



Grado en Psicología
Trabajo de Fin de Grado

Curso 2015/2016
Convocatoria Septiembre



Orientación: Experimental

Título: Eficacia de un Programa de Intervención de Prevención de Recaídas para reclusos en la mejora de tres variables psicológicas: Asertividad, Autoeficacia e Impulsividad

Autor: Vanesa Pérez Martínez

Tutora: Rebeca Bautista Ortuño

Elche a 5 de septiembre de 2016

Índice

1. Resumen.....	3
2. Marco teórico.....	4-10
Introducción.....	4
Factores determinantes en el proceso de recaída.....	6
Eficacia y Eficiencia del modelo de Prevención de Recaídas.....	9
3. Metodología.....	10-16
Muestra.....	10
Variables.....	10
Instrumentos de evaluación.....	13
Procedimiento.....	15
Tipo de diseño.....	15
Análisis de los datos.....	16
4. Resultados.....	16-20
Análisis exploratorio.....	16
Pruebas T-Student y Tamaños del Efecto.....	18
5. Conclusiones.....	20
6. Referencias bibliográficas.....	21
Tabla 1.....	16
Tabla 2.....	18
Tabla 3.....	18
Tabla 4.....	19
Figura 1.....	5
Anexo A.....	23
Anexo B.....	25
Anexo C.....	27

Resumen

El presente trabajo tuvo como objetivo analizar la eficacia de un programa de intervención para la prevención de recaídas en población reclusa que se aplicó a 50 reclusos de sexo masculino del Centro Penitenciario Alicante II (Villena), basado en el modelo de Prevención de Recaídas de Marlatt y Gordon (1986), sobre tres variables psicológicas importantes en el proceso de deshabitación de las drogas: Asertividad, Autoeficacia Específica de Afrontamiento del Estrés e Impulsividad. Para alcanzar el objetivo de la investigación se evaluaron las variables dependientes antes (pre) y después (post) de la intervención. Tras la comparación de las medidas pre y post, los resultados mostraron mejoras tanto estadísticamente significativas, como clínicamente relevantes en todas las variables evaluadas, por lo que se puede afirmar que la evidencia empírica apoya la eficacia del Modelo de Prevención de Recaídas de Marlatt y Gordon para la mejora de variables psicológicas como factores de protección de este fenómeno.

Palabras clave: asertividad, autoeficacia, impulsividad, prevención de recaídas.



Marco teórico

Introducción

En el ámbito de las drogas, la prevención de las recaídas es el objetivo principal a cumplir en todo programa dedicado a las adicciones. En concreto, el modelo de Prevención de Recaídas (PR) de Marlatt y Gordon ha sido muy estudiado para comprobar su eficacia en este ámbito.

En 1985, Marlatt propuso un modelo cognitivo-conductual en el proceso de recaída. Este modelo está creado desde una perspectiva biopsicosocial, ya que explica el desarrollo del abuso de sustancias por factores genéticos o vulnerabilidad genética (historia familiar con abuso de drogas), factores ambientales por experiencias del individuo en contextos de droga (consumo de iguales, ambientes donde se consuma, inicio temprano en el consumo), y las creencias del individuo acerca de los efectos de dicha sustancia. Aun así, se explica que los factores que están implicados en el desarrollo del abuso de una sustancia no tienen por qué ser los mismos que en el mantenimiento de dicho abuso (Luengo, Romero & Gómez-Fraguela, 2001).

El mantenimiento del consumo de drogas puede deberse, en principio, a los efectos gratificantes y reforzantes que se experimentan a corto plazo. Las creencias juegan un papel importante en el mantenimiento, ya que el individuo desarrolla la creencia de que la droga proporciona un alivio y una sensación de bienestar ante la ausencia de estímulos reforzantes. Este hecho, junto con la carencia de estrategias de afrontamiento ante situaciones amenazantes y la baja confianza en su habilidad para llevar a cabo dichas estrategias, puede llevar a una desadaptación y al consumo reiterado de las drogas. Las conductas de consumo serían medios desadaptativos para hacer frente a las situaciones. Aunque en sí estas conductas de consumo no sean desadaptativas, se transforman en estas porque, por la frecuencia con la que se realizan y/o por su uso repetitivo, dan lugar a una serie de consecuencias negativas que afectan a las distintas áreas del individuo -salud, relaciones sociales, autoestima...- (Luengo et al., 2001).

En este modelo cobra importancia las situaciones de alto riesgo, y la autoeficacia en la respuesta de afrontamiento ante este tipo de situaciones. Por tanto, la decisión de consumir o no consumir una sustancia también está mediada por las expectativas de resultado que tenga el individuo en relación con los efectos iniciales del consumo de ésta.

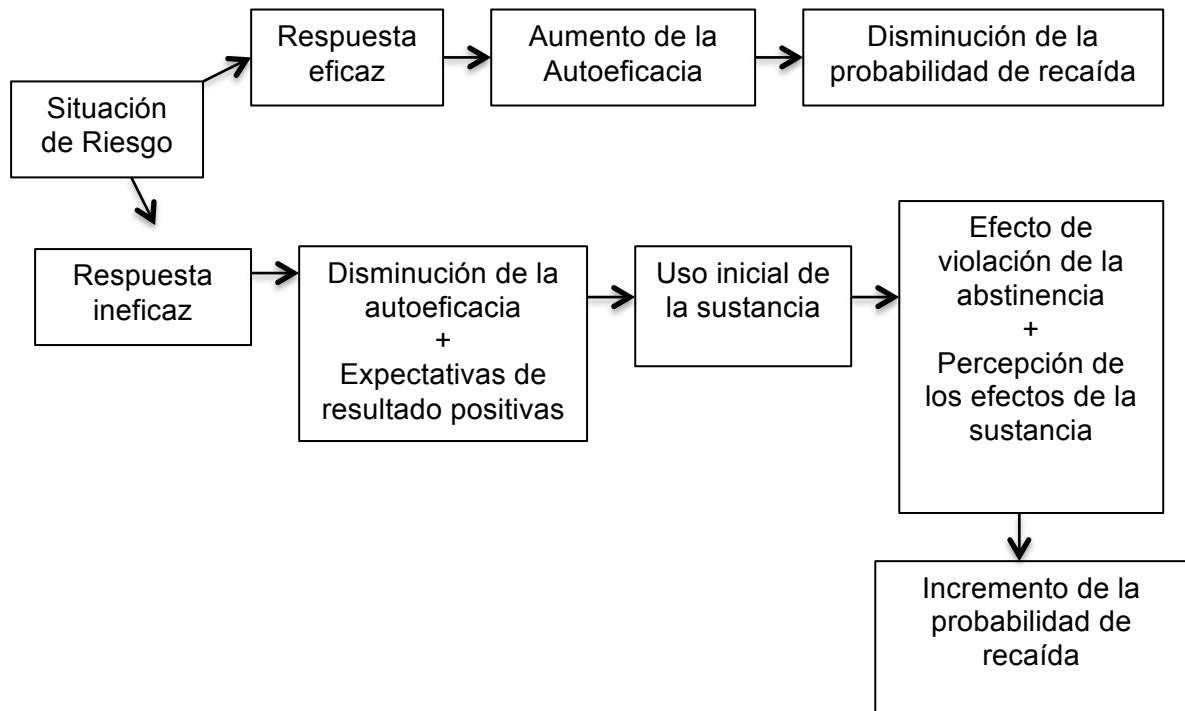


Figura 1. Modelo cognitivo-conductual de la recaída (Witkiewitz & Marlatt, 2004).

Los individuos que deciden hacer uso de la sustancia serán más vulnerables al llamado “efecto de violación de la abstinencia”, el cual produce un sentimiento de culpa y la pérdida de control percibido que las personas experimentan a menudo cuando se han violado las reglas autoimpuestas (Curry, Marlatt & Gordon, 1987). Esto lo que hará será incrementar la probabilidad de recaída en el consumo de la sustancia.

Debatir, por tanto, las expectativas que tiene el individuo acerca de los efectos positivos de la droga, así como los componentes psicológicos que interfieren en el uso de la sustancia (efecto placebo), ayudan al individuo a tener una visión más amplia para seleccionar una estrategia más adecuada de afrontamiento ante situaciones de amenaza. Así mismo, debatir el “efecto de violación de la abstinencia” y la adecuada preparación para los posibles fallos durante el proceso de rehabilitación, ayudan también a prevenir la recaída (Witkiewitz & Marlatt, 2004).

Factores determinantes en el proceso de recaída

Factores intrapersonales

Autoeficacia. Esta es definida como el conjunto de creencias sobre la propia eficacia personal para saber manejar diferentes situaciones que suponen un desafío. Aquí entran en juego dos expectativas: *expectativas de eficacia*, referidas a las creencias o juicios que tenemos acerca de nuestra capacidad personal para llevar a cabo la conducta de afrontamiento ante la situación; y *expectativas de resultado*, referidas a las creencias que se tiene de que la realización de dicha conducta tenga el efecto deseado. Una anticipación sobre los efectos de una conducta a realizar o una futura experiencia (Vázquez, 2009).

Las *expectativas de resultado* es una variable también tomada como factor determinante en el proceso de recaída (aunque forme parte del concepto de autoeficacia). Estas expectativas tienen un efecto directo sobre la conducta que se vaya a realizar, dependiendo del valor positivo o negativo de estas expectativas, y de los efectos previos de la sustancia. Estudios han demostrado que las expectativas de resultado tienen un papel importante en la experiencia subjetiva de una sustancia, siendo esta una droga real o un placebo (Witkiewitz & Marlatt, 2004). Otros estudios demuestran que, tener unas expectativas de resultado positivas hacia una sustancia (P. Ej., “fumar relaja”) empeoran los resultados del tratamiento o de la rehabilitación, mientras que tener unas expectativas de resultado negativas en relación con la sustancia (P. Ej., “si bebo mucho voy a tener resaca”) tienen el efecto inverso favoreciendo los resultados del tratamiento.

Dada la importancia que tienen las expectativas de resultado en relación con las sustancias, el modelo de Marlatt también trata de modificar esas expectativas positivas que se tienen en relación con las sustancias adictivas, y analizar objetivamente cuáles son los efectos reales que provocan las drogas, así como sus consecuencias (positivas y negativas; a largo y a corto plazo).

Craving. Concepto definido como la “apetencia” por reexperimentar los efectos de una droga, como un “deseo” subjetivo por volver a consumir la sustancia, como un pensamiento, como “búsqueda de alivio” ante las sensaciones que provocan el síndrome de abstinencia (Iraurgi & Corcuera, 2008). Existen diferentes conceptos del *craving*, aunque en lo que sí se está de acuerdo es en que juega un papel importante en el proceso de recaída.

Las expectativas de resultado colaboran de forma importante en este fenómeno, ya que son pensamientos que dan lugar al estado emocional (*craving*) en cuanto al consumo. Sin

embargo, aunque se considera una variable importante a tener en cuenta en el tratamiento de las adicciones, es un predictor muy pobre de la recaída.

Algunos autores (Drummond, Litten, Lowman, y Hunt., 2000) han determinado que la experiencia subjetiva del *craving* puede que no sea un predictor directo del uso de una sustancia adictiva, sin embargo, la recaída sí que podría predecirse a partir de los correlatos y los mecanismos subyacentes del *craving*. En un estudio se comprobó que la exposición a estímulos fue un predictor importante en el deseo de fumar, pero sólo para los fumadores que habían sido privados de consumir tabaco (Witkiewitz & Marlatt, 2004).

Por tanto, se concluye que el *craving* tiene una enorme influencia en el mantenimiento de las conductas adictivas, siendo el responsable del abuso desproporcionado de las sustancias y de las recaídas. Matizando que no es la experiencia subjetiva que tiene el individuo lo que lleva directamente a la recaída, sino los mecanismos cerebrales implicados en el deseo de consumir (Muñoz, 2007). Con todo esto, es importante prestarle atención a este fenómeno en el proceso de rehabilitación.

Motivación. Según Marlatt (2004) la motivación puede estar relacionada con el proceso de recaída de dos formas distintas: la motivación para participar en el cambio en un sentido positivo, y la motivación para participar en el comportamiento problemático. Superar una adicción supone un esfuerzo por cambiar la conducta adictiva, por lo que aquí cobra importancia la motivación al cambio. Aun cuando nos sentimos motivados para el cambio, existen factores externos que pueden entorpecer el proceso de recuperación.

La motivación también se ve influida por las expectativas de resultado que se tengan de una situación. Es decir, la motivación aumentará dependiendo del tipo de refuerzo que hayamos obtenido (positivo o negativo) como resultado de una determinada experiencia o de una conducta que hayamos realizado. Si se han obtenido consecuencias positivas de una conducta, las expectativas de resultado cuando nos encontremos en la misma situación nos ayudarán a motivarnos para volver a realizarla, junto con los efectos positivos experimentados de la sustancia.

Por tanto, es importante trabajar la motivación en la prevención de las recaídas, estableciendo en principio objetivos a corto plazo para evitar frustraciones y motivar al individuo.

Afrontamiento. Este modelo también incluye la variable de afrontamiento como factor determinante en este proceso. Hace referencia a cómo la persona responde ante una

determinada situación y a cómo controla su estado emocional. Por tanto, una persona que ponga en marcha estrategias de afrontamiento eficaces ante una situación que se consideran difíciles para ella, habrá menos probabilidad de que recaiga que una persona que no tiene (o no sabe poner en marcha) las estrategias de afrontamiento adecuadas. (Larimer, Palmer & Marlatt, 1999).

Una persona que ha puesto en marcha estrategias de afrontamiento eficaces ante una situación de “alto riesgo” en cuanto al consumo de drogas, influirá en su autoeficacia de forma positiva, lo que a su vez afectará a la motivación y a que esa conducta se mantenga en el tiempo. Al contrario, alguien que no disponga de estrategias de afrontamiento eficaces, influirá de forma negativa en su autoeficacia y esto hará que consuma.

Algunos estudios demuestran que la autoeficacia y el afrontamiento, independientemente, predicen buenos resultados en cuanto al tratamiento y que los altos niveles de disposición al cambio mejoran el uso de habilidades de afrontamiento (Witkiewitz & Marlatt, 2004).

En este programa en concreto que se ha utilizado en el centro penitenciario se dedica todo un módulo a las estrategias de afrontamiento, siendo el módulo más largo de todo el programa, por lo que cobra mucha importancia.

Estados emocionales. El estado de ánimo es el máximo influyente a la hora de realizar conductas, ya que también es el que lleva a tener más o menos motivación para llevar a cabo una acción. Estudios han afirmado que, tener un estado emocional negativo tiene un fuerte vínculo con la recaída y, por tanto, aumenta la probabilidad de consumir dicha sustancia (Witkiewitz & Marlatt, 2004).

Tener un estado emocional negativo es una de las razones por las que se decide consumir algún tipo de droga. Estos están mediados por las expectativas de resultado que tenga el individuo ante una determinada situación, y por tanto, por su autoeficacia.

Así mismo, no hay que olvidar el papel importante de los pensamientos, ya que son los antecedentes al estado emocional. En este sentido se trabaja con los pensamientos irracionales que son los que en el ámbito de las drogas juegan un papel relevante. Se enseñan estrategias y métodos para desmontar ese tipo de pensamientos que no hacen si no obstaculizar el proceso de abstinencia del individuo, por lo que se podría considerar un factor de riesgo en la recaída.

Factores interpersonales.

Aquí entran en juego tres variables: enfrentarse a conflictos interpersonales, presión social e incremento de estados emocionales positivos.

En cuanto a la primera variable, se refiere a los conflictos que tenga el sujeto con la familia, amigos, pareja, etc. Se ha comprobado que los conflictos que provocan frustración o enfado son los más determinantes en el proceso de recaída que otros estados emocionales (ansiedad, miedo, tensión...). Por el contrario, si no se da una situación interpersonal, se ha comprobado que son los otros estados emocionales negativos, diferentes a los primeros, los que contribuyen a la recaída inicial (Larimer et al., 1999).

La segunda variable referida a la presión social también es importante a tener en cuenta en el proceso de recaída. El grupo social puede ejercer una presión tanto directa como indirecta en el individuo para que consuma. Este hecho junto con otros factores (estado emocional negativo, conflicto interpersonal, bajo apoyo social) contribuye a que el individuo recaiga (Luengo et al., 2001).

La última variable hace referencia a la asociación del consumo con situaciones de celebración (fiestas, comidas...) a fin de aumentar las emociones positivas, creando sentimientos de alegría, así como incrementar conductas (sexuales) y sensaciones (libertad).

Eficacia y Eficiencia del modelo de Prevención de Recaídas

Actualmente el modelo PR propuesto por Marlatt y Gordon resulta uno de los tratamientos de primera elección en el ámbito de las drogadicciones.

En diferentes estudios se ha observado que el tratamiento del alcoholismo resulta más eficaz aplicando este modelo, que sin aplicar ningún tipo de tratamiento.

Según Secades Villa y Fernández Hermida (2001), un estudio longitudinal que realizó Holder et al. (2000) durante tres años, que evaluaba tres modalidades de tratamiento para la drogadicción: la Terapia Cognitivo-Conductual de Habilidades de Afrontamiento basada en la Prevención de Recaídas, la Terapia Motivacional y un programa de <<doce pasos>>, sacó a la luz resultados favorables para la PR. Estos mostraron mayor eficiencia de los programas PR, sobre todo para pacientes que tenían un peor pronóstico que otros (con psicopatología asociada, menor apoyo social y alcoholismo severo).

Los resultados de un estudio meta-analítico sobre la eficacia de la PR arrojaron la afirmación de que, esta fue generalmente efectiva, sobretodo con problemas de alcohol. Los resultados de esta revisión indican que fue eficaz en todos los niveles, y que parecía tener un mayor

impacto en la mejora del funcionamiento psicosocial que en la reducción del consumo de sustancias.

Se observó que la eficacia del modelo era generalmente la misma, aplicándola tanto de forma individual como grupal (Irvin, Bowers, Dunn & Wang., 1999).

El objetivo del presente trabajo es analizar la eficacia del programa PR aplicado a una muestra de reclusos drogodependientes de un centro penitenciario en la mejora de tres de las variables psicológicas clave para la prevención de las recaídas como lo son la asertividad, la autoeficacia y la impulsividad.

Metodología

Muestra

La muestra estuvo compuesta por 50 participantes reclusos drogodependientes de sexo masculino, de edades que oscilaban entre los 23 y los 50 años (tienes que incluir la media y la desviación típica de la edad). Todos los participantes pertenecían al mismo módulo: Unidad Terapéutica y Educación Social.

Variables

Variable independiente: *Programa de Prevención de Recaídas aplicado en el centro penitenciario*

El programa que se aplica en el Centro Penitenciario Alicante II (Villena) donde se ha llevado a cabo el presente estudio, está basado en la teoría de Marlatt y Gordon. Está dentro del Plan Regional sobre Drogas, y lo ofrece la Comunidad de Madrid, en concreto la Consejería de Integración Social.

Este programa diseñado para poder ser adaptado a cualquier tipo de población, independientemente de las características de edad, sexo o cultura, está estructurado sobre la base de los siguientes objetivos a cubrir, estructurados en tres módulos: Identificación de antecedentes (11 sesiones), Estrategias de afrontamiento (14 sesiones) e Identificación y control de un proceso de recaída (7 sesiones). Cada una con sus correspondientes sesiones de repaso y evaluación.

Los objetivos generales del programa son:

- Proporcionar un modelo a los usuarios para comprender y analizar su problema de abuso de drogas.
- Aprender a identificar qué situaciones, pensamientos y/o estados emocionales pueden acercarlos al consumo y cómo afrontarlos adecuadamente utilizando determinadas técnicas.
- Aprender a identificar las claves y señales que anuncian la posibilidad de una recaída.
- Aprender a enfrentarse a una recaída antes y después de que se produzca un consumo.

VARIABLES DEPENDIENTES

Asertividad

La asertividad es una variable importante a estudiar en este caso, ya que en situaciones que llamamos de “alto riesgo” es indispensable tener una actitud asertiva para poder hacer frente a la presión, tanto social como ambiental, que puede aumentar la probabilidad de recaída.

Se define como la capacidad de expresar y defender nuestros propios sentimientos, opiniones, deseos y, en definitiva, nuestros derechos de una manera clara y directa a la otra persona sin ofenderla, respetando también los suyos.

Estudios afirman que los consumidores de sustancias se caracterizan por tener un déficit en habilidades sociales, así como que los bebedores alcohólicos, comparados con los bebedores sociales, tienen un déficit en habilidades asertivas (Luengo et al., 2001). Por tanto, y dado que el programa de Marlatt y Gordon se centra en estrategias de afrontamiento (entre ellas habilidades sociales), las personas con un déficit en habilidades asertivas son más propensas a la recaída.

Conforme se alargue el periodo de abstinencia y más se hayan puesto en práctica habilidades sociales, más se consolidarán y aumentará la autoeficacia en el individuo.

Por estos motivos se ha considerado una variable importante a medir antes y después del programa, ya que la mayor parte trata de entrenar al individuo en habilidades sociales.

Autoeficacia específica para el afrontamiento del estrés

Éste tipo de autoeficacia se podría definir como el conjunto de creencias sobre las propias capacidades para afrontar de una manera adecuada y eficaz situaciones que se consideran de demanda excesiva o estresantes para el individuo, y de lo que se consigue reducir,

eliminar o incluso prevenir el estrés experimentado en esta clase de situaciones para reducir su impacto y para controlar las consecuencias negativas. En este caso, hablaríamos de dos tipos de expectativas: *expectativas de autoeficacia en el afrontamiento del estrés*, en las que se refieren a las creencias o juicios que tenemos acerca de nuestra capacidad personal para llevar a cabo la conducta de afrontamiento ante la situación así como para regular las emociones, y las *expectativas de resultado*. Estas expectativas hacen referencia a las creencias que se tienen sobre los resultados positivos – como consecuencia de la conducta realizada- a obtener ante una determinada situación que resulta estresante en ámbitos importantes en la vida del sujeto (relaciones interpersonales, éxito laboral, clima familiar, satisfacción subjetiva...).

Se ha escogido esta variable, en primer lugar, porque adquiere un papel importante en el proceso de recaída en las drogas, ya que la autoeficacia se ve afectada al violarse el periodo de abstinencia. En segundo lugar, se ha querido medir la autoeficacia específica para el afrontamiento del estrés, ya que se considera que también cobran importancia en el proceso de recaída aquellas situaciones de alto riesgo que suponen para el individuo una demanda excesiva. Esta sensación desbordante de las demandas del ambiente puede verse incrementada al tratarse de una población privada de libertad, ya que pueden ocurrir un número determinado de eventos considerados como estresantes, tanto en el medio penitenciario como en el medio externo y todas estas demandas afectarán de una manera más magnificada por no poder controlar los sucesos que pasan en el exterior y que les afectan de manera personal (Altamirano, 2013). Así mismo la salida, también puede suponer un exceso de demandas que, sin las adecuadas estrategias, incrementen la probabilidad de que el individuo recurra al consumo como medio de escape.

Impulsividad

La impulsividad es una variable importante a estudiar en el proceso de recaída, ya que numerosos estudios han demostrado que las personas que son impulsivas controlan peor sus adicciones. Se define como una variable personal que implica una búsqueda inmediata de una recompensa o un refuerzo, sin tener en cuenta las consecuencias negativas que se pueden derivar de dicha acción.

Dickman clasificó esta impulsividad en dos tipos: la *funcional*, en el que se toman decisiones rápidas en situaciones en las que existe un beneficio personal, por lo que sería una toma de decisiones de riesgo calculado, y la *disfuncional*, en la que se toman decisiones precipitadas e irreflexivas ante situaciones que suponen obtener consecuencias negativas para el individuo (Pedrero, 2009).

En relación con las adicciones, cobraría importancia la impulsividad disfuncional. Esta variable está relacionada con el consumo temprano de las drogas, por lo que es importante saber proporcionar estrategias de autocontrol para poder mantener la abstinencia. Un temperamento impulsivo hace más probable la recaída, ya que el *craving* es el que activa los mecanismos neuronales segregando dopamina (hormona del placer), que es la que lleva a que el sujeto tenga deseos de volver a experimentar los efectos de la droga, y por tanto se buscará la recompensa inmediata –aquí es donde entra en juego la impulsividad o autocontrol-.

Instrumentos de evaluación

Se han escogido los siguientes instrumentos para medir las variables antes citadas (Autoeficacia Específica de Afrontamiento del Estrés, Impulsividad y Asertividad):

- “Inventario de Asertividad de Rathus”.

Este instrumento consta de 30 ítems. Utiliza escala tipo Likert para las respuestas, de tipo gradual, desde <<muy poco característico de mí, nada descriptivo>> (-3), hasta <<muy característico de mí, muy descriptivo>> (+3). Está compuesto por ítems directos (ítems 3, 6, 7, 8, 10, 15, 18, 20, 21, 22, 25, 27, 28, 29, 30), así como por inversos (ítems 1, 2, 4, 5, 9, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 19, 23, 24, 26). Se obtiene una puntuación total sumando todos los ítems. A más puntuación, más asertividad, por lo que se mide de forma directa. (Anexo 3).

Para esta escala, se ha encontrado un estudio realizado a una muestra de 421 sujetos (76,5% mujeres), siendo un 93,82% estudiantes universitarios.

Llevando a cabo un Análisis Factorial Exploratorio, se encontró que los factores explicaban un 44,79% de la varianza de las puntuaciones. Haciendo referencia a la fiabilidad, se obtuvo un alfa de Cronbach (consistencia interna) de 0,82 y un 0,80 de fiabilidad de las dos mitades de Guttman, por lo que se podría decir que en cuanto a validez y fiabilidad, se obtienen resultados favorables (Caballo et al., 2014).

- Escala de “Autoeficacia específica de afrontamiento del estrés (AEAE)” de Godoy-Izquierdo y Godoy, 2001.

Este instrumento consta de 8 ítems, 4 de ellos (ítems 2, 4, 5, 7) evalúan el componente de expectativas de eficacia (EE) del constructo de autoeficacia. Los otros 4 (ítems 1, 3, 6, 8) evalúan las expectativas de resultado (ER). Se han utilizado

ítems directos (2, 3, 5, 7), así como ítems inversos (1, 4, 6, 8). Utiliza escala tipo Likert de 5 alternativas para el formato de la respuesta. Es de tipo gradual, desde <<Completamente en desacuerdo>> a <<Completamente de acuerdo>>, midiéndolo con valores del 1 al 5. Se obtiene una puntuación total de la suma de las puntuaciones parciales. Cuanto más puntuación, más autoeficacia se tiene ante situaciones de estrés, por lo que se mide de una forma directa. (Anexo 1).

En cuanto a las propiedades psicométricas, se ha encontrado un estudio exhaustivo en el que se hace una revisión de esta escala. Esta se aplicó a una población adulta, entre los 18 y los 64 años, siendo 812 los participantes (62,6% mujeres y 37,5% hombres). Se aplicaron pruebas no paramétricas (no se cumplieron los supuestos), y los resultados fueron favorables, obteniendo de fiabilidad un coeficiente de 0,75, así como un coeficiente de correlación de 0,79. En cuanto a la validez factorial, se ha obtenido que el modelo explica un 50% de la varianza de las puntuaciones (Godoy et al., 2008).

- “Escala de impulsividad de Baratt, versión 11 (BIS-11).

Este instrumento consta de 30 ítems, en los que se dividen en tres subescalas: Impulsividad Cognitiva o Atención, agrupada en 8 ítems (ítems 4, 7, 10, 13, 16, 19, 24, 27), Impulsividad Motora, agrupada en 10 ítems (ítems 2, 6, 9, 12, 15, 18, 21, 23, 26, 29) e Impulsividad no planeada, agrupada en 12 ítems (ítems 1, 3, 5, 8, 11, 14, 17, 20, 22, 25, 28, 30). Utiliza escala tipo Likert para las respuestas, de tipo gradual, desde <<Raramente o nunca>> hasta <<Siempre o casi siempre>>. Se utilizan ítems directos (ítems 2, 4, 9, 12, 14, 15, 16, 18, 20, 21, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29) e inversos (ítems 1, 5, 6, 7, 8, 10, 11, 13, 17, 19, 22, 30). La puntuación total se obtiene sumando las puntuaciones parciales correspondientes. A más puntuación, más impulsividad se registra. (Anexo 2).

En cuanto a las propiedades psicométricas, se ha encontrado una revisión de las investigaciones sobre esta escala. A priori, lo que las investigaciones indican no es concluyente, ya que los componentes de esta escala no llegan a ser absolutamente consistentes. Por tanto, con respecto a su validez, se puede decir que la estructura factorial de esta escala ha sido problemática, por lo que no se ha podido replicar el modelo de Patton. Estos resultados ponen en duda la estructura multidimensional de la escala, ya que no se encuentra una nosología común entre todas las muestras (Chachín-Pinzón, 2015).

Con referencia a su confiabilidad, en la mayoría de estudios la escala total muestra unos resultados clasificables entre aceptables y buenos. No obstante, no se han obtenido resultados favorables en cuanto a la revisión de escalas, siendo estos contradictorios entre las muestras. Todo esto puede deberse a que los ítems no están adaptados para diferentes culturas (Chachín-Pinzón, 2015).

Procedimiento

La muestra de participantes fue seleccionada de entre todos los reclusos del centro penitenciario que presentaban un diagnóstico de drogodependencia, todos pertenecientes a la Unidad Terapéutica y Educativa (módulo destinado para personas con adicciones). El centro seleccionó a un número concreto de reclusos para acudir al programa, considerados como los que todavía ejercían algún consumo, así como reclusos que quisieron asistir de forma voluntaria. Por tanto, la muestra final escogida era la que el centro previamente había seleccionado para acudir al programa (todos los asistentes a este). La muestra estudiada se componía de diferentes tipos de adicción (cocaína, heroína, alcohol y marihuana). En primer lugar, se procedió a pedir los permisos correspondientes para la administración de los cuestionarios al Centro Penitenciario, y se elaboró un modelo de consentimiento informado para que cada uno de los participantes lo firmara (quedando constancia la participación voluntaria), explicándoles el objetivo de la investigación y el proceso.

Cada uno de los cuestionarios se rellenaron de forma autoaplicada. La fase posttest se realizó cuatro meses después.

En la fase pretest participaron los 60 sujetos que se habían previsto. Sin embargo, en la fase posttest se obtuvo la participación de 50 sujetos, ya que por problemas de traslados o por simple voluntad, no concluyeron el proceso (16,67% de mortalidad experimental).

Una vez concluida la fase pretest y posttest, se procedió a obtener las puntuaciones de cada uno de los cuestionarios. Para todos ellos se obtuvo una puntuación total para cada una de las fases, y se procedió a su análisis para obtener los resultados.

Tipo de diseño

La investigación se basa en una metodología cuasiexperimental, y el diseño empleado ha sido el de un solo grupo con pretest y posttest para evaluar el cambio en dichas variables antes y después de la aplicación del programa.

Análisis de los datos

Para el análisis de los datos se utilizó el programa estadístico SPSS Statistics versión 21.0. En primer lugar se realizó un Análisis Descriptivo de las variables dependientes en el pretest como justificación de la intervención. En segundo lugar, se realizó una comparación de medias mediante la prueba T-Student para muestras relacionadas, tras la comprobación de sus supuestos de aplicación (Normalidad e Independencia), y se calcularon también los tamaños del efecto para cada una de las pruebas.

Resultados

Análisis Exploratorio

En primer lugar, y como fin de justificar la intervención, se procedió a realizar un Análisis Descriptivo Exploratorio de las variables en el pretest, obteniendo los estadísticos que se muestran en la Tabla 1.

Tabla 1.
Estadísticos descriptivos de las variables Pretest

	Asertividad	Autoeficacia	Impulsividad
Media	15,28	24,70	68,98
Mediana	12,00	25,00	68,50
Desv. Típ.	11,87	5,17	12,34
Varianza	141,06	26,70	152,26
Asimetría	0,56	0,02	-0,02
Error Típ. Asimetría	0,34	0,34	0,34
Curtosis	-0,57	-1,16	-0,26
Error típ. Curtosis	0,66	0,66	0,66

Como se observa en la Tabla 1, el valor que en rasgos generales más se desvía, es el perteneciente a la variable "Impulsividad". Esta variable es la que puntúa más alto en cuanto a Media, Mediana, Desviación Típica y Varianza. Con esto interpretamos que la puntuación de los sujetos en esta variable es muy diferente entre sí, así como que las puntuaciones son

muy extremas y los sujetos puntúan muy alto, tal y como se refleja también según los resultados obtenidos de la asimetría de la distribución, que es negativa. Con esto podemos decir a priori que, antes de la aplicación del programa, los sujetos puntuaron alto en esta variable, por lo que se hace necesaria la intervención para disminuirla.

La variable “Autoeficacia” es la segunda que más puntuación obtiene con respecto a los estadísticos descriptivos. Aunque hay diferencias con respecto a la variable “Impulsividad”, se puede decir que los sujetos han puntuado alto también en esta variable. La Varianza y Desviación Típica, sin embargo, es mucho menor con respecto a las otras variables, por lo que no existe tanta variabilidad entre las puntuaciones de los sujetos. En cuanto a la Asimetría, se ha obtenido un valor positivo, aunque cercano a cero, por lo que se puede decir que es prácticamente simétrica y que los valores están distribuidos en torno a la media.

Por último, la que menos media y mediana obtiene, es la variable “Asertividad”. Los sujetos no puntúan demasiado alto en esta variable, tal y como se refleja también en los resultados obtenidos de la asimetría de la distribución, que es claramente positiva. Sin embargo, la Varianza y Desviación Típica son más altas, y similares a las de la variable “Impulsividad”, dando lugar a mucha variabilidad entre las puntuaciones obtenidas.

El estadístico descriptivo de Curtosis para las tres variables es negativo, por lo que se obtiene una distribución platicúrtica, con valores dispersados en torno a la media. Por tanto, hay sujetos que han puntuado de forma extrema en las variables (tal y como se ha apreciado anteriormente).

Por tanto, atendiendo a los estadísticos descriptivos analizados, se ha visto necesario realizar una intervención más exhaustiva en estas tres variables, sobretodo en cuanto a la “Autoeficacia específica de afrontamiento del estrés” y en cuanto a la “Impulsividad”, dos variables psicológicas clave que se tratan en el programa, y necesarias a tener en cuenta en el proceso de recaída. La variable “Asertividad”, aunque no es una variable en la que se centre mucho el programa, sí que está incluida en estrategias de afrontamiento, por lo que se ha considerado importante también para poder realizar la intervención.

Con estos resultados, y teniendo en cuenta la variabilidad que existe en torno a los sujetos, se ha intentado adaptar dicha intervención a la mayoría de ellos, atendiendo a las necesidades que requiere cada sujeto.

Pruebas T-Student y Tamaños del Efecto

Comprobación de los supuestos de aplicación

A continuación, se procedió a comprobar el cumplimiento de los dos supuestos de Normalidad e Independencia que requiere la prueba T-Student para muestras relacionadas (al 95% de nivel de confianza). Para comprobar el supuesto de normalidad, se aplicó la prueba de Kolmogorov-Smirnov, cuyos resultados se exponen en la Tabla 2.

Tabla 2.

Prueba de Normalidad Kolmogorov-Smirnov para las variables

	Asertividad	Autoeficacia	Impulsividad
Z	1,09	0,81	1,03
Sig. Asintót. (bilateral)	0,18	0,52	0,24

La hipótesis nula para la normalidad, es que la muestra sigue una distribución normal. La alternativa, que la muestra no sigue dicha distribución normal.

Como se puede observar, el nivel de significación es mayor que 0,05. Esto nos lleva a mantener la hipótesis nula de que las variables siguen una distribución normal.

Seguidamente se aplicó la prueba de Rachas para verificar que las observaciones son independientes (Tabla 3).

Tabla 3.

Prueba de Rachas para las variables

	Asertividad	Autoeficacia	Impulsividad
Z	-1,13	0,33	-0,27
Sig. Asintót. (bilateral)	0,26	0,74	0,78

Como en el caso anterior, la hipótesis nula establecida se mantiene, dando lugar a la independencia entre las observaciones. La hipótesis alternativa establece el rechazo de esa independencia entre las observaciones.

Como se aprecia en la tabla 3, la significación también es mayor que 0,05. Con esto se mantiene la hipótesis nula establecida, en la que se considera que la muestra es aleatoria y las observaciones independientes.

Dado que el supuesto de normalidad y de independencia se ha cumplido, se procede a aplicar la prueba T-Student para muestras relacionadas (Tabla 4). En este caso, la hipótesis nula de la que se parte es, de que las diferencias entre las variables pretest y posttest no son significativas, y por lo tanto son explicables por azar.

Los resultados obtenidos han vuelto a ser favorables para cada una de las variables, ya que $\alpha < 0,05$ para todos los casos. Por tanto, se rechaza la hipótesis nula de que no hay diferencias entre las variables pretest y posttest y, podemos afirmar que la intervención ha sido efectiva para la mejora de esas variables.

Tabla 4.
Pruebas T-Student y tamaños del efecto

Variable	Medida	N	Media	DT	T	P	r
Asertividad	Pre	50	15,28	11,87			
	Post	50	20,32	12,71	-12,97	0,00	0,87
Autoeficacia	Pre	50	24,70	5,17			
	Post	50	28,38	4,45	-5,34	0,00	0,61
Impulsividad	Pre	50	68,98	12,34			
	Post	50	64,86	9,90	4	0,00	0,50

Los tamaños del efecto hacen referencia a las diferencias encontradas en las pruebas del contraste de hipótesis. Por tanto, como se observa en la tabla 4, se puede afirmar que la mejoría en las variables no solamente es estadísticamente significativa, sino también clínicamente relevante.

Conclusiones

El objetivo establecido a priori era demostrar la eficacia del programa “Plan Regional de Drogas” aplicado en el Centro Penitenciario sobre tres variables psicológicas importantes (Asertividad, Autoeficacia Específica de Afrontamiento del Estrés e Impulsividad), y que está basado en el modelo de PR de Marlatt y Gordon. En este sentido, los resultados de la investigación han resultado favorables, afirmando su eficacia en esta población, ya que han habido diferencias significativas entre los resultados antes (pre) y después (post) del programa. Es un resultado importante, dado que hasta ahora todavía no se conocen datos acerca de la eficacia de este modelo con respecto a estas variables en población reclusa. Esto permite afirmar que existe un aumento de la asertividad y de la autoeficacia específica de afrontamiento del estrés, y una disminución de la impulsividad al aplicar el programa, por lo que se reduce considerablemente la probabilidad de recaídas futuras si se ha adquirido mejoría en estas variables. También es efectivo aplicándolo en un grupo con diferencias de edad, por lo que se concluye que ésta no dificulta la rehabilitación. Sin embargo, hay que considerar también las limitaciones de esta investigación, ya que puede no dar resultado en todos los casos en los que se aplique. Por un lado, hay que tener en cuenta que sólo se ha comprobado su eficacia en hombres, ya que no se disponía de mujeres para la investigación, lo que tampoco ha permitido establecer diferencias entre ambos sexos. Por otro lado hay que considerar el tamaño de la muestra (en este caso 50 reclusos) que, aunque es una cifra aceptable para llevar una investigación, no se conoce el resultado en una muestra más numerosa, por lo que en cada Centro Penitenciario se aplicará a más o menos personas.

En este caso sólo se ha investigado las diferencias con un mismo grupo, por lo que sería también interesante realizar el estudio con dos grupos de forma que uno actúe de control y el otro de experimental. Hay que matizar que sería interesante realizar un estudio longitudinal, ya que todavía se obtendrían resultados más fiables acerca de su eficacia.

Una de las dificultades que se ha encontrado en la investigación fue la administración de las pruebas. En este sentido, se han tenido que aclarar muchas dudas en cuestión a la cumplimentación de éstas, y ha retrasado en ese sentido el avance del trabajo. La obtención

de las puntuaciones de cada uno de los cuestionarios también ha supuesto mucho tiempo invertido.

A pesar del trabajo que ha llevado todo el proceso, ha merecido la pena realizar esta investigación en un ámbito tan importante como es la rehabilitación de personas con problemas de adicción. Resulta muy útil saber si lo que estamos aplicando tiene efectividad en el grupo, sobretodo en población reclusa.

Este resultado puede servir para la continuación del estudio en el ámbito penitenciario, estudiando otras variables y con más muestra, de forma que se pueda mejorar los resultados hasta ahora obtenidos sobre el índice de recaídas en las drogas.

Referencias bibliográficas

Altamirano, Z. (2013). El Bienestar Psicológico en Prisión: Antecedentes y Consecuencias (Tesis Doctoral). Universidad Autónoma de Madrid. Madrid.

B. Sobell, M., C. Sobell, L., R. Kilmer, J., J. Sher, K., H. George, W., L. Clifasefi, S. & E. Larimer, M. (2011). Remembrance: G. Alan Marlatt. Association for Psychological Science. Recuperado de <http://www.psychologicalscience.org>

Caballo, V. E., Salazar, I. C., Olivares, P., Iruña, M. J., Olivares, J. & Toledo, R. (2014). Evaluación de las Habilidades Sociales: Estructura Factorial y otras Propiedades Psicométricas de cuatro medidas de Autoinforme. *Behavioral Psychology*. 22, (3), 375-399.

Chachín-Pinzón, N. (2015). Revisión de las características psicométricas de la escala Baratt de Impulsividad (BIS) a través de su historia: desde sus orígenes hasta la actualidad. *Psicología desde el Caribe*. 32, (2), 315-326.

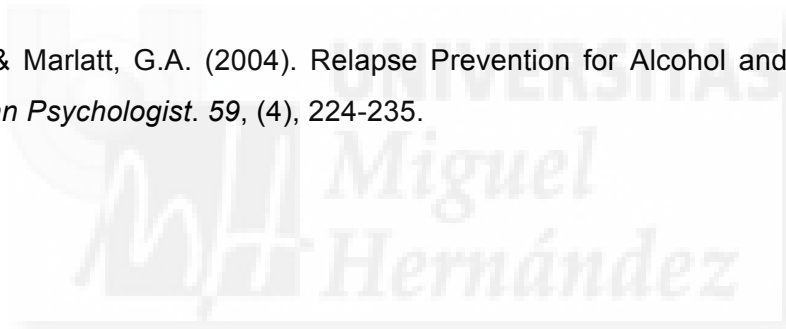
E. Ervin, J., A. Bowers, C., E. Dunn, M. & C. Wang, M. (1999). Efficacy of Relapse Prevention: A Meta-Analytic Review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 67, (4), 563-570.

Godoy, D., Godoy, J.F., López-Chicheri, I., Martínez, A., Gutierrez, S. & Vázquez, L. (2008). Propiedades Psicométricas de la Escala de Autoeficacia para el Afrontamiento del Estrés (EAEAE). *Psicothema*. 20, (1), 155-165.

Iraurgi, I. & Corcuera, N. (2008). Craving: concepto, medición y terapéutica. *Norte de Salud Mental*. (32), 9-22.

Larimer, M.E., Palmer, R. S. & Marlatt, G.A. (1999). Relapse Prevention: An Overview of Marlatt's Cognitive-Behavioral Model. *Alcohol Research and Health*. 23, (2), 151-160.

- Luengo, M. A., Romero, E. & Gómez-Fraguela, J.A. (2001). *Proyecto Hombre: Análisis de la eficacia y prevención de recaídas en el consumo de drogas*. Santiago de Compostela, España: Editorial Compostela, S.A.
- Muñoz García, M.A. (2007). Mecanismos motivacionales del Craving: ansia por el tabaco (Tesis Doctoral). Universidad de Granada. Granada.
- Patton, J.H., Stanford, M.S. & Barratt, E.S. (1995). Factor structure of the Barratt impulsiveness scale. *Journal of Clinical Psychology*, 51, 768-774.
- Pedrero, E. J. (2009). Evaluación de la impulsividad funcional y disfuncional en adictos a sustancias mediante el Inventario de Dickman. *Psicothema*. 21, (4), 585-591.
- Secades, R. & Fernández, J.R. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la drogadicción: nicotina, alcohol, cocaína y heroína. *Psicothema*. 13, (3), 365-380.
- Vázquez, M. L. (2009). Eficacia de un Programa de Entrenamiento en Autoeficacia Específica para el Afrontamiento del Estrés en Pacientes Psicóticos (Tesis Doctoral). Universidad de Granada. Granada.
- Witkiewitz, K. & Marlatt, G.A. (2004). Relapse Prevention for Alcohol and Drug Problems. *American Psychologist*. 59, (4), 224-235.



ANEXO A

INVENTARIO DE ASERTIVIDAD DE RATHUS

(*Rathus Assertiveness Schedule, RAS; Rathus, 1973*)

Instrucciones: Indique, mediante el número correspondiente, hasta qué punto le describen o caracterizan cada una de las afirmaciones de la lista:

+3 = Muy característico de mí, muy descriptivo

+2 = Bastante característico de mí, bastante descriptivo

+1 = Algo característico de mí, ligeramente descriptivo

-1 = Algo raro en mí, poco descriptivo

-2 = Bastante extraño en mí, bastante poco descriptivo

-3 = Muy poco característico en mí, nada descriptivo

1. Mucha gente parece ser más agresiva y asertiva que yo ____
2. He dudado en solicitar o aceptar citas por timidez ____
3. Cuando la comida que me han servido en el restaurante no está hecha a mi gusto, me quejo de ello al camarero ____
4. Me esfuerzo en evitar ofender los sentimientos de otras personas incluso aunque crea que me han molestado ____
5. Cuando un vendedor se ha molestado mucho mostrándome un producto que luego no me agrada, paso un mal rato al decir «no» ____
6. Cuando me piden que haga algo, insisto en saber por qué ____
7. Hay veces en que provoco abiertamente una discusión ____
8. Lucho, como la mayoría de la gente, por mantener mi posición ____

9. En realidad, la gente se aprovecha con frecuencia de mí ____
10. Disfruto entablado conversación con nuevos conocidos y extraños ____
11. Con frecuencia no sé qué decir a personas atractivas del otro sexo ____
12. Rehúyo telefonar a instituciones o empresas ____
13. En caso de solicitar un trabajo o la admisión en una institución, preferiría escribir cartas a realizar entrevistas personales ____
14. Me resulta embarazoso devolver un artículo comprado ____
15. Si un pariente cercano y respetado me molesta, preferiría ocultar mis sentimientos antes que expresar mi disgusto ____
16. He evitado hacer preguntas por miedo a parecer tonto ____
17. Durante una discusión temo a veces alterarme tanto como para ponerme a temblar ____
18. Si un eminente conferenciante hiciera una afirmación que considero incorrecta, expondría públicamente mi propio punto de vista ____
19. Evito discutir sobre precios con dependientes y vendedores ____
20. Cuando he hecho algo importante o meritorio, trato de que los demás se enteren de ello ____
21. Soy abierto y franco en lo que respecta a mis sentimientos ____
22. Si alguien ha hablado mal de mí o me ha atribuido hechos falsos, le busco cuanto antes para poner los puntos sobre las íes ____
23. Con frecuencia paso un mal rato al decir «no» ____
24. Suelo reprimir mis emociones antes de hacer una escena ____
25. En el restaurante o en cualquier sitio semejante, protesto por un mal servicio ____
26. Cuando me hacen un cumplido, con frecuencia no sé qué responder ____
27. Si dos personas en el cine o en una conferencia están hablando demasiado alto, les digo que se callen o que se vayan a hablar a otra parte ____

28. Si alguien se me cuela en una fila, le llamo abiertamente la atención ____
29. Expreso mis opiniones con facilidad ____
30. Hay ocasiones en las que soy incapaz de decir nada ____

Nota: Los ítems 1, 2, 4, 5, 9, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 19, 23, 24 y 26 invierten la puntuación. A mayor puntuación, mayor asertividad.

ANEXO B

Autoeficacia específica de Afrontamiento del estrés (AEAE)

(Godoy-Izquierdo y Godoy, 2001)

A continuación encontrarás una serie de afirmaciones sobre cómo sueles responder ante los problemas o sobre cómo te afectan éstos. Marca una cruz en la casilla correspondiente a **tu grado de acuerdo** con cada una de ellas.

	Completamente de desacuerdo	Bastante de acuerdo	Ni en desacuerdo ni de acuerdo	Bastante de acuerdo	Completamente de acuerdo
Cuando tengo problemas o contratiempos en mi vida, me cuesta trabajo funcionar lo más normalmente posible					
Cuando tengo problemas o contratiempos, procuro que no afecten a mis emociones, relaciones u otras esferas de mi vida					
Cuando tengo problemas, mi salud no se resiente					

notablemente					
Cuando tengo problemas o contrariedades, dudo de mi capacidad para afrontarlos eficazmente					
Soy capaz de no dramatizar los problemas y doy su justo valor a las cosas					
Cuando tengo problemas o contratiempos, mi cuerpo lo acusa notablemente y me noto activado o tenso					
Para resolver un problema, pongo en marcha todos los recursos que están a mi alcance					
Cuando tengo problemas o contrariedades, no dejo de pensar en ellos y soy incapaz de prestar atención a otras cosas					

ANEXO C

Escala de Impulsividad de Baratt

Instrucciones: Las personas son diferentes en cuanto a la forma en que se comportan y piensan en distintas situaciones. Ésta es una prueba para medir algunas de las formas en que usted actúa y piensa. No se detenga demasiado tiempo en ninguna de las oraciones. Responda rápida y honestamente. (Entrevistador: Lea cada oración al respondiente y marque la contestación. Si la persona no entiende la pregunta, plantéela de la forma que está entre paréntesis).

	Raramente o nunca (0)	Ocasionalmente (1)	A menudo (3)	Siempre o casi siempre (4)
1. Planifico mis tareas con cuidado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Hago las cosas sin pensarlas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Casi nunca me tomo las cosas a pecho (no me perturbo con facilidad)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Mis pensamientos pueden tener gran velocidad (tengo pensamientos que van muy rápido en mi mente)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Planifico mis viajes con antelación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Soy una persona con autocontrol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Me concentro con facilidad (se me hace fácil concentrarme)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Ahorro con regularidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. Se me hace difícil estar quieto/a durante largos periodos de tiempo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Pienso las cosas cuidadosamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Planifico para tener un trabajo fijo (me esfuerzo por asegurar que tendré dinero para pagar mis gastos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Digo las cosas sin pensarlas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Me gusta pensar sobre problemas complicados (me gusta pensar sobre problemas complejos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Cambio de trabajo frecuentemente (no me quedo en el mismo trabajo durante largos periodos de tiempo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Actúo impulsivamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Me aburro con facilidad tratando de resolver problemas en mi mente (me aburre pensar en algo demasiado tiempo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Visito al médico y al dentista con regularidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Hago las cosas en el momento en que se me ocurren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Soy una persona que piensa sin distraerse (puedo enfocar mi mente en una sola cosa por	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

mucho tiempo)				
20. Cambio de vivienda a menudo (me mudo con frecuencia o no me gusta vivir en el mismo sitio por mucho tiempo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Compro cosas impulsivamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Termino lo que empiezo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Camino y me muevo con rapidez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Resuelvo los problemas experimentando (resuelvo los problemas empleando una posible solución y viendo si funciona)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Gasto en efectivo o a crédito más de lo que gano (gasto más de lo que gano)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Hablo rápido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Tengo pensamientos extraños cuando estoy pensando (a veces tengo pensamientos irrelevantes cuando pienso)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Me interesa más el presente que el futuro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Me siento inquieto/a en clases o charlas (me siento inquieto/a si tengo que oír a alguien hablar durante un largo periodo de tiempo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Planifico el futuro (me interesa más el futuro que el presente)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>