



UNIVERSIDAD DE ALMERÍA

Máster en Intervención Psicológica en Ámbitos Clínicos y Sociales

Curso 2012/2013

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Trabajo Fin de Máster

Programa de Habilidades Sociales para personas con drogodependencia

Plan Municipal sobre Drogas de León

Ayuntamiento de León

TUTORA: YOLANDA ALONSO FERNÁNDEZ

ALUMNO: SEILA FERNÁNDEZ GONZÁLEZ

NIF: 71455414A

Septiembre de 2013

Si tratas a una persona como es, permanecerá como es, pero si la tratas como lo que debe y puede ser, se convertirá en lo que debe y puede ser.

Johann Wolfgang Von Goethe

ÍNDICE

	<u>Página</u>
1. Introducción	5
1.1. Presentación	6
1.2. Objetivos	6
1.3. Metodología y fuentes	6
1.4 Participación del alumno	7
2. Marco conceptual de las drogas	8
2.1. Conceptos y criterios fundamentales en drogodependencias	9
2.2. Clasificación de las sustancias psicoactivas	10
2.3. Breve reseña histórica	12
2.4. Situación actual de las drogodependencias	14
2.4.1 Datos sobre consumo de drogas en España en la actualidad	15
2.4.2 Datos sobre morbilidad, mortalidad y coste sanitario asociado al consumo de drogas	17
3. Descripción del Plan Municipal sobre Drogas de León	19
3.1. ¿Qué es un Plan Municipal sobre Drogas?	20
3.2. Características del Plan Municipal sobre Drogas de León	22
3.2.1. Objetivos generales del PMD	22
3.2.2. Estrategias de actuación del PMD	23
3.2.3. Estructura organizativa del PMD	24
3.2.4. Modelos teóricos de actuación del PMD	24
3.2.5. Programas, servicios y principales actividades del PMD	26
4. Desarrollo del Programa de Integración Social de Drogodependientes del Plan Municipal sobre Drogas de León	31
4.1. Conceptualización. ¿Qué es la integración social?	32

4.2. Programa de Integración Social de Drogodependientes de Plan Municipal sobre Drogas de León	34
4.2.1. Objetivos del Programa de Integración Social de Drogodependientes	34
4.2.2. Destinatarios del Programa de Integración Social de Drogodependientes	35
5. Elaboración de un Taller de Habilidades Sociales dentro del Programa de Integración Social de Drogodependientes del Plan Municipal sobre Drogas de León.	36
5.1. Fundamentación Teórica. ¿Qué son las Habilidades Sociales?	37
5.1.1. Orígenes y desarrollo de las HHSS	37
5.1.2. Delimitación conceptual de las HHSS	38
5.1.3. Las dimensiones de las HHSS	40
5.1.4. Programas de HHSS	41
5.1.5. Aplicación de Programas de Habilidades Sociales en drogodependientes	42
5.2 Taller de Habilidades Sociales. Programa de Integración Social de Drogodependientes del Plan Municipal de Drogas de León	43
5.2.1. Introducción	44
5.2.2. Objetivos	44
5.2.3. Destinatarios y formato de aplicación	45
5.2.4. Contenidos	45
5.2.5. Metodología	46
5.2.6. Procedimiento e instrumento de evaluación	48
5.2.7. Resultados y conclusiones	48
6. Valoración personal y aportaciones	53
6.1. Valoración personal	54
6.2. Aportaciones	55
7. Bibliografía	56

ANEXOS

1. INTRODUCCIÓN

1.1. Presentación

El consumo de diversos tipos de drogas ha sido una constante observada en todas las sociedades desde la antigüedad, pero el fenómeno de las drogodependencias ha alcanzado mayor importancia en las últimas décadas a consecuencia de la aparición de nuevas sustancias y nuevos patrones de consumo, fundamentalmente entre los más jóvenes.

En nuestro país, las drogas más consumidas son el alcohol y el tabaco, responsables de la mayor mortalidad y morbilidad en la población, generando al mismo tiempo importantes costes sanitarios.

A lo largo de este trabajo se tratarán brevemente éstas y otras cuestiones relacionadas con las drogodependencias y se expondrán las variadas intervenciones preventivas y de integración social llevadas a cabo desde el Plan Municipal sobre Drogas de León, con el objetivo de reducir los problemas generados por el consumo de drogas en el Municipio. Además, se mostrarán los resultados obtenidos tras la aplicación de un Taller de Habilidades Sociales a un grupo de usuarios participantes en un Programa de Integración Social.

1.2 Objetivos

Los objetivos de esta memoria son elaborar una revisión teórica lo más actualizada posible sobre aspectos relacionados con las drogas y su consumo en nuestra sociedad y describir el cometido del Plan Municipal sobre Drogas de León, además de exponer cuál ha sido mi participación en el mismo en condición de alumna de máster en prácticas.

1.3 Metodología y fuentes

Para la elaboración de esta memoria me he apoyado principalmente en dos fuentes de información. Por un lado, en la proporcionada por los técnicos del Plan Municipal, los cuales me facilitaron todo tipo de documentación en la que se describen

las diferentes áreas que conforman el Plan y las numerosas actividades que llevan a cabo en el Municipio, y por otro, en la bibliografía existente en relación al tema de las drogodependencias. En concreto, me ha servido de gran ayuda la literatura consultada en la Facultad de Educación de la Universidad de León y en la base de datos *PSICODOC* a través del Catálogo de la Biblioteca Universitaria Nicolás Salmerón de la Universidad de Almería.

1.4 Participación del alumno

Mi participación dentro del Plan Municipal sobre Drogas ha sido muy dinámica, colaborando en la mayor parte de las áreas del mismo y ejerciendo de apoyo para los técnicos en la ejecución de las diferentes actividades. Lo más relevante, y en lo que he basado la elaboración de esta memoria, fue la elaboración y puesta en práctica de un Taller de Habilidades Sociales que llevé a cabo con los usuarios del Programa de Integración Social de Drogodependientes del Plan Municipal.

2. MARCO CONCEPTUAL DE LAS DROGAS

2. 1 Conceptos y criterios fundamentales en drogodependencia.

En 1969, la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió el término de *droga* como “toda aquella sustancia que introducida en el organismo vivo, puede modificar una o más funciones de éste” y describió la *drogodependencia* como “aquél estado de intoxicación periódica o crónica producida por el consumo repetido de una droga natural o sintetizada y caracterizado por: 1) deseo dominante para continuar tomando la droga y obtenerla por cualquier medio, 2) tendencia a incrementar la dosis, 3) dependencia física y generalmente psíquica, con síndrome de abstinencia por retirada de la droga, y 4) efectos nocivos para el individuo y para la sociedad.

En el año 1992, la OMS a través del sistema de clasificación CIE-10, agrupó las drogas en alcohol, opioides, cannabinoides, sedantes e hipnóticos, cocaína, otros estimulantes (incluyendo la cafeína), alucinógenos, tabaco y disolventes volátiles.

Según la definición del DSM-IV-TR (*American Psychiatric Association, 2000*), el concepto de *droga* se aplica a todas aquellas sustancias que introducidas en el organismo afectan o alteran el estado de ánimo y la conducta, acarrear trastornos incapacitantes para el consumidor en la esfera personal, laboral y social, así como síntomas y estados característicos *como intoxicación, dependencia, tolerancia y síndrome de abstinencia*.

El DSM-IV-TR define el *abuso de sustancias* como el consumo continuado y recurrente de sustancias a pesar de los problemas (médicos, legales, familiares e interpersonales) derivados de este. Por otra parte, define la *dependencia de sustancias* como un grupo de síntomas cognoscitivos, comportamentales y fisiológicos que indican pérdida de control del uso de una sustancia psicoactiva en la que el sujeto continúa consumiendo la sustancia a pesar de la aparición de problemas significativos relacionados con ella y que puede ocasionar tolerancia y/o síndrome de abstinencia entendidas como:

- Tolerancia: necesidad de recurrir a cantidades crecientes de la sustancia para alcanzar el efecto deseado, o una disminución notable de los efectos de la dosis habitual de la droga usada con continuidad.
- Síndrome de abstinencia: conjunto de síntomas físicos y de expresividad psíquica que se produce en el sujeto dependiente de una sustancia psicoactiva cuando se suspende la toma de la misma de manera brusca.

El DSM-IV-R establece como sustancias que pueden producir dependencia el alcohol, opiáceos, sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, cocaína, cannabis, anfetaminas, nicotina, cafeína, alucinógenos, inhalantes y fenciclidina (PCP).

Desde la cuarta revisión del DSM (1994), los diagnósticos de abuso y dependencia se encuentran en un plano de igualdad, ambos como categorías principales y con entidad propia, pero no siempre fue así. En el DSM-III-R (1987), el diagnóstico de abuso se formulaba por exclusión del de dependencia, es decir, el trastorno por abuso era una alternativa residual cuando no se cumplían los criterios correspondientes de trastorno por dependencia.

En la última versión, el DSM-5 (2013)¹, ya se incorpora el *trastorno por consumo de sustancias* para agrupar los trastornos por abuso de sustancias y la dependencia de sustancias. Además, se ha creado una nueva categoría para recoger las adicciones sin sustancia en el mismo grupo.

2.2 Clasificación de las sustancias psicoactivas

En la historia científica reciente, las drogas han sido clasificadas en distintas categorías en función de los diferentes criterios que las caracterizan. Siguiendo la clasificación propuesta por Martín y Lorenzo (2009), podemos distinguirlas según los efectos que producen, las vías por las que se administra, las formas de consumo o por su perspectiva legal entre otras.

Teniendo en cuenta sus *efectos psicológicos*, se establecen tres grupos:

- Drogas depresoras (psicolépticas): retrasan la actividad nerviosa y disminuyen el ritmo de las funciones corporales. Dentro de este grupo se encuentran el alcohol, la heroína, las benzodiazepinas y los disolventes volátiles.
- Drogas estimulantes (psicoanalépticos): excitan la actividad nerviosa e incrementan el ritmo de las funciones corporales. Son drogas estimulantes la cocaína, las anfetaminas, las drogas de síntesis y el tabaco.

¹ http://www.infocop.es/view_article.asp?id=4578

- Drogas alucinógenas (psicodislépticos): las cuales producen un estado de conciencia alterado, distorsionan las cualidades perceptivas de los objetos y producen alucinaciones; el LSD o el cannabis serían algunas de ellas.

Las diferentes *vías de administración* de una droga son:

- Oral: en forma de ingestión, mascado o sublingual. Es la única vía de consumo del alcohol y la más utilizada para el consumo de anfetaminas, LSD y barbitúricos.
- Pulmonar: la sustancia puede ser inhalada y/o fumada. Esta vía es característica de la nicotina (tabaco), el cannabis y el crack (derivado de la cocaína). Es la vía que permite que la sustancia llegue con mayor rapidez al cerebro.
- Nasal: la sustancia es aspirada (esnifada). Es la más utilizada para consumir cocaína.
- Rectal o genital: la sustancia se aplica sobre la mucosa anal o genital. Se utiliza en ocasiones en el consumo de cocaína y heroína.
- Parenteral: para ello hay que utilizar una jeringuilla hipodérmica. La droga se puede administrar; por vía intravenosa, la cual se realiza normalmente a través de una de las venas del antebrazo, por vía subcutánea o por vía intramuscular, utilizada como alternativa a la intravenosa cuando ésta resulta de difícil acceso debido al deterioro de las venas.

Esta es la vía utilizada por la mayoría de los consumidores de heroína y, junto con la vía pulmonar, la que produce efectos de manera inmediata, lo que provoca que su potencial de adicción sea más alto.

Se pueden distinguir las siguientes *formas de consumo* de drogas:

- Experimental: consumo fortuito o durante un periodo de tiempo muy limitado o en cantidad muy reducida.
- Ocasional: corresponde al uso intermitente de la sustancia, sin ninguna periodicidad fija y con largos intervalos de abstinencia.

- Habitual: el consumo tiene lugar a diario con el propósito, por un lado, de aliviar el malestar padecido (dependencia) y por el otro, de mantener el rendimiento deseado.
- Compulsiva: se trata de un consumo muy intenso, que se produce varias veces al día. La persona consumidora emplea gran parte del tiempo en actividades relacionadas con la obtención y consumo de la sustancia para aliviar el malestar provocado por la falta de ésta.

Según la *perspectiva legal* las drogas pueden ser:

- Drogas institucionalizadas: como el alcohol o el tabaco, son aquellas cuya producción y tráfico es legal. Dentro de esta clasificación se pueden distinguir también aquellas que son fármacos (benzodiazepinas) y que disponen de indicaciones médicas, y drogas de utilización industrial como los inhalantes que a pesar de que su comercialización es legal, su finalidad no es la ingestión.
- Drogas clandestinas: cuya producción y tráfico es ilegal. (cocaína, heroína etc)

2.3 Breve reseña histórica

El consumo de drogas ha existido en nuestra cultura y en otras desde tiempos remotos, aunque lo que ha llevado a considerar la drogodependencia como un fenómeno social y sanitario, es el hecho de que cada vez se ingieren sustancias de forma más precoz en concordancia con fenómenos culturales diferentes y con estilos de vida no necesariamente marginales o de rebeldía. Esta expansión se encuentra enmarcada en las propias características de la sociedad industrial y de consumo (Echeburúa, 1994).

A lo largo de la historia, las drogas han sido percibidas de forma diferente por el hombre según el momento histórico que vivía, la sociedad y cultura que imperaba, y los fines a los que se destinaba. Durante el siglo XIX y comienzos del siglo XX, sustancias que se utilizaban con fines religiosos o curativos empiezan a consumirse en un contexto recreativo, siendo el alcohol y el tabaco las drogas más conocidas y consumidas en la mayoría de los países. Además, en estos años comienzan a descubrirse fármacos puros y a sintetizarse múltiples sustancias derivadas de drogas ya conocidas siglos atrás.

En esta época, ya comienzan a reconocerse las diversas alteraciones que producía el alcohol en el organismo, lo que obligó a distintas instituciones y gobiernos a dictar normas que impedían su uso para el consumo humano y provocó que algunos profesionales de la salud mental, entre ellos psicólogos, comenzaran a tener interés por el tratamiento del alcoholismo.

No ocurrió lo mismo con el tabaco, el cannabis o la cocaína, que a diferencia del alcohol no se veían aún como una amenaza para la salud y se seguían comercializando en farmacias y demás establecimientos sin ningún tipo de control. Es conocido que en estos años el consumo de drogas se limitaba a grupos de personas muy definidas socialmente (Pascual. 2009).

A mitad del siglo XX y como consecuencia del desarrollo de múltiples problemas asociados al consumo de drogas, surge el concepto de adicción o dependencia a sustancias psicoactivas y se ponen en marcha recursos asistenciales y sociales que fueron innovadores en muchos aspectos.

Aunque a finales de los años 60 se produjo un incremento importante en los consumos de alcohol, lo más característico de esta etapa fue la aparición y rápida expansión de la heroína cuyos consumidores presentaban, en general, una grave situación de exclusión social y se les relacionaba con la comisión de delitos para poder costeársela. También se produjo un aumento en el consumo de analgésicos, hipnóticos y sedantes en grupos de población como mujeres y personas de edad avanzada, y de estimulantes, sobre todo anfetaminas, en población juvenil en fase de estudios.

En esa época, los únicos servicios existentes de ámbito nacional eran los dispensarios antialcohólicos (Martín, 2007).

Los años 70 fueron los de la expansión masiva de drogas ilegales en nuestro país, llegando a ser uno de los principales problemas que preocupaban a la sociedad española. En estos años aumenta el consumo de sustancias psicotrópicas de tipo alucinógeno, sobre todo de LSD y aparece una nueva y terrible enfermedad íntimamente relacionada con las drogas, el SIDA. Son también años de cambio político en España hacia la democracia y las autonomías.

A partir de los 80, se observa una reducción notable del consumo de alcohol y un aumento del consumo de heroína, por lo que comienzan a crearse las primeras redes de tratamiento, principalmente en Cataluña y el País Vasco.

En cuanto al consumo de alucinógenos había disminuido notablemente, tomando su lugar el consumo de sustancias estimulantes sintetizadas en el laboratorio llamadas “drogas de síntesis” o “de diseño” como el MDMA.

En el año 1985, se pone en marcha el Plan Nacional sobre Drogas, que vino a cumplir su papel de gestor, colaborador o estimulador para el afrontamiento de los muchos problemas creados ya en los años 80 por las drogas y el alcohol en una España que por otra parte había evolucionado social y económicamente (Santodomingo, 2009).

En los cinco años que transcurren desde la aprobación del Plan Nacional sobre Drogas hasta el final de la década, se aprueban en nuestro país la mayoría de los Planes Autonómicos sobre Drogas y algunos de los Planes Municipales más importantes.

Los 90 son años de estabilización y posterior descenso del consumo de heroína y de aumento de consumidores de cannabis y cocaína en polvo. Estos años finalizan con la aparición de nuevas drogas y nuevos patrones de consumo. Parker (1998) definió este cambio como “un proceso de normalización en el que una actividad, considerada hasta entonces como desviada, se extendía desde la marginalidad hacia el centro de la cultura juvenil unido a otras conductas de riesgo”.

Las redes asistenciales existentes en esos momentos se vieron obligadas a hacer frente a nuevas demandas de tratamiento, planteadas por una población cada vez más joven y con aceptables niveles de integración social.

2.4 Situación actual de las drogodependencias

El fenómeno de las drogodependencias constituye uno de los problemas que más preocupan a nuestra sociedad en la actualidad, ya que en los últimos tiempos ha aumentado el número de personas que consumen drogas y se han incorporado nuevas sustancias y grupos de consumidores que hacen que este problema se perciba como una realidad cotidiana que nos afecta a todos.

La prevalencia del consumo de drogas es hoy alta, especialmente en los más jóvenes. La población general suele centrarse en las drogas ilegales cuando se habla de drogas, pero también existen las legales que son las responsables de la mayor mortalidad en la población y también de la mayor morbilidad y otros problemas asociados a su consumo. Las sustancias adictivas más consumidas en nuestro país son el

alcohol y el tabaco, que ocasionan cuantitativamente los mayores problemas sanitarios como veremos más adelante.

2.4. 1 Datos sobre consumo de drogas en España en la actualidad.

La Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas (EDADES) forma parte de los estudios periódicos que realiza la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, con el fin de conocer la evolución del consumo de sustancias psicoactivas en nuestro país.

La última edición² incluye un total de 22.128 personas de entre 15 y 64 años, entrevistadas en los años 2009 y 2010.

Los datos demuestran que las drogas de mayor consumo son, por este orden, el alcohol (el 76,6% lo ha consumido en los últimos doce meses), el tabaco (40,2%) y el cannabis (10,6%).

La encuesta pone de manifiesto una disminución y posterior estabilización en los últimos años de la prevalencia del consumo de la mayoría de las sustancias (excepto de los hipnosedantes, donde el consumo viene aumentando de forma paulatina desde el 2005, solamente viéndose superado por el consumo de alcohol, tabaco y cannabis). En el caso del tabaco, existen niveles inferiores de consumo a partir de la entrada en vigor de la normativa estatal sobre tabaco (Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco³) y una cierta estabilización en los años posteriores hasta la actualidad. En cuanto al consumo de cocaína (cuya prevalencia en el último año se sitúa en el 2,6%) sigue disminuyendo, confirmándose la tendencia descendente iniciada en nuestro país en 2007 y observándose un menor protagonismo de esta sustancia en las nuevas consultas de los centros de atención a drogodependientes. También se consolida la tendencia descendente iniciada en 2001 de los consumos de éxtasis, anfetaminas y alucinógenos (en torno al 0,6%). El consumo de heroína también está estabilizado, manteniéndose las mismas prevalencias que en años anteriores (0,1%).

² <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/oed2011.pdf>

³ http://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2005-21261

La *edad de inicio en el consumo* de las diferentes drogas se mantiene estable con respecto a ediciones previas de la encuesta, siendo el consumo de tabaco y alcohol el más precoz, situándose en torno a los 16 años, y el de cannabis, por encima de los 18 años. El más tardío sigue siendo el de los hipnosedantes, que empiezan a consumirse a los 34,5 años de media. El consumo del resto de las drogas se inició por término medio entre los 19 y los 23 años.

En cuanto a las *diferencias de género*, los datos confirman un mayor consumo entre los hombres que entre las mujeres (excepto en el caso de los hipnosedantes, donde la proporción de mujeres consumidoras duplica al de los varones), cuadruplicándose en el caso del consumo de cocaína, y casi triplicándose respecto al consumo de cannabis.

Por *edades*, las prevalencias de consumo son mayores en el grupo entre los 15 y los 34 años, salvo en el caso de los hipnosedantes, cuyo uso se incrementa a partir de los 35 años. Los datos también demuestran que el uso de drogas, tanto legales como ilegales, se intensifica a partir de los 18 años, excepto en el caso del cannabis, cuyo consumo entre los menores de 15 a 17 años supera al grupo de 18 a 64 años.

Teniendo en cuenta la *percepción del riesgo*, la población encuestada encuentra que las conductas más peligrosas son el consumo habitual de heroína, cocaína y éxtasis, percepción que viene manteniéndose año tras año, y las consideradas de menor riesgo, el consumo de cinco o seis copas los fines de semana y consumir tranquilizantes, somníferos o hachís alguna vez.

Por otra parte, la población española considera que es fácil acceder a las drogas de comercio ilegal en nuestro país siendo el cannabis, la cocaína y el éxtasis las sustancias que se perciben como más accesibles, y la heroína, la sustancia con la percepción más baja de disponibilidad.

Los últimos datos recogidos en la encuesta muestran que la mitad de la población considera que el problema de las drogas ilegales es muy importante en su lugar de residencia siendo la educación en las escuelas, el tratamiento de los consumidores y el control policial las medidas de intervención más valoradas para resolver este problema.

2.4.2 Datos sobre morbilidad, mortalidad y coste sanitario asociado al consumo de drogas.

La morbilidad y la mortalidad asociada al consumo de drogas han experimentado en nuestro país un importante cambio en las últimas décadas como consecuencia de la aparición de nuevas drogas y nuevos patrones de consumo sobre todo por parte de la población más joven.

Siguiendo con los datos recogidos en el informe del Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanias (2011), en el año 2009 se recogieron 438 muertes por reacción aguda a drogas ilegales procedentes de los Institutos de Medicina Legal de las diferentes áreas monitorizadas y de distintos médicos forenses. En la mayor parte de los fallecidos se encontraron varias sustancias, predominando los opioides, (81%) la cocaína (57,8%) y los hipnosedantes (43,6%). Un 41,1% de los fallecidos era VIH positivo.

En cuanto al alcohol y al tabaco suponen uno de los problemas más graves en nuestra sociedad provocando numerosas muertes y enfermedades.

En el caso del tabaco, su consumo provoca 53.000 muertes anuales en España, lo que supone que 145 personas fallecen cada día por esta causa. A esta cifra hay que añadir los muertos por tabaquismo pasivo, que ascienden a 3.200 anuales según los últimos datos de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR).

Si hablamos de problema de salud pública, el tabaquismo supone un coste sanitario de 7.695 millones de euros solo por el gasto causado por las cinco principales enfermedades relacionadas con el tabaquismo. También hay que señalar, por otra parte, que en 2012 el Estado recaudó 9.384 millones de euros a través de impuestos especiales e IVA del tabaco.

El consumo de alcohol en exceso es también uno de los hábitos nocivos con mayores repercusiones negativas sobre la salud. Solo en nuestro país, mueren cada año 20.000 personas a causa de enfermedades asociadas al alcoholismo o a una ingesta de alcohol considerada de riesgo.

Además de esto, y según datos del Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses, en el año 2012 fallecieron en nuestro país 615 conductores y 53 acompañantes en accidentes de tráfico entre los cuales el 47,32 % (291) presentaron resultados positivos de alcohol en sangre (el 74,23% de los casos) y/o otras drogas (26,80%) y/o psicofármacos (28,52%).

Los casos analizados con resultados positivos también se evidencian entre los peatones fallecidos, estando presente en el 51,22 % de los 164 casos registrados en 2012.

En este caso, según los datos del Plan Nacional sobre Drogas, los gastos para el Sistema Nacional de Salud como consecuencia del excesivo consumo de alcohol se elevan a 1.372 millones de euros al año y el coste social indirecto que se deriva de este consumo se estima en 2.460 millones (728,5 millones por absentismo laboral y 1.731,5 millones por la reducción de la eficiencia).

3. DESCRIPCIÓN DEL PLAN MUNICIPAL SOBRE DROGAS DE LEÓN

3.1. ¿Qué es un Plan Municipal sobre Drogas?

Un Plan Municipal sobre Drogas es un instrumento impulsado desde la Corporación Local, que proporciona estabilidad a las acciones y programas desarrollados y establece cuáles son las necesidades a las que trata de dar respuesta, así como los principios generales y específicos de actuación que deben regir los programas destinados a afrontar el fenómeno de las drogodependencias.

También contribuye a la regulación de la vida comunitaria, facilita la cooperación con entidades privadas y ONGs y normaliza toda intervención social adecuándola a las necesidades, características y expectativas de los propios ciudadanos.

El cometido de un Plan Municipal sobre Drogas es coordinar y garantizar en el ámbito local la eficacia de las intervenciones, adaptándolas a los recursos y a las necesidades particulares de cada ayuntamiento.

El marco normativo que regula la intervención municipal en materia de drogodependencias, viene delimitado por una serie de disposiciones legales que, empezando en la Constitución Española, tienen su continuidad en la Ley de Bases de Régimen Local y se concentran en las respectivas Leyes Autonómicas.

En la Ley 3/1994, de 29 de marzo, de prevención, asistencia e integración social de drogodependientes de Castilla y León, ⁴ se fijan las siguientes competencias y responsabilidades mínimas para los ayuntamientos de más de 20.000 habitantes de Castilla y León:

- La aprobación de Planes Municipales sobre Drogas, elaborados en coordinación y de acuerdo con los criterios y directrices del Plan Regional sobre Drogas, que incluyan programas de prevención e integración social.
- La coordinación de los programas de prevención e integración social que se desarrollen exclusivamente en el ámbito de su municipio.
- El apoyo a las asociaciones y entidades que en el municipio desarrollen actividades previstas en el Plan Regional sobre Drogas.

⁴ <http://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1994-9365>

El Plan Nacional sobre Drogas (1985) como órgano de coordinación y encuentro entre las administraciones para dotar de un enfoque homogéneo al fenómeno de las drogodependencias, ha facilitado a lo largo de los años, la adecuación de las respuestas institucionales a realidades cambiantes de los consumos y a los problemas y patologías que de ellos se derivan, delegando, a su vez, competencias a las diferentes Comunidades Autónomas, que son las encargadas de regular las políticas de prevención, asistencia e integración social de las drogodependencias.

Desde la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas y los Planes Autonómicos, se han ido elaborando las bases que hacen posible abordar el fenómeno que nos ocupa en todas sus dimensiones y de acuerdo con los diversos niveles de responsabilidad.

En este sentido, es en la Estrategia Nacional sobre Drogas 2000-2008⁵, (marco de referencia para todas las Administraciones públicas y las organizaciones sociales), donde se marcan las metas y objetivos de las distintas Administraciones.

En el marco de la política nacional en la materia, corresponde a la Administración Local, además de aquellas otras competencias que el ordenamiento jurídico le confiere, el desarrollo de las siguientes funciones:

- Desarrollar políticas específicas de prevención en materia de drogodependencias, fundamentalmente en el ámbito comunitario.
- Procurar la integración social de los usuarios de drogas, mediante el desarrollo de planes de formación profesional y promoción de empleo.
- Elaborar y poner en marcha medidas de limitación de la oferta y disponibilidad, fundamentalmente de drogas legales.
- Ejecutar la función y la potestad sancionadoras, así como la cooperación de la policía local.
- Coordinar las intervenciones en materia de drogodependencias a nivel local.

⁵ <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/estrategia.pdf>

3.2 Características del Plan Municipal sobre Drogas de León

El Plan Municipal de Drogas de León (en adelante PMD) se inicia en 1993 con el objetivo de analizar y satisfacer las necesidades generadas por el consumo de drogas en el Municipio. Desde entonces, el PMD desempeña funciones de prevención, integración social y coordinación de las intervenciones a escala local, consolidándose como el programa de referencia para todo lo relacionado con el tratamiento de las drogodependencias. La normativa del PMD de León está regulada tanto por el Plan Nacional sobre Drogas como por el Plan Regional sobre Drogas de Castilla y León.⁶

Dentro del PMD la drogodependencia es entendida como un fenómeno de etiología multicausal y multidimensional en el que intervienen factores sociales, individuales y los propiamente derivados de las sustancias (dependencia física y/o psíquica, síndrome de abstinencia, tolerancia y cambios en el sistema nervioso central). La drogodependencia se entiende también en el marco de problemas sociales estructurales (como la marginación social) subsidiarios de la manera en que está organizado el sistema económico y político de una sociedad.

En lo referente a la prevención, el PMD se centra en la ampliación y mejora de los conocimientos de la población respecto a las drogas, en la creación y desarrollo de alternativas saludables al consumo de drogas durante el tiempo libre y al desarrollo de actitudes y conductas que posibiliten una relación con las drogas, si es que se produce, responsable e independiente. Prioritariamente se trabaja sobre aquellas sustancias que generan más problemas en nuestra sociedad: el alcohol y el tabaco.

En cuanto a la integración social del drogodependiente, el PMD trabaja en la motivación para iniciar la rehabilitación a través de los distintos programas y entidades acreditadas para ello.

3.2.1 *Objetivos generales del PMD*

El PMD de León está orientado a la consecución de los siguientes objetivos generales:

- Sensibilizar y motivar a la población para que intervenga activamente y de forma coordinada en el problema de las drogas.

⁶ <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/femp.pdf>

- Coordinar las actuaciones que se realicen en el municipio de León en relación a la prevención de drogodependencias.
- Capacitar principalmente a niños y adolescentes para convivir de forma más libre y responsable con las drogas.
- Retrasar la edad media de inicio en el consumo de las distintas sustancias.
- Potenciar el desarrollo de programas preventivos dirigidos a las familias, fundamentalmente en aquellas que se encuentren en situación de riesgo.
- Informar, motivar y derivar al drogodependiente para que inicie un tratamiento de rehabilitación, a la vez que se trabaja en la reducción de daños ocasionados por su consumo.
- Apoyar los programas de rehabilitación acreditados, así como desarrollar otros que favorezcan la inserción social del drogodependiente.

3.2.2 Estrategias de actuación del PMD

Para conseguir los diferentes objetivos generales propuestos, el PMD de León desarrolla las siguientes estrategias de actuación:

- Coordinación con aquellas entidades y servicios que directa o indirectamente estén relacionadas con el ámbito de las drogodependencias, siendo necesaria una planificación de la intervención que englobe los distintos aspectos interrelacionados (sanitarios, laborales, sociales etc.).
- Formación realizada a través de cursos, seminarios y jornadas dirigidos a cualquier colectivo que lo solicite. La formación se realiza con sentido práctico, incidiendo en los conocimientos, actitudes y conductas de los destinatarios.
- Los destinatarios de los programas de prevención desarrollados por el PMD de León son los niños y adolescentes, si bien la mayor parte del trabajo se realiza directamente con los mediadores sociales (familias, profesorado, profesionales de la salud, asociaciones...), que por sus características y cometido son los más adecuados para transmitir la acción preventiva. Los destinatarios de los programas de intervención son los drogodependientes y sus familias.

- Información sobre la importancia de aprender a utilizar adecuadamente los medios de comunicación social, aprovechando sus virtudes pero también contemplando sus carencias y errores.
- Participación real y coordinada de todos los sectores de la sociedad. Sensibilizar y motivar a la población para que participe en los distintos programas desarrollados por el PMD y en todo aquello relacionado con las drogodependencias.
- Evaluación de los resultados obtenidos tras la aplicación de cada programa y de su proceso de desarrollo. También son necesarias las evaluaciones externas más objetivas y rigurosas, que ayuden a identificar los errores cometidos para avanzar en la consecución de los objetivos.
- Investigación continua y publicaciones en el ámbito de las drogodependencias de los profesionales del PMD.

3.2.3 Estructura organizativa del PMD

La organización interna del PMD de León está compuesta por el Concejal Delegado para el PMD, su Director, los técnicos de los diferentes programas y unos setenta voluntarios que ofrecen su apoyo y participan en las distintas actividades llevadas a cabo por el Plan. El grupo de profesionales que integran el PMD proceden de distintos ámbitos formativos y profesionales contando con un psicólogo, un psicopedagogo, un pedagogo, tres trabajadores sociales y dos monitores deportivos entre otros, que trabajan de forma interdisciplinar para conseguir los objetivos planteados.

3.2.4 Modelos teóricos de actuación del PMD

El Plan Municipal sobre Drogas de León sigue las líneas generales marcadas por la Organización Mundial de la Salud en su modelo de Promoción de la Salud, adoptando parcialmente otros modelos dependiendo del programa específico que se aplique.

Aunque estos modelos deben ser adaptados a nuestra realidad social y cultural, es necesario apoyarse en ellos para poder desarrollar estrategias efectivas para la consecución de los objetivos. Además resultan de gran ayuda dada la validez y fiabilidad

de su explicación teórica-práctica y aportan instrumentos para la realización y evaluación de los programas a desarrollar.

El *modelo de promoción de la salud* o de la salud pública (1986)⁷ pretende ser un modelo universal para la mejora de la salud de toda la humanidad (Becoña, 2002), y parte del derecho humano de “salud para todos” como un derecho básico e indispensable para el desarrollo social y económico. Las estrategias que este modelo utiliza son el establecimiento de una política pública saludable, crear entornos que apoyen la salud, fortalecer una acción comunitaria, desarrollar las habilidades personales y reorientar los recursos sanitarios (Green y Kreuter, 1991).

Los modelos de Botvin y Catalano son la base de la que parten aquellos programas preventivos aplicados por el PMD de León para evitar o retrasar la edad de inicio en el consumo de drogas.

- El *modelo integrado general de la conducta de uso de drogas* de Botvin (1999)⁸ es un modelo eminentemente descriptivo en el que se afirma que el consumo de drogas viene determinado por factores contextuales como el ambiente físico, factores sociales como pueden ser la familia, la escuela o los amigos y por factores psicológicos como las habilidades sociales de cada individuo.
- El *modelo del desarrollo social* de Catalano, Hawkins y cols. (1996)⁹ concede gran importancia a los factores de riesgo y a los factores de protección y sostiene la hipótesis de que la conducta del individuo será prosocial o antisocial dependiendo de las conductas, normas y valores predominantes en aquellos a los que el individuo está vinculado.

Las teorías propuestas por Oetting y Jessor se utilizan en aquellos programas dirigidos a jóvenes en situación de riesgo.

- La *teoría de socialización primaria* de Oetting y cols. (1998)¹⁰ se centra en el aprendizaje de normas, siendo los responsables de ello las principales fuentes

⁷ <http://www1.paho.org/spanish/HPP/OttawaCharterSp.pdf>

⁸ Botvin, G. J. (1999). Adolescent drug abuse prevention: Current findings and future directions

⁹ Catalano, R.F. y Hawkins, D. (1996). The social development model: A theory of antisocial behavior

¹⁰ Oetting, E.R. y Donnermeyer, J.F. (1998). Primary socialization theory: The etiology of drug use and deviance.

de socialización primarias como son la familia, la escuela y los iguales, y se basa en la idea de que el mayor riesgo de aprender normas desviadas, tales como el uso de drogas, se producen en la adolescencia.

- *La teoría para la conducta de riesgo de los adolescentes* de Jessor (1991)¹¹ se centra en la importancia de reducir los factores de riesgo y aumentar los factores de protección con la idea de un cambio en el estilo de vida especialmente en aquellos jóvenes que viven en ambientes sociales adversos. Da gran peso a la responsabilidad del contexto social proponiendo un cambio en factores que para él son la base de muchas conductas-problema, como son la pobreza organizada socialmente, la desigualdad y la discriminación.

Desde el PMD de León se prioriza el trabajo sobre las drogas legales y en las edades previas a la edad crítica de inicio de consumo (situada en torno a los 16 años), para que resulte eficiente. Para esto se tiene en cuenta el *Modelo Secuencial* de Kandel (1975)¹² sobre las sucesivas etapas en la adolescencia relacionadas con el inicio del consumo. Este modelo parte de la teoría de la socialización y relaciona el consumo o no consumo de drogas ilegales con factores como la familia y el grupo de iguales, sin olvidar otros como las características personales. Además, plantea que el consumo de drogas ilegales como la marihuana, la cocaína o la heroína, se producen de modo secuencial partiendo del consumo de drogas legales como el alcohol y el tabaco.

3.2.5 Programas, servicios y principales actividades del PMD

El PMD de León está formado por tres áreas (Figura 1). La primera es el área de *Prevención universal*, en la cual se desarrollan los programas de *Prevención escolar*, *Prevención familiar*, *Prevención comunitaria* y el programa de *Información y orientación*. También existe un convenio con la *Asociación deporte y vida* cuyos objetivos se centran en promover, entre otros, el desarrollo de programas de prevención a través del deporte. La segunda área es la de *Prevención selectiva e indicada*, a la que corresponden los programas de *Educación de calle* y *Prevención con familias en alto riesgo* para el consumo de drogas. Por último, el área de *Reducción del daño e inserción*, donde se incluyen los programas de *Deshabitación*

¹¹ Jessor, R. (1991). Risk behavior in adolescence: A psychological framework for understanding and action.

¹² Kandel, D.B. (1975). Stages in adolescent involvement in drug use.

tabáquica, Grupos de autoayuda, Inserción sociolaboral, Información y derivación y Educación de calle.

Área de Prevención Universal

Dentro del área de *Prevención universal* se desarrollan programas que inciden sobre los factores de riesgo y de protección más determinantes, para evitar o retrasar el consumo de drogas en niños, adolescentes y jóvenes en general. Para ello se apoya en mediadores sociales, profesionales y entidades que directa e indirectamente intervienen en drogodependencias.

Uno de sus objetivos es abordar el problema de las drogas en la comunidad, variando en lo posible y si fuera necesario el discurso social existente en la actualidad, analizando cuáles son aquellas situaciones y estereotipos que dificultan la normalización y aceptación de este problema.

Prevención escolar. La prevención se realiza con el alumnado de los centros escolares del municipio a través de los educadores naturales de los alumnos, como son sus profesores y familiares. El objetivo es mejorar su formación en drogodependencias a través de cursos, seminarios y jornadas de formación donde se desarrollan temas como el discurso social en drogodependencias, las características de las sustancias, factores de riesgo y protección y programas concretos de prevención para aplicar en el contexto educativo. El trabajo que se hace con los alumnos se reduce al desarrollo de actividades y materiales, como apoyo adicional al trabajo del profesorado en el centro escolar. Algunas de estas actividades son actividades multimedia como audiovisuales con contenido preventivo, exposición de un cómic, sociodrama, guiñol o diferentes talleres donde se trabajan, entre otros, la presión de grupo o la toma de decisiones.

Prevención familiar. Todas las actividades van dirigidas a madres y padres con el fin de dotarles de las estrategias necesarias para que aprendan a establecer normas y límites en el hogar familiar, para que se comuniquen con sus hijos de forma adecuada y funcional, que resuelvan conflictos de manera positiva, que les enseñen cómo se debe ocupar el tiempo libre de forma saludable y que sepan cómo responder a cuestiones relacionadas con el alcohol o el tabaco. La prevención con las familias se realiza principalmente en los centros escolares en coordinación con las AMPAS a través de las *Escuelas de familias*, donde se desarrollan programas y talleres de información sobre drogas,

comunicación familiar, normas y límites, educación para el ocio y tiempo libre, autoestima, y autocontrol emocional entre otros.

Prevención comunitaria: equipos de zona. La prevención comunitaria pretende movilizar a la sociedad mediante un conjunto de acciones dirigidas fundamentalmente a población infantil y juvenil interviniendo principalmente sobre las drogas prioritarias como son el alcohol y el tabaco. Para ello se llevan a cabo en la comunidad diferentes talleres y exposiciones sobre los efectos que tienen estas sustancias en el cuerpo humano y en nuestra sociedad; talleres de reducción de accidentes de tráfico, consecuencias del consumo de drogas, valores y necesidades creadas mediante la publicidad etc. Los equipos de zona están formados por voluntarios que participan en el diseño, planificación, ejecución y evaluación de esos proyectos y actividades preventivas.

Deporte y vida. La *Asociación deporte y vida* es una asociación sin ánimo de lucro que se centra en promover, entre otros, el desarrollo de programas de prevención a través del deporte con el objetivo de fomentar un estilo de vida saludable y un buen empleo del ocio y tiempo libre. El PMD de León a través de un convenio con esta asociación realiza en algunos centros escolares del municipio actividades extraescolares preventivas en periodo escolar y otras actividades de apoyo a lo largo de todo el año.

Programa de Información y Orientación. Con este programa lo que se pretende es informar y sensibilizar a la población sobre distintos aspectos de las drogodependencias, así como motivarla para que participen en los programas y actividades que se desarrollan. En este programa se incluyen conferencias y mesas redondas, así como intervenciones en radio, televisión y prensa.

Área de prevención selectiva-indicada

En prevención selectiva el trabajo se dirige a grupos de población sometidos a situaciones de riesgo capaces de generar problemas relacionados con las drogas. Con este grupo se trabaja en medio abierto, llevando la intervención a aquellos entornos, espacios y ámbitos naturales de relación y socialización. Se plantean actividades deportivas, talleres creativos, de habilidades sociales y personales.

En prevención indicada se interviene con aquellos individuos que ya están realizando un abuso o uso problemático de las drogas, sin padecer aún dependencia, potenciando el desarrollo de factores de protección que permitan reducir el consumo.

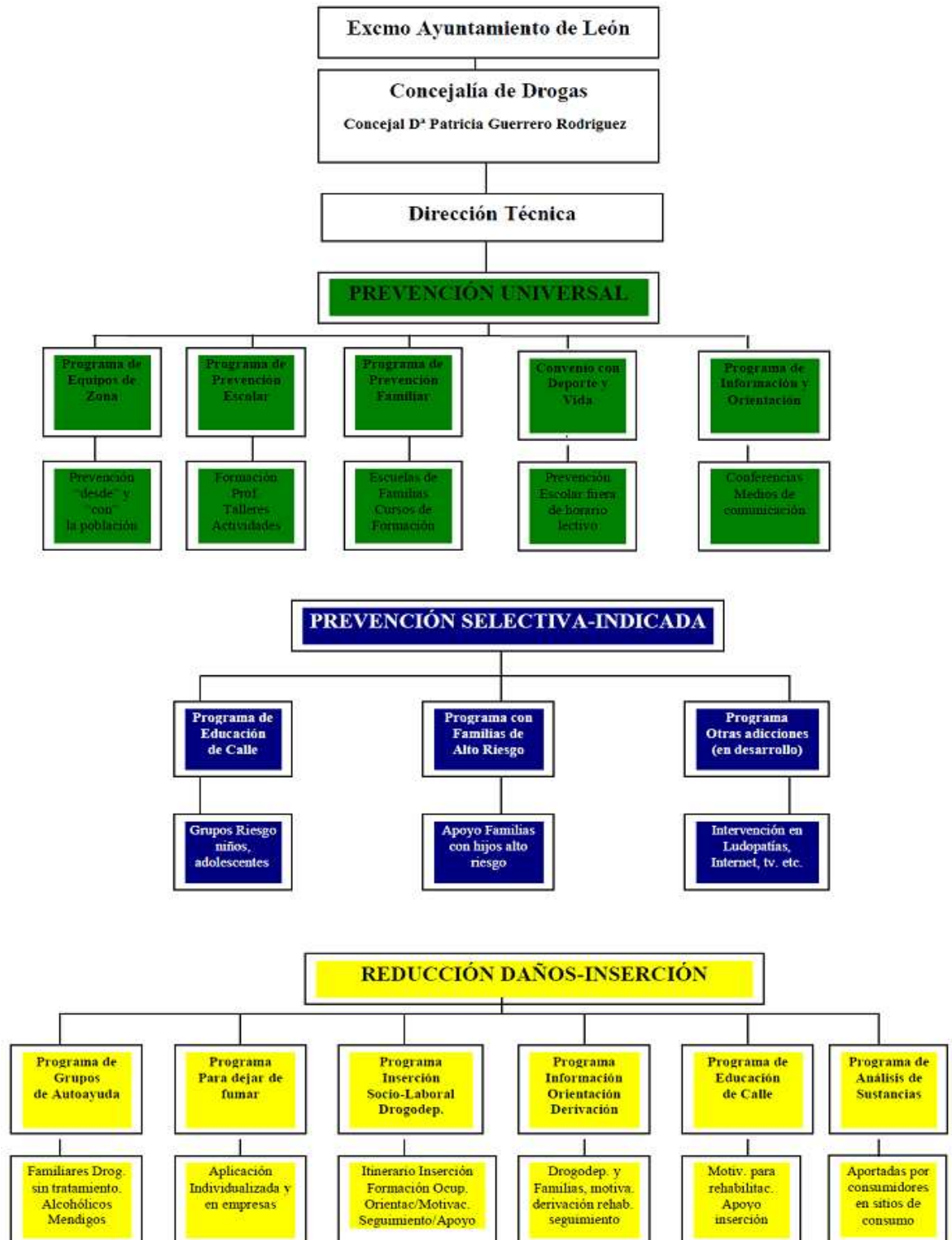
Área de reducción de daños- inserción

Desde este área lo que se pretende es retrasar el establecimiento de conductas de abuso de drogas y reducir el consumo y los problemas asociados. También se realiza un trabajo de motivación e información al drogodependiente y su familia, así como de evaluación y derivación a centros asociados de rehabilitación. Además, se ayuda a la inserción social y laboral de aquellos drogodependientes que hayan terminado un programa de rehabilitación o estén en su última fase.

Dentro de esta área existen diferentes programas de autoayuda para familiares, programas para dejar de fumar, de educación de calle, información y orientación, patología dual y de integración socio-laboral del drogodependiente, el cuál se describe en el siguiente apartado.

Figura 1

PLAN MUNICIPAL SOBRE DROGAS DE LEÓN



4 DESARROLLO DEL PROGRAMA DE
INTEGRACIÓN SOCIAL DE
DROGODEPENDIENTES DEL PLAN
MUNICIPAL SOBRE DROGAS DE LEÓN.

4.1 Conceptualización. ¿Qué es la Integración Social?

La integración social es un proceso mediante el cual se pretende que el individuo participe plenamente en la vida social, económica y política de la sociedad en la que vive. Cuando es valorado, tenido en cuenta por los miembros de la comunidad y cuando sus actuaciones contribuyen a la mejora de dicha sociedad y de sus miembros, se puede hablar de una persona integrada.

El objetivo final de la integración es que la persona sea capaz o mejore la capacidad de enfrentarse a los problemas cotidianos de su vida diaria, actual y futura. Para ello, el drogodependiente debe pasar primero por un proceso interno de rehabilitación e inserción.

Según la Ley 3/1994 anteriormente citada, entre los objetivos generales de las acciones y medidas que se desarrollen en la Comunidad de Castilla y León, en materia de asistencia e integración social de las personas drogodependientes, se incluyen:

- Garantizar la asistencia a las personas afectadas por problemas de consumo y dependencia de drogas en condiciones de equidad con otras enfermedades.
- Asegurar la coordinación entre los distintos servicios del sistema de asistencia e integración social del drogodependiente.
- Mitigar la problemática social y jurídico-penal de la población drogodependiente.
- Potenciar las fórmulas de integración social del drogodependiente en un entorno social normalizado a lo largo de todo el proceso asistencial.
- Crear el clima y la cultura social que favorezca la solidaridad y la colaboración de la comunidad en la asistencia e integración social del drogodependiente.

En el año 2007 a través del Comisionado Regional para la Droga, se implementa el *Modelo regional de gestión de los procesos de integración sociolaboral de la población drogodependiente en Castilla y León*,¹³ con el objetivo de optimizar el aprovechamiento de los recursos existentes, especialmente de los programas y servicios normalizados y de garantizar la continuidad de las intervenciones y la utilización de procedimientos normalizados de evaluación, intervención y coordinación.

¹³ http://www.jcyl.es/web/jcyl/Familia/es/Plantilla100/1200416900405/_/_/

En este modelo se establecen los siguientes *indicadores o estándares de inserción social* definidos por Browm, H. y Smith, H. (1992)¹⁴:

- Poder mantener un ritmo vital cotidiano estable (dormir, comer, vestirse, trabajar/estudiar, tener tiempo de ocio, etc.).
- Poder realizar una evolución positiva en cada una de las etapas de la vida.
- Tener asegurada la autosuficiencia económica, para poder soportar la realización de las actividades cotidianas.
- Poder mantener relaciones sociales, personales y/o sexuales.
- Poseer una clara autoconciencia del rol social que se está desempeñando, traducida en competencia social suficiente, imagen social definida, participación social o en una actitud favorable a la ruptura con los circuitos culturales de exclusión.

En la última edición de la *Estrategia Nacional sobre Drogas* (2009) ¹⁵, se indica que es necesaria una atención integral y coordinada dirigida a la incorporación social de la persona, al acceso y disfrute de los derechos sociales básicos (vivienda, empleo, educación, salud, protección social, etc.) y que tenga en cuenta los distintos perfiles individuales, lo que exige la diversidad y personalización en la atención, acompañamiento y tratamiento.

Además, se contemplan los siguientes objetivos generales relacionados con el área de la integración social:

- Promover una conciencia social sobre la importancia de los problemas, los daños y los costes personales y sociales relacionados con las drogas, sobre la posibilidad real de evitarlos y sobre la importancia de que la sociedad en su conjunto sea parte activa en su solución.
- Garantizar una asistencia de calidad y adaptada a sus necesidades, a todas aquellas personas directa o indirectamente afectadas por consumo de drogas.

¹⁴ Browm, H. y Smith, H. (1992). *Normalisation*. London, Routledge.

¹⁵ <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/EstrategiaPNSD2009-2016.pdf>

- Reducir o limitar los daños ocasionados a la salud de las personas que consumen drogas y, en general, los efectos sociales y sanitarios indeseables relacionados con su uso.
- Facilitar la incorporación a la sociedad de las personas en proceso de rehabilitación, a través de programas de formación integral y de preparación e inserción laboral.

4.2 Programa de Integración Social de Drogodependientes del Plan Municipal sobre Drogas de León.

En 1998, ante las necesidades detectadas en el ámbito de la integración de la persona drogodependiente, el PMD de León, a través del Comisionado Regional para la Droga, inicia una experiencia piloto con un *Programa de Integración Laboral de Drogodependientes*.

Como consecuencia de la aplicación de dicho programa, y a raíz de las necesidades detectadas en materia de integración, el programa pasa a denominarse *Programa de Integración Social de Drogodependientes*, ya que se observa que el ámbito laboral es sólo un área más a la hora de abordar la integración del drogodependiente y que, para lograr una integración real y eficaz, es necesario proporcionar apoyo y recursos en las diferentes áreas como son la personal, social, familiar, laboral, formativa, salud y de vivienda entre otras.

4.2.1 Objetivos del Programa de Integración Social de Drogodependientes

Como objetivo general proponen facilitar apoyo y recursos para la integración social de las personas drogodependientes y establecer un modelo de gestión de procesos en materia de integración de drogodependientes en el Municipio de León.

Como objetivos específicos se plantean los siguientes:

- *Con los usuarios*: identificar y evaluar las necesidades de integración social en las diferentes áreas (familiar, relacional, educativa, ocupacional, laboral, etc.), y sus expectativas y nivel de compromiso. También determinar cuáles son los recursos familiares y personales existentes para facilitar la integración.

- *Con los recursos y la comunidad:* sensibilizar a la comunidad en general y al ámbito laboral en particular, sobre la integración de las personas drogodependientes, proporcionando una información real y veraz y favorecer la participación, cooperación y coordinación de las diferentes instituciones, tanto públicas como privadas, en las actuaciones que en materia de integración de drogodependientes se desarrollen. Además, promover la dinamización de recursos específicos de integración social para aquellos casos en que los recursos normalizados no sean accesibles a las personas drogodependientes.

4.2.2. Destinatarios del Programa de Integración Social de Drogodependientes.

Los usuarios de este programa están clasificados en diferentes perfiles:

- *Perfil 1:* Usuarios en tratamiento consolidado con abstinencia de al menos 6 meses. Tienen un seguimiento médico adecuado, habilidades sociales y buena red social y familiar. Manifiestan una alta motivación para el proceso de integración y cambio.
- *Perfil 2:* Son usuarios que no tienen interiorizada la idea de no consumo, aunque tampoco mantienen los patrones propios de consumo. En general, descienden el consumo de drogas ilegales e incrementan el consumo de drogas legales, presentan altibajos en tratamientos médicos por recaídas, tienen una baja y escasa red social y familiar y una motivación para la rehabilitación inestable. Muestran cierta recuperación de las habilidades sociales.
- *Perfil 3:* Mantienen un consumo activo de una o varias sustancias y presentan conductas de alto riesgo. Muestran desarraigo social y familiar siendo sus redes sociales de riesgo o marginales y no poseen habilidades sociales.

A modo de resumen, el perfil predominante en este programa son sobre todo varones (más del 75%), mayores de 30 años, sin cargas familiares, sin estudios o con estudios primarios, con experiencia laboral en ámbitos de la construcción, servicios o comercio, parados de larga duración y prioritariamente consumidores de heroína (74,14%).

5. ELABORACIÓN DE UN TALLER DE
HABILIDADES SOCIALES DENTRO DEL
PROGRAMA DE INTEGRACIÓN SOCIAL DE
DROGODEPENDIENTES DEL PLAN
MUNICIPAL DE DROGAS DE LEÓN.

5.1 Fundamentación teórica ¿Qué son las habilidades sociales?

Como ya hemos apuntado a lo largo de este trabajo, las drogodependencias son un fenómeno multifactorial en cuanto a las causas que lo generan, las razones que lo mantienen y las consecuencias que provoca. Algunos de estos factores hablan de déficits en las habilidades para la solución de problemas, baja autoestima, comunicación deficitaria, baja tolerancia a la frustración, ausencia de motivación y otros factores denominados de riesgo (Muñoz-Rivas, Graña y Cruzado, 2000). Numerosos estudios apuntan a que estas carencias en habilidades sociales (en adelante, HHSS), son un claro factor de riesgo en la adquisición y mantenimiento de las drogodependencias (Becoña, 2007), y un elemento necesario en la intervención de las mismas (Redondo y Pueyo, 2007).

Ante esto, autores como Becoña (2003) o Redondo (2007) entre otros, hablan de la necesidad de promover el entrenamiento en habilidades sociales (en adelante, EHS) como elemento fundamental en la intervención con drogodependientes.

5.1.1. Orígenes y desarrollo de las habilidades sociales

El reconocimiento de la importancia de las HHSS se remonta a los años treinta en estudios realizados sobre la conducta social en niños (Jack, 1934; Murphy et cols, 1937). No obstante, hasta los años sesenta no se realizan investigaciones sistemáticas sobre el tema, y se configura el procedimiento de EHS (Gil y García, 2008). Son varios los hechos que contribuyen a ello:

- El libro de Salter (*Conditioned Reflex Therapy*, 1949), en el que se describen técnicas de autoexpresión, y el de Wolpe (*Psychotherapy by Reciprocal Inhibition*, 1958), en el que se propone el entrenamiento de respuestas incompatibles (la conducta asertiva, en este caso) como método para reemplazar conductas desadaptadas. Igualmente, ha de mencionarse el desarrollo de estrategias de aprendizaje basadas en el análisis experimental de la conducta (Skinner).
- Los trabajos sobre competencia social de Zigler y Phillips (1960) con adultos institucionalizados, mostraron que a mayor competencia social de los pacientes, menor tiempo de hospitalización y menor índice de recaídas.

- La elaboración, a partir de una serie de investigaciones psicosociales aplicadas al ámbito industrial, de un modelo teórico explicativo del funcionamiento de las HHSS, tomando como analogía el modelo ergonómico aplicado a las destrezas motoras (Argyle y Kendon, 1967).
- Los trabajos de Eisler, Hersen, McFall y Goldstein, en los años setenta, son fundamentales en el desarrollo, evaluación e investigación de las HHSS, siendo estos autores, entre otros, quienes empiezan en ese momento a diseñar programas específicos para reducir los déficits en HHSS.
- El desarrollo de los principios del aprendizaje social (Badura, 1976), a partir de los cuales se impulsan los procedimientos cognitivos, incorporando la técnica del modelado como parte de los EHS.

En nuestro país, sólo hace 25 años que comienzan a traducirse las obras más importantes sobre HHSS, de origen, principalmente, inglés. Hasta la década de los 80 no encontramos los primeros artículos a los que se atribuyó una importancia considerable.

Entrados los 90, los profesionales españoles dirigen sus investigaciones en torno a esta disciplina, y surgen los primeros manuales y programas de desarrollo de HHSS como el *Programa de Habilidades sociales* de Álvarez y cols. (1990) y el *Manual para el educador social* de Costa y López (1991). En la segunda mitad de esta década, los trabajos sobre competencia social y personal desde un enfoque científico proliferan y evolucionan hasta el punto actual de asociación de las intervenciones con algún componente del comportamiento interpersonal, dirigido hacia la prevención y la optimización de las HHSS.

5.1.2 Delimitación conceptual de las habilidades sociales

Se puede afirmar que no existe una definición única y consensuada del concepto de HHSS, además, existe una marcada controversia en torno a la superposición de conceptos tales como asertividad, habilidad social y competencia social entre otros.

Las *habilidades sociales* se definen como un numeroso y variado conjunto de comportamientos sociales específicos, que se ponen en juego en situaciones de interacción social y que se necesitan para ejecutar competentemente una tarea de índole interpersonal. Estos comportamientos, permiten al individuo desarrollarse en un contexto individual o interpersonal expresando sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de un modo adecuado a la situación (Caballo, 2000).

Generalmente permiten resolver situaciones interpersonales de un modo saludable, por ello se consideran necesarias para el ajuste del sujeto al ambiente más próximo (Contini et al., 2010).

Lazarus (1973), establece por primera que las clases de respuesta que abarcan las HHSS son: la capacidad de decir NO, la capacidad de pedir favores y hacer peticiones, la capacidad de expresar sentimientos positivos y negativos y la capacidad de iniciar, mantener y terminar una conversación.

Diversos autores coinciden (Gil y León Rubio, 1998; Garaigordobil, 2008; Monjas Casares, 2009; Caballo, 2009) que el término habilidad alude a comportamientos adquiridos y no a un rasgo de personalidad. El concepto clave es que se aprenden y, por ende se pueden modificar.

Se entiende por *asertividad* la capacidad de un sujeto para expresar pensamientos o sentimientos a otros de un modo directo, efectivo y apropiado. El sujeto asertivo tiene una conducta de afirmación de los conceptos u opiniones que sostiene, estando ausentes connotaciones de oposición o agresividad hacia el otro (Caballo 2001).

Es Salter (1949) quien emplea por primera vez el término *asertividad* describiéndolo como una característica de la personalidad, que podía modificarse para mejorar la expresividad y la interacción con los otros. Más tarde, Wolpe (1958) define el concepto de *conducta asertiva* como la expresión adecuada, hacia otra persona, de cualquier emoción que no sea respuesta de ansiedad.

Para Ullrich y Ullrich (1978), la asertividad es la capacidad del individuo para permitirse cometer faltas y saber soportar la crítica de los demás, saber expresar exigencias propias, permitirse tener deseos propios y saber llevarlos a la práctica, establecer contactos con otras personas y saber mantenerlos y saber rechazar peticiones ilógicas de los demás sin experimentar a posteriori, sentimientos negativos.

El término *competencia social* aparece por primera vez acuñado por Zigler y Phillips (1969), en sus trabajos con adultos institucionalizados. Ford (1986) afirmó que las personas competentes socialmente eran aquellas que poseían habilidades prosociales, capaces de responder de forma adecuada a las necesidades de los demás, con habilidades instrumentales, facilidad y disponibilidad social, capacidad de fomentar la participación y autoeficacia y con un buen concepto de sí mismas.

Para Monjas (2004) la competencia social es un conjunto de conductas y estrategias, que permiten a la persona construir y valorar su propia identidad, actuar

competentemente, relacionarse satisfactoriamente con otras personas y afrontar las demandas, retos y dificultades de la vida, lo que posibilita su ajuste y adaptación, su bienestar personal e interpersonal y vivir una vida más plena y satisfactoria.

Como hemos visto, el marco teórico que relaciona las competencias sociales, las HHSS y la asertividad, es muy extenso, sin embargo los límites son difíciles de establecer ya que algunos trabajos vinculan claramente dichos constructos (Bar-On, 2000; Goleman, 2006).

Caballo (1988), tras analizar diferentes modelos teóricos, se decanta por utilizar indistintamente los términos de competencia social, asertividad o HHSS, aunque posteriormente (Caballo, 2002), si bien entiende que HHSS y asertividad son sinónimos, no incluye el término competencia social, porque éste se ha ido diferenciado en los últimos tiempos. De hecho, Caballo (2006) afirma que la competencia social es el efecto del desempeño social, o lo que es lo mismo, el empleo eficaz del repertorio de HHSS en las interacciones con otros.

Por tanto, entendemos que la competencia social abarca un sentido más amplio y que las HHSS, cuyo componente principal es la asertividad, tienen que estar incluidas como elemento esencial en este tipo de programas.

5.1.3 Las dimensiones de las habilidades sociales

En toda interacción comunicativa intervienen componentes cognitivos, componentes fisiológicos y componentes conductuales. La combinación de éstos determinará el estilo de comunicación que se mantiene en cualquier interacción, así como la impresión, positiva o negativa, que se cause en el interlocutor.

El *componente conductual* hace referencia a acciones concretas de carácter no verbal como son la expresión facial, la postura corporal o el habla entre otras, y de carácter verbal como iniciar y mantener una conversación, expresar o responder a ideas y emociones, reforzar (a nosotros mismos o a otros) o defender nuestros derechos (Caballo, 2005).

El *componente cognitivo* lo constituyen los procesos y capacidades cognitivas presentes en la interacción de la persona con el ambiente, es decir, todos los pensamientos, ideas, percepciones e interpretaciones que hacemos de la situación, de los otros y de nosotros mismos.

El *componente afectivo* incluye las emociones y sentimientos. También hace referencia a los componentes emocionales de los procesos motivacionales, la autoeficacia, la autoestima, el autoconcepto, los valores, las creencias y las actitudes (Caballo, 2005).

5.1.4 Programas de habilidades sociales

Los programas de habilidades sociales deberían implicar, en su desarrollo completo, cuatro elementos de forma estructurada (Caballo, 2009). Estos elementos son:

- *Entrenamiento en habilidades*, donde se enseñan conductas específicas y se practican y se integran en el repertorio conductual del sujeto a través de técnicas como el modelado, el role play, la retroalimentación o el refuerzo.
- *Reducción de la ansiedad* en situaciones sociales problemáticas. Normalmente, esta disminución de la ansiedad se consigue de forma indirecta llevando a cabo una conducta más adaptativa incompatible con la respuesta de ansiedad (Wolpe, 1958). Las técnicas más utilizadas son las denominadas técnicas de relajación y técnicas de desensibilización sistemática.
- *Reestructuración cognitiva*, proceso mediante el cual se intentan modificar valores, creencias, cogniciones o actitudes del sujeto de forma indirecta, es decir, la adquisición de nuevas conductas modifica a largo plazo las cogniciones del sujeto. La incorporación de procedimientos cognitivos es algo habitual en la aplicación de esta técnica, especialmente aspectos de la Terapia Racional Emotiva de Ellis (1955), auto-instrucciones, etc.
- *Entrenamiento en la solución de problemas*, en donde se enseña al sujeto a percibir y procesar correctamente los valores de todos los parámetros situacionales relevantes para generar respuestas potenciales, a seleccionar una de esas respuestas y a enviarla de manera que maximice la probabilidad de alcanzar el objetivo que impulsó la comunicación interpersonal.

5.1.5 Aplicación de programas de habilidades sociales en drogodependientes

Una característica del estilo de vida del drogodependiente tiene que ver con el déficit en el desarrollo de HHSS, bien porque algunos nunca las han adquirido o por la incapacidad de ponerlas en práctica dada su situación (Becoña, 2003).

Dentro de las características de personalidad, la vulnerabilidad psicológica que presentan, afecta a diferentes aspectos relevantes como la impulsividad, la búsqueda de sensaciones o los estados de ánimo disfóricos, entre otras (Echeburúa, 1994, 1999; Graña, 1994, Caballo, 1995). Además, su forma de pensar, suele caracterizarse por una distorsión de la realidad, una capacidad cada vez más reducida para hacer frente a las emociones negativas y un empobrecimiento de las estrategias de afrontamiento, llegando a convertirse la droga, en la única vía posible para hacer frente a las situaciones que pueden generarle alguna fuente de estrés (Echeburúa, 1999).

El *Entrenamiento en Habilidades Sociales* es un conjunto de técnicas cuya aplicación se orienta a la adquisición de aquellas habilidades que permitan a los sujetos mantener interacciones sociales satisfactorias en su ámbito real de actuación. La consecución de este objetivo implica que el sujeto adquiera y domine todos los componentes de las HHSS y sea capaz de reproducirlos, tras analizar las características de la situación, en momentos y ambientes diferentes de forma espontánea (Gil y García, 1993, 2008).

Diversos autores relacionados con la investigación e intervención en drogodependencias, como Gil (1984); Echeburúa (1994); Graña (1994); Becoña (2003); Secades- Villa, García-Rodríguez, Fernández-Hermida y Carballo (2007), entre otros, recomiendan la integración en los programas de tratamiento, del EHS como elemento terapéutico fundamental.

Se ha argumentado que las habilidades de asertividad y afrontamiento pueden contribuir a mejorar la resistencia a la presión ante el consumo de drogas por parte del grupo de iguales (Botvin, 2000). Además, Caballo (1987,2000), señala la importancia en la intervención de no descuidar los procesos cognitivos, como son las creencias falsas, las atribuciones a factores externos, las expectativas de autoeficacia o la solución de problemas entre otros, ya que sin la inclusión de estos elementos, los procesos de mejora son menos eficaces y duraderos.

Es extensa la evidencia científica sobre la eficacia de los programas de EHS y de afrontamiento, sobre todo en el caso del alcohol y otras drogas ilegales (Echeburúa, 1994, 1999; Graña, 1994; Luengo et cols., 2004; Sánchez-Hervás et cols., 2004;

Fernández Miranda, 2007; Secades-Villa et cols., 2007; Terán Prieto, 2008). Varias revisiones y meta-análisis muestran que el EHS es superior a otros tratamientos o al no tratamiento, y que incrementa la efectividad de las intervenciones cuando forma parte de programas más amplios (Miller et al., 1995; Secades-Villa et cols, 2007).

En estudios realizados con grupos de alcohólicos en tratamiento (Chaney et al., 1978; Longabaugh et al., 1991), los resultados mostraron que el grupo en el que se establecía el EHS obtenía mejoras significativas en comparación con los grupos control.

Algunos programas desarrollados con drogodependientes en los que se incluye el EHS, evidencian que tras el programa, los drogodependientes aumentaron su ajuste social y consiguieron mantener relaciones interpersonales que les permitieron hacer frente a las situaciones de riesgo relacionadas con el consumo (Ross y Fabiano, 1985; Platt y Hermalin, 1989; González, 1990; Graña, 1994).

También son significativos los resultados encontrados en la intervención con drogodependientes que participan en programas de EHS en centros de atención ambulatorios, comunidades terapéuticas y centros de día, en el aumento de sus competencias sociales y en la mejora de su calidad de vida (Caballo, 1993; Echeburúa, 1994; Graña, 1994; Terán Prieto, 2008), y en los llevados a cabo en instituciones penitenciarias y con exreclusos, viéndose favorecido su proceso de adaptación personal y social tras la aplicación del mismo (Compadre, 1987; Rodríguez y Paino, 1993).

Además, en distintas publicaciones (Becoña, 2006; Sussman y Ames, 2008) se incluye el EHS como uno de los programas que proporciona mejores resultados en la prevención de drogodependencias.

Como hemos visto, la falta o inadecuación de HHSS constituye un factor de riesgo para el desarrollo y mantenimiento de conductas relacionadas con el consumo de drogas, siendo el EHB un factor protector que ayuda a adquirir una buena competencia social y un adecuado autocontrol en las situaciones de riesgo.

5.2. Taller de Habilidades Sociales. Programa de Integración Social del Plan Municipal sobre Drogas de León.

Dentro del Programa de Integración Social de Drogodependientes del PMD de León, y para completar la intervención individualizada llevada a cabo con los usuarios,

se me propone elaborar e implementar un taller de HHSS con la finalidad de trabajar aquellos aspectos fundamentales para el cambio en sus estilos de vida.

El PMD ya contaba con un taller previo sobre HHSS que habían elaborado los técnicos de este Programa de Integración Social, y aunque me sirvió como guía, consideré oportuno ampliarlo y modificarlo para hacerlo más práctico.

Para el desarrollo del taller, me basé en la bibliografía existente en la literatura sobre HHSS y en mi experiencia como voluntaria y psicóloga en prácticas en diferentes programas de intervención con drogodependientes (Cáritas Salamanca y Proyecto Hombre León).

5.2.1 Introducción

Como ya hemos visto, los programas de EHS son un elemento terapéutico fundamental en el proceso de integración social del drogodependiente.

Por ello, el propósito de este taller es dar respuesta a los problemas de socialización que presentan las personas consumidoras de drogas y comprobar si experimentan cambios positivos en su competencia social al utilizar determinadas estrategias de entrenamiento y enseñanza de HHSS.

5.2.2 Objetivos

El *objetivo general* es contribuir a la integración social de los usuarios mediante el entrenamiento de aquellas habilidades que les permitan relacionarse de manera más adaptativa con su entorno social y potenciar aquellos recursos que faciliten el cambio en sus estilos de vida.

Como *objetivos específicos* se plantea que los usuarios sean capaces de identificar y emplear en su vida diaria habilidades de comunicación verbal y no verbal, que reconozcan los diferentes estilos de comunicación y adquieran un estilo de comportamiento asertivo, que incrementen su autoestima y desarrollen el autorrefuerzo, que aumenten su motivación hacia el cambio, que sean capaces de reconocer y refutar ideas irracionales y que desarrollen habilidades de solución de problemas.

5.2.3 Destinatarios y formato de aplicación

Se desarrollaron dos talleres de habilidades sociales, un taller se llevó a cabo con usuarios de *perfil 1* y otro taller con usuarios de *perfil 2* (anteriormente descritos en el apartado 3.2.2). Los técnicos del Programa de Integración Social seleccionaron a aquellos usuarios en tratamiento que presentaban alguna dificultad para una adecuada inserción social y laboral. No se incluyeron usuarios de *perfil 3* dada su situación actual de consumo. En total participaron ocho usuarios en el taller desarrollado para *perfil 1* (cinco hombres y tres mujeres) y cinco usuarios en el taller de *perfil 2* (tres mujeres y dos hombres).

Estos talleres se efectuaron en las instalaciones del PMD de León.

5.2.4 Contenidos

Cada taller constaba de cinco sesiones que se desarrollaban dos veces por semana, con una duración de hora y media cada una. En las sesiones se trataron los siguientes contenidos:

- **Sesión 1:** En la primera sesión se llevó a cabo la presentación del taller y de los usuarios y se realizaron diferentes lecturas sobre las habilidades sociales, la comunicación verbal y no verbal, el establecimiento de relaciones interpersonales, y los estilos de comunicación. También se pusieron en práctica diferentes dinámicas para practicar la habilidad de *iniciar y mantener conversaciones*.
- **Sesión 2:** En la segunda sesión los usuarios valoraron su autoestima y reflexionaron sobre su evolución personal y su motivación para el cambio. En esta sesión la habilidad que practicaron estaba relacionada con *hacer y recibir cumplidos*.
- **Sesión 3:** La sesión tercera se dedicó a entrenar las habilidades de *aceptar y recibir críticas, expresar molestia, desagrado o disgusto y hacer y rechazar peticiones*.
- **Sesión 4:** En esta sesión los usuarios identificaron ideas irracionales y situaciones de riesgo y propusieron alternativas de solución.
- **Sesión 5:** En la última sesión se hizo una reflexión sobre los sentimientos de arrepentimiento y culpa y se adquirieron compromisos personales.

5.2.5 Metodología

Como he indicado al comienzo de este apartado, dentro del Programa de Integración Social, además de las intervenciones individuales realizadas con los usuarios, también se desarrollan diferentes talleres grupales que favorecen la inserción social y laboral de los drogodependientes en tratamiento. Este programa ya contaba con un taller de HHSS elaborado por los técnicos, los cuales me dieron la oportunidad de llevarlo a cabo y me permitieron desarrollar, bajo su supervisión, uno más dinámico ya que consideré que el existente era especialmente descriptivo y teórico.

Para la elaboración de este taller, me basé en algunas de las habilidades descritas en el Programa de Habilidades Sociales (PHS) de Verdugo (1997), que a pesar de estar dirigido principalmente a niños y adultos con discapacidad se aplica en numerosos contextos clínicos como centros de menores, jóvenes marginados, centros especiales de empleo, personas con trastornos mentales y otros (Verdugo, 2002).

Este programa agrupa un conjunto variado de conductas cuya meta final es la integración del sujeto en la comunidad. Para ello, entrena distintas habilidades dirigidas a incrementar la competencia social y la adaptación al medio.

El PHS incluye seis áreas que son la comunicación verbal y no verbal, las relaciones interpersonales, la autonomía social, la participación en actos sociales y recreativos, la utilización de los servicios de la comunidad y la conciencia cívica y ciudadana. Además plantea numerosos objetivos operativos para entrenar las habilidades descritas.

A parte de algunas de estas habilidades, consideré oportuno incluir una sesión para abordar la cuestión de las ideas irracionales y otra para tratar los sentimientos de culpa y arrepentimiento, dado que he observado la importancia de los mismos en otros talleres con drogodependientes a los que he acudido como voluntaria o alumna en prácticas.

Procedimiento de enseñanza

El *procedimiento de enseñanza* que se plantea en este programa y que llevé a cabo en el taller, es el derivado del Aprendizaje Estructurado de Goldstein (1981), en el que se especifican las siguientes técnicas:

- a. *Instrucciones*: Deben emplearse a lo largo de todo el entrenamiento, aunque de manera fundamental al inicio de cada sesión. Han de incluir información, explicaciones y razones específicas sobre las conductas y habilidades que se van a poner en práctica. Es importante que la información sea breve y se utilice un lenguaje claro. Además han de enfatizarse los conceptos clave.
- b. *Modelado*: El modelado consiste en que una persona competente en las conductas objeto de entrenamiento (en este caso la persona que desarrolla el taller), las emita de forma adecuada en presencia de los sujetos que van a ser entrenados.
- c. *Ensayo conductual*: Consiste en practicar mediante role-playing las conductas que son objeto de intervención, para valorarlas y en consecuencia reforzarlas o no inmediatamente.
- d. *Feedback y reforzamiento*: El feedback consiste en proporcionar información al sujeto del grado de competencia que ha mostrado en la ejecución de las HHSS para que éste pueda perfeccionarlas, y el reforzamiento en transmitir consecuencias positivas cuando haya emitido las conductas adecuadas.
- e. *Generalización*: Consiste en asegurar (por ejemplo, mediante *tareas para casa*), que las HHSS aprendidas en las sesiones se apliquen en situaciones distintas a aquellas en las que se produjo el entrenamiento.

Materiales

El primer día se entregó una carpeta a cada usuario que contenía:

- Dossier del Alumno para trabajar en el aula. Lecturas y actividades (ANEXO 1)
- Dossier del Alumno para trabajar en casa. Material complementario (ANEXO 2)
- Folios y bolígrafo

Las lecturas sobre las distintas habilidades sociales que aparecen tanto en el dossier para trabajar en el aula como en el material para trabajar en casa, y las diferentes dinámicas de grupo y actividades llevadas a cabo en el taller, fueron elaboradas con diverso material que se recogerá en la bibliografía.

5.2.6 Procedimiento e instrumento de evaluación

Para evaluar la efectividad del taller se plantea un diseño preexperimental pretest-postest de un solo grupo (Campbell y Stanley, 1978), el cual implica una comparación intragrupo con mediciones antes y después de la ejecución del mismo.

El objetivo de este taller era comprobar si tras su aplicación, los usuarios mejoraban significativamente sus conocimientos sobre las diferentes habilidades entrenadas, así que para ello, y con el apoyo de los técnicos del Programa de Integración Social, elaboré una serie de ítems en relación a los contenidos que se iban a poner en práctica en el taller.

El pretest estaba formado por 17 ítems y se utilizó una escala tipo Likert en la que el valor 1 era totalmente en desacuerdo, 3 no sabe/no contesta y 5 totalmente de acuerdo. En el postest (ANEXO 3) se añadieron diez ítems más para valorar la opinión de los usuarios sobre el taller.

El procedimiento se llevó a cabo en tres fases: evaluación preest, aplicación del Taller de Habilidades Sociales y evaluación postest. La recogida de datos se realizó tras la primera y la última sesión.

5.2.7 Resultados y conclusiones

Resultados

En este apartado se comentan y discuten los resultados obtenidos interpretando sus implicaciones respecto a los objetivos planteados.

Las puntuaciones que se recogen en las tablas son la media de todos los ítems para cada sujeto tanto en el Pre-Test como en el Post-Test. Tanto en el taller de *Perfil 1* como de *Perfil 2*, hubo un usuario que no pudo terminar el taller por lo que sus puntuaciones no se recogen.

- Los resultados obtenidos por los usuarios de *Perfil 1* pueden verse en las figuras 1 y 2.
- Los resultados obtenidos por los usuarios de *Perfil 2* pueden verse en la figuras 3 y 4.

Figura 1

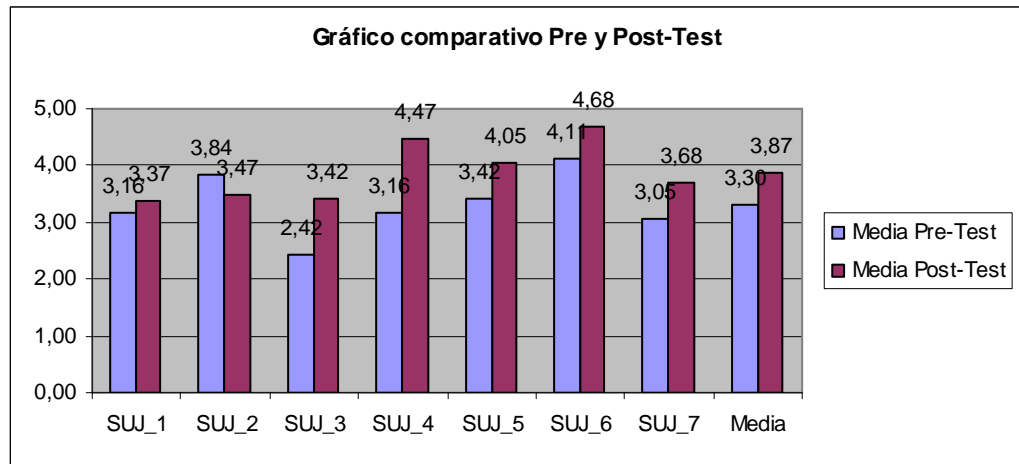


Figura 2

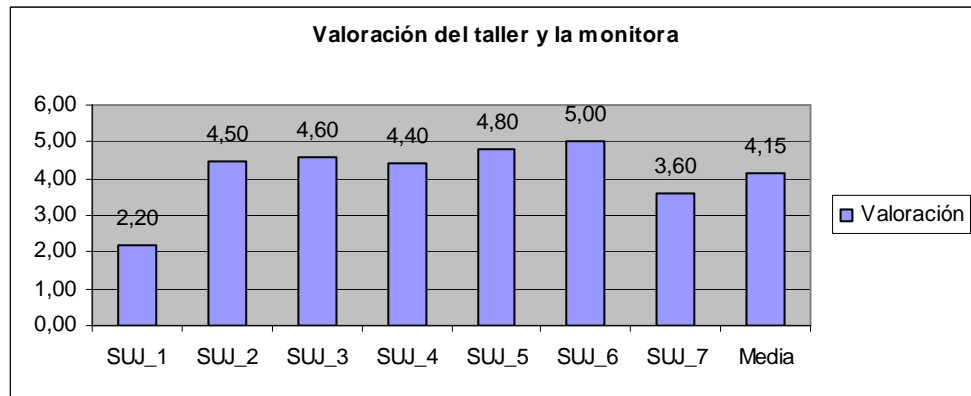


Figura 3

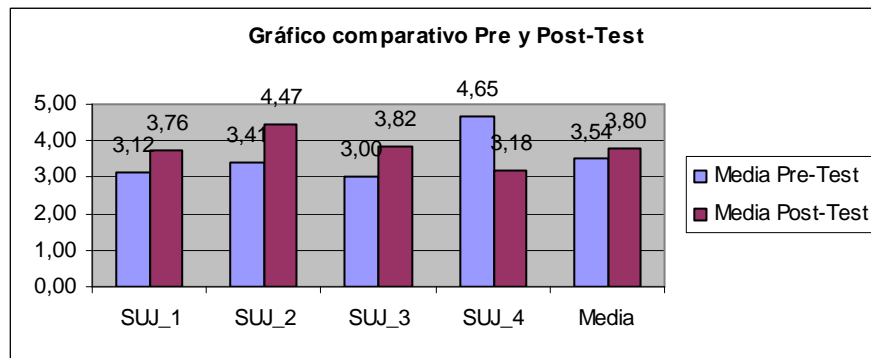
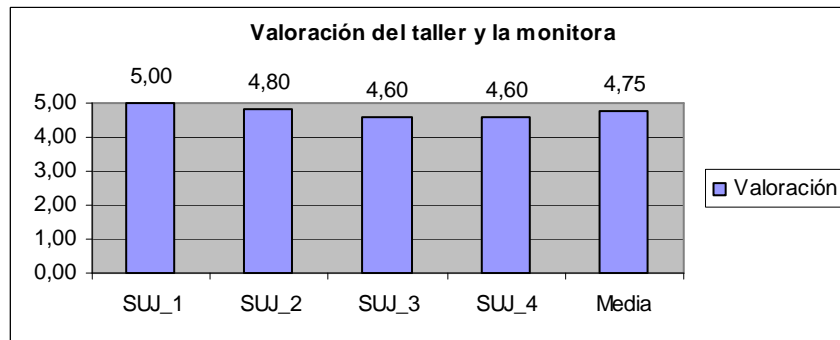


Figura 4



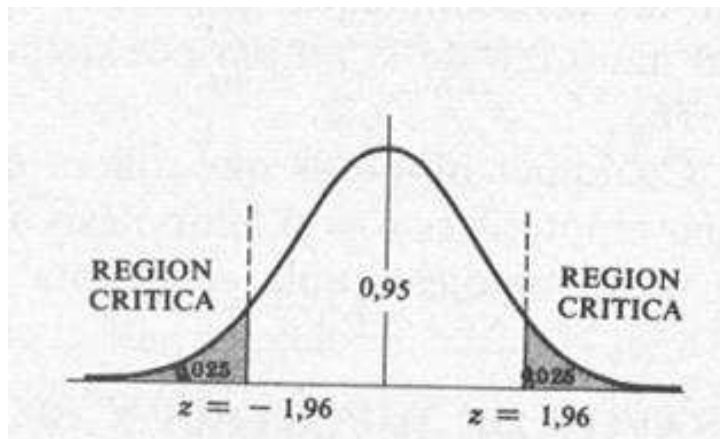
Discusión y conclusiones

La hipótesis que queremos comprobar con esta evaluación es si tras la aplicación del taller, los usuarios mejoraron sus conocimientos sobre las habilidades entrenadas en el mismo.

La hipótesis alternativa, (la que queremos confirmar), sería que los sujetos mejoraron sus conocimientos sobre habilidades sociales tras el taller. La hipótesis nula (la que queremos rechazar), sería que no mostraron diferencias significativas en sus conocimientos sobre las habilidades sociales entrenadas tras la aplicación del taller.

El nivel de confianza es la probabilidad de equivocarnos al rechazar la hipótesis nula. He escogido un nivel de confianza del 95% ($\alpha = .05$), por lo tanto, aceptaremos la hipótesis alternativa cuando la probabilidad de obtener un determinado resultado sea igual o inferior al 5% ($p < .05$). Si la probabilidad de obtener un determinado resultado es superior al 5% ($p > .05$), aceptaremos la hipótesis nula y concluiremos que no existen diferencias significativas.

Se trataría de una hipótesis bidireccional, ya que lo que queremos comprobar es si las medias del Pre-Test y Post-Test son distintas y no si una es mayor que la otra. La prueba estadística utilizada es la T de Student para muestras relacionadas. Para un nivel de confianza del 95%, el valor T de Student (equivalente a Z o puntuación típica) es ± 1.96 . Lo explicamos mejor en el siguiente gráfico.



Por lo tanto, para rechazar la hipótesis nula, el valor Z obtenido para un nivel de confianza del 95% debe estar incluido en el intervalo -1.96 y 1.96.

El valor de Z se calcula de la siguiente manera:

$$Z = \frac{\text{Diferencia entre las medias del Pre-Test y el Post-Test}}{\text{Desviación típica del Post-Test}}$$

Los datos obtenidos para *Perfil 1* son :

- Media del Pre-Test= 3.308 (Desviación Típica=0.512 y Varianza= 0.262)
- Media del Post-Test=3.877 (Desviación Típica=0.492 y Varianza=0.242)
- Z=1.156

Los datos obtenidos para *Perfil 2* son:

- Media del Pre-Test= 3.545, (Desviación Típica=0.65 y Varianza= 0.42)
- Media del Post-Test=3.807 (Desviación Típica=0.456 y Varianza=0.20)
- Z=0.574

Al encontrarse el valor obtenido entre los intervalos establecidos en ambos grupos, rechazamos la hipótesis nula y podemos afirmar que tras la aplicación del taller, los usuarios mejoraron sus conocimientos sobre las habilidades sociales.

Como podemos comprobar, los usuarios de *Perfil 1* y *Perfil 2* mejoraron significativamente sus puntuaciones en el Post- Test, por lo que se puede concluir que el taller aumentó sus conocimientos sobre las habilidades entrenadas.

Es importante señalar la debilidad de este diseño y las amenazas a la validez interna, ya que no se han controlado variables que pudieran interferir en las puntuaciones. Desde un punto de vista metodológico hay que señalar ciertas limitaciones:

En relación al taller:

- No se han utilizado instrumentos de evaluación baremados ni estandarizados y de alguna manera tanto la elaboración e implementación del taller como la valoración de los resultados han estado sujetos a un criterio subjetivo.

- El número de usuarios es reducido y además no han sido seleccionados aleatoriamente por lo que la muestra no es representativa y no se pueden generalizar los resultados.

En relación a los usuarios

- Lo que una persona piensa acerca de su conducta puede no coincidir con su conducta real, ya sea a causa de la deseabilidad social o de una percepción errónea de su comportamiento en contextos sociales.
- La conducta y las cogniciones de un sujeto varían con las situaciones y con las personas. Las HHSS son específicas de cada situación, y además, hay que señalar que el conocimiento que posee una persona sobre la habilidad más adecuada a cada situación, no implica la puesta en práctica de la misma en su vida diaria.

6. VALORACIÓN PERSONAL Y APORTACIONES

6.1 Valoración personal

En este último apartado realizaré una valoración sobre el desarrollo de mis prácticas dentro del Plan Municipal sobre Drogas de León.

En cuanto al *cumplimiento con el plan de trabajo* (horas de prácticas, horarios, actividades, normas, disposición) ha sido íntegramente llevado a cabo gracias a la colaboración de los técnicos del Plan Municipal que en desde un primer momento se pusieron a mi disposición y fueron muy flexibles conmigo.

En relación al *aprendizaje teórico- práctico*, he podido comprobar cuáles son las funciones llevadas a cabo por un Plan Municipal sobre Drogas, en relación a la prevención escolar, familiar, comunitaria y de integración social, y adquirir nuevos conocimientos en relación con las drogodependencias, complementado así los ya adquiridos a lo largo del Máster y la Licenciatura y en mi experiencia laboral previa en este campo.

Ha sido una *experiencia* positiva y muy enriquecedora. A título personal me ha servido para conocerme y valorarme más y para enfrentarme a situaciones nuevas. Es solo así como se aprende para futuras intervenciones. En el plano profesional, me ha servido para adquirir nuevos conocimientos y experiencia laboral, para perder el temor a hablar y para poder expresarme en público, para ganar confianza en mí misma... En definitiva, para darme cuenta, más aún si cabe, de que he elegido la profesión correcta, y que éste es el ámbito al que me quiero dedicar en un futuro.

Mis *expectativas* han sido cumplidas con creces. En un principio no conocía con exactitud cual iba a ser mi función dentro del Plan, ni si realmente estas prácticas me aportarían algo nuevo, pero todo el equipo me ha tratado muy bien, siempre disponibles para cualquier duda o aclaración que les mostrase, tratando de incluirme en todos sus programas y delegando responsabilidades en mí. También los usuarios me han tratado en todo momento con cariño y respeto.

Por mi parte, he intentado aportar siempre lo mejor de mí. He colaborado en los diferentes talleres, he procurado cumplir con las normas, y he tratado de integrarme en el equipo.

En conclusión, estoy muy satisfecha con la realización de estas prácticas gracias a las cuales he adquirido nuevos conocimientos, hábitos y habilidades que no solo me servirán para ponerlos en práctica en mi profesión sino también en mi vida personal.

6.2 Aportaciones

En este último apartado de la memoria me gustaría dejar reflejadas dos cuestiones:

- Por un lado, en cuanto a la elaboración de la memoria, he tenido dificultades en la búsqueda de intervenciones y programas llevados a cabo con drogodependientes. Considero por tanto, que aunque es uno de los mayores problemas que preocupan hoy en día a nuestra sociedad, no se están empleando los recursos necesarios para su posible solución.
- Por otro, en cuanto a mi participación en el Plan Municipal, he constatado la gran importancia de trabajar de forma multidisciplinar, para que exista un mejor ambiente de trabajo y para la consecución, no solo de los objetivos específicos de cada programa, sino para conseguir unos objetivos comunes que ayuden a incrementar la efectividad de los mismos.

7. BIBLIOGRAFÍA

- APA (2000). American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM IV-TR). (Traducido al español en 2002). Madrid: Masson.
- Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Englewood Cliff; N.J.: Prentice-Hall. Traducción a español: Ed. Espasa-Calpe. (1984).
- Becoña, E. (1999). *Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas*. Madrid. PNSD. (Última consulta 2008).
<http://www.pnsd.msc.es/categoría2/publica/publicaciones>
- Becoña, E. (2000). *Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas*. Madrid: PNSD
- Becoña, E. (2003). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Madrid. PNSD. (Última consulta 2008)
<http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/publicaciones>
- Belloch, A. (2008) *Manual de psicopatología* Aravaca (Madrid) : McGraw-Hill/Interamericana de España
- Botvin, G. (1995). Entrenamiento en habilidades para la vida y prevención del consumo de drogas en adolescentes: consideraciones teóricas y hallazgos empíricos. *Psicología Conductual* 3, 333-356
- Botvin, G.J. (2000). Preventing drug abuse in schools: Social and competence enhancement approaches targeting individual level etiological factors. *Addictive Behaviors*, 25, 887-897
- Botvin, G.J., Baker, E., Dusenbury, L., Tortu, S.Y. Botvin, E.M. (1990). Preventing adolescent drug abuse through a multimodal cognitive-behavioral approach: Results of a three-year study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 437-446
- Botvin, G.J. y Botvin, E.M. (1994). Estrategias de Prevención, hallazgos empíricos y temas de valoración. En J.A. García-Rodríguez y J. Ruiz. *Tratado sobre prevención de las drogodependencias*, (pp 17-40). Madrid: FAD
- Caballo, V.E. (1991). El entrenamiento en habilidades sociales. En Caballo, V.E. (comp.), *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. Madrid: Siglo XXI de Editores de España, S.A.
- Caballo, V.E. (1993). *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. En Caballo, V.E. (comp.) Madrid: Siglo XXI de Editores de España, SA.
- Caballo, V.E. (1995). *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. Madrid: Siglo XXI de Editores de España, S.A. 3ª Ed.

- Caballo, V.E. (2000). *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades Sociales*. (1ª edición 1993). Madrid: Siglo XXI.
- Caballo, V.E., (2002). *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales* (5ª edición). Madrid. Siglo XXI.
- Caballo, V.E. (2006). *Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos. Trastornos de la edad adulta e informes psicológicos*. Madrid: Pirámide.
- Catalano, R.F., and Hawkins, J.D. (1996). The social development model: A theory of antisocial behaviour. In J.D. Hawkins (edited). *Delinquency and Crime: Current Theories*. (pp. 149–197). New York, NY: Cambridge University Press.
- Chaney, E.F., O’Leary, M.R. y Marlatt, G.A. (1978). Skill training with alcoholics. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46, 1092-1104.
- DSM-IV-TR, (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Cuarta edición. Texto Revisado. Asociación Psiquiátrica Americana: *DSM-IV-TR*. Barcelona: Masson.
- Echeburúa, E. (1994). *Evaluación y tratamiento de los trastornos adictivos*. Madrid: Fundación Empresa
- Eisler, R.M., Frederiksen, L.W. y Peterson, G.L. (1978). The relationship of cognitive variables to the expression of assertiveness. *Behavior Therapy*, 9, 419-427.
- Fernández Hermida, J.R. y Secades Villa, R. (1999). La evaluación de programas de tratamiento para drogodependientes en España. *Psicothema*, 11 (2), 279- 291.
- Fernández Hermida, J.R. y Secades Villa, R. (2000). La evaluación de los programas de tratamiento en drogodependencias. Implicaciones profesionales para los psicólogos. *Papeles del Psicólogo*, 77, 46-57.
- Jessor, R. (1991). Risk behaviour in adolescence: A psychological framework for understanding and action. *Journal of Adolescent Health*, 12, 597-605.
- Fernández Miranda, J.J. [Coordinador] (2007). *Opiáceos. Guía Clínica basada en la evidencia científica*. Madrid: Socidrogalcohol. PNSD. (Documento electrónico, última consulta 2008).
<http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/otras.htm>.
- Garaigordobil, L (2010) Landazabal, Maite La violencia entre iguales : revisión teórica y estrategias de intervención Madrid : Pirámide, [2010]

- Gil, F. (1993). Entrenamiento en Habilidades Sociales. En Vallejo, M.A. y Ruiz, M. (Eds.).
- Goldstein, A.P. (1974). *Structured Learning Therapy: Toward a psychotherapy for the poor*. New York: Academic Press.
- Goldstein, A.P. (1981). *Psychological skill training*. Nueva York: Pergamon Press.
- Goleman, D. (2006). *Inteligencia social*. Barcelona: Kairós SA.
- Graña, J.L. y Muñoz-Rivas, M. (2000). Factores psicológicos de riesgo y de protección para el consumo de drogas en adolescentes. *Psicología Conductual*, 8(2), 249-269.
- Graña, J.L., Muñoz-Rivas, M., Andreu, J.M. y Peña, M.E. (2000). Variables psicológicas relacionadas con el consumo de drogas en adolescentes: depresión y autoconcepto. *Revista de Drogodependencia*, 25(1), 170-181.
- Graña, J.L. y Muñoz-Rivas, M.J. (2000). Factores de riesgo relacionados con la influencia del grupo de iguales para el consumo de drogas en adolescentes. *Psicología Conductual*, 8(19), 19-32.
- Hersen, M. y Bellack, A. (1976): Assessment of social skills, en A. Ciminero, K. Carlhoun y H. Adams (eds.), *Handbook of behavioural assessment*. New York: Wiley.
- Jack, L.M. (1934). *An experimental study of ascendant behaviour in preschool children*. Iowa City: University of Iowa Studies in Child Welfare.
- Kandel, D.B. (1975). Stages in adolescent involvement in drug use. *Science*, 190, 912-914
- Labrador, F.J., Cruzado, J.A. y Muñoz, M. (comps.) (1993). *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta*. Madrid: Pirámide.
- Lazarus, A.A. (1973). On assertive behavior: A brief note. *Behavior Therapy*, 4, 697-699.
- Lorenzo, P., Ladero, J.M., Leza, J.C. y Lizasoain, I. (1998). *Drogodependencias. Farmacología. Patología. Psicología. Legislación*. Barcelona: Panamericana.
- Luengo, M.A., Gómez-Fraguela, J.A, Romero, E. y Villar, P. (2004). Análisis de factores de prevención de recaídas y evaluación de los tratamientos de drogodependencias. [Relapse prevention and assessment of drug-abuse treatments]. *Revista de Asociación de Proyecto Hombre*, 40, 13-16.
- McFall, R.M. y Twentyman, C.T. (1973). Four experiments on the relative contributions of rehearsal, modeling, and coaching to assertion training. *Journal of Abnormal Psychology*, 81(3), 199-218.

- Miller, W.R., Brown, J.M., Simpson, T.L., Handmaker, N.S., Bien, T.H., Luckie, L.F., Montgomery, H.A., Hester, R.K. y Tonigan, J.S. (1995). What works? A methodological analysis of the alcohol treatment outcome literature. En R.K. Hester y W.R. Miller (Eds.), *Handbook of alcoholism treatment Approaches: Effective alternatives*. 2nd. Edition, (pp. 12-44). Boston: Allyn and Bacon.
- Monjas, M.I. (1993). *Programa de enseñanza de habilidades de interacción social (PEHIS)*. Salamanca: Trilce.
- Monjas, I. (2004). *Programa de enseñanza de habilidades de interacción social (PEHIS) para niños/as y adolescentes*. Madrid: CEPE.
- Muñoz-Rivas, M.J. y Graña, J.L. (2001). Factores familiares de riesgo y de protección para el consumo de drogas en adolescentes. *Psicothema*, 13, 87-94.
- Muñoz-Rivas, M.J., Graña, J.L. y Cruzado, J.A. (2000). *Factores de riesgo en drogodependencias: Consumos de drogas en los adolescentes*. Madrid: Sociedad Española de Psicología Clínica, Legal y Forense.
- Murphy, G., Murphy, L.B. and Newcomb, T. (1937). *Experimental Social Psychology: An Interpretation of Research upon the Socialization of the Individual*. New York and London: Harper & Brothers Publishers.
- Observatorio Español sobre Drogas. Informe 2011. Situación y tendencias de los problemas de drogas en España. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Disponible en:
<http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/oed2011.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). CIE-10. Clasificación Internacional de Enfermedades, 10a edición. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Madrid: Meditor; 1992.
- Pascual, P. (2009) *La autoayuda en drogodependencias en el siglo XXI*. Revista Española de Drogodependencias, 2009, Vol. 34, no. 2
- Plan Nacional sobre Drogas. (2011). *Memoria Plan Regional sobre Drogas de Castilla y León*. Madrid: Ministerio del Interior. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Disponible en:
http://www.jcyl.es/web/jcyl/Familia/es/Plantilla100/1193641915217/_/_/
- Plan Nacional sobre Drogas. *Estrategia Nacional sobre Drogas (2009-2016)*. Madrid: Ministerio del Interior. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Disponible en:

http://www.jcyl.es/web/jcyl/Familia/es/Plantilla100/1193641915217/_/_/

- Pelechano V. (1995). Habilidades interpersonales: Conceptualización y entrenamiento. En M.D. Calero (coord.), *Modificación de la inteligencia*, Madrid: Pirámide, 131-181.
- Pelechano, V. (dir.)(1996). *Habilidades interpersonales. Teoría mínima y programas de intervención, vols I,II y III*. Valencia: Promolibro
- Platt y Hermalin (1989). Social skill deficit interventions for substance abusers. *Psychology of Addictive Behaviors*. 3(3) 114-133.
- Redondo, S. y Pueyo, A.(2007). Psicología de la delincuencia. *Papeles del Psicólogo*, 28(3), 187-195.
- Ross, R.R. y Fabiano, E. (1985) . *Time to think .A cognitive model of delinquency prevention and offender rehabilitation*. Johnson City, Tennessee: Institute of Social Science & Art.
- Salter, A. (1949). *Conditioned Reflex Therapy: The direct approach to the reconstruccion of personality*. Nueva York: Creative Age Press.
- Sánchez-Hervás, E., Tomás Gradolí, V. y Morales Gallús, E. (2004). Un modelo de tratamiento psicoterapéutico en adicciones. *Trastornos Adictivos*, 6(3), 159–166. (Última consulta 2008). <http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevis ta.resumen?pident=13065158>
- Secades-Villa, R. y Fernández Hermida, J.R. (2000). Cómo mejorar la retención en los tratamientos de drogodependencias. *Adicciones*, 12(3), 353-363.
- Secades-Villa, R. y Fernández Hermida, R. (2003). Guía de los tratamientos psicológicos eficaces para la drogadicción: alcohol, cocaína y heroína (pp. 107- 139). En M. Pérez, J.R. Fernández-Hermida, C. Fernández e I. Amigo, *Guía de Tratamientos psicológicos eficaces*. Madrid: Pirámide.
- Secades-Villa, R., García-Rodríguez, O., Fernández- Hermida, J.R. y Carballo, J.L. (2007).Fundamentos psicológicos del tratamiento de las drogodependencias. *Papeles del Psicólogo*, 1(28), 29-40.
- Segura, M. (1990). Entrenamiento cognitivo y enseñanza de habilidades sociales. *Delincuencia*. 2(3), 273-291.
- Segura, M., Arcas, M. y Mesa J. (1998). *Programa de Competencia Social. Habilidades Cognitivas. Valores Morales. Habilidades Sociales*. Tenerife, Consejería de Educación, Cultura y Deportes del Gobierno de Canarias.
- Silva, A. (1994). *La evaluación de programas en drogodependencias. Volumen II: Manual de evaluación*. Madrid: Grupo Interdisciplinar sobre Drogas.

- Sussman, S., Unger, J.B. y Dent, C.W. (2004). Peer group self-identification among alternative high school youth: A predictor of their psychosocial functioning five years later. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4, 9-25.
- Tejero, A. y Trujols, J. (1994). El modelo transteórico de Prochaska y DiClemente: un modelo dinámico del cambio en el ámbito de las conductas adictivas. En J.L. Graña (Dir.), *Conductas adictivas. Teoría, evaluación y tratamiento* (pp. 3-46). Madrid: Debate.
- Terán Prieto, A. (Coordinador). (2008). *Cocaína: Guía Clínica basada en la evidencia científica*. Madrid: Socidrogalcohol. PNSD.
- Vallés, A. (2003) *Cuaderno para mejorar las habilidades sociales, autoestima y solución de problemas (III) : nivel ópt* Madrid : EOS
- Verdugo, M. A., Monjas, M.I., Arias, B. (1992). Intervención sobre la competencia social de los alumnos con necesidades educativas especiales en Educación Infantil y Primaria. Madrid: MEC
- Wolpe, J. (1958). *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Palo Alto, California: Stanford University Press
- Zigler, E. y Phillips, L. (1960). Social effectiveness and symptomatic behaviors. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 61, 231-238.
- Zigler, E. y Phillips, L. (1961). Social competence and outcome in psychiatric disorder. *Journal of Abnormal and Social Psychology*. 63, 264-271

ANEXOS

Anexo 1

Taller Habilidades Sociales

MATERIAL PARA EL ALUMNO

Organiza:



AYUNTAMIENTO DE LEÓN

**Programa Integración Social
Drogodependientes**

Con la colaboración



**FEDERACION ESPAÑOLA DE
MUNICIPIOS Y PROVINCIAS**

Contenido

MATERIAL SESIÓN 1.....	64
1.1.- Habilidades Sociales.....	67
1.2.- Comunicación Verbal y No Verbal.....	67
1.3.- Establecimiento de Relaciones Sociales.....	68
1.4.- Habilidad: Iniciar y mantener una conversación.....	68
1.5.- Estilos de Comunicación	69
TAREA PARA CASA	1
MATERIAL SESIÓN 2.....	70
2.1.- Autoestima y Autorrefuerzo	70
2.2.- La Vasija Agrietada	71
2.3.- Hacer y Recibir Cumplidos	72
TAREA PARA CASA	1
MATERIAL SESIÓN 3.....	73
3.1.- Aceptar y Recibir Críticas	73
3.2.- Expresar Molestia, Desagrado o Disgusto	74
3.3.- Hacer y rechazar peticiones.....	75
MATERIAL SESIÓN 4.....	76
4.1.- Afrontar Situaciones Difíciles	76
4.2.- Ideas Irracionales	76
4.3.- Ideas Irracionales de A.Ellis.....	77
MATERIAL SESIÓN 5.....	78
5.1.- Arrepentimiento y Culpa.....	78
CIERRE DE TALLER.....	78

MATERIAL SESIÓN 1

1.1.- Habilidades Sociales

 LECTURA

Las habilidades sociales son aquellos comportamientos aprendidos que las personas ponen en juego en situaciones en las que se relacionan con los demás; por ejemplo pedir disculpas, hacer amigos, saber decir no, resolver un problema.

Permiten a la persona expresar sentimientos, deseos, opiniones, actitudes o derechos de un modo adecuado a la situación.

1.2.- Comunicación Verbal y No Verbal

 LECTURA

La comunicación verbal puede realizarse de dos formas: oral: a través de signos orales y palabras habladas o escrita: por medio de la representación gráfica de signos.

Hay múltiples formas de comunicación oral. Los gritos, silbidos, llantos y risas pueden expresar diferentes situaciones anímicas y son una de las formas más primarias de la comunicación.

Cuando hablamos con alguien, sólo una pequeña parte de la información que obtenemos de esa persona procede de sus palabras. El resto lo hacemos mediante el lenguaje no verbal; es decir, gestos, apariencia, postura, mirada y expresión.

La expresión de las emociones juega un papel muy importante en la comunicación no verbal

1.3.- Establecimiento de Relaciones Sociales

La capacidad de comunicarnos adecuadamente nos permite acercarnos a los demás y compartir algo de nosotros mismos con gente diferente y, al mismo tiempo, aprender algo de ellos.

Algunas dificultades a la hora de relacionarse:

LECTURA


- *Falta de información: falsas creencias como “las amistades se forman al azar, sin requerir esfuerzos por nuestra parte”*
- *Falta de habilidades para cambiar: Decirse “no puedo cambiar, yo soy así” hace que uno se lo crea realmente.*
- *Anticiparse a las consecuencias negativas en vez de positivas*
- *Pensamientos negativos sobre nosotros mismos: Si alguien presenta una baja autoestima “no soy lo bastante interesante, agradable etc” le resultará más difícil abrirse a los demás y formar relaciones más profundas.*
- *Sentimientos de rechazo “si le pido a una persona del sexo opuesto que salga conmigo y ella se niega, sentiré que no valgo nada.”*

1.4.- Habilidad: Iniciar y mantener una conversación

Lo podemos hacer de la siguiente forma:

LECTURA


- *Saludar y presentarse a otra persona*
- *Hacer una pregunta o comentario sobre la situación o actividad en la cual se está participando*
- *Hacer cumplidos a los demás sobre algún aspecto de su conducta, apariencia o algún otro atributo*
- *Hacer una observación o pregunta casuales sobre lo que está haciendo alguien*
- *Pedir información u opinión a otra persona*
- *Compartir experiencias u opiniones personales, contar historias divertidas, etc.*
- *Ofrecer algo a alguien*
- *Si es un grupo, explicar por qué has llegado a ese grupo. Pregunta por los nombres de los demás miembros y pregúntales cómo llegaron ellos al grupo.*

Pautas:

- *Mirar a los ojos*
- *Sonreír con frecuencias*
- *Mantener una expresión alegre*
- *Sentarse frente a la persona*
- *Asentir con la cabeza*
- *Expresividad con las manos*
- *Realizar preguntas abiertas (¿Qué hiciste el fin de semana pasado?) que posibiliten una respuesta larga, frente a las preguntas cerradas (¿Fuiste al cine el fin de semana pasado?)*

1.5.- Estilos de Comunicación

Comunicación pasiva:

- Mirada baja
- Tono de voz bajo
- No dice lo que piensa o siente, otras personas deciden
- No lleva la contraria al grupo
- No se respetan sus derechos

Comunicación agresiva:

- Mirada fija y desafiante
- Tono de voz muy alto, desafiante
- La persona elige por los demás
- Humilla, ataca, amenaza, impone
- No respeta los derechos de los demás

Comunicación asertiva:

- Mirada de frente
- Tono de voz confiado y firme
- La persona elige por sí misma y expresa su opinión
- Postura relajada
- Respeta los derechos de las demás personas

TAREA PARA CASA

- ☞ Llevar a la práctica el inicio y mantenimiento de la conversación con conocidos y desconocidos (autobús, supermercado, etc.)



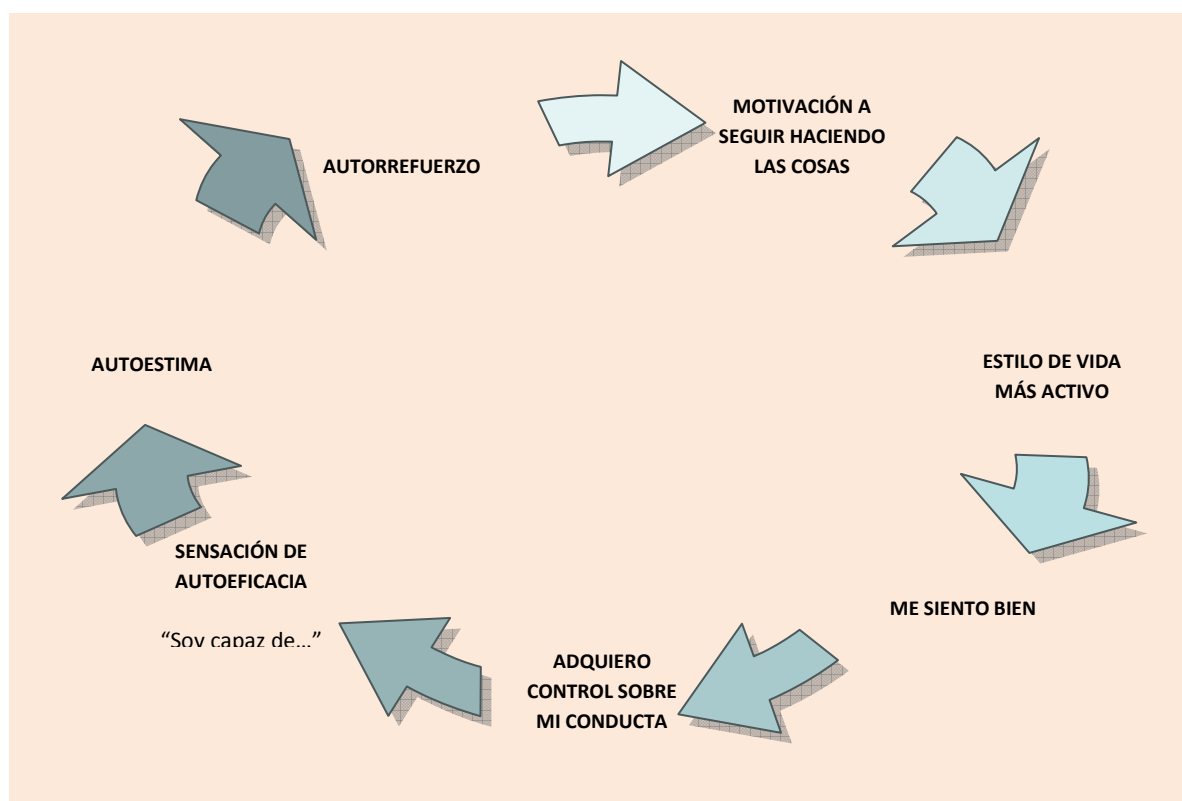
MATERIAL SESIÓN 2

2.1.- Autoestima y Autorrefuerzo

LECTURA

“La autoestima, es el concepto que tenemos de nuestra valía y se basa en todos los pensamientos, sentimientos, sensaciones y experiencias que sobre nosotros mismos hemos ido recogiendo durante nuestra vida, es decir el grado en que los individuos tienen sentimientos positivos o negativos acerca de sí mismos y de su propio valor.

Necesitamos experimentar que somos parte de algo. Somos parte de una familia, una comunidad, en la cual nos quieren y nos respetan... También necesitamos sentir que somos amados por la familia, la pareja, los amigos... Ser reconocidos en nuestras cualidades, capacidades, habilidades, destrezas...”



- PRÉMIATE: autorrefuerzo a corto plazo.
- DÍA AZUL: autorrefuerzo a largo plazo.
- REVISIÓN: metas / objetivos “y mañana qué...”.

2.2.- La Vasija Agrietada

LECTURA

Un cargador de agua de la India tenía dos grandes vasijas que colgaban a los extremos de un palo que llevaba sobre los hombros. Una de las vasijas tenía varias grietas, mientras que la otra era perfecta y conservaba toda el agua al final del largo camino que tenía que recorrer a pie, desde el arroyo hasta la casa de su patrón, pero cuando llegaba, la vasija rota solo tenía la mitad del agua.

Durante dos años esto fue así, desde luego, la vasija perfecta estaba muy orgullosa de sus logros, pues se sabía perfecta. Pero la pobre vasija agrietada estaba muy avergonzada de su propia imperfección y se sentía miserable porque solo podía hacer la mitad de su trabajo.

Así que la tinaja quebrada habló al aguador diciéndole: “Estoy avergonzada y me quiero disculpar contigo porque debido a mis grietas solo puedes entregar la mitad de mi carga y solo obtienes la mitad del valor que deberías recibir.

El aguador apesadumbrado, le dijo compasivo: “Cuando regresemos a la casa quiero que te fijas en las bellísimas flores que crecen a lo largo del camino”. Así lo hizo la tinaja, y vio muchísimas flores hermosas a lo largo del trayecto, ero de todos modos se sentía apenada porque al final, solo quedaba dentro de sí la mitad del agua que debía llevar.

El aguador le dijo entonces “¿Te diste cuenta de que las flores solo crecen en tu lado del camino? Siempre he sabido de tus grietas y quise sacar el lado positivo de ello. Sembré semillas de flores a todo lo largo del camino por donde vas y todos los días las has regado. Si no fueras exactamente cómo eres, con todo y tus defectos no hubiera sido posible crear esta belleza”.

Cada uno de nosotros tiene sus propias grietas, pero debemos saber que siempre existe la posibilidad de aprovechar las grietas para obtener buenos resultados.

	Antes	Ahora
Familia		
Amigos		
Salud		
Dinero		

2.3.- Hacer y Recibir Cumplidos

La afectividad es fundamental para la creación de lazos emocionales positivos.

Para la mayoría de las personas, tanto el dar como recibir afecto suele resultar un poco complicado. Las razones más frecuentes suelen ser la falta de hábito, el temor a sentirse rechazados, a pensar que pueden reírse de ellos, etc.

Los cumplidos son conductas verbales que ayudan a hacer más agradables la relación con los demás.

Por qué es importante:

- ✓ *Los demás disfrutan al oír expresiones positivas, sinceras sobre cómo nos sentimos respecto a ellos.*
- ✓ *El hacer cumplidos ayuda a fortalecer las relaciones entre dos personas.*
- ✓ *Cuando se hacen cumplidos a los demás, es menos probable que se sientan olvidados o no apreciados*
- ✓ *Cuando tenemos que expresar sentimientos negativos o defender nuestros derechos ante alguien, es menos probable que se produzca un enfrentamiento si previamente hemos hecho algún cumplido sobre otros aspectos de la conducta de la otra persona.*

Pautas:

- ✓ *Ofrecer una expresión positiva directa sobre la conducta, apariencia o posesiones de otra persona. Decir el nombre de la persona y ser específicos sobre lo que nos gusta.*
- ✓ *Expresar en términos de nuestros propios sentimientos. Por ejemplo, es mejor decir “me gusta tu camisa” que “es una camisa bonita”*
- ✓ *Debemos hacer cumplidos a otra persona sin esperar nada a cambio. Si le vamos a pedir un favor, es probable que el cumplido no sea tenido en cuenta.*

TAREA PARA CASA

- ☞ Realizar cumplidos y potenciar esas cosas que nos ayudan a tener una buena autoestima.
- ☞ Autorreforzarnos



MATERIAL SESIÓN 3

3.1.- Aceptar y Recibir Críticas

Algunas personas adoptan una postura defensiva a la hora de recibir la crítica y una postura agresiva a la hora de hacerla.

No importa lo buenas que sean nuestras relaciones, seremos criticados de vez en cuando.

Normalmente, solemos responder de forma defensiva como:

- Evitar la crítica **ignorándola**, negándonos a discutirla, cambiando de tema o marchándonos. Esta actuación dejaría el problema sin resolver
- Podemos **negarla** directamente.
- Podemos intentar **disculpar** nuestra conducta, explicándola con detalle rebajando su importancia. Aquí no prestamos atención a los sentimientos o razones de la otra persona.
- Podemos responder a la crítica con otra crítica, **devolviéndola**. Esto puede causar un daño importante en la otra persona

Pautas para abordar la crítica de forma constructiva:

- Pedir detalles sobre el qué, quién, cuándo, cómo, dónde y por qué de la situación planteada por la otra persona.
- Ante la crítica:
 - o Si estamos de acuerdo, reconocerlo. La otra persona respetará nuestra sinceridad.
Crítica: “Ayer jugaste un mal partido”

Respuesta: “Es verdad, ayer no lo hice muy bien”
 - o Si no estamos de acuerdo, expresarlo de una forma tranquila y sin agresividad. Que la otra persona sienta que tiene derecho a dar una opinión.
Crítica: “No me gusta tu camiseta”

Respuesta: “Entiendo que no es de tu estilo, pero a mí me gusta”

3.2.- Expresar Molestia, Desagrado o Disgusto

La conducta más generalizada a la hora de expresar estos sentimientos suele ser la agresividad.

Tenemos derecho a expresar molestia si algo que hace alguien limita nuestro bienestar.

Esto puede cambiar o no la situación, pero en la mayoría de los casos servirá para que la otra persona se dé cuenta de que algo nos molesta, y sobre todo para que estos sentimientos no se acumulen en nuestro interior y tengamos una explosión de ira en un momento inadecuado.

Pautas:

- Expresar la molestia en el momento en se produce la conducta que nos desagrada o disgusta
- Determinar si merece la pena criticar una conducta determinada
- Ser breve. Una vez expresado lo que se quiere decir, no darle más vueltas.
- Evitar hacer acusaciones personales, hay que dirigir la crítica hacia una conducta concreta.
- Pedir un cambio de conducta específico
- Expresarlo en términos de nuestros propios sentimientos, en primera persona, no en términos absolutos.
- Empezar y terminar la conversación en tono positivo.
- Escuchar el punto de vista de la otra persona.
- Terminar la conversación si puede acabar en riña

Si alguna persona respondiera de forma hostil hacia nuestra crítica tenemos que tener en cuenta:

- La persona parte de un estado emocional adecuado
- Poco a poco la persona “se dispara”. Transmite de una forma impulsiva o agresiva sus emociones. En este momento es mejor escuchar (ni argumentar, ni defenderte). La persona no aguantará mucho tiempo ese estado emocional alterado.
- Intervenir de una forma empática, que la persona sienta que le comprendemos y entendemos su estado (lo que no significa que estemos de acuerdo)
- La persona se calmará cada vez más. Solo de esta manera podremos resolver el problema

3.3.- Hacer y rechazar peticiones

☞ **HACER PETICIONES** incluye pedir favores, ayuda y pedir a una persona que haga algo. No es una exigencia.

Pautas:

- Ser directos
- No es necesario ninguna justificación, aunque las explicaciones ayudan
- No es necesaria ninguna disculpa
- No hay que tomar una respuesta negativa de forma personal

☞ **RECHAZAR PETICIONES** implica que seamos capaces de decir “no” cuando queramos hacerlo y no sentirnos mal por ello. Esto nos ayuda a no implicarnos en situaciones en las que sentiríamos que se aprovechan de nosotros o que nos manipulan para que hagamos algo que no queremos hacer.

Pautas:

- Decir simplemente “no”. Se puede hacer una razón, pero no existe una obligación de rusticar la respuesta
 - Pedir tiempo para pensar sobre la petición
 - Pedir información sobre la petición
-
- Las dificultades más comunes a la hora de realizar y rechazar peticiones son: el pensar que una petición es una obligación, el no elegir el momento y el lugar adecuado, el no responder de manera adecuada ante peticiones no gratas
 - Hay personas que tienen problemas para decir que “no” y a su vez ofrecen excusas por no ser capaces de satisfacer las peticiones de otra persona, cuando realmente no quieren acceder a ellas.
 - Por el contrario hay personas agresivas que pueden comportarse de modo exigente y agresivo al hacer una petición y resentidas al rechazarla.

MATERIAL SESIÓN 4

4.1.- Afrontar Situaciones Difíciles

LECTURA

☞ Como personas que somos, no contamos con una sola manera de reaccionar ni con un solo modo de afrontamiento. Estos dependerán de la situación, del momento,...Pero lo que sí es cierto es que de entre todos ellos, tendemos a repetir un único esquema de reacción y afrontamiento, y es ese punto concreto el que merece nuestra reflexión.

☞ Hay tres formas de afrontar esas situaciones:

- Evitarlas: No exponerme a una situación que identifico de riesgo para mí.
- Escapar: salir o "huir" de la situación cuando estoy en ella.
- Controlarlas: afrontarlas desde dentro, desde la misma situación.

Etapas en el afrontamiento de situaciones difíciles. Solución de problemas:

- Detección de la situación
- Pensar en varias soluciones: muchas, no importa cuántas, ni su viabilidad.
- Prever consecuencias: hemos de intentar anticipar lo que puede ocurrir con cada una de las alternativas
- Puesta en práctica, tomar una decisión: elegir una de las alternativas, la que consideremos mejor.
- Comprobar cómo nos ha ido: ver los resultados, incluye el autorefuero.

4.2.- Ideas Irracionales

LECTURA

☞ Los pensamientos son diálogos con nosotros mismos que contienen afirmaciones sobre situaciones, circunstancias, temas, personas...

☞ Dentro de los pensamientos nos encontramos con los que son:

- Racionales: aquellos que se apoyan en datos reales y objetivos.
- Irracionales: que no cuentan con datos objetivos e incluso están en contradicción con la realidad.

☞ Pero dentro de estos pensamientos hay unos que se caracterizan por obstaculizar el logro de nuestros objetivos y tienden a originar emociones negativas, nos hacen sentir mal. Son los llamados pensamientos negativos.

☞ Lo que debemos hacer es identificar cómo influyen estos pensamientos sobre mis sentimientos y conductas. Analizarlos para ver hasta qué punto se ajustan a la realidad.

☞ Buscar otros pensamientos alternativos.

4.3.- Ideas Irracionales de A.Ellis

LECTURA

- ☞ "Es una necesidad extrema para el ser humano adulto el ser amado y aprobado por prácticamente cada persona significativa de la sociedad".
- ☞ "Para considerarse uno mismo valioso se debe ser muy competente, suficiente y capaz de lograr cualquier cosa en todos los aspectos posibles".
- ☞ "Cierta clase de gente es vil, malvada e infame y que deben ser seriamente culpabilizados y castigados por su maldad".
- ☞ "Es tremendo y catastrófico el hecho de que las cosas no vayan por el camino que a uno le gustaría que fuesen".
- ☞ "La desgracia humana se origina por causas externas y la gente tiene poca capacidad o ninguna, de controlar sus penas y perturbaciones"
- ☞ "Si algo es o puede ser peligroso o temible, se deberá sentir terriblemente inquieto por ello y deberá pensar constantemente en la posibilidad de que esto ocurra".
- ☞ "Es más fácil evitar que afrontar ciertas responsabilidades y dificultades en la vida"
- ☞ "Se debe depender de los demás y se necesita a alguien más fuerte en quien confiar".
- ☞ "La historia pasada de uno es un determinante decisivo de la conducta actual, y que algo que le ocurrió alguna vez y le conmocionó debe seguir afectándole indefinidamente".
- ☞ "Uno deberá sentirse muy preocupado por los problemas y las perturbaciones de los demás".
- ☞ "Invariablemente existe una solución precisa, correcta y perfecta para los problemas humanos, y que si esta solución perfecta no se encuentra sobreviene la catástrofe"

MATERIAL SESIÓN 5

5.1.- Arrepentimiento y Culpa

LECTURA

☞ El pasado forma parte del destino del hombre, ya que es inalterable. Sin embargo, el futuro no tiene que estar necesariamente determinado por el pasado.

☞ Los errores del pasado pueden servirnos de lección para el futuro.

☞ **El Sufrimiento:**

Afortunada o desafortunadamente el sufrimiento es algo esencial en la vida humana. Todos en algún momento lo hemos vivido. Somos conscientes de él y tenemos que enfrentarlo con una actitud digna y responsable.

Posibles actitudes frente al sufrimiento:

- Escapismo: evitación del contacto con aquello que nos pasa.
- Apatía: nos encontramos insensibles a lo que ocurre. Lo único que percibimos es el desinterés.
- La autocompasión: es vivir el sufrimiento como algo injusto que nos está ocurriendo; como si fuera dirigido específicamente contra nosotros.
- Contacto con el dolor: es asumir lo que nos está ocurriendo, dejándonos sentir el dolor que, inevitablemente, está aquí, en nosotros.

Debemos encontrarle un sentido y convertirlo en una ocasión para crecer.

☞ **La Culpa:**

La culpa es una evasión de la realidad, una evasión que mantiene a la persona paralizada, detenida, fijada en una posición de la que es imposible salir.

Existe la culpa por cometer actos erróneos, por no haber realizado algo, por tener pensamientos de cometer algún mal, de no haber aprovechado el momento...

Como podemos abordar el sentimiento de culpa:

- La reparación directa a lo que o a quien se dañó.
- Una buena acción relacionada con la culpa.
- Un cambio en el estilo de vida

☞ **El arrepentimiento:**

Es la forma de aceptar la responsabilidad para salir del estado de culpa. Cuando nos enfrentamos a hechos irreversibles que ya no podemos modificar, se pueden asumir dos actitudes: el aturdimiento o el arrepentimiento. Aturdirnos es evadir la responsabilidad; arrepentirnos, es asumirla.

CIERRE DE TALLER

¿Qué ha significado este Taller de Habilidades para ti?

ANEXO 2

TALLER de HABILIDADES SOCIALES

Programa Integración Social Drogodependientes



AYUNTAMIENTO DE LEÓN

- DOSSIER ALUMNO -

Con la colaboración:



CONTENIDO

HABILIDADES SOCIALES	83
1.- ¿QUÉ SON LAS “HABILIDADES SOCIALES”?	83
2.- ¿QUÉ IMPORTANCIA TIENE ADQUIRIR Y UTILIZAR UNAS BUENAS “HABILIDADES SOCIALES”?	83
3.- ¿CÓMO ADQUIRIR BUENAS “HABILIDADES SOCIALES”?	83
4.- ¿CUÁLES SON LAS CARACTERÍSTICAS DE LOS TRES TIPOS DE COMPORTAMIENTO?	84
4.1.- COMPORTAMIENTO SOCIAL PASIVO	84
4.2.- COMPORTAMIENTO SOCIAL AGRESIVO	84
4.3.- COMPORTAMIENTO SOCIAL ASERTIVO O CON HABILIDAD SOCIAL	84
HABILIDADES SOCIALES NO VERBALES	85
Comunicación no verbal y estilos de comportamiento	86
▪ Comportamiento social pasivo	86
▪ Comportamiento social agresivo	86
▪ Comportamiento asertivo o con habilidad social	87
COMUNICACIÓN: CONVERSACIONES	87
¿Qué son las conversaciones?	87
¿Qué importancia tiene saber conversar?	87
¿Cómo conversar de forma correcta?	88
¿Cuáles son los requisitos previos?	88
¿Cómo saludar?	88
¿Cómo responder al saludo?	88
¿Cómo presentarse ante otra u otras personas?	88
¿Cómo responder cuando eres presentado?	88
¿Cómo presentar a personas que no se conocen?	88
Amabilidad y cortesía	88
¿Cuáles son las fases de la conversación?	89
¿Cómo participar en conversaciones de grupo?	90
Para iniciar la conversación:	90
AUTOESTIMA	91
¿Qué es la autoestima?	91
¿Cuáles son esas áreas?	91
¿Cómo puede ser la autoestima?	91
¿Cómo conocer nuestra autoestima?	92
¿Cómo desarrollar la autoestima?	92
¿Cómo mejorar nuestra autoestima?	93
Estrategias para potenciar la autoestima	93
REFORZAR POSITIVAMENTE A OTROS: HACER CUMPLIDOS	93

¿Qué es reforzar positivamente a otros?.....	93
¿Qué importancia tiene saber reforzar positivamente a los otros?	93
¿Cómo reforzar positivamente a los otros?	94
¿Cómo recibir los refuerzos de otros?	94
AUTOCONTROL.....	95
Pautas de autocontrol.....	95
EXPRESAR Y RECIBIR QUEJAS: DECIR LO QUE NOS MOLESTA	96
¿Qué es una queja?	96
¿Qué importancia tiene saber expresar quejas?	96
¿Cómo expresar quejas?	96
¿Cómo recibir quejas?.....	96
HACER PETICIONES: PEDIR FAVORES.....	97
¿Qué significa pedir favores?	97
¿Qué importancia tiene saber pedir favores?.....	97
¿Cómo pedir un favor?.....	97
¿Cómo hacer un favor?	97
RECHAZAR PETICIONES: DECIR NO	97
¿Qué significa rechazar peticiones?	97
¿Qué importancia tiene saber rechazar peticiones de forma adecuada?	98
¿Cuándo debes negarte?.....	98
¿Cómo decir no de forma adecuada?	98
DEFENDER LOS PROPIOS DERECHOS	98
¿Qué significa defender los propios derechos?	98
¿Qué importancia tiene saber defender los propios derechos?.....	99
¿Cómo defender los propios derechos?	99
A. ¿Qué derechos tengo?.....	99
B. ¿Cuándo son amenazados?	100
C. ¿Cómo comunicárselo a los demás?.....	100
D. ¿Cómo responder a la defensa de los derechos de los demás?.....	100
EMPATÍA	101
PENSAMIENTOS IRRACIONALES	101
Algunas creencias irracionales:	102
RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS.....	104
AFRONTAMIENTO DE SITUACIONES DIFÍCILES	105
RESILIENCIA.....	106

HABILIDADES SOCIALES

1.- ¿QUÉ SON LAS “HABILIDADES SOCIALES”?

- Las habilidades sociales son las formas de comportarnos de forma adecuada cuando nos relacionamos con otras personas.
- Son aquellas conductas que nos permiten actuar de manera eficaz y satisfactoria en diversas situaciones sociales.
- Consisten en poner en juego un conjunto de conductas (verbales y no verbales) para relacionarnos con los demás de forma correcta y mutuamente satisfactoria.
- Las habilidades sociales no son innatas, se aprenden.

2.- ¿QUÉ IMPORTANCIA TIENE ADQUIRIR Y UTILIZAR UNAS BUENAS “HABILIDADES SOCIALES”?

- ☞ Nos sentiremos más a gusto con nosotros mismos y los demás estarán más contentos de estar con nosotros.
- ☞ Nos darán seguridad en nosotros mismos, y dará seguridad a los demás, aumenta nuestra autoestima y la de los demás.
- ☞ Nos ayudan a controlar nuestra propia conducta, por lo que tendremos menos problemas con los amigos, compañeros, padres, pareja, etc. y una mejor adaptación posterior en la vida.
- ☞ Obtendremos mejores rendimientos laborales y seremos personas más organizadas, activas, participativas, cooperativas y populares.
- ☞ Nos implicaremos más en la toma de decisiones familiares, laborales y entre los amigos, sintiéndonos personas más valoradas y queridas por los demás.

3.- ¿CÓMO ADQUIRIR BUENAS “HABILIDADES SOCIALES”?

3.1.- Observar y distinguir los tres estilos de comportamiento que normalmente utilizamos cuando nos relacionamos con los demás:

- Comportamiento Social “Pasivo”.
- Comportamiento Social “Agresivo”.
- Comportamiento Social “Asertivo” o con habilidad social.

3.2.- Practicar el comportamiento asertivo; en distintas situaciones simuladas o inventadas (familiares, amigos/as, pareja), hasta asimilar e interiorizar los pasos necesarios para actuar con habilidad social.

3.3.- Generalizar los conocimientos aprendidos a las distintas situaciones planteadas en la vida cotidiana, y comprobar por nosotros mismos los resultados obtenidos (gran satisfacción personal, seguridad en sí mismo, autocontrol de la conducta). En definitiva, aumento de la autoestima.

4.- ¿CUÁLES SON LAS CARACTERÍSTICAS DE LOS TRES TIPOS DE COMPORTAMIENTO?

4.1.- COMPORTAMIENTO SOCIAL PASIVO

- ☞ Persona retraída, aislada, tímida, poco comunicativa, lenta y generalmente con pocos amigos.
- ☞ Se relaciona poco con los demás y no es capaz de expresar sus necesidades, pensamientos y sentimientos. Cuando se expresa lo hace de forma derrotista, con disculpas, con falta de confianza, de tal modo que los demás pueden fácilmente no hacerle caso.
- ☞ No es capaz de defender sus propios derechos y deja que los demás se aprovechen de él: no se defiende y generalmente no toma la iniciativa ni asume responsabilidades, deja que los demás le manden y le digan lo que tiene que hacer.

4.2.- COMPORTAMIENTO SOCIAL AGRESIVO

- ☞ Persona socialmente explosiva, violenta, desafiante, hostil y mandona. Generalmente tiene pocos amigos o amigos falsos, porque humilla a los demás
- ☞ Se relaciona con los demás para conseguir lo que él desea y cuando él quiere, generalmente no se preocupa por los sentimientos, pensamientos y necesidades de los demás, y con frecuencia se mete en líos y peleas.
- ☞ Defiende sus derechos aprovechándose injustamente y a la fuerza de los derechos de los demás. Manda, intimida y manipula a los otros. Dice a la gente que es lo que tiene que hacer, tomando el control de la situación y obligando a que hagan cosas que no quieren hacer. Critica a los demás y humilla.
- ☞ Hay tres formas de manifestar la agresividad
 - **Agresividad verbal:** consiste en decir palabras o frases que humillan, descalifican o desvalorizan a otras personas. El mensaje que se transmite está cargado de ira y resentimiento, de tal forma que hace sentirse mal a las otras personas.
 - **Agresividad física:** consiste en manifestar descontento, desacuerdo o tratar de imponer nuestros deseos a través de la fuerza física, que hace daño, molesta y hace sentir mal a otras personas. Se trata de resolver los conflictos a través de la fuerza física.
 - **Agresividad gestual:** consiste en manifestar rechazo hace lo que la otra persona dice, hace o siente, para imponer nuestros deseos con gestos o que la humillan y la hacen sentirse mal.

4.3.- COMPORTAMIENTO SOCIAL ASERTIVO O CON HABILIDAD SOCIAL

- ☞ Persona socialmente alegre, expresiva, cooperativa y participativa, se comunica con los demás de forma clara, directa y no ofensiva, por lo que generalmente tiene muy buenos y sinceros amigos
- ☞ Se relaciona con los demás con respeto y es capaz de expresar sus sentimientos, pensamientos y necesidades de forma sincera sin ofender a los demás.

- ☞ Defiende sus propios derechos, asume sus responsabilidades y al mismo tiempo respeta los derechos de los demás, siendo siempre honrado, justo y sincero.

HABILIDADES SOCIALES NO VERBALES

- ☞ Se engloban dentro de la denominada comunicación no verbal, es decir, aquella comunicación que emplea las conductas realizadas con el cuerpo para apoyar el mensaje verbal que queremos transmitir.
- ☞ Tiene cuatro funciones básicas:
 - Sustituir a las palabras
 - Enfatizar lo que se pretende transmitir verbalmente con la ayuda de expresiones corporales
 - Regular la comunicación entre las personas
 - Contradecir el mensaje verbal cuando se quiere poner en evidencia algunas expresiones y opiniones.
- ☞ La comunicación no verbal tiene que ser congruente con el lenguaje verbal. Si no lo fuera, la otra persona prestará más atención a los aspectos no verbales.

La mirada

- ☞ La mirada es un indicador de que estamos prestando atención a las demás personas y se utiliza para regular los turnos de palabra.
- ☞ Cuando prestamos atención a los demás, los miramos para expresar una total implicación con lo que se está diciendo. Por el contrario, cuando retiramos la mirada intencionalmente mostramos falta de interés.

La sonrisa

- ☞ La sonrisa es considerada como un gesto de pacificación. Hay diferentes tipos de sonrisa; auténtica, triste, falsa, conquistadora...
 - Tiene una función tranquilizadora frente a la agresión.
 - Forma parte de los saludos y de las conductas sociales de cortesía.
 - A veces se emplea para ocultar emociones distintas a las que se expresa.
 - Abre los canales de comunicación.

Los gestos

- ☞ Los gestos se localizan principalmente en manos, cabeza y pies.
- ☞ Existen:
 - Gestos conocidos por la mayoría de los miembros del grupo (un corte de mangas).
 - Gestos que realizamos para cumplir acciones o satisfacer necesidades propias (rascarse, bostezar)

- Gestos con los que intentamos regular la interacción entre personas (que hable despacio, que lo repita, levantar la mano).
- Gestos que acompañan a la comunicación verbal (acariciarnos la barbilla cuando tomamos una decisión, cruzar los brazos cuando no estamos de acuerdo con lo que dicen).

La expresión facial

☞ La cara es una de las partes más expresivas y más complejas en la comunicación no verbal. Refleja el estado emocional del sujeto a través de los movimientos de la boca, los ojos, las cejas...

☞ Seis son las emociones consideradas como universales:

- Alegría
- Ira.
- Miedo.
- Tristeza.
- Sorpresa.
- Asco.

La postura corporal, orientación y contacto físico

☞ Mediante la postura corporal se transmiten determinadas actitudes y sentimientos. Por ejemplo, en una conversación, un ligero retroceso hacia atrás significa rechazo hacia esa persona.

☞ El grado de intimidad modifica la postura adoptada frente a la otra persona. Por ejemplo, cuando realizamos una confidencia nos acercamos hacia la otra persona.

☞ El tipo de situación también determina la utilización de una postura u otra.

Comunicación no verbal y estilos de comportamiento

▪ Comportamiento social pasivo

☺ ¿Cómo es su conducta no verbal?

- Expresión facial: cara poco expresiva, parece triste, tímido y asustado.
- Contacto ocular: evita las miradas, con escaso o ningún contacto ocular
- Postura corporal: hombros caídos, cabeza hacia abajo
- Distancia física: se mantiene alejado
- Modulación de la voz: voz baja, monótona, entre dientes, floja y temblorosa, con titubeos.

▪ Comportamiento social agresivo

☺ ¿Cómo es su conducta no verbal?

- Expresión facial: enfadada, rígida
- Contacto ocular: mirada fija y desafiante, con exceso de contacto ocular, hacen que la otra persona se sienta incómoda y amenazada.
- Postura corporal: tensa, indicando escaso interés por lo que la otra persona está diciendo
- Distancia física: demasiado cercana, invadiendo el “espacio personal” de otros, haciendo sentir a la otra persona incómoda y amenazada.
- Modulación de la voz: voz alta, habla demasiado deprisa, con frecuentes interrupciones
- Gestos corporales: exagerados

- Comportamiento asertivo o con habilidad social
 - ☺ ¿Cómo es su conducta no verbal?
 - Expresión facial: tranquila, amable y serena
 - Contacto ocular: mirada directa a los ojos, con un adecuado contacto ocular, que facilita un comportamiento amable y sincero por parte de otros
 - Postura corporal: cuerpo relajado, asentimientos con la cabeza indicando que respeta lo que la otra persona dice.
 - Distancia física: adecuada, manteniendo el “espacio personal” de la otra persona
 - Modulación de la voz: firme, segura y sin titubeos
 - Gestos corporales: adecuados

COMUNICACIÓN: CONVERSACIONES

¿Qué son las conversaciones?

- ☞ Las conversaciones son el medio principal de intercambio de información y de relación entre dos o más personas.
- ☞ Conversar consiste en hablar o dialogar con los demás para compartir pensamientos, deseos, necesidades y opiniones.

¿Qué importancia tiene saber conversar?

- ☞ Saber conversar de forma correcta es importante porque es el medio más frecuente de comunicación y de relación entre las personas.
- ☞ Como seres humanos necesitamos conversar sobre cualquier tema y con cualquier persona (padres, amigos, compañeros, pareja, desconocidos, etc.) y no todos manifestamos facilidad para ello.
- ☞ Si sabes conversar de forma correcta:
 - ☺ Tendrás muchas posibilidades de participar en asuntos y actividades importantes.
 - ☺ Te interesarás por lo que le ocurre a los demás y los demás se interesarán por ti.
 - ☺ Darás, obtendrás información y la compartirás.
 - ☺ Te enriquecerás a ti mismo y enriquecerás a otras personas.
 - ☺ Te sentirás a gusto contigo mismo y con los demás. Aumenta la autoestima.
- ☞ La persona con **estilo de comunicación pasivo** tendrá miedo de iniciar conversaciones con los demás, por ello esperará a que los demás la inicien no tomando participación en ella. Se sentirá aislado y mal consigo mismo, con sentimientos de ansiedad y angustia.
- ☞ La **persona agresiva** no respetará las normas de la conversación, querrá ser siempre el centro de atención, imponiendo a los demás sus intereses, deseos y opiniones sin respetar a los demás. Con lo que probablemente no se le responderá ni respetará.

¿Cómo conversar de forma correcta?

- ☞ Para conversar de forma correcta es preciso conocer fundamentalmente tres cosas:
 - Los requisitos previos de todo acto de comunicación
 - Las fases de que consta una conversación (iniciar, mantener y terminar una conversación)

¿Cuáles son los requisitos previos?

- Saludos: constituye el primer paso para establecer una conversación con otras personas. Tener en cuenta:

¿Cómo saludar?

- Dirigirse a la otra persona, mirarla a los ojos y sonreírle.
- Emitir expresiones de aceptación tales como: ¿Qué tal? ¡Me alegro de verte.
- Emplear gestos adecuados: Una palmada en la espalda, dar la mano, abrazar, besar etc.

¿Cómo responder al saludo?

- ☞ Se debe responder amablemente a las manifestaciones de saludo de la otra persona empleando expresiones como:
 - ¿Cómo estás?..... ¡Muy bien!..... ¿Y tú?
 - ¡Me alegro de saludarte!..... ¡Yo también estoy encantado/a!
 - ¡Me alegro de verte!..... ¡Yo también!

- ☞ Las presentaciones: son las que sirven para darnos y dar a conocer a los demás y, lo mismo que los saludos nos permiten iniciar la conversación.

¿Cómo presentarse ante otra u otras personas?

- Mirar a la persona o personas a los ojos y saludarles.
- Decir tu nombre y algún otro dato de identificación.
- Comentar algo de ti mismo que pueda interesar a la otra persona, algo que tengáis en común, ello te ayudará a iniciar la conversación.

¿Cómo responder cuando eres presentado?

- Mirar a la otra persona o personas a los ojos y responder al saludo
- Emplear expresiones tales como <<encantado/a de conocerte>>, <<mucho gusto>>

¿Cómo presentar a personas que no se conocen?

- Decir el nombre de una de las personas y presentarle a la otra utilizando expresiones tales como <<te presento a.....>>
- Decir algo que interese a la otra persona que les facilite iniciar la conversación. Es mi mejor amigo, es muy divertido, etc.
- Utilizar gestos acordes: sonrisa, dar la mano, un beso, etc.

Amabilidad y cortesía

- ☞ Son aquellas conductas que se caracterizan por su contenido verbal amigable y positivo en el que se transmite a la otra persona nuestro reconocimiento y aceptación

- Ejemplos de conductas: dar las gracias, pedir las cosas por favor, pedir perdón, pedir permiso.
- Ejemplos de contenido verbal: ¡eres muy amable, gracias! ¡Por favor, me dejas...! ¡lo siento, ha sido una torpeza mía! ¡Disculpa, no ha sido mi intención!

¿Cuáles son las fases de la conversación?

☞ 1.- Iniciación

- Iniciar una conversación significa comenzar a hablar con otra u otras personas. Generalmente, el comienzo de la conversación toma la forma de saludo, presentación o pregunta.
 - ¿Cómo iniciar?
 - Observa
 - Espera la pausa, acércate y sonríele
 - Saluda, preséntate
 - Haz tu primera pregunta
 - Utiliza gestos adecuados al mensaje verbal
 - ¿Cómo responder?
 - Responder al saludo o presentación
 - Responder a la pregunta que nos formula
 - Utilizar gestos adecuados al contenido del mensaje
 - Agradecerle su invitación a hablar

☞ 2.- Mantenimiento

- Mantener una conversación significa hablar durante un determinado tiempo con otras personas y hacerlo de forma que resulta agradable para ambos. Generalmente la conversación se mantiene haciendo preguntas y respondiendo a las de los demás, manifestando nuestras opiniones, pensamientos y sentimientos.
 - ¿Cómo?
 - Haz preguntas
 - Responde a las de los demás
 - Presta atención a lo que la otra persona dice, dando señales de escucha activa: mirando a la otra persona a los ojos, realizando movimientos afirmativos de cabeza o expresando palabras tales como, sí, sí...ya....comprendo...ajá....
 - Mantener turnos en la conversación, unas veces hablas y otras escuchas, unas veces preguntas y otras respondes, etc.
 - Acompañar al mensaje verbal con un lenguaje corporal adecuado

☞ 3.- Terminación

- Terminar conversaciones significa finalizar la charla con la persona o personas con las que estamos dialogando, de forma agradable y amistosa. Generalmente la conversación puede terminar de dos formas; o por mutuo acuerdo o porque una persona se retire de la conversación
 - ¿Cómo?
 - Comunica que deseas terminar
 - Manifiesta deseos de continuar en una próxima ocasión
 - Despidete de forma amable

¿Cómo participar en conversaciones de grupo?

Para iniciar la conversación:

- ✓ Acercarse al grupo y escuchar lo que dicen o están hablando
- ✓ Esperar el momento apropiado, que puede ser una breve pausa, para no interrumpir la conversación
- ✓ Presentarse o pedir permiso si lo crees conveniente para unirse a la conversación, ejemplo <<me interesa el tema ¿me puedo unir a vosotros?>>
- ✓ Hacer preguntas o afirmaciones que tengan que ver con lo que dicen los demás

Para mantener la conversación:

- ✓ Hacer preguntas y contestar a las de los demás, manifestando vuestras opiniones, pensamientos y sentimientos
- ✓ Intentar no salirse del tema que están hablando los demás
- ✓ Si queréis cambiarlo, esperad hasta que la conversación se acerque a su fin y entonces podéis sugerir otro nuevo.

Para finalizar la conversación:

- ✓ Saber cuándo y cómo finalizarla o como excusaros de una conversación que continúa. Para ello es importante tener en cuenta lo siguiente:
 - Aseguraros de que los demás sepan que habéis acabado o que estáis terminando, así ellos también pueden terminar
 - Si continúa la conversación, despediros amablemente. <<Me gustaría seguir hablando con vosotros, pero he quedado con un amigo, ya continuaremos en otro momento>>

AUTOESTIMA

¿Qué es la autoestima?

- ☞ La autoestima es aquello que sentimos, pensamos y manifestamos acerca de nosotros mismos.
- ☞ Es decir, es la forma en que nos valoramos o estimamos, y esta valoración procede de los sentimientos, pensamientos y comportamientos respecto a cómo nos vemos a nosotros mismos y como nos ven los demás en las distintas áreas.

¿Cuáles son esas áreas?

- A) Área Social: Es la valoración de uno mismo en cuanto a la amistad. Implica sentirnos o no satisfechos de nuestras relaciones sociales: amigos/as, compañeros/as
- B) Área Laboral o Profesional: Consiste en la valoración de uno mismo como trabajador. Implica sentirse o no satisfecho con el rendimiento laboral.
- C) Área Familiar: Refleja la valoración de uno mismo como miembro de una familia o en pareja.
- D) Imagen corporal: Es la combinación del aspecto y capacidades físicas. Consiste en la valoración de cómo es y actúa tu cuerpo. Implica sentirse o no a gusto con el cuerpo: desarrollo físico, estatura, edad, sexo, etc.
- E) Autoestima global: valoración global de la autoestima en todas las áreas juntas.

¿Cómo puede ser la autoestima?

- ☞ Si relacionamos la autoestima con el aspecto conductual, la autoestima puede ser:
 - Autoestima baja (defectos de conducta)
 - Autoestima alta (conducta adecuada)
 - Autoestima baja-desproporcionada (excesos de conducta)
- ☞ Relación de la autoestima con los estilos de comportamiento y con las habilidades sociales
 - Autoestima baja
 - Comportamiento pasivo
 - Déficit en habilidades sociales
 - Autoestima baja o desproporcionada
 - Comportamiento agresivo
 - Déficit en habilidades sociales
 - Autoestima alta o normal
 - Comportamiento asertivo
 - Buenas habilidades sociales

¿Cómo conocer nuestra autoestima?

- ☞ Para conocer nuestra autoestima es preciso hacer una valoración de los dos componentes que influyen y actúan de forma conjunta.
- ☞ Cómo nos percibimos a nosotros mismos y cómo deseáramos ser:
 1. Cómo nos percibimos a nosotros mismos, es decir, cómo nos vemos o pensamos que somos en las distintas áreas.
 2. Cómo deseáramos ser, es decir, el ideal de cómo nos gustaría ser.
- ☞ La discrepancia entre cómo nos percibimos a nosotros mismos y cómo nos gustaría ser da como resultado un determinado tipo y grado de autoestima.
- ☞ Por tanto, teniendo en cuenta lo anterior, la autoestima puede ser: alta, baja y desproporcionada pasando por distintos grados.
 - Autoestima alta: una persona tiene normal o alta autoestima, cuando coincide el concepto que tiene de sí misma, con aquello que desearía ser, de forma sincera.
 - Autoestima baja: Una persona tiene baja autoestima, cuando existe diferencia significativa entre el concepto que tiene de sí misma y aquello que desearía ser en términos realistas
 - Autoestima desproporcionada: Una persona tiene una autoestima desproporcionada cuando existe una gran diferencia entre el concepto que tiene de sí misma, y aquello que le gustaría ser en términos realistas.
- ☞ Importancia de desarrollar una alta autoestima:
 - ☺ Actuarás de forma independiente, defenderás tus propios derechos y respetarás los derechos de los demás y al mismo tiempo asumirás tus propias responsabilidades.
 - ☺ Serás capaz de afrontar y resolver con seguridad y entusiasmo los nuevos retos que se te plantean
 - ☺ Te sentirás satisfecho y orgulloso de tus logros
 - ☺ Si te valoras positivamente a ti mismo, valorarás también a los demás, por lo que ellos te aceptarán, se sentirán atraídos y cómodos contigo y tendrás muchos amigos
 - ☺ Si desarrollas una autoestima fuerte, aprenderás con facilidad, abordarás las tareas nuevas con seguridad y confianza en ti mismo, consiguiendo éxitos en aquello que te propones, lo que a su vez reforzará aún más tu autoestima.

¿Cómo desarrollar la autoestima?

- ☞ La autoestima se desarrolla gradualmente durante toda la vida, pasando por distintas etapas más o menos complejas, en cada una de ellas se van adquiriendo experiencias positivas o negativas respecto a sí mismo y a los demás, el resultado final de estas experiencias es un sentimiento de alta o baja autoestima.

- ☞ Sea cual sea el grado de autoestima alcanzado y la etapa de desarrollo en la que nos encontramos, **SIEMPRE HAY TIEMPO PARA MEJORAR.**

¿Cómo mejorar nuestra autoestima?

- La autoestima influye principalmente en tres aspectos de la conducta: en cómo nos sentimos, cómo pensamos y cómo actuamos o nos comportamos. Al mismo tiempo estos aspectos refuerzan o debilitan la autoestima. Es decir, se da una influencia mutua.
- Mejorar la autoestima no es fácil, pero se puede lograr, si modificamos alguno de los aspectos básicos de la conducta.
- Es decir, si modificamos nuestro comportamiento, cambian nuestros pensamientos y sentimientos respecto a nosotros mismos, ya que entre comportamiento y autoestima se da una influencia mutua.

Estrategias para potenciar la autoestima

- Evitar la autocrítica equilibrando puntos fuertes y débiles.
- Llenar el mayor tiempo posible de pensamientos y vivencias positivas
- Centrarse en las cualidades propias y adoptar estrategias para que los demás las aprecien
- Reflexionar sobre la propia imagen: equilibrio entre cualidades y defectos
- Centrar la atención en los aspectos positivos de otras personas ayuda a desarrollar un lenguaje interno de auto-aprecio.
- Aceptar críticas constructivas y errores, sin que la autoestima se vea afectada.
- Evitar el perfeccionismo: tener presente que es humano cometer errores y tener fracasos, y que es sano aceptarlos sin dramatizar y sin cuestionar nuestra propia valía
- Evitar errores crónicos: no tropezar en los mismos errores y posteriores arrepentimientos.
- Ampliar el círculo de relaciones: para conocer otras opiniones y perspectivas.

REFORZAR POSITIVAMENTE A OTROS: HACER CUMPLIDOS

¿Qué es reforzar positivamente a otros?

- Reforzar positivamente a otro significa decir algo agradable, bonito, bueno a otras personas de sí mismas, algo de su físico, de su comportamiento (de lo que ha dicho o hecho) de su forma de ser, de lo que tiene de lo que ha logrado o está trabajando.
- Consiste en elogiar, alabar, felicitar, hacer un cumplido de forma sincera a otros, de aquello que nos agrada de ellos.

¿Qué importancia tiene saber reforzar positivamente a los otros?

- Es muy importante saber decir algo agradable a los demás y realizarlo con frecuencia por las siguientes razones:

- Tanto el que dice algo agradable a otros, como el que lo recibe, se siente bien consigo mismo
- Cuando alabamos a los demás, se encuentran a gusto con nosotros, tienden a estar cerca y a ser nuestros amigos y son muy queridos y aceptados por el grupo.
- Cuando no elogiamos a los demás o decimos cosas negativas o desagradables, ellos nos rechazan, no les gusta estar con nosotros y nos evitan.
- Las personas que elogian son más queridos, mas aceptados y reciben a cambio gran satisfacción personal (aumenta la autoestima)

¿Cómo reforzar positivamente a los otros?

- Mirar a la otra persona a los ojos, con gestos amables
- Llamar a la otra persona por su nombre, explicar con un tono sincero y de admiración aquello que te gusta.
- Acompañar la frase con gestos que sean acordes con lo que dices. Hay que pensar en lo que le gustará a la otra persona y siempre con una actitud de acercamiento cariñoso
- Ser sincero, debéis decir aquello que os agrada de acuerdo a lo que sentís y pensáis.
- Elogiar en el momento oportuno, cuando os sintáis cerca emocionalmente, no sería correcto decir algo agradable durante una discusión, dónde existe distanciamiento emocional

¿Cómo recibir los refuerzos de otros?

☞ Para recibir elogios, alabanzas, felicitaciones o cumplidos de otras personas, de forma correcta, es preciso:

- Escuchar atentamente el elogio, mirando a la otra persona a los ojos.
- Aceptar el elogio con palabras amables, haciendo que la otra persona se sienta bien con vosotros.
- Agradecer siempre el elogio, expresándolo con una actitud cariñosa y diciendo <<gracias>>
- No sería correcto rechazar o evitar el elogio, desvalorizando las opiniones y sentimientos de la otra persona, es decir, dejándole en ridículo, porque es posible que no vuelvan a haceros cumplidos.

☞ No debes olvidar tres cosas:

1. Que tú no eres la única persona a la que le gusta oír cosas agradables de sí mismo
2. Que a todos nos gusta oír cosas agradables de nosotros mismos
3. Que debéis elogiar a los otros con frecuencia, de esta forma tendréis más amigos/as y seréis más aceptados y valorados. **AUMENTA LA AUTOESTIMA**

AUTOCONTROL

- ☞ Es la capacidad de regular las propias emociones, pensamientos y conductas, especialmente las de carácter negativo.
 - Conocimiento de las emociones propias y de los pensamientos que las provocan.
 - Capacidad de anticipar consecuencias y actuar en función de ellas.
 - Capacidad para controlar impulsos.
 - Capacidad para producir pensamientos y conductas alternativas a la impulsividad.
 - Capacidad para soportar el retraso de las satisfacciones a largo plazo.

Pautas de autocontrol

- ☞ Las estrategias que pueden ayudar a mejorar tanto el conocimiento de emociones propias como la capacidad de autocontrol son las siguientes:
 - “*No sé qué haré, pero lo haré **tranquilo***”: el objetivo es entrenarse en adoptar como principio básico de actuación la tranquilidad en todas las situaciones por problemáticas que sean
 - Desnudar emocionalmente los problemas: consiste en **desconectar emocionalmente** de la situación, identificar las emociones negativas y separarlas de los factores objetivos, con la finalidad de recuperar la capacidad de tomar decisiones con mayor eficacia.
 - **Apostar lo justo**, procurando no poner en juego la propia valía en cada situación: cualquier pensamiento o emoción, tienen una duración determinada hasta que son sustituidos por otros. Las situaciones placenteras duran menos de lo que quisiéramos, mientras que las dolorosas no desaparecen tan rápidamente. Hay que limitar los efectos de los pensamientos negativos para reducir el malestar.
 - Mejorar el **autoconocimiento** y la capacidad de detectar estados emocionales negativos
 - **Anticipar las consecuencias** de las conductas para evitar efectos que no deseamos tras una reacción impulsiva: hay que pensar en como te sentirás después
 - **Generar alternativas de actuación**, anticipándonos a la aparición de conductas impulsivas: buscar a cada situación diferentes tipos de respuesta.
 - **Distanciarse para ver mejor**: comparar lo que sucede con lo que podría estar sucediendo si se reaccionara de otra forma.
 - **Retrasar las respuestas**: no actuar en caliente. Cuando estamos en pleno arrebató emocional nos vemos empujados a actuar de forma impulsiva y cargados de emociones negativas.
 - **Imaginars en un futuro próximo** pronunciando frases que expresan satisfacción por habernos podido controlar.
 - **Entrenamiento de la paciencia**: implica capacidad para retrasar las gratificaciones, y por lo tanto autocontrol.

- **Trabajar la capacidad de hacer planes:** perseguir metas no inmediatas mediante el esfuerzo.

EXPRESAR Y RECIBIR QUEJAS: DECIR LO QUE NOS MOLESTA

¿Qué es una queja?

- ☞ Expresar una queja significa comunicar a los otros aquello que dicen o hacen que no nos gusta porque perjudica nuestros derechos.
- ☞ Consiste en manifestar a los demás nuestro descontento por algo que nos molesta.

¿Qué importancia tiene saber expresar quejas?

- Es bueno que los demás sepan que estamos disgustados por algo en lo que creemos que tenemos razón
- Sirven para reducir la irritación y la ansiedad y encontrarnos más a gusto con nosotros mismos
- No es bueno callarse aquello que nos molesta porque nos encontraríamos tristes y muy a disgusto con nosotros mismos y en el futuro puede que surjan más problemas.

¿Cómo expresar quejas?

- Comunicárselo individualmente, de forma amable para no molestar ni herir sus sentimientos
- Mirar a la otra persona a los ojos, con gestos amables
- Expresar aquello que no te gusta con un tono de voz firme pero cordial
- Acompañar a la frase con gestos, expresión facial, etc., acorde con lo que decís

¿Cómo recibir quejas?

- Escuchar atentamente la queja, mirando a la otra persona a los ojos.
- Aceptar la queja si es justa, con palabras amables, haciendo que la otra persona se sienta bien con vosotros.
- Rechazar la queja si es injusta, de forma amable y con palabras sinceras.

No debes olvidar:

- Que os dirigís a la persona que os ha molestado, de forma amable
- Que es necesaria y respetable (no quejarnos por tonterías)
- Qué queréis mejorar las cosas con los demás, nunca empeorarlas.

Si la queja reúne estas tres condiciones, conseguiréis que la otra persona reaccione mejor y os respete. Asimismo os haréis valer ante los demás. Aumenta la autoestima.

HACER PETICIONES: PEDIR FAVORES

¿Qué significa pedir favores?

- ☞ Pedir un favor significa decirle a otra persona que haga algo por nosotros o para nosotros porque lo necesitamos, y nosotros solos no lo podemos conseguir.

¿Qué importancia tiene saber pedir favores?

- 1) Las personas que piden favores de forma correcta, resultan agradables para los demás
- 2) Si pedís un favor de forma amable, tenéis mayores posibilidades de conseguir aquello que necesitáis
- 3) Cuando pedís un favor de forma incorrecta no conseguiréis aquello que necesitáis:
 - Si lo pedís de forma agresiva, con aires de superioridad, groseramente o con chantaje, la otra persona se sentirá humillada o chantajeada
 - Si lo pedís de forma pasiva, la otra persona no sabrá si realmente aquello que solicitáis, lo necesitáis o no, por tanto no os prestará atención.

¿Cómo pedir un favor?

- Elegir el momento y la persona adecuada, porque en ella confiamos y sabemos que lo puede hacer o nos puede ayudar
- Pedir aquello que necesitamos, agregando siempre la expresión <<por favor>>
- Hacer la petición con respeto, exponiendo de forma sincera aquello que necesitáis, agradeciendo de entrada la acogida y la actitud de la otra persona, con mirada amable y tono de voz cordial
- Recibir el favor, sin olvidar de manifestar el agradecimiento, con gestos, palabras cariñosas, hechos o algo material. Dar las gracias

¿Cómo hacer un favor?

- Escuchad la petición de la otra persona con atención y pedirle aclaración si es necesario
- Hacer aquello que nos pide si está dentro de nuestras posibilidades, de forma amable, haciendo que la otra persona se sienta bien con nosotros. No sería correcto hacer un favor con mal humor, chillando o con desprecio.

RECHAZAR PETICIONES: DECIR NO

¿Qué significa rechazar peticiones?

- ☞ Rechazar una petición consiste en ser capaz de decir <<no>> de forma adecuada, cuando alguien os pide o insiste que hagáis algo que no queréis o no debéis hacer, porque entra en contradicción con vuestros valores.

¿Qué importancia tiene saber rechazar peticiones de forma adecuada?

- ☞ Con frecuencia nos enfrentamos a situaciones provocativas, en las que alguien nos pide que hagamos algo, que no queremos o no debemos hacer, y hemos sido incapaces de negarnos. Es decir, hemos dicho <<sí>> cuando en realidad queríamos decir <<no>>

Si sabes decir <<no>> de forma adecuada:

- Serás capaz de controlar tu conducta y te sentirás seguro/a de ti mismo/a. Aumenta la autoestima
- Te sentirás bien, porque dejas de hacer algo que no te gusta o no te apetece hacer.
- Expresarás lo que sientes, ante una petición o invitación inadecuada.
- Evitarás que se aprovechen de ti, te respetarán y tendrás más y mejores amigos.

¿Cuándo debes negarte?

- 1) Siempre que te hagan peticiones que no te convienen, porque te perjudican o perjudican a los demás
- 2) Cuando te pidan cosas inadecuadas y poco razonables, que tu no quieres o no debes hacer, porque no estás de acuerdo con ellas.
- 3) Cuando te pidan algo de forma grosera o haciéndote chantaje
- 4) Cuando te encuentres presionado por el grupo y tú creas que no es conveniente hacer lo que ellos te dicen, porque no lo crees oportuno.

¿Cómo decir no de forma adecuada?

- 1) Ante cualquier petición que te perjudique o perjudique a los demás, debes negarte de forma amable sin herir los sentimientos de la otra persona
- 2) Debes decir <<no>> mirando a la otra persona a los ojos, con un tono de voz firme pero cordial y a una distancia adecuada.
- 3) La mejor forma es decir <<no, gracias>>. Puedes explicar los motivos, pero nunca pongas excusas que puedan ser rebatidas.
- 4) Si tienes la suficiente confianza puedes convencer a las otras personas de que eso no está bien para nadie e intentar proponer y hacer otras cosas que no sean destructivas sino productivas.

DEFENDER LOS PROPIOS DERECHOS

¿Qué significa defender los propios derechos?

Significa ser capaz de comunicar a los demás el descontento cuando hacen o dicen algo que os molesta, cuando os están tratando injustamente, o cuando os faltan al respeto.

Defender los propios derechos implica respetar los derechos de los demás.

¿Qué importancia tiene saber defender los propios derechos?

- ☞ Saber defender vuestros derechos no es fácil porque probablemente la otra persona se niega a ceder, pero los debéis defender y es importante defenderlos de forma correcta o asertiva:
 - Harás saber a los demás aquello que no te gusta o te molesta y los demás tendrán en cuenta tus deseos y gustos.
 - Serás capaz de decir a los demás cuándo te tratan injustamente y te valorarán más.
 - Serás capaz de comunicar a los demás cuándo te faltan el respeto y te respetarán más
 - Te sentirás orgulloso y a gusto contigo mismo
 - Aumenta tu autoestima.
- ☞ Por el contrario si los defiendes de forma pasiva:
 - Permites que los demás se aprovechen de ti, te traten injustamente, y te falten al respeto
 - Puede que pierdas cosas que por derecho son tuyas
 - Te encontrarás descontento contigo mismo
 - Disminuye la autoestima
- ☞ Si los defiendes de forma agresiva:
 - No respetarás los derechos de los demás y los demás no te respetarán
 - Defenderás tus derechos de forma grosera o con la fuerza física y te meterás en líos y peleas
 - Te aprovecharás de los derechos de los demás injustamente y los demás no te harán caso
 - Te encontrarás a disgusto contigo mismo
 - Disminuye la autoestima

¿Cómo defender los propios derechos?

A. ¿Qué derechos tengo?

1. El derecho a ser tratado con respeto y dignidad
2. El derecho a ser escuchado y ser tomado en serio
3. El derecho a cambiar de opinión o línea de acción
4. El derecho a tener opiniones y expresarlas
5. El derecho a pedir información
6. El derecho a interrumpir correctamente para pedir una aclaración
7. El derecho a preguntar por qué
8. El derecho a recibir el reconocimiento formal por un trabajo bien hecho
9. El derecho a elogiar y recibir elogios
10. El derecho a hacer y responder a quejas y reclamaciones
11. El derecho a obtener aquello por lo que pagas
12. El derecho a pedir lo que quieres (dándose cuenta que la otra persona tiene derecho a decir <<no>>)
13. El derecho a tener derechos y defenderlos
14. El derecho a rechazar peticiones sin tener que sentirte culpable o egoísta

15. El derecho a actuar de modo diferente a como los demás desearían que actuases
16. El derecho a ser alguna vez el primero
17. El derecho a detenerte y pensar antes de actuar
18. El derecho a hablar sobre el problema con la persona involucrada y aclararlo
19. El derecho a no responsabilizarse de los problemas de los demás
20. El derecho a aceptar y rechazar críticas y a protestar por un trato injusto
21. El derecho a cometer errores, y ser responsable de ellos
22. El derecho a equivocarse alguna vez
23. El derecho a no saber algo
24. El derecho a elogiarte a ti mismo
25. El derecho a experimentar y expresar tus propios sentimientos (expresar enfado, alegría, tristeza)
26. El derecho a estar solo cuando así lo escojas
27. El derecho a ser independiente
28. El derecho a decidir la importancia que tienen las cosas
29. El derecho a responsabilizarse de tus decisiones
30. El derecho a no sentirte a gusto contigo mismo
31. El derecho a hacer cualquier cosa mientras no violes o te aproveches de los derechos de los demás.

B. ¿Cuándo son amenazados?

- ☞ Si conoces los derechos que tienes, debes ser capaz de comprender cuándo de hecho no son respetados
- ☞ Ante una determinada situación que no están respetando tus derechos, notas que estás insatisfecho y a disgusto contigo mismo, con sentimientos de ansiedad y angustia porque los demás te humillan y te hacen de menos.

C. ¿Cómo comunicárselo a los demás?

- Comunicárselo en el momento y en lugar apropiados, cuando haya poca gente, en privado
- Expresar el descontento con un tono de voz firme pero cordial.
 - o Expresión directa sin rodeos
 - o Mensajes <<yo>> frases en primera persona: <<no me gusta>>, <<me siento...>>
 - o Breve y claro
- Mirar a la otra persona a los ojos, con gestos amables
- Pedir o sugerir que la otra persona cambie de conducta y actúe de forma que respete tus derechos

D. ¿Cómo responder a la defensa de los derechos de los demás?

- 1) Escuchar atentamente lo que dice la otra persona
- 2) Comprender lo que dice y saberse poner en su lugar
- 3) Controlar el enfado que nos produce escuchar aquello que estamos haciendo mal
- 4) Actuar en consecuencia:
 - Ceder amablemente si tiene razón

- Negarse amablemente si no la tiene

EMPATÍA

- ☞ Es una de las habilidades sociales básicas. Es la capacidad de ponerse en el lugar del otro. Las relaciones sociales basadas en la empatía se asientan fundamentalmente en la confianza, el respeto, la calidez y aprecio mutuos, y son un factor decisivo para la prevención de conflictos.
- ☞ La empatía implica dos habilidades complementarias:
 - Capacidad de captar las emociones de los demás, conocer lo que el otro siente y piensa sin que nos lo diga. Cambio de perspectiva y habilidad para resolver situaciones conflictivas y violentas
 - Capacidad de transmitir emociones propias a otra persona. Expresar afectos positivos generando en el otro emociones positivas.
- ☞ Pautas para fomentar la empatía
 - Detectar qué cualidades tienen las personas que nos caen bien para poder incorporarlas a nuestra propia personalidad.
 - Favorecer la tolerancia y el respeto a las diferentes opiniones: comprender la existencia de diferentes perspectivas ante una misma situación y la comprensión de sentimientos ajenos.
 - Concretar que personas merecen nuestra confianza para poder acudir a ellas en situaciones difíciles
 - Ser más objetivos en nuestras ideas sobre los demás: equilibrar cualidades y defectos.
 - Practicar más la expresión de emociones positivas: a veces solo se expresan emociones de forma abierta y contundente cuando son negativas y escapan al control consciente. Por el contrario se reprimen las positivas o no se considera necesario expresarlas.
 - Anticipar las consecuencias que producirá en los demás nuestras opiniones
 - Conocer y mejorar el estilo comunicativo
 - Ser comprensivos y utilizar frases relativas a emociones y relaciones sociales
 - Compartir las responsabilidades entre todos.

PENSAMIENTOS IRRACIONALES

- ☞ Podemos distinguir entre pensamientos positivos (que son los que nos acercan a nuestros objetivos y producen satisfacción) y negativos (nos alejan de nuestros objetivos y provocan malestar)
- ☞ Además podemos distinguir entre pensamientos racionales (basados en datos reales y objetivos) e irracionales (alejados de la realidad y basados en suposiciones, prejuicios y falsas interpretaciones de la realidad)

- ☞ Todos experimentamos emociones negativas en mayor o menor medida. El problema se da cuando éstas cobran una intensidad o frecuencia desproporcionada afectando a la mayor parte de nuestras conductas y relaciones con los demás.
- ☞ Para identificar estos pensamientos irracionales podemos hacernos las siguientes preguntas:
 - ¿Qué pruebas tengo para afirmar esto?
 - ¿Cómo me siento al pensar esto? ¿Cuánta ansiedad me produce?
 - ¿Para qué me sirve pensar así? ¿Me ayuda o me perjudica?
 - ¿Qué me estoy diciendo? ¿Cómo me lo estoy diciendo?

Algunas creencias irracionales:

- **Visión de túnel:** Se ven solo los aspectos negativos de la situación, que acaban por teñirlo todo de pesimismo.
 - ✓ *Pensamientos alternativos: desdramatizar y buscar soluciones, equilibrar, ver lo positivo.*
- **Visión en blanco y negro:** Se ve todo en términos absolutos, sin percibir términos medios.
 - ✓ *Pensamientos alternativos: ser específico y concreto, describir situaciones en vez de juzgarlas, preguntarse qué ha ocurrido en ocasiones anteriores.*
- **Generalización excesiva:** Se sacan conclusiones generales a partir de hechos puntuales sin base ninguna.
 - ✓ *Pensamientos alternativos: Evitar anticipaciones sobre el futuro, concretar, buscar pruebas, ser preciso.*
- **Bola de cristal:** Tendencia a interpretar el pensamiento y adivinar los sentimientos ajenos sin prueba alguna.
 - ✓ *Pensamientos alternativos: hacer comprobaciones para contrastar nuestras suposiciones.*
- **Catastrofismo:** Esperar siempre lo peor. Anticipar que algo va a salir mal sin dudar.
 - ✓ *Pensamientos alternativos: recordar otras veces en que uno pensó lo mismo y al final no ocurrió nada, centrarse en el presente y no anticipar fatalidades*
- **Personalización:** Creer que todo lo que dicen o hacen los demás se refiere a uno mismo.
 - ✓ *Pensamientos alternativos: comprobar, no suponer. Buscar pruebas*
- **Falacia de controlar:** Sentirse muy competente y responsable de todo...o por el contrario sentirse al margen de todo, sin ninguna responsabilidad.
 - ✓ *Pensamientos alternativos: No culpabilizarse si se ha hecho todo lo que estaba a nuestro alcance, distanciarse de vez en cuando, buscar causas fuera de uno mismo. Acotar las responsabilidades propias y ajenas.*

- **Falacia de cambio:** Se piensa que las soluciones a los problemas propios dependen de las conductas de los demás, por lo que se les presiona para que cambien, pues la felicidad propia depende de ellos.
 - ✓ *Pensamientos alternativos: buscar el cambio por los propios medios, empezar por preguntarse qué puede uno mismo hacer, sin esperar que los demás hagan nada. Decidir qué se quiere hacer y hacerlo independientemente de los otros.*

- **Etiqueta global:** Se ponen etiquetas estereotipadas a personas o situaciones generalizando cualidades negativas.
 - ✓ *Pensamientos alternativos: Evitar adjetivos y verbos de etiquetas globales despectivos; débil, torpe, fracasar. Centrarse también en aspectos positivos, buscar excepciones. Ser específico.*

- **Culpabilización:** Se acusa uno de todo o bien culpa a los demás, sin tener en cuenta otros aspectos posibles de la situación.
 - ✓ *Pensamientos alternativos: ver errores en vez de culpas y aceptarlos con intención de corregirlos. Describir en vez de juzgar. Ocuparse del presente.*

- **Sentido excesivo del deber:** Se mantiene una posición rígida sobre cómo debería suceder las cosas. Se está pendiente en todo momento de cumplir los deseos y exigencias ajenos, buscando su aprobación y olvidando los propios deseos y necesidades.
 - ✓ *Pensamientos alternativos: priorizar deseos legítimos sobre obligaciones.*

- **Tener razón:** Se quiere tener razón siempre. Hay necesidad obsesiva de probar, en caso de desacuerdo, que el punto de vista propio es el correcto. No se escucha. Se piensa que es imposible equivocarse.
 - ✓ *Pensamientos alternativos: escuchar activamente al otro, intentar ponerse en la posición del otro.*

- **Perfeccionismo:** Se pretende hacer todo bien, exagerando los defectos y minimizando los aciertos: Se le ven pegas a todo.
 - ✓ *Pensamientos alternativos: relativizar, medir la importancia de las cosas, aceptar errores.*

- **Razonamiento emocional:** Creer que las cosas son como uno las siente. Identificar sentimientos y realidad.
 - ✓ *Pensamientos alternativos: Omitir palabras con carga emocional (amor, odio, deprimido). Evitar términos abstractos.*

- **Falacia de recompensa divina:** Esperar que el futuro lo arregle todo, sin hacer nada en el presente. Esperar que las cosas cambien por sí solas.
 - ✓ *Pensamientos alternativos: buscar acciones presentes. No confundir deseo y realidad.*

- **Falacia de justicia:** Valorar como injusto lo que no se ajusta a nuestros deseos
 - ✓ *Pensamientos alternativos: no confundir lo que se desea con lo justo, atender a los deseos de los demás.*

RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS

- ☞ Las diferentes situaciones de la vida nos obligan a tomar decisiones que tendrán algún tipo de consecuencia en nuestro futuro.
- ☞ La toma de decisiones consiste en realizar una elección entre las distintas opciones que existen a la hora de resolver las diferentes situaciones de la vida.
- ☞ Para resolver eficazmente cualquier conflicto:

1. Orientación del conflicto:

- A) Percepción: no evitarlos ni negarlos, hay que abordarlos identificando la raíz del problema
- B) Atribución: una atribución facilitadora sería atribuir la causa del conflicto a factores ambientales o factores personales temporales (falta de esfuerzo) y no a un factor personal permanente (incapacidad, estupidez)
- C) Valoración: percibir el conflicto como un reto, una oportunidad para mejorar en vez de percibirlo como una amenaza puesto que esto solo generará ansiedad y evitación
- D) Control personal: percibir el conflicto como solucionable y con la capacidad de solucionarlo con los propios esfuerzos producirá el aumento de experiencias exitosas.
- E) Necesidad de tiempo/esfuerzo: dedicar el tiempo y esfuerzo necesarios demostrará resistencia ante los obstáculos

2. Definición y formulación del conflicto:

- A) Búsqueda de información objetiva y relevante: describir la información en términos específicos y concretos
- B) Comprensión del conflicto: un conflicto puede entenderse como una diferencia entre lo que es y lo que debería ser. Hay que especificar: que cambios se desean y cuáles son los obstáculos.
- C) Establecimiento de objetivos realistas: manifestar las metas en términos concretos y específicos, y evitar las metas irreales o no probables.
- D) Revaloración del conflicto: importancia del conflicto sobre el bienestar personal y social.

3. Elaboración de soluciones alternativas:

- A) Principio de cantidad: cuantas más soluciones alternativas se generen, las soluciones serán de mejor calidad.
- B) Principio de dilación del juicio: se generan mejores soluciones cuando aplazas el juicio o evaluación crítica de las soluciones hasta la tarea de toma de decisiones.
- C) Principio de variedad: mientras más variada sea la gama de soluciones alternativas, se dispondrá de mejores ideas.

4. Toma de decisiones:

- A) Anticipación de las consecuencias de cada solución: las positivas, probables, negativas, incluyendo las consecuencias a corto y largo plazo y las personales y sociales.
- B) Evaluación (juicio y comparación de las consecuencias de cada solución): las probabilidades que existen, como te sentirás...
- C) Preparación de un plan de solución: debe ser consistente con el objetivo de intentar resolver el conflicto

5. Implementación de la solución y verificación:

- A) Puesta en práctica del plan de solución: ejecución de las conductas que figuran en nuestro plan de solución
- B) Automonitoreo: observar como y cuales son los resultados
- C) Autoevaluación: se juzgan los resultados de la solución
- D) Autorrefuerzo: si la solución es satisfactoria premiarse a sí mismo. Si no lo es, se debe volver al proceso para determinar dónde se necesitan los cambios

AFRONTAMIENTO DE SITUACIONES DIFÍCILES

- ☞ Cuando nos enfrentamos a una situación difícil o hemos vivido algún suceso trágico existe siempre la posibilidad de extraer de ellos "el mejor partido posible".
- ☞ Los siguientes elementos pueden darse si esa difícil situación la abordamos con la actitud adecuada:
 - Crecimiento: asumiendo el propio dolor, conseguimos una fuerza que nos permite afrontar las más duras situaciones.
 - Madurez: nos ayudará a afrontar otras adversidades de la vida
- ☞ Es necesario conocer y analizar las situaciones dolorosas que vivimos para discriminar si nos encontramos ante un sufrimiento que puede ser evitado –personal y/o socialmente- o si, por el contrario, no puede cambiarse y lo que demanda de nosotros esa situación limite es una toma de decisión.
- ☞ Algunas pautas para superar situaciones difíciles vividas:
 - Proponerse un objetivo: buscar alguna meta futura para poder tener así una fuente de motivación para seguir adelante
 - Centrarse en el momento presente.
 - Comunicación con los otros: compartir los sentimientos con otras personas ayuda a salir de la soledad que está aumentando el sufrimiento.
 - Recordar el pasado: el pasado no se puede cambiar, pero puede ayudarnos a vivir las adversidades del presente.

- Asumir la responsabilidad personal: puede tomarse conciencia, por ejemplo, de lo que podemos aportar de positivo a la situación que estamos experimentando.
- Tolerar la incertidumbre: aunque vivamos más o menos seguros de lo que sucederá cada día, no podemos tener la certeza absoluta de que eso vaya a ser así siempre. Si previamente, antes de llegar a una experiencia de sufrimiento, vamos tomando conciencia de que en nuestra vida existe un margen de incertidumbre, es más posible que podamos tolerar los sucesos dolorosos inesperados.

RESILIENCIA

- ☞ La resiliencia es la capacidad de superación de las adversidades, saliendo fortalecido y transformado positivamente por la experiencia.
- ☞ Pautas para desarrollar la resiliencia:
 - ✓ Exposición gradual a situaciones sociales problemáticas para adquirir cierta capacidad de inmunización ante la adversidad.
 - ✓ Despreocuparse, tomar distancia, relativizar la importancia de los problemas.
 - ✓ Hacerse invulnerable, que sepamos controlar cuánto nos debe afectar una situación.
 - ✓ Esperar a relajarnos, el tiempo irá poniendo las cosas en su sitio y nos sentiremos mejor.
 - ✓ Abrir horizontes.
 - ✓ Ocuparse, mejor que preocuparse.
 - ✓ Desdramatizar siempre que la situación lo permita.
 - ✓ Distraerse hacia una actividad placentera.
 - ✓ Centrarse en el entorno más próximo.
 - ✓ Ante cada fracaso, un plan de superación.
 - ✓ Abordar los problemas en compañía, contar con el apoyo condicional de alguien.

ANEXO 3

ITEMS	1	2	3	4	5
1. En realidad, las habilidades no se pueden llevar a la práctica.	+				
2. Escuchar activamente no siempre es importante.	+				
3. Escuchar activamente te ayuda a llegar al fondo de los problemas.					+
4. Los comportamientos se aprenden, especialmente, por las consecuencias de los mismos.					+
5. Es importante saber ser positivo y recompensante.					+
6. Ser positivo y recompensante es saber incentivar y motivar.					+
7. El mensaje "TU" es mejor que mensaje "YO".	+				
8. La comunicación verbal es siempre más importante que la comunicación NO verbal, de hecho es la única importante, lo que se dice y como se dice.	+				
9. Realmente las amistades se forman al azar, sin apenas esfuerzo por nuestra parte, surge cuando menos te lo esperas.	+				
10. La comunicación pasiva es la comunicación que se debe realizar, frente a la comunicación agresiva.	+				
11. Es más importante decirle a alguien lo que ha hecho mal, para que no vuelva a suceder, que decirle lo que hace bien, ya que como ya hace lo correcto no tiene sentido.	+				
12. Ante una crítica negativa, lo mejor es disculparse.	+				
13. Ante una crítica negativa, lo mejor es ignorarla.	+				
14. Las conversaciones son el medio principal de intercambio de información y de relación entre dos o más personas.					+
15. La autoestima es aquello que sentimos, pensamos y manifestamos acerca de nosotros mismos, y cuando se es adulto ya no se puede cambiar.	+				
16. No se puede aprender gran cosa sobre el hacer amigos/as.	+				
17. Los cumplidos son conductas verbales que funcionan como reforzantes sociales.					+
18. Con el curso he adquirido habilidades para hacer preguntas.					
19. El curso me ha servido para concienciarme y hacer uso de las habilidades en la comunicación.					
20. Con el curso tengo conocimientos suficientes para llevar a la práctica la escucha activa.					
21. El curso me ha proporcionado conocimientos y habilidades suficientes para el uso de mensajes "YO".					
22. Con el curso estoy preparado para el uso del estilo asertivo.					
23. Creo que el curso ha sido de gran utilidad y muy práctico.					
24. El monitor estaba bien preparado en contenidos.					
25. Los contenidos del curso han sido suficientes.					
26. El monitor ha empleado una metodología adecuada.					
27. Con el curso he adquirido conocimientos para el diseño de actividades preventivas.					