

# LAS HABILIDADES SOCIALES EN UNIVERSITARIOS, ADOLESCENTES Y ALCOHÓLICOS EN RECUPERACIÓN DE UN GRUPO DE ALCOHÓLICOS ANÓNIMOS (AA)

## SOCIAL ABILITIES IN ADOLESCENTS, UNIVERSITY STUDENTS AND ALCOHOLICS IN RECOVERY IN A GROUP OF ALCOHOLICS ANONYMOUS (AA)

Sandra A. Anguiano Serrano\*, Cynthia Zaira Vega Valero\*\*, Carlos Nava Quiroz\*\*\* y Rocío Soria Trujano\*\*\*\*  
Universidad Nacional Autónoma de México, FES Iztacala, México.

Recibido: 14 de octubre de 2009

Aceptado: 22 de marzo de 2010

### RESUMEN

Entre los factores de riesgo de inicio al consumo de alcohol se encuentra el déficit en habilidades sociales, que aunque no es determinante, sí es un factor que de alguna manera influye en la conducta de beber en exceso. En la presente investigación se realizó un análisis de habilidades sociales en tres muestras distintas: universitarios, adolescentes y alcohólicos en recuperación (AA). Se utilizaron los siguientes instrumentos: Escala Multidimensional de Expresión Social – Parte Motora (EMES-M: Caballo, 1987, 2006) y la Escala Multidimensional de Expresión Social – Parte Cognitiva (EMES-C: Caballo, 1987, 2006). Estas escalas se aplicaron a una muestra de 157 participantes (74 hombres y 83 mujeres). Se distribuyeron de la siguiente forma: 58 adolescentes (estudiantes de secundaria), 55 integrantes de AA y 44 estudiantes universitarios. Se encontraron diferencias significativas entre algunas subescalas y los diferentes grupos de referencia. La mayoría de estas diferencias se encontraron en cuanto a habilidades sociales de corte cognitivo. El grupo de alcohólicos AA marcó la diferencia, mostrando éstos una mayor puntuación en las subescalas que indican «temor» o «preocupación» en ciertas situaciones sociales. Se discuten estos resultados y las implicaciones de éstos para el tratamiento y prevención del alcoholismo.

**Palabras clave:** Déficit asertivo, habilidades sociales, alcoholismo, AA.

### ABSTRACT

Among the risk factors for alcohol use initiation is the deficit in social skills, which while not conclusive, if it is a factor that somehow influences the behavior of excessive drinking. In the present study it conducted an analysis of social skills in three different samples: college, young people and alcoholics in recovery (AA). The following instruments were used: Multidimensional Scale of Social Expression-Motor Part (EMES-M: Horse, 1987) and Multidimensional Scale of Social Expression-Cognitive Part (EMES-C: Caballo, 1987). These scales were applied to a sample of 157 participants (74 men and 83 women) and they were distributed as follows: 58 adolescents (high school students), 55 members of AA and 44 college students. Significant differences were found between some subscales and different reference groups. Most of these differences were found in terms of cutting social cognitive skills. The group of alcoholics AA made the difference, showing them a higher score on the subscales that indicate «fear» or «concern» in certain social situations. We discuss these findings and their implications for treatment and prevention of alcoholism.

**Key words:** Deficit Assertive, Social Skills, Alcoholism, AA

### Introducción

Existen estudios que indican que un repertorio adecuado de habilidades sociales ayudan a los individuos a tener un adecuado funcionamiento social que le permiten prevenir problemas psicológicos a lo largo de su vida. De los problemas que se pueden presentar durante las

diferentes etapas de desarrollo, está el abuso de sustancias, particularmente el alcoholismo, que es un fenómeno complejo y multifactorial, que se ha convertido también en un problema de salud pública.

\*sandraaa@unam.mx

\*\*vegavalero@hotmail.com

\*\*\*canaqi@unam.mx

\*\*\*\*maroc@campus.iztacala.unam.mx

LIBERABIT: Lima (Perú) 16(1): 17-26, 2010

El déficit en habilidades sociales es considerado como un factor de riesgo para el consumo de bebidas alcohólicas, aunque no es un factor directo y determinante para que se inicie un problema de alcoholismo, un número considerable de investigaciones lo han señalado como una variable importante que influye en la conducta de beber en exceso, por ejemplo, Bellack y Morrison (1982), encontraron que los alcohólicos carecían de las habilidades sociales necesarias para enfrentarse a situaciones conflictivas; señalan que los hijos de personas bebedoras probablemente aprenderán que el exceso de bebida es un requisito para un afrontamiento adecuado de las situaciones sociales, y que nunca aprendieron las habilidades sociales necesarias que pudiesen utilizarse en ausencia del alcohol. Por otro lado, hay autores que consideran que si una persona cuenta con una baja asertividad general o poca capacidad específica para responder oponiéndose a las demandas de su grupo, el riesgo de abuso al alcohol aumenta (Botvin, 2000; Colder, Campbell, Ruel, Richardson & Flay, 2002; Costa, Dong, Zhang & Wang, 2006; Dilorenzo, Stucky-Ropp, Vander-Wal & Gothman, 1998; Field, Diego & Sanders, 2001; Maisto, Connors & Zywiack, 2000; Suelves, 1998; Tobler & Stratton, 1997; Turbin, Jessor, Londoño, Valencia, Hernández & León, 2007, citados en: Londoño & Valencia, 2008).

Por otra parte, Caballo (1993), afirma que los bebedores encuentran cada vez más difícil establecer y mantener relaciones sociales, que sus respuestas sociales son aprendidas de forma parcial o inadecuada, que en los sujetos pre-alcohólicos hay un doble proceso implicado que evita la adquisición de respuestas sociales más apropiadas y que sirve para mantener un repertorio de respuestas inadecuado y poco adaptativo. Por otra parte Monti, Abrams, Binkoff y Zwick (1986), señalan que la gente que bebe en exceso, con diferentes estilos interpersonales lo hace por razones distintas, además consideran que los individuos no asertivos beben para facilitar interacciones sociales y los individuos con altas habilidades asertivas beben para cambiar sus sensaciones y disminuir el aburrimiento. Londoño y Valencia (2008), han investigado ampliamente la conducta de beber en jóvenes, señalan que aún falta mucha investigación para saber el papel protector que juega la asertividad como competencia social global. Estos mismos investigadores destacan la importancia de investigar componentes específicos de la asertividad, para determinar cómo influyen en el consumo de alcohol.

Gracias a estos trabajos, existen investigadores que apoyan la hipótesis de que los déficit en habilidades sociales, influyen en el consumo de drogas, tanto legales como ilegales (Hover & Gaffney, 1991). Al respecto varios investigadores han destacado que el entrenamiento en habilidades sociales debe formar parte de los tratamientos conductuales para los individuos con problemas de bebida (Martín, 2002; Secades, García, Fernández & Carballo, 2007). Los argumentos que justifican el entrenamiento en habilidades sociales, han sido los siguientes: 1) La propuesta de Wolpe (1997) de que la aserción es incompatible con la ansiedad, y por consiguiente, el desarrollo de esta habilidad, inhibe la ansiedad y aumenta la conducta social apropiada, y 2) se asume que los drogadictos o alcohólicos a menudo afrontan las situaciones interpersonales por medio del consumo de estas sustancias en vez de manifestar una conducta socialmente habilidosa (Caballo, 1993).

Sin embargo, existen otros estudios que parecen confirmar la escasa relación entre el déficit de habilidades sociales generales y el alcoholismo (Alonso & del Barrio, 1996; Ashby, Baker & Botvin, 1989). Al respecto, Martínez y Alonso (2003) destacan que sí existe una relación entre el consumo de drogas y el *déficit asertivo relacionado con el consumo de drogas y la asertividad social*, encontrando que los sujetos más asertivos en estas áreas son los que menos consumen alcohol. Al respecto, Caballo (1993), plantea que el déficit en habilidades sociales puede ser situacionalmente específico. Los individuos que presentan pequeños o moderados problemas de abuso de alcohol u otras drogas pueden ser muy hábiles en otras situaciones, pero no son hábiles para resistir las presiones del grupo para la ingesta de estas sustancias, y de esta manera su déficit de habilidades puede limitarse a una falta de asertividad frente a esa coerción. En cambio los individuos con problemas de adicción más graves podrían tener problemas de habilidades básicas a lo largo de una serie de situaciones; este déficit podría conducir, en casos más graves, al aislamiento social o a la dependencia extrema de la subcultura del alcohol u otras drogas.

Miles, Calamari y Langley (1998), señalan que la conducta de beber en exceso se puede considerar como una conducta desadaptativa que utilizan algunos individuos para moderar el efecto negativo de la ansiedad en situaciones sociales y aumentar las emociones positivas,

\*sandraaa@unam.mx

\*\*vegavalero@hotmail.com

\*\*\*canaqi@unam.mx

\*\*\*\*maroc@campus.iztacala.unam.mx

además de que se tiene la creencia de que el alcohol mejora el funcionamiento en varias áreas, entre las que se encuentra el funcionamiento social.

Graña y Muñoz (2000) encontraron que los principales factores de riesgo psicológico para el desarrollo de la conducta alcohólica, son una baja autoestima, la presencia de conductas antisociales y la desinhibición.

Otros hallazgos interesantes, son las investigaciones de Gustafson y Kälmmén (1966), en donde encontraron que los sujetos con alta asertividad, después de beber alcohol, presentan una menor asertividad, mientras que los individuos con baja asertividad, después de beber alcohol, presentan una mayor asertividad, llegando a la conclusión de que la intoxicación etílica produce cambios en la asertividad, desinhibiendo a las personas con baja asertividad e inhibiendo a los de alta asertividad (citado en Martínez & Alonso, 2003).

Otra parte importante, en el estudio del alcoholismo, son las redes sociales, pues se sabe que éstas, junto con el apoyo social median la salud y la enfermedad. Es muy posible que los individuos que tienen una red social amplia, tengan más posibilidades de pedir apoyo cuando se encuentran en situaciones altamente estresantes. Al respecto, Barrick y Connors (2002) y Ham y Hope (2003), señalan que el apoyo social y las redes son importantes en el mantenimiento de la abstinencia, lo mismo que en poblaciones con tasas bajas de beber. Con estas investigaciones, se podría deducir, que los individuos con problemas de adicciones cuentan con una red social muy limitada; sin embargo, existen otros estudios que revelan que una determinada red social también puede auspiciar la ingestión de alcohol u otras drogas, como ciertos grupos de amigos, o ciertas asociaciones, principalmente en población estudiantil.

Una de las redes más conocidas, que ha venido funcionando de manera muy eficiente para el tratamiento de alcoholismo, son los grupos de Alcohólicos Anónimos (AA), que basan su éxito en la creación de una red social para el individuo que quiere dejar de beber.

Una de las investigaciones más recientes en México, con respecto al estudio de las redes sociales en alcohólicos, ha sido la propuesta de Nava y Vega (2006), que realizaron

una investigación sobre la estructura y calidad de red de Alcohólicos Anónimos (AA), y encontraron que los AA tenían tamaños de red menores que los no alcohólicos, así como también en participación social, con excepción de la convivencia social. También encontraron que los AA perciben una baja cohesión y expresividad y poco conflicto en sus familias. En comparación con los no alcohólicos, obtuvieron una menor puntuación en cuanto a percepción de calidad de red; con lo cual concluyeron, de que a pesar de que los AA tienen su adicción controlada, muestran claras señales de deficiente integración social, y que a pesar de pertenecer a una comunidad, como la de AA exhiben un aislamiento social importante. Estos resultados podrían estar indicando un déficit en habilidades sociales para relacionarse con su red en general y a la vez se podría estar demostrando un alejamiento voluntario de los contextos sociales que propician beber. Los hallazgos de esta investigación son muy relevantes, pues aunque hay evidencias de la importancia de la red social, no parece haber muchos programas de tratamiento que intenten emplear el entrenamiento en habilidades sociales para mejorar la calidad de red y propiciar el apoyo social de estos individuos. Tal parece que los grupos de AA no tienen en sus programas de ayuda, alguna directriz que fomente las habilidades necesarias para que la persona de manera activa mejore su calidad de red y busque apoyo social, fuera de AA.

Se puede decir, que aunque existan varias investigaciones que han tenido como objetivo encontrar si existe alguna relación entre las habilidades sociales y la conducta de beber en exceso, los resultados no han sido muy claros, aunque sí se han dado directrices importantes al respecto. De todo esto, nació el interés por realizar el presente estudio, que tuvo como objetivo evaluar las habilidades asertivas en tres grupos: universitarios, adolescentes y alcohólicos en rehabilitación, particularmente quienes asisten a Alcohólicos Anónimos (AA) y determinar si existen diferencias que puedan ser clave en la investigación, prevención y tratamiento del alcoholismo. Se eligió trabajar con la variable de habilidades sociales (tanto conductuales como cognitivas), porque éstas constituyen uno de los componentes que han tenido más peso en los programas de prevención y tratamiento del alcoholismo.

\*sandraaa@unam.mx

\*\*vegavalero@hotmail.com

\*\*\*canaqi@unam.mx

\*\*\*\*maroc@campus.iztacala.unam.mx

LIBERABIT: Lima (Perú) 16(1): 17-26, 2010

## Método

### Participantes

Para la selección de participantes se utilizó una técnica de muestreo no aleatoria de tipo intencional. La muestra se compuso de 157 participantes (74 hombres y 83 mujeres), con un rango de edad de los 12 a los 65 años, y una media de edad de 21,3 años. El estado civil de los mismos, fue de 130 solteros y 27 casados. Se distribuyeron en tres grupos: 1) Universitarios (44 participantes), 2) Alcohólicos en recuperación - AA (55 participantes), y 3) Adolescentes - estudiantes de secundaria (58 participantes).

### Instrumentos

\* *Escala de Expresión Social Cognitiva* -EMES-C (Caballo, 1987, 2006), que consta de 44 ítems y evalúa toda una serie de pensamientos relacionados con distintas dimensiones de las habilidades sociales. Las propiedades psicométricas de este instrumento son las siguientes: Se aplicó la escala a 138 universitarios. La media y la desviación típica de la EMES-C fue de 102.10 y 22.11, respectivamente. El  $\alpha$  de Cronbach para la consistencia interna dio un resultado de 0.92. La confiabilidad test-retest (con un intervalo de un mes entre la primera y la segunda aplicación de la escala) para  $N = 61$  ha sido de 0.83. La validez concurrente (tomando como criterio la Fear of Negative Evaluation [FNE] de Watson y Friend [1969], con  $N = 96$  sujetos, fue de  $-0.58$ . Sin embargo, la EMES-C no intenta medir lo mismo que la FNE, aunque tengan puntos en común ambas escalas. Pero no se encontró otra escala establecida con la que poder comparar la EMES-C. El análisis factorial de la escala con estos 138 participantes arrojó los 12 factores: 1) Temor a la expresión en público y a enfrentarse con superiores, 2) Temor a la desaprobación de los demás al expresar sentimientos negativos y al rechazar peticiones, 3) Temor a hacer y recibir peticiones, 4) Temor a hacer y recibir cumplidos, 5) Preocupación por la expresión de sentimientos positivos y la iniciación de interacciones con el sexo opuesto, 6) Temor a la evaluación negativa por parte de los demás al manifestar conductas negativas, 7) Temor a una conducta negativa por parte de los demás en la expresión de conductas positivas, 8) Preocupación por la expresión de los demás en la manifestación de sentimientos, 9) Preocupación por la impresión causada en los demás, 10) Temor a expresar

sentimientos positivos, 11) Temor a la defensa de los derechos y 12) Asunción de posibles carencias propias.

\* *Escala de Expresión Social Motora* -EMES-M (Caballo, 1987, 2006), que consta de 64 ítems y cubre varias dimensiones de las habilidades sociales. Las propiedades psicométricas de este instrumento son las siguientes: Se aplicó la escala a 673 universitarios (210 hombres y 463 mujeres). La media y la desviación típica de la EMES-M con estos sujetos fueron de 140.57 y 29.77, respectivamente. El  $\alpha$  de Cronbach para la consistencia interna fue de 0.92. La confiabilidad test-retest (con un intervalo de un mes entre la primera y la segunda aplicación de la escala) para  $N = 71$  fue de 0.92. La validez concurrente (tomando como criterio la College Self Expression Scale [CSES] de Galassi et al., 1974 (citado en: Caballo & Buela, 1988), con  $N = 237$  sujetos, fue de 0.87. El análisis factorial de la escala con estos 673 participantes arrojó 12 factores: 1) Iniciación de interacciones, 2) Hablar en público/enfrentarse con superiores, 3) Defensa de los derechos de consumidor, 4) Expresión de molestia, desagrado, o enfado, 5) Expresión de sentimientos positivos hacia el sexo opuesto, 6) Expresión de molestia y enfado hacia familiares, 7) Rechazo de peticiones provenientes del sexo opuesto, 8) Aceptación de cumplidos, 9) Tomar la iniciativa en las relaciones con el sexo opuesto, 10) Hacer cumplidos, 11) Preocupación por los sentimientos de los demás y 12) Expresión de cariño hacia los padres.

### Procedimiento

Los instrumentos fueron aplicados en el centro de reunión de los AA, mientras que para los estudiantes universitarios y de secundaria fueron aplicados en el aula de sus centros de estudio. En todos los casos se les indicó que los instrumentos no eran calificados con respuestas correctas o incorrectas y lo que se pretendía era conocer su opinión respecto de algunos planteamientos sociales. Si después de leer las instrucciones aún tenían alguna duda se les explicaba.

### Variables dependientes y análisis de los resultados

Análisis descriptivos para los demográficos de las muestras, pruebas t de student, análisis de varianza de un factor y la prueba Tukey, para identificar posibles diferencias.

\*sandraaa@unam.mx

\*\*vegavalero@hotmail.com

\*\*\*canaqi@unam.mx

\*\*\*\*maroc@campus.iztacala.unam.mx

## Resultados

El primer paso consistió en obtener los promedios y sus respectivas desviaciones estándar con la finalidad de ubicar el nivel de expresión motora y cognitiva, posteriormente se analizaron los datos con un ANOVA de un factor para conocer si existían diferencias entre los tipos de habilidades sociales y los tres grupos de referencia. El tercer paso, consistió en realizar una prueba t de *Student* para determinar si existían diferencias entre las habilidades sociales y el género.

En la tabla 1 se presentan los promedios, su respectiva desviación estándar y los valores del ANOVA para cada uno de los inventarios (EMES-M y EMES-C) y sus subescalas. Para el inventario EMES-M únicamente se identificó que en dos subescalas las diferencias entre los grupos fueron significativas. La comparación sólo se realizó entre alcoholicos AA y adolescentes, ya que no se tienen datos del grupo de universitarios, porque dejaron sin responder un número significativo de ítems lo cual hizo que los canceláramos. Los alcoholicos tienen menos problemas para expresar sentimientos positivos hacia sus padres que los adolescentes y tienen menos problemas para rechazar peticiones del sexo opuesto.

Para el caso del EMES-C, se tiene como criterio que a mayor puntuación, más intensidad en cuanto a temor o preocupación por la situación evaluada; a excepción de la subescala: «Asunción de carencias personales», en donde una mayor puntuación indica que el individuo acepta o asume sus carencias propias sin problemas. En esta escala se identificaron diferencias significativas en casi en todas las subescalas para los tres grupos (véase tabla 1).

Cabe destacar que los promedios obtenidos en todas las subescalas de las escalas EMES-C y del EMES-M, se ubican en un nivel moderado, es decir que no se encontraron problemas de habilidades sociales severos, aunque si se observaron diferencias entre grupos que nos indican una tendencia.

El análisis de Tukey nos muestra que son los alcoholicos quienes hacen la diferencia, ya que éstos obtienen una mayor puntuación en las subescalas, lo que indica que «perciben» más temor o preocupación cuando se encuentran en la situación social evaluada.

En la subescala de: «Temor a la desaprobación de los demás al expresar sentimientos negativos y rechazar peticiones», se encontró que las diferencias están entre adolescentes y alcoholicos y entre universitarios y alcoholicos, pero no entre universitarios y adolescentes, en esta escala los alcoholicos mostraron una mayor puntuación que los otros dos grupos, lo cual indica un «mayor temor». En cuanto a la subescalas: «Temor a hacer y recibir peticiones», «Temor a hacer y recibir cumplidos», «Temor a la evaluación negativa por parte de los demás al manifestar conductas negativas», «Preocupación por la expresión de los demás en la expresión de sentimientos» los alcoholicos obtuvieron una puntuación más alta que los adolescentes y los universitarios, lo cual indica que experimentan más temor que los otros dos grupos al enfrentarse a este tipo de situaciones.

En cuanto a la subescala de «temor a la defensa de derechos», se encontraron diferencias significativas entre adolescentes y alcoholicos y entre universitarios y alcoholicos, pero no entre adolescentes y universitarios, lo cual indica que los alcoholicos muestran un mayor temor que los otros dos grupos para defender derechos personales. En cuanto a la subescala de «Asunción de posibles carencias propias», se encontraron diferencias significativas entre alcoholicos y universitarios, nuevamente los alcoholicos obtuvieron una mayor puntuación, lo que indica que éstos presentan una mayor facilidad para asumir carencias propias que los universitarios.

Por otra parte, se aplicó la t de Student para identificar posibles diferencias en los inventarios EMES-M y EMES-C por género. En la tabla 2 se presentan las subescalas en las que se identificaron diferencias significativas por género, cabe destacar, que sólo se encontraron diferencias en las subescalas que pertenecen a habilidades sociales motoras. En cuanto a «hablar en público o enfrentarse con superiores las mujeres obtuvieron una mayor puntuación, lo que indica, que éstas ejecutan con mayor facilidad este tipo de habilidad social, que los hombres. Igualmente, en cuanto a «expresión de sentimientos positivos hacia el sexo opuesto» las mujeres obtuvieron una mayor puntuación, lo que también indica que éstas tienen una mayor facilidad para ejecutar esta conducta, que los hombres.

\*sandraaa@unam.mx

\*\*vegavalero@hotmail.com

\*\*\*canaqi@unam.mx

\*\*\*\*maroc@campus.iztacala.unam.mx

LIBERABIT: Lima (Perú) 16(1): 17-26, 2010

**Tabla 1***Análisis descriptivos y análisis de varianza de los inventarios por grupo de referencia*

Subescala del inventario EMES-M	Alcohólicos AA	Adolescentes	Universitarios	F	g.l	p
Expresión de cariño hacia los padres	*1,43s=1,04	*.81s=1,05	—	5.80	2,112	0.01
Rechazo de peticiones del sexo opuesto	*6,05s=2,73	*4,37s=2,73	—	5.25	2,112	0.01
<b>Subescalas del inventario EMES-C</b>						
Temor a la desaprobación de los demás al expresar sentimientos negativos y rechazar peticiones						
	*9,45s=3,94	*6,77s=3,93	*5,33s=5,42	9,61	2,122	0,05
Temor a hacer peticiones						
	*7,89s=3,82	*5,87s=3,53	*7,0s=1,80	4,54	2,122	0,05
Temor a hacer y recibir cumplidos						
	*8,07s=3,09	*5,84s=3,30	*5,75s=2,89	7,68	2,122	0,05
Temor a la evaluación negativa por parte de los demás a manifestar conductas negativas						
	*7,0s=3,53	*5,68s=3,33	*4,0s=2,82	4,68	2,122	0,05
Preocupación por la expresión de los demás en la manifestación de sentimientos						
	*7,89s=3,41	*5,79s=3,87	*5,08s=3,02	6,02	2,122	0,05
Temor a la defensa de derechos personales						
	*3,83s=1,69	*2,72s=2,01	*1,91s=1,92	7,78	2,122	0,05
Asunción de carencias propias						
	*4,18s=1,79	*3,48s=1,67	*3,16s=2,08	2,94	2,122	0,05

Nota de pie: \* es el promedio obtenido por el grupo en la subescala, *s* es la desviación estándar. En las dos primeras subescalas sólo se presentan los promedios y desviaciones estándar respectivas para los alcohólicos y adolescentes, ya que los universitarios no contestaron dichas subescalas.

En la subescala en donde los hombres obtuvieron una mayor puntuación que las mujeres, fue en la de «expresión de molestia hacia familiares», lo cual indica que éstos, ejecutan con mayor facilidad esta habilidad social que las mujeres.

En la subescala: «preocupación por los sentimientos de los demás», las mujeres obtuvieron una mayor puntuación que los hombres, lo cual indica que éstas demuestran más conductas de «preocupación» o de interés por los sentimientos de los demás.

**Tabla 2***Análisis por género*

Subescala del inventario EMES-M	Hombres	Mujeres	t de Student	g.l	p
Hablar en público o enfrentarse con superiores	15,75s=6,25	18,04s=5,72	-1,99	111	<0,05
Expresión de sentimientos positivos hacia el sexo opuesto	7,61s=3,14	9,04s=3,77	-2,18	111	<0,05
Expresión de molestia hacia familiares	5,47s=2,84	5,35s=2,66	2,13	111	<0,05
Preocupación por los sentimientos de los demás	3,47s=1,98	4,66s=4,23	-1,99	111	<0,05
<b>Subescala del inventario EMES-M</b>					
Hablar en público o enfrentarse con superiores	15,75s=6,25	18,04s=5,72	-1,99	111	<0,05
Expresión de sentimientos positivos hacia el sexo opuesto	7,61s=3,14	9,04s=3,77	-2,18	111	<0,05

\*sandraaa@unam.mx

\*\*vegavalero@hotmail.com

\*\*\*canaqi@unam.mx

\*\*\*\*maroc@campus.iztacala.unam.mx

LIBERABIT: Lima (Perú) 16(1): 17-26, 2010

## Discusión

La Escala Multidimensional de Expresión Social-Parte Motora (EMES-M), permite no sólo conocer la habilidad social global, sino también la habilidad social específica a las distintas dimensiones evaluadas. Por otra parte la Escala Multidimensional de Expresión Social-Parte Cognitiva (EMES-C), evalúa toda una serie de pensamientos negativos relacionados con las distintas dimensiones de las habilidades sociales. Aunque la puntuación promedio en este estudio nos permite ubicar en general a los participantes de esta muestra como sujetos moderados, es decir sin problemas severos de habilidades sociales; las puntuaciones en algunas escalas específicas sí nos muestran diferencias significativas entre los grupos, siendo los alcohólicos los que se diferencian en mayor medida de los otros dos grupos, sobre todo en lo referente a la expresión social cognitiva, lo cual nos indica una tendencia que arroja varios datos, que se comentarán a lo largo de la discusión.

Los alcohólicos mostraron un mayor temor, miedo y/o preocupación en la mayoría de las subescalas de EMES-C, lo que señala que los alcohólicos tienen un déficit importante en lo referente a habilidades sociales cognitivas, puesto que éstos presentan pensamientos negativos que pueden estar interfiriendo con un funcionamiento social adecuado. En una investigación realizada por Nava y Vega (2006), encontraron que los alcohólicos que están bajo un programa de rehabilitación como AA, siguen teniendo redes sociales pequeñas, probablemente como resultado de un aislamiento social debido a una pobre participación social y un rango de relaciones sociales limitado. Es decir, que este aspecto no se modifica a pesar de que los participantes ya no beben. Por lógica se podría pensar que un repertorio adecuado de habilidades sociales, podría ayudar al individuo a ampliar y mejorar su red social. En el presente estudio se encontró que los alcohólicos tienen una puntuación alta en cuanto a ideas negativas con respecto situaciones de interacción social, que impliquen evaluación o desaprobación de otros. Estos resultados, de alguna manera corroboran lo encontrado en otras investigaciones, como la de Camacho (2005), que trabajó con un grupo de estudiantes universitarios y encontró que el consumo de alcohol correlacionaba positivamente con el nivel de ansiedad social, debido a la creencia de que el alcohol ayuda a contrarrestar efectos sociales negativos de la ansiedad, y

como se sabe, la ansiedad social tiene una fuerte relación con un déficit en habilidades sociales, una escasa red de apoyo social, un limitado número de contactos sociales, dificultades en el área escolar y/o laboral, hipersensibilidad a la crítica, temor a interacciones sociales que impliquen algún tipo de evaluación debido a ideas negativas sobre estas situaciones (Rey, Aldana & Hernández, 2006). Esto nos lleva a pensar que probablemente este déficit en habilidades sociales pudo ser uno de los tantos factores que probabilizaron que los individuos de esta muestra se iniciaran en el alcohol; aunque no hay estudios concluyentes que indiquen que las personas que tienen déficit en habilidades sociales estarán más propensas a desarrollar alguna adicción, sí existen algunas directrices que permiten plantearse esta hipótesis.

Al respecto, Barkin, Smith, y DuRant (2002); Beyers, Toumbourou, Catalana, Arthur y Hawkins (2004; citado en: Salazar, Varela, Tovar & Cáceres, 2006), señalan que un déficit en estas habilidades se considera un factor de riesgo para el consumo de alcohol y otras drogas, porque el individuo se enfrenta de manera poco asertiva con los demás y maneja con dificultad situaciones relacionadas con el consumo de estas sustancias. Por otra parte, Díaz y García (2006), en una investigación con estudiantes, propusieron un modelo de ecuaciones estructurales, en donde ubican el consumo de drogas y alcohol como un complejo cuadro de trastornos de ajuste, y entre estos elementos se incluyen las dificultades para la integración social con una tendencia a adoptar conductas impulsivas y dificultad para responder adecuadamente a las demandas de ajuste del medio escolar, junto con sentimientos de rechazo y la falta de habilidades de comunicación asertiva. Otros investigadores, como Londoño y Vinaccia (2005) y Barragán, González, Medina-Mora y Ayala (2005), han encontrado que los alcohólicos tienen problemas en situaciones sociales que impliquen resistir la presión de su grupo de referencia.

Al respecto, Londoño y Valencia (2008) investigaron la asociación entre asertividad, resistencia a la presión de grupo y el nivel de consumo de alcohol en un grupo de universitarios, encontrando una baja resistencia a la presión de grupo, aunque los participantes de la muestra también mostraron un déficit en la habilidad social general. En el presente estudio, los alcohólicos mostraron un temor significativo a hacer peticiones y a la defensa de derechos.

\*sandraaa@unam.mx

\*\*vegavalero@hotmail.com

\*\*\*canaqi@unam.mx

\*\*\*\*maroc@campus.iztacala.unam.mx

LIBERABIT: Lima (Perú) 16(1): 17-26, 2010

Estas dos subescalas, están relacionadas con una serie de repertorios que implican la práctica de resistir la presión de grupo, pues los comportamientos que se tendrían que desplegar en este tipo de situaciones son por un lado la defensa de derechos y por el otro, el hacer peticiones.

La habilidad de asunción de carencias propias fue mayor en el grupo AA, posiblemente por el tipo de entrenamiento que se realiza en este tipo de grupos, pues en AA lo primero que aprenden los participantes es a aceptar que tienen un problema, pues lo consideran como un primer paso para su «curación».

En cuánto al análisis que se realizó para determinar si había diferencias entre género, se encontraron diferencias algunas habilidades sociales motoras. Las mujeres ejecutan con mayor facilidad que los hombres, conductas como: *hablar en público o enfrentarse con superiores, expresión de sentimientos positivos hacia el sexo opuesto y expresión de preocupación por los sentimientos de los demás*. Mientras que los hombres expresan con mayor facilidad que las mujeres: *molestia hacia familiares*. Estas diferencias, hasta cierto punto son esperables, pues en nuestro medio, las mujeres son educadas para que expresen con mayor facilidad sus sentimientos y preocupación por otros, quizás esa preocupación por los sentimientos de otros, hacen que éstas tengan mayor dificultad que los hombres cuando se trata de expresar molestia hacia familiares, por ser éstos personas significativas y/o cercanas a ellas.

En este estudio, se encontró que aunque los alcohólicos AA han dejado la bebida, siguen presentando una serie de temores y miedos que les impiden interactuar de forma hábil y asertiva con otros. Es decir, aunque han resuelto una parte de la problemática, como es dejar de beber, esto no significa que hayan superado su déficit en habilidades sociales. Al respecto, Peñate (2001) y Rosovsky (2009), señalan que AA funciona porque da lugar a la construcción de redes sociales, interacciones e identidades, además de que estos grupos logran resultados a través de un conjunto de procesos, como la confesión y catarsis, la identificación mutua y el evitar los sentimientos de estigmatización.

Retomando la afirmación anterior, podríamos pensar que quizás una carencia importante de AA, es que no hay una asesoría profesional que pudiera complementar el tratamiento de los alcohólicos, ya sea con terapias de grupo

y/o individuales que estuviesen destinadas a entrenar a los participantes de estos grupos a ampliar su red social, y que ésta no estuviera limitada únicamente al grupo de autoayuda de AA.

Llorente e Iraurgi (2008), señalan que el tratamiento de las adicciones requiere de un abordaje multidisciplinar para prevenir las recaídas, aunque estos autores se han enfocado al tratamiento para la deshabitación de la cocaína, proponen una serie de lineamientos que podrían tomarse en cuenta para el tratamiento de cualquier conducta adictiva, como el alcoholismo. Estos autores proponen un programa cognitivo-conductual en donde las habilidades sociales y el entrenamiento en asertividad ocupan un lugar importante, aunque también incluyen otros aspectos, como el manejo de estrés.

Por otra parte, Barragán, González, Medina-Mora y Ayala (2005), destacan que el modelo de intervención: Community Reinforcement Approach «CRA», es reconocido por la literatura científica y por instancias internacionales (Nacional Institute of Drug Addiction y el National Institute of Alcoholism and Alcohol Abuse) como de mayor efectividad que AA, para disminuir el patrón de consumo en usuarios crónicos de sustancias adictivas. Es importante señalar, que estos investigadores destacan la necesidad de que los usuarios participantes de este modelo de intervención aprendan y apliquen un mayor número de habilidades de comunicación para favorecer la interacción social, sobre todo en aspectos como: recibir y hacer críticas, rehusarse al consumo, interrumpir la interacción y justificar asertivamente el no consumo, así como la implicación del usuario en actividades sociales recreativas. Este tipo de intervención modifica la conducta de consumo y previene con mayor eficacia las recaídas.

Los resultados de este estudio, confirman que las habilidades sociales juegan un papel importante en la vida de los individuos. Éstas podrían jugar un factor de protección para evitar que las personas desarrollen conductas adictivas, si bien, las habilidades sociales no son el único factor que posibilita que un individuo se vuelva alcohólico o desarrolle alguna otra adicción, sí tienen un peso importante, no sólo para la prevención, sino para el tratamiento. De hecho, existen programas dirigidos a niños y adolescentes que tienen como principal propósito el entrenamiento en este tipo de habilidades para la prevención

\*sandraaa@unam.mx

\*\*vegavalero@hotmail.com

\*\*\*canaqi@unam.mx

\*\*\*\*maroc@campus.iztacala.unam.mx

LIBERABIT: Lima (Perú) 16(1): 17-26, 2010

de futuros problemas, entre éstos: las adicciones (García, Justicia & Llanos, 2008; Lázaro, Del Campo, Carpintero & Soriano, 2009; Londoño, 2007 y Pichardo, Passetti, Jones, Chawla, Boland & Drummond, 2008).

Se concluye que el entrenamiento en habilidades sociales, podría ser una opción, no sólo para el tratamiento de las personas con algún problema de alcoholismo, sino también como un factor de prevención, si se aplica en edades tempranas, puesto que una persona socialmente hábil, tendrá mayor facilidad no sólo para establecer nuevas relaciones familiares o de amistad y manejar los conflictos que se derivan de cualquier tipo de interacción, sino también para alejarse sin mayores problemas de aquellas personas y contextos que podrían resultar poco convenientes para su salud física y/o psicológica.

## Referencias

- Alonso, C. & Del Barrio, V. (1996). Autoestima, asertividad, lugar de control y consumo de drogas legales. *Revista de Psicología de la Educación, 19*, 5-20.
- Ashby, T., Baker, E. & Botvin, G. (1989). Dimensions of assertiveness: Differential relationships to substance use in early adolescence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 57*, 473-478.
- Barkin, S., Smith, K. & DuRant, R. (2002). Social skills and attitudes associated with substance use behaviors among young adolescents. *The Journal of Adolescent Health, 30*, 448-454.
- Barragán, L., González, J., Medina-Mora, M. & Ayala, H. (2005). Adaptación de un modelo de intervención cognoscitivo-conductual para usuarios dependientes de alcohol y otras drogas a población mexicana: Un estudio piloto. *Salud Mental, 28*, 61-71.
- Barrick, C. & Connors, G. (2002). Preventing relapse in the older adult alcohol-dependent patient. *Drugs and Aging, 19*, 583-594.
- Bellack, A. & Morrison, R. (1982). Interpersonal dysfunction. En A. Bellack, M. Versen y A. Kazdin (comps.). *Internacional Handbook of Behavior Modification and Therapy*. New York: Plenum Press.
- Caballo, V. (1993). *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. Madrid: Siglo XXI.
- Caballo, V. (2006). Datos psicométricos de la EMES-M. En V. Caballo (dir.). *Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos*. Madrid: Pirámide.
- Caballo, V. (2006). Datos psicométricos de la EMES-C. En V. Caballo (dir.). *Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos*. Madrid: Pirámide.
- Caballo, V. & Buena, G. (1988). Factor analyzing the College Self-Expression Scale with a Spanish population. *Psychological Reports, 63*, 503-507.
- Camacho, I. (2005). Consumo de alcohol en universitarios: Relación funcional con los factores sociodemográficos, las expectativas y la ansiedad. *Acta Colombiana de Psicología, 13*, 91-119.
- Díaz, B. & García, R. (2008). Factores psicosociales de riesgo de consumo de drogas ilícitas en una muestra de estudiantes mexicanos de educación media. *Revista Panamericana de Salud Pública, 24*, 223-232.
- Graña, J. & Muñoz, M. (2000). Factores de riesgo relacionados con la influencia del grupo de iguales para el consumo de drogas en adolescentes. *Psicología Conductual, 8*, 249-269.
- Ham, L. & Hope, D. (2003). College students and problematic drinking: A review of the literature. *Clinical Psychology Review, 23*, 719-759.
- Hover, S. & Gaffney, L. (1991). The relationship between social skills and adolescent drinking. *Alcohol and Alcoholism, 26*, 207-214.
- Lázaro, S., Del Campo, A., Carpintero, E. & Soriano, S. (2009). Promoción de recursos personales para la prevención del consumo abusivo de alcohol. *Papeles del Psicólogo, 50*, 117-124.
- Llorente, J. & Iraurgi, E. (2008). Tratamiento cognitivo-conductual aplicado a la deshabituación de cocaína. *Trastornos Adictivos, 10*, 252-274.
- Londoño, C. (2007). Modelo cognitivo-social integrado para la prevención del abuso en el consumo del alcohol. *Típica, Boletín Electrónico de Salud Escolar*. Recuperado el 2 de febrero de 2010 de [http://www.tipica.org/pdf/N2V3\\_Londono\\_modelo\\_cognitivo\\_social\\_integrado\\_prevenccion.pdf](http://www.tipica.org/pdf/N2V3_Londono_modelo_cognitivo_social_integrado_prevenccion.pdf).
- Londoño, C. & Valencia, C. (2008). Asertividad, resistencia a la presión de grupo y consumo de alcohol en universitarios. *Acta Colombiana de Psicología, 11*, 155-162.
- Londoño, C. & Vinaccia, S. (2005). Prevención del abuso del consumo de alcohol en jóvenes universitarios: lineamientos en el diseño de programas costo-efectivos. *Psicología y Salud, 15*, 241-249.
- Martin, L. (2002). Tratamientos psicológicos. *Adicciones, 14*, 409-420.
- Martínez, M. & Alonso, C. (2003). Búsqueda de sensaciones, autoconcepto, asertividad y consumo de drogas. ¿Existe relación? *Adicciones, 15*, 145-158.
- Miles, W., Calamari, J. & Langley, M. (2008). Habilidades de afrontamiento para la conducta de beber y asesoramiento motivacional sistemático: Dos tratamientos cognitivo-conductuales para las personas que tienen problemas de alcohol. En V. Caballo (dir.). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos. Vol. 2*. Madrid: Siglo XXI.

\*sandraaa@unam.mx

\*\*vegavalero@hotmail.com

\*\*\*canaqi@unam.mx

\*\*\*\*maroc@campus.iztacala.unam.mx

LIBERABIT: Lima (Perú) 16(1): 17-26, 2010

- Monti, P., Abrams, D., Binkoff, J. & Zwick, W. (1986). Social skills training and substance abuse. En R. Hollin y P. Trower (comps.). *Handbook of Social Skills Training, Vol. 2. Clinical applications and new directions*. Oxford: Pergamon Press.
- Nava, C. & Vega, Z. (2006). Estructura y calidad de red de Alcohólicos Anónimos. *Anales de Psicología, 22*, 212-216.
- Passetti, F., Jones, G., Chawla, K., Boland, B. & Drummond, C. (2008). Pilot Study of Assertive Community Treatment Methods to Engage Alcohol-Dependent Individuals. *Alcohol and Alcoholism, 43*, 451-455.
- Peñate, M. (2001). Alcoholismo. *Hojas Informativas de los Psicólogos de las Palmas, IV, No. 38 y 39*.(Internet).
- Pichardo, M., García, T., Justicia, F. & Llanos, C. (2008). Efectos de un programa de intervención para la mejora de la competencia social en niños de educación primaria en Bolivia. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy, 8*, 441-452.
- Rey, C., Aldana, A. & Hernández, S. (2006). Estado del arte sobre el tratamiento de la fobia social. *Terapia Psicológica, 24*, 191-200.
- Rosovsky, H. (2009). Alcohólicos Anónimos en México: Fragmentación y fortalezas. *Desacatos, 29*, 13-30.
- Salazar, I., Varela, M., Tovar, J. & Cáceres, D. (2006). Construcción y validación de un cuestionario de factores de riesgo y de protección para el consumo de drogas en jóvenes universitarios. *Acta Colombiana de Psicología, 9*, 19-30.
- Secades, R., García, O., Fernández, J. & Carballo, J. (2007). Fundamentos psicológicos del tratamiento de las drogodependencias. *Papeles del Psicólogo, 28*, 29-40.
- Wolpe, J. (1997). *La práctica de la terapia de la conducta*. México: Trillas.

---

Este trabajo fue posible por el financiamiento PAPIIT IN305810.

- \* Profesora Titular Área de Psicología Clínica, Académico de tiempo completo en la UNAM-FES Iztacala en el área de psicología clínica y en el postgrado en Medicina Conductual de la UNAM. Temas de especialización: Psicología clínica, y Medicina conductual, Teléfono 00525514327295
- \*\* Profesora Área de Métodos Cuantitativos
- \*\*\* Profesor Área de Métodos Cuantitativos
- \*\*\*\* Profesora Titular Área de Psicología Clínica

