



Revista Electrónica de Psicología Iztacala



Universidad Nacional Autónoma de México

Vol. 25 No. 4

Diciembre de 2022

CLUB SOCIAL: HABILIDADES SOCIALES PARA PREVENCIÓN DE RECAÍDAS

Daniela Miranda Rochín¹ y Lydia Barragán Torres²

Facultad de Psicología

Universidad Nacional Autónoma de México

RESUMEN

Las actividades de recreación e interacción social pueden favorecer el mantenimiento de la abstinencia al competir con el consumo de sustancias psicoactivas. Derivado del Programa de Satisfactores Cotidianos, el Club Social (CS) es una intervención grupal que favorece la ocurrencia de momentos agradables, de distracción y relajación, promoviendo el aprendizaje de disfrutar relacionarse con otros en el tiempo libre de forma alternativa al consumo. El objetivo de este estudio fue medir el impacto de la intervención del CS en la adquisición de habilidades sociales para la prevención de recaídas. Se incluyeron cinco participantes en un muestreo no probabilístico por conveniencia. El CS se impartió una vez a la semana durante 13 sesiones. Se aplicó la Escala de Habilidades Sociales y el cuestionario de percepción de Habilidades para Prevención de Recaídas, reportando cambios significativos en iniciar interacciones positivas y en la percepción de habilidades de: comunicación, interacción social, mantenerse sin consumo de sustancias y prevención de recaídas. Los resultados aportan evidencia sobre la eficiencia del CS al incrementar habilidades sociales que favorecen la prevención de recaídas. Se sugiere para futuras intervenciones implementarlo en una muestra de mayor tamaño.

Palabras clave: habilidades sociales, abstinencia, intervención grupal, club social, prevención de recaídas

¹ Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología, Programa Único de Especializaciones en Psicología, Ciudad de México, México. dannrochin@gmail.com

² Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología, División de Posgrado, Ciudad de México, México. lbarragantorres@gmail.com

SOCIAL CLUB: SOCIAL SKILLS FOR RELAPSE PREVENTION

ABSTRACT

Recreational activities and social interaction can favor abstinence maintenance by competing with the use of psychoactive substances. The Daily Satisfaction Program includes the component called Social Club, for which an intervention protocol has been developed in this study. The Social Club (SC) is a group intervention whose objective is to promote learning to enjoy interacting with others as an alternative to drug use. The aim of this study is to measure the impact of the SC intervention on the acquisition of social skills to prevent relapses. Five participants were included in a non-probabilistic convenience sampling. The proposed SC intervention design includes 13 sessions with a weekly frequency. The Social Skills Scale and the Relapse Prevention Skills Perception questionnaire, both report significant changes for initiating positive interactions and in the perception of increased social skills, such as assertive communication, social interaction, staying free of drug use and relapse prevention. The results provide evidence on the efficiency of SC by increasing social skills that help in the prevention of relapses. To generalize the results of the SC, it is suggested for future interventions to consider a larger sample and consider that each group may have different training needs in social skills.

Keywords: social skills, abstinence, group intervention, social club, relapse prevention.

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco (ENCODAT, 2016-2017) la influencia del grupo de amistades que consumen drogas es un factor importante para el inicio en consumirlas. El ofrecimiento de drogas se relaciona prioritariamente con el grupo de pares del entorno social y familiar del individuo; los individuos quienes desarrollan mayor tolerancia presentan prevalencias de mayor cantidad y frecuencia de consumo.

Entre las áreas de vida que más se afectan como consecuencia de la dependencia por consumir sustancia(s) psicoactiva(s) se incluyen la salud física, la vida social, laboral, académica, la estabilidad económica y la regulación emocional; llegando incluso a resultar tan prioritario el consumo, físico y psicológicamente, que incapacite al individuo para la realización y el cumplimiento de sus actividades cotidianas.

Las terapias conductuales disponen de soporte empírico respecto a su eficacia para modificar la dependencia por consumir nicotina, alcohol, cocaína y heroína (Secades y Fernández, 2001). Los principios de aprendizaje más aplicados al

campo de las adicciones son los derivados del condicionamiento clásico y operante. Desde esta perspectiva, la conducta resulta de la adopción de patrones aprendidos en la interacción del organismo con el ambiente, por lo que es posible modificar la conducta empleando los mismos principios que explican su adquisición (Carroll, 1999). En ese sentido, el consumo de drogas funge como reforzador tanto de los comportamientos que llevaron al consumo, como de las situaciones asociadas, de tal forma que los elementos presentes en la situación de consumo incrementarán la probabilidad del inicio de la cadena conductual de consumo (López y Gil, 1996). Desde la teoría del aprendizaje social (Bandura, 1987) el aprendizaje se explica en términos de un modelo de reciprocidad triádico: factores ambientales externos; factores internos, entre los que se incluyen elementos cognitivos y emocionales del individuo asociados a la emisión de la conducta; y la obtención de consecuencias. Los factores cognitivos del aprendizaje vicario resultan de observar a un modelo que ejecuta la conducta y sus consecuencias asociadas (Moreno- Coutiño et al., 2011). De tal forma que las expectativas acerca de los efectos de las sustancias desempeñan un papel fundamental y estas creencias se adquieren a través de la interacción social. Por lo que la función social que la cultura atribuye al uso de drogas facilita y refuerza su consumo más allá de las propiedades farmacológicas de la sustancia (West, 2006).

Entre las intervenciones eficaces para modificar el patrón de consumo se reporta el *Community Reinforcement Approach* (CRA) más terapia de incentivo, para la adicción a la cocaína, mostrando que el 57.1% del grupo experimental se mantuvo abstinente de forma continua frente al 39.1% del grupo control (Secades et al., 2007). La combinación del manejo de contingencias y la entrevista motivacional y/o terapia cognitivo conductual, se identificó como la intervención más eficiente para la adicción al cannabis (González y López, 2017).

Las recaídas, consideradas como el reinicio en el consumo de una sustancia tras un periodo más o menos prolongado de abstinencia de la sustancia (Grau-López, 2014) muestran porcentajes de incidencia variable entre programas ambulatorios y hospitalarios de desintoxicación. Goeb et al. (2000) describieron que, de una muestra de 257 participantes con dependencia, el 86% recaía a los tres meses de

seguimiento. Smith et al. (2010) detectaron que hasta un 91% recaía tras una desintoxicación hospitalaria y que el 59% de recaídas se producía durante la primera semana.

Entre el tipo de estrategias utilizadas para favorecer la prevención de recaídas, se ha resaltado la importancia de favorecer experiencias de convivencia y entretenimiento que aumenten la seguridad del individuo para convivir y divertirse sin necesidad de consumir. Abreu y Ríos (2006), realizaron una intervención con un programa de prevención de consumo a partir del desarrollo de habilidades sociales (HS) en adolescentes, quienes incrementaron sus habilidades para iniciar y mantener conversaciones, hacer cumplidos, entre otras, recomendando su implementación en otros grupos etarios.

Quintero et al. (2015) realizaron un programa de intervención para la prevención del consumo a partir del cual los participantes desarrollaron HS, obteniendo resultados que les permiten recomendar la implementación de programas que fomenten habilidades interpersonales para evitar el consumo de sustancias psicoactivas. Martínez et al. (2014) encontraron que la principal estrategia utilizada por jóvenes que consiguieron evitar recaídas en el consumo de alcohol fue la búsqueda de apoyo social. Ochoa et al. (2021) recomiendan para evitar el consumo de drogas la implementación de programas que favorezcan las relaciones grupales, la comunicación asertiva y un clima de confianza y colaboración.

El Programa de Satisfactores Cotidianos (PSC) constituye la adaptación del CRA a la población mexicana (Barragán, 2005). Entre las variables que permiten explicar la abstinencia posterior a la intervención se concluyó que la autoeficacia funcionó como mediadora entre lo cognitivo, lo emocional y lo conductual. Por lo que, al asociarse la autoeficacia con la percepción de disponer de estrategias de enfrentamiento para regular la depresión y ansiedad, y al funcionar con mayor satisfacción respecto a diferentes áreas de su vida cotidiana, se aplican planes de acción eficientes para evitar el consumo. Por ello se sugiere favorecer la satisfacción cotidiana para evitar recaídas (Barragán, 2005).

El PSC se desarrolló en el marco conceptual del análisis conductual aplicado, buscando restablecer y mejorar la calidad de los reforzadores recreativos, sociales,

familiares y vocacionales que rodean a los individuos. De tal forma que los reforzadores sean operacionales y de alta calidad cuando la persona se encuentre en abstinencia (Barragán et al., 2014). El PSC instruye en las habilidades necesarias para crear estilos de vida saludables a través de 12 componentes que giran en torno a identificar, establecer y alcanzar metas individuales. Enfocándose en los problemas percibidos durante la evaluación y evitando forzar o confrontar a la persona para el cambio.

En el componente de Habilidades Sociales y Recreativas se integra el Club Social (CS), indicado para individuos que han cumplido su meta de abstinencia durante el PSC. Este espacio funciona como facilitador para experimentar las HS adquiridas durante la intervención, permitiendo establecer actividades que compitan con el uso de alcohol y otras drogas, y que apoyen su abstinencia. El sustento teórico de este componente implica que la tasa de una respuesta se incrementa cuando se tienen más cantidad de opciones de elección para la obtención de reforzadores; de tal forma que si en el ambiente de la persona existen reforzadores como actividades sociales y recreativas que compitan con el uso de drogas, se incrementa la posibilidad de que la persona deje de consumir (Abreu y Río, 2006; Martínez et al., 2014; Ochoa et al., 2021).

En este sentido, la interacción social saludable frecuentemente se establece como una de las metas terapéuticas a nivel preventivo, de intervención o reinserción social, ya que posibilita la integración de la persona en su medio social y propicia la valoración satisfactoria de su competencia personal e interpersonal (Berjano y Musitu, 1988). El desarrollo de la habilidad social se refiere a la capacidad de actuación aprendida que permite al individuo emitir una conducta eficaz con los demás en diversas situaciones y contextos; y de relaciones interpersonales sanas. Es decir, que es un atributo de la conducta que se aprende mediante la socialización (Abreu y Río, 2006).

Las habilidades sociales (HS) permiten al individuo optimizar sus recursos personales favoreciendo su calidad de vida, algunas de éstas son: comunicación, assertividad, solución de problemas, equilibrio de autoestima y empleo del tiempo libre. Estas habilidades contribuyen en incrementar la autonomía personal e

integración social; la autoeficacia y asertividad; y el desarrollo del pensamiento crítico e independiente.

Las dificultades que presentan los individuos en su repertorio social pueden ser resultado de diversos factores existiendo distintos modelos explicativos, dos de ellos son: déficit en el repertorio o desconocimiento para utilizarlo; y el modelo de inhibición por ansiedad, el cual plantea que el individuo tiene las habilidades necesarias, pero están inhibidas debido a la presencia de ansiedad condicionada a las situaciones sociales (Gallego, 2009).

Al respecto de los planes de intervención en HS, Luca de Tena et al. (2001) recomiendan lo siguiente: a) que la cantidad de sesiones se ajuste a las características del grupo y las habilidades por entrenar, entre tres y 15 sesiones; b) que el número de participantes, sea de al menos cuatro y máximo 15 para que puedan beneficiarse del formato grupal y puedan participar de forma activa; c) regular la duración de las sesiones, procurando que la calidad de la intervención no se vea afectada por cansancio o aburrimiento de los participantes; d) ofrecer intervalos entre sesiones para que los participantes tengan la oportunidad de ejecutar las tareas de generalización.

La contribución de la convivencia social libre de consumo resulta de eficacia para el mantenimiento de la abstinencia, al implementarla después o durante tratamientos para reducir el consumo de sustancias o conseguir la abstinencia. Los grupos en quienes más se ha estudiado su contribución es con adolescentes y en las intervenciones no se han descrito las habilidades desarrolladas, hace falta reportar el tipo de actividades que se incluyen.

La disponibilidad de intervenciones para atender los problemas derivados del consumo de alcohol y drogas, exceden muchas veces los recursos de los que dispone el Estado para ofertar opciones que resulten accesibles; por lo que frecuentemente se recurre a grupos de ayuda mutua. El tratamiento integral que conjunta el profesional y el programa de los 12 pasos contribuye con mejores resultados que cuando asiste únicamente a un servicio de atención (Marín-Navarrete et al., 2013) haciendo evidente que representan un importante complemento del tratamiento profesional.

Los grupos de autoayuda constituyen un sistema de apoyo importante para enfrentarse a situaciones estresantes o enfermedades, y se definen como el apoyo accesible a un individuo en la relación con otros individuos, grupos o comunidades que viven situaciones similares. Existen similitudes entre los grupos de autoayuda y los grupos terapéuticos: ambos valoran positivamente la expresión y puesta en común de emociones, fortalecen el apoyo, subrayan el valor de la afiliación y persiguen el cambio conductual. Por otra parte, difieren en cuatro aspectos fundamentales: la asistencia; la homogeneidad de los miembros del grupo; la dinámica grupal; y la finalidad del grupo.

Para entender el funcionamiento de los grupos Levy (1979) los categoriza de la siguiente forma: los que pretenden el control comportamental; los que están orientados a la supervivencia; y aquellos que tratan de facilitar el crecimiento y la autorrealización.

En cuanto a las cualidades más importantes entre los profesionales dedicados a los grupos de apoyo se encuentran: madurez; adquirir compromiso para ayudar a las personas; conocimiento sólido acerca de la problemática específica; capacidad y disposición para escuchar de manera no juiciosa; experiencia con la dinámica de grupos; y apertura a varios estilos de vida y modos hacia la recuperación (Iannicello y Tootell, 1985; Enright y Tootell, 1986 citados en Cameron et al., 1992).

Como se ha revisado, existen propuestas para el desarrollo de HS como herramientas ante la prevención de consumo y de recaídas, en su mayoría para adolescentes. Ante los resultados favorables que se han reportado con dichas intervenciones, falta evidencia del impacto de estas en población adulta, así como la descripción de las actividades que permita su replicación y evaluación. Es así como el objetivo de esta investigación consiste en medir el impacto de la intervención grupal de club social en la adquisición de HS para la prevención de recaídas.

MÉTODO

Participantes

Se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia. Extendiendo la invitación a todas las personas que: 1) participaran o hubieran participado en el Programa de Satisfactores Cotidianos; 2) hubieran cumplido como mínimo la semana inmediata anterior en abstinencia; y 3) estuvieran interesadas en participar en el CS durante al menos cinco sesiones. Se reunieron cinco participantes: cuatro hombres y una mujer, que participaron en todas las sesiones del CS.

Instrumentos

Escala de Habilidades Sociales (EHS; Gismero, 2000)

Evalúa la conducta asertiva y habilidades sociales. Está compuesto por 33 ítems, 28 de los cuales están redactados en el sentido de déficit en habilidades sociales (HS) y cinco de ellos en el sentido positivo de su adquisición. Está diseñado para su aplicación en población a partir de los 17 años y el tiempo aproximado de aplicación es de 15 mins. Evalúa en una escala tipo Likert de 1 a 4 puntos, seis factores que son: autoexpresión en situaciones sociales, defensa de los propios derechos, expresión de enfado o disconformidad, decir no y cortar interacciones, hacer peticiones, e iniciar conversaciones positivas. El instrumento posee una alta consistencia interna ($\alpha=0,91$) de acuerdo con Miranda et al. (2014).

La autoexpresión en situaciones sociales, refleja la capacidad de expresarse de forma espontánea en distintas situaciones sociales; defensa de los propios derechos, refleja la expresión de conductas asertivas frente a desconocidos en defensa de los derechos; expresión de enfado o disconformidad, la habilidad para evitar conflictos o confrontaciones con otros; decir no y cortar interacciones, refleja la habilidad para cortar interacciones que no se desean mantener; hacer peticiones, mide la expresión de peticiones a otras personas sobre algo que se desea; e iniciar interacciones positivas, mide la habilidad para iniciar interacciones, poder hacer espontáneamente un cumplido y realizar intercambios positivos.

Percepción de Habilidades para Prevención de Recaídas

Este instrumento solicita la evaluación sobre la percepción del dominio de habilidades en una escala del 1 al 100, siendo 1 la ausencia y 100 el dominio total,

teniendo una columna para antes y otra para después de la intervención. Las habilidades para prevenir recaídas que incluye son: comunicación, toma de decisiones, solución de problemas, interacción social, manejo de emociones, mantenerse sin consumo, prevención de recaídas y estilo de vida saludable.

Procedimiento

Se elaboró la convocatoria de participación, se colocaron infografías en distintas zonas de un centro de prevención en adicciones y se informó a los terapeutas de la convocatoria, quienes a su vez invitaron a participar a las personas que cumplieron con los criterios de participación. La planificación de las sesiones debió adaptarse para la implementación en modalidad en línea, en concordancia con la contingencia sanitaria por la COVID-19.

La planificación incluyó: 1) consentimiento informado, encuadre y reglas del CS; 2) presentación y conceptos claves en prevención de adicciones; 3) habilidades de comunicación; 4) conductas y habilidades de autocuidado; 5) interacción social, reflexionar y compartir con otros; 6) habilidades de planeación de actividades agradables, implementación de las actividades en contingencia; 7) interacción social, juegos en grupo; y 8) actividades para fortalecer la valoración personal y prevención de recaídas. Las dos primeras sesiones se impartieron de forma presencial y las siguientes sesiones se realizaron de forma virtual a través de la plataforma *Skype*. Las sesiones se describen en la Tabla 1.

Tabla 1
Planificación de actividades del Club Social

Sesión	Objetivo	Descripción de la sesión	Materiales
1	Bienvenida y encuadre	Realizar bienvenida al CS y encuadre	Escala de Habilidades Sociales. Bocadillos y bebidas saludables. Lista de asistencia
2	Conceptos clave y presentación	Presentación de cada uno de los miembros del CS. Hacer un repaso de algunos conceptos como: sustancia psicoactiva; abstinencia; comunicación asertiva; metas de vida; entre otros.	Crucigrama: solución grupal. Alguien lee la pista y quien acierta la respuesta gana un punto para canjear por un reforzador final. Reforzadores comestibles.

Sesión	Objetivo	Descripción de la sesión	Materiales
3	Favorecer conductas de autocuidado	Realizar la lectura de un artículo de divulgación científica. Comentar y compartir reflexiones sobre la aplicabilidad en la vida cotidiana	Hernández (2019) Un lugar para cada cosa y cada cosa en su lugar. En: Universidad Nacional Autónoma de México ¿Cómo ves? No. 248 (32-35) Edición impresa
4	Ver, reflexionar y compartir con otros	Ver un video, reflexionar y compartir opiniones. Se realiza la lectura seleccionada para la sesión, que está relacionada con las actividades en aislamiento.	Luhrmann, (1997) "Everybody's free (To Wear Sunscreen)" Recuperado de https://youtu.be/3_OuHqdRhJE / Autor desconocido. <i>Maestro, cómo enfrentar el aislamiento</i> . Fuente web.
5	Realizar actividades agradables en casa	La primera actividad: leer el cuento "El Buscador", seguido de comentarios y reflexiones. Segunda actividad: "Garabateando formas", fijar una hoja de papel en la mesa y mientras se observa la propia mano, dibujar la mano modelo, evitando ver la hoja. Tercera actividad: escuchar la canción "Vive", comentar y reflexionar. Cuarta actividad: iniciar en la escritura creativa con un cuento.	Bucay, J. (1997) El Buscador. En: Cuentos para pensar. Océano: Argentina/ Arteterapia: Garabateando formas. Hoja, lápiz y cinta adhesiva/ Canción: Napoleón, J. (1976) Vive En: V edición del Gran Premio de la Canción Iberoamericana./ Inicio de escritura creativa: Un cuento. Hoja y lápiz
6	Realizar actividades agradables en grupo	Ver y reflexionar sobre un video corto, identificando y proponiendo actividades con los recursos en casa. Realizar unas rondas del juego popular "basta".	IKEA [IKEA España] (2013) Ikea "pato" Recuperado de https://youtu.be/izMbNhfBI2I / Hoja y pluma
7	Actividades de relajación	Observar un video de sensibilización sobre movimiento corporal. Después aprender nociones básicas de técnica Feldenkrais, practicar algunos ejercicios y compartir experiencias al finalizar. Se finaliza con la actividad "Pasear la línea", adaptada a videollamada. Finalmente se facilitan mandalas para colorearlos en los tiempos libres.	Video: Bondara, R. (2017) "Take me with you" Recuperado de https://youtu.be/UT7ilqcoTWI / Ejercicios de Técnica Feldenkrais: relajación cabeza-cuello, posición sentada/ Arteterapia: pasar la línea. Hoja y lápiz/ Mandalas para imprimir
8	Conversatorio sobre gratitud	Realizar una lectura grupal sobre el tema de gratitud, externar las posturas individuales sobre la lectura y escuchar a los otros. Actividad final: escribir un texto colaborativo, en el que cada uno agrega una frase, dando un sentido y significado al texto del grupo.	Desconocido. "Una historia sobre gratitud" Fuente web
9	Realizar actividades que favorecen autoestima y cohesión de grupo	Actividad de autoestima: escribir las cualidades positivas de cada uno de los otros. Se asignan 30 seg. por participante. Al final, leer los cumplidos y unirlos en la misma hoja para que cada uno tenga su hoja de cumplidos.	Actividad Autovaloración: "Pásala". Hoja y lápiz/ Reconocimiento del otro: "Un regalo del corazón." Hoja y lápiz

Sesión	Objetivo	Descripción de la sesión	Materiales
		Segunda actividad: "un regalo del corazón", imaginar un regalo para cada uno de los otros, que sea imaginario y relacionado con las características del otro.	
10	Evaluar las actividades agradables realizadas en casa	Compartir las actividades agradables realizadas en casa: colorear mandalas, ejercicios de relajación y escritura creativa. Realizar lluvia de ideas para elegir la actividad final	Mandalas/ Compartir lectura de cuento propio/ Lluvia de ideas
11	Realización de actividad final	Actividad final del CS: realizar un video en el que se exprese gratitud a los terapeutas del centro. Compilando imágenes de las actividades realizadas en el CS, un texto colectivo y edición final.	Fotografías de actividades realizadas/ Texto colectivo
12	Realizar evaluación de CS y nuevas metas	Realizar evaluación final. Reflexionar y compartir sobre las experiencias en el CS. Realizar <i>collage</i> de metas futuras, reuniendo imágenes motivadoras que se relacionan con las metas individuales.	EHS / Cuestionario de Satisfacción con el servicio/ Tablero creativo de metas: revistas, tijeras, adhesivo, cartoncillo o madera.
13	Egreso del CS	Los participantes comparten su percepción sobre la experiencia del CS y dan sugerencias para futuras emisiones del CS. Entregar reconocimientos.	Reconocimientos

RESULTADOS

Se desarrolló el plan de intervención denominado Club Social. Completando un total de 13 sesiones incluyendo las sesiones de evaluación inicial y final. Participaron cinco personas que asistieron de forma regular a las sesiones, en la Tabla 2 se encontrarán las características sociodemográficas. El CS reunió a cuatro hombres y una mujer; el 80% de los participantes reportaron escolaridad de Licenciatura y un 20% de Posgrado. En cuanto a preferencia sexual, se observa un 60% para preferencia heterosexual, 20% para preferencia homosexual y 20% para otra preferencia sexual.

Tabla 2
Frecuencias por escolaridad, género, preferencia sexual y edad.

Variable	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje acumulado
Escolaridad				
Licenciatura	4	80.00	80.00	80.00
Posgrado	1	20.00	20.00	100.00
Total	5	100.00		
Género				
Mujer	1	20.00	20.00	20.00
Hombre	4	80.00	80.00	100.00
Total	5	100.00		
Preferencia Sexual				
Heterosexual	3	60.00	60.00	60.00
Homosexual	1	20.00	20.00	80.00
Otra	1	20.00	20.00	100.00
Total	5	100.00		
Edad				
20	1	20.00	20.00	20.00
22	1	20.00	20.00	40.00
28	1	20.00	20.00	60.00
32	1	20.00	20.00	80.00
54	1	20.00	20.00	100.00
Total	5	100.00		

Se utilizó el paquete estadístico JASP (*Jeffrey's Amazing Statistics Program*) versión 0.14.1 para evaluar las HS, mediante la aplicación de la prueba *t* de diferencia de medias para muestras relacionadas. La habilidad de Iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto incrementó después de la intervención ($\bar{X}=9.40$, $\bar{X}= 15.80$, $t=-2.21\dots$, $p=.091$) (Ver Tabla 3. Resultados de evaluación en habilidades sociales).

Tabla 3

Resultados de evaluación en habilidades sociales

Habilidades	Puntuaciones Medias	t	p
Autoexpresión en situaciones sociales	Pre: 25.00 Post: 25.80	-0.302	0.778
Defensa de los propios derechos	Pre: 13.60 Post: 13.40	0.103	0.923
Expresión de enfado o disconformidad	Pre: 10:40 Post: 9.40	1.000	0.374
	Pre: 18.20	-0.210	0.844

Decir no y cortar interacciones	Post: 18.80		
Hacer peticiones	Pre: 14.00	-1.500	0.208
Iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto	Pre: 9.40	-2.213	0.091
	Post: 17.60		
	Post: 15.80		

El fortalecimiento y adquisición de HS para favorecer la convivencia con otros y la prevención de recaídas aumentaron de acuerdo con el análisis estadístico de la prueba *t* para muestras relacionados; detectándose incremento estadísticamente significativo en habilidades de comunicación (53% a 84%), toma de decisiones (50% a 84%), solución de problemas (58% a 90%), interacción social (42% a 82%), manejo del enojo (45% a 89%), mantenerse sin consumo de sustancias psicoactivas (38% a 91%), prevención de recaídas (34% a 93%) y estilo de vida saludable (62% a 91%). Estos resultados muestran la percepción de los participantes del CS sobre sus habilidades para convivir y divertirse sin necesidad de consumir (ver Tabla 4. Resultados percepción de habilidades adquiridas).

Tabla 4
Resultados percepción de habilidades adquiridas

Variable	Valoración (1 a 100)	t	p	Percepción de efectividad
Comunicación	Pre: 53 Post: 84	-2.976	0.041*	Mejoría
Toma de decisiones	Pre: 50 Post: 84	-3.837	0.018*	Mejoría
Solución de problemas	Pre: 58 Post: 90	-4.080	0.015*	Mejoría
Interacción social	Pre: 42 Post: 82	-4.544	0.010*	Mejoría
Manejo del enojo	Pre: 45 Post: 89	-3.415	0.027*	Mejoría
Manejo de la tristeza	Pre: 50 Post: 84	-2.722	0.053	Leve
Manejo de ansiedad	Pre: 40 Post: 79	-2.786	0.050	Leve
Mantenerse sin consumo	Pre: 38 Post: 91	-4.077	0.015*	Mejoría
Prevención de recaídas	Pre: 34 Post: 93	-4.579	0.010*	Mejoría
Estilo de vida saludable	Pre: 62 Post: 91	-3.127	0.035*	Mejoría

DISCUSIÓN

El objetivo de la investigación consistió en medir la relación de la participación en el CS con el desarrollo de HS para la prevención de recaídas. Los participantes identificaron que el CS les contribuyó para evitar recaídas al realizar actividades de entretenimiento y de convivencia social. Esta contribución corrobora lo que señalan Abreu y Ríos (2006) y Ochoa et al. (2021) recomendando el desarrollo de HS para evitar recaídas y favorecer el mantenimiento de la abstinencia, al satisfacer las necesidades de interacción social que cumplen un papel preventivo ante el consumo de sustancias. La experimentación de bienestar y emociones agradables a partir de las actividades socio-recreativas explica el reforzamiento positivo que se logra obtener, favoreciendo así la disminución en la ocurrencia de consumo para conseguir emociones agradables.

Las actividades como participar en juegos de mesa, escuchar y compartir experiencias, fueron en ese orden, las que los participantes percibieron como más agradables. Además, replicaron las actividades en su casa con grupos de amigos o familia, obteniendo de igual forma satisfacción al realizar una actividad agradable. En cuanto a la actividad física recomendada durante el transcurso del CS, los participantes reportaron un incremento en la frecuencia de ésta y al evaluar la actividad, refirieron sensaciones de bienestar, satisfacción, tranquilidad y relajación. Uno de los participantes reinició la práctica de una actividad deportiva que había abandonado, reconociendo el abandono de esa actividad como consecuencia negativa asociada al consumo de sustancias. Otros participantes recibieron retroalimentación positiva por parte de su familia respecto a las actividades realizadas en casa. Al respecto de la actividad “Un lugar para cada cosa y cada cosa en su lugar”, los participantes identificaron una evaluación positiva por parte de la familia, quienes ofrecieron reconocimiento ante la conducta de limpiar y organizar su espacio de trabajo o de descanso. Los participantes relacionan el recibir reconocimiento por parte de la familia, con un ambiente más favorable para la comunicación asertiva en casa.

Por otra parte, realizar actividades sociales y recreativas contribuyó en los participantes para regular emociones desagradables como tristeza y ansiedad,

emociones identificadas para algunos participantes como precipitadores internos para la cadena conductual de consumo de sustancias. De acuerdo con los resultados obtenidos con la evaluación de HS, las habilidades que disminuyeron fueron: expresión de enfado y disconformidad; y decir no y cortar interacciones.

Esta disminución refleja la necesidad de desarrollar la expresión asertiva cuando se tiene un desacuerdo y para decir no ante situaciones que no se desean mantener. En este estudio, de los seis factores que mide la EHS se halló un incremento para Iniciar interacciones positivas, aunque la diferencia no es estadísticamente significativa. Entre las actividades relacionadas con los factores que disminuyeron, se encuentra la gestión de emociones a partir de auto instrucciones positivas, respiración diafragmática e identificación y sustitución de distorsiones cognitivas. En cuanto a la comunicación, se practicaron estrategias como cambiar de tema, asumir y compartir responsabilidad, hacer y recibir críticas. En este sentido, se esperaría un incremento para el factor expresión de enfado y disconformidad.

Por ello se sugiere para futuras intervenciones, implementar actividades que permitan practicar y desarrollar la expresión de enfado o disconformidad, por ejemplo, actividades de modelamiento o sociodramas. Considerando que las habilidades de decir no y cortar interacciones se han señalado importantes para la prevención de recaídas Martínez et al. (2014) y para la asertividad (Gismero, 2000). El protocolo de intervención CS resultó eficaz para contribuir en la convivencia social entre pares, así como su utilidad para prevenir recaídas y favorecer el mantenimiento de la abstinencia al practicar la comunicación asertiva al escuchar atentamente, realizar contacto visual, hablar de sí mismos, dar y recibir reconocimiento, hacer y recibir críticas, lo que favorece generar nuevas relaciones interpersonales y fortalecer la habilidad de iniciar interacciones positivas, dando pie a la creación de nuevos grupos de amistades.

En futuras intervenciones se recomienda aplicar un registro de ocurrencia para medir la frecuencia/ satisfacción que obtiene al aplicar actividades socio recreativas en sus escenarios naturales y que contribuyen en el mantenimiento de abstinencia, tales como ejercicios de escritura, dibujo y actividad física. Así mismo, se sugiere

aplicar la intervención con una muestra de mayor tamaño y de hasta 15 miembros por grupo.

La transición del protocolo para su implementación a distancia mediante herramientas digitales como la telepsicología, favoreció que se pudieran llevar a cabo las actividades que previamente se habían programado para impartirlas en modalidad presencial. Finalmente se recomienda considerar para futuros diseños de CS que, en esta ocasión las actividades se realizaron por video llamada debido a la contingencia sanitaria por la COVID-19, sin embargo, la implementación de actividades al aire libre, actividad física y de convivencia pudieran ofrecer resultados complementarios.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, M., Río M. (2006). Adolescentes por la vida: en la prevención del consumo de drogas. *Ciencias Holguín*, XII (2), 1-17. Recuperado de:
<https://www.redalyc.org/pdf/1815/181515838008.pdf>
- Bandura, A. (1987). *Teoría del aprendizaje social*. Espasa-Clape.
- Barragán, L. (2005) *Modelo de intervención cognitivo conductual para usuarios dependientes de alcohol y otras drogas*. [Tesis doctoral, Universidad Nacional Autónoma de México]
- Barragán, L., Flores, M., Morales, S., González, J., Martínez, M., y Ayala, H. (2014). *Programa de satisfactores cotidianos para usuarios con dependencia a sustancias adictivas: Manual del terapeuta*. Secretaría de Salud. Centro Nacional para la Prevención y el Control de las Adicciones.
- Berjano, E., y Musitu, G. (1988) La intervención comunitaria en el uso y abuso del consumo de drogas. *Psicología Comunitaria*, 355-365.
- Cameron, G., Hayward, K., y Mamatis, D. (1992). *Mutual aid and child welfare: The Parent Mutual Aid Organizations in child welfare Demonstration Project*. Wilfried Laurier University Press.

- Carroll, K. (1999). Behavioral and cognitive behavioral treatments. **Addiction a comprehensive guidebook**. Oxford University Press. Recuperado de: <https://psycnet.apa.org/record/1999-04057-014>
- Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco, ENCODAT 2016-2017. **Acciones y programas**. Comisión Nacional Contra las Adicciones. Gobierno de México.
- Gallego, Ó. (2009). **Diseño de un programa de entrenamiento en habilidades sociales para estudiantes de psicología**. [Tesis de grado, Institución Universitaria Iberoamericana, Bogotá]
- Gismero, E. (2000). **Escala de habilidades sociales** (EHS). TEA.
- Goeb, J., Coste, J., Bigot, T., Ferrand, I. (2000) Prospective study of favorable factors in follow-up of drug addicted patients-a propose of 257 patients of the Cassini Center in Paris. **Encephale**, 26(6):11-20. Recuperado de: <https://europepmc.org/article/med/11217533>
- González, C., López, A. (2017). Revisión del tratamiento psicológico de la adicción al cannabis. **Salud y drogas**, 17(1),15-26. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/839/83949782002.pdf>
- Grau-López, L. (2014). **Factores predictores de recaída en pacientes adictos y la importancia de la evaluación y tratamiento del insomnio para mantener la abstinencia**. [Tesis doctoral, Universitat Autònoma de Barcelona]
- Levy, L. (1979). Process and activities in self- help groups. **Self-help groups for coping with crisis**. Jossey-Bass.
- López, F. y Gil, J. (1996). Conductas adictivas: modelos explicativos. **Psicología de las Adicciones**. Ediciones Némesis.
- Luca de Tena, C., Rodríguez, R., y Sureda, I. (2001). **Programa de habilidades sociales en la enseñanza secundaria obligatoria**. Aljibe.
- Marín- Navarrete, R., Eliosa- Hernández, A., Lozano- Verduzco, I., Fernández- De la Fuente; C., Turnbull, B., Tena-Suck, A. (2013) Estudio sobre la experiencia de hombres atendidos en centros residenciales de ayuda mutua para la atención de las adicciones. **Salud Mental**. 36: 393. Recuperado de: <https://www.medicgraphic.com/pdfs/salmen/sam-2013/sam135g.pdf>
- Martínez, K., Pedroza, F., Salazar, M., Vacio, M. (2014). Estrategias de enfrentamiento y número de recaídas en el proceso de cambio de adolescentes que abusan del alcohol. **Revista mexicana de análisis de la**

conducta, 40(3),11-31. Recuperado de:
<https://www.redalyc.org/pdf/593/59335812002.pdf>.

Miranda, E., Riquelme, E., Cifuentes, H., Riquelme, P. (2014). Análisis factorial confirmatorio de la Escala de habilidades sociales en universitarios chilenos. **Revista Latinoamericana de Psicología**, 46(2),73-82.
Recuperado de:
<https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S012005341470010X?token=6DBA1B77A6C303212720B03E4047D77380467EE4355DA55DDD5E1908A11674C985794B609E4703F0D6CC9EDD11A502CAyoriginRegion=eu-west-1yoriginCreation=20220304102622>

Moreno-Coutiño, A., Hernández-Delgado, M., García-Anguiano, F., Díaz-Ayala, D., Reidl-Martínez, L., Medina-Mora, M. (2011) **Manual de tratamiento Integral Pre-abstinencia contra el tabaquismo para fumadores con sintomatología depresiva**. Universidad Nacional Autónoma de México.

Ochoa, Y., Leyva, P., Mendoza, L. (2021). Estrategia de prevención de la drogadicción para enfrentar los desafíos sociales. **Ciencias Holguín**, 27(1),52-64

Quintero, B., Ortega, J., Fuentes, J. (2015). Eficacia del programa de Prevención de adicciones Entre-Todos (Proyecto Hombre). **Revista Lasallista de Investigación**, 12(2),28-35. Recuperado de:
<https://www.redalyc.org/journal/1815/181565709005/>

Secades, R., Fernández, J. (2001) Tratamientos psicológicos eficaces para la drogadicción: nicotina, alcohol, cocaína y heroína. **Psicothema**, 12,3, 365. Recuperado de: <https://digibuo.uniovi.es/dspace/handle/10651/26905>

Secades, R., García-Rodríguez, O., Álvarez Rodríguez, H., Río Rodríguez, A.; Fernández-Hermida, J., Carballo, J. (2007). El Programa de Reforzamiento Comunitario más Terapia de Incentivo para el tratamiento de la adicción a la cocaína. **Adicciones**, 19(1),51-57. Recuperado de:
<https://www.redalyc.org/pdf/2891/289122034007.pdf>

Smith, B., Barry, J., Keenon, E., Dukray, K. (2010) Lapse and relapse following inpatient treatment of opiate dependence. **Irish Med Journal**, 103:176-79. Recuperado de: <http://archive.imj.ie/ViewArticleDetails.aspx?ArticleID=5093>

West, R. (2006) **Theory of Addiction**. Blackwell Publishind.