0,21	0,14	-0,11	0,44	-0,23	0,10	-0,40	0,00	-0,29	0,04
Psicoticismo	-0,17	0,23	-0,23	0,10	-0,25	0,07	-0,20	0,15	-0,42	0,00	-0,34	0,01
Índice de malestar	-0,29	0,04	-0,20	0,15	-0,25	0,08	-0,15	0,30	-0,46	0,00	-0,37	0,01

Entendemos por Sentido de pertenencia la disposición a sentirse parte importante y activa de un entorno social, reconociendo sus reglas, la importancia de sus elementos, y la disposición individual a participar en la dinámica de conservación y cambio del sistema de convivencia con el objetivo de mejora del bien común. Se opone al Desarraigo como actitud de rechazo a un entorno percibido como ajeno, del que no se reconocen ni reglas ni elementos ni dinámica, careciendo de la posibilidad de intervenir activamente para su transformación. Operativizamos esta dimensión en ítems que exploran el autocuidado individual como reconocimiento de la propia importancia, la participación activa en la conservación y mejora del medio ambiente, la necesidad de individuación en el contexto y la asunción de responsabilidad en las decisiones del grupo.

Así formulado el CCE-R aparece como un cuestionario que mide la socialización de los sujetos en su entorno, estimada a partir de cinco dimensiones bipolares continuas no enteramente independientes entre sí, como no podía ser de otro modo: la formulación teórica de cada dimensión actitudinal comporta la presencia de elementos que son centrales en otras dimensiones y su definición, como su estructura factorial, sólo poseen la virtualidad de agrupar semejanzas en relación a un dominio actitudinal. Del mismo modo sería imposible desligar los elementos que son comunes a los valores sociales que guían estas disposiciones individuales: no parece posible definir la Justicia sin hacer mención a la Igualdad y la Libertad, siendo sólo adecuado referirse al *corpus* de valores que definen a un sistema democrático, como en nuestro caso al *corpus* de actitudes que definen una adecuada socialización en tales valores.

La comparación entre grupos nos muestra cómo los valores de la población general son sistemáticamente superiores a los de los sujetos que se encuentran en curso de tratamiento. Hay que hacer constar que en este grupo no se ha considerado el tiempo de tratamiento, pudiéndose hipotetizar que la socialización es más deficitaria en el momento del inicio del tratamiento que en fases más avanzadas de éste, algo que ya quedó parcialmente mostrado en la primera entrega del cuestionario². Igualmente pueden formularse hipótesis en relación a las drogas que motivan la demanda de tratamiento: puede esperarse que drogas como la heroína se den en contextos de mayor déficit de socialización que otras, como la cocaína. Formulando la hipótesis en su totalidad sugerimos que la intervención con heroinómanos requiere una mayor carga educativa y con cocainómanos un mayor énfasis en aspectos relacionados con la terapia de modificación de conducta.

El grupo que finaliza tratamiento en CT, y que ha participado de una intervención educativa intensa y programada, presenta niveles muy superiores de socialización que los sujetos que están en curso de tratamiento (bien en la propia CT, bien en recursos ambulatorios), lo que sugiere, por una parte, la efectividad de la intervención educativa y, por otra, la sensibilidad del CCE-R para medirla. Sus puntuaciones son incluso superiores en algunas dimensiones a las de la población general, lo que nos sugiere nuevas hipótesis. Una primera interpretación apuntaría a la efectividad de la acción educativa de modo que los sujetos sobrepuntuarían en función de la interiorización de los contenidos y en virtud de un efecto de accesibilidad y recencia de tales contenidos en su intención conductual; en tal caso, sería esperable que, con el tiempo, los niveles declarados de socialización remitieran hasta acomodarse a los valores medios de su población de referencia. Una segunda interpretación nos llevaría a la posible existencia de un sesgo de deseabilidad en virtud del cual los sujetos puntuarían en el sentido en que percibieran que era deseable por el equipo técnico; no sería posible estimarse, salvo mediante la utilización conjunta de instrumentos observacionales con los que indudablemente cuenta la CT; no obstante, es preciso tener en cuenta que no es admisible relegar la deseabilidad social a un mero factor de error, sino que ha de ser considerado como un indicador de adaptación social del sujeto³¹ y, en tal medida, un indicador de socialización al menos en el sistema de CT. Lo cual nos lleva a una tercera interpretación: lo que en estricto sentido medimos con el CCE-R es la socialización en CT a la que consideramos una microsociedad diseñada a semejanza del sistema social al que el sujeto debe volver; en tal caso, el incremento de las puntuaciones nos informaría de la socialización en el microsistema e hipotetizamos que tal proceso tendrá su reflejo en la posterior conducta socializada del sujeto en el medio abierto. Es preciso diseñar estudios longitudinales que nos informen de la estabilidad temporal de los cambios observados para poder generalizar las conclusiones.

En todo caso, el objetivo de este trabajo no es la estimación de diferencias, sino el estudio de la capacidad del instrumento para hacerlo, lo cual parece confirmarse a la vista de los datos. Estudios posteriores deben dar cuenta de las hipótesis planteadas.

Parece también que el proceso de socialización mantiene una relación con la edad en forma de U invertida. A pesar de la baja representatividad de algunos tramos de edad en la muestra de población general, la distribución apunta a que el proceso de socialización se produce de forma gradual hasta alcanzar su máximo

en torno a los 18 años, manteniéndose posteriormente hasta que en algún momento de la quinta década de vida empieza a decrecer. Si la primera relación es fácilmente explicable, el decremento nos sugiere la existencia de dificultades de los individuos para mantener los niveles, bien por factores neuropsicológicos (p.ej., baja plasticidad neuronal, declive de la inteligencia fluida) o sociales (menor movilidad social, impedimentos para la incorporación, por ejemplo, al mercado laboral) o acaso de otro tipo. Es preciso contar con muestras más amplias e instrumentos complementarios para confirmar las hipótesis.

Proponemos, pues, que el CCE-R es un cuestionario que mide el grado de socialización de las personas y es sensible al cambio que la intervención educativa introduce en él; que ha sido elaborado de acuerdo a una formulación teórica inscrita en la Pedagogía Social y que presenta una estructura factorial apropiada. Abordamos a continuación su relación con otros instrumentos que miden aspectos diferentes de la conducta individual.

El BFQ es un cuestionario basado en el Modelo de Cinco Factores^{32,33}, que se caracteriza por una particular concepción de la ciencia (empirismo), una particular metodología (análisis factorial), un particular modelo estructural (rasgos dimensionales) y una particular tradición investigadora (hipótesis léxica), y propugna que cualquier tipo de personalidad puede ser conceptualizada a partir de cinco amplias dimensiones ortogonales¹⁴. Cuenta con abundante apoyo empírico, encontrándose consistentemente los cinco factores en muestras diversas en procedencia y ubicación socio-cultural, superando en la investigación a modelos de más y menos factores como los de Cloninger y Eysenck, respectivamente. Aunque formulado desde el ateoricismo, se han sucedido en los últimos años los esfuerzos para tratar de encontrar los correlatos fisiológicos, genéticos y estructurales que se encuentran detrás de cada factor, habiendo evidencias en la actualidad de algunos de ellos, especialmente los referidos a las dimensiones de Energía (o Extraversión) y Estabilidad Emocional (o Neuroticismo)³⁴.

De los cinco, el factor denominado por Caprara²³ Afabilidad (Agrado por McCrae y Costa³² y Cordialidad vs Hostilidad por Digman³⁵), es el que comporta una mayor dimensión social. La persona que puntúa alto en esta dimensión tiende a describirse como muy cooperativa, cordial, altruista, amigable, generosa y empática. Presenta dos subdimensiones en el BFQ: la Cooperatividad, que mide aspectos asociados a la capacidad para comprender y hacerse eco de los problemas y necesidades de los demás y cooperar eficazmente con ellos; y la Cordialidad que mide aspectos

relacionados con afabilidad, confianza y apertura a los demás.

Las dimensiones del CCE-R de Cooperatividad, Responsabilidad y Tolerancia, así como la puntuación total del cuestionario, correlacionan significativamente con esta dimensión y especialmente con la subdimensión de Cooperatividad, mientras que la Tolerancia lo hace con ambas subdimensiones. La dimensión de Pertenencia tiene que ver con las de Tesón y Apertura Mental y la de Tolerancia lo hace, además de con la Afabilidad, con el Tesón. No aparecen relaciones significativas con las dimensiones de Energía (o Extraversión) y sólo la Cooperatividad parece estar relacionada con la Estabilidad Emocional. Las personas que puntúan más alto en Responsabilidad distorsionan menos sus datos, del mismo modo que sucede con los que alcanzan puntuaciones más elevadas en Socialización.

Las correlaciones van, en general, en el sentido que cabía prever. Quizá era esperable una mayor correlación entre la Apertura Mental y varias dimensiones del CCE-R, aunque hay que tener en cuenta que ésta es la más controvertida de las 5 grandes dimensiones, no estando clara su naturaleza ni sus componentes. Si la Energía y la Estabilidad Emocional son las que tienen que ver con una dimensión más fisiológica (estando implicadas estructuras y funciones cerebrales específicas) cabe suponer que se refieren a disposiciones más enraizadas en el individuo, en su estilo de búsqueda de refuerzo y en su control sobre las consecuencias fisiológicas de su conducta. El Tesón, en cambio, es, desde lo individual, una disposición a la inversión de recursos en la obtención de refuerzos a largo plazo. Pero la Afabilidad es la dimensión que atiende a «los otros» y a la disposición personal a interactuar con ellos, siendo, por ello, congruente su correlación con las dimensiones formuladas desde una perspectiva socializadora. Si, como ocurre con el resto de dimensiones, el 60% de su varianza hay que atribuirlo a factores ambientales, parece adecuado suponer que es la socialización alcanzada la que está en relación con la Afabilidad declarada por el individuo. Como corresponde a un estudio correlacional, no cabe inferir relaciones de causalidad entre los factores individuales y los sociales, pero ésta parece la dimensión que nos ofrece una interrelación más específica entre la personalidad y la socialización. Diversos autores han propuesto recientemente la inclusión de un sexto factor en la estructura de la personalidad, al que han denominado Honestidad³⁶, agrupando los denominados por otros autores como Valores, Veracidad, Sinceridad, Naturalidad, Humanidad, etc., que se compondría de

ítems que hablarían de rectitud, confiabilidad, veracidad, etc., oponiéndose a ítems que hablaran de arrogancia, codicia, insinceridad, etc. Esta propuesta ha sido rápidamente criticada con argumentos que apuntan a la no independencia del pretendido sexto factor, puesto que corresponde, en gran parte, con el factor de Afabilidad, pero sugiriendo la necesidad de seguir investigando en esta dirección al encontrar posibles factores como la Valencia Negativa que apuntan en la misma dirección que la propuesta de Ashton³⁷. Acaso el error parta de considerar como elementos de la estructura de la personalidad lo que son, en realidad, modalidades de funcionamiento: del mismo modo que determinados patrones fisiológicos favorecen determinadas experiencias y no otras, determinadas estructuras de personalidad podrían predisponer con más asiduidad a determinados estilos de comportamiento social; pretender englobarlo todo dentro del concepto de personalidad (que, entendida de esta forma, ya ha absorbido los de carácter y temperamento) quizá fuera estirar en exceso sus posibilidades. Más plausibles son otras propuestas, como la de Jang et al³⁴, que encuentran dos factores ambientales no contaminados de componentes genéticos, que podrían suponer un nivel superior de influencia ambiental moduladora de los rasgos determinados genéticamente: uno de ellos se definiría a partir de la actividad, orden, obediencia, competitividad, autodisciplina y baja impulsividad, mientras el segundo lo haría a partir de los conceptos de cordialidad, gregarismo, emociones positivas, apertura a sentimientos, altruismo y propensión a la ternura³⁸. En este caso, los factores de socialización de los que hablamos vendrían a suponer el anclaje entre las características personales básicas y la realidad social en que se desarrolla la conducta, de modo que una inestabilidad emocional que predispone por igual a ser artista o criminal, encontraría su expresión en función de los valores asumidos como guía de la conducta.

En cuanto a la correlación entre las escalas del CCE-R y las del MCMI-2, no parece casual que las que más significación presenten sean las del Trastorno Antisocial, el Trastorno Esquizoide (patrón asocial, según Millon), el Trastorno Fóbico o por Evitación (patrón de repliegue) y el Trastorno Paranoide (o patrón desconfiado). Millon¹⁴, al describir el desarrollo del patrón antisocial explica cómo la autonomía y la dominación son las características básicas del comportamiento interpersonal de estos sujetos; la dimensión de Autonomía es la única que no presenta una correlación significativa con este trastorno en nuestra muestra: tal autonomía no se corresponde con la que hemos formulado, sino que parte del desprecio por las normas so-

ciales, cuando no un funcionamiento en sentido contrario. El Trastorno Esquizoide es descrito por este autor como caracterizado por la indiferencia y la distancia hacia los demás, y la incapacidad de responder a las emociones y comportamientos ajenos, siendo fácilmente observable su incapacidad para manejar el toma y daca de las relaciones sociales. En cuanto al Trastorno por Evitación, se caracteriza por el distanciamiento de las situaciones que puedan implicar relaciones personales estrechas, estando jalonada su historia de rechazos reales o percibidos, lo que condiciona una permanente desconfianza general hacia los demás. El Trastorno Paranoide se sustenta en la extrema desconfianza que suscitan «los demás», lo que determina un vuelco sobre uno mismo como intento de búsqueda de protección y gratificación frente a la hostilidad que genera la atribución a los demás de la capacidad de dañar y la búsqueda permanente de señales que lo atestigüen. En realidad son los cuatro trastornos que, tal y como están formulados en los sistemas clasificatorios, implican una mayor componente social. También son significativas la intolerancia y la poca Cooperatividad de los Narcisistas, así como su bajo sentido de la responsabilidad, en tanto que carecen de la capacidad de autocritica y tienden a considerar el error como un atributo ajeno. La baja sensación de pertenencia de los Autodestructivos puede estar en la base de su autodesprecio. Pero lo más significativo es la correlación del Sentido de Pertenencia con los tres trastornos graves de la personalidad: más claro en el caso del Esquizotípico, caracterizado por el repliegue y acompañado de carencias en casi todas las dimensiones, y en el Paranoide, siempre desconfiado de los demás, mientras que en el Límite podría estar relacionado con su búsqueda de apoyo desesperada y su temor al abandono y la soledad.

Aunque sería objeto de otro estudio la integración de estos datos en descripciones previamente elaboradas, lo que nos sugieren es algo de gran importancia en el tema que nos ocupa: los Trastornos de la Personalidad, formulados desde la clínica, presentan, en muchos casos –aunque no necesariamente en todos– componentes que tienen que ver con déficits en la socialización de los individuos. En la línea en que lo formulábamos más arriba: es incuestionable que pueden existir condicionantes biológicos (genéticos, neurológicos, metabólicos) que predispongan a estos trastornos, pero es la socialización diferencial lo que genera, como producto, uno u otro trastornos. Es evidente, en el caso concreto de la personalidad antisocial, que pueden existir estructuras o funciones orgánicas que favorezcan, intervengan o modulen en la

formación y desarrollo del patrón de conducta, pero lo que es más evidente es que lo realmente diferencial es la socialización, como el propio término elegido desde la clínica sugiere. Y de ello, que la intervención médica y psicológica pueden ser necesarias pero no suficientes para dar cuenta del tratamiento y modificación de este patrón de conducta: algunos trastornos de la personalidad requieren de la Educación Social, disciplina que cuenta con los más adecuados instrumentos, estrategias y técnicas para dar cuenta de los problemas de socialización. Si además tenemos por cierto que éste es el patrón de conducta más frecuentemente observado en sujetos que se autoadministran drogas cabe suponer que el tercer término de la tríada bio-psico-social debe recurrir no sólo al aporte de recursos sociales sino, y prioritariamente, a la resocialización de estos sujetos desde su sistema de valores. De otro modo, cualquier reduccionismo en cualquier sentido puede estar abocado a un fracaso por no abordar el elemento nuclear del trastorno. La Comunidad Terapéutica aparece como el dispositivo que ofrece el mejor escenario para el proceso resocializador, pero no el único: quizá la intervención educativa encontrara un campo abierto en los programas ambulatorios, incluyendo los programas de mantenimiento con agonistas opiáceos.

Cuando observamos las correlaciones entre el CCE-R y el SCL-90-R, lo primero que salta a la vista es que la puntuación del primero correlaciona con todas las escalas del segundo, salvo la de Obsesión/Compulsión. La primera conclusión es que el inadecuado posicionamiento social se acompaña de malestar físico y psicológico y, en sentido contrario, que un adecuado ajuste social se acompaña de bienestar. De especial interés es la correlación observada entre el Sentido de Pertenencia y todas las escalas de malestar, lo que nos sugiere que éste se halla relacionado de algún modo con la autopercepción de los sujetos como ajenos a la cultura y a la organización social a la que deben integrarse. Una vez más sería de interés conocer la auténtica dirección causal entre ambos elementos, pero lo que estos datos nos sugieren es que el trabajo debe ir encaminado a hacer partícipes a las personas en tratamiento del sistema social al que se les pretende reintegrar, no de una forma pasiva o impuesta, sino a partir del conocimiento crítico de los elementos de ese sistema, de su organización, de las vías de participación que permite y de su importancia como individuo en todo el engranaje social.

En la línea de lo esperado se encuentra la correlación entre la Dimensión de Tolerancia y la sintomatología de sensibilidad interpersonal, hostilidad y ansiedad. O la de la Autonomía con los síntomas depresivos

y las fobias, acaso relacionadas por la baja percepción de autoeficacia y la tendencia a la evitación; ambas, a su vez, en la base de la baja Cooperatividad que manifiestan los sujetos con estos síntomas, dimensión que, a su vez, presenta correlación significativa con el malestar en general. Una vez más los datos sugieren que los constructos que componen el CCE-R tienen un sólido reflejo en la expresión de malestar que les sería atribuible *a priori* y, por otra parte, que una deficiente socialización supone una fuente de malestar importante para quienes se encuentran en semejante posición. Y, de ello, que la intervención rehabilitadora debe atender a la dimensión social de la psicopatología, de los patrones de conducta desadaptativos o de la simple expresión de malestar, según enfoquemos los datos desde una u otra perspectiva. La hipótesis, de cara a la clínica, es la siguiente: es probable que alguien con depresión mejore sensiblemente con un fármaco adecuado, y también que la mejoría se estabilice en el tiempo gracias a una terapia de modificación de conducta, pero también es probable, a la vista de estos datos, que la verdadera remisión del estado depresivo deba pasar por una creencia estable de pertenencia a una organización social comprensible y desde una autopercepción de relevancia social, estimulando, para ello, las actitudes que favorezcan su incorporación activa.

La misma relación se encuentra, aunque los hallazgos son algo más difusos, cuando observamos la correlación entre el CCE-R y las escalas de síndromes del Eje I del MCMI-2. El malestar observado con el SCL-90-R se traduce en una proporción de casos en cuadros subsidiarios de diagnóstico clínico. De especial interés es la amplia y generalizada correlación de las dimensiones del CCE-R y su puntuación total con el abuso de drogas: no es extraño si consideramos que, por una parte, el cuestionario ha sido elaborado desde la atención a estos sujetos, pero nos sugiere que pudiera tener otra utilidad en poblaciones no adictas, con potencialidad predictiva en tanto que la socialización, medida a través de este instrumento, puede informar del riesgo de abuso de sustancias, por ejemplo, en programas de prevención escolar. Y, por otra parte, los datos nos informan de la correspondencia que existe entre el consumo de sustancias ilícitas (obsérvese que no se presenta tal correlación con el abuso de alcohol) y una posición inadecuada frente a la organización social en la que se desarrolla ese consumo y a la que el sujeto debe reincorporarse tras el proceso rehabilitador. Aun cuando, una vez más, no podemos inferir relaciones de causa-efecto, los datos sugieren la conveniencia de diseñar programas basados en una intervención sustentada en la Educación Social que preste atención a los

modos de socialización de los sujetos en riesgo de consumo o con consumos incipientes, así como a quienes han consolidado su abuso o dependencia.

Los datos abundarían en lo observado en párrafos anteriores, si bien, en el caso de los síndromes del Eje I, aproximándonos a un enfoque de tipo categorial. La socialización se relaciona, en algún sentido, con la presencia de malestar que, en algunos casos, alcanza la magnitud suficiente como para merecer un diagnóstico psicopatológico. En definitiva, estos datos nos hablan de que la psicopatología, tanto del Eje I como del Eje II, presentan una dimensión social no siempre tenida en cuenta y que sería de interés para futuras investigaciones.

Conclusiones

La versión revisada del CCE-66 (CCE-R) parece un instrumento con la suficiente solidez como para ser puesto a prueba en diversas poblaciones. Formulado desde el marco teórico de la Psicología y la Pedagogía Sociales, y desde un ámbito práctico como es el trabajo educativo en la Comunidad Terapéutica Profesional para Drogodependientes, se trata de un cuestionario de autoinforme que explora la intención conductual o la propensión actitudinal de los sujetos a comportarse según determinados valores sociales que son relevantes en el marco comunitario democrático. Mide, en su globalidad, el constructo Socialización que da cuenta del ajuste actitudinal de los sujetos a los valores sociales predeterminados y que se desglosa en cinco subdimensiones que son confirmadas mediante análisis factorial. El test presenta suficientes garantías de fiabilidad y va-

lidez, y se relaciona con otras medidas de la personalidad y la psicopatología en la dirección que señalan los constructos propuestos. Esta nueva versión ha reducido sus ítems sin merma de sus propiedades, manteniendo la consistencia e incrementando su validez.

Ensayado en un segmento muy concreto de la población, consideramos que tales propiedades justifican su ensayo en nuevas muestras cuyos participantes estén participando de una acción educativa cuyo objetivo último sea la incorporación social, como son los menores en riesgo, los drogodependientes en recursos diferentes a la CTP, las aulas de educación compensatoria y similares. Su utilidad potencial radica en el hecho de que puede utilizarse desde la doble perspectiva nomotética e ideográfica. Desde la primera, es posible comparar a los sujetos evaluados con otras poblaciones de características similares y establecer su posición en una distribución normalizada. Desde la perspectiva ideográfica, permite conocer el avance en las direcciones propuestas por el proyecto educativo individualizado, así como ajustar previamente tales objetivos al inicio del proceso educativo.

Queda por determinar la posible influencia de los sesgos propuestos como posibles, trabajo que abordamos en la actualidad. Asimismo, trabajamos en la actualidad en la aplicación del cuestionario a muestras amplias de población general de cara a la normalización de las puntuaciones y en el estudio de una cohorte de sujetos que realizan tratamiento en Comunidad Terapéutica para estimar el cambio suscitado por la intervención educativa. En el Anexo presentamos la versión completa del CCE-R. Disponemos de un programa informático de corrección.

Bibliografía

1. Pedrero Pérez EJ, Martínez Higuera IM. Marco teórico para la evaluación de resultados en la comunidad terapéutica profesional: confluencia de aspectos psicológicos y educativos. *Adicciones* 2001;13:253-61.
2. 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.
3. Megías Valenzuela E, Rodríguez San Julián E. Valores sociales y drogas. *ITACA* 2002;6:63-84.
4. Rokeah M, Reagan JF. The role of values in the counseling situation. *The personnel and guidance Journal* 1980;576-81.
5. Marín Ibáñez R. Los valores fundamento de la educación. En J.J. Castillejo et al. *Teoría de la Educación*. Madrid: Anaya, 1981;65-86.
6. García López R. Actitud. En: *Filosofía de la Educación Hoy*, V. 3 (vv.aa.). Madrid: Dykinson, 1997;25-6.
7. Fishbein M, Ajzen I. *Understanding attitude and predicting social behavior*. New York: Prentice Hall, 1980.
8. Núñez Pérez V. *Modelos de Educación Social en la Época Contemporánea*. Barcelona: PPU, 1990.
9. Olivar Arroyo A. La evaluación del trabajo socioeducativo en Comunidad Terapéutica Profesional: fundamentación pedagógica del Cuestionario de Cambio Educativo (CCE). *Adicciones* 2002; en prensa.
10. Alonso C, Comas D, Megías E, Pedrero Y. Los valores de los adolescentes y el consumo de drogas. *Adicciones* 1995;7:77-90.
11. De Girolamo G, Reich JH. Epidemiología de los trastornos mentales y de los problemas psicosociales: trastornos de la personalidad. Organización Mundial de la Salud. Madrid: Meditor, 1996.
12. Cervera G, Bolinches F, Valderrama JC. Trastornos de la personalidad y drogodependencias. *Trastornos Adictivos* 1999;1:91-9.
13. Lewis-Fernández R, Kleinman A. Cultural psychiatry: Theoretical, clinical, and research issues. *Psychiatric Clinics of North America* 1995;13:433-48.

14. Millon T, Davies RD. Trastornos de la personalidad: Más allá del DSM-IV. Barcelona: Masson, 1998.
15. Harpur TJ, Hart SD, Hare RD. Personality of the psychopath. En Costa PT Jr. y Widiger A. (Eds.): Personality disorders and the Five-Factor model of personality (2ª ed.). Washington: American Psychological Association, 2002;299-324.
16. Lynam DR. Psychopathy from the perspective of the Five-Factor Model of personality. En Costa PT Jr y Widiger A (Eds.): Personality disorders and the Five-Factor model of personality (2ª ed.). Washington: American Psychological Association, 2002;325-48.
17. Plomin R, DeFries JC, McCleran GE, Rutter M. Behavioral genetics. New York: Freeman, 1997.
18. Borkenau P, Riemann R, Angleitner A, Spinath FM. Genetic and environmental influences on observed personality: evidence from the german observational study of adult twins. *Journal of Personality and Social Psychology* 2001;80:655-68.
19. Olivar Arroyo A. El trabajo educativo en la Comunidad Terapéutica de Barajas. *Educación y Futuro* 2000;3:131-5.
20. Melnick G, De León G, Thomas G, Kressel D. A client-treatment matching protocol for therapeutic communities: first report. *Journal of Substance Abuse Treatment* 2001;21:119-28.
21. Aguilar I. Centros de tratamiento residencial. *Adicciones* 2001;13Supl 1) 12.
22. Ajzen, I. Attitudes, personality, and behavior. Chicago, IL: The Dorsey Press, 1988.
23. Caprara GV, Barbaranelli C, Borgogni L, Perugini M. The «Big Five Questionnaire»: A new questionnaire to assess the five factor model. *Personality and Individual Differences* 1993;15:281-8.
24. Caprara GV, Barbaranelli C, Borgogni L. BFIQ. Cuestionario «Big Five». Versión española de J. Bermúdez. Madrid: TEA Ediciones, 1995.
25. Costa PT Jr, McCrae RR. NEO Personality Inventory manual. Odessa: Psychological Assessment Resources 1985.
26. Costa PT Jr, McCrae RR, Dye DA. Facet scales for Agreeableness and Conscientiousness: A revision of the NEO Personality Inventory. *Personality and Individual Differences* 1991;12:887-98.
27. Millon T. MCMI-II. Inventario clínico multiaxial de Millon-II. Manual. Adaptación española de A. Ávila España A (Dir.), Jiménez Gómez F (Coord.) et al. Madrid: TEA, 1999.
28. Derogatis L. SCL-90-R. Administration, scoring and procedures manual. Baltimore: Clinical Psychometric Research, 1983.
29. González de Rivera JL, Derogatis LR, Cuevas C. The spanish version of the SCL-90-R. Normative data in general population. Baltimore: Clinical Psychometric Research, 1989.
30. Fermoso Estébanez P. Socialización. En: Filosofía de la Educación Hoy, V. 3, (vv.aa.). Madrid: Dykinson, 1997;521-2.
31. Bardurn NM, Sudman S. Improving interview method and questionnaire design. San Francisco: Jossey Bass Publications, 1979.
32. Goldberg L. An alternative «description of personality»: the big-five factor structure. *Journal of Personality and Social Psychology* 1990;59:1216-29.
33. McCrae RR, Costa PT Jr. Validation of the Five Factor model of personality across instrument and observers. *Journal of Personality and Social Psychology* 1987;52:81-90.
34. Jang KL, Vernon PA, Livesley WJ. Behavioural-Genetic perspectives on personality function. *Canadian Journal of Psychiatry* 2001;46:234-44.
35. Digman JM. Personality structure: emergence of the Five Factors Model. *Annual Review of Psychology* 1990;41:417-40.
36. Ashton MC, Lee K, Son C. Honesty as the Sixth Factor of Personality: correlations with Machiavellianism, Primary Psychopathy, and Social Adroitness. *European Journal of Personality* 2000;14:359-68.
37. Saucier G. Gone too far-Or not far enough? Comments of the article by ashton and Lee. *European Journal of Personality* 2001;16:55-62.
38. McCrae RR, Jang KL, Livesley WJ, Riemann R, Angleitner A. Sources of structure: Genetic, environmental, and artifactual influences on the covariance of personality traits. *Journal of Personality* 2001;69:511-35.