

UNIVERSIDAD DE DEUSTO

FACULTAD DE FILOSOFIA Y CIENCIAS DE LA EDUCACION.

SECCION: PSICOLOGIA

**EL ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES CON MUJERES.
UN ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE UN EHS COGNITIVO-CONDUCTUAL
Y UN EHS CONDUCTUAL.**

Angel CALLEJA TEJEDOR

Bilbao, 1994

AGRADECIMIENTOS:

Al Director y maestro Dr. D. Luis de Nicolás Martínez, por su colaboración y apoyo permanentes.

Al Dr. D. Pedro Lafuente Urdinguio, profesor de Medicina Preventiva y Salud Pública, por sus consejos y por la ayuda prestada en todo el proceso del análisis estadístico de los datos.

A los Psicólogos, Goyo Caro y Ainara Portillo, por su excelente labor como coterapeutas.

A mi mujer, Maite, por su paciencia, colaboración y apoyo.

*A la memoria de
Jesús Villena
Psicólogo*

INDICE

INTRODUCCION	9
--------------	---

Parte I
UNA REVISION A LA LITERATURA DEL ENTRENAMIENTO
EN HABILIDADES SOCIALES

1. ORIGENES Y DESARROLLO DEL ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES	14
2. EL CONSTRUCTO HABILIDADES SOCIALES	19
3. MODELOS TEORICOS COMPRENSIVOS	26
4. ETIOLOGIA DE LOS DEFICITS EN HABILIDADES SOCIALES	34
4.1. Déficits en habilidades conductuales	35
4.2. Inhibición de la respuesta por ansiedad condicionada	36
4.3. Fallos de discriminación perceptivos y cognitivos	37
4.4. Fallos cognitivo - evaluativos	38
5. COMPONENTES DE LAS HABILIDADES SOCIALES	40
5.1. Componente conductual	41
5.2. Componente cognitivo	44
5.3. Componente fisiológico	50

6. FACTORES ASOCIADOS A LAS HABILIDADES SOCIALES	50
6.1. La ansiedad social	50
6.2. El atractivo físico	54
7. DIMENSIONES DE LAS HABILIDADES SOCIALES	56
8. LA EVALUACION DE LAS HABILIDADES SOCIALES	59
8.1. Dificultades de evaluación	59
8.2. Procedimientos de evaluación	61
8.2.1. Cuestionarios de auto-informe	62
8.2.2. Medidas conductuales	63
8.2.3. Auto-observación	67
8.2.4. Entrevista conductual	68
8.2.5. Heteroevaluación	69
8.2.6. Mediciones fisiológicas	70
8.3. Nuevas direcciones en la evaluación de las habilidades sociales	70
9. EL ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES	75
9.1. Entrenamiento de tipo conductual	76
9.1.1. Modelo teórico	76
9.1.2. Técnicas de entrenamiento	77
9.2. Entrenamiento de tipo cognitivo-conductual	84
9.2.1. Modelo teórico	87
9.2.2. Estrategias cognitivas	87
9.2.3. La Terapia Racional Emotiva	89
9.3. Mantenimiento y generalización	98
9.4. Entrenamiento grupal vs. individual	100

10. APLICACIONES DEL ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES	102
10.1. Clínicas	102
10.2. Psicosociales	104
10.3. Laborales	107
11. CRITICAS AL ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES	107
12. CONCLUSIONES	111

Parte II
LAS MUJERES ANTE EL ENTRENAMIENTO
EN HABILIDADES SOCIALES

1. LAS HABILIDADES SOCIALES Y EL AJUSTE PSICOLOGICO Y SOCIAL.	114
2. DIFERENCIAS SEXUALES EN HABILIDADES SOCIALES	119
2.1. En los roles sociales	119
2.2. En asertividad	122
2.3. En habilidad heterosocial	128
2.4. En habilidades lingüísticas	130
2.5. Conclusiones	131
3. EL ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES PARA MUJERES	134
3.1. Necesidad del EHS para mujeres	134
3.2. Resultados de estudios previos	139
3.3. Problemas del EHS con mujeres	143

Parte III
UN ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE
UN EHS COGNITIVO-CONDUCTUAL Y UN EHS CONDUCTUAL

1. INTRODUCCION	147
2. NUESTRO MODELO DE HABILIDADES SOCIALES	149
2.1. Definición y modelo teórico	149
2.2. El entrenamiento en habilidades sociales	154
3. UN PAQUETE DE HABILIDADES SOCIALES BASICAS	159
3.1. Habilidad conversacional	160
3.2. Habilidad heterosocial	171
3.3. Habilidad asertiva	184
4. NUESTROS DOS PROGRAMAS DE ENTRENAMIENTO	198
4.1. Programa conductual	200
4.2. Programa cognitivo-conductual	220
5. CUESTIONES E HIPOTESIS	233
6. PROCEDIMIENTO EXPERIMENTAL	234
6.1. Diseño experimental	234
6.2. Selección de los instrumentos de evaluación	236
6.3. Selección de los sujetos experimentales	243
6.4. Equipo terapéutico	246
6.5. Procedimientos estadísticos	247

7. DATOS DE LA EVALUACION PRETRATAMIENTO	248
7.1. Datos de los cuestionario de auto-informe	248
7.2. Datos del cuestionario entrevista de evaluación	250
7.3. Comentarios	255
8. RESULTADOS DE LA INVESTIGACION	258
8.1. Datos del postratamiento	258
8.2. Resultados seguimiento	272
8.3. Análisis de los cambios individuales	300
9. DISCUSION DE LOS RESULTADOS	305
9.1. Efectividad del tratamiento	305
9.2. Comparación grupos cognitivo-conductual y conductual	306
9.3. Observaciones acerca del grupo control	315
10.DISCUSION DE LAS HIPOTESIS	318
11.CONCLUSIONES	324
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	330
APENDICES	
I. Cuestionarios de auto-informe CSES, SAD, y SHI-F.	350
II. Cuestionarios de evaluación.	465
III. Material diverso empleado en los programas de entrenamiento	497

INTRODUCCION

El campo del Entrenamiento en Habilidades Sociales (EHS) como objetivo de la psicología es relativamente reciente, y su auge durante los últimos años ha sido espectacular, tanto por el número de investigaciones como por su conocimiento a niveles populares, especialmente en USA y en menor medida en Europa. Pero en España, el número de investigaciones es escaso, reduciéndose su conocimiento a algún capítulo en los manuales de Terapia Conductual, y siendo prácticamente desconocido por el público en general. Además, su aplicación específica a mujeres, muy extendido en los países citados, aquí es insignificante.

En USA, el interés en la aplicación de esta técnica terapéutica a las mujeres, se ha desarrollado al tiempo que los Movimientos de la Mujer, llegando incluso a desbordarse del campo psicológico para convertirse casi en un movimiento sociológico.

Si observamos el proceso seguido por otras corrientes psicológicas, podemos ver que se desarrollaron inicialmente en estos países, llegando años más tarde al nuestro. Es probable, que ocurra algo similar con este campo en cuestión. De aquí, nuestro interés, por una parte, en aportar una investigación específica del EHS aplicado a mujeres; y por otro lado, dirigir la atención de psicólogos clínicos e investigadores de nuestro entorno, hacia un campo enormemente complejo, que se encuentra en la actualidad plagado de incertidumbres y cuestionamientos.

Dos han sido los objetivos principales que nos hemos planteado para la realización del presente trabajo:

(1) Realizar un acercamiento a la aplicación del Entrenamiento en Habilidades Sociales (EHS) a los problemas específicos de la mujer.

(2) Comparar la eficacia de un entrenamiento de tipo *conductual* frente a un entrenamiento de tipo *cognitivo-conductual*.

La aplicación del EHS a la mujer es un tema de gran relevancia tanto a nivel psicológico como sociológico. Múltiples investigaciones apoyan la utilidad del EHS como tratamiento de elección para diversos trastornos sufridos por mujeres: de ansiedad, depresión, alcoholismo, sexuales, y psicofisiológicos. El EHS también ha demostrado su utilidad para resolver dificultades específicas en personas *normales*, pero que pueden llegar a provocar un alto grado de malestar, e incluso ser desencadenantes de posteriores desórdenes psicológicos, tales como dificultades para hacer amigos, encontrar pareja, resolver conflictos interpersonales en los ámbitos familiar y laboral, etc.

A la consulta de psicología clínica acuden muchas mujeres en busca de ayuda, manifestando quejas diversas como ansiedad, depresión, o insatisfacción personal, y en las que tras un análisis más profundo acabamos observando algún tipo de dificultades en sus relaciones sociales/interpersonales, bien en áreas generales -por carencia de relaciones sociales o interpersonales satisfactorias- o más específicas -dificultad para relacionarse con el sexo opuesto, problemas de auto-expresión ante sus maridos, madres, etc.

Por otro lado, a nivel sociológico observamos que los rápidos cambios sociales están afectando de un modo particularmente intenso a las mujeres. Su participación activa en nuevos campos sociales se ha incrementado enormemente en los últimos años, y aún está en movimiento ascendente. Cada vez más mujeres, y con mayor frecuencia, han de enfrentarse a situaciones sociales/interpersonales para las que no habían sido preparadas. Nuevos ámbitos laborales y sociales que requieren de ellas roles de liderazgo y capacidad para defender sus derechos e intereses. Los cada día más frecuentes roles de separada o divorciada, las colocan en situaciones en las que tienen que manejárselas solas con los hijos y en el establecimiento de nuevas relaciones de pareja. En resumen, las mujeres se encuentran en un momento de cambio en sus roles sociales, con unas cada vez mayores relaciones de igualdad, que exigen de ellas unos comportamientos en ocasiones en contradicción con sus roles tradicionales, para los que no habían sido educadas y careciendo de modelos de su mismo sexo de los que aprender por imitación. En muchos casos, esta presión es fuente de malestar emocional.

Así pues, teniendo en cuenta la importancia del EHS como técnica para ciertas dificultades sociales/interpersonales, el amplio campo de aplicación que supone la población femenina y la escasez de estudios al respecto en nuestro país, hemos considerado la oportunidad de realizar una aproximación a este campo.

En la primera parte de este estudio, revisamos la literatura del EHS en general, como medio de adquirir un conocimiento lo más profundo posible del proceso de desarrollo y estado actual del tema en cuestión. Enseguida vimos que era obligado moverse en un marco teórico-empírico anglosajón -con el riesgo que ello conlleva a la hora de hacer extrapolaciones de un

medio psico-socio-cultural a otro- dado el pobre desarrollo que el EHS ha tenido en nuestro país. Además, esta revisión nos presenta un vasto campo, con decenas de estudios relacionados con las habilidades sociales, en un mar de confusión, dudas, contradicciones y lagunas, al tiempo que aceptado mayoritariamente como útil, importante y exitoso.

En la segunda parte, nos centramos en los datos referidos a la situación de la mujer ante el EHS. Y en la tercera parte, desarrollamos nuestras propias concepciones acerca del EHS y presentamos los datos y conclusiones obtenidos en el trabajo empírico. Dicho trabajo de investigación ha consistido en la comparación de dos Entrenamientos en Habilidades Sociales, uno de tipo cognitivo-conductual y otro de tipo conductual, efectuados con dos grupos de mujeres universitarias con déficits en habilidades sociales.

Con los resultados obtenidos mediante esta investigación, esperamos aportar algunos datos que, si bien no pueden ser concluyentes debido a las limitaciones que se dan en este campo de trabajo y que se irán exponiendo a lo largo del estudio, sí confiamos que sean valiosos para el desarrollo de una técnica terapéutica que, sola o combinada con otras, se presenta como muy aconsejable para abordar algunas de las dificultades que presentan actualmente muchas mujeres.

Primera parte

**UNA REVISION DE LA LITERATURA DEL
ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES**

1. ORIGENES Y DESARROLLO DEL EHS.

Fue Wolpe (1958) en "Psychotherapy by reciprocal inhibition", quien empleó por primera vez el término *asertividad*, si bien, con anterioridad, A.Salter (1949) en "Conditioned reflex therapy", ya había empleado un método parecido al entrenamiento asertivo.

Wolpe y Lazarus (1966), dieron un gran empuje al estudio de este campo al comprobar cómo en situaciones sociales, la respuesta asertiva era incompatible con la respuesta de ansiedad. Progresivamente, el interés de numerosos autores (Argyle, 1967; Alberti y Emmons, 1970; Liberman et al, 1975; Lange y Jakubowski, 1976; Galassi et al 1977 y 1979; Trower et al, 1978; etc.), convertiría el Entrenamiento Asertivo (EA) en un área de investigación de gran relevancia dentro de la Terapia de Conducta.

En la década de los 70, sobre todo en USA, se produce un auge tremendo del EA. Se realizan decenas de investigaciones y se publican numerosos libros y artículos en revistas de información general. El EA se populariza hasta convertirse casi en un fenómeno sociológico, siendo precisamente las mujeres, apoyadas por el crecimiento del Movimiento Femenino en esta misma década, quienes dan un fuerte empuje a esta técnica terapéutica.

La coincidencia del ideario del Movimiento Femenino de la defensa de igualdad de derechos individuales y del uso clínico del EA que asume que "la gente tiene ciertos derechos que están en su derecho de ejercer completamente, y además, el ajuste personal incluye el ejercicio de los mismos" (Wolpe y Lazarus, 1966), promoverá este enorme desarrollo del EA entre las

mujeres norteamericanas, que se convierten en "los principales sujetos en la investigación clínica del EA" (Linehan y Egan, 1979).

Las mujeres han estado sometidas a rápidos cambios en sus papeles sociales, han incrementado la toma de conciencia de ciertas limitaciones en sus derechos personales, y sienten la necesidad de expandir el ámbito de sus roles y derechos. El hecho de que el objetivo del EA sea la defensa de los propios derechos ha sido, probablemente, una de las razones que ha llevado a la gran popularidad de dicha técnica entre la población femenina. Linehan y Egan (1979), expondrían con claridad los objetivos del EA para mujeres: "El entrenamiento en el uso efectivo de la conducta asertiva, cómo y cuándo ser asertiva, con información acerca de los derechos de las personas, aplicables igualmente a hombres y mujeres, constituyen las metas últimas del EA para mujeres".

A finales de la década de los 70, se produjo una proliferación de cursos de EA y de publicaciones de libros de auto-ayuda, tales como "The assertive Woman" (Phelps & Austin, 1975), "No diga sí cuando quiera decir no" (Fernstenheim y Baer, 1976); "Self-assertion for Women" (Butler, 1976); "Assert Yourself! How to be your own person" (Galassi and Galassi, 1977), que ejercieron un fuerte impacto sobre las mujeres, animándoles a alcanzar sus metas personales.

Se produce entonces, un desbordamiento del EA como técnica psicológica para convertirse en un movimiento sociológico, como bien señalarán Fodor y Epstein (1983): "En cierto modo, este movimiento representa más una iniciativa de remedio educacional para unas relaciones sociales armónicas, que una tentativa clínica terapéutica". Mientras algún autor va

más lejos aún: "El problema de la opresión femenina es institucional y no individual; el tratamiento genuinamente efectivo sería aquel que se dirigiese ha influir sobre el medio social" (MacDonald, 1982).

Durante los años 1958-1978, el término que dominó la literatura conductual fue el de *asertividad*, y que precisamente, debido a su gran crecimiento y popularización, junto a la ausencia de una definición mayoritariamente aceptada tras 20 años de trabajo, se crea tal confusión en torno a este término que lleva a algunos autores a plantearse la necesidad de abandonarlo y sustituirlo por otro. Así, desde finales de los 70, el término asertividad va siendo progresivamente sustituido por el de *Habilidades Sociales (HHSS)*.

En realidad, continúa tratándose prácticamente del mismo conjunto de conductas y similares procedimientos de entrenamiento, y compartiendo las mismas limitaciones teóricas y metodológicas. Trower et al. (1978), señalan que "La principal diferencia entre el EA y el EHS es simplemente la naturaleza más amplia del EHS. Mientras el EA apunta al tema específico de la falta de asertividad, definida como una excesiva sumisión y una inhabilidad para expresar emociones, el EHS apunta al tema de los déficits en ejecución social que estén caracterizados por la falta de asertividad o por cualquier otra dificultad social".

Paradójicamente, para otros autores, habría sido esta "naturaleza más amplia" del constructo HHSS lo que estaría en la base del confusionismo existente en la actualidad. Así, Carrasco (1984), expone que "...desde el punto de vista conductual, carece de sentido hablar de Habilidades Sociales. Decimos esto porque al ser un constructo tan amplio que abarca cantidad de conductas diferentes, tanto desde el punto de vista topográfico como funcional,

pierde las referencias conductuales específicas; se vacía de contenido conductual (...) Dentro de este contexto, consideramos la aserción como una de las conductas específicas en las que se debe descomponer el constructo Habilidad Social, ya que posee unas características precisas que la diferencian del resto de las conductas sociales".

Por otro lado, consideramos de gran interés señalar aquí lo que se refiere a los diferentes desarrollos que ha tenido el EA/EHS en USA y en Europa. Furnham (1985), ha descrito una panorámica de estas diferencias, que resumimos a continuación:

a) Los investigadores americanos se han basado en los terapeutas de la conducta (principalmente en Wolpe y Lazarus) y en estudios de competencia social aplicados a la psicología clínica; mientras que los europeos, con los ingleses a la cabeza, han realizado sus desarrollos más en base a la psicología social de Argyle.

b) En USA, el organismo es visto como reactivo a los eventos externos, los cuales son la causa primera de la conducta, mientras en Europa, lo que importa es el organismo individual, y las causas de la conducta son internas (motivaciones, necesidades, metas).

c) Los americanos siguen el paradigma del condicionamiento, mientras los europeos se acercan más a paradigmas cibernéticos y cognitivos. Si bien, en los últimos años, también los americanos están haciendo aproximaciones cognitivas.

d) En USA, han puesto gran énfasis en la asertividad, mientras los europeos, casi la han descuidado en favor de la formación de amistades y la atracción interpersonal. Esta

diferencia es más significativa de lo que a simple vista parece, ya que implica que un individuo con déficits asertivos será considerado como incompetente social por los investigadores americanos, mientras que puede no ser igualmente considerado por los europeos.

e) Consecuencia de lo anterior es que los europeos se han centrado más en las conductas no verbales de la interacción social (importantes en los encuentros cara a cara) que en conductas de autoexpresión de sentimientos, oposición, etc.

f) Por último, en USA, el EHS ha sido más usado con poblaciones psiquiátricas, mientras que en Europa ha tenido una mayor aplicación al campo laboral.

Para finalizar este apartado, queremos señalar que, los autores del presente trabajo asumen la asertividad como parte del constructo Habilidades Sociales, e intentan aprovechar los conocimientos aportados tanto por la perspectiva americana como por la europea.

2. EL CONSTRUCTO HABILIDADES SOCIALES.

Uno de los principales problemas con que nos encontramos al trabajar en el campo de las Habilidades Sociales es la falta de una definición mayoritariamente aceptada. No puede dejar de sorprendernos el hecho de que se lleve más de tres décadas trabajando sobre *algo* que no se sabe exactamente qué es. Mientras a nivel popular, cualquiera se considera capaz de

distinguir entre personas socialmente hábiles e inhábiles, a la hora de determinar empíricamente qué son las habilidades sociales las dificultades parecen insalvables.

Es obvio que la conducta social es algo tan vasto y complejo que no ha de resultar fácil reducir a una simple definición. Por un lado, la conducta social parece depender estrechamente del contexto situacional, siendo entonces imposible abarcar en una definición la multitud de contextos a que una persona se verá expuesta a lo largo de su vida. Por otro lado, la conducta social está determinada por el marco socio-cultural concreto en que se manifiesta. Esto implica tener en cuenta multitud de factores individuales (sexo, edad, estatus, manera de hablar, etc.) y contextuales (dónde, cuándo, quiénes, y bajo qué normas sociales), y no cabe duda que tratar de meterlo todo en una definición resulta prácticamente imposible.

Así las cosas, no es de extrañar que existan numerosas definiciones, casi tantas como autores se han interesado por este campo. A continuación exponemos algunas de las más representativas como referencia:

"La Habilidad Social es la capacidad del individuo para expresar sentimientos tanto positivos como negativos, en un contexto interpersonal, sin por ello sufrir como consecuencia pérdida de reforzamiento social" (Hersen y Bellack, 1977).

"La habilidad social es el grado en que una persona se puede comunicar con los demás de manera que satisfaga sus propios derechos, necesidades, deseos o demandas hasta un grado razonable, sin dañar los derechos, necesidades, deseos o demandas de la otra persona,

compartiendo esos derechos,....., con los demás mediante un intercambio libre y abierto" (Phillips, 1978).

"La persona socialmente competente es aquella capaz de influir en la conducta y en los sentimientos de los demás, en la forma en que él desea y la sociedad acepta" (Trower, Bryant, y Argyle, 1978).

"Las habilidades sociales son aquellas conductas aprendidas que ponen en juego las personas en situaciones interpersonales para obtener o mantener reforzamiento del ambiente" (Kelly, 1987).

"La Habilidad Social es el grado en que una persona tiene éxito en las interacciones o transacciones que tienen lugar en la esfera social, referidas a específicas situaciones, demandas, metas o participantes" (Conger y Conger, 1982).

"La Habilidad Social es un constructo amplio que incorpora una gran variedad de respuestas interpersonales, tales como asertividad, amigabilidad, calidez, facilidad de conversación, y empatía" (Bellack y Morrison, 1985).

"La habilidad social es la capacidad de emitir respuestas efectivas en situaciones interpersonales" (Linehan, 1984).

"La conducta socialmente hábil es ese conjunto de conductas emitidas por un individuo en un contexto interpersonal que expresa los sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos

de ese individuo de un modo adecuado a la situación, respetando esas conductas en los demás, y que generalmente resuelve los problemas inmediatos de la situación mientras minimiza la probabilidad de futuros problemas" (Caballo, 1986).

Otros autores, como Michelson et al. (1987), en lugar de dar una definición, han optado por especificar cuáles deberían ser los componentes esenciales para una definición operativa de las Habilidades Sociales:

- 1- Las habilidades sociales se adquieren, principalmente, a través del aprendizaje.
- 2- Incluyen comportamientos verbales y no verbales, específicos y discretos.
- 3- Suponen iniciativas y respuestas efectivas y apropiadas.
- 4- Acrecientan el reforzamiento social.
- 5- Son recíprocas por naturaleza y suponen una correspondencia efectiva y apropiada.
- 6- La práctica de las habilidades sociales está influida por las características del medio, es decir, factores como la edad, el sexo y el estatus del receptor afectan a la conducta social del sujeto.
- 7- Los déficits o excesos de la conducta social pueden ser especificados y objetivados a fin de intervenir.

Por otro lado, Trower (1982), ha planteado la distinción entre "Habilidades Sociales" y "Habilidad Social". Las Habilidades Sociales serían los elementos componentes (la mirada, los gestos, etc.) de los comportamientos normativos, es decir, las secuencias identificables de los actos (por ejemplo, el saludo) que una persona necesita poseer en su repertorio conductual para manejar cotidianamente sus interacciones sociales, y que están gobernados por reglas sociales. Mientras que la Habilidad Social sería el proceso por el cual un individuo

genera comportamiento social habilidoso dirigido hacia una meta. La idea de Habilidad Social como proceso generativo, indica la necesidad de auto-control dirigido hacia la meta, e incluye la auto-observación, la toma de decisión, el análisis de las consecuencias, etc. Es decir, deriva el acento del componente conductual (objetivo del EHS tradicional) hacia el componente cognitivo.

A los autores del presente trabajo nos parece particularmente importante esta atención puesta en las metas de los individuos, aspecto olvidado por la mayor parte de los autores norteamericanos. Estamos absolutamente de acuerdo con Trower en que cada individuo, en cada situación social, tiene unas metas u objetivos que pretende alcanzar. Este punto nos parece especialmente relevante en el campo de la asertividad, donde cada actor va a tener, en muchas ocasiones, unos objetivos en conflicto con los del otro (por ejemplo, el objetivo de A es que B satisfaga su demanda, y el objetivo de B es que A acepte su negativa).

No obstante, a pesar del panorama descrito, sí parece existir un acuerdo general acerca de algunas características del constructo Habilidades Sociales:

En primer lugar, el término *habilidad* se emplea para indicar que la competencia social no es un rasgo de la personalidad, sino un conjunto de conductas aprendidas. Es decir, que la conducta hábil se puede aprender, y que consiste en un conjunto de elementos identificables y específicos (por ejemplo: la mirada, el volumen de voz, etc.).

Los estudios sugieren que las habilidades sociales son adquiridas desde la infancia "parcialmente por imitación de los otros, parcialmente a través del refuerzo externo,

parcialmente a través de oportunidades de observar y practicar conductas en una serie de situaciones, parcialmente por el desarrollo de habilidades cognitivas, y parcialmente por un potencial innato" (Trower et al, 1978).

En segundo lugar, la conducta socialmente hábil es situacionalmente específica. Pocas conductas son universalmente apropiadas o inapropiadas. Dado que la conducta social está muy influida por patrones socio-culturales (lo que se considera apropiado en un grupo social, puede no serlo en otro) y situacionales (lo que es adecuado en una situación, puede no serlo en otra). Esto implica que, el individuo además de haber aprendido la habilidad, también debe saber dónde, cuándo y ante quiénes es apropiado o inapropiado ejecutarla. Es decir, para ser considerado hábil social son precisas, al menos, dos competencias:

- (a) La competencia para ejecutar la conducta social apropiada.
- (b) La competencia para percibir e interpretar adecuadamente las señales que definen cada situación social.

En tercer lugar, las habilidades sociales son un medio para alcanzar metas u objetivos importantes para los individuos, y de este modo obtener refuerzos internos y externos. De acuerdo con Trower (1979): "El individuo tiene unos fines u objetivos que busca para obtener recompensas. La consecución del objetivo depende de la pericia en el comportamiento".

La mayoría de las metas que tienen las personas, para ser alcanzadas requieren que el individuo posea una cierta habilidad para desenvolverse en su medio social. Cuanto mejores sean sus habilidades sociales, mayor será su efectividad para lograr aquellos objetivos que se

proponga, y mayor será la cantidad y calidad de reforzamiento que recibirá de su medio. Lo cual, a su vez, producirá incrementos de autovaloraciones positivas (reforzamiento interno). Para la mayoría de las personas, el mero establecimiento de relaciones sociales es un objetivo deseado, y su consecución una experiencia reforzadora. Interacciones como mantener conversaciones informales, conocer gente nueva, relacionarse con personas del otro sexo, etc, son metas comunes a la mayoría de los individuos a lo largo de toda su vida.

Para funcionar de un modo eficaz en tales interacciones, es preciso que el individuo posea ciertas habilidades motoras y cognitivas. Por ejemplo, si el objetivo del individuo es hacer amigos: debe ser capaz de aproximarse a un desconocido y tener la suficiente habilidad conversacional que le permita iniciar y mantener una conversación informal; debe tener cierta habilidad para percibir e interpretar correctamente las señales provenientes de su interlocutor en orden a ir haciendo las modificaciones pertinentes en su comportamiento; ha de ser capaz de expresar una petición para un nuevo encuentro.

Y en cuarto lugar, se trata de conductas sobre las que es posible intervenir terapéuticamente en aquellos casos en que déficits o excesos conductuales dificulten al individuo manifestar unas habilidades apropiadas y efectivas ante determinadas situaciones. Para enseñar a estos individuos a perfeccionar sus repertorios conductuales y/o a manifestar nuevas conductas, la técnica conocida como Entrenamiento en Habilidades Sociales (EHS), ha demostrado su utilidad en multitud de estudios clínicos e investigativos.

3. MODELOS TEORICOS COMPRENSIVOS

Al igual que ocurre con la definición, aún no existe un definitivo modelo teórico comprensivo de las Habilidades Sociales. De los modelos propuestos hasta la fecha, los más relevantes han sido los cuatro siguientes:

1) MODELO DE ARGYLE (1967)

Argyle propone una analogía entre las habilidades sociales y las habilidades motrices en serie. En ambos casos, la persona tiene unos objetivos que intentará realizar mediante continuas acciones correctivas de su conducta en respuesta a unos estímulos externos. Según este modelo, los elementos esenciales de las habilidades son:

(a) La **percepción** de las señales externas. En el caso de las habilidades sociales, en el curso de la interacción cada participante recibe una corriente de información visual y auditiva proveniente del otro. Las personas tienen diferentes sensibilidades a la hora de percibir las señales pertinentes, siendo la percepción altamente selectiva.

(b) El proceso de **traducción**. La información recibida es interpretada y transformada en un plan de acción.

(c) La **respuesta**. La respuesta deseada es ejecutada.

(d) El **feedback**. La respuesta emitida produce cambios en el medio. El feedback proporciona información para efectuar la acción correctiva.

2) MODELO DE BANDURA (1976)

Aunque Bandura no propone propiamente un modelo de las Habilidades Sociales, su Teoría del Aprendizaje Social resulta de gran utilidad a la hora del comprender el comportamiento social. Bandura resalta la importancia de los procesos cognitivos y la existencia de una interacción recíproca y continua entre los factores de la persona y los del medio. Los elementos principales de la conducta social serán:

- (a) Los procesos perceptivos. A través de la observación directa el individuo adquiere información acerca del medio.
- (b) Los procesos cognitivos reguladores. La persona prevé las consecuencias de su conducta y regula dicha conducta de acuerdo con tales predicciones. Es decir, la persona tiene unas expectativas que se han ido creando a partir de sus previas experiencias de reforzamiento/castigo. A partir de tales expectativas decide la respuesta a emitir.
- (c) El proceso de ejecución de la conducta.

Como podemos apreciar, se trata prácticamente de los mismos elementos propuestos por Argyle, con la diferencia de que mientras Argyle apuntaba sólo al proceso cognitivo de traducción, Bandura introduce el proceso de formación de expectativas acerca de las consecuencias que obtendrá con su conducta el sujeto.

3) MODELO DE McFALL (1982)

McFall sugiere la conveniencia de diferenciar entre **competencia** y **habilidades**. Entendiendo el concepto de **competencia** como un término evaluativo general que se refiere a la calidad o adecuación de la ejecución total de una persona en una tarea determinada. Mientras el concepto de **habilidades** se referiría a las capacidades *específicas* requeridas para ejecutar competentemente la tarea.

Esta diferenciación implica algo muy importante: la posibilidad de que una persona incompetente tenga algunas, aunque no todas, las habilidades que se requieren para ejecutar competentemente una tarea determinada.

McFall propone un modelo que consta de cuatro fases:

1ª fase - **Motivación, objetivos y planes**

2ª fase - **Habilidades de descodificación**. Incluye los procesos de recepción, percepción e interpretación.

3ª fase - **Habilidades de decisión**. Que incluyen:

- La búsqueda de la respuesta más adecuada
- La comprobación de la respuesta
- La selección de la respuesta
- La búsqueda en el repertorio de dicha respuesta
- la evaluación de su utilidad

4ª fase - Habilidades de codificación. Que incluyen la ejecución de la respuesta y la auto-observación.

Las personas podrían tener dificultades o fracasar en cualquiera de estas fases. Sin embargo, la mayor parte de la investigación en EHS, especialmente en USA, se ha dirigido a las dificultades que presentan los individuos en la 4ª fase, haciendo hincapié en los déficits conductuales. De ahí, la atención prestada a la medición de los elementos moleculares de las habilidades, tales como la mirada, variables de la voz, postura, etc. Este intento de medición de duración y frecuencia de los distintos elementos motores, ha llevado a cuestiones imposibles de resolver, tales como ¿Es más habilidoso mirar el 40% del tiempo o el 80%?. No nos cabe duda de que estos esfuerzos de medición de los elementos verbales y no-verbales de las conductas sociales son muy valiosos, pero han resultado insuficientes.

4) MODELO DE TROWER (1982)

En este modelo vamos a extendernos algo más, ya que es el más afín con los autores del presente estudio. Trower propone un modelo generativo, considerando a la persona como sujeto activo que dirige su propia conducta hacia unas metas. La persona es vista como un agente racional que escoge medios (por ejemplo, iniciar una conversación) con los cuales intentará satisfacer unas metas (conocer gente nueva). El individuo busca y procesa información, y genera, observa y controla su acción en orden a alcanzar su meta.

Trower propone tener en cuenta los siguientes elementos:

- (a) La capacidad de **auto-control** de los eventos externos e internos.
- (b) La capacidad de **ejecución**.
- (c) La meta de dicha ejecución o **auto-estándar**.
- (d) Las representaciones **cognitivas y funciones lógicas**.

La atención consciente puede ser dirigida hacia el exterior (hacia las señales sociales) o hacia el interior de uno mismo (hacia el feedback propioceptivo, pasada o presente experiencia, información codificada, actitudes, etc.). Cuando la atención es dirigida hacia el medio, la información proveniente de los estímulos exteriores es procesada y clasificada en *esquemas de reconocimiento*. El estímulo social nos informa de qué tipo de situación se trata, y los procesos cognitivos nos permiten hacer inferencias. El estímulo social puede ayudar al proceso perceptivo a buscar información relevante guiado por los esquemas. Una de las principales funciones de los esquemas es permitir a la persona generar conductas de acuerdo a las reglas sociales. No podemos olvidar que la conducta social no es objetiva, sino intersubjetiva.

Cuando la atención se dirige hacia el interior, la información es comparada con un esquema de reconocimiento, en este caso un auto-esquema; es decir, la ejecución es comparada con un auto-estándar de actuación. Hay una fase de prueba que incluye el control interno y externo, y la comparación con el auto-estándar, el cual tiene un valor subjetivo como meta de conducta deseada, que si es alcanzada produce auto-recompensa. De este modo, el auto-

control y la comparación forman la esencia del proceso normal de la habilidad social; un ciclo que continúa hasta que la meta última de la persona es conseguida. El proceso parece ser automático, pero si algo impide la comparación con el auto-estándar, el ciclo se interrumpe y tiene lugar el proceso de auto-control. Si la evaluación de la situación permite una expectativa de resultado positivo, se vuelve al ciclo, pero si la expectativa es desfavorable, llevará a la selección de una nueva conducta o a la retirada de la situación.

Si una persona evalúa que carece de la habilidad necesaria para reducir la discrepancia entre su ejecución y el auto-estándar, es decir, si tiene una baja expectativa de ser efectivo, es probable que se retire. La persona que se evalúa como incapaz de alcanzar su estándar y se auto-valora como incompetente, puede auto-focalizarse en exceso, tener expectativas de fracasar y, por lo tanto, se retirará con facilidad. Hay algunas evidencias de que los individuos hábiles tienden a ser controladores externos orientados hacia la situación, mientras que los inhábiles tienden al control interno y están auto-orientados.

La persona hábil percibirá adecuadamente las señales de los demás y de la situación, de modo que dichas señales le guiarán hacia la conducta apropiada siguiendo las reglas sociales. Poseerá esquemas de las personas y de las situaciones que serán intersubjetivamente válidos (compartidos por la sociedad), de modo que sus inferencias sobre las señales serán inteligibles y justificadas. Sus expectativas de resultados (inferencias lógicas) estarán empíricamente basadas y tendrán una validez predictiva. El individuo tendrá suficiente conocimiento de los hechos y de sus capacidades, así como de las dificultades que le puede plantear la situación. Auto-evaluará su competencia (evaluación de auto-eficacia) con bases empíricas, como

consecuencia de éxitos y fracasos del pasado, y hará predicciones de éxitos y fracasos futuros (expectativas de auto-eficacia).

Por el contrario, la persona no-hábil, al estar auto-focalizada se perderá información crucial del medio. Además, en lugar de esquemas intersubjetivos, puede tener esquemas idiosincrásicos. De modo que, guiándose por inapropiadas señales y haciendo inferencias erróneas, dará lugar a una conducta incompetente que será negativamente recibida y respondida por los otros. Entonces, puede atribuir el fracaso a sí mismo como derivado de una negativa auto-disposición (timidez, introversión, etc.) que le incapacita para desarrollar un comportamiento socialmente eficaz.

De esta diferencia entre hábiles y no-hábiles, se deriva algo importante, y es que los hábiles, probablemente, variarán sus conductas de acuerdo a las diferentes situaciones en respuesta a las señales del medio, mientras que los no-hábiles darán respuestas más rígidas y consistentes a través de las distintas situaciones, ya que en lugar de estar atentos a las señales sociales, están auto-centrados. Esto supone un serio problema en el proceso de generar conducta socialmente hábil, ya que debería estar referida a la realidad social, es decir, basada en inferencias y evaluaciones empíricas y racionales, y las metas deberían ser posibles en el medio actual.

Así pues, el proceso cognitivo debería incluir inferencias relativamente válidas acerca de uno mismo, de los demás, y de las señales sociales, así como auto-estándares relativamente realistas. Si esto no ocurre, y el sujeto genera expectativas de fracaso, dirigirá sus

percepciones e interpretaciones en base a sus negativas auto-evaluaciones. Apoyado sobre bases cognitivas erróneas, se verá atrapado en un círculo vicioso de auto-profecías que se cumplen, emitirá conductas inadecuadas que tendrán como consecuencia el fracaso, reforzando así sus auto-evaluaciones.

Desde esta perspectiva, los procesos cognitivos forman parte de los componentes de las habilidades sociales, y se convierten en un serio problema para el EHS, ya que supone que el concentrarse en enseñar sólo los elementos conductuales puede no ser suficiente para lograr el objetivo último del entrenamiento. Por ejemplo, un individuo que ha participado en un EHS, y que tiene unos auto-estándares perfeccionistas, puede evitar practicar en su medio social las nuevas habilidades aprendidas, ya que no tolerará las imperfecciones de su conducta manifiesta (inevitablemente torpe en un principio) comparada con su auto-estándar. De modo que, si no se trabaja en el entrenamiento con las inferencias e interpretaciones erróneas -comúnmente encontrados en las personas con disfunciones sociales- que previenen o deterioran la adquisición y generación de las habilidades sociales en muchos casos, difícilmente se lograrán los objetivos deseados.

En definitiva, estamos de acuerdo con Trower, al considerar que el EHS debería enfatizar el proceso de generar habilidades cognitivas y conductuales, en lugar de centrarse solamente en los elementos del componente conductual. Creemos que éste será el planteamiento más acertado cuando se trabaja con personas *normales* que presentan déficits en sus habilidades sociales, como es el caso del presente estudio. Con individuos muy incapacitados, como pacientes psiquiátricos, sí puede ser necesario un mayor -e incluso exclusivo- énfasis en el entrenamiento de los elementos motores. Pero teniendo en cuenta que la mayor parte de

clientes potenciales clientes del EHS está en la población *normal*, los cuales ya tienen, en su mayoría, los elementos motores en sus repertorios conductuales, así como la posibilidad de perfeccionarlos mediante la experiencia, opinamos que se debe trabajar en la modificación y generación de procesos cognitivos más adaptativos. En aquellos sujetos en que el problema parece consistir en que sus habilidades conductuales están obstaculizadas por fallos cognitivos y/o por un elevado grado de ansiedad social "El entrenamiento debería incluir el auto-control, la discusión lógica y refutación de erróneas inferencias y negativas evaluaciones, las cuales funcionan habitualmente, bloqueando tanto la adquisición como la generación de las habilidades sociales" (Trower, 1982).

4. LA ETIOLOGIA DE LOS DEFICITS EN HABILIDADES SOCIALES

Una premisa básica es que las habilidades sociales se aprenden. La infancia y adolescencia parecen ser períodos críticos. La observación y la enseñanza directa, junto con la práctica y el refuerzo o el castigo, serían los medios fundamentales para su aprendizaje. Otra premisa básica es que existen diferencias entre las personas en sus niveles de competencia social, y que para muchas personas supone un problema -más o menos grave- carecer de adecuadas habilidades sociales.

Las causas por las que las personas llegan a manifestar dificultades en su comportamiento social pueden ser variadas, pero los cuatro modelos explicativos siguientes son los más aceptados:

4.1. Déficits en habilidades conductuales

Este ha sido el modelo asumido por los seguidores del EHS tradicional. La incompetencia social sería la consecuencia de la carencia en el repertorio conductual del individuo de ciertas habilidades necesarias para una ejecución competente o del uso inapropiado de las mismas.

Los déficits conductuales podrían deberse a alguno de los siguientes motivos:

1/ El individuo nunca ha tenido determinadas habilidades en su repertorio conductual. Por algún motivo nunca las aprendió. Por ejemplo, sujetos provenientes de ambientes carenciales.

2/ El individuo, en algún momento de su vida, manifestó unas apropiadas habilidades, pero por algún motivo han desaparecido de su repertorio conductual. Por ejemplo, pacientes psiquiátricos.

3/ El individuo posee en su repertorio conductual las habilidades, pero debido a su historia personal de aprendizaje ante determinadas situaciones, tiende a emitir otras respuestas menos apropiadas o inapropiadas. Por ejemplo, una persona tiende a dar una respuesta agresiva en determinadas situaciones, aún cuando sería capaz de emitir una respuesta asertiva.

La incompetencia social se debería, fundamentalmente, a una socialización deficiente o la falta de adecuadas experiencias sociales. Los problemas de ansiedad social que, frecuentemente, experimentan también estos individuos, es entendida como una consecuencia

de no saber comportarse o de hacerlo de una forma tan poco eficaz que no recibiría suficiente refuerzo, e incluso podría ser castigada. Se asume que la ansiedad, desaparecerá cuando el individuo aprenda a emitir los comportamientos apropiados.

El objetivo del entrenamiento es la *adquisición* de aquellas conductas ausentes en el repertorio del individuo, y que se precisan para ejecutar un comportamiento social eficaz ante determinadas situaciones. Los entrenadores no se detienen a analizar las causas que han podido llevar a la incompetencia, sino que se dirigen a evaluar los déficits específicos del repertorio conductual del sujeto y a *enseñarle* directamente las conductas apropiadas.

4.2. Inhibición de la respuesta por ansiedad condicionada

Para los seguidores de este modelo, las personas poseen en sus repertorios las habilidades requeridas, pero no pueden manifestarlas debido a que son inhibidas por altos niveles de ansiedad condicionada a ciertos estímulos sociales. Asumen que el individuo ha experimentado en el pasado condiciones aversivas ante ciertas situaciones sociales, de modo que tales situaciones han quedado condicionadas a elicitar altos niveles de ansiedad. La ansiedad funciona bloqueando la conducta adecuada o motivando al individuo a la evitación de tales situaciones.

El tratamiento se dirige entonces a reducir o eliminar la ansiedad condicionada, entendiendo que una vez reducida la ansiedad, el individuo podrá manifestar la habilidad, y siendo recompensado por ello se reforzará la emisión de dicha conducta en futuras ocasiones.

Las técnicas terapéuticas de elección serían: Relajación, Desensibilización Sistemática, Técnicas Conductuales y Cognitivas solas o en combinación.

4.3. Fallos de discriminación perceptivos y cognitivos.

En este modelo se asume que la persona carece o usa erróneamente sus habilidades perceptivas y cognitivas, lo cual le lleva a discriminaciones e interpretaciones incorrectas de las señales sociales.

Los fallos *perceptivos* más frecuentemente citados por los investigadores son:

- (a) Baja precisión para la discriminación perceptiva que lleva a pasar por alto señales significativas.
- (b) Errores sistemáticos (por ejemplo, convicción de que nadie se fijará en mí)
- (c) Estereotipos inexactos o uso abusivo de los mismos (por ejemplo, la creencia en que los demás personas siempre van a buscar fallos en los otros)
- (d) Errores en la atribución de la causalidad (por ejemplo, considerarse siempre a sí mismo responsable de los errores)
- (e) Efectos halo (por ejemplo, tender a percibir consistentemente a cierto tipo de personas como superiores)

En cuanto al *nivel cognitivo*, también se han encontrado varios errores que pueden actuar como inhibidores y/o disruptores de la ejecución social:

- (a) Fallos a la hora de evaluar distintas alternativas de respuesta.
- (b) Fallos de discriminación entre conductas apropiadas e inapropiadas según las distintas situaciones.
- (c) Fracasos en la toma de decisiones.

Evidentemente, en estos casos, el objetivo de los tratamientos consistirá en enseñar a los individuos a percibir, discriminar e interpretar adecuadamente las señales sociales, y a planificar estrategias de resolución de problemas.

4.4. Fallos cognitivo-evaluativos.

Según este modelo, las personas pueden conocer y poseer en sus repertorios las habilidades apropiadas, pero debido a una evaluación errónea de la situación o a auto-evaluaciones negativas acerca de sí mismos y de sus posibilidades de éxito, inhibir las conductas apropiadas o evitar las situaciones.

Diversos estudios han mostrado que lo que diferencia a los individuos incompetentes de los competentes, no es tanto el desconocimiento y los déficits conductuales, como la mayor preocupación acerca de su propia ejecución y cómo es vista por los demás (Schwartz y Gottman, 1976; Bruch, 1981); la tendencia a auto-evaluaciones negativas (Alden y Cape,

1981; Heimberg et al, 1983); hacer predicciones de consecuencias negativas para sus comportamientos (Kuperminc y Heimberg, 1983); tener creencias irracionales acerca de sí mismos y del medio social (Alden y Safran, 1978; Lohr y Bonge, 1982).

Existe una fuerte controversia sobre si deberíamos o no tener en cuenta este componente cognitivo en la evaluación y tratamiento de los déficits en habilidades sociales. El EHS, durante años, ha estado centrado en los elementos del componente conductual, siendo relativamente reciente la investigación de la influencia de los aspectos cognitivos en los problemas de incompetencia social.

Hasta la fecha, los resultados de los estudios de orientación cognitiva son confusos. Por un lado, existen datos contradictorios acerca de la efectividad de tratamientos cognitivos. Y por otro lado, la diversidad de las acepciones utilizadas para designar y tratar los tipos de cogniciones relacionadas con las déficits en habilidades sociales, han complicado bastante el panorama investigativo. Así, mientras unos autores enfatizan las cogniciones relativas a ciertas creencias consideradas irracionales (Ellis, 1979, 1980, 1988); otros ponen el acento en las auto-verbalizaciones erróneas (Meichenbaum, 1975, 1987); y otros, se orientan hacia la toma de decisiones y solución de problemas (Goldfried y Goldfried, 1975).

En resumen, lo más probable es que en la etiología de la incompetencia social se combinen uno o más de los modelos citados. Cada individuo concreto se adaptará más a un modelo que a otro, de modo que lo mejor sería tener en cuenta las características individuales y tratar de ajustar los programas de tratamiento a las necesidades de cada persona.

5. COMPONENTES DE LAS HABILIDADES SOCIALES

Dada la complejidad de las habilidades sociales, se ha intentado dividir las en partes más pequeñas que permitiesen un análisis, lo más objetivo posible, acerca de cuáles habrían de ser los componentes requeridos para determinar si una persona es hábil o no.

El EHS tradicional se focalizó exclusivamente en las respuestas conductuales, tratando de definir las habilidades por los elementos motores -verbales y no verbales- que las componían. Se intentó identificar lo más objetivamente posible el uso correcto de cada elemento, atendiendo a su presencia/ausencia, intensidad, frecuencia, etc. Pero en realidad, los elementos considerados necesarios, han sido habitualmente seleccionados más en base a su validez aparente que sobre una base empírica.

Posteriormente, con el auge de lo cognitivo, se han tomado en consideración algunos elementos de dicho componente, si bien, aquellos que habría que considerar básicos en las habilidades sociales aún no han sido claramente identificados.

También, se han hecho esfuerzos, muy escasos por cierto, por identificar los elementos del componente fisiológico que afectarían a la conducta habilidosa.

Así pues, aunque han sido muy desigualmente estudiados, se ha considerado que en las habilidades sociales habría que tener en cuenta tres componentes: *conductual*, *cognitivo*, y *fisiológico*.

5.1. El componente conductual

Se ha intentado descomponer este componente en elementos simples que pudiesen ser observados y cuantificados objetivamente. Estos elementos han sido seleccionados a partir de los estudios de comunicación interpersonal de la psicología social y/o de la intuición de los investigadores o terapeutas. En una revisión realizada por Caballo (1987), de 90 trabajos que emplearon elementos conductuales, contabilizamos hasta 67 elementos distintos que han sido tenidos en cuenta por los diferentes autores.

La evaluación se ha centrado normalmente en la presencia, la frecuencia, y la duración de aquellos elementos que, teóricamente, requería la conducta hábil, dejando de lado "cómo se integran, coordinan y adaptan a las respuestas del otro" (Kelly, 1987). La atención selectiva hacia este tipo de mediciones, se ha encontrado con cuestiones difíciles de resolver, tales como: ¿Qué es más habilidoso, 10 segundos de contacto ocular o 15 segundos? o ¿Cuál es el grado de auto-revelación apropiado para un primer encuentro?.

Al margen de estas y otras cuestiones, no cabe duda de que "...toda habilidad puede dividirse en las conductas que la componen, de manera que la descripción conductual más objetiva se basa en la especificación de estos elementos, tanto verbales como no verbales" (Kelly, 1987).

El componente conductual se ha dividido tradicionalmente en elementos verbales y no-verbales. *Los elementos verbales*, se refieren al contenido proposicional y temático de lo dicho por la persona. *Los elementos no-verbales*, han recibido mucha atención desde diferentes perspectivas de la psicología, dándoles incluso una mayor importancia

comunicacional que a los propios contenidos verbales. Desde que Watzlawick et al. (1967), en su célebre "Teoría de la comunicación humana", establecieron que una persona que se encuentra en presencia de otra siempre va a comunicar algo al otro aunque no diga nada, la importancia de los elementos no-verbales en la comunicación quedaría fuera de toda duda.

Algunos autores han llegado incluso a *cuantificar* la importancia relativa de los elementos verbales y no-verbales, indicando que las palabras representan sólo el 7% del mensaje recibido, frente al 38% de las características de la voz, y el 55% de las características faciales (Girordo, 1980).

Por su parte, Danzinger (1982), ha señalado que los aspectos no verbales en la comunicación tienen dos funciones, una comunicativa y otra expresiva.

La función expresiva incluye los afectos, las actitudes, etc. Mientras la función comunicativa cumple 3 misiones fundamentales en las relaciones interpersonales:

- 1- Presentación (acercamiento, intimidad, diferencias de estatus,..)
- 2- Definición de la relación, permitiendo así una correcta interpretación del mensaje, en principio ambiguo.
- 3- Realimentación, al proporcionar información acerca de cómo está definiendo la situación cada uno de los interlocutores en cada momento de la interacción.

Los elementos no-verbales suelen actuar conjuntamente con el mensaje verbal de alguna de las siguientes formas:

(a) *Reemplazando* a las palabras a la hora de emitir un mensaje. Por ejemplo, una mirada o una pausa para indicar al otro que es su turno de habla.

(b) *Enfatizando* el mensaje verbal, acompañando lo dicho con determinado gesto o expresión emocional. Por ejemplo, acompañando una palabras de ánimo con un contacto físico.

(c) *Contradiendo* el mensaje verbal, cuando los gestos o expresión emocional no están de acuerdo con la expresión verbal. Por ejemplo, una persona le dice a otra, con un grito iracundo, que no está enfadada.

En el campo de las HHSS, de entre todos los elementos no-verbales estudiados por los investigadores, la mayor atención se ha puesto en los siguientes:

- El contacto ocular
- La sonrisa
- Los gestos
- La expresión facial
- La postura
- La apariencia física
- El volumen de la voz
- La entonación
- La latencia de la respuesta

- La fluidez del habla
- La duración del habla
- El "timing" o secuenciado temporal.

El conocimiento actual aún no nos permite saber con certeza cuáles de ellos son los elementos básicos de las habilidades sociales. Se ha encontrado cierto apoyo empírico para un conjunto de ellos, los cuales parecen tener una importancia relativa a la hora clasificar una conducta como socialmente hábil. De todos modos, aunque "Parece seguro que la mirada, la entonación, y la conversación (que comprende elementos diversos como el tiempo de habla, la fluidez, la velocidad, y las preguntas realizadas) son elementos básicos en la manifestación de una conducta socialmente habilidosa" (Caballo, 1988), lo más probable es que, aparte de este conjunto básico de elementos, cada habilidad específica (conversacional, asertiva, heterosocial, etc.) precise de algunos elementos propios, o bien el peso específico de cada elemento del conjunto sea diferente. Por ejemplo, es probable que la postura corporal sea muy importante para la habilidad conversacional, mientras que en la asertiva la importancia recaiga más sobre las variables de la voz; y el atractivo físico sea más importante para la habilidad heterosocial que para otras habilidades.

5.2. El componente cognitivo

En su forma tradicional, el EHS enfatizó la evaluación y adquisición de los elementos conductuales del comportamiento social. Los factores cognitivos sólo han sido tenidos en cuenta recientemente, por lo que no es de extrañar que aún exista cierta confusión y falta de datos definitivos acerca de los mismos.

Existen varias aproximaciones que dan diferente importancia a los diversos factores cognitivos. De entre ellos, los que han merecido una mayor atención por los investigadores del EHS son:

1) **Las motivaciones y metas:** Las personas tienen motivaciones de carácter social (afiliación, sexo, etc.), que les llevan a plantearse unas metas específicas (hacer amigos, encontrar pareja, etc.). Las personas pueden tener problemas, bien cuando carecen de las habilidades sociales necesarias para conseguir dichas metas, bien cuando dos metas entran en conflicto (por ejemplo, cuando una meta consiste en hacer amigos, pero a la vez quiere evitar todo rechazo).

2) **La percepción social:** Este mecanismo permite a las personas observar el medio social y aprender sus reglas de funcionamiento. Supone el conocimiento de las costumbres y normas sociales, así como la correcta interpretación de las señales sociales. Cuando la percepción social es adecuada, es posible hacer las correcciones pertinentes en la propia conducta hasta lograr una respuesta efectiva. Pero si la percepción es errónea puede llevar al individuo a:

(a) Un comportamiento inadecuado (por ejemplo, si el sujeto percibe una señal aislada del contexto y la interpreta como de rechazo por parte del otro, responderá retirándose de la situación)

(b) No hacer las correcciones oportunas hasta lograr una respuesta lo más eficaz posible (por ejemplo, si el sujeto no percibe que está aburriendo al otro seguirá realizando la misma conducta aburrida)

(c) Pensar que su comportamiento no es adecuado, cuando en realidad sí lo es (por ejemplo, el sujeto puede percibir señales de aburrimiento en el otro, que en realidad no lo son).

3) **Los planes de acción:** Hacen referencia a las capacidades del individuo para planear estrategias de actuación mediante la generación de respuestas alternativas y la selección de la conducta potencialmente más efectiva a emitir.

4) **Las expectativas:** Para poder elegir la respuesta óptima, el sujeto debe ser capaz de hacer predicciones adecuadas acerca de las consecuencias que tendrá la emisión de las distintas respuestas alternativas. Aquí podemos hacer una diferenciación entre dos tipos de expectativas:

(a) *De resultados*, es decir, la persona predice las posibles consecuencias que tendrá en el medio la emisión de su conducta. Una tendencia a generar expectativas de resultados negativos, inducirá al sujeto a inhibir su conducta.

(b) *De auto-eficacia*, que permite a las personas valorarse como competentes para manejar determinadas situaciones e incompetentes para manejar otras. Algunas personas parecen generalizan su incompetencia.

5) **Las creencias:** Las personas tenemos creencias acerca de nosotros mismos, los demás, y el mundo. Muchas de estas creencias derivan del proceso de socialización (por ejemplo, en ciertas sociedades se educa a los niños en la creencia de que si no hacen todo muy bien, no serán apreciados por los demás). Estas creencias funcionan como esquemas simplificadores de la realidad. Los individuos dirigen su percepción y su conducta según tales creencias,

llegando incluso a distorsionar o negar aquellas partes de la realidad que son discrepantes con ellas. De modo que, si una persona tiene la creencia de que necesita ser aceptada por todos los demás, organizará su comportamiento hacia la consecución de la aceptación y evitación de rechazo. A aquellas creencias que obstaculizan el desarrollo de los individuos se las ha denominado "irracionales" (Ellis, 1979, 1980), y su influencia en el comportamiento social parece indudable.

6) **La auto-valoración o auto-estima:** Las personas tienden a hacer valoraciones sobre sí mismas. Cuando se auto-valoran como competentes y dignas de elogio por los demás, se aprueban y esperan aprobación por parte de los otros. Por el contrario, cuando se consideran incompetentes y carentes de valor personal, tienden a esperar que los demás también les perciban sin valía y les rechazen.

7) **Los valores:** Las personas hacen también valoraciones subjetivas sobre lo que es bueno o malo. Estos valores individuales ejercen una poderosa influencia sobre su comportamiento. Muchos de estos valores tienen su origen en profundas creencias religiosas o éticas. De manera que, si una persona mantiene la consideración ética de que las personas egoístas, que ponen por delante sus propios intereses, son repudiables, le será muy difícil llevar a cabo acciones que tengan por finalidad la propia satisfacción frente a las necesidades de otras. Este tipo de creencias parecen ser un serio obstáculo para el desarrollo de la asertividad.

Todos estos factores cognitivos requieren una mayor investigación para determinar cuáles de ellos son más relevantes en el campo de las HHSS y cuál es exactamente la influencia relativa de cada uno de ellos.

Nos encontramos pues, en una etapa de transición que está moviendo la atención de los investigadores desde el componente conductual hacia el componente cognitivo, al tiempo que genera controversias entre los defensores radicales de uno u otro componente. Algunos autores rechazan la inclusión de los factores cognitivos como parte de la evaluación de las HHSS. Quizá, el más representativo sea Curran (1979a), quien defiende firmemente un enfoque basado exclusivamente en los elementos conductuales: "Yo pienso que el término Habilidades Sociales debería limitarse a los actos conductuales, y deberían ser excluidos de nuestra definición los componentes no conductuales, tales como los procesos cognitivos". Propone esta limitación al componente conductual como medida de simplificación práctica, al igual que se hizo con la evaluación de la inteligencia. Realiza un paralelismo entre los constructos habilidades sociales y coeficiente intelectual, según el cual, la ejecución intelectual -al igual que ocurre con la ejecución social- está influida por variables situacionales, cognitivas, culturales, emocionales, etc, y sin embargo, se ha podido llegar a medir empíricamente sin tener en cuenta todos esos factores.

El planteamiento contrario es minoritario, aunque también "Existe una postura cognitiva radical, que plantea que las personas intentan seguir unas reglas en busca de unas metas, en un proceso de ir al estándar, y evalúan sus éxitos y fracasos como sucesos moralmente positivos o negativos" (Hollin y Trower, 1986).

Al margen de posturas extremas, la opinión actual tiende a considerar ambos componentes como importantes, ampliando la evaluación y entrenamiento de los elementos componentes conductuales con los factores cognitivos.

La influencia de aspectos cognitivos en el comportamiento social/interpersonal parece indudable. Veámoslo con un ejemplo. Supongamos dos parejas de novios formadas recientemente. La chica A, *tiene la creencia* siguiente: "Cuando una se enamora es para siempre y debo hacer todo lo necesario para no perder al amor de mi vida". Esta chica inhibirá todo comportamiento que considere puede provocar la ruptura de la pareja. Puede evitar expresar desacuerdos, sentimientos negativos, necesidades personales, etc. Por su parte, la chica B, *tiene la creencia* siguiente: "Estar enamorada está bien, pero si no puedo ser yo misma en esta relación, quizá tenga que buscar otra pareja más adecuada a mi forma de ser. No quiero renunciar a mi propia identidad". Esta chica se expresará abiertamente.

Como podemos observar en este ejemplo, las creencias individuales funcionarán como mediadores entre las metas personales (en el primer caso, preservar la pareja; en el segundo caso, preservar la propia identidad) y el comportamiento. Por ello, a menos que el terapeuta conozca las metas últimas y las creencias del sujeto, los objetivos últimos del EHS pueden verse seriamente obstaculizados. Es posible que parte de los problemas de mantenimiento y generalización de los efectos de los entrenamientos que han sido observados por los investigadores en EHS, estén relacionados con factores cognitivos.

Parece pues inevitable tener en cuenta el componente cognitivo y hacer evaluaciones individuales, ya que, aunque varios sujetos presenten *aparentemente* el mismo déficit conductual, sus etiologías y factores de mantenimiento pueden ser muy distintas, llegando incluso a darse el caso de un sujeto que no es que posea realmente tal déficit, sino que *decide* no manifestar determinadas conductas porque están en contradicción con sus valores.

5.3. El componente fisiológico.

Se trata del componente menos estudiado, siendo además los resultados de las investigaciones poco claros y escasamente significativos hasta la fecha. En una extensa revisión realizada por Caballo (1987), de los 18 artículos encontrados que habían empleado algún elemento fisiológico como variable de estudio, este autor concluye que "El único dato que parece prometedor y que podría jugar cierto papel en este campo es la rapidez en la reducción de la activación (...). Parece ser que los sujetos de alta habilidad social tardan menos en reducir su activación (medida por la tasa cardíaca o el volumen de la sangre) que sujetos de baja habilidad social".

6. FACTORES ASOCIADOS A LAS HABILIDADES SOCIALES

Además de los componentes mencionados hasta aquí, existen otros factores que pueden tener, en muchos casos, una tremenda influencia sobre la conducta social del individuo. De entre los factores que han sido tenidos en cuenta por los investigadores en HHSS, nosotros consideramos de particular importancia dos: la ansiedad social y el atractivo físico.

6.1. La ansiedad social

La ansiedad puede perturbar o bloquear la ejecución de algunos o todos los elementos motores componentes de las HHSS, incluso de aquellas conductas bien aprendidas o rutinarias. El individuo que sufre de niveles elevados de ansiedad en determinadas situaciones sociales,

puede ver bloqueado su repertorio conductual (por ejemplo, bloqueo del habla) o puede ver perturbados algunos elementos conductuales (tartamudeo, habla demasiado rápida, dificultades para escuchar, etc.). En casos extremos, el individuo puede llegar a evitar determinadas situaciones sociales, e incluso a una verdadera fobia social.

Un alto nivel de ansiedad puede interferir también con los procesos cognitivos, produciendo en el sujeto distorsiones perceptivas e interpretativas, bloqueando la generación de respuestas alternativas, etc.

La discusión está actualmente centrada en si la ansiedad social es causa o efecto de las disfunciones conductuales y/o cognitivas de las HHSS. Pero, mientras no se esclarezca dicha cuestión, no queda más remedio que tener en cuenta a la ansiedad social como factor asociado o moderador de la habilidad social del individuo.

La ansiedad social ha sido definida como una respuesta de "temor a la negativa evaluación de la ejecución social en situaciones sociales reales o imaginarias" (Trower, 1986). Y se considera que "va unida a dos aspectos básicos de la auto-evaluación o auto-concepto: miedo a la desaprobación y dudas acerca de la propia competencia social " (Lake y Arkin, 1985).

El sujeto que padece de ansiedad social, tiene miedo de ser desaprobado por los demás, de tal manera que dicho temor le lleva a preocuparse constantemente por cómo está siendo percibido y evaluado por ellos, y sólo consigue reducir su ansiedad cuando encuentra indicios de aprobación en los otros. Cualquier señal de desaprobación/rechazo produce un incremento de la ansiedad. Esto ha sido apoyado por algunos estudios. Smith y Jeffrey (1970),

comparando mujeres de alta y baja ansiedad social, encontraron que las de alta ansiedad tendían a sentirse más atraídas por varones desconocidos que les mostraban acuerdo - aún siendo menos atractivos - que por varones más atractivos, pero que les mostraban desacuerdo. Y Smith y Sarason (1975), encontraron que tanto hombres como mujeres con alta ansiedad social, tenían gran expectación acerca de la evaluación negativa, de modo que un feedback negativo era valorado más negativamente y provocaba más ansiedad en los altos y moderados ansiosos sociales que en los bajos.

Otros autores han planteado la hipótesis de que los sujetos con alta ansiedad, en su búsqueda de indicios en los otros de aprobación/desaprobación, tiendan a pasar por alto las señales de aprobación y a centrar su atención en las de desaprobación. Este planteamiento sería apoyado por la teoría de la auto-consistencia, según la cual "un sujeto responderá positivamente a una información evaluativa siempre que sea consistente con su propia auto-evaluación" (Lake y Arkin, 1985), y por la teoría de los auto-esquemas: "los auto-esquemas son resistentes a la información inconsistente con ellos, y la memoria de una información es afectada por el auto-esquema" (Frankel y Prentice-Dunn, 1990). De manera que esta atención selectiva a las evaluaciones negativas (reales o imaginarias) crearía un círculo vicioso que obstaculizaría el adecuado desarrollo de las relaciones sociales, creando y manteniendo experiencias de incompetencia social.

Por otro lado, una reciente teoría relaciona la ansiedad social con el temor a la exclusión social. Baumeister y Tice (1990), han propuesto la Teoría de la Exclusión Social. Postulan 2 principios básicos:

(1) La naturaleza social del ser humano.

(2) Una de las principales motivaciones de la conducta humana es la necesidad de estar conectado interpersonalmente, y es la amenaza o la realidad de la exclusión social la causa de la ansiedad.

De estas premisas derivan 3 proposiciones:

(a) Los seres humanos poseen una motivación fundamental hacia la evitación de la exclusión de grupos sociales importantes.

(b) Mucha de la conducta social refleja un intento por mejorar el propio estatus de inclusión.

(c) La percepción de que el propio estatus de inclusión en determinados grupos sociales es menor que el deseado produce negativos estados afectivos.

Esta Teoría de la Exclusión Social explicaría, al menos en parte, la importancia del temor a la desaprobación (al rechazo y exclusión del grupo social) como desencadenante del miedo al rechazo, y consiguiente ansiedad social. Pero no responde a una cuestión básica para nuestro campo ¿Por qué algunos sujetos presentan más miedo al rechazo que otros?.

Apuntamos una posible explicación para darle respuesta. Los sujetos que poseyesen auto-valoraciones (auto-concepto, auto-esquemas) positivas (soy valioso, soy competente, etc.) no percibirían motivos para ser rechazados; mientras que los que se auto-valorasen negativamente (soy torpe, aburrido, etc.) percibirían motivos para dudar acerca de su importancia para los demás. Si uno mismo se cree torpe, aburrido, poco valioso, es difícil pensar los demás le consideraran valioso, y lo esperable es que no deseen su compañía.

Además, este problema se acentuaría en las sociedades competitivas y con mentalidades productivas, en las que los sujetos menos dotados (menos inteligentes, menos atractivos, etc.) y poco productivos (con realizaciones o comentarios poco útiles o interesantes) tenderían realmente a ser marginados (excluidos de los grupos sociales importantes). Esta *actitud social* imperante sería percibida y aprendida por los individuos y llevada al terreno de sus relaciones sociales.

En resumen, coincidimos con Trower (1986) en que "es claro que el problema de la ansiedad social es muy importante y complejo, y su papel en las HHSS dificulta su evaluación y tratamiento". Diversos estudios apoyan la hipótesis de que el nivel de ansiedad social del individuo, funciona como **variable moderadora** de la efectividad del EHS. Safran, Alden y Davison (1980), han señalado que "los sujetos con alto nivel de ansiedad social tendían a beneficiarse más del EHS que de la Reestructuración Cognitiva". Y Van Dam-Baggen y Kraimaat (1986), han confirmado que "el nivel de ansiedad social antes del tratamiento, impide una mejora en las HHSS".

6.2. El atractivo físico

Como muy bien ha apuntado Arkowitz (1981): "La misma conducta puede tener muy diferentes consecuencias dependiendo de la apariencia física del individuo (...). La importancia del atractivo físico en asertividad y en citas es innegable".

La apariencia física parece funcionar a nivel social como indicativo de ciertas variables, tales como seguridad, estatus, agradabilidad, inteligencia, etc, que van a tener una influencia indudable sobre las reacciones que la conducta de una persona provoque en los otros. La apariencia juega un papel fundamental en las situaciones de primera impresión y autopresentación. Un uso adecuado de algunos aspectos de la propia imagen (el vestuario, el peinado, el maquillaje, etc.) todos ellos fácilmente modificables por el propio individuo, van a tener un efecto penetrante sobre los demás.

Es muy posible que su importancia relativa al sexo sea especialmente relevante para las mujeres. Aronson (1975), señala que las mujeres guapas tienen más impacto sobre hombres y mujeres. Y Galassi y Galassi (1979), indican que en las mujeres, el nivel de atractivo físico puede influir en sus auto-valoraciones, ya que las mujeres más atractivas se auto-evaluaban como más felices, menos neuróticas y con mayor autoestima que las menos atractivas.

Otros autores, como Greenwald (1978), han llegado a afirmar que el atractivo físico de las mujeres, cuenta tanto en la varianza de los datos de las habilidades heterosexuales, que basta por sí mismo para diferenciar entre altas y bajas citadoras sin tener en cuenta si son altas o bajas en habilidades sociales. Este estudio apoya al de Walster et al, 1966 (citado por Berscheid y Hatfield, 1982), quienes evaluaron el atractivo físico de 752 universitarias, y encontraron que el único factor determinante de cuánto gustaban a sus parejas, era simplemente su atractivo físico. De manera que incluso las estudiantes con buenas habilidades sociales e inteligentes, no eran más deseables que otras menos afortunadas en tales aspectos, pero más atractivas. Por su parte, Marshall y Levi (1990), aportan una explicación aduciendo

que los hombres son más visuales, y por ello escogen sus parejas, tanto para sexo como para matrimonio, poniendo más énfasis en el atractivo físico.

Así pues, cara al EHS, y particularmente en su aplicación a mujeres, parece necesario tener en cuenta, tanto en la evaluación como en el entrenamiento, el nivel de atractivo físico de las participantes.

7. DIMENSIONES DE LAS HABILIDADES SOCIALES

Los elementos componentes conductuales y cognitivos que conforman las HHSS no ocurren de forma aislada, sino que varios de ellos tienen que combinarse adecuadamente y ocurrir en secuencias temporales, ante unos interlocutores concretos y en una situación social determinada. La forma de combinarlos dependerá de la competencia social del individuo, de las características de los interlocutores, y de las reglas de la situación.

Los contextos sociales involucran a personas -con similar o diferentes competencia, estatus, sexo, grado de familiaridad, etc.- en situaciones específicas -conversación social, citas, entrevista de trabajo, defensa de derechos, etc. La especificidad situacional es mayoritariamente aceptada (Trower, 1979; Arkowitz, 1981; Kelly, 1987; Bellack y Morrison, 1985; Kirschener y Galassi, 1983; Caballo, 1987), y significa que, una persona puede manifestarse hábil social ante ciertos tipos de interlocutores (por ejemplo, sus compañeros de trabajo) y no hábil ante otros (por ejemplo, sus jefes), y hábil en unas situaciones

determinadas (por ejemplo, de conversación social), y no hábil en otras (por ejemplo, de defensa de derechos). Esto implica la existencia de dos dimensiones principales sobre las que se va a mover la conducta social: variables de la persona y variables de la situación

Algunos aspectos de la conducta social son atribuibles a variables de la persona: el sexo, la edad, el atractivo físico, la forma de expresarse, su competencia social, cogniciones, etc.

Por otro lado, el medio social contiene un sistema de reglas y normas que regulan gran parte de la conducta de las personas. Cada situación social tiene ciertas reglas que es preciso conocer y respetar si queremos desenvolvemos con eficacia. Por ejemplo, en una situación de conversación, existen turnos de habla y escucha, preguntas, sincronización, etc, que si no son conocidos y respetados por los interlocutores, van a obstaculizar el desarrollo de una conversación fluida y agradable para los interlocutores. Cuanto más limitadas y explícitas sean las reglas y normas que regulen una situación, es decir, cuanto mas estructurada sea una situación, más fácil le resultará a la persona desenvolverse en ella , ya que sólo precisará conocer esas reglas y poseer en su repertorio un número limitado de conductas (por ejemplo, situaciones de saludo). Sin embargo, si la situación es poco estructurada, con reglas complejas o poco explícitas, a la persona no le bastará con poseer en su repertorio un número limitado de conductas, sino que además, tendrá que ser capaz de combinarlas adecuadamente, y saber cómo, cuándo y dónde ejecutarlas (por ejemplo, situación de ligue).

De modo que, entre las dimensiones persona y situación, puede establecerse una ley, según la cual, a mayor estructuración de la situación se requiere una menor competencia social; y a la inversa, a menor estructuración de la situación, la persona precisa de mayor competencia.

Además, en las situaciones sociales los individuos son, generalmente, adscritos a un rol social. Estos roles, definen los derechos y deberes del individuo en la situación concreta. Cada rol está comprometido con unos sentimientos, actitudes, y expectativas, y un individuo puede desempeñar varios roles que van a presionar en determinada dirección el comportamiento social del individuo.

A estas dos dimensiones -persona y situación- algunos autores (Trower, 1982; Kirschener y Galassi, 1983) han apuntado la posibilidad de una tercera, proveniente de la *interacción* entre ambas. Según esta posición, se da una inevitable interacción entre los individuos y las situaciones, de manera que, la persona puede también seleccionar aquellas situaciones en las que actuará y en las que no, y la manera en que se comportará. Esto implica que la persona es un agente activo -intencional- que da un significado a las diferentes situaciones y que se ve envuelto en un feedback continuo con la situación. No obstante, este enfoque interaccionista -teóricamente prometedor- carece aún del suficiente apoyo experimental.

Otra discusión actual, se centra en torno la *consistencia* o no de la persona en su comportamiento social, tema controvertido que también requiere futura investigación.

Así pues, tres son las afirmaciones que podemos sacar y que van a tener importantes implicaciones para el EHS:

(1) Una persona, por el mero hecho de poseer en su repertorio todos los elementos componentes de una habilidad, no será considerada hábil social a menos que sepa combinarlos

adecuadamente, y cómo, cuándo y dónde ejecutar los diversos elementos de la habilidad ante cada situación.

(2) Una misma conducta puede ser considerada hábil en un contexto, pero inhábil en otro. De modo que, una persona que posea en su repertorio determinada habilidad, no será considerada hábil social a menos que sepa ejecutarla en los contextos adecuados y no manifestarla en aquellos contextos en los que no es apropiada.

(3) Una persona puede ser hábil en determinados contextos situacionales e inhábil en otros.

8. LA EVALUACION DE LAS HABILIDADES SOCIALES

8.1. Dificultades de evaluación

Un problema importante en el campo de las HHSS es que después de más de 20 años de investigación, aún no existe un instrumento de evaluación que haya mostrado suficiente validez y fiabilidad como para ser universalmente adoptado.

La meta última de la evaluación conductual es el análisis funcional de la conducta objetivo. En el caso de la conducta social, los problemas de definición e identificación de sus elementos principales dificultan enormemente la elaboración de instrumentos de evaluación válidos y fiables.

Bellack (1979), señaló las cuatro cuestiones fundamentales a las que había que responder:

(1º) ¿Manifiestan los individuos conductas interpersonales disfuncionales?: Los estudios empíricos, clínicos y observacionales, responden afirmativamente.

(2º) ¿Cuáles son las circunstancias específicas en las que se manifiesta la disfunción?: De acuerdo con el hecho de la especificidad situacional de las HHSS, el problema consiste en que un déficit particular no puede ser identificado a menos que lo sea también el contexto situacional en que se manifiesta. Al ser los contextos sociales tan extensos, tendríamos que construir multitud de procedimientos de evaluación, quizá tantos como contextos situacionales diferentes existen.

(3º) ¿Cuál es el probable curso de la disfunción?: Como vimos en el capítulo 4, existen varios caminos por los que un individuo puede llegar a manifestar dificultades sociales. La evaluación debería entonces, ser capaz de evaluar todos esos factores etiológicos potenciales y determinar los más relevantes para cada individuo concreto. A pesar de que en el EHS se postula que no se requiere un diagnóstico diferencial ni un análisis histórico, sí es preciso realizar un detallado análisis de los factores mantenedores actuales, es decir, de esos elementos componentes -conductuales, cognitivos y /o fisiológicos- que en el presente dificultan o impiden la ejecución de la conducta social adecuada.

(4º) ¿Qué déficits específicos tiene el individuo?: Puesto que el termino Habilidades Sociales se aplica a una amplia categoría de conductas -asertividad, habilidades heterosexuales, capacidad de hacer amigos, etc.- se necesitaría una larga lista de conductas para ser

examinadas en cada situación identificada como problemática, con el fin de determinar la precisa naturaleza de la disfunción. Sin embargo, la realidad es que "pocas categorías genéricas de conductas interpersonales han sido, hasta la fecha, bien analizadas como para identificar la crítica combinación de componentes necesarios para la ejecución efectiva" (Trower et al., 1978).

Bellack (1979), concluye que : "De los 4 problemas de evaluación, al cuarto es el más difícil de responder. A los tres primeros se puede responder por medio de auto-informes u observación clínica informal. Pero, el grado de especificación requiere de una observación sistemática intensiva".

8.2. Procedimientos de evaluación

A pesar de las dificultades que plantea la conducta social, es posible realizar algún tipo de evaluación y existen algunos procedimientos de indudable utilidad. Las técnicas más empleadas han sido el auto-informe y la observación conductual en situaciones simuladas o role-playing. La entrevista ha sido también ampliamente utilizada, aunque no ha sido sistemáticamente incorporada como método de investigación. A continuación vamos a hacer un breve repaso a los diversos procedimientos de evaluación utilizados.

8.2.1. Cuestionarios de auto-informe

Han sido muy utilizados en la evaluación de las habilidades asertivas y heterosociales, principalmente, y de la ansiedad social. Básicamente, han sido contruidos con los siguientes propósitos:

- (a) Categorizar a los individuos como altos o bajos en un aspecto particular, con vistas a seleccionar a los potenciales sujetos experimentales.
- (b) Servir de medida dependiente en estudios de resultados de tratamientos.

Se han elaborado multitud de escalas de auto-informe, casi tantas como investigadores han abordado el estudio de las HHSS. A pesar de lo cual, no contamos aún con ninguna que cuente con suficiente fiabilidad y validez como para ser unánimemente aceptada, ya que tienen las mismas limitaciones que cualesquiera otras medidas de auto-informe, y además, carecen de un grupo normativo y tienen diversos fallos psicométricos.

No obstante, han contado con el apoyo de la mayor parte de los investigadores. Así, podemos señalar entre algunos de los más representativos a Trower (1982), quien afirma que "los auto-informes parecen ser uno de los mejores caminos para la obtención de los datos del individuo"; y a Kelly (1987): "Las escalas de auto-informe cubren un importante dominio a tener en cuenta durante la evaluación, a saber, la auto-descripción general que hace el sujeto de su competencia".

8.2.2. Medidas conductuales

8.2.2.1. Observación natural o en vivo

Ha sido poco usada en evaluación de las HHSS, ya que aunque sería la más deseable, también es la más difícil ya que la mayor parte de las situaciones problema de los sujetos ocurren en su medio natural de manera impredecible (situaciones asertivas, encuentros con desconocidos, etc.) haciendo imposible la observación conductual directa.

Habitualmente ha consistido en uno o más observadores registrando la frecuencia, duración y/o calidad de las conductas objetivo. El modelo más conocido ha sido el utilizado por Arkowitz y colaboradores (1975, 1977), con estudiantes bajos en citas, a los cuales les arreglaban encuentros con mujeres confabuladas con los investigadores, quienes después les daban información sobre sus parejas de cita.

La observación natural, a pesar de ser el método de evaluación ideal, no deja de tener problemas metodológicos, tales como los originados por la reactividad del observador y del sujeto que se sabe observado; además, si la habilidad a registrar es compleja, es muy difícil llevarla a cabo por un solo observador. Se trata pues, de un método útil para evaluar conductas simples, y frecuencia y duración de ciertos comportamientos sociales, pero no tanto para evaluar habilidades complejas y la *calidad* de los comportamientos.

8.2.2.2. Interacciones naturales o "como si".

En vista de las dificultades encontradas para llevar a cabo evaluaciones en vivo, los investigadores han tenido que recurrir a las situaciones de laboratorio. Las interacciones naturales son interacciones estructuradas efectuadas en el laboratorio, pero que pretenden ser similares a los encuentros en vivo.

La duración de las interacciones y su formato específico varían mucho de unos estudios a otros, por lo cual es difícil hacer una valoración precisa de estas técnicas. Un caso típico sería la situación en la que un sujeto con déficits conversacionales tiene que interactuar con un interlocutor confabulado "como si" se hubiesen encontrado en su medio natural.

Estas medidas tienen todas las ventajas (situación estándar, posibilidad de ser registrada por observadores o grabada en video, etc.) y todos los inconvenientes (situación rígida y artificial, reactividad de los sujetos y los confabulados, etc.) del laboratorio.

8.2.2.3. Tests de role-playing.

Se trata de una estrategia muy utilizada para la evaluación de las HHSS, siendo particularmente representativa de la asertividad. Se describe una escena interpersonal al sujeto o se le presenta en video; después, un interlocutor (que puede ser el mismo terapeuta) dice un *apunte*, y entonces, el sujeto ha de responderle como lo haría en la vida real.

Este procedimiento tiene las ventajas e inconvenientes propios del laboratorio, habiendo sido muy criticadas porque restringen mucho al sujeto, el cual:

- se ve obligado a dar una respuesta *rápida y breve*, sabiendo además que está siendo observado o grabado, con lo que ello implica de aumento de la ansiedad y, por lo tanto, de riesgo de dar respuestas anómalas y poco realistas.

- debe responder a una situación de la que posee poca información, mientras que el sujeto en su medio natural, generalmente, conoce más datos acerca de la situación y de su interlocutor (antecedentes de la situación, relaciones de largo plazo, personalidad del interlocutor, respuestas previas, etc.).

- va a intentar dar una respuesta *adecuada* o de *deseabilidad social*, lo cual, puede tener dos consecuencias opuestas: bien puede generar un estrés añadido resultándole más difícil responder, bien puede resultarle más fácil responder a una situación que no conlleva ningún riesgo real para él, a diferencia de lo que sucede habitualmente en la vida real.

Aunque a primera vista, la interacción natural y el role-playing parecen iguales, existen algunas diferencias entre ellos:

(1) El role-playing es más estructurado, requiriendo una rápida y breve respuesta del sujeto. Razón por la que ha sido el método más utilizado en estudios de aserción, al ser una premisa básica de la aserción el dar respuestas inmediatas a la situación, directas y breves.

(2) La interacción natural es más extensa y menos estructurada. Por lo que ha sido más utilizada para habilidades conversacionales y heterosociales, situaciones habitualmente de duración más extensa.

Por otro lado, en ambos métodos, el realismo de las interacciones depende mucho de las capacidades de actuación del confabulado, cuya conducta tiene un gran impacto sobre la respuesta del sujeto. Algunos estudios han encontrado poca correspondencia entre el comportamiento de un sujeto en role-playing y en interacción natural para una misma habilidad (Bellack, Hersen y Lamparski, citados por Bellack, 1979). En otro estudio, Bellack et al. (1978), encontraron que el comportamiento ante tests de role-playing no se corresponden con el comportamiento ante otros escenarios. También Gorecki et al. (1981), han apuntado en la misma dirección: " Esto (la falta de correlación entre el role-playing y las tasas de pareja y la escala DO) no supone que el comportamiento asertivo al role-playing será distinto necesariamente al comportamiento en vivo, aunque este procedimiento no parece dar una representación adecuada y consistente del comportamiento en la vida real".

Por su parte, Galassi y Galassi (1976), han encontrado que el orden de presentación de los estímulos del rol-playing, influye en el nivel de ansiedad de los sujetos, lo cual tiene las siguientes implicaciones:

- (1) Si los procedimientos de role-playing se usan para seleccionar a los sujetos que pasarán a realizar el EA, distintos procedimientos pueden incluir a distintos sujetos.
- (2) Estudios usando distintos procedimientos no son comparables.
- (3) Las variaciones en el rol-playing afectan a la ejecución de los sujetos.

En conclusión, estas limitaciones hacen difícil valorar la auténtica validez de estas técnicas de evaluación -a pesar de su extendido uso- y obligan a tomar con precaución los resultados de los estudios realizados con las mismas.

8.2.3. Auto-observación

Se trata de una estrategia intermedia entre el auto-informe y la observación conductual. El sujeto puede realizar un auto-registro de su comportamiento, sus cogniciones, su respuesta fisiológica, y las respuestas del medio. Este método permite acceder a aspectos de las HHSS que están fuera del alcance del experimentador, pero tiene el inconveniente de que los datos pueden estar distorsionados por la percepción subjetiva del sujeto y la reactividad de éste ante el proceso mismo de la auto-observación; además, algunos elementos moleculares son difíciles de auto-observar (expresividad facial, simpatía, etc.).

Se ha empleado mucho, antes, durante, y después de los entrenamientos. Antes y después como medio para evaluar los progresos realizados, y durante los entrenamientos, como parte de las tareas para casa. Pero donde su utilización ha sido verdaderamente sistemática es en los estudios de habilidades heterosexuales, pidiendo a los sujetos que lleven un registro de frecuencia de citas y de interacciones casuales, durante un período de evaluación de entre 5 a 10 días, y posteriormente durante el tratamiento y período de seguimiento. Arkowitz (1977), señala que "La frecuencia y duración de las interacciones heterosexuales del sujeto son más relevantes para la valoración del tratamiento de citas mínimas que las medidas de ansiedad y habilidad derivadas del laboratorio".

8.2.4. La entrevista conductual

La entrevista conductual es muy útil para analizar los cuatro problemas de evaluación: identificación de las disfunciones presentadas y de los contextos determinados donde se dan, hipótesis sobre las posibles causas de las mismas, y obtención de datos sobre los actuales déficits. Además, es el mejor método para obtener dos tipos de datos básicos sobre las habilidades sociales del sujeto:

(1) *La historia personal*: Que comprende tanto la retrospectiva como la actual historia de sus interacciones con los demás, en un amplio abanico de contextos determinados (amistades, citas, conflictos de cada día, etc). Permite identificar el estilo de comportamiento interpersonal y social, déficits específicos en asertividad, respuestas inadecuadas de ira, desconocimiento de las normas o hábitos sociales, etc. Nos da, además, valiosa información acerca de la valoración subjetiva que hace el sujeto de su conducta social y de cuáles son sus metas últimas, datos estos muy importantes para determinar la naturaleza de la disfunción y la planificación del tratamiento.

(2) *Observación directa de la conducta interpersonal*: El entrevistador puede observar directamente ciertas conductas interpersonales del sujeto (postura corporal, variables de la voz, mirada, etc). Evidentemente, esta observación tiene sus limitaciones al tratarse de una situación interpersonal muy específica, por lo que estos datos deben ser interpretados con cautela, pero aún así son de una gran utilidad.

La entrevista conductual también tiene sus limitaciones. Se trata de una técnica poco precisa, muy variada en sus formatos y modos de unos entrevistadores a otros y de unos sujetos a otros, y los datos obtenidos son difíciles de replicar y de cuantificar para su estudio empírico. Por estas razones, aunque ha sido muy empleada, no ha sido sistemáticamente incluida en los estudios. De todos modos, coincidimos con Galassi y Galassi (1979), en que "La entrevista es un método flexible que permite reunir información y controlar los progresos del tratamiento".

8.2.5. Hetero-evaluación

Los datos obtenidos mediante la evaluación aportada por personas allegadas al sujeto han sido empleados en algunos estudios. El problema es que, generalmente, se trata de personas reactivas al sujeto y, por lo tanto, con serias dificultades para aportar datos objetivos y precisos sobre ciertas conductas. De todos modos, pueden ser útiles para tener otro punto de vista sobre el comportamiento en el medio natural del sujeto y las reacciones que dicho comportamiento produce en algunas personas de su entorno.

Desde la perspectiva de la percepción social, los juicios de los otros, pertenecientes al medio natural del sujeto, tienen una indudable validez a la hora de conocer el impacto y deseabilidad de las conductas sociales emitidas por el sujeto en contrapartida a los juicios del terapeuta -que son los que se han venido usando hasta la fecha- desconocedor en muchas ocasiones de las reglas y normas sociales del medio social del sujeto en cuestión.

8.2.6. Mediciones fisiológicas

A pesar del acuerdo acerca de que la disfunción en conducta social puede mostrarse en cualquiera de los tres sistemas de respuesta - motor, cognitivo o fisiológico - pocos estudios han llevado a cabo algún tipo de registro fisiológico.

Mientras Bellack (1979), señalaba que "Su relevancia para las HHSS es incierta. Pocos estudios han examinado la respuesta autonómica y sus resultados presentan un panorama poco claro". Casi 10 años más tarde, Caballo (1987), apunta en la misma dirección, "Sólo hemos encontrado 18 estudios que utilizasen algún tipo de registro fisiológico (...) Hasta ahora el empleo de las variables anteriores (tasa cardíaca, presión sanguínea, flujo sanguíneo, respuestas electrodermales, respuesta electromiográfica y respiración) ha tenido muy poca utilidad en la evaluación de las HHSS, habiendo grandes diferencias individuales en las variadas características fisiológicas".

8.3. Nuevas direcciones en la evaluación de las habilidades sociales

Gran parte de la investigación en conducta interpersonal está fundada en la asunción de que categorías de habilidades molares (asertividad, habilidad heterosocial, etc.) se basan en conductas moleculares identificables (mirada, volumen de voz, etc.). Sin embargo, no existe evidencia clara de que, por ejemplo, el incremento en contacto ocular o en volumen de la voz, mejoren suficientemente la habilidad conversacional. Los supuestos actuales apuntan más en la dirección de Bellack y Morrison (1985): "El impacto social no está determinado por el

número de sonrisas o los segundos de conversación, sino por un conjunto complejo de respuestas que ocurren en conjunción con un patrón de conductas"

La situación presente es que, a pesar de todo el trabajo realizado, aún falta por determinar qué combinación de componentes moleculares es *crítica* para poder afirmar que determinada conducta es hábil, y cuáles son los *requerimientos mínimos* para que una respuesta sea efectiva. Se ha llegado a cuestionar, incluso, el énfasis puesto en la medición de los componentes moleculares: "La medición de varios componentes simples -verbales y no verbales- puede oscurecer cuestiones importantes como el timing, el secuenciado, y el contexto de las conductas" (Arkowitz, 1981).

Estas cuestiones han llevado a algunos investigadores a plantearse la necesidad de hacer una aproximación molar, renunciando a hacer mediciones de los componentes simples y buscando maneras de evaluar las categorías molares. Mediante escalas tipo Likert, se han realizado mediciones subjetivas del conjunto de las variables (ansiedad, asertividad, etc). El problema es que estas mediciones fallan en indicar qué es específicamente lo que el sujeto hace bien o mal, con lo que ello supone de problema a la hora de planificar la estrategia de entrenamiento. Si bien, por otro lado, son útiles para determinar la auto-evaluación del sujeto y el impacto que su conducta tiene en los demás (evaluación por jueces observadores). Así, Bellack y Morrison (1985), afirman que "Dado que el propósito de la evaluación y el entrenamiento se relaciona con cómo el sujeto afecta a los otros, las tasas de cualidad son vitales".

Partiendo de la presunción de que las habilidades sociales dependían casi enteramente de la respuesta motora del repertorio conductual del individuo, se ha pasado al actual énfasis en los aspectos perceptivos y cognitivos del comportamiento. Existen hallazgos que indican que no basta con que el sujeto posea una respuesta en su repertorio conductual, sino que además, debe conocer cómo, cuándo y dónde colocar sus conductas. Esto se ha denominado "percepción social" y ha sido apuntado por Hollin y Trower (1986), como "el candidato más factible para una evaluación más refinada". La percepción social incluye:

- (a) el conocimiento de las costumbres y normas sociales.
- (b) la atención a los aspectos relevantes de la interacción, como son las señales del contexto y de la conducta del interlocutor.
- (c) la capacidad para procesar o traducir dicha información.
- (d) la capacidad para predecir las consecuencias de la conducta.

Así, por ejemplo, si una joven desea salir con un chico debe: en primer lugar, conocer las costumbres sociales de su medio (en determinados medios no será bien acogido que sea ella quien tome la iniciativa) y en qué lugares es más habitual *conocerse* (bares, discotecas...); en segundo lugar, una vez en la situación debe ser capaz de atender a las señales que le envíen los chicos allí presentes; en tercer lugar, y con una tremenda importancia, necesita hacer una adecuada interpretación de las señales percibidas (un chico que la mira y sonrío, puede ser interpretado como que el chico está interesado en ella o como que se está riendo de ella); y por último, y dependiendo estrechamente de la interpretación anterior, deberá

decidir una respuesta a emitir, para lo cual tiene que ser capaz de predecir las posibles consecuencias que tendrán las diferentes respuestas posibles (puede decidir hacerse la desinteresada si cree que a los chicos les gustan las chicas difíciles).

Es preciso poseer las habilidades requeridas en cada uno de estos 4 pasos para un efectivo desenvolvimiento social. Los pasos 3 y 4 -interpretación de las señales sociales y decisión de la respuesta a emitir- parecen tener una especial relevancia en ciertas habilidades, tales como habilidades heterosociales y asertividad. Algunos estudios (Kuperminc y Heimberg, 1983; Lavome y Calhoun, 1984), han encontrado que el que una persona responda o no de modo asertivo, depende en gran parte de las consecuencias que anticipa para su conducta. Parece ser que los individuos no asertivos, tienden a hacer predicciones de consecuencias más negativas que los asertivos, lo cual les llevaría a inhibir *voluntariamente* la respuesta asertiva. Una predicción errónea de las consecuencias de una respuesta puede provenir de una errónea percepción o interpretación de las señales sociales, y también de sistema de creencias disfuncionales (perfeccionistas, excesivo temor al rechazo, etc.), que hacen que el sujeto tenga una percepción distorsionada de las reacciones de los demás.

Por último, un área que consideramos de importancia capital, y que sin embargo, ha sido dejada de lado en la mayoría de los estudios revisados, es la evaluación de las *metas últimas* de los individuos que acuden a entrenamiento. La meta última deseada por el sujeto, puede estar clara en algunos casos (por ejemplo, en el individuo que acude a entrenamiento porque quiere conseguir novia), mientras en otros casos puede estar menos definida (por ejemplo, el individuo que quiere sentirse más seguro en sus relaciones sociales).

El hecho de que la mayor parte de las investigaciones se realicen con grupos oscurece la relevancia de las metas últimas individuales. Esto puede estar teniendo un fuerte efecto en los resultados de las investigaciones. Si el individuo considera que lo trabajado en el grupo no responde a sus verdaderas necesidades, puede perder interés en transferir lo aprendido a su vida real y en generalizar dichos aprendizajes. También puede suceder que, su meta última (por ejemplo, hacer amigos) entre en contradicción con otra meta (por ejemplo, evitar toda posibilidad de ser rechazado). Por ello, creemos que las metas de los individuos deben ser tenidas muy en cuenta en el proceso de evaluación y en el plan de tratamiento.

En resumen, la evaluación de las HHSS tiene en la actualidad serios problemas, de entre los cuales, quizá los tres siguientes sean los más relevantes:

(1) La dificultad para conceptualizar las HHSS y la falta de acuerdo acerca de cuáles son los elementos básicos de las HHSS, ha llevado a los investigadores a un callejón sin salida, pues ¿Cómo pueden medir algo que no sabemos qué es?.

(2) Los problemas técnicos y metodológicos a la hora de evaluar los comportamientos involucrados en las HHSS, que suponen, lo que parecen insalvables obstáculos para lograr estrategias de evaluación válidas y fiables.

(3) Los problemas para valorar adecuadamente la influencia de los procesos perceptivos y cognitivos, y la ausencia de medidas válidas y fiables para su evaluación.

9. EL ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES

El EHS nace dentro de la Terapia de Conducta y evoluciona con ella desde unos planteamientos puramente conductuales hacia los cognitivo-conductuales actuales.

El EHS tradicional, basado en el Modelo de Déficits en Habilidades Conductuales (ver apartado 4.1) ha sido el predominante durante años, y aún recientemente, ha sido defendido por autores del prestigio de Curran (1977, 1979, 1982). Sin embargo, la mayoría de los trabajos en EHS de los últimos años, siguen modelos cognitivos-conductuales basándose principalmente en el Modelo de Fallos Cognitivo-evaluativos.

El tipo de entrenamiento que se lleve a cabo dependerá de la aproximación teórica que asuma el terapeuta, existiendo en la actualidad dos modelos de EHS, sobre los que después, cada terapeuta introduce las variaciones que considera oportunas:

1/ Entrenamiento de tipo Conductual: basado en el modelo teórico según el cual la incompetencia social se debe a déficits en habilidades conductuales.

2/ Entrenamiento de tipo Cognitivo-conductual: basado en los modelos que postulan que la incompetencia social es consecuencia no sólo de déficits motores, sino también de fallos cognitivos.

9.1. Entrenamiento de tipo Conductual.

9.1.1. Modelo teórico.

El EHS de tipo conductual está basado en el Modelo de Déficit de Habilidades Conductuales, el cual, asume que la incompetencia social es la consecuencia de carecer de ciertas habilidades en el repertorio conductual.

El paradigma de entrenamiento es la *adquisición de respuestas*, es decir, el objetivo es dotar al sujeto de aquellos elementos componentes y habilidades de las cuales carece o emplea de modo inapropiado en su repertorio conductual mediante el uso de una serie de estrategias basadas en la Psicología del Aprendizaje.

El entrenamiento se centra en las conductas motoras, verbales y no verbales, dejando al margen los componentes cognitivo y fisiológico, y asume que una vez el sujeto haya mejorado su conducta, la ansiedad que experimentaba ante ciertas situaciones se eliminará o reducirá.

Así pues, el EHS de tipo conductual es "un procedimiento desarrollado según un modelo de aprendizaje, compuesto de técnicas conductuales y orientado a la adquisición de conductas motoras, verbales y no verbales" (Gil, 1984).

9.1.2. Técnicas de entrenamiento.

A continuación vamos a hacer un breve resumen de los procedimientos conductuales comúnmente utilizados en este tipo de entrenamientos, siguiendo el orden en que generalmente son aplicados:

1/ Instrucción.

Consiste en dar a los sujetos información, general y específica, sobre el programa de entrenamiento, los componentes de las HHSS, y las técnicas y ejercicios empleados.

Antes de introducir un nuevo elemento o habilidad en el entrenamiento, es muy importante explicar a los sujetos en qué consiste exactamente tal componente, cómo debería ser usado para incrementar la competencia, y cuál es su valor dentro de las HHSS.

El terapeuta da *información específica* sobre los elementos componentes de la habilidad (Ejemplo: La habilidad conversacional requiere la combinación de elementos simples, tales como mantener un adecuado contacto ocular, escucha activa, uso de comentarios auto-reveladores y de refuerzo social,...). Después, *alecciona* al sujeto sobre el uso de aquellos elementos en que presenta déficits. El aleccionamiento consiste en dar información explícita, acerca de la diferencia que existe entre la conducta que manifiesta el sujeto y la conducta objetivo del entrenamiento. (Ejemplo: No has dicho ningún comentario reforzador, intenta decir a tu interlocutor algo como "eso es muy interesante", "me gusta tu manera de exponer el tema", ...).

2/ Ensayo de conducta (Behavioral Rehearsal).

El ensayo de conducta (EC), es el procedimiento base característico de cualquier EHS. Existe una absoluta unanimidad en la necesidad de su uso en todo EHS, bien sea solo o en combinación con otras estrategias. Consiste en el ensayo y práctica repetida de los comportamientos objetivo del entrenamiento. Puede tratarse de conductas simples o de breves escenas que simulan la vida real, y en las que el sujeto hace el papel del actor principal. El EC se diferencia de otras técnicas similares (psicodrama, role-playing) en que se centra exclusivamente en las conductas verbales y no verbales del sujeto, sin atender a los sentimientos o pensamientos.

Los pasos necesarios para llevar a cabo un EC son los siguientes:

- (1º) El terapeuta describe o modela el comportamiento que el sujeto debe realizar.
- (2º) El sujeto ensaya el comportamiento.
- (3º) El sujeto recibe refuerzo positivo proveniente de los otros miembros y del terapeuta.
- (4º) Si la ejecución no ha sido totalmente correcta se le señalan al sujeto específicamente aquellos déficits o excesos conductuales, y se le da la oportunidad de observar a un modelo. Después el sujeto realiza una repetición del comportamiento. Mientras realiza esta repetición se le puede ayudar por medio de *apuntes*.
- 5º) Si la ejecución es aceptable, se le da refuerzo positivo. Si no lo es, se repite el paso 4º.

El terapeuta debe observar cuidadosamente la respuesta del sujeto, poniendo especial atención en los componentes no verbales y paralingüísticos, y estar muy atento para registrar tanto los puntos fuertes (con la finalidad de poder aportar feedback positivo) como débiles (para seleccionarlos como conductas objetivo) de la actuación del sujeto.

3/ Apuntes.

Son un medio para dirigir aspectos específicos de la ejecución del sujeto. Mientras éste está realizando el ensayo de conducta, se le dan instrucciones directas, breves y precisas, de forma verbal o mediante señales no verbales.

Suele ser práctico establecer un sistema de signos con las manos, para indicar aspectos como: subir el volumen de la voz, mirar, erguirse, etc.

4/ Modelado.

A menos que el sujeto haya realizado correctamente la conducta objetivo, el terapeuta debe aportar un modelo que muestre una buena ejecución de dicha conducta. Esto permite al sujeto juzgar su propio nivel de competencia y aprender específicamente cómo mejorarla. No obstante, hay que dejarle bien claro que no existe una *única* conducta correcta, sino que cada individuo puede darle su forma personal.

Existen tres motivos fundamentales que hacen necesario llevar a cabo el modelado:

- (1) Cuando un sujeto tiene dificultades para comprender bien las instrucciones verbales.
- (2) Cuando se trabajan conductas complejas, pues permite al sujeto observar todos los elementos componentes simples dentro de un patrón completo.
- (3) Cuando se quiere enseñar el uso adecuado de los componentes no verbales y paralingüísticos.

A la hora de efectuar el modelado conviene tener en cuenta los aspectos siguientes:

- (a) Que el modelo se aproxime lo más posible a las características del sujeto: similar edad, sexo, y apariencia.
- (b) El modelo ha de mostrar una superior competencia social y ha de ser reforzado socialmente por exhibir la conducta.
- (c) Aportar previamente al sujeto instrucciones claras y específicas acerca de la conducta que va a observar (también se le pueden ir apuntando mientras el modelo las va representando).
- (d) Dar al sujeto la oportunidad de repetir la conducta objetivo inmediatamente después de haber sido ejecutada por el modelo.
- (e) Seguir la ejecución del sujeto de reforzamiento positivo por cualquier aproximación conseguida.

Aunque los resultados de los estudios comparando la efectividad de entrenamientos con y sin modelado son equívocos, la opinión generalizada viene a ser la expresada por McFall y Twentyman (1973): "La combinación de procedimientos más efectiva para el EHS es el

ensayo de conducta más la instrucción (...) No obstante, parece que el modelado debe añadirse al paquete de entrenamiento, ya que aunque no sea ni beneficioso ni perjudicial, asegura que todos los sujetos hayan pasado por la experiencia de modelado necesaria".

5/ Feedback.

A pesar de que su uso no ha sido sistemático en los programas de EHS, y de que su influencia relativa en la efectividad de los mismos no ha sido aún determinada, de una u otra manera parece formar parte de la mayoría de los entrenamientos.

Consiste en dar al sujeto una información específica acerca de los puntos fuertes y débiles de su comportamiento. Se debe dar tras cada EC, comenzando siempre por un feedback positivo, realizado en forma de elogio (Ejemplo: Ha estado realmente bien tu contacto ocular).

Cuando el entrenamiento se realiza en grupo, es aconsejable que sean otros miembros quienes, después de cada EC, den un feedback positivo al sujeto. Para asegurarnos de que se trate de un feedback positivo, puede ser útil *guiar* la información de los otros miembros, (Ejemplo: ¿Quién puede decir algo sobre el buen uso que ha hecho, Juan, de sus manos?)

Una vez aportado el feedback positivo, podemos pasar al feedback correctivo, haciendo que el sujeto ponga su atención sobre aquellos aspectos débiles de su ejecución (Ejemplo: Tu postura corporal ha sido buena, pero creo que deberías incrementar tu contacto ocular).

Lieberman et al. (1975), proponen un sistema de escalas para que los miembros emitan sus juicios:

- 1- la conducta deseable está ausente
- 2- necesita mucha mejora
- 3- aún puede mejorar
- 4- bien, se puede pulir
- 5- excelente

Es un sistema muy sencillo que consiste en mostrar los dedos de la mano según esta escala, y aporta un juicio de todo el grupo. Se puede pedir a algún miembro que explique su juicio.

6/ Reforzamiento.

Se trata de un componente motivacional que pretende moldear la conducta e incrementar la tasa de la misma. El medio más empleado es el reforzamiento social, consistente en la utilización de manifestaciones verbales y/o no verbales de aprobación, tales como alabanzas, sonrisas, y gestos.

Se diferencia del feedback positivo en que éste es más específico, dirigiéndose a un elemento concreto (Ejemplo: Muy bien la mirada), mientras que el reforzamiento es más general, dirigido al comportamiento general del individuo (Ejemplo: Lo estás haciendo muy bien).

Su aportación relativa a los efectos del entrenamiento, no ha sido aún claramente valorada, pero su utilización es habitual.

7/ Tareas para casa.

Al final de cada sesión, las conductas que han sido practicadas son encomendadas para que el sujeto las practique en su medio natural, y la siguiente sesión comenzará con un repaso a dichas tareas. Con ellas se pretende incrementar la transferencia y generalización de los aprendizajes realizados en el laboratorio.

Puntos a tener en cuenta a la hora de plantear las tareas:

(1º) Explicar bien la importancia que tiene su realización para la mejora del comportamiento.

(2º) Dar instrucciones detalladas de cómo han de ser llevadas cabo.

(3º) Al plantearlas hay que considerar que tengan altas probabilidades de ser realizadas con éxito y de obtener reforzamiento social del medio del sujeto.

(4º) Ser planteadas con un escalonamiento de dificultad.

(5º) Entregar al sujeto una hoja de registro.

En resumen, el EHS Conductual se apoya, habitualmente, en una combinación de técnicas de aprendizaje, cuya relativa contribución a la efectividad del entrenamiento aún no ha sido claramente determinada, con la excepción del acuerdo unánime en que todo EHS ha de basarse en la utilización del ensayo de conducta, solo o en combinación con otras estrategias.

9.2. Entrenamiento de tipo Cognitivo-conductual.

9.2.1. Modelo teórico.

El EHS tradicional se había apoyado en la presunción de que la competencia social dependía casi enteramente de que el sujeto poseyese en su repertorio conductual la habilidad requerida. Posteriores estudios indicaron que "La mera presencia de la habilidad en el repertorio del sujeto, no garantiza su efectiva ejecución" (Bellack, 1979), y junto a esto, el auge de lo cognitivo llevo a dirigir la atención al papel que juegan los factores perceptivos y cognitivos en la competencia social. Se produce un desarrollo del Modelo de Fallos en la Discriminación Perceptiva y Cognitiva, y del Modelo de Fallos Cognitivo-evaluativos (ver apartados 4.3 y 4.4).

El interés por la influencia de los factores cognitivos en el comportamiento social, se inicia a partir del ya clásico estudio de Schwartz y Gottman (1976), en el cual, encontraron que sujetos con baja asertividad no diferían de los de alta asertividad en cuanto al *conocimiento* de qué hacer o decir en una situación asertiva, sino que fallaban a la hora de la ejecución real debido a *temores* sobre lo que ocurriría si se comportaban asertivamente, manifestando una mayor preocupación por las posibles reacciones negativas de los demás, y a una tendencia a asumir que comportarse así les llevaría a ser rechazados por los demás.

Estas expectativas de consecuencias parecen estar relacionadas con las expectativas de auto-eficacia, es decir, con auto-predicciones acerca de la propia competencia para comportarse socialmente y afrontar con éxito una situación. Así, si una persona se auto-percibe como

incompetente social, es improbable que se arriesgue a manifestar una conducta que predice será torpe, y con la cual prevé obtener unas consecuencias negativas (que los demás se burlen de él, le rechacen, etc.).

De manera que, un individuo puede no manifestar una conducta social, no debido a un déficit conductual sino por propia decisión debido a unas expectativas de consecuencias negativas. Entonces, el tratamiento debería dirigirse a comprobar si tales predicciones son o no realistas, y ayudar al sujeto a modificar sus erróneas cogniciones.

Según se desprende de algunos estudios, en ciertos sujetos los déficits en HHSS serían el resultado de fallos en sus expectativas de auto-eficacia y de consecuencias, bien por sobreestimar los resultados negativos y desestimar los positivos (Clark y Arkowitz, 1975); bien por tener expectativas no realistas acerca de las negativas consecuencias que les pueden ocurrir (Fiedler y Beach, 1978); bien por aplicarse auto-estándares perfeccionistas (Alden y Safran, 1978). Otros sujetos presentan una serie de creencias erróneas acerca de sí mismos y del medio social (Ellis, 1979, 1980) y/o patrones de auto-verbalizaciones negativos o maladaptativos (Meichenbaum, 1975, 1987).

Así pues, podemos hacer una división entre:

- (a) Fallos cognitivos referidos a sí mismos: auto-evaluaciones negativas, auto-estándares de ejecución perfeccionistas, etc.
- (b) Fallos cognitivos referidos al medio social: creencias irracionales, expectativas poco realistas de consecuencias negativas, etc.

9.2.2. Estrategias cognitivas.

El entrenamiento de tipo cognitivo-conductual, emplea las mismas técnicas que el tipo conductual para mejorar las conductas motoras de los sujetos inhábiles, y además, añade alguna estrategia de cambio cognitivo para modificar los errores de pensamiento que, asume, acompañan a los déficits en habilidades sociales.

El modelo cognitivo apoya en las siguientes premisas:

- (a) La forma en que las personas evalúan e interpretan sus experiencias influye en sus comportamientos y sentimientos.
- (b) Los cambios cognitivos producirán cambios en los comportamientos y en los sentimientos.

Dadas estas premisas, se concluye que para cambiar el comportamiento social de un individuo será necesario intervenir tanto a nivel conductual como a nivel cognitivo. Si bien, hasta la fecha, lo habitual es que las técnicas cognitivas sean un *añadido* a las técnicas conductuales, pues aún no existen datos que contradigan la afirmación de Kelly (1987): "En cualquier caso, a menos que el cliente falto en habilidades adquiriera elementos efectivos para manejar la situación y logre además mayores éxitos en ella, es poco probable que la modificación cognitiva sea eficaz por sí misma".

Los investigadores han aplicado diversas estrategias cognitivas en sus EHS, siendo precisamente la variedad de métodos terapéuticos cognitivos una de las dificultades para establecer la validez de dichas estrategias.

Se han establecido tres grupos de terapias cognitivas:

(1) De Reestructuración Cognitiva, que incluiría:

- a) La Terapia Racional Emotiva de Ellis.
- b) El Entrenamiento en Auto-instrucciones de Meichenbaum.
- c) La Terapia Cognitiva de Beck.

(2) De Habilidades para Afrontar Situaciones Problema, entre las que se encuentran:

- a) La Inoculación de Estrés de Meichenbaum.
- b) El Modelado Encubierto de Kazdin.
- c) El Entrenamiento en Manejo de la Ansiedad de Suinn y Richardson.

(3) De Resolución de Problemas (Zurilla y Goldfried; Spivack y Shure).

Se han llevado a cabo investigaciones con todas estas técnicas. De la revisión de los estudios (Wolfe y Fodor, 1977; Linehan et al, 1979b; Carmody, 1978; Derry y Stone, 1979; Jacob y Cochran, 1982; Carrasco, 1983; Caballo, 1988), podemos extraer algunas conclusiones:

(1ª) Existen datos que apoyan la existencia de aspectos cognitivos diferenciales entre sujetos hábiles e inhábiles.

(2ª) Aún no existen unos resultados concluyentes que avalen significativamente la eficacia de los procedimientos cognitivos frente a los conductuales.

(3ª) Se necesitan más investigaciones para aclarar el papel real que juegan los procesos cognitivos en la conducta social, y cuáles de todos ellos (metas, percepción social, selección de respuestas alternativas, creencias irracionales, auto-verbalizaciones, etc.) son los más relevantes para ser incluidos en el EHS.

(4ª) Se ha puesto una gran esperanza en que un mayor conocimiento de los procesos cognitivos, y su inclusión en los programas de EHS, ayude a resolver algunos de los problemas habituales en los programas de EHS tradicionales, fundamentalmente, los referentes al mantenimiento y generalización de los efectos.

En resumen, en el momento actual, aunque existen investigaciones que indican que mejorar el componente cognitivo sería mejor que un tratamiento sólo conductual, la realidad es que las propuestas cognitivas carecen de suficiente apoyo empírico. No obstante, la orientación cognitiva supone una puerta abierta por la que seguir avanzando en el conocimiento de un área tan compleja como el EHS.

9.2.3. La Terapia Racional Emotiva (TRE).

A continuación exponemos un breve resumen de la técnica cognitiva que hemos empleado en la realización del programa de entrenamiento cognitivo-conductual llevado a cabo en la parte experimental del presente trabajo. Ellis sienta las bases de la Terapia Racional Emotiva (TRE) a finales de los años 50. Su teoría de la perturbación emocional pone el énfasis en el papel que juegan las cogniciones en los problemas de las personas. Asume que los seres humanos "buscan metas" (Ellis, 1988) y mantienen determinadas "creencias acerca de sí mismos, los demás, y el mundo", a través de las cuales realizan evaluaciones valorativas, inferencias, expectativas y conclusiones "de lo que está sucediendo en el mundo".

Algunas de estas creencias son "racionales", es decir, son cogniciones, ideas o filosofías que ayudan al individuo a conseguir sus metas. Mientras que otras ideas, cogniciones o filosofías sabotean o bloquean el logro de tales metas, siendo denominadas por Ellis, "irracionales". Las creencias irracionales están basadas en premisas ilógicas o poco razonables, y son expresadas en forma de demandas incondicionales y absolutistas. Mientras que las creencias racionales conducen a conductas de auto-ayuda, las irracionales llevarán a comportamientos autoderrotistas y socialmente desadaptativos (Ellis, 1988).

La meta última de la TRE es ayudar a las personas a llevar una vida más feliz y gratificante. Para ello plantea unas submetas, las cuales consisten en "ayudar a las personas a pensar de manera más racional (científica, clara y flexible), sentirse de un modo adecuado, y actuar más decididamente (de manera más eficiente y sin derrotismos)". (Bernard y Ellis, 1990).

La TRE considera las creencias, los sentimientos y las conductas como aspectos *interactivos*. De modo que si, por ejemplo, una persona mantiene la creencia "Cuando mantengo una conversación con alguien, *tengo que* evitar que se produzcan silencios y decir cosas inteligentes, si no mi interlocutor pensará que no soy una persona interesante y me rechazará", en una situación de conversación social, se sentirá ansiosa y manifestará una conducta social poco competente. Se reforzará su creencia y le llevará a comportarse de una manera auto-derrotista la próxima vez. Así vemos como, una creencia irracional provoca un sentimiento inadecuado y a una conducta incompetente.

Ellis establece su célebre esquema del ABC del pensamiento irracional y la perturbación emocional:

A: situación activadora

B: creencias racionales e irracionales, mediante las cuales el sujeto interpreta la situación

C: consecuencias emocionales y conductuales.

De acuerdo con esta teoría, las creencias (Bs) funcionan como mediadores entre las situaciones activadoras (As) y las consecuencias (Cs), siendo las Bs las que, habitualmente (aunque no siempre), causan y/o mantienen las Cs.

Las personas intentan conseguir sus metas en un medio determinado; se encuentran con una serie de As, las cuales, serán *evaluadas e interpretadas* a la luz de sus creencias.

Veamos un ejemplo descriptivo de este proceso, siguiendo el esquema propuesto por Ellis (1988). Supongamos un sujeto que observa que las personas con las que se encuentra están riéndose. A partir de esta observación, pueden suceder varias cosas:

(1) El sujeto puede hacer evaluaciones, inferencias y atribuciones preferenciales positivas, tales como:

- A) "Veo que se están riendo conmigo"
- B) "Veo que piensan que soy divertido"
- C) "Veo que les gusto"
- D) "Me gusta que se rían conmigo"
- E) "El gustarles tiene para mí ventajas que yo deseo"

(2) El sujeto puede hacer evaluaciones, inferencias y atribuciones preferenciales negativas, tales como:

- A) "Creo que se están riendo de mí"
- B) "Creo que piensan que soy un estúpido"
- C) "Creo que no les gusto"
- D) "Me desagrada que se rían de mí"
- E) "No gustarles tiene desventajas reales que aborrezco"

(3) El sujeto puede hacer evaluaciones, inferencias y atribuciones preferenciales positivas absolutistas (irracionales), tales como:

- A) "Soy una persona genial. Todos se divierten conmigo"
- B) "Gusto a todo el mundo"
- C) "Siempre seré genial y todos se divertirán conmigo"
- D) "Merezco que me aprecien y estar siempre con personas maravillosas"
- E) "Deseo gustar a todo el mundo"

(4) El sujeto puede hacer evaluaciones, inferencias y atribuciones negativas absolutistas (irracionales), tales como:

- A) "Todos se ríen de mí. Ya he vuelto a decir alguna tontería"
- B) "Todos piensan que soy un estúpido y se burlan de mí"
- C) "Nunca gustaré a nadie. Siempre seré desgraciado"
- D) "Es horrible que se ríen de mí. No puedo tolerarlo. Debería ser más ingenioso y simpático o acabaré perdiendo a todos mis amigos y quedándome solo y deprimido"
- E) "Necesito gustar a la gente, si no les gusto significa que no valgo para nada, que soy un fracaso"

La TRE mantiene que las personas, muchas veces, para evaluar e interpretar acontecimientos cotidianos usan pensamientos *tremendistas* ("No debería haberme sucedido esto. ¡No puedo soportar que él me rechace!") y *auto-derrotistas* ("¡No valgo para nada! Nunca haré nada

bien"). Y cuando rememoran experiencias pasadas y prevén experiencias futuras, se centran en pensamientos depresivos (recuerdan fracasos pasados) o atemorizantes (imaginan fracasos futuros).

En la TRE, apoyándose en la teoría del ABC, se enseña a los sujetos cómo las personas crean, en cierta medida, sus propios sentimientos, y cómo pueden cambiarlos si lo desean. El tratamiento se dirige, en primer lugar, a enseñar a los sujetos cómo sus conductas y emociones son, muchas veces, el resultado de creencias irracionales acerca de sí mismos, de los demás, y del mundo. Y cómo cambiando tales creencias por otras más racionales y adaptativas, cambiarán sus sentimientos y les resultará más fácil enfrentarse a aquellas situaciones que temen o evitan. Mediante un trabajo conjunto, sujeto y terapeuta intentan identificar las creencias irracionales que mantiene el sujeto, para posteriormente discutir las y cambiarlas por otras creencias más racionales y adaptativas. Para conseguir esto, hay que motivar al sujeto a desarrollar por sí mismo argumentos que contradigan sus creencias irracionales, y encontrar otras más realistas con que sustituirlas.

Estos dos últimos pasos, suponen la ampliación del ABC -parte educativa y evaluativa- con los pasos D y E -proceso terapéutico-, siendo:

D: Detectar y discutir las creencias irracionales que están detrás de los sentimientos inadecuados y comportamientos maladaptativos.

E: Efecto de la discusión racional, mediante la cual el sujeto cambia las creencias irracionales por otras más realistas y adaptativas.

Ellis defiende que uno de los mejores métodos para ayudar a las personas a reducir o eliminar sus perturbaciones emocionales, consiste en enseñarles en la sesiones terapéuticas a discutir (D) *activamente* sus creencias irracionales, y animarles a que lleven a cabo ese proceso lógico entre sesiones, hasta llegar a conseguir el efecto (E) deseado. Además, la TRE utiliza métodos conductuales, frecuentemente la desensibilización sistemática en vivo y tareas para casa, en muchos casos de tipo inaprosivo.

Ellis (1980), clasifica las 11 creencias irracionales más extendidas en la cultura anglosajona. De un análisis de ellas es posible hacer una reducción a tres categorías principales, que consideramos más sencillas y manejables para una aplicación a sujetos que acuden a EHS:

Deber/Tener que: Implican toda una serie de normas rígidas, a las que se supone, todos, incluido uno mismo, deberían adaptarse. Se basa en el supuesto de que cuando alguien no se comporta como debería (Ejemplo: El debería hacerme más caso), es lógico sentirse emocionalmente perturbado. Lleva implícita la idea de quien no se comporta como debería, está actuando mal y, por lo tanto, debería cambiar su comportamiento.

Tremendismo o catastrofismo: Implica que las cosas que no son como uno desea, suponen un perjuicio terrible o una experiencia insoportable (Ejemplo: Si él no me quiere, será horrible para mí. No soportaré perderle. Me deprimiré. Jamás volveré a enamorarme).

Auto-derrotismo: que puede tomar varias formas:

- (a) Inutilidad: "No valgo para nada. No hago nada como debería".
- (b) Sobregeneralización: "Siempre hago todo mal".
- (c) Dramatizar: "Es horrible no ser capaz de dirigirle la palabra a un desconocido".

Cuando Ellis se enfrenta al problema de la asertividad, que para él "significa principalmente que tú intentes conseguir aquello que quieres, y procurar evitar obtener aquello que no quieres" (Ellis, 1979), plantea que la razón por la cual mucha gente no actúa asertivamente es porque tienen creencias irracionales del tipo de:

- "Yo debo hacer todo lo necesario para conseguir que nadie me desaprobe o se enfade conmigo". Siendo la siguiente premisa lógica: "¡ Será horrible si no le gusto a esa persona. No podría soportar su rechazo!

- " Los demás deben tratarme con consideración y amabilidad, del modo preciso en que yo deseo que me traten ", siendo la siguiente premisa cuando no sucede así: "Es horrible que la gente sea tan injusta conmigo", o bien "No puedo tolerar que los demás no cumplan con sus obligaciones y responsabilidades"

- "Las condiciones de mi vida deben presentarme fácil y rápidamente lo que yo quiero, y prevenirme de que me suceda lo que no quiero, sin necesidad de esfuerzo alguno por mi parte". Donde la siguiente premisa sería: " Yo no puedo soportar la incomodidad que me

causa la ansiedad cuando tengo que enfrentarme a situaciones problema. De modo que haré todo lo necesario para no sentir tal incomodidad ".

Durante la terapia, una vez identificada la creencia irracional que subyace al comportamiento inadecuado, se la somete al método lógico-empírico para ponerla en tela de juicio y debatirla científicamente, empleando las cuestiones siguientes:

- 1- ¿ Existe algún soporte racional para esta creencia ?
- 2- ¿ Qué evidencias puedo aportar de su falsedad ?
- 3- ¿ Existe alguna evidencia de la certeza de esta idea ?
- 4- ¿ Qué es lo peor que puede ocurrirme si lo que quiero que ocurra no ocurre o sí ocurre lo que temo que suceda?
- 5- Por el contrario, ¿ Qué cosas buenas podrían ocurrirme si cambio esta idea por ?

Una vez que el sujeto llega a la conclusión de que la idea es irracional y poco adaptativa para su desarrollo personal, ha de sustituirla por otra creencia más realista y útil, y ponerla a prueba en la realidad. El resultado final de la TRE consiste en que el sujeto consiga un nuevo efecto cognitivo o filosofía, que le capacite para pensar de forma más razonable sobre él mismo, los demás y el mundo, de manera que al seguir sus nuevas creencias, llegue a tener nuevos efectos emotivos (Ee) y nuevos efectos conductuales (Ec).

Por lo que respecta a la TRE en el EHS con mujeres, hay que señalar que han estado estrechamente ligados desde sus comienzos. Por un lado, la TRE se ha preocupado de un modo particular de los problemas de las mujeres; y por otro, el entrenamiento asertivo han sido parte integrante de la TRE desde sus comienzos. Siendo Ellis mismo quien nos lo recuerda: "en el libro *The Intelligent Woman's Guide to Manhandling* (1979), yo (Ellis) escribí un capítulo que resultó una primicia; su título era *Cómo llegar a ser asertiva sin ser agresiva*" (Dryden y Ellis, 1989).

Es posible que esta relación temprana entre la TRE y el EHS sea la razón de que algunos planteamientos sean comunes a ambos. Así, cuando Wolfe (1990) apunta que "La TRE enseña a las mujeres a definir sus problemas, identificar las variables que están influyendo en sus actuaciones y sentimientos, y cambiar tanto su conducta como su medio ambiente de forma positiva", podría muy bien tratarse de una afirmación realizada por cualquier autor del EHS.

Además, la TRE al igual que el EHS pone mucha atención en la influencia de los estándares sociales estereotipados sobre la conducta de los individuos, promoviendo ambos en sus planteamientos terapéuticos la igualdad social entre los sexos. En esta línea, Wolfe (1990) ha indicado: "La terapia racional-emotiva combinada con un examen crítico de los mensajes de socialización del rol sexual femenino - caldo de cultivo - en el cual florecen las creencias irracionales, es contemplado como un enfoque especialmente efectivo para ayudar a esta población en terapia".

9.3. Mantenimiento y generalización.

El mantenimiento de los efectos del entrenamiento y la generalización de lo aprendido en las sesiones al medio natural del sujeto, son asignaturas pendientes del EHS. El mantenimiento hace referencia a la permanencia de las habilidades adquiridas durante el entrenamiento una vez finalizado éste. Y la generalización supone la transferencia de los aprendizajes realizados en las sesiones al medio natural donde el sujeto se desenvuelve; implica también la capacidad para afrontar situaciones distintas de las específicamente trabajadas en el entrenamiento.

Es obvio que el objetivo último del EHS es dotar al sujeto de habilidades que le permitan funcionar con mayor efectividad en su medio social real, y no en el medio de entrenamiento. De modo que, si el sujeto ha aprendido a ejecutar las habilidades adecuadamente durante el entrenamiento, pero no es capaz de ejecutarlas en su medio natural, no podrá decirse que el entrenamiento ha sido eficaz.

Hollin y Trower (1986), observaron que "mientras el EHS era efectivo en formar nuevos comportamientos en el medio de entrenamiento, hay problemas con la generalización de estos comportamientos recién adquiridos al medio natural". Mientras que Scott, Himadi y Keane (1983), en una revisión de estudios, encontraron porcentajes elevados -entre el 65 y el 89 %- de resultados positivos en las diferentes medidas de generalización empleadas en dichos estudios.

Para mejorar el mantenimiento y generalización, se ha propuesto plantearlos como objetivos específicos que formen parte del programa de entrenamiento. Así, Eisler y Fredeniksen (1980), plantean un listado de estrategias a tener en cuenta:

(1) Ha emplear en las situaciones del entrenamiento:

- Enseñar conductas efectivas que maximicen el éxito y minimicen las posibilidades de fracaso.
- Realizar entrenamientos realistas.
- Enseñar enfoques globales flexibles en vez de patrones de comportamiento rígidos.
- Realizar muchos ensayos para que los patrones de conducta adquiridos resulten habituales.

(2) Enfocados al ambiente real:

- Asignación de tareas para casa.
- Comprometer a personas relacionadas con el sujeto para que le presten apoyo.
- Desarrollar habilidades que permitan al sujeto dirigir y controlar su propia conducta.
- Realizar seguimientos amplios, de forma que se puedan vigilar los progresos del sujeto, y darle un entrenamiento adicional caso de necesitarlo.

9.4. Entrenamiento individual vs. grupal.

El EHS puede realizarse de forma individual o en grupo, si bien algunos autores aconsejan que los sujetos sean "tratados en grupo siempre que sea posible" (Flowers y Boore, 1987). En ambas situaciones, el formato básico del programa de entrenamiento es el mismo.

La mayor parte de las investigaciones y del trabajo clínico se ha realizado con grupos. Ello es debido a varias razones:

(1ª) La relación coste-beneficios, aconseja el grupo. La duración de las sesiones y el período de entrenamiento, resultan sólo un poco más largos que para un solo sujeto, resultando más económico en tiempo y esfuerzo de los terapeutas, y en dinero para los participantes, a cambio de similares beneficios.

(2ª) Puesto que el objetivo del tratamiento es un área de carácter interpersonal/social, el grupo es ya en sí mismo una situación social que, además, favorece la generalización al contar para los ensayos de conducta con interlocutores variados.

(3ª) Los diferentes problemas planteados por cada uno de los participantes ayuda a enriquecer el programa básico de entrenamiento, y da a cada sujeto la ocasión de compartir diversas experiencias y maneras de afrontar las situaciones, fomentando una mayor flexibilidad en los patrones de conducta.

A pesar de estas ventajas, el grupo no está exento de limitaciones, siendo aconsejable el entrenamiento individual con aquellos sujetos que:

- (a) responden más lenta o rápidamente al entrenamiento.
- (b) son muy intrusivos o pretenden monopolizar el entrenamiento.
- (c) presentan un grado de ansiedad social muy elevado.

Excepto en estos casos, el único requisito necesario para la aplicación del EHS en grupo es, que entre los futuros participantes exista cierta uniformidad. De modo que los participantes deberán presentar similares déficits y grado de dificultad, así como pertenecer a un mismo contexto socio-cultural.

En cuanto al tamaño del grupo, "varios investigadores han publicado intervenciones con éxito con grupos de entre 3 y 12 clientes" (Kelly, 1987). La regla es que el número de sujetos sea tal que permita la participación real de todos y cada uno de los componentes del grupo. La duración habitual de la sesión es de 90 a 120 minutos, y el número de sujetos idóneo se sitúa alrededor de 8.

Respecto a cuántas sesiones son precisas para realizar un EHS en grupo, es evidente que dependerá del tipo de déficits y del grado de dificultad que presentan los participantes. Para un entrenamiento estándar, generalmente, se llevan a cabo alrededor de 10 sesiones, con una periodicidad semanal.

10. APLICACIONES DEL EHS.

10.1. Aplicaciones clínicas

10.1.1. Pacientes psiquiátricos.

El EHS se ha aplicado a distintas manifestaciones psicóticas, siendo reconocido particularmente efectivo con esquizofrénicos. Estos pacientes muestran un claro deterioro en su funcionamiento social cotidiano, de manera que los déficits en HHSS son considerados básicos, tanto en el desarrollo como en el mantenimiento de dicha patología.

Los objetivos del entrenamiento suelen consistir en habilidades básicas, tales como los elementos verbales y no verbales de la habilidad conversacional; y habilidades más complejas, como el desarrollo de interacciones sociales con miembros de la comunidad, entrevistas de trabajo, etc.

10.1.2. Depresión.

En la actualidad, el EHS forma parte de los principales tratamientos de la depresión. Los resultados de varios estudios apoyan la efectividad del EHS, incluyendo el EA, para reducir la sintomatología depresiva y las tendencias suicidas. Estos pacientes carecen del control necesario sobre sus propias conductas para obtener reforzamiento social. Manifiestan conductas, generalmente aversivas para los demás, que incrementan su aislamiento social, menos refuerzos y más depresión.

10.1.3. Ansiedad social.

De entre los diversos problemas derivados de la ansiedad social, el EHS ha sido aplicado principalmente a dos tipos de poblaciones: sujetos no asertivos y sujetos (generalmente varones) con ansiedad heterosocial. Precisamente, los orígenes del EA fueron su aplicación al descondicionamiento de las respuestas de ansiedad social. A partir de Wolpe y Lazarus (1966), se asume que la respuesta asertiva es incompatible con la respuesta de ansiedad. Asunción que han apoyado posteriormente multitud de estudios, al menos, cuando se trata de niveles moderados de ansiedad. Sin embargo, en aquellos casos en que la ansiedad social es más extrema, puede ser necesario añadir otro tratamiento como relajación, desensibilización sistemática, etc, ya que un alto nivel de ansiedad parece obstaculizar la efectividad del EHS, según se desprende de ciertos estudios (Van Dam-Baggen y Kraaimaat, 1986).

En lo que se refiere a los sujetos que experimentan problemas de ansiedad heterosocial, según se desprende de algunos estudios (Arkowitz et al, 1975; Peterson et al, 1981; Myszka et al, 1986), ambos constructos -habilidad y ansiedad- se encuentran estrechamente relacionados, obteniéndose buenos efectos terapéuticos tanto de mejora en habilidad como de reducción de la ansiedad, mediante la aplicación del EHS.

10.1.4. Alcoholismo y Toxicomanías.

La ansiedad ante ciertas situaciones interpersonales, la falta de habilidades para desarrollar relaciones interpersonales estables, expresar sentimientos, y auto-afirmarse ante los demás, se han encontrado entre los factores que contribuyen al consumo de drogas.

El EHS se ha empleado, conjuntamente con otros tratamientos, con el objetivo de desarrollar habilidades de relación y auto-expresión, que permitan a estos individuos fomentar relaciones interpersonales nuevas fuera de sus círculos habituales, y mantener su oposición ante las tentativas de consumo por parte de otros adictos.

La mayoría de los estudios (Monti et al, 1986), se refieren al empleo con éxito del EHS con alcohólicos, siendo escasos los estudios con toxicómanos.

10.2. Aplicaciones psicosociales.

10.2.1. Relaciones maritales y familiares.

En cualquier relación interpersonal, y particularmente dentro de las relaciones cerradas o íntimas, los individuos intentan aumentar las recompensas y reducir al máximo los aspectos desagradables. Sin embargo, se observan muchos casos en que las estrategias utilizadas son la retirada de recompensas y/o el castigo. Una de las razones para que esto suceda es la falta de habilidades de comunicación, de auto-apertura, y de resolución de problemas.

Los objetivos del entrenamiento, en tales casos, consisten en mejorar las habilidades de comunicación, aserción, y negociación.

10.2.2. Conducta antisocial.

Es opinión generalizada el hecho de que la mayoría de los delincuentes han carecido de habilidades sociales adecuadas, lo cual les habría impedido establecer relaciones gratificantes con los demás. Además, muchos de ellos han crecido en ambientes en los que el aprendizaje social era deficitario o inadecuado.

Los objetivos del EHS aplicado a personas agresivas y antisociales se centra en la enseñanza de nuevas maneras de interacción con los demás, mediante habilidades de conversación, de relación heterosexual, de negociación, de auto-expresión, y de entrevistas de trabajo.

Los resultados de los estudios, indican beneficios terapéuticos, pero de corto alcance. Por lo que parece necesario combinar el EHS con otras estrategias.

10.2.3. Prevención.

Siguiendo con el punto anterior, sería aconsejable la utilización del EHS en programas preventivos con niños y jóvenes que muestran conducta agresiva y antisocial. El modo idóneo de actuación en poblaciones de riesgo consistiría en incluir programas de EHS como parte del curriculum escolar.

También dentro del marco escolar, el EHS dirigido a niños que presentan dificultades de relación social, aislamiento, etc, resultaría en una prevención de los diversos factores asociados, tales como el bajo rendimiento escolar, baja auto-estima, depresión, etc.

Existe un buen número de niños y adolescentes con problemas de aislamiento social, el cual puede ser origen o desencadenante de diversos desórdenes psicológicos -depresión, síntomas psicósomáticos, etc.- actuales y futuros. El EHS es particularmente recomendable en tales casos, siendo el propio medio escolar el idóneo para su aplicación, mediante programas de aprendizaje estructurado que formasen parte del currículum académico.

10.2.4. Grupos sociales especiales.

Nos referimos a grupos social, cultural o económicamente marginados, como pueden ser inmigrantes, sectores sociales segregados (por ejemplo, gitanos), la tercera edad, disminuidos físicos; y un grupo numerosísimo y aparentemente no relacionado con los anteriores, pero que tiene un papel social relegado y una problemática específica como grupo social: las mujeres.

El rápido cambio en el papel social experimentado por las mujeres, les está afectando de modo particularmente intenso, siendo, muchas veces, la causa de diversos trastornos como ansiedad generalizada, depresión, quejas psicósomáticas, etc. Se encuentran sometidas a presiones sociales provenientes de sus nuevos papeles -profesional, líder, separada, madre trabajadora, etc.- para las que no fueron educadas, y que en su proceso de adaptación les producen grandes dosis de tensión e inseguridad.

Múltiples investigaciones apoyan la utilidad del EHS como estrategia de elección para varios de los problemas que presentan actualmente las mujeres.

10.3. Aplicaciones laborales.

10.3.1. Entrevistas de selección.

La preparación de entrevistas de trabajo mediante el EHS, se ha llevado a cabo con poblaciones específicas que tienen dificultades especiales para buscar un empleo, como pacientes psiquiátricos, delincuentes, retrasados mentales, y personas muy ansiosas o con deficiente repertorio de habilidades.

10.2. Formación de profesionales.

Se trata de la aplicación del EHS a profesionales que basan su actividad en relaciones interpersonales cara a cara, tales como médicos, enfermeras, educadores, vendedores, etc.

11. CRITICAS AL EHS

El EHS ha influido en el trabajo de los terapeutas en una extensa variedad de campos. Dos han sido los factores que, probablemente, más han influido en su gran desarrollo. Por un lado, se trata de una técnica terapéutica relativamente sencilla comparada con otras terapias psicológicas. La teoría en que se apoya es clara, y las estrategias que utiliza son muy específicas. Por otro lado, su naturaleza didáctica le da un mayor atractivo cara a los clientes, que pueden acudir a buscar ayuda sin sentir que están en una terapia psicológica.

A pesar de esta sencillez y extenso uso del EHS, en la actualidad, nos encontramos con varios puntos importantes aún sin resolver, como son:

(1) La aplicación indiscriminada del término "EHS", que ha llevado a una falta de definición. Curran (1979a), señala "A menos que alcancemos un consenso acerca del constructo que estamos denominando, construiremos una Torre de Babel". La ausencia de una definición ampliamente aceptada, puede ser el mayor problema, ya que dificulta enormemente tanto la práctica como la valoración del EHS.

(2) La aplicación indiscriminada de la técnica del EHS, tomada a veces, como una especie de "panacea universal", y acogiendo bajo su etiqueta un eclecticismo excesivo, ha supuesto un obstáculo a la hora del análisis riguroso de los niveles de efectividad, mantenimiento y generalización.

(3) Problemas metodológicos y psicométricos de las técnicas de evaluación; así como la posibilidad de que "no midan cuestiones correctas, tales como metas, percepciones, inferencias y evaluaciones" (Trower, 1982).

(4) El énfasis puesto en los elementos conductuales, en detrimento de los componentes cognitivo y fisiológico.

Evidentemente, estos problemas pueden llevar al descrédito del EHS. Para evitarlo sería necesario resolver, principalmente, los problemas de definición, de evaluación y de generalización.

Por otro lado, es obvio que el EHS no es ninguna "panacea" y su uso tiene limitaciones:

(a) Un límite viene impuesto por el grado de disfuncionalidad del cliente. Por un lado, el terapeuta debería ser capaz de hacer una adecuada evaluación y proponer unas metas realistas sobre lo que cada cliente puede alcanzar. Y por otro, a la hora de la selección de los participantes, tener en cuenta aquellos "que pueden ser considerados inapropiados para un EHS, como por ejemplo, sujetos con problemas emocionales de larga duración y que buscan soluciones mágicas, con severos desórdenes psicológicos o psicosomáticos, los agresivos no cooperativos, paranoicos, etc." (Hollin y Trower, 1986).

(b) Otro límite proviene del grado de perturbación que sufre el cliente y las personas cercanas a él (familia, pareja, etc.), que puede hacer necesaria la realización de evaluaciones más extensas no limitadas al propio sujeto (Bagarozzi, 1985) o tratamientos más tradicionales para reducir aquellos problemas asociados que interfirieran con el EHS.

(c) Otro límite, muy olvidado en la literatura revisada, consiste en las reacciones que pueda provocar el cliente en las personas de su medio social, tras un tratamiento exitoso. Es posible, que en ciertos casos -mujeres, esposas, etc.- las consecuencias que el cliente obtenga tras el tratamiento sean más perjudiciales que las anteriores. Meehan y Goldkpf (1979) encontraron "mujeres que tras un entrenamiento asertivo informaron haber reducido deliberadamente su comportamiento asertivo como resultado de que sus maridos y jefes castigaban sus conductas asertivas"; y Solomon y Rothblum (1985), han llegado a plantear un "parón" en la promoción del entrenamiento asertivo en ciertas situaciones interpersonales, tales como las maritales, hasta que no se posea un conocimiento empírico más sólido. A la vista de estos

hallazgos, puede ser necesario, hacer un análisis del medio social donde va a desarrollar el sujeto sus nuevas habilidades, así como prevenir a los clientes sobre los posibles riesgos de los cambios conductuales.

Por otra parte, al margen de estas consideraciones de carácter terapéutico, nos parece importante poner la atención sobre un aspecto diferente, y es el hecho, ya señalado por ciertos autores (Bagarozzi, 1985; MacDonald, 1982), de que el EHS no sería sólo una aproximación terapéutica, sino un movimiento sociopolítico.

Esta naturaleza política se observaría en los términos que utiliza, como "entrenamiento", "método educacional", "defensa de legítimos derechos", "búsqueda de la igualdad", etc. en lugar de términos psicológicos tradicionales. Particularmente en el campo de la mujer, es obvia la relación -temporal y de tipo de demandas- entre el auge del EHS y los Movimientos de Liberación de la Mujer.

Mientras en el campo de la mujer, la naturaleza sociopolítica de liberación e igualitarismo estaría bien vista, existirían poblaciones (minorías étnicas, emigrantes, etc.) sobre las que cabría preguntarse hasta qué punto es lícito el intento de imponerles los valores y comportamientos estándar de la clase media bajo la apariencia de un método terapéutico. Visto desde esta perspectiva, la utilización del EHS con ciertas poblaciones, podría considerarse como un método de control social.

Esta crítica no carece de fundamento, ya que los comportamientos objetivo de los entrenamientos, han sido habitualmente determinados desde la subjetividad de los propios

terapeutas, en su mayoría pertenecientes a un grupo social muy determinado, sin un conocimiento de las costumbres y normas de los medios sociales concretos de muchos de sus clientes.

En resumen, no es de extrañar que como consecuencia de todos estos problemas y limitaciones, algunos autores se hayan planteado "... la necesidad de ir más allá del modelo original en orden a mejorar su efectividad" (Shepherd y Spence, 1983); e incluso "... la necesidad de un cambio radical tanto en la teoría como en la práctica" (Hollin y Trower, 1986).

12. CONCLUSIONES

Tras la revisión de la literatura, podemos extraer algunas conclusiones acerca del estado actual del EHS:

- (1) Hay una ausencia de consenso mayoritario respecto de algunos parámetros básicos como la definición, el modelo teórico, las metas del entrenamiento, y la importancia de los procesos cognitivos.
- (2) El EHS no es una "panacea". Los resultados en cuanto a su efectividad son equívocos. El excesivo eclecticismo aplicado en los paquetes de tratamiento hace difícil su valoración.
- (3) La evaluación de las HHSS tiene dificultades en dos puntos fundamentales. Por una parte, problemas técnicos para evaluar los comportamientos y las variables cognitivas. Por otra parte, falta de validez y fiabilidad de los instrumentos de medida.

(4) Existen serios problemas a la hora de valorar el mantenimiento y la generalización de los resultados del entrenamiento.

(5) Ausencia de una metodología de investigación específica y fiable para un fenómeno tan complejo como es el comportamiento social.

(6) En cuanto a los procedimientos de entrenamiento, aún se sabe poco acerca de la contribución relativa de cada estrategia al resultado final. Lo único que parece seguro es que la Instrucción y el Ensayo de Conducta resultan efectivos y muestran efectos independientes añadidos.

(7) Se ha puesto mucha atención en los adolescentes y jóvenes pertenecientes al ámbito académico, olvidando otras poblaciones, quizá más necesitadas (adultos, tercera edad,...).

(8) Aunque parecería lógico tener un buen conocimiento de las costumbres y normas sociales de las poblaciones objetivo como paso previo al trabajo en habilidades sociales, la realidad es que los entrenamientos se han basado en criterios subjetivos de los propios terapeutas e investigadores.

No obstante, y a pesar de todos estos problemas, "... los estudios de investigación testifican que el EHS produce un significativo efecto en el cambio del comportamiento de los sujetos. Y ha sido este éxito de la técnica lo que ha contribuido a su extenso uso y popularización" (Hollin y Trower, 1986).

Segunda parte

LAS MUJERES ANTE EL ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES

1. HABILIDADES SOCIALES Y AJUSTE PSICOLOGICO Y SOCIAL.

Tanto las teorías tradicionales de la personalidad (Sullivan, Adler, Fromm, etc.) como las teorías conductuales, admiten la existencia de fuertes relaciones entre el funcionamiento interpersonal de los individuos y el ajuste psicológico y social. No obstante, a pesar de este acuerdo, los enfoques terapéuticos de dichos campos teóricos difieren enormemente. Las teorías tradicionales tienden a concebir las disfunciones sociales como consecuencia de desajustes psicológicos tempranos. Mientras que los terapeutas conductuales conciben, más bien, el buen funcionamiento social como un prerequisite para el ajuste.

Wolpe y Lazarus (1966), fueron los pioneros en apuntar la importancia de la carencia asertiva en las neurosis. Posteriormente, numerosos autores han sugerido la existencia de estrechas relaciones entre pobre funcionamiento social y psicopatología, como podemos ver en el siguiente repaso bibliográfico:

Argyle (1967): "Muchos estudios muestran que la aceptación social y unas buenas relaciones interpersonales llevan a la felicidad y salud mental".

Argyle, Trower y Bryant (1974), manifiestan que: "Se ha sugerido que los trastornos mentales son principalmente trastornos de la comunicación y de las relaciones interpersonales".

Gay, Hollandsworth y Galassi (1975): "La falta de competencia y habilidad para comunicarse abierta, directa, honesta y apropiadamente con otros, puede ser el origen de serios problemas en el trabajo, la escuela o el hogar".

Liberman et al. (1975): "Cuando no somos capaces de transmitir nuestros sentimientos a otros o de satisfacer nuestras necesidades, nuestra calidad de vida disminuye, nuestras relaciones personales son insatisfactorias y el precio que pagamos es alto: displacer, depresión, soledad, ansiedad y problemas psicosomáticos".

Jakubowski (1977a): "Un aspecto importante de la salud mental incluye la creencia de los individuos de que su conducta puede tener una influencia efectiva sobre los demás.

Phillips (1978), considera que la psicopatología proviene de la incapacidad de los individuos para resolver problemas o conflictos y alcanzar objetivos. La carencia de las habilidades sociales necesarias tendría como resultado, la manifestación de estados emocionales negativos (depresión, ansiedad, etc.) y cogniciones desadaptativas, en lugar de soluciones efectivas a los problemas sociales.

Arkowitz (1981): "Un problema clínico habitual proviene de clientes que se quejan de que sus vidas son insatisfactorias y en los que vemos que sus conductas sociales no son efectivas.(...) Es posible que la carencia de habilidades sociales sea un factor predisponente en el desarrollo de psicopatologías.(...) Sin adecuadas habilidades sociales las situaciones estresantes de la vida pueden precipitar serios problemas psicológicos".

Michelson et al. (1987): "Cuando las habilidades sociales son apropiadas o positivas, el resultado es una mayor satisfacción personal e interpersonal, tanto a corto como a largo plazo".

Linehan (1984): "La inadecuación social, incluyendo - aislamiento social, pobres relaciones interpersonales, déficits en solución de problemas sociales, e insensibilidad social - ha sido informada, tanto en el diagnóstico como en el pronóstico de neuróticos y psicóticos".

Así pues, según opinión de prestigiosos autores, un requisito para sentirse psicológicamente bien, consiste en poseer unas adecuadas habilidades sociales que permitan alcanzar diversas metas de carácter social, tales como tener amigos, relaciones con el otro sexo, defender los propios derechos ante los demás, encontrar un empleo, etc. Las posibilidades de mantener unas interacciones sociales/interpersonales suficientemente efectivas y satisfactorias, va a depender de las habilidades sociales que los individuos sean capaces de manifestar.

En la medida en que su repertorio de habilidades sociales permita a una persona obtener suficiente refuerzo -interno y externo- será más probable que se evalúe en términos positivos, incluyendo aquí conceptos tales como autoestima, confianza en sí mismo, etc, y mantenga un buen nivel de bienestar psicológico. A medida que un individuo practica sus conductas sociales y obtiene refuerzo del medio, se incrementará la probabilidad de que el individuo vaya progresivamente mejorando sus habilidades sociales, lo cual, a su vez, permitirá incrementar sus niveles de refuerzo social y de auto-valoración positiva, siendo cada vez más capaz de alcanzar sus objetivos, y consiguiendo con ello niveles más altos de bienestar emocional.

Por el contrario, un individuo que no manifiesta unas habilidades adecuadas, no recibirá suficiente refuerzo social, tendrá dificultades para alcanzar sus objetivos, y desarrollará diversas perturbaciones emocionales -ansiedad, depresión, etc.- y comportamentales -mal funcionamiento social, evitación de situaciones, etc. Como consecuencia de esto, desarrollará auto-valoraciones negativas, que le llevarán a auto-etiquetarse como torpe, poco interesante, poco atractivo, inseguro, etc.

Los déficits en HHSS pueden ir desde el deterioro social generalizado de los pacientes psiquiátricos, hasta dificultades específicas de personas con un funcionamiento social y psicológico normal. También, se ha observado la existencia de relaciones entre déficits en HHSS y conductas disfuncionales tales como alcoholismo, adicción a drogas, mal funcionamiento marital y problemas sexuales, agresividad, etc.

Por lo que respecta al EHS, lo importante no es tanto si los déficits en HHSS son la causa de estos desajustes, sino que "Si la incompetencia social predispone, mantiene o aumenta el trastorno psicológico de un individuo, es bastante obvio entonces que se convierte en un objetivo básico del tratamiento. Si la incompetencia social no está relacionada con la psicopatología, todavía puede seguir siendo una conducta objetivo que merezca tratamiento porque es molesta para el individuo" (Curran et al, 1985).

Por otro lado, en lo que concierne a la población objetivo del presente trabajo -las mujeres- Linehan (1984), ha apuntado que "Los trastornos psicológicos entre mujeres pueden ser objetivamente peores que entre hombres. Las mujeres son mayoría en acudir a los servicios de salud mental". Aunque estos hechos pueden ser debidos a diversas causas, y

carecemos de estudios concluyentes al respecto, una hipótesis de trabajo sugiere que las mujeres parecen verse sometidas a un mayor número de problemas y conflictos interpersonales que no son capaces de solucionar, produciéndoles altos niveles sumativos de estrés (recordar las opiniones de Phillips y Arkowitz expuestas más arriba).

En esta línea, se ha afirmado que los individuos necesitan sentir, que no son víctimas indefensas y que con su conducta pueden influir a otros de un modo constructivo para ellos mismos, como requisito para mantener su salud mental (Jakubowski, 1977a), pero según han demostrado multitud de estudios de psicología social, las mujeres ejercen menor influencia social que los hombres, sus opiniones y necesidades son menos tenidas en cuenta y son más ignoradas. De modo que, las mujeres estarían en peores condiciones que los hombres para mantener su salud mental, siendo probable que un gran número de ellas tengan sentimientos de indefensión, dificultades para alcanzar sus objetivos personales y para resolver problemas interpersonales.

Las dificultades para actuar de forma socialmente efectiva pueden llevarles a una baja autoestima y sentimientos de inseguridad e insatisfacción, que a su vez, pueden ser el origen de ciertos trastornos psicológicos comunes en esta población: de ansiedad, psicósomáticos, depresión, alcoholismo, etc. Estas mujeres pueden beneficiarse de un EHS, enfocado como método para enseñarles medios eficaces de lograr determinados objetivos como pueden ser: incrementar su nivel de influencia sobre otros, defender los propios derechos, promover conductas de auto-iniciación (opuestas a la espera pasiva o a los medios indirectos generalmente atribuibles al sexo femenino), aumentar los sentimientos de propia valía y confianza en sí misma, etc.

2. DIFERENCIAS SEXUALES EN HABILIDADES SOCIALES

Dada la relación entre dificultades sociales/interpersonales, déficits en habilidades sociales, y perturbaciones emocionales, así como los hallazgos que indican que las mujeres tienen más frecuentemente que los hombres problemas de ajuste psicológico y social, consideramos interesante examinar a continuación si realmente existen diferencias sexuales en HHSS.

2.1. Diferencias en los roles sociales

Uno de los escasos puntos en que hay acuerdo unánime entre los investigadores es, que las habilidades sociales son situacionalmente específicas. Es decir, que una persona puede manifestarse hábil ante ciertos interlocutores, y no hábil ante otros. Y no cabe duda de que una variable fundamental a tener en cuenta es el sexo de los actores. Es incluso muy probable, que el sexo sea la primera señal social percibida por cualquier persona ante una relación interpersonal. Posteriormente, serán percibidos otros atributos, también significativos, como la edad, estatus, etc.

Todas las sociedades están regidas por normas sociales que dictan qué conductas se consideran apropiadas según las diferentes situaciones. Una parte importante de dichas normas, están dirigidas a las conductas que se consideran apropiadas y aceptables para cada sexo. La sociedad asigna una línea de conducta a cada sexo. Esto es lo que denominamos los estereotipos del papel sexual de una sociedad o cultura determinadas.

Desde el nacimiento, cada persona, según su sexo biológico, va a ser socializada y educada en el cumplimiento de su papel sexual. Esto va a permitir que cada individuo, en cada sociedad, según sea hombre o mujer, tenga unas expectativas bastante definidas, para la conducta social de cada sexo.

Ubicándonos en nuestro modelo de sociedad (occidental-urbano), observamos cómo los estereotipos sexuales tradicionales han asociado la asertividad, la agresividad, la expresión de opiniones personales, la toma de decisiones, el liderazgo, la independencia, los patrones instrumentales, la no expresividad emocional, y la no excitabilidad ante pequeñas crisis, con la masculinidad. Mientras que el papel femenino subraya las características de sumisión, dependencia, emocionalidad, apoyo y atención a las necesidades de los otros (Kelly, 1987; MacDonald, 1982; Solomon y Rothbum, 1985).

En un amplio estudio acerca de las diferencias sexuales en conducta social, Eagly (1987), apunta que dichas diferencias pueden dividirse en dos dimensiones:

(a) "*Communal*": cuyas características se orientan hacia el bienestar de los demás, siendo las mujeres quienes lo manifiestan más que los hombres. Los atributos de esta dimensión son las cualidades de cuidados y nutrición (afectivas, capaces de darse completamente a los demás, amabilidad, simpatía, amor y atención a los niños).

(b) "*Agentic*": que alude a las tendencias asertivas y de control, considerándose que los hombres lo manifiestan más que las mujeres. Los atributos son los típicos de la autoafirmación (dominancia, asertividad, agresividad, ambición, liderazgo) y de la independencia (autosuficiente, individualista).

De acuerdo con el rol social tradicional, "las mujeres no deberían ser independientes, competitivas, agresivas, asertivas, orientadas a las tareas, objetivas, racionales y confiables. Ellas deberían ser dependientes, pasivas, frágiles, orientadas a los otros, sensibles, empáticas, amables, emocionales y amorosas" (Linehan y Egan, 1979). Es decir, el rol de mujer sería incompatible con el de una persona capaz de actuar en su propio interés, orientar su conducta hacia el logro de objetivos personales, defender sus derechos, y expresar sus opiniones, preferencias, etc.

Si aceptamos el hecho de que el rol sexual gobierna un amplio rango del funcionamiento social, podemos comprobar que el rol tradicionalmente asignado a las mujeres es, cuando menos, *poco funcional* para desenvolverse en la sociedad actual. Seguimos así a MacDonald (1982), para quien "la realidad social indica que el estereotipo femenino tradicional no es el mejor para la mujer, sino más bien, parece ser que el papel tradicional masculino sería el más funcional para ambos sexos". Según se desprende de una revisión de la literatura llevada a cabo por esta misma autora, a las mujeres se les permiten menos derechos que a los hombres, y se ven además, enfrentadas a más situaciones en las que otros infringen sus derechos.

El tipo de socialización hacia la pasividad, sumisión, dependencia y amabilidad, es un gran problema para las mujeres cuando intentan defender sus derechos, rechazar peticiones o dar un feedback positivo o negativo a los demás, en un marco social donde la mujer está alcanzando cada vez mayor protagonismo personal y profesional (Solomon y Rothblum, 1985).

A pesar de que el rol de la mujer está cambiando muy rápidamente en nuestra sociedad, ellas se encuentran con que sus experiencias tempranas de socialización y las posteriores expectativas relacionadas con su papel sexual, les han limitado sus oportunidades de aprender y desarrollar ciertas habilidades sociales necesarias para funcionar eficazmente en el actual medio social. Las mujeres de hoy se enfrentan a situaciones como:

- Nuevas áreas laborales que requieren un comportamiento similar al del papel masculino.
- Nuevas formas de relacionarse con el otro sexo que requieren mayor iniciativa propia y capacidad para poner límites.
- Mayor número de situaciones en las que tienen que defender sus propios intereses y derechos personales.

Así pues, la mujer actual ha de desenvolverse en un medio social que va a requerir una progresiva ruptura con su papel tradicional mediante la adquisición de conductas habitualmente asociadas al papel masculino.

2.2. Diferencias en asertividad

Para analizar estas diferencias vamos a hacer cuatro apartados:

- (1) Diferencias en la naturaleza y/o en el número de situaciones de infrincimiento de derechos a los cuales tienen que enfrentarse los hombres y las mujeres.

(2) Diferencias en la forma de responder a situaciones de infrincimiento de los propios derechos.

(3) Diferencias en el modo en el que los otros perciben y responden al sujeto asertivo, hombre o mujer.

(4) Diferencias en aserción positiva.

(1) Diferencias en la naturaleza y/o en el número de situaciones de infrincimiento de derechos a los cuales tienen que enfrentarse los hombres y las mujeres.

Aunque hombres y mujeres tienen los mismos derechos, la realidad social deja ver que a las mujeres se les permiten menos derechos y tienen que enfrentarse a más situaciones en las que se ven obligadas a defenderlos. Solomon y Rothblum (1985), apuntan que hombres y mujeres experimentan problemas ante situaciones diferentes:

(a) Las mujeres tienen más dificultades en defenderse de los hombres en sus trabajos; más dificultades para enfrentarse a las figuras de autoridad; y para manejar las conductas agresivas.

(b) Las mujeres informan tener más problemas en sus relaciones con madres y hermanos.

(c) En sus relaciones con los hombres, las mujeres informan dificultades en establecer relaciones de igualdad, iniciar contactos, iniciar la actividad sexual, poner límites a las conductas sexuales de sus parejas, y expresar su disgusto o enfado.

O'Grady (1989), coincide en señalar que la interacción social opera de forma distinta para hombres y mujeres en determinados contextos sociales. Y Bleechman (1984), es más explícita al apuntar que en competencia social, las diferencias sexuales favorecen a los hombres.

(2) Diferencias en la forma de responder a situaciones de infringimiento de los propios derechos.

MacDonald (1982), tras una revisión y repetición de estudios, concluye que los datos fracasan en apoyar la hipótesis de que hay diferencias sexuales en los niveles de asertividad analizados. Sin embargo, otros autores sí han encontrado diferencias:

Gambrill y Richey (1975): "Los hombres informan menor probabilidad de resistirse a un inicio sexual, rechazar una petición de cita o preguntar si han ofendido a alguien; mientras que las mujeres informan menor probabilidad en discutir una crítica de trabajo y pedir una cita. Además, más hombres que mujeres admitirían debilidades personales, como dar explicaciones defensivas o admitir confusión; mientras que más hombres harían peticiones (de un favor, una cita, trabajo..)".

Solomon y Rothblum (1985): "Las mujeres tienen mayores dificultades que los hombres en: expresar sentimientos negativos, hacer peticiones, y poner límites a los demás".

Chiauzzi y Heimberg (1983): "Las peticiones de moderada exigencia parecen particularmente difíciles de rehusar para las mujeres".

Butler (1981): "Las mujeres se ven menos asertivas que los hombres en expresión de sentimientos negativos, poner límites a las demandas de los demás, auto-iniciación, y expresión de lo que quieren hacer".

(3) Diferencias en el modo en el que los otros perciben y responden al sujeto asertivo, hombre o mujer.

Este es un tema controvertido que ha recibido mucha atención por parte de los investigadores, con estudios que apoyan la existencia de diferencias y otros que no las encuentran.

(a) Estudios que apoyan la existencia de diferencias:

Kelly et al (1980): "Tanto hombres como mujeres observadores, devaluaban la conductas asertivas emitidas por las mujeres con respecto a idénticas conductas asertivas emitidas por hombres. Las mujeres asertivas eran evaluadas significativamente menos: amigables, simpáticas, naturales, cálidas, consideradas, y menos abiertas de mente. Mientras los hombres asertivos eran evaluados como: competentes, apropiados, educados e inteligentes".

Rodríguez et al. (1980): "Las mujeres femeninas pueden no tener déficits de habilidades, sino verse obligadas a comportarse no asertivamente por los estereotipos sociales".

Meehan y Goldkopf (1979): "Mujeres tras un entrenamiento asertivo informaron haber reducido deliberadamente su conducta asertiva como resultado de que sus maridos y jefes castigaban sus conductas asertivas".

Young et al. (1975): "La conducta agresiva de los hombres se incrementaba hacia las mujeres que respondían con alta asertividad".

Meyer y Lewis (1976): "Las esposas que eran percibidas por sus cuñados como más asertivas, también eran percibidas más dominantes, y menos amorosas y afectivas".

Rose y Tryon (1979): "Jueces de ambos sexos evaluaban la conducta asertiva de las mujeres como más agresiva que idéntica conducta emitida por hombres".

Lao et al. (1975): "Los hombres eran percibidos como más inteligentes a pesar de tener competencias equivalentes, de modo que mayores niveles de asertividad en las mujeres llevan a la impresión de ser menos inteligentes, al contrario que sucede con los hombres".

Hess et al. (1980): "Las mujeres evaluaban la conducta asertiva, tanto de hombres como de mujeres, como más agresiva y masculina que lo evaluaban los hombres. Se dan diferencias perceptuales debidas a los efectos del género, a las expectativas del rol sexual y a las influencias del sexo del otro, en la emisión y en la evaluación de las respuestas hábiles".

Curran (1981): "Algunos juzgan la conducta asertiva como agresiva y muestran su disgusto hacia el sujeto, este parece ser el caso especialmente cuando es una mujer la que responde asertivamente".

(b) Estudios que no han encontrado diferencias:

Lawrence et al. (1985): "Ni la orientación del rol sexual de los observadores ni el sexo del modelo estímulo, afectaban de forma significativa a las evaluaciones de los observadores".

Kern (1982b): "No se observó que la conducta asertiva de la mujer se devaluara respecto de la misma de los hombres".

Kern et al. (1985): "La hipótesis de que la conducta asertiva de las mujeres provoca reacciones más negativas que la masculina, en una revisión de estudios, sólo es apoyada por 3 de ellos, mientras que 10 no encontraron diferencias debidas al sexo del actor".

Schroeder et al. (1983): "El sexo del actor y del receptor influye de forma no clara".

Epstein (1980): "No se encontraron interacciones entre el sexo y las consecuencias sociales".

Gormally (1982): "En un estudio con universitarios acerca de las percepciones de la conducta asertiva y no asertiva, no encontramos evidencias de reacciones diferentes ante las conductas emitidas por hombres o mujeres".

En resumen, hay tantos estudios avalando la existencia de diferencias como denegándola, dejando una cuestión de máximo interés para el entrenamiento en total confusión. Si es cierto que los otros evalúan negativamente a las mujeres asertivas, habría motivos reales para temer las consecuencias de comportarse asertivamente, y entonces, se estaría haciendo un erróneo

servicio a aquellas mujeres que acuden a EA. Sin embargo, también es posible que la mujer asertiva no sólo no sea evaluada negativamente, sino que sea admirada por su comportamiento. Este es un asunto urgente que requiere futura investigación en percepción social y estudios con seguimientos a largo plazo de mujeres que han pasado por EA.

(4) Diferencias en aserción positiva

Hay una opinión mayoritaria respecto del hecho de que, las mujeres parecen comportarse de manera más habilidosa que los hombres en las dimensiones de aserción positiva (Gambrill y Richey, 1975; Solomon y Rothblum, 1985), siendo su rol sexual favorecedor de la expresión de sentimientos positivos, cumplidos, etc.

2.3. Diferencias en habilidades heterosociales

Algunos estudios han encontrado diferencias sexuales indicando que menos mujeres que hombres manifiestan problemas de ansiedad o temor ante el sexo opuesto. Así, Glass et al. (1976), encontraron que un 54% de hombres frente a un 42% de mujeres, que declaraban tener dificultades en situaciones de citas. Porcentajes algo superiores a los obtenidos por Arkowitz et al. (1978), quienes en una encuesta entre 3.800 universitarios encontraron que el 31% de la muestra - 37% de hombres frente a un 25% de mujeres - informaban sentir algún grado de ansiedad ante las citas.

Una explicación que se ha dado a esta diferencia favorable a las mujeres es que, las habilidades heterosociales están regidas por los roles sociales, los cuales asignan a los hombres el papel de iniciadores -más activo y arriesgado- y a las mujeres el papel -más pasivo y seguro- de facilitadoras de las interacciones mediante la emisión de conductas que ayuden a la aproximación de los varones.

Por otro lado, Klaus, Hersen y Bellack (1977), encontraron que las mujeres informaban tener más dificultades que los hombres para conseguir citas, sentirse cómodas en ellas, mantener la conversación, y terminar un encuentro y obtener una próxima cita con el mismo compañero.

Resulta de particular interés el hecho indicado por Himadi et al. (1980), de que las mujeres que presentaban dificultades con las citas, no mostraban problemas en sus relaciones sociales con su mismo sexo ni en su ajuste general, mientras que sus homólogos masculinos, también manifestaban dificultades de relación social con su mismo sexo y en su ajuste general.

Respecto a la importancia de las auto-evaluaciones negativas, los estudios son contradictorios. Glasgow y Arkowitz (1975), comparando hombres y mujeres altos y bajos en frecuencias de citas, encontraron que las auto-evaluaciones negativas eran más importantes para diferenciar a los hombres, mientras que las mujeres diferían más en un componente de habilidad- fluidez de habla. Smith y Sarason (1975), apuntan que las mujeres fueron significativamente más afectadas por las evaluaciones negativas (dadas mediante feedback) que los hombres".

Otra diferencia que se ha encontrado, ha sido que en conversaciones heterosociales, las mujeres parecen mostrar una mejor discriminación de las señales específicas de las habilidades, y son capaces de detallar más ejemplos de habilidades sociales positivas (Conger et al, 1980).

Por último, pero de una enorme importancia como se ha revelado en varios estudios, está el papel que juega el atractivo físico, que siendo claramente diferencial para ambos sexos, tiene un peso específico mayor para las mujeres (Arkowitz, 1977; Galassi y Galassi, 1979; Berscheid y Hatfield, 1982).

2.4. Diferencias en habilidades lingüísticas

Parece ser que las mujeres utilizan un tipo de lenguaje *femenino*, diferente del masculino, que se caracteriza por "una forma de hablar vacilante (parece, pienso,..) y con gran uso de: adjetivos de relleno (divino, fabuloso..); "tags questions" (¿Tú crees?); afirmaciones que terminan como preguntas; intensificadores (soy tan feliz!); y mayor afabilidad (¿serías tan amable de...?)" (Solomon y Rothblum, 1985).

Sin embargo, a pesar del estereotipo que define a las mujeres como habladoras, las investigaciones indican que en conversaciones con hombres, las mujeres tienden a: escuchar más, asentir con la cabeza antes, y exponer sus opiniones con menos fuerza. Es posible que se deba a la combinación de estas características de su lenguaje, el hecho de que en conversaciones sociales mixtas, las mujeres tiendan a ser interrumpidas y/o ignoradas.

2.5. Conclusiones

A pesar de los datos contradictorios que muestran los estudios precedentes, parece cierto que existen diferencias entre hombres y mujeres en sus comportamientos sociales, tanto en sus modos de responder a determinadas situaciones específicamente problemáticas por sexos, como en el modo en que las demás personas perciben y responden a determinadas conductas sociales según sean emitidas por hombres o mujeres.

Algunos autores han observado que ciertas diferencias empiezan a crearse y manifestarse desde la infancia. Connor, Serbin y Ender . 1978 (citado por Caballo, 1989), encontraron que los niños respondían de manera diferente a la conducta agresiva, asertiva y pasiva, dependiendo del sexo del niño que realizaba la conducta. Dependiendo del sexo biológico del sujeto se le irá dirigiendo hacia determinados comportamientos sociales y apartando de otros considerados inapropiados para su sexo.

Resulta indudable la importancia que tienen los diferentes medios sociales en que se desenvuelven los hombres y mujeres, pudiendo ser que algunos medios sean más limitantes para un sexo que para otro "Especialmente durante la adolescencia y juventud, siendo el medio femenino más limitante de su funcionamiento social en este período. Cuando comienzan los procesos de maduración física, comienzan también las presiones hacia la adopción plena de los roles sexuales estereotipados, que inducirán a los chicos hacia papeles más agresivos e independientes, y a las chicas hacia papeles pasivos, afables, y orientados a ocuparse de los demás" (Bleechman, 1981).

En conclusión, es probable que hombres y mujeres difieran en los tipos de situaciones sociales en las que cada sexo funcione mejor y se sienta más cómodo, el problema radica en llegar a conocer cuáles son esas situaciones para cada sexo. Algunas de las situaciones diferenciales sobre las que existe cierto apoyo empírico son las siguientes:

(a) Las mujeres parecen tener más dificultades que los hombres para dar respuestas asertivas negativas - hacer peticiones, poner límites a los otros, enfrentar la agresividad - mientras que tienen más habilidad que los hombres para manifestaciones de asertividad positiva - dar elogios, mostrar empatía, etc. (Eagly, 1987; Butler, 1981; Chiauzzi y Heimberg, 1983).

(b) Las mujeres que se atreven a manifestar un comportamiento asertivo, tienden a ser percibidas de forma más negativa que las mujeres no asertivas u hombres igualmente asertivos (Kelly et al., 1980; Rodríguez et al., 1980). Resulta interesante que sean las propias mujeres los jueces más duros con su mismo sexo, evaluando a las mujeres asertivas como más agresivas, menos atractivas y menos competentes, de lo que lo hacen los hombres (Linehan y Seifert, 1978; Hess et al., 1980).

(c) En relaciones heterosociales, parecen tener menos dificultades que los hombres. Más hombres que mujeres manifiestan timidez y ansiedad ante el sexo opuesto. Probablemente debido al papel del hombre como iniciador de las interacciones. Por lo que quizá parezca que en esta área las mujeres obtienen beneficios de su papel social. Sin embargo, en la sociedad actual, hay mujeres que están insatisfechas con este papel pasivo y desearían ser capaces de tomar la iniciativa en ciertas circunstancias.

(d) Debido a su papel dependiente y de anteponer las necesidades de los otros a las propias, las mujeres presentan más dificultades que los hombres en sus relaciones familiares, particularmente con las madres y hermanos (Solomon y Rothblum, 1985).

(e) En situaciones que requieren ejercer influencia social, las mujeres parecen ser menos hábiles, tienen más dificultades para orientarse hacia la efectividad en las tareas, siendo consistentemente menos auto-afirmativas a través de las situaciones y las tareas (Eagly, 1987).

(f) Las metas que cada sexo persigue en sus interacciones sociales tienden a ser diferentes. Las mujeres, afirman aspirar a ser amadas, afectivas, simpáticas y generosas con los demás; mientras que los hombres, desean ser asertivos, dominantes, competitivos y críticos (MacDonald, 1982). Como puede verse, estas diferencias se ajustan a los estereotipos tradicionales.

En resumen, a pesar de las contradicciones en la investigación, parece seguro que existen diferencias sexuales en conducta social y en habilidades sociales, y que muchas de tales diferencias proceden de los distintos roles sociales asignados a cada sexo. El rol tradicional femenino se habría convertido así, en una fuente de problemas para aquellas mujeres que aspiran a adaptarse con éxito al actual medio social y laboral, que exige de sus miembros unas habilidades sociales más cercanas al estereotipo masculino.

Estos problemas, que serían situacionalmente específicos, podrían, al menos en parte, ser aliviados mediante el EHS, el cual puede ayudarles a desarrollar las habilidades necesarias para establecer unas relaciones sociales más igualitarias y satisfactorias, así como a ejercer

para establecer unas relaciones sociales más igualitarias y satisfactorias, así como a ejercer una mayor influencia social. Ello les permitiría, a su vez, alcanzar unas mejores condiciones para el mantenimiento de su salud mental y bienestar general.

3. EL ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES CON MUJERES

3.1. Necesidad del EHS para mujeres

Como hemos ido viendo a lo largo del presente estudio, las mujeres se encuentran en una época de transición en la que sus papeles sociales están cambiando muy rápidamente. Su rol sexual tradicional le crea problemas a la hora de enfrentarse a situaciones que requieren respuestas que impliquen expresar opiniones, deseos, sentimientos (particularmente los negativos), defender propios derechos, poner límites a los otros, etc., es decir, conductas de auto-expresión y auto-afirmación que, generalmente, han sido englobadas bajo el término de asertividad.

Linehan y Egan (1979), han expuesto esta situación con claridad: "Las mujeres en transición se encuentran con papeles ambiguos donde sus derechos están mal definidos, en constante cambio, o son inadecuados para las nuevas demandas sociales. La necesidad del EA es parte de su nuevo expandido rol, pues, se encuentran ante nuevas situaciones para las que carecen de unas habilidades interpersonales que antes sólo eran necesarias para los hombres (...) Está

claro que el aprendizaje de comportamiento asertivo requiere una ruptura dramática con el rol tradicional y la adquisición de conductas habitualmente asociadas al rol tradicional masculino".

La mayor parte del trabajo de EHS con mujeres, se ha llevado a cabo bajo el epígrafe de Entrenamiento Asertivo (EA). El uso clínico del EA se basa en la premisa de que "la gente tiene ciertos derechos que están en su derecho de ejercer completamente, y que el ajuste personal incluye el ejercicio de los mismos" (Wolpe y Lazarus, 1966). Esta premisa nos enfrenta con el problema de determinar cuáles son los derechos individuales de las personas, independientemente del sexo del individuo.

En nuestra sociedad existe la asunción teórica de la igualdad de derechos entre hombres y mujeres. El problema surge en la práctica, cuando los modelos sociales basados en estereotipos sexuales se imponen sobre los modelos teóricos. Esta contraposición hace necesario que el primer paso del EA para mujeres consista en ayudarles a clarificar cuáles son los derechos de las personas y que esos derechos son igualmente aplicables a hombres y mujeres. Desde esta perspectiva, nos atrevemos a decir que el EA es algo más que un tratamiento terapéutico, es un tratamiento hacia la igualdad social.

Las mujeres no demandan, habitualmente, un entrenamiento en aserción como tal, sino que buscan ayuda para ser más efectivas en sus interacciones interpersonales y para conseguir objetivos personales de carácter social importantes para ellas. Muchas mujeres acuden a tratamiento psicológico manifestando quejas indefinidas tales como ansiedad, depresión, insatisfacción vital, síntomas psicósomáticos, etc. Y en muchos de estos casos, tras un análisis

detallado, se observa que estas mujeres tienen grandes dificultades para desarrollar un comportamiento efectivo con sus parejas, maridos, padres, o jefes, lo cual les produce sentimientos de indefensión, impotencia, soledad e insatisfacción, hasta acabar por manifestar algunas de las quejas antes citadas.

La investigación apoya el EA como tratamiento de elección en muchos de estos casos. No obstante, queremos recordar que el EA no es una panacea que sirva para todo, y que su uso debe estar limitado a aquellas mujeres, que tras una análisis funcional de la conducta, tengan altas probabilidades de beneficiarse del mismo. Conviene analizar las características del medio social en que va a desenvolverse la mujer que acude a un EA, ya que puede ser contraindicado en ciertos casos. Hay que tener presente que las mujeres que cambian su comportamiento pasivo por asertivo pueden encontrarse con respuestas negativas por parte de otros significativos que no admiten dicho cambio (Meehan y Goldkopf, 1979; Meyer y Lewis, 1976).

Aunque parece probada la efectividad del EA para enseñar a las personas medios adecuados de auto-expresión y defensa de los propios derechos, hasta la fecha, pocos estudios han investigado la efectividad de las conductas enseñadas en los EA para alcanzar las auténticas metas últimas de los sujetos. Lo que sí parece cierto es que el EHS/EA puede ayudar a las personas a lograr algunos objetivos importantes para el buen funcionamiento psico-social de la mayor parte de las personas.

Por lo que se refiere a los objetivos que se pueden pretender mediante la conducta asertiva, Linehan y Egan (1979), han propuesto distinguir entre tres niveles de efectividad de la respuesta asertiva:

Efectividad de objetivos: cuando el sujeto tiene éxito en conseguir aquellos objetivos específicos que se proponía mediante su respuesta asertiva.

Efectividad de relación: se refiere a la efectividad de la respuesta asertiva para mantener o mejorar una relación interpersonal.

Efectividad de auto-respeto: supone la posibilidad de usar la respuesta asertiva para defender la propia integridad ante los demás y aumentar la autoestima.

Enseñar a los sujetos a auto-evaluar sus respuestas según estos criterios de efectividad, nos parece de una gran utilidad, ya que permite que sea el propio sujeto quien elija la respuesta que considera más adecuada, de acuerdo con sus auténticas metas en cada situación concreta. También, ayuda al sujeto a discriminar entre objetivos diferentes según las distintas situaciones. Por ejemplo, en una situación comercial, tal como devolver un artículo defectuoso, lo más importante será lograr una efectividad de objetivos, es decir, conseguir que el vendedor acepte la devolución. En esta situación, los otros niveles de efectividad pueden ser secundarios. Sin embargo, en un conflicto con un amigo, es posible que se deba poner el acento en lograr una efectividad de relación, dejando en segundo lugar los otros niveles.

Los problemas derivados de la necesidad de alcanzar una adecuada efectividad relacional y de auto-respeto, son particularmente relevantes en el EHS para mujeres. Tradicionalmente se ha pensado que las mujeres valoraban más que los hombres el aspecto relacional, estando más dispuestas a renunciar a los objetivos. El EA, generalmente, ha venido poniendo el acento en enseñar conductas para conseguir efectividad de objetivos, lo cual puede chocar con la orientación tradicional de las mujeres. Aunque es cierto, que en nuestra sociedad es un hecho que el sentimiento de competencia está ligado al logro de objetivos, y que cada vez más mujeres se sienten involucradas en un medio social que requiere de ellas aumentar sus niveles de competencia e influencia social, la cuestión es que no sabemos qué consecuencias puede tener un cambio de tal orientación.

En cuanto a los tipos de situaciones generales que pueden requerir de una respuesta asertiva por parte de la mujer, MacDonald (1974), en un estudio con universitarias, encontró las siguientes:

- (a) Situaciones en las que el resultado no está claro (Ejemplo: intentar que alguien haga algo contrario a sus intereses o preferencias)
- (b) Situaciones en las que el sujeto a sido insultado.
- (c) Situaciones en las que se pide un favor al sujeto.
- (d) Situaciones en las que alguien es o ha sido poco considerado con el sujeto.

En resumen, el EA/EHS puede ser de gran ayuda para todas aquellas mujeres que quieran modificar sus patrones tradicionales de comportamiento, que quieran incrementar sus niveles

de efectividad social dentro de sus nuevos ámbitos de actuación, o que necesiten mejorar su auto-expresividad general como medio de hacer frente a las excesivas demandas o presiones de los demás, y que pueden ser la causa de ciertos desórdenes psicológicos.

3.2. Resultados de los estudios de EHS con mujeres

Los mayor parte de los estudios realizados con mujeres se han enmarcado dentro de la etiqueta del Entrenamiento Asertivo, si bien en sus paquetes de entrenamiento han incluido, generalmente, componentes más amplios de los propiamente asertivos, siendo equiparables por lo tanto, a lo que actualmente se denomina con el término más amplio de Entrenamiento en Habilidades Sociales.

Los resultados de estos estudios sugieren que, diversas variaciones de paquetes de EA/EHS, son efectivas con mujeres universitarias y adultas, y con grupos mixtos de mujeres y hombres (Jakubowski, 1977; Linchan y Egan, 1979; Galassi y Galassi, 1979; Butler, 1981; Fry, 1983; Linchan, 1984; Carrasco, 1983; Caballo, 1988).

Se han realizado entrenamientos basados en los modelos de Déficit en Habilidades y de Fallos Cognitivos. Pero los estudios comparando ambos métodos y llevados cabo sólo con mujeres, han sido escasos, por lo que sus resultados no pueden ser concluyentes. Nosotros sólo hemos tenido acceso directo a los dos siguientes, y en ambos no se encontró superioridad

significativa de los tratamientos combinados conductual-cognitivos sobre los exclusivamente conductuales:

- Wolfe y Fodor (1977), comparando la efectividad de dos tratamientos simples, conductual y cognitivo, frente a uno combinado, reestructuración cognitiva (TRE) más práctica de conducta, no encontraron superioridad del cognitivo sobre el conductual, pero sí encontraron que la suma de componentes cognitivos incrementaba la efectividad de la práctica de conducta en reducir la ansiedad ante situaciones asertivas.

- Valerio y Stone (1982), comparando 4 tipos de tratamiento -práctica de conducta, autoinstrucciones, combinación de ambos, y control- encontraron pocas diferencias entre los tres tratamientos.

En estudios con grupos mixtos de hombres y mujeres, los resultados son contradictorios. Así, mientras algunos apoyan la mayor efectividad de los tratamientos combinados:

- Derry y Stone (1979), comparando un tratamiento conductual con otro combinado con autoinstrucciones y TRE, encontraron que el enfoque combinado tiende a mejorar, mantener y generalizar los beneficios del tratamiento más que el conductual solo.

- Jacobs y Cochran (1982), obtienen resultados que apoyan la superioridad de un tratamiento combinado cognitivo-conductual sobre uno sólo conductual.

- Carrasco (1983), comparando un entrenamiento conductual, con conductual más TRE, y conductual más autoinstrucciones, encuentra superioridad de los tratamientos combinados, y específicamente de las autoinstrucciones sobre la TRE.

Otras investigaciones, por el contrario, no han encontrado diferencias:

- Carmody (1978), comparando 3 grupos -ensayo de conducta solo, en combinación con autoinstrucciones, en combinación con TRE- no encontró diferencias entre ellos, si bien sólo en el grupo de TRE se dio generalización a la vida real. No obstante, consideramos que los resultados de este estudio pueden ser criticados ya que los tratamientos fueron muy cortos (4 sesiones de 90 min.).

- Thorpe, 1975 (citado por Carrasco, 1984), comparó un procedimiento conductual - ensayo de conducta - con uno cognitivo - autoinstrucciones -, encontrando el cognitivo tan efectivo como el conductual.

A la vista de estos resultados contradictorios, nuestro trabajo se dirige también a la realización de una comparación entre un tratamiento conductual y otro combinado conductual-cognitivo, con la intención de aportar más datos sobre la verdadera aportación cognitiva, tema actualmente tan confuso.

Las estrategias cognitivas empleadas en el EHS, han estado basadas habitualmente en la Terapia Racional Emotiva (TRE) o en el Entrenamiento en Auto-instrucciones (EAI), o en una combinación de ambas. Se han realizado pocos estudios comparativos entre de ambos

métodos, por lo que no existen datos suficientes para apoyar la superioridad de uno frente al otro. Así, mientras Carrasco (1983), encontró superioridad del EAI sobre la TRE; Carmody (1978), no encontró diferencias entre ellos.

A pesar de la confusión existente acerca del papel que juegan realmente las cogniciones en los problemas de habilidades sociales, la mayor parte de los autores orientados al trabajo en EHS con mujeres apoyan la inclusión de estrategias cognitivas:

- Jakubowski (1977b), plantea que el EA con mujeres debe incluir: el reemplazar las creencias irracionales por un sistema de creencias que apoyen sus derechos individuales; la internalización de auto-afirmaciones positivas; y la práctica de respuestas asertivas.

- Solomon y Rothblum (1985), inciden en que las estrategias orientadas a las cogniciones, parecen particularmente necesarias para sujetos femeninos.

- Linehan (1984), por su parte, señala que el énfasis en enseñar habilidades cognitivas necesarias para generar respuestas alternativas efectivas, más que en enseñar conductas motoras abiertas, es relevante para las mujeres al menos por dos razones. Primero, por la necesidad de adaptarse a las nuevas circunstancias sociales. Y segundo, para asumir la propia responsabilidad en la generación de las respuestas.

- MacDonald (1982), propone que el EA con mujeres incluya componentes diseñados para modificar las creencias de las mujeres acerca de las consecuencias de comportarse asertivamente.

- Fry (1983), indica que las 6 intenciones principales del EA para mujeres son:

- (a) Tomar conciencia de sus problemas, derechos, creencias, etc.
- (b) Reducir la ansiedad social.
- (c) Corrección de los diálogos internos.
- (d) Mejorar los mensajes no verbales.
- (e) Mejorar los mensajes verbales.
- (f) Habilidades de protección.

3.3. Problemas encontrados en el EHS con mujeres

En este punto vamos a seguir a Fodor y Epstein (1983), quienes realizan un excelente análisis de los problemas encontrados en el EA/EHS para mujeres. Así, vamos a ir revisando algunas de las suposiciones que han venido manteniendo los practicantes de EA/EHS para mujeres:

Suposición 1ª: Las mujeres en general, tienen déficits en asertividad.

Hasta la fecha, no hay datos concluyentes que demuestren una significativa diferencia en las tasas globales de asertividad entre hombres y mujeres. No obstante, existen datos que indican que las mujeres tienden a mostrar conflicto entre actuar en su propio interés o darse a los demás, por lo que ciertas conductas asertivas pueden resultarles más difíciles (por ejemplo,

conductas de rehusar). Aparte de esto, aún no existe una adecuada valoración de la naturaleza de los déficits asertivos en mujeres, y tampoco se ha definido claramente a la efectiva mujer asertiva.

Suposición 2ª: La no-asertividad es una conducta deficitaria que puede ser reemplazada por una apropiada conducta asertiva.

Los criterios que se deberían tener en cuenta para valorar el éxito o fracaso del entrenamiento no han sido aún definidos. Habitualmente, el mejoramiento postratamiento es evaluado por cuestionarios de auto-informe y/o tasas de conducta ante situaciones análogas, utilizándose como válido el criterio subjetivo del terapeuta. Esto puede estar siendo un problema, al dejar de lado la perspectiva del propio sujeto y de sus otros significativos (familia, amigos, etc.).

Suposición 3ª: Las técnicas asertivas entrenan a las mujeres para ser más efectivas.

Dado el peso de los roles sexuales en el comportamiento social, el cambio de rol en unas cuantas mujeres aisladas podría, quizá, ser para ellas más perjudicial que beneficioso. El problema de las consecuencias de las nuevas conductas asertivas, y de las reacciones del medio social de los sujetos entrenados, aún no ha sido suficientemente investigado.

Suposición 4ª: El temor de las mujeres a ser asertivas ¿Mito o realidad?

Existen datos que sugieren que la carencia asertiva de las mujeres puede ser debida más a una ansiosa ejecución como consecuencia de fallos cognitivos que por déficits en habilidad. Se

ha supuesto que esos temores cognitivos eran "irracionales", sin embargo, es posible que algunos de ellos no sean del todo irracionales o maladaptativos. La influencia de los estereotipos sexuales es innegable, y afecta tanto al sujeto como a los interlocutores, de modo que si los cambios individuales no van al ritmo de los cambios sociales, aquellos sujetos más avanzados pueden ser castigados por su medio social. Por otro lado, la asunción de que los métodos indirectos o manipulativos, tradicionalmente atribuibles a las mujeres, podrían en realidad ser más efectivos para ellas que los nuevos métodos asertivos, no se ha estudiado suficientemente.

Suposición 5ª: Las mujeres aplican las nuevas habilidades aprendidas en el EA a sus problemas en la vida real, y continuarán aplicándolos en el futuro.

Diversos estudios han observado problemas con la transferencia y generalización de los aprendizajes. Mientras por otro lado, pocos estudios han realizado buenos seguimientos para comprobar el mantenimiento de los efectos de los entrenamientos.

En resumen, aunque el EHS con mujeres tiene algunos problemas relevantes tales como definir claramente los criterios de eficacia de los tratamientos, mejorar las medidas de evaluación, y resolver cuestiones sobre cómo son percibidas por los demás las mujeres que han pasado por un tratamiento y cómo responden aquellos a los cambios efectuados por éstas, parece existir un acuerdo en que muchas mujeres pueden beneficiarse de un EHS.

Tercera parte

ESTUDIO EXPERIMENTAL

1. INTRODUCCION

Como hemos ido viendo a lo largo de las páginas anteriores, las mujeres han sido, frecuentemente, una población objetivo para algunas variantes del EHS, en concreto para el entrenamiento asertivo, mientras que eran olvidadas para otras, en concreto para el entrenamiento en habilidades heterosociales.

Dada esta situación, uno de los objetivos de nuestra investigación ha consistido en crear un paquete de EHS, que incluyese aquel conjunto de habilidades sociales que pudiesen ser consideradas como *básicas* para el grupo específico de población a que iría dirigido. En nuestro caso, una muestra de jóvenes universitarias, determinamos que un paquete básico debería incluir las habilidades de: conversación, heterosociales, y aserción.

Otro tema referente al EHS que nos ha resultado de máximo interés, dada su relevancia y actualidad, ha sido la discusión en torno a la necesidad o no de tener en cuenta el componente cognitivo en los entrenamientos. Algunos autores de indudable prestigio en el campo del EHS, como Curran (1979a, 1979b) han mostrado firmemente su desacuerdo con la inclusión de otros componentes que no fuesen el conductual; otros, como Kelly (1987), incluyen los aspectos cognitivos de un modo marginal; mientras otros, como Jakubowsky (1977b), indican la necesidad de incluirlos poniendo en ellos máxima atención.

Ante esta disparidad de criterios, los resultados de los estudios comparando entrenamientos conductuales y cognitivo- conductuales son confusos y contradictorios, lo que hace que la

cuestión siga sin respuesta concluyente y que la decisión de qué tipo de entrenamiento realizar dependa más de la orientación teórica del terapeuta o investigador que de un planteamiento con apoyo experimental. Es por ello, que en nuestra investigación hemos optado por realizar una comparación entre un programa de entrenamiento conductual y otro cognitivo-conductual, con el fin de aportar algunos datos de interés sobre esta confusa cuestión.

En resumen, los objetivos que han guiado el presente trabajo han sido los siguientes:

(1) Diseñar y construir un paquete de entrenamiento en habilidades sociales *básicas* para mujeres jóvenes con dificultades en competencia social, que fuese:

(a) *Fácil* de aplicar por parte de los terapeutas y de aprender y desarrollar por parte de los sujetos.

(b) *Breve*, para garantizar el equilibrio costo/beneficios y permitir sus acceso a grandes grupos de población potencialmente interesada.

(c) *Y eficiente*.

(2) Comparar los grupos de entrenamiento con un grupo control sin tratamiento, con el fin de analizar los verdaderos efectos de los entrenamientos en HHSS.

(3) Analizar hasta qué punto los aprendizajes llevados a cabo durante el entrenamiento se mantienen y generalizan a lo largo del tiempo (un período de seguimiento de 5 meses).

2. NUESTRO MODELO DE LAS HABILIDADES SOCIALES

2.1. Definición y modelo teórico

Dada la ausencia de una definición de las HHSS mayoritariamente aceptada y la necesidad de contar con una definición para llevar a cabo el presente trabajo experimental, y dado que ninguna de las existentes nos convencía plenamente, optamos por elaborar nuestra propia definición, según la cual: El comportamiento socialmente hábil vendrá dado por aquel conjunto de conductas emitidas por una persona en un contexto interpersonal/social determinado, mediante las cuales expresa sus opiniones, sentimientos, deseos, etc, de un modo socialmente apropiado (aceptado por la sociedad y respetando esas mismas conductas en los demás) y eficaz (permitiéndole conseguir lo que pretende y minimizando el riesgo de castigo del medio), como medio para conseguir metas personales de carácter social (por ejemplo, hacer amigos, encontrar pareja, defender sus derechos ante otros, etc).

El comportamiento socialmente hábil dependerá, pues, de la habilidad que una persona tenga en sus relaciones sociales/interpersonales para comunicarse efectivamente con los demás, siendo capaz de expresar de un modo apropiado sus opiniones, sentimientos, etc., así como de influir sobre los demás de un modo positivo en orden a conseguir sus metas. Es decir, se trataría de un comportamiento interpersonal honesto y no agresivo (a no ser que sea estrictamente necesario), que minimice las posibilidades de obtener unas consecuencias negativas, tanto a corto como a largo plazo.

Esta definición se enmarca a su vez, en lo que vamos a denominar como un modelo cognitivo-conductual de las habilidades sociales, dada la importancia que damos a los aspectos cognitivos tales como metas, expectativas, auto-verbalizaciones, creencias, interpretación de las señales sociales, y toma de decisiones. Según este modelo:

(1º) El sujeto va a las situaciones sociales con:

(a) Unas metas de carácter social: se trata de objetivos tales como hacer amigos, encontrar una pareja, defender sus derechos, conseguir un empleo, etc.

(b) Unas expectativas de:

- *auto-eficacia*, es decir, una auto-valoración de su propia capacidad para desenvolverse en esa situación concreta y del grado de habilidad requerido socialmente (auto-estándar) para tener éxito en esa situación.
- *resultados*, es decir, una predicción de las consecuencias que determinada conducta obtendrá del medio.

(2º) Una vez en la situación, el sujeto:

(a) *Percibe* (selectivamente) señales sociales y señales internas.

(b) *Genera* interpretaciones (idiosincrásicas) de esas señales y posibles alternativas de conducta.

(c) *Decide* la conducta a emitir y la ejecuta.

(e) *Compara* la conducta emitida con su auto-estándar y *observa* los resultados producidos en el medio por su conducta, reiniciándose el ciclo.

El hecho de que el sujeto *lleve consigo* a las situaciones sus propias metas y expectativas, es muy importante, ya que entonces, es posible que un sujeto se plantee sus metas de acuerdo con sus expectativas, dándose un proceso de auto-eliminación de aquellas metas que no se considera capaz de conseguir debido a su baja expectativa de auto-eficacia o a sus expectativas de consecuencias negativas.

Puesto que el sujeto ha pasado a lo largo de su vida por una serie de experiencias, unas premiadas y otras castigadas, ha ido elaborando unas expectativas. Por otro lado, mediante la observación del medio se ha creado unos estándares de éxito, es decir, unos patrones de comportamiento social a partir de los cuales prevé obtener resultados positivos y por debajo de los cuales prevé que los resultados serán negativos.

Estos estándares pueden ser poco realistas, siendo en muchos casos excesivamente idiosincrásicos, apoyados en valoraciones e interpretaciones demasiado subjetivas. Así, por ejemplo, un sujeto con un auto-estándar perfeccionista, va a sentirse más inseguro, ansioso, e insatisfecho con su comportamiento (aunque haya sido suficientemente competente). Si además, genera expectativas de consecuencias negativas tales como "se reirán de mí", "pensarán que soy tonto", "se enfadará conmigo",..., es probable que tienda a evitar situaciones en las que su comportamiento habría sido efectivo.

De modo que, en base a sus expectativas y auto-estándares, el sujeto:

(a) Buscará las situaciones sociales más adecuadas para conseguir sus metas, es decir, aquellas en las que la discrepancia entre su auto-valoración de eficacia y su auto-estándar de éxito sea menor.

(b) Desarrollará un comportamiento evitativo de aquellas situaciones en las que sus expectativas sean de consecuencias negativas. Aquí, consideramos importante señalar que, las consecuencias negativas que el sujeto evita, pueden ser externas (rechazo, burlas, enfados, etc) y/o internas (sensaciones de malestar subjetivo). El deseo excesivo de algunas personas de evitar cualquier consecuencia negativa, puede llevarles a renunciar a algunas metas sociales.

A continuación, vamos a analizar este modelo aplicándolo a un ejemplo. Pensemos en una joven a la que llamaremos Ana. A Ana le gustaría conocer chicos nuevos (meta). Su expectativa de auto-eficacia es: "No soy capaz de hablar con soltura con desconocidos. No soy capaz de decir cosas interesantes o divertidas". Y su expectativa de consecuencias: "Seguro que si tengo la ocasión de conocer algún chico le resultaré sosa, se aburrirá conmigo y no querrá volver a verme."

Con estas expectativas, es probable que tienda a evitar situaciones en las que podría conocer chicos, ya que son situaciones potencialmente frustrantes y ansiógenas, pudiendo llegar a renunciar, al menos temporalmente, a buscar amigos. No obstante, Ana, un día se encuentra en un Pub con sus amigas -una situación social favorable para conocer chicos- y observa que un chico atractivo está mirándole. Entonces *siente* ansiedad y su *conducta* consiste en evitar su mirada. Sus *pensamientos* son: "Que chico más guapo. Cómo me gustaría conocerle. Pero no ¡qué tontería!; Cómo voy a gustar yo a un chico así. Aunque se acercase, enseguida vería lo aburrida y sosa que soy". Nota que su ansiedad aumenta, y en lugar de pensar maneras de posible acercamiento, se centra aún más en su ansiedad y pensamientos negativos y evita aún más la mirada del chico, renunciando a cualquier conducta de acercamiento.

Con su conducta de evitar el contacto ocular con el chico y de no hacer nada por facilitar su acercamiento, incrementa las probabilidades de que el chico no se acerque. Pero, si a pesar de todo, el chico decide acercarse a hablar con ellas, Ana *sentirá* incrementarse su ansiedad. Su *conducta* consiste en quedarse callada. Y sus *pensamientos*, cuando observa que el chico se dirige más hacia sus amigas, son: "Nunca se fijará en mí porque soy una sosa que no tiene nada que decir". En este punto puede elegir una de estas dos opciones:

- (a) Hacer un esfuerzo por decir algo *interesante o simpático*, que al ser forzado tal vez no resulte como ella esperaba ("Siempre meto la pata. Sólo sé decir tonterías. Pensaré que soy tonta"), confirmando su expectativa negativa de auto-eficacia.
- (b) Sentirse rechazada y decidir mostrarse indiferente o arisca para no mostrar su frustración.

Ahora supongamos a otra joven, a quien llamaremos Berta, con la misma meta de conocer chicos nuevos. Su expectativa de auto-eficacia es: "Soy una chica abierta y me desenvuelvo bastante bien cuando conozco chicos nuevos". Y su expectativa de consecuencias es: "Los chicos generalmente lo pasan bien conmigo".

En base a estas expectativas, es probable que Berta se exponga activamente a situaciones heterosociales, y cuando se encuentra en una de estas situaciones y observa que un chico atractivo le está mirando, *pensará* "Ese chico se ha fijado en mí. Me gustaría conocerle" y centrará su atención en pensar en algún medio de lograr la interacción. Le mantiene la mirada, y además, le dirige una sonrisa. Esta conducta es decidida y observa los efectos que produce en el chico, dispuesta a modificarla si no resulta efectiva.

Berta también *siente* una punzada de ansiedad, pero en lugar de interpretarla como algo molesto, la considera como algo normal y no se centra en ello.

Como es obvio, las expectativas y conductas de Berta incrementan las probabilidades de que el chico, a su vez, colabore con sus conductas hacia el acercamiento; y cuando ello ocurre, Berta se muestra habladora y atenta a observar las reacciones de su interlocutor, en lugar de estar centrada en sus sensaciones de ansiedad y en sus pensamientos negativos.

2.2. El Entrenamiento en Habilidades Sociales

2.2.1. Delimitación del término EHS.

Desde nuestro punto de vista, el término Entrenamiento en Habilidades Sociales (EHS) debería limitarse al entrenamiento en las habilidades sociales consideradas *básicas*, y utilizar otras denominaciones más específicas para los entrenamientos en habilidades *especiales*, tales como "Entrenamiento en habilidades para hablar en público", "Entrenamiento en habilidades para entrevistas de trabajo", etc.

2.2.2. Quiénes pueden beneficiarse del EHS.

Se puede decir que todas aquellas personas que manifiesten déficits en alguna/as de las habilidades básicas pueden beneficiarse de un EHS. Atendiendo a los diferentes grupos de población que potencialmente necesitarían del EHS, es posible hacer la siguiente división:

(a) Pacientes psiquiátricos o sujetos muy perturbados. Se trataría de sujetos con déficits severos.

(b) Personas con ciertos trastornos mentales. Se ha empleado en casos de agorafobia, depresión, fobia social, etc. Aunque estas personas centran sus quejas en sus síntomas emocionales, los clínicos, tras un detallado análisis funcional, podrían considerar conveniente la utilización del EHS, sólo o en combinación con alguna otra técnica terapéutica.

(c) Personas normales con déficits específicos. Estas personas expresarán quejas acerca de sus dificultades para relacionarse con los demás, y no manifestarán otros síntomas de importancia clínica, teniendo por lo general un funcionamiento psicosocial normal. Las quejas de estos sujetos suelen ser: timidez, dificultades de relación con el otro sexo, inseguridad, etc.

(d) Personas desadaptadas socialmente: entre los que se encontrarían sujetos con problemas de alcoholismo, toxicómanos, delincuentes, etc., que debido a los medios sociales en los que se han desenvuelto durante largos períodos, podrían requerir una reeducación social, parte de la cual consistiría en un EHS.

2.2.3. Desarrollo de un esquema para la evaluación de los déficits previo al EHS.

Antes del entrenamiento es necesario recoger algunos datos acerca de los sujetos. El siguiente esquema de cuestionario puede servir de guía:

(1º) ¿ Cuáles son las quejas manifiestas del sujeto ?

¿ Cuáles son las metas de carácter social que tiene dificultades en conseguir ?

(2º) ¿ A qué contexto social específico se refieren ?

¿ Qué tipo de personas estarían directamente involucradas o bien son un obstáculo para el sujeto ?

(3º) ¿Cuál sería la habilidad básica requerida ?

¿ Qué déficits presenta el sujeto en esta habilidad ?

(4º) ¿ Cuáles son las posibles causas de esos déficits ?:

(a) Déficit en el repertorio conductual (especificar).

(b) Ansiedad condicionada.

(c) Fallos cognitivos (especificar).

(5º) ¿ Cuáles son las expectativas de auto-eficacia y de resultados del sujeto en este contexto social específico ?

2.2.4. Qué competencias se requieren para poder manifestar un comportamiento social hábil.

En el *componente conductual o motor* es necesario poseer en el repertorio conductual -en un nivel hasta la fecha sin determinar- las habilidades sociales básicas.

En el *componente cognitivo* parece necesario poder generar unas expectativas de auto-eficacia (de poseer la competencia necesaria para emitir una conducta adecuada y efectiva) y de resultados positivos (convicción de que la conducta obtendrá consecuencias positivas y de que

si surgen dificultades se es capaz de manejar la situación de modo que se minimicen las posibles consecuencias negativas).

En el *componente emocional* es necesario que el grado de ansiedad experimentarlo en la situación social no sea muy elevado, ya que grados de ansiedad altos pueden llegar a bloquear las capacidades de los sujetos y/o inducirles a evitar la situación.

De manera que, un sujeto con dificultades para manifestar un comportamiento social hábil, puede tener déficits en uno o más de los componentes citados. Pudiendo ocurrir que, en un principio los déficits se limitasen a un solo componente, pero con el paso del tiempo se haya producido una generalización a los otros componentes.

Analicemos esto con el siguiente ejemplo. Supongamos un adolescente que ante su primera cita, genera una expectativa de baja auto-eficacia ("con lo tímido que soy no voy a saber de qué hablar"), acompañado de una expectativa de consecuencias negativas ("se aburrirá conmigo y les contará a todas sus amigas lo aburrido que soy"). Si además tiene una excesiva "Necesidad excesiva de aprobación", su temor al rechazo incrementará su ansiedad. Una vez en la cita, la ansiedad puede bloquear sus habilidades conductuales, comportándose con torpeza, incapaz de mantener una conversación amena. Sintiendo cada vez más angustiado. A partir de esta experiencia, en adelante puede que evite nuevas citas. Entonces, por un lado la ansiedad quedará condicionada a las situaciones de cita, y por otro lado, al no pasar por más experiencias de citas, perderá la oportunidad de ir perfeccionando sus habilidades conductuales.

En resumen, una persona será considerada socialmente hábil cuando posea la capacidad de emitir un comportamiento que sea apropiado a la situación social concreta y efectivo para conseguir sus metas. Esto nos recuerda el concepto de "*influencia interpersonal*", de uso común en la psicología social (Aronson, 1975; Danziger, 1982), pero desatendido por la literatura del EHS con excepción de unos pocos autores, tales como Trower et al. (1978) y MacDonald (1978). Por nuestra parte, estamos totalmente de acuerdo con estos autores en que para que una persona sea capaz de lograr muchas de sus metas sociales, ha de ser capaz de *influir* de alguna manera en las conductas y/o en los sentimientos de los demás. Y para conseguir esa influencia es necesario tener un cierto nivel de habilidades sociales.

Hasta aquí el análisis referido al sujeto, ahora vamos a considerar la dimensión situacional. Existe un amplio acuerdo en que las habilidades sociales son situacionalmente específicas, lo cual significa, que cada situación va a requerir unas habilidades específicas diferentes y en distinto grado. De manera que, un sujeto puede manifestarse incompetente en unas situaciones y competente en otras.

Puesto que las situaciones sociales a las que potencialmente se puede ver enfrentada una persona son muy amplias y complejas, nos parece conveniente hacer una distinción entre:

(a) *Situaciones libres*: que serían aquellas en las que el sujeto puede tomar la decisión de involucrarse o no. Por ejemplo, iniciar una conversación con un desconocido, pedir una cita, etc. Ante estas situaciones el sujeto puede involucrarse, posponerlas, o evitarlas.

(b) *Situaciones impuestas*: aquellas en las que el sujeto, lo quiera o no, se ve involucrado, teniendo que emitir alguna respuesta. Por ejemplo, situaciones asertivas, reuniones sociales formales, etc.

3. UN PAQUETE DE HABILIDADES SOCIALES BASICAS

Desde nuestra perspectiva, las HHSS son un conjunto de habilidades específicas mediante las cuales las personas pueden conseguir, por medios socialmente apropiados, determinadas metas de carácter social.

Del conjunto de habilidades específicas que pueden formar parte del ámbito socio-interpersonal, consideramos conveniente de cara al trabajo en EHS, hacer una división entre habilidades sociales básicas y habilidades sociales especiales.

Las habilidades sociales básicas, incluirían aquellas competencias que son necesarias para desenvolverse con normalidad en el medio social de referencia, y de las que sería preciso poseer un cierto grado de competencia en cada una de ellas para asegurar un adecuado funcionamiento social. El déficit en alguna de ellas influiría decisivamente en el desarrollo psicosocial de las personas.

Las habilidades específicas que deberán formar parte de estas habilidades sociales básicas, va a depender del grupo socio-cultural en el que vaya a desenvolverse la persona y del momento evolutivo de la misma. Evidentemente, no serán las mismas las habilidades básicas requeridas por un niño, por un adolescente, o por un adulto.

Las habilidades sociales especiales, serían todas aquellas competencias requeridas exclusivamente para desenvolverse en situaciones particulares, ante algunas de las cuales, muchas personas no van a encontrarse jamás o infrecuentemente. De modo que, los déficits

en estas habilidades no van a influir decisivamente en el desarrollo psicosocial, pudiendo estas personas tener un adecuado funcionamiento social a pesar de ser incompetentes en tales habilidades.

Entre estas habilidades especiales se podrían incluir todas aquellas requeridas para enfrentarse con éxito a situaciones sociales tales como hablar en público, entrevistas de trabajo, y habilidades de profesiones cara al público (vendedores, médicos, ATS, etc.).

A continuación pasamos a desarrollar el que hemos considerado como un **paquete de habilidades sociales básicas** adecuado para nuestro grupo de población objetivo, formado por jóvenes universitarias, el cual incluye las habilidades específicas de conversación, heterosociales, y asertivas.

3.1. Habilidad conversacional

3.1.1. ¿Qué es la habilidad conversacional?

Nosotros apoyamos la definición propuesta por Kelly (1987), según la cual "El término **habilidades conversacionales** se refiere a la capacidad para iniciar y mantener conversaciones informales con otras personas". Destacando dos conceptos para nosotros fundamentales de esta definición:

- *Iniciar y mantener* supone que la persona con habilidad conversacional es aquella capaz no sólo de mantener conversaciones, sino que requiere también la capacidad de iniciación.

- *Informales* serían aquellas situaciones en las que una persona se encuentra con otra/s persona/as semi-des/conocidas y que a dicha persona podría resultarle agradable o positivo de alguna manera establecer una interacción.

La habilidad para iniciar y mantener conversaciones es, probablemente, la más básica e importante de todas las clases de habilidades sociales. Se trata de una habilidad necesaria para el normal funcionamiento de las personas. Como bien señala Kelly (1987): "... no sólo permite al individuo salir airoso en las interacciones informales, sino que además es un precursor probable del desarrollo de relaciones duraderas, dado que la formación de tales relaciones requiere, en primer lugar, que el individuo interactúe satisfactoriamente con los demás durante una conversación".

Diversos autores han acentuado la extraordinaria importancia que tiene esta habilidad dentro del constructo de las HHSS. Trower (1982), la señala como "el componente esencial en las HHSS". Conger y Farrell (1981), afirman que "Los componentes más importantes en las HHSS son la conversación y la mirada". Mientras que Caballo (1988), concluye que "Parece seguro que la mirada, la entonación y la conversación (...) son elementos básicos en la manifestación de una conducta socialmente habilidosa".

Existe un buen número de personas que presentan dificultades, más o menos severas, para iniciar y mantener conversaciones informales con determinados tipos de interlocutores: personas semi o desconocidas, figuras de autoridad, personas del otro sexo, etc. Mientras que los pacientes psiquiátricos o personas con retraso mental, presentan déficits más graves.

En principio, el entrenamiento en habilidades conversacionales está indicado para cualquier persona que:

(a) manifieste una actuación deficiente en sus conversaciones informales ante algún/os tipo/s de interlocutor/es pertenecientes a su medio social habitual.

(b) tenga dificultad para establecer relaciones tales como "hacer amigos" y "ligar" (si bien, esta última, debido a la gran atención que ha recibido por parte de los investigadores, se ha hecho merecedora de un apartado independiente, siendo considerada como otra habilidad específica denominada "habilidades heterosociales o heterosexuales").

(c) evite determinados encuentros interpersonales por sentir altos niveles de ansiedad social y/o por temor a la evaluación negativa de los demás.

Así pues, las personas que requieren un entrenamiento en habilidad conversacional pertenecen a alguno de los siguientes 4 tipos:

- con problemas psiquiátricos
- con algún tipo de deficiencia mental
- con fobia social
- con dificultades para hablar con personas semi/des-conocidas y/o para hacer amigos.

3.1.2. Elementos componentes de la habilidad conversacional

La habilidad conversacional, ha sido dividida en varios elementos componentes con el fin de facilitar tanto la evaluación como el entrenamiento. Los siguientes 6 componentes, aptos para

ser definidos operacionalmente, han sido los que generalmente han formado parte de los entrenamientos:

Contacto visual : consiste en mirar a los ojos o a la parte superior de la cara de la otra persona durante la conversación, mientras se habla o se escucha. Considerándose adecuado un porcentaje global de mirada, de alrededor del 60% del tiempo total que dure la conversación. Se ha encontrado que las personas hábiles miran más que las inhábiles, y que se mira más mientras se escucha que mientras se habla. También se ha observado que las mujeres tienden a mirar más que los hombres.

Afecto : es la adecuación emocional del sujeto a la situación. Se subdivide en elementos tales como: risas y sonrisas, movimientos de cabeza, calidad de la voz, y expresividad facial.

Duración de las intervenciones : es el tiempo total que el sujeto está hablando durante la conversación. Lo ideal parece ser, es que cada interlocutor ocupe aproximadamente el 50% del tiempo.

Cualidades del habla : se refiere al volumen, tono, y fluidez con que el sujeto habla. Puede haber 4 tipos de déficits:

- (a) volumen muy bajo o muy alto.
- (b) escasa fluidez que deja silencios sin rellenar.
- (c) tartamudeo, fallos de pronunciación, etc.
- (d) uso de muletillas o palabras de relleno.

Preguntas : es todo comentario interrogativo que el sujeto dirige a su interlocutor y que da lugar a una información de éste acerca de sus intereses, actividades, comportamientos o sentimientos. Las preguntas ayudan a mantener la conversación, pero no es adecuado que parezca un interrogatorio, por ello es necesario combinar este componente con comentarios auto-reveladores. Las preguntas se pueden clasificar en:

- (a) sobre hechos o sentimientos
- (b) abiertas o cerradas
- (c) directas o indirectas.

Comentarios auto-reveladores : son expresiones que transmiten información acerca de uno mismo, de los propios intereses, sentimientos, experiencias, etc.

Retroalimentación positiva : son comentarios que refuerzan el discurso del otro, transmitiéndole interés, aprobación o comprensión. Pueden subdividirse en dos tipos:

- (a) Señales de oidor: expresiones como "Sí, Eso está bien, Estoy de acuerdo, Eso es, etc".
- (b) Cumplidos: expresiones de alabanza o elogio de aspectos concretos del interlocutor, como "Sabes mucho de cine, Me gusta hablar contigo, Llevas un vestido muy bonito, etc".

A pesar de no existir un acuerdo unánime acerca del valor relativo de cada uno de estos elementos componentes, si parece aceptarse que el contacto ocular y la fluidez del habla están fuertemente asociados a esta habilidad (Conger y Conger, 1982; Caballo, 1988). Las personas

que acuden a entrenamiento, pueden manifestar déficits en algunos de estos componentes, y además, habitualmente presentan grandes dificultades para iniciar conversaciones.

3.1.3. Evaluación

Antes del entrenamiento se realiza una evaluación de la habilidad conversacional que presenta el sujeto. Dos son los métodos comúnmente empleados:

(a) *Los cuestionarios de auto-informe de papel y lápiz.* Los más empleados han sido la Escala de Evitación y Ansiedad Social (SAD) y la Escala de Temor a las Evaluaciones Negativas (FNE), ambos de Watson y Fried (1969). Estos cuestionarios permiten evaluar las distorsiones cognitivas de los sujetos, así como valorar los efectos del entrenamiento. Según se desprende de algunos estudios, la mejora en la habilidad conversacional produce una reducción de las medidas de ansiedad social y de temor a la evaluación negativa.

(b) *Las medidas conductuales.* La más empleada ha sido el role-playing, en cuyo formato habitual, se pide al sujeto que mantenga una breve conversación informal (3 a 8 min.) con un desconocido (que suele ser alguien preparado previamente por el terapeuta). El terapeuta y unos jueces-observadores, se colocan, si es posible al otro lado de un espejo unidireccional, para realizar un registro de los elementos componentes de la habilidad arriba apuntados (ver Hoja de Evaluación en el Apéndice III). De este modo, el terapeuta puede disponer de unos datos cuantificados sobre el uso que el sujeto hace de los diversos elementos componentes. Ello le permitirá determinar los déficits específicos del sujeto y planificar el entrenamiento.

La evaluación conductual de esta habilidad resulta ser un asunto complejo en la que, a pesar del esfuerzo dedicado a ello por parte de diversos investigadores de prestigio, aún existen algunas cuestiones fundamentales sin resolver, tales como:

(a) ¿A partir de qué valor puede considerarse adecuado o deficiente un elemento componente?

Es un hecho que aún no sabemos si es más adecuado mirar el 60 ó el 80 % del tiempo, hacer 10 ó 15 preguntas en 5 minutos, etc. Dada la ausencia de baremos normalizadores, depende del juicio subjetivo de cada terapeuta la decisión de qué valor va a considerar deficitario.

(b) ¿Cuál es la combinación de elementos componentes fundamental?. No sabemos si quizá con adecuado contacto ocular y auto-revelación sería suficiente para poder considerar a un sujeto como hábil. O si es posible que un sujeto que posea todos los elementos excepto un buen contacto ocular, habría de ser considerado inhábil.

(c) ¿Es suficiente con manifestar todos los elementos componentes con una frecuencia establecida, independientemente de la calidad del contenido verbal, del secuenciado, etc.? Autores como Fischetti et al. (1977) y Arkowitz (1981), han señalado cómo la atención en el recuento de los elementos simples puede oscurecer cuestiones, quizá más importantes, como serían el secuenciado y el timing.

A pesar de la importancia de estas cuestiones es sorprendente la escasez de estudios al respecto. Para solventar esta laguna, parece aconsejable que el terapeuta disponga de algunos jueces-observadores que valoren la "calidad o impresión" que el sujeto produce en los otros, además de la valoración cuantitativa de los elementos componentes.

3.1.4. Entrenamiento

El entrenamiento de la habilidad conversacional puede llevarse a cabo individualmente o en grupo. El formato básico es similar en ambos casos y suele constar de las siguientes partes:

(1º) Explicación por parte del terapeuta de la importancia que tiene esta habilidad como medio de establecimiento de relaciones sociales gratificantes, de la diferencia entre comunicación verbal y no verbal, y de sus elementos componentes correspondientes.

(2º) Instrucciones para el uso de cada elemento componente. Se hace una división entre:

(a) Elementos no verbales:

- contacto ocular.
- volumen de voz audible, pero no demasiado elevado.
- fluidez verbal (no dejar largos silencios).
- expresividad gestual, con especial atención a la sonrisa.

(b) Elementos verbales:

- Incitación: se trata de comentarios a los que recurrir para la toma de contacto e inicio de conversaciones (Ejem. "Hace buen día"; "Eso parece muy interesante"). La elección de tales comentarios depende mucho del contexto situacional.
- Preguntas abiertas: Se trata de hacer preguntas que comiencen con: qué, cómo o por qué. Desaconsejándose las preguntas cerradas, que son aquellas que comienzan con: dónde, cuándo, quién. (Ejem. "Qué tipo de películas te gustan")

- Información gratuita: consiste en aprender a añadir información no directamente solicitada por el interlocutor. (Ejem. "Me gustan las películas de aventuras y las de acción. Ayer mismo estuve viendo la última de Indiana Jones")
- Auto-revelación: se trata de compartir con el otro información más personal, tal como sentimientos, actitudes, creencias, etc. Pero cuidado, tampoco conviene dar demasiada información personal en los primeros encuentros. (Ejem. "Las de miedo me ponen muy nervioso")
- Elogios y cumplidos: se aconseja meter en la conversación "algún" comentario reforzante para el interlocutor (Ejem. "Me ha gustado hablar contigo. Tu conversación es muy amena")
- Escucha activa: Este es un elemento muy importante. Las personas con dificultades conversacionales y/o ansiedad social suelen estar muy auto-centradas y tan preocupadas pensando "¿Qué digo?" para evitar los silencios embarazosos, perdiendo así el hilo de lo que el otro dice y la oportunidad de aprovechar los comentarios del interlocutor para continuar la conversación. Mediante la escucha activa se trata de que el sujeto se des-centre y aproveche los comentarios del otro, al tiempo que le demuestra su atención e interés mediante comentarios breves, tales como palabras de refuerzo (Ajá!, Ya, Entiendo), gestos de asentimiento, o parafrasear.

(3º) Exposición de los sujetos a modelado, con dos interlocutores mostrando los elementos componentes seleccionados mientras mantienen una conversación. El modelado puede no ser necesario para enseñar los elementos simples, pero sí puede ser requerido para entrenar los elementos más complejos de la habilidad.

(4º) Ensayo de conducta. Como en todo EHS, esta es la parte principal en la que el sujeto practica primero aquellos elementos simples deficitarios hasta lograr su dominio; para una vez adquiridos todos los elementos, pasar a realizar ensayos de la habilidad global hasta conseguir la adecuada integración de tales elementos.

(5º) Feedback y reforzamiento.

En nuestro programa de entrenamiento hemos puesto el énfasis en los elementos que parecen gozar de mayor acuerdo entre los investigadores, y que son los siguientes:

- contacto ocular.
- fluidez del habla ayudándose de la libre información y auto-revelación.
- cumplidos o frases positivas de refuerzo al interlocutor.

Una vez que el sujeto es capaz de introducir adecuadamente los diversos elementos verbales y no-verbales en una conversación, se pasa a entrenarle en la habilidad para iniciar conversaciones. Las dificultades conductuales para iniciar conversaciones suelen estar relacionadas con:

- no saber cómo abordar al otro.
- no estar seguro de ser capaz de mantener la conversación.
- no saber terminar la conversación y despedirse.

Por último, se pide a los sujetos que inicien y mantengan breves conversaciones sociales/informales en su medio ambiente natural, primero con personas semi-conocidas, y más tarde con desconocidos. La importancia de estas tareas para casa es de gran valor, ya que el objetivo del entrenamiento no es que el sujeto sea capaz de iniciar y mantener conversaciones en el laboratorio, sino en su medio real.

Cuando el entrenamiento sigue una aproximación cognitiva, junto con el entrenamiento en los elementos conductuales, se emplean estrategias de reestructuración de aquellos factores que parecen estar asociados a las dificultades conversacionales. Tales factores están habitualmente relacionados con el temor a las evaluaciones negativas por parte de los demás y el miedo al rechazo.

Algunas personas temen no ser capaces de decir cosas suficientemente interesantes y parecer tontas o aburridas, otras temen trabarse, farfullar o tartamudear al hablar y causar mala impresión en los otros, ante lo cual prefieren callarse. Entre la población normal, la mayor parte de las veces estos temores son exagerados o provienen de "creencias irracionales" o de auto-estándares perfeccionistas.

Nos parece importante reseñar que el objetivo de un entrenamiento en habilidades conversacionales es, que el sujeto llegue a ser capaz de iniciar y mantener conversaciones sociales informales de la manera más efectiva posible y con el menor grado posible de ansiedad social. Mientras que el objetivo último de las personas que demandan un tratamiento suele ser: mejorar sus relaciones sociales en general y conocer gente nueva o hacer amigos.

Es un hecho reconocido que las relaciones de amistad progresan en etapas. Para llegar a una relación de amistad, el primer paso es iniciar y/o mantener una conversación informal, de modo que al final de la misma ambos interlocutores se sientan lo suficientemente interesados el uno en el otro como para repetir la interacción en un futuro encuentro. Esta primera etapa ha sido el objetivo que se pretendía alcanzar con nuestro entrenamiento en habilidad conversacional.

3.2. Habilidad heterosocial

3.2.1. ¿Qué es la habilidad heterosocial?

Para una gran mayoría de las personas el poder establecer relaciones sociales, afectivas, y/o íntimas, con personas del otro sexo es un objetivo muy importante. Sin embargo, para algunas personas ésto supone un serio problema, manifestando serias dificultades e incluso incapacidad para conseguirlo.

La mayor parte de los estudios se han dirigido hacia la población joven, quizá por ser un problema bastante extendido entre ellos como se revela de algunas encuestas, en las que ha podido observarse que un buen número de jóvenes informan temor y ansiedad al estar con personas del otro sexo (el 15% de los varones y el 11,5% de las mujeres, según Borkovec et al, 1974), o dificultades para citarse (el 54% de estudiantes según Shumurak, 1973; y el 31% de una muestra de universitarios en Arkowitz et al, 1978). Además, hay cierta evidencia de que el fracaso en el establecimiento de relaciones adecuadas con el otro sexo en

jóvenes puede ser un precursor de "serios desórdenes psicológicos en el adulto" (Phillips y Zigler, 1964), y de "mal funcionamiento social" (Curran, 1981).

Las habilidades heterosociales o heterosexuales han sido definidas como:

- "Las habilidades relevantes para iniciar, mantener y terminar una relación social y/o sexual con un miembro del sexo opuesto" (Galassi y Galassi, 1979).

- "El grado en el cual una persona tiene éxito en interacciones heterosexuales que tienen como meta más inmediata la recurrencia a similares interacciones" (Conger y Conger, 1982).

- "Los comportamientos que posibilitan realizar con éxito interacciones que resultan en oportunidades de actividades sexuales, sin causar daño psicológico ni físico al otro" (Spence, 1983).

- "La competencia social que interviene en el mantenimiento de conversaciones con una persona del sexo opuesto" (Kelly, 1987).

Aunque "el hecho de que las Habilidades Heterosociales son diferentes de las Habilidades Sociales ha sido casi universalmente aceptado" (Galassi y Galassi, 1979), también es cierto que "muchas de las competencias que se necesitan no difieren gran cosa de aquellas que integran la habilidad conversacional general" (Kelly, 1987), siendo varios los estudios que apuntan en esta dirección:

- Arkowitz et al. (1975), comparando varones con alta y baja frecuencia de citas, en interacciones en vivo con cómplices femeninas, encontraron que los silencios, la latencia y el número de palabras durante la conversación, diferían entre ambos grupos.

- Conger y Farrel (1981), buscando diferencias entre sujetos que puntuaban alto y bajo en competencia heterosocial, encontraron que el tiempo de habla y la mirada eran los mayores contribuyentes a la predicción.

- Conger y Conger (1982), tras una revisión de estudios, concluyen que "De estos estudios se ha razonado que varones inhábiles no eran particularmente deficientes en conductas o en conocimiento acerca de cómo funcionar en las citas o dónde hacerlas; más bien, eran deficientes en habilidades de conversación o en materias relacionadas con actividades sexuales".

- Dodge et al. (1987), también señalan la importancia de las habilidades necesarias para iniciar o disfrutar conversaciones con otros.

En nuestro trabajo apoyamos esta perspectiva, considerando la Habilidad Heterosocial como una competencia social más amplia que la Habilidad Conversacional, aunque basada principalmente en ella, con la peculiaridad de que el interlocutor es una persona del sexo opuesto con la que "cabría" una futura interacción de carácter afectivo o íntimo, pero no necesariamente. Y consideramos preciso hacer una diferenciación entre habilidades heterosociales y heterosexuales, ya que en la literatura sobre el tema existe un solapamiento

de ambos términos, y nosotros opinamos que existen diferencias sustanciales entre ellos, tales como:

(a) La meta última en cada una de ellas es distinta. En las heterosociales, la meta sería iniciar y mantener una conversación que, podría o no, llevar a otros futuros encuentros, en principio amistosos; mientras en las heterosexuales, la meta última sería llegar a una implicación afectiva y/o sexual. En nuestro trabajo, la mayoría de los sujetos experimentales han sido explícitos al plantear que sus objetivos estaban más en la línea de conocer chicos nuevos y hacer amigos que en aumentar sus encuentros sexuales.

(b) El hecho de que tras la deficiente habilidad heterosexual "puede" existir un trastorno más serio de personalidad o sexual, que requeriría otro tipo de tratamiento.

(c) Si los déficits y los objetivos últimos son distintos, sería necesario realizar diferentes evaluaciones, y los contenidos de los programas de entrenamientos habrían de ser también diferentes.

Así pues, nosotros vamos a considerar la habilidad heterosocial como aquella competencia para iniciar o facilitar el inicio y mantenimiento de una conversación con una persona del sexo opuesto con la que "cabría" una relación afectiva o íntima, pero cuyo objetivo inicial es simplemente establecer una relación social.

3.2.2. Elementos componentes de la habilidad heterosocial

Las variables a tener en cuenta al analizar el mal funcionamiento heterosocial son las mismas que para las HHSS en general -déficits en habilidades, ansiedad condicionada, y fallos

cognitivos- más una variable característica de este tipo de habilidad: el atractivo o apariencia física.

El atractivo o apariencia física se ha revelado como una variable de gran peso específico a la hora de establecer relaciones con el otro sexo como demuestran diversos estudios (Galassi y Galassi, 1979; Bercheid y Hatfield, 1982; Glasgow y Arkowitz, 1975), siendo más determinante para las mujeres que para los hombres, pero importante para ambos sexos.

Según parece, la diferencia conductual principal entre sujetos hábiles heterosociales e inhábiles consiste en la habilidad para *iniciar* las interacciones. Siendo, además, justamente en este momento crucial de iniciación donde el atractivo físico aparece como especialmente influyente, perdiendo importancia en etapas posteriores de la relación.

Esta conducta de iniciación afecta fundamentalmente a los varones, quienes como consecuencia de los estereotipos sociales tradicionales -y aún no superados- tienen asignado el papel activo de acercamiento a la mujer e iniciación de la conversación. La mujer seguiría adoptando el papel pasivo, pero pudiendo *incitar* al acercamiento al varón por medio de la mirada fundamentalmente: "La conducta de mirar de la mujer dirigida hacia los hombres es el mejor predictor con relación a conversaciones con extraños del sexo opuesto" (Galassi y Galassi, 1979). Por otro lado, Curran et al. (1978), encontraron que los hombres con alta ansiedad heterosocial se diferenciaban de los de baja ansiedad, en su menor probabilidad de respuesta de iniciación verbal ante señales positivas de aproximación por parte de mujeres (miradas y sonrisas). Este resultado apoya la importancia de la habilidad para iniciar conversaciones como aspecto fundamental de la habilidad heterosocial, al menos para los hombres.

Los elementos componentes de la habilidad heterosocial para mujeres, según se desprende de los estudios revisados y de nuestros propios datos, parecen ser los siguientes:

- (1) Apariencia física.
- (2) Capacidad para exponerse a situaciones donde es posible encontrarse con personas del otro sexo.
- (3) Adecuado uso de las conductas que facilitan la aproximación del varón, principalmente mirada y sonrisa.
- (4) Habilidades de mantenimiento y finalización de conversación.
- (5) Habilidades de reforzamiento y mantenimiento de amistad.

Si bien en la mayoría de los estudios revisados los elementos componentes entrenados se reducen a los de iniciación (los 4 primeros), conviene tener en cuenta que las relaciones heterosociales, al igual que las relaciones de amistad, requieren pasar por diferentes etapas, de modo que no sería suficiente con poseer la habilidad de iniciación, ya que cada etapa va a precisar de la manifestación de un repertorio comportamental diferente. Así, mientras para el inicio serían fundamentales la habilidad conversacional y la apariencia física, para mantener la relación se necesitarían otro tipo de competencias, como podrían ser las de auto-expresión, de aserción, de acercamiento o de evitación sexual, etc.

3.2.3. Evaluación

En el campo de las habilidades heterosociales resulta particularmente difícil separar con claridad entre incompetencia debida a déficits en habilidades o por ansiedad condicionada,

hasta el extremo de que algunos autores en lugar de hablar de problemas de habilidad heterosocial los denominan de "ansiedad heterosexual" (Curran, 1977; Arkowitz et al., 1978; Peterson et al., 1981; Myszka et al., 1986). Por ello, lo habitual es evaluar ambas variables. El componente motor con medidas conductuales y cuestionarios de auto-informe; y el componente emocional, habitualmente por medio de cuestionarios de auto-informe.

La evaluación conductual se ha realizado generalmente mediante interacciones semiestructuradas o no estructuradas de duración fija (entre 3 a 10 min.), en las que el sujeto debía conversar con una persona del sexo opuesto. Básicamente se evalúa la habilidad conversacional más la habilidad para pedir una cita o próximo encuentro.

En cuanto a los cuestionarios de auto-informe de papel y lápiz, aunque se han empleado varios, los más frecuentemente empleados han sido "El inventario de interacciones heterosexuales" de Twentyman y McFall (1975), "La escala de evitación y ansiedad social" y "La escala de temor a las evaluaciones negativas", ambas de Watson y Friend (1969).

3.2.4. Entrenamiento

La mayor parte de los entrenamientos que aparecen en la literatura han estado dirigidos al sexo masculino. Los motivos de esta atención selectiva ha podido ser debida a dos razones. Por un lado, según se ha desprendido de algunas encuestas, parece ser que habría mayor porcentaje de hombres que de mujeres con problemas de este tipo (Borkovec et al., 1974; Arkowitz et al., 1978). Por otro lado, el hecho de que siguen siendo los varones los que tienen el papel de iniciadores.

Esta menor atención a la población femenina, así como lo limitados que han sido la mayoría de los programas de tratamiento de estos problemas, han llevado a críticas como la siguiente: "El entrenamiento en habilidades heterosociales está actualmente diseñado para enseñar exclusivamente conductas de iniciación de relaciones y habilidades de citarse para hombres, no ofreciendo ni a hombres ni a mujeres, la oportunidad de adquirir las variadas y complejas habilidades que se necesitan para tener éxito en las diferentes etapas de las relaciones heterosexuales" (Bagarozzi, 1985).

Dos han sido las técnicas de tratamiento dentro del campo del EHS para estos problemas:

(1º) *Programas de Entrenamiento en Habilidades Sociales*. El siguiente programa para grupos propuesto por Curran (1981) sería un buen modelo de los mismos. Este autor, propone un programa para grupos, con coterapeutas masculino y femenino, basado en las estrategias siguientes:

- Instrucciones
- Discusión de las habilidades
- Modelado por video
- Ensayo de conducta
- Feedback del grupo y por medio del video
- Tareas para casa
- Reforzamiento social

Incluyendo las siguientes clases de respuesta:

- Dar y recibir cumplidos
- Hablar de sentimientos
- Habilidades de escucha
- Aserción
- Comunicación no verbal
- Manejo de silencios
- Planear y pedir una cita
- Incrementar el atractivo físico
- Problemas de acercamiento íntimo.

(2º) La otra técnica de tratamiento, muy utilizada en USA, es la denominada *Práctica de Citas* (Arkowitz et al., 1978), y es empleada fundamentalmente con sujetos cuyo problema principal consistiría en la ansiedad y evitación condicionadas. La práctica de citas es un método relativamente sencillo y que ha tenido notable éxito con jóvenes. Consiste en una serie prácticas de cita semanales, cada una con una pareja diferente cuyo nombre y número de teléfono han sido dados por el terapeuta. Los sujetos sólo reciben por parte del terapeuta los nombres, números de teléfono, y unos pocos detalles sobre la cita, como dónde ir y de qué hablar al principio, dejando todo lo demás a voluntad de los participantes. Para estos autores, la reducción de la ansiedad ante las citas es el factor principal del tratamiento, llegando a señalar que el entrenamiento en habilidades sociales no añade nada a los efectos de la práctica de citas.

3.2.5. Conclusiones

De la revisión de los estudios podemos extraer algunas conclusiones:

(1) Existe una confusión terminológica englobando dentro del mismo constructo, problemas que pueden ser diferentes, tales como déficits en habilidades heterosociales, dificultades heterosexuales, citas mínimas, y ansiedad heterosexual.

(2) De las dos aproximaciones terapéuticas más utilizadas como tratamiento de los problemas heterosociales, aquellas derivadas de la Desensibilización Sistemática y las derivadas del área del EHS, si bien ambas parecen lograr una reducción similar de la ansiedad, las provenientes del EHS producen un mayor cambio en la habilidad tasada globalmente. Por lo tanto, el EHS sería el tratamiento de elección.

(3) El ensayo de conducta parece un buen método para reducir la ansiedad y mejorar las habilidades.

(4) Muchas de las competencias conductuales que se necesitan no difieren demasiado de aquellas que integran la habilidad conversacional.

(5) En aquellos casos en que el problema consiste principalmente en ansiedad y evitación condicionadas, la práctica de citas, como método de exposición en vivo, parece ser el tratamiento de elección, superior a las técnicas de laboratorio o imaginativas.

(6) Existen evidencias apuntando a que gran parte de los problemas heterosociales se caracterizan más por fallos cognitivos que por déficits comportamentales. No obstante, hay una evidente escasez de estudios dirigidos específicamente hacia los fallos cognitivos heterosociales.

(7) La gran mayoría de los estudios se han dirigido hacia sujetos jóvenes del sexo masculino, con una escasa atención al sexo femenino, y casi ausencia total a otras poblaciones como adultos separados, divorciados, etc.

(8) El atractivo o apariencia física es una variable crucial a tener en cuenta, tanto en la evaluación como en el tratamiento, para ambos sexos, pero particularmente en las mujeres.

(9) La investigación ha olvidado el establecimiento de alguna organización teórica de formación y desarrollo de las relaciones heterosexuales, aspecto que consideramos necesario para tener una guía de selección de los contenidos de los programas de entrenamiento.

(10) Las habilidades heterosociales parecen continuar siendo específicas por sexos, en base a sus papeles sociales tradicionales, varón activo y mujer pasiva. De modo que los hombres requirieran fundamentalmente habilidades de iniciación y las mujeres de facilitación de la aproximación del varón.

(11) Es difícil sacar conclusiones definitivas acerca de la efectividad de los programas de entrenamiento en habilidades heterosociales, debido a que los tratamientos varían mucho en el tipo de problema presentado por los sujetos, en los elementos componentes entrenados en

cada programa, y/o en el modelo de aproximación terapéutica. Además, la mayoría de los estudios tienen fallos metodológicos. A pesar de lo cual, los resultados parecen prometedores y, frecuentemente, superiores a los obtenidos por otros tratamientos alternativos.

3.2.6. Nuestro programa de entrenamiento en habilidades heterosociales para mujeres.

El objetivo de nuestro programa era entrenar a las mujeres en conductas dirigidas a facilitar el inicio de la interacción por parte del varón, así como del mantenimiento y finalización de conversación. Las conductas facilitadoras de aproximación seleccionadas fueron tres:

- (1) Apariencia física.
- (2) Mirada.
- (3) Sonrisa.

Según los estudios previos, estos parecen ser los elementos fundamentales que necesitarían manejar las mujeres para incrementar la frecuencia de encuentros heterosociales. El valor de una buena apariencia física de la mujer como medio para atraer la atención de los hombres ha sido avalada por varios estudios (Glasgow y Arkowitz, 1975; Greenwald, 1978; Galassi y Galassi, 1979; Marshall y Levi, 1990). Mientras que la conducta de mirar de la mujer dirigida hacia los hombres es considerada como la mejor señal predictora de posible conversación con un desconocido del sexo opuesto (Galassi y Galassi, 1979). Por su parte, Curran et al. (1978), señalan también la sonrisa como elemento importante.

Además, en el grupo cognitivo-conductual se prestó atención especial al las auto-evaluaciones negativas acerca de:

- (a) La auto-imagen física.
- (b) El temor al rechazo del varón.
- (c) Distinguir entre: conversar con un desconocido - hacer una cita - implicación afectiva o sexual.
- (d) La creencia "Los hombres sólo se interesan por mujeres atractivas".

En trabajos previos, habíamos observado que algunas mujeres tienen dificultades para ejecutar conductas que faciliten el acercamiento del varón porque temen que éste lo interprete como una invitación sexual. Por ello nos parece muy importante enseñarles a discriminar entre "incitar" a un varón a que se acerque para conocerse y el derecho a llevar esa interacción hasta el punto en que la mujer desee (derecho a no llegar a una implicación sexual). El modo de cómo decir no a una petición sexual se trabajó dentro del apartado asertividad.

Por otra parte, la creencia errónea de que los varones no se interesan por mujeres poco atractivas físicamente, supone un obstáculo para aquellas mujeres con una auto-imagen física negativa. Es por ello necesario, en estos casos, realizar una reestructuración cognitiva tanto de la creencia errónea como de las auto-valoraciones, insistiendo en diferenciar entre atractivo físico y personal, apariencia física, y figura corporal.

3.3. Habilidad asertiva o Asertividad

3.3.1. ¿Qué es la habilidad asertiva?

Durante años, los conceptos *asertividad* y *habilidades sociales* se han solapado, siendo denominados indistintamente por muchos autores. No obstante, en la actualidad, la tendencia mayoritaria es a considerar la "asertividad" como una habilidad específica incluida dentro del constructo "Habilidades Sociales". La asertividad ha sido definido como:

- "La conducta que permite a una persona actuar en base a sus intereses más importantes, defenderse sin ansiedad inapropiada, expresar cómodamente sentimientos honestos o ejercer los derechos personales sin negar los derechos de los demás " (Alberti y Emmons, 1979).

- "La expresión manifiesta de las preferencias -por medio de palabras o acciones- de una manera tal que haga que los otros le tomen en cuenta" (McDonald, 1978).

- "La capacidad compleja para emitir conductas o patrones de respuesta que maximicen la influencia interpersonal y minimicen la resistencia o la influencia social no deseada (efectividad en los objetivos) mientras al mismo tiempo maximiza las ganancias y minimiza las pérdidas en la relación con la otra persona (efectividad en la relación) y mantiene la propia integridad y sentido de dominio (efectividad en el auto-respeto)" (Linehan, 1984).

- "La conducta que afirma, asegura o ratifica las opiniones propias en situaciones interpersonales y que tiene como consecuencia el producir y mantener auto-refuerzos sin utilizar conductas aversivas por los otros" (Carrasco, 1984).

- "La capacidad de un individuo para transmitir a otra persona sus posturas, opiniones, creencias, o sentimientos de manera eficaz y sin sentirse incómodo" (Kelly, 1987).

Como puede verse, a pesar de las diferencias en los matices, la habilidad asertiva es entendida básicamente, como la capacidad para auto-expresar, por medios verbales y/o no-verbales, lo que uno opina, cree, desea, necesita, siente, etc., sin hacerlo de modo agresivo.

En cuanto a las posibles causas de los problemas asertivos, se ha aludido, habitualmente, a los mismos modelos explicativos ya comentados para las HHSS: déficits en habilidad, inhibición por ansiedad condicionada, y fallos cognitivos. A estos modelos, Linehan y Egan (1979), han añadido un cuarto modelo, denominado "De elección racional", según el cual, la persona con problemas asertivos podría tener razones válidas para elegir no comportarse asertivamente aún poseyendo en su repertorio conductual las habilidades requeridas. Estas personas conocerían la respuesta asertiva adecuada a la situación y cuándo tal respuesta está indicada, además su capacidad para emitir la respuesta no estaría inhibida por la ansiedad, sino por determinadas razones como podrían ser: creencias religiosas, alta probabilidad real de ser castigado, intensa preocupación por los demás, falta de interés real por el resultado de la situación, etc. En base a estas razones, la persona tomaría la decisión de no responder asertivamente aún cuando podría hacerlo.

En nuestra opinión, en este modelo encajarían algunas mujeres no asertivas, quienes en muchas ocasiones, tendrían motivos razonables, debidos a altas probabilidades de obtener consecuencias negativas de su medio social tradicional, para decidir que la mejor respuesta a dar a ciertas situaciones sería la no aserción. En nuestro medio social, parece indiscutible que las actitudes y expectativas sociales imperantes, pueden ser una causa razonable para que ciertas mujeres, pertenecientes a ciertos grupos sociales más tradicionales, opten por respuestas no asertivas como mal menor, aún a pesar de las consecuencias negativas para sí mismas a medio o largo plazo, como pueden ser: trastornos de ansiedad, depresión, síntomas psicossomáticos, sentimientos de insatisfacción vital, etc. Estas mujeres podrían requerir un entrenamiento en asertividad más específico, con una atención más personalizada a sus problemas individuales.

3.3.2. Elementos componentes de la habilidad asertiva.

En principio, la asertividad ha sido dividida en dos tipos:

- Positiva o "aceptación asertiva" (Kelly, 1987), referida a las respuestas que expresan calidez, afecto, sentimientos positivos, cumplidos, etc.

- Negativa u "oposición asertiva" (Kelly, 1987), referida a las respuestas de oposición, rechazo, resistencia a la presión del otro, etc.

Por otra parte, las clases de respuesta específicas que se ha considerado formaban parte de la habilidad asertiva han girado en torno a 4 tipos:

- (1) Decir NO.
- (2) Hacer peticiones.
- (3) Expresar sentimientos positivos y negativos.
- (4) Iniciar y mantener conversaciones.

Como hemos expuesto anteriormente, nosotros consideramos que esta última no debería formar parte propiamente de la asertividad, sino ser una habilidad específica más del constructo mayor "Habilidades Sociales", dejando para la habilidad asertiva las otras tres clases de respuesta, las cuales aún podrían ser clasificadas en grupos de respuesta más específicos, tales como:

- (1) Expresión de sentimientos positivos (agrado, afecto, amor...).
- (2) Expresión de sentimientos negativos (desagrado, enfado, ira...).
- (3) Manejo de los sentimientos negativos expresados por los otros (enfado, burla, críticas,...).
- (4) Expresión de opiniones personales de acuerdo y desacuerdo.
- (5) Hacer peticiones (de favores, de cambios de conducta en el otro, etc.).
- (6) Decir NO.
- (7) Hacer y aceptar cumplidos.

El entrenamiento asertivo ha puesto, generalmente, más atención en las conductas de oposición que en las de aceptación, como consecuencia, probablemente, de que las quejas

que presentan los clientes están más relacionadas con dificultades para emitir respuestas de aserción negativa. Es obvio que resulta más difícil expresar algo (negarse a hacer algo, expresar desagrado, etc.) que tiene más probabilidad de ser negativamente recibido por el interlocutor (enfadándose, rechazando, presionando, etc.), que expresar algo (cumplidos, expresión de afecto, etc.) con más probabilidad de ser recompensado (devolución del cumplido, muestras de afecto, etc.). No obstante, hay algunos tipos de personas -tímidos, egocéntricos, agresivos, etc. - que presentan marcados déficits para emitir respuestas asertivas positivas. De aquí la importancia de realizar una adecuada evaluación de ambos tipos de aserción, como requisito para establecer unos objetivos de entrenamiento adecuados al sujeto.

3.3.3. Evaluación

Tradicionalmente, los déficits asertivos se han evaluado teniendo en cuenta las dos dimensiones siguientes:

(1^o) *Dimensión conductual*: que incluiría las clases de respuesta arriba aludidas.

(2^o) *Dimensión situación*: que incluiría las diversas clases de situaciones y/o de interlocutores posibles, entre las que podrían hacerse los siguientes grupos:

- familiares: esposos, padres, novios, hijos, y otras personas cercanas.
- conocidos: amigos, compañeros de trabajo o estudio, vecinos, etc.
- desconocidos: donde cabe diferenciar entre interlocutores del mismo y opuesto sexo.
- figuras de autoridad: jefes, profesores, funcionarios, etc.

Dado que sería una labor muy compleja y costosa la evaluación de la gran variedad de situaciones sociales posibles en la que participa una persona hoy en día, esta dimensión ha sido poco estudiada. Los terapeutas han trabajado, habitualmente, la dimensión situacional desde una perspectiva subjetiva al carecer de datos normativos acerca de los diversas normas socio-culturales propias de los contextos situacionales de sus clientes.

A estas dos dimensiones, nosotros consideramos apropiado añadir la evaluación de una tercera dimensión:

- *Dimensión cognitiva*: que incluiría aquellas posibles creencias erróneas que mantiene el sujeto y que pueden suponer un obstáculo para el desarrollo de su asertividad.

Para realizar la evaluación de la asertividad, se ha recurrido a dos tipos de medidas:

(A) *Pruebas conductuales*: Mientras las habilidades conversacionales o las heterosociales eran evaluadas mediante interacciones semiestructuradas o no estructuradas, las asertivas se basan en role-playings más estructurados. Estos role-playings, utilizados tanto para la evaluación como para el entrenamiento, se desarrollan en tres pasos:

(a) Un narrador describe una situación asertiva que requiere una respuesta por parte del sujeto.

(b) Un interlocutor dirige un comentario al sujeto.

(c) El sujeto responde.

A pesar del amplio uso del role-playing como medida de evaluación de la asertividad, estudios recientes han puesto en entredicho su validez. Algunos autores han encontrado falta de correlación entre el role-playing y la conducta en vivo (Kolotkin, 1980; Gorecki et al., 1981; Alden y Cappe, 1981; Kolotkin y Wielkiewicz, 1984); otros sugieren que procedimientos de role-playing diferentes, "criban" a sujetos diferentes (Galassi y Galassi, 1976); y Jacobs y Cochran (1982), tras una revisión de estudios previos, concluyen que el role-play no es una medida válida de la asertividad.

(B) *Cuestionarios de auto-informe*: Su uso como medida de la asertividad ha sido generalizado, existiendo un buen número de ellos. Son empleados no sólo como medidas de evaluación pretratamiento, sino también como medidas de control de la efectividad del entrenamiento. Los datos obtenidos resultan muy útiles a la hora de establecer déficits específicos en las dimensiones asertivas que posteriormente servirán de guías para determinar los contenidos del entrenamiento.

Existen multitud de cuestionarios de auto-informe para evaluar la asertividad. Recordamos que de entre ellos, para los fines de nuestro trabajo seleccionamos "La escala de auto-expresión universitaria" (CSES), de Galassi et al. (1974), por contar con un amplio apoyo investigativo (Galassi et al., 1976; Gorecki et al., 1981; Kirschener y Galassi, 1983; Caballo, 1988).

3.3.4. Entrenamiento

El entrenamiento está dirigido a dotar al sujeto de aquellas clases de respuesta asertiva que el sujeto manifiesta dificultad o incapacidad para emitir ante situaciones que así lo requieren. Kelly (1987), ha establecido, a nuestro juicio, un buen conjunto de los elementos componentes verbales y no verbales, y de las clases de respuestas, muy útiles como guía a la hora de programar un entrenamiento en asertividad, incluyendo:

(A) *En aceptación asertiva*: contacto visual, afecto, volumen de voz, expresiones de elogio/aprecio, expresión de sentimientos personales, conducta positiva recíproca, y duración de las intervenciones.

(B) *En oposición asertiva*: contacto visual, afecto, volumen de voz, gestos, comprensión de lo que el otro dice o expresión del problema, desacuerdo verbal, petición de cambio de conducta o propuesta de solución, y duración de las intervenciones.

3.3.5. Nuestro programa de entrenamiento en asertividad.

Nuestro objetivo general se ha apoyado en Linehan y Egan, (1979): "El objetivo del entrenamiento asertivo para mujeres es el entrenamiento en el uso efectivo de conductas asertivas, cómo ser asertivas y cuándo, con información desde el principio de cuáles son los derechos de las personas" (independientemente de su sexo y de sus roles sociales).

Este objetivo general, fue a su vez dividido en las seis metas que Fry (1983), delimitó para un EA para mujeres, y que nosotros hemos asumido:

- (1) Incrementar la toma de conciencia acerca de los propios problemas, creencias y derechos.
- (2) Reducir la ansiedad social.
- (3) Corregir los diálogos internos contraproductivos (esto se ha realizado sólo en el grupo cognitivo-conductual, pasándose por alto en el grupo conductual).
- (4) Mejorar la comunicación no verbal.
- (5) Mejorar los mensajes verbales para que sean directos y honestos (nosotros añadimos otra característica: siempre que sea posible, empáticos).
- (6) Dotar de habilidades de protección: defensas verbales usadas contra las críticas, la manipulación, las burlas, etc.

A continuación definimos las *clases de respuesta* que ha formado parte de nuestro entrenamiento en habilidad asertiva para mujeres, varias de las cuales están basadas en las propuestas por Kelly (1987):

(A) *De aserción positiva:*

- Expresión de opiniones personales: son expresiones verbales acerca de temas generales que suponen la manifestación de opiniones, creencias, etc, personales, las cuales pueden o no estar de acuerdo con el interlocutor.

- Expresiones de elogio/aprecio: son expresiones verbales explícitas de elogio de la conducta del interlocutor y/o de aprecio hacia él por algo que ha hecho. Incluimos aquí el hacer y aceptar cumplidos.

- Expresión de sentimientos positivos: consiste en transmitir información acerca de los sentimientos positivos que nos produce el otro, tales como agrado, afecto, amor, etc. Difiere del elogio en que informa sobre los propios sentimientos, no alaba la conducta del otro. Autores como Linehan y Egan (1979), han llegado a decir que dado que nuestra sociedad considera la expresión de sentimientos como signo de debilidad, la expresión de sentimientos podría estar contraindicada en los EA para mujeres. Nosotros estamos de acuerdo en que nuestra sociedad desvaloriza la expresión de sentimientos y considera a los sujetos que lo hacen como débiles, pero consideramos que ello no es motivo para que las mujeres inhiban esta conducta. Pensamos que si esta clase de respuesta es una más de un conjunto de conductas asertivas -positivas y negativas- no tiene por qué ser motivo de preocupación, aunque quizá sí lo fuese para mujeres que sólo expresan respuestas asertivas positivas e inhiben las negativas.

También especificamos lo que serían las características generales y básicas de la respuesta asertiva positiva:

- contacto ocular
- volumen de voz suficientemente alto
- tono de voz denotando un tono emocional adecuado a la situación

(B) De aserción negativa:

- Expresión de sentimientos negativos: es la expresión de sentimientos personales cuyo contenido es etiquetado socialmente de modo negativo, tales como la ira, el enfado, el desagrado, etc.

- Manejo de los sentimientos negativos expresados por los otros: consiste en la habilidad para responder cuando el sujeto es objeto de los sentimientos negativos del interlocutor. Esta es una respuesta particularmente difícil para muchas mujeres, debido en parte a los efectos de su rol social.

- Manejo de las críticas: estrategias para responder cuando el sujeto es objeto de críticas por parte del interlocutor, y cómo hacer críticas constructivas a los demás.

- Hacer peticiones: se incluyen todas las posibles peticiones que se pueden hacer a los otros, desde un favor hasta que cambie su conducta. Es el tipo de respuesta más característica de la asertividad, y que suele denominarse como defensa de derechos. Pero dado que frecuentemente esta defensa consiste en pedir a otro cierta consideración, respeto, cambio de conducta, etc., nosotros hemos preferido incluirla dentro de la categoría de hacer peticiones.

- Decir NO: consistente en expresiones verbales que transmiten explícitamente una negativa, al interlocutor, ofreciendo oposición o resistencia a sus propósitos. Esta respuesta sería apropiada cuando el sujeto desea negarse a hacer algo que el interlocutor le está demandando

y que es considerado por el sujeto como una demanda poco razonable o inconveniente para él. Dentro de este tipo de respuestas incluimos también la resistencia a las presiones de los otros, el hacer reclamaciones cuando no se está satisfecho del servicio, etc.

Las características generales y básicas de la respuesta asertiva negativa serían:

- contacto ocular
- respuesta verbal breve, directa, clara y firme
- en un volumen de voz audible, pero no muy alto ya que ello podría dar al otro la impresión de agresividad por parte del sujeto y eso es algo que queremos evitar.
- en un tono de voz neutro, ni hostil ni débil.
- siempre que sea posible, empática.

Además, nosotros hemos puesto el acento en que los sujetos considerasen que, el objetivo de sus respuestas asertivas consistía en llegar a ser capaces de expresar verbalmente la respuesta asertiva más que conseguir que el otro la tuviese o no en cuenta. Consideramos muy importante dejar bien claro esto a los sujetos, ya que así se reduce la ansiedad y los sentimientos de frustración, que pueden llevar incluso al abandono de los intentos asertivos, al tener que enfrentarse a interlocutores más hábiles que ellos.

Llegar a influir eficazmente sobre los otros, es un paso avanzado en el proceso de aprendizaje de la asertividad, el cual requiere como paso intermedio la mera expresión verbal de las respuestas mencionadas. Pensamos que para un sujeto con déficits asertivos, el pretender desde un principio llegar a ejercer tal influencia, puede suponer un nivel de ansiedad añadido

y perjudicial para el aprendizaje asertivo, pues al ver que no consigue influir sobre los demás tanto como quisiera, puede darse pronto por vencido y volver a su comportamiento pasivo más cómodo para él y "al fin y al cabo, con los mismos resultados".

Dejar muy claro a los sujetos esta diferencia, nos parece de capital importancia y creemos que no ha sido adecuadamente tomada en cuenta por otros investigadores. Esta aclaración que es aplicable a ambos sexos, creemos que es particularmente relevante en el entrenamiento a mujeres, ya que debido a los estereotipos sociales es probable que se vayan a encontrar con más dificultades para ser tenidas en cuenta a pesar de manifestar un comportamiento asertivo.

En nuestro programa hemos puesto también una marcada atención en enseñar a los sujetos a diferenciar entre los tres tipos de efectividad de la respuesta asertiva planteados por Linehan (1984), como medio para decidir cuál será la respuesta más adecuada en cada situación. Linehan, hace una propuesta muy sugerente de discriminación de la conducta asertiva en términos de tres tipos específicos de consecuencias reforzantes que pueden pretender alcanzar los individuos:

- *Efectividad de objetivos*: cuando lo que se pretende fundamentalmente es conseguir cierto objetivo involucrado en la situación (por ejemplo, que un vendedor nos devuelva el dinero de un artículo que no está en condiciones).

- *Efectividad relacional*: cuando lo principal es mantener o mejorar la relación interpersonal con el interlocutor (ejemplo, cuando el sujeto quiere decir no y al mismo tiempo no ofender o herir a un amigo).

- *Efectividad de auto-respeto*: cuando el objetivo fundamental es mantener la propia estima (por ejemplo, cuando alguien está intentando aprovecharse constantemente del sujeto o faltarle al respeto).

Nosotros pensamos que aprender a discriminar las situaciones asertivas en términos de estos tres diferentes objetivos, puede ayudar a los sujetos en la generación y selección de sus propias respuestas asertivas efectivas.

En resumen, nuestro programa de entrenamiento en asertividad ha ido dirigido a enseñar a las mujeres algunas estrategias que les ayuden a construir sus propias respuestas "asertivas femeninas", en lugar enseñarles a "copiar" el modelo asertivo masculino - más orientado a la efectividad de objetivos - pues consideramos que ellas pueden mejorar las respuestas asertivas incrementando la efectividad relacional, al tiempo que ello les va a facilitar el desarrollo del comportamiento asertivo, convirtiendo en cualidades lo que, hasta la fecha, ha sido considerado como negativo para su asertividad: su mayor sensibilidad para con los sentimientos de los demás. Nuestro propósito ha sido ayudarles a ir creando un modelo de asertividad femenina, aprovechando su orientación relacional, pero incrementando el reconocimiento de los propios derechos y la efectividad de objetivos y auto-respeto.

4. NUESTROS DOS PROGRAMAS DE ENTRENAMIENTO

A continuación exponemos el apoyo teórico, los procedimientos de entrenamiento empleados, y detallamos los contenidos que han formado parte de cada uno de los programas de entrenamiento que hemos llevado a cabo.

Dado que no existe un programa de entrenamiento estandarizado - lo cual por otro lado consideramos que tampoco tendría ninguna utilidad ya que la tendencia es a individualizar al máximo los entrenamientos adaptándolos todo lo posible a las necesidades de los sujetos particulares - las estrategias de entrenamiento a utilizar y los elementos componentes a incluir son producto de la elección de los propios investigadores o terapeutas. En nuestro caso, esta elección se ha basado en los siguientes criterios:

(a) Individualización al máximo de los contenidos de los entrenamientos: Tras la evaluación previa de los sujetos experimentales, los contenidos pretendían ser de "utilidad real" para ellos. Es decir, trabajar sobre sus quejas y sus actuales situaciones problema, y no sobre un paquete de entrenamiento preconcebido.

(b) Efectividad de las estrategias de entrenamiento: Hemos empleado técnicas con probado apoyo empírico, tales como son el ensayo de conducta, la instrucción, el modelado, el feedback, y el refuerzo.

(c) Sencillez: Se ha buscado una combinación de técnicas y contenidos, potencialmente efectiva para mejorar la competencia social, y que fueran fáciles de aplicar por los terapeutas y de entender y aprender por los sujetos. El objetivo era diseñar un programa de

entrenamiento "sencillo, breve y potente" que pudiera servir como programa base para otros colegas en los ámbitos clínico e investigativo.

(d) Minimizar la influencia del terapeuta: Empleando ejercicios específicos, sencillos y sistemáticos, pretendíamos reducir al mínimo la "influencia" de la variable terapeuta en la efectividad de los entrenamientos.

Los contenidos conductuales del programa cognitivo-conductual se ha intentado que fuesen los mismos que los del programa conductual, con el objetivo de poder analizar la variabilidad adjudicable al componente cognitivo añadido. Como es lógico, dado que ambos programas tenían la misma duración total, lo que sí ha variado de un grupo a otro ha sido el tiempo dedicado a cada ejercicio, ya que en el grupo cognitivo-conductual necesitábamos sacar tiempo para los ejercicios del añadido cognitivo. Por otro lado, se ha intentado en lo posible no incluir modificaciones cognitivas en el grupo conductual, si bien somos conscientes de que en el campo del EHS es inevitablemente una cierta influencia cognitiva, en el momento en que, por ejemplo, una parte importante del entrenamiento en asertividad consiste en la asunción de los derechos individuales, lo cual supone ya una reestructuración cognitiva.

Ambos grupos han tenido idéntico formato de tratamiento, con el mismo número de sesiones (10), de la misma duración por sesión (90 min.), los mismos terapeutas (1 terapeuta y 2 coterapeutas), igual número de sujetos por grupo (8) de similares características (edad, nivel socio-cultural, formación), y a lo largo de mismo período temporal.

4.1. Programa conductual

El EHS de tipo conductual ha seguido el modelo de Déficit en Habilidades (ver capítulo 4, parte I), y ha consistido, tradicionalmente, en evaluar los déficits que presentan los sujetos en el componente conductual-motor de la competencia social, y posteriormente entrenarles en la adquisición de nuevas conductas más efectivas socialmente. Así pues, al asumir este modelo, el objetivo de nuestro programa de entrenamiento es la adquisición de aquellos elementos componentes conductuales de los que carecían los sujetos experimentales en su repertorio conductual. Estos elementos componentes se especifican a continuación.

(1) Habilidad conversacional:

- Elementos de comunicación no verbales: contacto visual, sonrisa, cualidades del habla.
- Elementos de comunicación verbales: preguntas abiertas, comentarios auto-reveladores, retroalimentación positiva.
- Iniciar y mantener breves conversaciones informales.

(2) Habilidad heterosocial:

- Atención a la apariencia física.
- Conductas de incitación a la aproximación del varón: mirada y sonrisa.

(3) Habilidad asertiva:

- Respuestas de aserción positiva: expresiones de opiniones personales, de elogio/aprecio, de sentimientos positivos tales como agrado, afecto, cariño, etc.

- Respuestas de aserción negativa: expresión de sentimientos negativos tales como disgusto, enfado, malestar, etc; manejo de los sentimientos negativos expresados por el interlocutor; manejo de críticas; hacer peticiones; y decir no.

Los procedimientos empleados para realizar el entrenamiento han sido:

(1) Instrucción más Ensayo de Conducta. Por ser una combinación que cuenta con suficiente apoyo empírico, existiendo datos indicativos de que el ensayo de conducta junto con las instrucciones es la combinación más efectiva particularmente con estudiantes universitarios (McFall y Twentyman, 1973; Turner y Adams, 1977; Heimberg et al, 1977).

2) Modelado. Aunque los resultados de los estudios comparando entrenamientos con y sin modelado son confusos, con algunos autores que aducen que su uso no incrementa la efectividad del ensayo de conducta (McFall y Twentyman, 1973) y otros que aportan datos apoyando su efectividad (Hersen, Eisler y Miller, 1980), nosotros, siguiendo a Voss et al. (1978), lo hemos empleado sólo en las conductas complejas, considerando más efectivo el ensayo de conducta para entrenar conductas simples y breves. Como modelos se han utilizado a los propios sujetos, siempre que nos era posible encontrar alguno que emplease bien la conducta en cuestión, y cuando no, han sido los coterapeutas.

(3) Feedback más Refuerzo Positivo. Mediante el feedback pretendíamos aportar a los sujetos información verbal específica acerca de sus conductas. Aunque no existen datos concluyentes que apoyen su efectividad, algún tipo de feedback es incluido en la mayoría de los paquetes de entrenamiento. Conjuntamente empleamos el refuerzo social ante cualquier conducta

emitida por el sujeto que se aproximase a la deseada. Se han hecho esfuerzos para que el refuerzo no proviniese exclusivamente de los terapeutas, haciendo que el resto de los participantes del grupo, guiados por los terapeutas, también aportasen refuerzos.

(4) Tareas para casa. Al final de cada sesión se encomendaban algunas tareas para casa, relativas a las conductas que se habían trabajado durante la sesión. Así, cada sesión comenzaba con un repaso de las tareas de la semana anterior y terminaba con la imposición de unas nuevas tareas.

A continuación, pasamos a detallar el contenido de nuestro programa de entrenamiento en habilidades sociales básicas para mujeres, tipo conductual.

EJERCICIOS DEL PROGRAMA CONDUCTUAL (Aplicado al grupo B).

SESION 1ª

(1º) PRESENTACION (15 min.)

(a) Cada participante dice al resto del grupo cómo se llama.

(b) Cada participante se presenta personalmente a la persona que se encuentra a su derecha ("Hola, soy María"), y ella le responde ("Hola María, soy Luisa") y se presenta a su vez a la persona de su derecha.

(c) Cada participante presenta a otro ("Luisa, esta es Juana"), quien responde (Hola Juana).

(d) Cada participante dice del que le ha presentado algo específico que le ha gustado de su comportamiento no verbal ("Luisa, me ha gustado que sonrieses al dirigirte a mí")

(e) El terapeuta pregunta si alguien puede recordar todos los nombres, y pide que quien no recuerde alguno, se dirija a esa persona y se lo pregunte.

(2º) BIOGRAFIA (15 min.)

(a) Colocados en parejas, se cuentan una breve biografía personal.

(b) Cada participante expone ante el grupo aquellos aspectos de la biografía de su interlocutor que le han gustado o interesado.

(c) Ponerse en pie y elegir un compañero. Presentarse ("Hola María, soy Elena") y hacer algún comentario que le ha interesado de su vida ("Me parece muy interesante que dediques tu tiempo libre a la lectura" o "¿Sabes? a mí también me gusta mucho leer").

(3º) BREVE EXPOSICION Y DISCUSION DE LA TEORIA Y DE LOS OBJETIVOS DEL ENTRENAMIENTO (30 min.)

El terapeuta hace un breve exposición de las bases teóricas que sustentan el programa de EHS, define los términos que se van a emplear, y propone los objetivos del entrenamiento. Explica cómo las dificultades en las relaciones sociales son, en muchos casos, consecuencia de déficits conductuales en el repertorio de habilidades de las personas. Al carecer de las conductas requeridas, la persona se siente insegura acerca del comportamiento apropiado ante determinadas situaciones, lo cual a su vez puede producirle un cierto grado de ansiedad. Para evitar la ansiedad asociada a ciertas situaciones sociales, la persona puede optar por evitar

tales situaciones. Este comportamiento de evitación, le va a impedir el aprendizaje y/o perfeccionamiento de las habilidades sociales apropiadas ante dichas situaciones.

Se explica cómo mediante el entrenamiento se les enseñará el modo adecuado de comportarse ante las situaciones sociales en las que habitualmente experimentan dificultades, de manera que cuando se encuentren en la vida real ante tales situaciones, sepan cómo han de comportarse, reduciendo así, la inseguridad y ansiedad. Además, mediante la práctica repetida de las conductas aprendidas, primero en las sesiones y posteriormente en la vida real, y mediante la auto-exposición, en lugar de la evitación, a las situaciones sociales problemáticas, la ansiedad social se reducirá progresivamente.

Se hace hincapié en que las dificultades en las relaciones sociales se deben a alguna/as de estas 4 razones:

(a) Haber carecido de las oportunidades necesarias para el aprendizaje de las habilidades apropiadas. Por algún motivo no se aprendieron los comportamientos sociales adecuados a ciertas situaciones. Por ejemplo, en el caso de la habilidad asertiva, las mujeres han carecido de modelos femeninos asertivos, por lo que no han aprendido las conductas necesarias.

(b) Haber aprendido conductas inapropiadas para lograr ciertas metas personales de carácter social. Por ejemplo, mantener un comportamiento pasivo como medida para evitar conflictos interpersonales.

(c) No haber ido adaptando las conductas según las nuevas necesidades y usos sociales. Por ejemplo, en el terreno de las relaciones heterosociales, mostrar "indiferencia" como medio para atraer la atención masculina.

(d) Haber desarrollado la conducta de evitación de ciertas situaciones sociales, como medio para no sentir el malestar provocado por la ansiedad asociada a tales situaciones. Este comportamiento evitativo, obstaculiza el proceso de aprendizaje social y mantiene la ansiedad condicionada.

El terapeuta comenta brevemente los términos que se van a utilizar a lo largo del programa:

Habilidades sociales. Se remarca que no se trata de un rasgo de la personalidad, sino un conjunto de competencias conductuales adquiridas por el aprendizaje. Es decir, si no se poseen en el momento presente, pueden aprenderse del mismo modo que se puede aprender a conducir un coche, manejar un ordenador, etc. Está muy influenciada por el contexto social y es situacionalmente específica. Una adecuada habilidad social ayuda a las personas a alcanzar objetivos personales de carácter social (hacer amigos, encontrar pareja, etc.) importantes para su desarrollo psicosocial y su bienestar emocional. En este programa de entrenamiento se trabajarán tres habilidades sociales básicas: conversacional, heterosocial, y asertiva. Todas ellas incluyen diversos elementos componentes verbales y no verbales, que pueden aprenderse. Como para cualquier aprendizaje, se requiere cierta dedicación y esfuerzo personal para ensayar aquí y practicar después en el medio social real, una y otra vez, hasta conseguir ir mejorando progresivamente los resultados.

Habilidad conversacional. Es la habilidad que permite a las personas iniciar, mantener y finalizar conversaciones "informales" con otras personas. Es una habilidad fundamental para muchas situaciones sociales cotidianas, así como para "hacer amigos". Dentro de esta

categoría de "hacer amigos", vamos a hacer una distinción entre amigos del mismo sexo y del sexo opuesto, dado que parecen tener diferente grado de dificultad. Esta habilidad es dividida en elementos componentes verbales y no verbales.

Habilidad heterosocial. Es la habilidad para establecer relaciones con el otro sexo. En el caso de las mujeres, teniendo en cuenta el peso de los estereotipos sociales, vamos a entender por habilidad heterosocial aquel conjunto de conductas dirigidas a incitar la aproximación del varón y al mantenimiento y finalización de conversación. Vamos a diferenciar entre habilidades heterosociales y heterosexuales. Estas últimas, tendrían por objetivo el establecimiento de una relación de índole afectiva y/o sexual, de modo que las personas que tienen dificultades en esta área pueden precisar de un tratamiento más complejo que el que aquí se va a llevar a cabo. Nuestro objetivo va dirigido a mejorar las relaciones sociales cotidianas con jóvenes del otro sexo y a "hacer amigos".

Habilidad asertiva o Asertividad. Es la capacidad de expresar los propios sentimientos, opiniones, necesidades, etc, así como la defensa de los derechos personales, de una manera honesta, directa y apropiada a la situación, sin violar los derechos de los demás. La asertividad se divide en dos áreas, cada una de las cuales incluye varias clases de respuestas:

- Asertividad positiva: que incluye las expresiones de opiniones personales, de elogio/aprecio, y de sentimientos positivos tales como agrado, afecto, etc.
- Asertividad negativa: que incluye la expresión de sentimientos negativos tales como disgusto, enfado, etc; el manejo de los sentimientos negativos expresados por el interlocutor; manejo de críticas; hacer peticiones; y decir no.

A continuación, se explican los diferentes procedimientos que se van a emplear durante las sesiones de entrenamiento:

- Se dará información específica acerca de los elementos componentes de las habilidades.
- Estos elementos componentes se ensayarán en las sesiones, y se practicarán dentro y fuera de las sesiones hasta que sean adecuadamente aprendidos y pasen a formar parte del repertorio conductual.
- Cuando sea necesario, un modelo mostrará cómo llevar a cabo la habilidad.
- Al final de cada sesión se mandarán unas tareas para casa. La realización de estas tareas es muy importante, ya que el objetivo del entrenamiento es mejorar las habilidades de conversación, heterosociales, y de aserción, en el medio social natural, no en el laboratorio.

(4º) INSTRUCCION DE LOS ELEMENTOS VERBALES Y NO VERBALES DE LA HABILIDAD CONVERSACIONAL (15 min.)

El terapeuta aporta información específica acerca de la importancia y uso apropiado de los elementos verbales y no verbales de la habilidad conversacional. Se pone un énfasis particular en los elementos no verbales mirada y sonrisa, pues son elementos muy importantes tanto para la habilidad conversacional como para la heterosocial.

(5º) TAREAS PARA CASA

Hoja auto-registro nº 1 (ver Apéndice III).

SESION 2ª

(1º) REPASO TAREAS PARA CASA

(2º) ROLE-PLAYING CONVERSACION SOCIAL (50 min.)

Cada participante realiza un role-playing en el que ha de iniciar y mantener una conversación informal con un joven desconocido del sexo opuesto.

Situación: un chico se encuentra sentado en una mesa de la cafetería de la universidad, está solo y la chica desea conocerle. Entonces, se aproxima e inicia una breve conversación (3 min.). Después del role-playing, cada sujeto mantiene una breve entrevista con la coterapeuta con el objetivo de analizar las cogniciones del sujeto ante dicha interacción, así como una valoración subjetiva del grado de ansiedad experimentado.

(3º) PRACTICA DE CONDUCTA DE LOS ELEMENTOS NO VERBALES MIRADA Y SONRISA (20 min.)

Se enfatiza el trabajo sobre estos dos elementos por su valor específico en la habilidad conversacional, y por su valor en la habilidad heterosocial como conductas de incitación de la aproximación del varón.

(4º) TAREAS PARA CASA

Hoja auto-registro Nº 2 (ver Apéndice III).

SESION 3ª

(1º) REPASO TAREAS PARA CASA

(2º) TEMAS TONTOS (20 min.)

(a) Se divide el grupo en dos subgrupos, en cada uno de los cuales se introduce uno de los coterapeutas.

(b) El terapeuta entrega a cada sujeto dos tarjetas. En una de las tarjetas está escrita una palabra de uso corriente (lápiz, cigarrillos, papel, etc), y la otra tarjeta está en blanco.

(c) Cada sujeto, por turnos, ha de hablar a sus compañeros durante 90 seg. acerca del tema que le ha correspondido. Sus compañeros han de escucharle y observarle atentamente.

(d) Una vez que todos han hablado, se les pide que anoten en las tarjetas en blanco algunos aspectos no verbales, positivos y negativos, que han observado en sus compañeros. Después, cada compañero (incluido el coterapeuta, quien procura enfatizar aspectos positivos) aporta este feedback a cada sujeto.

(3º) PRACTICA DE CONDUCTA DE LOS ELEMENTOS NO VERBALES

CONVERSACIONALES (40 min.)

(a) Se trabajan con cada sujeto aquellos elementos no verbales que se le han observado como deficitarios. Además, se entrega a cada sujeto una tarjeta recordatorio donde constan dichos elementos.

(b) Cuando sea necesario, el terapeuta instruye y modela, utilizando a algún otro participante que manifieste un buen uso del elemento en cuestión o a uno de los coterapeutas.

(c) Se les motiva para que en su vida diaria realicen el esfuerzo necesario para auto-observar y modificar estos elementos.

(4º) IMPORTANCIA DE LA APARIENCIA FISICA (10 min.)

Breve charla del terapeuta acerca de la importancia de cuidar la apariencia física, particularmente ante las relaciones heterosociales, debido a su valor demostrado en los primeros encuentros.

(5º) TAREAS PARA CASA

Hoja auto-registro N° 3 (Ver Apéndice III).

SESION 4ª

(1º) REPASO TAREAS PARA CASA

(2º) INSTRUCCION Y PRACTICA DE CONDUCTA DE LOS COMPONENTES VERBALES CONVERSACIONALES (70 min.)

Parte primera: En conversaciones sociales informales. Elementos trabajados:

- Preguntas abiertas vs. cerradas
- Comentarios auto-reveladores

- Contenido verbal (interesante vs. aburrido, superficial vs. profundo, etc.)
- Señales de oidor
- Escucha activa

Parte segunda: En la expresión de opiniones y sentimientos positivos. Elementos componentes:

- Expresión directa de opiniones personales
- Expresión de sentimientos positivos tales como sentirse a gusto, feliz, alegre, etc
- Elogios y cumplidos.

(4º) TAREAS PARA CASA

Hoja auto-registro N° 4 (Ver Apéndice III).

SESION 5ª

(1º) REPASO TAREAS PARA CASA

(2º) LOS ESTILOS DE CONDUCTA SOCIAL: PASIVO, AGRESIVO, Y ASERTIVO

(50 min.)

Parte primera: Se entrega a cada participante una hoja dividida en tres columnas que corresponden a características de cada estilo de conducta, pero sin identificarlos por sus nombres. Se les pide que se auto-evalúen, ítem por ítem, decidiéndose por uno o más de cada

fila. Después, se les indica a qué estilo de conducta corresponde cada columna, de modo que puedan adscribirse a un estilo conductual predominante.

Parte segunda: Cada sujeto expone ante los demás cuál es su estilo de conducta, y habla acerca de las ventajas e inconvenientes de comportarse de ese modo, y por qué emplea ese estilo y no otro.

Parte tercera: Charla del terapeuta acerca de las características peculiares de cada estilo, de los elementos verbales y no verbales que los caracterizan, de los motivos por los cuales las personas los emplean, y razones para aprender y manifestar preferentemente un comportamiento asertivo.

(3º) APRENDIENDO A RECONOCER LOS 3 ESTILOS (20 min.)

Se entregan a cada sujeto 3 tarjetas de distintos colores, de modo que cada color va a identificar a cada uno de los estilos de conducta: pasivo, agresivo, asertivo. Después, el terapeuta describe unas cuantas situaciones asertivas, a las cuales da una respuesta.

Ejemplo: Una joven que trabaja como dependienta, tenía pensado aprovechar su tarde de descanso laboral, en el día de hoy, para salir a hacer algunas compras que lleva tiempo deseando hacer. Después de comer, una amiga le llama para proponerle que se acerque a su casa a tomar café y pasar la tarde charlando. La joven responde: "Bueno..uhmm...déjame pensar...¿estás segura de que esta tarde te viene bien?".

Entonces, cada sujeto ha de mostrar la tarjeta que identifica, según su criterio, el estilo de conducta al que correspondería la respuesta del personaje. Una vez que todos han "juzgado" la respuesta, se discuten las diferentes opiniones, y al final, el terapeuta aporta información adecuada para la correcta identificación, y las diferencias conductuales con los otros estilos.

(4º) TAREAS PARA CASA

Hoja auto-registro N° 5 (Ver Apéndice III).

SESION 6ª

(1º) REPASO TAREAS PARA CASA

(2º) LOS DERECHOS PERSONALES (10 min.)

Lectura y breve discusión de los "Derechos personales que deberían regir las relaciones interpersonales" (ver Apéndice III).

(3º) EXPRESION DE DESAGRADO, DISGUSTO, ENFADO (40 min.)

El terapeuta instruye sobre un modelo de respuesta asertiva indicada para expresar los sentimientos de desagrado, disgusto, enfado, etc. Mediante esta respuesta, primero se describe (sin juzgar) la conducta del otro y los propios sentimientos ante tal conducta ("Cuando me llamas tonta delante de nuestros amigos, me siento furiosa y enfadada contigo"). Y a continuación, se expresa con firmeza la petición para que cambie tal conducta en futuras

ocasiones ("Quiero que en adelante, cuando tengas que hacerme alguna crítica, esperes a que estemos solos").

Se intenta dirigir la queja hacia la conducta concreta del otro que nos ha molestado, sin caer en la adjetivación ("Cuando me llamas tonta delante de nuestros amigos" en vez de "Cuando me humillas delante de nuestros amigos"), y asumiendo la responsabilidad de los propios sentimientos desde el "YO" en lugar de culpabilizar al "TU" ("Yo me siento furiosa" en lugar de "Tú me pones furiosa"). Las afirmaciones desde el YO y la focalización sobre las conductas concretas, reducen la defensividad del otro y facilitan el llegar a compromisos y acuerdos.

Por último, el terapeuta plantea a cada sujeto una situación que requiera una expresión de desagrado, disgusto o enfado. Estas respuestas se trabajan mediante un formato con role-playing más práctica de conducta, según el esquema siguiente:

- (a) Descripción de la situación asertiva
- (b) El sujeto da su respuesta
- (c) El resto del grupo "juzga" con ayuda de las tarjetas de colores la respuesta emitida
- (d) Si la respuesta es juzgada como asertiva, se pide a algunos participantes que aporten un feedback positivo y refuerzo social.
- (e) Si la respuesta es mejorable, se da al sujeto feedback positivo sobre los elementos bien empleados, y después se pide a los participantes que aporten sugerencias para mejorar la respuesta. Entonces, se repite el role-play para dar la oportunidad de que el sujeto introduzca las mejoras propuestas, tras lo cual si la respuesta es adecuada recibe refuerzo social.

(4º) MANEJO DE CRITICAS (30 min.)

Instrucción y práctica de conducta de las situaciones siguientes:

Cuando el sujeto es objeto de la crítica.

(a) Cuando realmente se ha cometido el error objeto de la crítica: Se admite el error a nivel de conducta ("Tienes razón, tenía que haberlo hecho ayer y lo olvidé"), pero no se acepta la crítica a nivel personal ("pero eso no significa que yo sea estúpida").

(b) Cuando no se tiene la certeza de haber cometido el error: A veces uno piensa que está siendo criticado indirectamente por un error que no cree haber cometido. Por ejemplo, tu madre te dice: "¡ Pero aún no has ordenado tu cuarto !". Tú no recuerdas que te hubiese pedido que lo ordenases. Entonces, tu respuesta asertiva podría ser: "Sí, es verdad que no he ordenado el cuarto" (en lugar de intentar defenderte), y esperar a que aclare más el asunto antes de pasar a defenderte.

Cuando es el sujeto quien desea hacer una crítica a otro.

(a) Cuando se quiere apuntar un error cometido por el otro: Primeramente se dice algo positivo sobre él ("Me ha gustado mucho la introducción del estudio"), y a continuación se expresa la crítica ("En cuanto al apartado X creo que has omitido algunos datos importantes").

(h) Cuando el otro no está cumpliendo con un compromiso previamente establecido: Entonces se recuerda el compromiso ("Habíamos acordado fregar los platos un día cada uno"). A continuación se describe la situación actual ("Ayer fregué yo y hoy los platos están sin fregar"). Después, se busca información al respecto ("me gustaría saber por qué no los has fregado aún"), y si la excusa del otro no nos parece razonable, se expone directamente lo que uno quiere ("Comprendo que estés cansado, pero hoy te toca fregar los platos").

(5º) TAREAS PARA CASA

Hoja auto-registro N° 6 (Ver Apéndice III).

SESION 7ª

(1º) REPASO TAREAS PARA CASA

(2º) PRACTICA DE CONDUCTA DE LAS EXPRESIONES DE DISGUSTO, DESAGRADO, ENFADO, Y DEL MANEJO DE CRITICAS (30 min.)

(3º) DECIR NO (40 min.)

Instrucción y práctica de conducta de las diferentes modalidades de decir no:

Disco rayado

Se escucha la petición y se responde con una negativa ("Eso no me interesa"). Ante la insistencia del otro, repite una y otra vez lo mismo ("Ya, pero no me interesa") de un modo

directo y escueto, sin dejarse sacar del tema en cuestión, sin aportar explicaciones, y en tono de voz neutro sin mostrar enfado. Esta modalidad se aconseja fundamentalmente para situaciones comerciales.

Negación empática

Es la forma asertiva más recomendable cuando se quiere decir no a personas familiares o significativas. Implica reconocer los sentimientos o necesidades del otro y expresarlos para que pueda comprobar que le tenemos en cuenta a pesar de nuestra negativa; después, focalizarse sobre la cuestión concreta y tratar de que respete nuestra decisión.

Escalada en aserción

En la mayoría de las situaciones en las que alguien no muestra respeto por nuestros derechos, lo recomendable es comenzar por una respuesta asertiva "mínima" (verbalizando lo incorrecto de su conducta), y sólo cuando el otro persista en su comportamiento no respondiendo adecuadamente a nuestro requerimiento, tendremos que ponernos más firmes, e incluso en ciertos casos, puede ser necesario llegar hasta una respuesta claramente defensiva.

(4º) TAREAS PARA CASA

Hoja auto-registro Nº 7 (Ver Apéndice III).

SESION 8ª

(1º) REPASO TAREAS PARA CASA

**(2º) ROLE-PLAYING MAS PRACTICA DE CONDUCTA DE SITUACIONES
PROBLEMA REALES (70 min.)**

Se trabaja sobre situaciones personales recientes de los propios participantes en las que han encontrado dificultades para emitir un comportamiento asertivo.

(3º) TAREAS PARA CASA

Hoja auto-registro Nº 8 (Ver Apéndice III).

SESION 9ª

(1º) REPASO TAREAS PARA CASA

**2º) EJERCICIOS DE PRACTICA DE LAS CLASES DE RESPUESTAS DE
ASERCION POSITIVA (50 min.)**

- (a) Hacer y recibir cumplidos, elogios, etc
- (b) Expresar sentimientos personales positivos (agrado, afecto, amor, etc)
- (c) Expresar opiniones personales, experiencias, etc
- (d) Expresar acuerdo con un grupo
- (e) Hacer peticiones razonables

Se reparten a todos los sujetos, tarjetas con distintas consignas referentes a las distintas clases de respuesta arriba indicadas (Ejemplo: "Haz un cumplido a la persona que está a tu

derecha", " Expresa tu opinión acerca de los gitanos", etc.). Las respuestas de ambos interlocutores es juzgada por el grupo, y si no es considerada adecuadamente asertiva se trabaja sobre ella con el sujeto en cuestión.

(3º) TAREAS PARA CASA

Hoja auto-registro Nº 9 (ver Apéndice III).

SESION 10ª

(1º) EJERCICIOS DE PRACTICA DE LAS CLASES DE RESPUESTA DE ASERCION NEGATIVA (60 min.)

Idem al ejercicio de la sesión anterior, pero con las clases de respuesta asertivas negativas siguientes:

- (a) Expresar desacuerdo
- (b) Hacer y enfrentar críticas
- (c) Decir no
- (d) Expresar enfado
- (e) Expresar disgusto o desagrado
- (f) Pedir cambios de conducta al otro

(2º) COMENTARIOS ACERCA DEL PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO

Breve puesta en común acerca de los aprendizajes realizados, cambios producidos, y dudas.

Críticas y sugerencias al programa de entrenamiento.

Se les entrega de una nueva Hoja de auto-registro como la de la sesión anterior, para que sigan trabajando personalmente y de forma sistemática los temas abordados durante el entrenamiento.

3º) DESPEDIDA

4.2. Programa cognitivo-conductual.

Este programa se basa en la asunción de que las dificultades en competencia social no son debidas sólo a déficits en habilidades, sino también a fallos cognitivo-evaluativos (ver capítulo 4, parte I). Se tienen en cuenta los factores cognitivos en la etiología y posterior desarrollo de las dificultades en competencia social, así como la necesidad de trabajar sobre ellos a la hora de llevar a cabo un entrenamiento dirigido a modificar el comportamiento social de los sujetos.

En los últimos años, siguiendo el auge de lo Cognitivo en la psicología, se ha prestando una atención creciente a este componente en el campo del EHS. Autores de gran prestigio en este campo (Lange y Jakubowsky, 1976; Linehan, 1984; Butler, 1981; MacDonald, 1982),

han incluido alguna estrategia de reestructuración cognitiva en sus paquetes de entrenamiento. En nuestro programa cognitivo-conductual, los elementos componentes conductuales han sido los mismos que en el programa conductual, pero se han añadido elementos del componente cognitivo orientados a modificar las auto-evaluaciones negativas y las creencias erróneas que parecen interferir con un adecuado funcionamiento social. De modo que los ejercicios dirigidos a modificar los elementos componentes conductuales de las habilidades coinciden en ambos programas, difiriendo sólo en el tiempo dedicado a cada ejercicio, siendo obviamente menor en el programa cognitivo-conductual, ya que era preciso sacar tiempo para incluir ejercicios orientados hacia la reestructuración cognitiva al tener ambos programas la misma duración total.

Los procedimientos de entrenamiento han sido también los mismos que en el grupo conductual - instrucción más ensayo de conducta, modelado, feedback y refuerzo positivo, y tareas para casa - a los que se ha añadido una estrategia de reestructuración cognitiva, derivada de la Terapia Racional Emotiva (TRE) de Ellis.

De entre las diversas metodologías cognitivas a nuestro alcance elegimos la TRE por las razones siguientes:

- (a) La ausencia de datos concluyentes que apoyen la mayor efectividad de una técnica cognitiva frente a otras.
- (b) Dado el punto anterior, consideramos que lo más indicado sería emplear aquella técnica de entre las disponibles que fuera mejor conocida por los terapeutas, siendo en nuestro caso la TRE.

(c) Que la técnica seleccionada contase con algún apoyo en la literatura. En nuestro caso, encontramos autores de la talla de Trower (1982), apuntado que "el EHS debería incluir el auto-control, la discusión lógica y puesta a prueba de inferencias inválidas y auto-evaluaciones negativas, las cuales funcionan bloqueando la adquisición y generación de las habilidades sociales. Las terapias cognitiva y Racional-Emotiva son técnicas efectivas en esta dirección y tendrán que desarrollarse en el futuro". En Dryden y Ellis (1989), se señala a la TRE como un potente accesorio para el tratamiento de las habilidades sociales. MacDonald (1982), sugiere que "los programas de EA para mujeres deberían incluir componentes diseñados para modificar las creencias de las mujeres acerca de las consecuencias del comportamiento asertivo". Lange y Jakubowsky (1976) han sugerido que el sistema racional emotivo de Ellis puede ayudar al entendimiento de la parte cognitiva del sujeto no asertivo. Mientras que otros autores incluyen en sus programas ejercicios claramente derivados de la TRE aunque no lo expliciten (Butler, 1981; Phelps y Austin, 1987).

(d) Durante el proceso de evaluación pretratamiento de los sujetos experimentales, observamos cómo la mayoría expresaban abiertamente su temor a decir tonterías, a hacer algo equivocado, a obtener una negativa evaluación de los otros, a ser rechazados, etc. Observación que hemos visto apoyada en otros autores. Solomon y Rothblum (1985), han apuntado que "Estrategias orientadas a estas cogniciones (temor al fracaso, auto-culpabilización, necesidad de aprobación y catastrofismo) parecen particularmente necesarias para sujetos femeninos". Alden y Safran (1978), en un estudio encontraron apoyo para las tres creencias irracionales clásicas en sujetos no asertivos: (a) Debo ser querido y aprobado por todas las personas con quienes me relaciono; (b) Debo ser competente en todo; (c) Es terrible para mí que las cosas no sean como yo quiero. Lohr y Bonge (1982), también encontraron que los sujetos no asertivos manifestaban mayor necesidad de aprobación, altas

autoexpectativas, evitación de problemas, y una alta puntuación en una escala global de creencias irracionales.

De manera que en vista de que nuestras observaciones estaban apoyadas por investigaciones precedentes, y una vez seleccionada la técnica cognitiva a emplear, pasamos a desarrollar una estrategia de tratamiento cognitivo aplicable a dentro de nuestro programa de EHS. Esta estrategia, basada en la metodología de la TRE de Ellis y en la detección de los errores cognitivos señalados arriba, ha seguido el siguiente diseño:

(1) Parte educativa. Consistente en enseñar a los sujetos cómo las personas nos hablamos a nosotros mismos, tendiendo a evaluar e interpretar los acontecimientos en base a unas determinadas creencias. Estos idiosincrásicos modos de interpretar la realidad influyen sobre nuestros sentimientos y conductas. Aprendiendo a detectar y modificar aquellas creencias erróneas (preferimos este término al de irracionales) que inducen a interpretaciones maladaptativas, nos es posible aliviar los sentimientos perturbadores, tales como la ansiedad, y desarrollar un comportamiento socialmente más eficaz.

(2) Parte práctica. Siguiendo el esquema del A-B-C de Ellis y mediante auto-registros se ayuda a los sujetos a "detectar" las auto-evaluaciones negativas y las creencias erróneas asociadas a sus sentimientos de temor/ansiedad social y a sus comportamientos maladaptativos. Después, se les enseña a "debatir lógicamente" dichas creencias poniendo una especial atención en sus ideas auto-derrotistas y tremendistas, con el fin de cambiarlas por ideas más realistas y adaptativas, una más objetiva evaluación de las consecuencias, y de tolerancia de la frustración.

Debemos remarcar que el propósito de este trabajo cognitivo no era realizar un profundo tratamiento Racional-Emotivo, sino tan sólo aportar a los sujetos una técnica que les permitiese aprender a modificar aquellas creencias erróneas que, posiblemente, eran obstaculizantes para el desarrollo de un comportamiento social más efectivo.

Para determinar estas creencias, nos hemos guiado por las cogniciones erróneas encontradas por Butler (1981) como problemáticas para las mujeres, y en las creencias irracionales señaladas por Ellis (1979) como bloqueadoras de la asertividad en las mujeres (ver más adelante en el contenido detallado del programa de entrenamiento).

A continuación, detallamos el contenido del programa de entrenamiento en habilidades sociales básicas para mujeres, tipo cognitivo-conductual.

EJERCICIOS DEL PROGRAMA DE EHS COGNITIVO-CONDUCTUAL

(Aplicado al grupo A)

SESION 1ª

(1º) PRESENTACION (15 min.)

Idem programa conductual.

(2º) BIOGRAFIA (15 min.)

Idem programa conductual.

(3º) BREVE EXPOSICION Y DISCUSION DE LA TEORIA Y DE LOS OBJETIVOS DEL ENTRENAMIENTO (30 min.)

El terapeuta hace una breve exposición similar a la realizada con el grupo conductual, pero añadiendo y remarcando la importancia de que pueden tener ciertos fallos cognitivos en la etiología y mantenimiento de la incompetencia social. Señalando cómo las personas desarrollamos a lo largo de nuestra historia personal ciertas creencias acerca de nosotros mismos y de los demás, generamos auto-estándares de comportamiento y expectativas acerca de las consecuencias de nuestro comportamiento, y nos hablamos a nosotros mismos dando interpretaciones a los acontecimientos.

Las dificultades para manifestar un buen funcionamiento social son consecuencia, en muchos casos, de formas de pensar erróneas acerca de uno mismo (soy torpe social, poco inteligente, poco atractivo, etc), generalmente derivadas de auto-estándares perfeccionistas; de comparaciones auto-derrotistas con los demás (ellos son más listos que yo, valen más que yo, etc); y de predicciones de consecuencias catastrofistas (voy a crear un conflicto, se van a reír de mí, me van a rechazar, etc).

Unos errores cognitivos consisten en negativas auto-evaluaciones, y otros, en creencias erróneas maladaptativas. La conjunción de ambos, está asociada a perturbaciones emocionales tales como el temor y la ansiedad sociales. Como consecuencia estos fallos cognitivos y perturbaciones emocionales, se produce un bloqueo en la emisión de conductas hábiles que el sujeto ya posee o que podría aprender fácilmente por sí mismo si fuese capaz de enfrentarse a las situaciones sociales pertinentes.

Determinados modelos educativos y experiencias negativas del pasado pueden llevar a una persona a condicionar ciertas situaciones sociales con altos niveles de ansiedad y pensamientos de temor y/o auto-desvalorización que, más tarde, formarán un círculo vicioso del que no resulta fácil salir. A lo largo del programa se os enseñará a detectar y modificar algunos de los fallos cognitivos que se han visto frecuentemente asociados a las dificultades en competencia social.

En el programa se dará instrucción acerca de los elementos componentes conductuales y cognitivos referidos a las 3 habilidades sociales -conversacional, heterosocial, y asertiva- se realizarán ejercicios prácticos, y se encomendarán tareas para ser realizadas entre sesiones.

(4º) INSTRUCCION DE LOS ELEMENTOS VERBALES Y NO VERBALES DE LA HABILIDAD CONVERSACIONAL (15 min.)

Idem programa conductual.

(5º) TAREAS PARA CASA

Hoja de auto-registro N° 1 (Ver Apéndice III).

SESION 2ª

Básicamente esta sesión es idéntica a la realizada con el grupo conductual, pero aquí se incluye la discusión de la creencia " Los hombres no se interesan por las mujeres no atractivas físicamente ". También, se pone la atención en diferenciar entre la importancia que puede tener en los primeros encuentros heterosociales una cuidada apariencia personal

(relacionada con el vestuario, el peinado, etc) y la idea de atractivo físico, relacionada con canones de belleza y figura corporal.

SESION 3ª

(1º) REPASO TAREAS PARA CASA

(2º) TEMAS TONTOS (15 min.)

Idem grupo conductual.

**(3º) PRACTICA DE CONDUCTA DE LOS ELEMENTOS NO VERBALES
CONVERSACIONALES (40 min.)**

Idem grupo conductual.

(4º) CIRCULO CERRADO (15 min.)

Todos los miembros (incluidos terapeutas), menos un participante que queda fuera, forman un círculo cerrado agarrándose por los hombros. El sujeto que ha quedado fuera, tiene el "objetivo" de entrar dentro del círculo, mientras el grupo tiene por "objetivo" impedirsele. Todos los sujetos pasan por la experiencia de estar fuera del círculo y tener que entrar. Después, se comenta cómo se han sentido y qué han pensado, tanto la persona que estaba fuera como los que formaban el círculo.

Después, el terapeuta comenta la analogía entre esta experiencia y el intentar entrar a formar parte de un grupo o conversación en la vida real. Los diferentes modos de afrontarlo, la búsqueda o no de distintas alternativas para lograr el objetivo, lo que pensamos ante esa situación, y la manera en que nos sentimos (frustrados, cobardes, agresivos, etc). Y cómo dentro de un grupo, "aparentemente cohesionado", no todos piensan y sienten lo mismo aunque se comporten de un modo similar (unos pueden sentir lástima, otros rechazo, etc).

Se añade la discusión de las creencias erróneas relacionadas con el temor al rechazo:

(a) Yo debo hacer todo lo posible por conseguir que nadie me desaprobe.

(b) Los demás deberían tratarme con consideración y respeto, del modo en que yo quiero que me traten.

(5º) TAREAS PARA CASA

Hojas auto-registro N° 3 y registro A-B-C (Ver Apéndice III).

SESION 4ª

Idem grupo conductual.

SESION 5ª

Toda la sesión sigue el formato de la del programa conductual, pero añadiendo y enfatizando la importancia de las distintas cogniciones asociados a cada uno de los 3 estilos de conducta.

TAREAS PARA CASA

Hoja de auto-registro nº 5 y hacer un breve comentario personal sobre las ideas erróneas (Ver Apéndice III).

SESION 6ª

(1º) REPASO TAREAS PARA CASA

(2º) DISCUSION RACIONAL DE LAS CREENCIAS ERRONEAS (35 min.)

El terapeuta aporta a los sujetos el Esquema de Trabajo para la auto-discusión de las creencias erróneas (ver Apéndice III). Como ejemplo de trabajo se utilizan las creencias erróneas de los propios sujetos, detectadas en el ejercicio para casa de la sesión anterior.

(3º) DESARROLLANDO UN SISTEMA DE CREENCIAS ASERTIVO (35 min.)

(a) Se discute en grupo el "Sistema de Creencias Asertivo" (Ver Apéndice III).

(b) Ejercicio en imaginación de aquellos derechos que les resultan particularmente difíciles de asumir: Se les pide que cierren los ojos, piensen en un derecho de la lista que se deniegan a sí mismos (por ejemplo, el derecho a enfadarse, perder el control y dar unos gritos y decir algo hiriente al otro). Después, han de responder a las siguientes cuestiones:

- ¿Permites ese derecho a otras personas?
- ¿A quiénes? ¿Por qué se lo permites a ellas y a ti no?

- ¿Hay alguna razón en tu historia personal que te haya podido llevar a denegarte ese derecho? ¿Hoy se dan las mismas circunstancias que entonces?

Una vez hecho este análisis crítico, se les pide que se imaginen dándose ese derecho: ¿Cómo podría cambiar su vida? ¿Ventajas e inconvenientes de otorgarse ese derecho?.

Para finalizar, el grupo se coloca en fila, y cada participante va pasando delante de cada uno, y mirándole a los ojos y en voz alta dice "A partir de hoy, yo me doy el derecho a.....", y el otro le responde "Realmente tú tienes derecho a"

(4º) TAREAS PARA CASA

Hojas de auto-registro N° 6 y A-B-C-D-E (Ver Apéndice III).

SESION 7ª

(1º) REPASO TAREAS PARA CASA

(2º) DISCUSION DE LOS 4 TIPOS DE COGNICIONES POTENCIALMENTE PROBLEMATICAS PARA LAS MUJERES (35 min.)

Se discuten los cuatro tipos de cogniciones que Butler (1981) determinó como particularmente problemáticas para las mujeres:

(a) Negativas auto-evaluaciones (Ejemplos: "Nunca sé comportarme adecuadamente", "No sabré qué decir", "Soy una persona aburrida").

(b) Ponerse auto-restricciones rígidas sobre cuándo o cómo es adecuado comportarse (Ejemplos: "Sólo puedo dirigirme a un desconocido en una fiesta", "No debería estar callada").

(c) Anticipar consecuencias catastrofistas ante determinados comportamientos asertivos (Ejemplos: "Si le digo a mi madre que voy a dejar la carrera para ser actriz, le daré un disgusto de muerte").

(d) Auto-criticarse fácilmente (Ejemplos: "No debí haberle dicho eso. Soy una egoísta").

(3º) EXPRESION DE DESAGRADO, DISGUSTO, ENFADO. (35 min.)

Primero. Breve charla por parte del terapeuta acerca de las dificultades que tienen particularmente las mujeres en comparación con los hombres, a la hora de expresar y enfrentar el enfado, la ira, la agresividad, así como las diferencias entre enfado legítimo e ilegítimo.

Segundo. Discusión de las creencias erróneas siguientes:

(a) Yo debo hacer todo lo posible para conseguir que nadie me desaprobe o se enfade conmigo. No debo hacer/decir algo que pueda molestar o herir a los demás, o hacer que se enfaden conmigo. Si hago/digo algo que provoque el enfado del otro, no seré capaz de manejar la situación adecuadamente.

(b) Los demás deberían tratarme con consideración y amabilidad.

Tercero. Role-playing más práctica de conducta (idem grupo conductual).

(5º) TAREAS PARA CASA

Hojas de auto-registro N° 7 y A-B-C-D-E (Ver Apéndice III).

SESION 8ª

(1º) REPASO TAREAS PARA CASA

(2º) MANEJO DE CRITICAS (35 min.)

Idem grupo conductual.

(3º) DECIR NO (35 min.)

Idem al grupo conductual.

(4º) TAREAS PARA CASA

Hojas de auto-registro N° 8 y A-B-C-D-E (Ver Apéndice III).

SESIONES 9ª Y 10ª

Estas dos últimas sesiones son similares en su formato de trabajo a las del programa conductual, con la diferencia de enfatizar algunos aspectos cognitivos relevantes.

5. CUESTIONES E HIPOTESIS

El presente trabajo tiene por objetivo responder a las dos **cuestiones** siguientes:

Primera: ¿Un tratamiento "breve" (10 sesiones de 90 min) consistente en un Entrenamiento en Habilidades Sociales Básicas - conversacional, heterosocial, y asertividad - es capaz de producir mejoras significativas en dichas habilidades en personas con dificultades en sus relaciones sociales?.

Segunda: ¿Un procedimiento de entrenamiento combinado cognitivo-conductual es más efectivo que un procedimiento sólo conductual para producir tales mejoras?.

Para responder a estas cuestiones formulamos las siguientes **hipótesis**:

(H 1^a) Los grupos experimentales (A y B) mejorarán más que el grupo control (C) en las tres medidas de auto-informe empleadas: CSES/asertividad, SAD/ansiedad social, y SHI-F/habilidad heterosocial.

(H 2^a) El grupo A (sometido a un entrenamiento de tipo cognitivo-conductual) mejorará de modo similar al grupo B (sometido a un entrenamiento de tipo conductual) en las variables del componente conductual medidas por los cuestionarios de auto-informe CSES y SHI-F; y además conseguirá mayores cambios en las siguientes dimensiones del componente cognitivo: temor a la desaprobación/rechazo, y auto-verbalizaciones negativas (medidas mediante la valoración subjetiva de los propios sujetos).

(H 3^a) A pesar de que ninguno de los dos programas de entrenamiento pretende actuar directamente sobre el componente emocional (variable ansiedad social medida por el cuestionario de auto-informe SAD), se espera que la ansiedad social se reduzca en ambos grupos A y B, pero que la reducción en el grupo A sea mayor dada la relación que parece existir entre la ansiedad social y el componente cognitivo.

(H 4^a) Los grupos A y B, no sólo mantendrán, sino que incluso incrementarán las mejoras alcanzadas tras el entrenamiento a lo largo de un período de seguimiento de 6 meses, pero el grupo A superará al grupo B en las variables cognitivas y ansiedad social.

6. PROCEDIMIENTO EXPERIMENTAL

6.1. Diseño experimental

Para responder a los objetivos propuestos en esta investigación, se planteó un diseño experimental con 3 grupos:

Grupo A: sometido a un EHS de tipo cognitivo-conductual, que fuese lo más idéntico posible al entrenamiento sólo conductual con el añadido de una estrategia de reestructuración cognitiva derivada de la Terapia Racional Emotiva de Ellis.

Grupo B: sometido a un EHS de tipo conductual, y en el que se procuraría influir lo menos posible sobre los aspectos cognitivos.

Grupo C: control sin tratamiento.

De manera que el tipo de entrenamiento seguido se convirtió en la variable independiente del experimento, con la intención de analizar sus efectos sobre las siguientes variables dependientes:

(a) Habilidad heterosocial.

(b) Habilidad asertiva.

(c) Ansiedad social.

(e) Dimensiones cognitivas asociadas al mal funcionamiento social: temor a la desaprobación/rechazo, y auto-evaluaciones negativas acerca de diversos aspectos de sí mismas, tales como ser poco inteligente, poco interesante, no atractiva físicamente, etc.

Estas variables dependientes serían distintamente evaluadas:

(1º) Para evaluar las habilidades heterosocial y asertiva, y la ansiedad social se emplearían dos tipos de medidas:

(a) Cuantitativa: proveniente de las puntuaciones obtenidas por medio de tres cuestionarios de auto-informe.

(b) Cualitativa: aportada por las auto-evaluaciones realizadas por los propios sujetos ante una serie de preguntas planteadas en cuestionarios.

(2º) Las dimensiones cognitivas, serían evaluadas exclusivamente según valoraciones subjetivas de los propios sujetos ante preguntas planteadas en cuestionarios.

Las mediciones de estas variables dependientes se llevarían a cabo en tres ocasiones:

- antes del tratamiento
- después del tratamiento
- tras un período de seguimiento de 6 meses

6.2. Selección de los instrumentos de evaluación.

6.2.1. Cuestionarios de auto-informe.

En primer lugar vamos a exponer las razones que nos llevaron a elegir el uso de cuestionarios de auto-informe como medida de las habilidades heterosocial y asertiva, y de la ansiedad social.

En primer lugar, aunque este tipo de medida se asocia en principio a una auto-evaluación cognitiva, está comprobado que también pueden medir respuestas motoras, fisiológicas y emocionales, que potencialmente podrían tener una evaluación objetiva pero cuya medición sería muy compleja o costosa como es el caso de las habilidades sociales.

En segundo lugar, estos cuestionarios, parecen resultar bastante válidos cuando se emplean con personas inteligentes con alto grado de auto-conocimiento y capacidad verbal para discriminar su propio comportamiento, y cuando además tales personas no tienen motivos para falsear sus respuestas. Ambos requisitos se dan en nuestros sujetos experimentales.

En tercer lugar, según se desprende de algunos estudios en el campo de las habilidades sociales, cuando se trata de grupos de población "normales" , los problemas del sujeto incompetente derivan más de la propia auto-evaluación negativa de su comportamiento al ser comparado con un estándar auto-impuesto y de la sensación de malestar subjetivo asociado, que del nivel real de competencia conductual.

Por último, no está claro que la evaluación conductual de, por ejemplo la asertividad, mediante role-playing sea una medida mejor que la obtenida por un buen cuestionario de auto-informe. O que la evaluación conductual, cuantificando frecuencias de respuesta, tiempos, etc., de los componentes simples de la habilidad conversacional sea una medida más válida de la efectividad conversacional del sujeto, que la aportada por sí mismo.

Bajo estos criterios, se optó por el uso de cuestionarios de auto-informe como medida del grado de habilidad heterosocial, asertividad, y ansiedad social. De entre los cuestionarios a nuestro alcance, se seleccionaron tres cuestionarios, uno para cada variable, que contasen con suficiente apoyo en la literatura. Esto fue posible para dos de ellos:

- La Escala de Auto-expresión Universitaria (CSES), de Galassi et al. (1974), para medir la asertividad.
- La Escala de Ansiedad y Evitación Social (SAD), De Watson y Friend (1969), para medir la ansiedad social.

Pero, para medir la habilidad heterosocial, nos encontramos con que no disponíamos de ningún cuestionario adaptado para el sexo femenino, no quedándonos más remedio que

adaptar el Inventario de Interacciones Heterosexuales (SHI), de Twentyman y McFall (1975). Se ha llevado a cabo una adaptación casi literal, a la que se ha denominado SHI-F.

A continuación se amplía la información relativa a los cuestionarios empleados.

*** Escala de auto-expresión universitaria (CSES), de Galassi, Delo, Galassi y Bastien, 1974.**

Este cuestionario aporta información sobre aserción positiva y negativa, así como de un tercer factor "autonegación", que alude a aspectos tales como elevada ansiedad, disculparse en exceso, preocuparse excesivamente por los sentimientos de los demás, etc. Además, proporciona una visión general de las clases de personas - familia, autoridad, desconocidos, etc. - con las que el sujeto tiene dificultades especiales para responder de manera asertiva.

Consta de 50 ítems a los que el sujeto puede responder: 0- casi siempre o siempre, 1- habitualmente, 2- algunas veces, 3- raramente, 4- nunca o casi nunca. De ellos, 21 ítems están expresados positivamente y 29 negativamente, para controlar la aquiescencia. Los ítems colocan a los sujetos ante una serie de personas-estímulo: familiares, pares de ambos sexos conocidos y desconocidos, comerciales, autoridad, y extraños.

Diversos estudios indican que su fiabilidad test-retest es alta, y su validez de constructo resulta aceptable. Como sus propios autores señalan, uno de los principales propósitos de la CSES es identificar a los sujetos con baja asertividad. Para ello es preciso que la escala tenga una validez adecuada para diferenciar a los sujetos de alta y baja puntuación.

Galassi et al.(1976), comprobaron esta validez mediante un test de ejecución conductual, encontrando que los sujetos de baja asertividad, medida por la CSES, tendían a dar respuestas de menor calidad asertiva, menor contacto visual, y mayor ansiedad durante el role-playing que los más asertivos. Es interesante destacar que la variable que mostró un mayor coeficiente de discriminación estandarizada entre el grupo bajo y el combinado moderado/alto, fue el contacto visual; mientras que la latencia de las respuestas, una variable que siempre se ha considerado característica de la asertividad, no mostró diferencias. A la vista de los resultados del estudio, los autores concluyeron que "Parece que la asertividad, medida por el CSES, refleja una combinación de comportamientos verbales y no verbales, incluyendo contacto visual, contenido asertivo de las respuestas verbales, y ansiedad experimentada subjetivamente", siendo una prueba válida para discriminar entre sujetos de alta y baja asertividad.

En un estudio posterior, Kirschener y Galassi (1983), con una población femenina, comprueban la validez del CSES respecto del role-playing, concluyendo que "Se confirma la validez del CSES como medida sensitiva y no costosa, durante y después del tratamiento, porque los cambios producidos son reflejo de los cambios en el comportamiento actual, al menos como serían evaluados en un role-playing".

Además, el CSES es uno de los escasos cuestionarios que cuentan con estudios de validación, al margen de los realizados por sus propios autores. En Blanco Abarca (1983), encontramos referencias de prestigiosos autores (MacDonald; Green, Burkhart y Harrison), que coinciden en señalar la existencia de una virtual ausencia de datos que pongan de manifiesto la exactitud descriptiva (validez de constructo) de las diversas medidas de auto-informe, a excepción del

"Inventario de Resolución de Conflictos" (CRI), del "Cuestionario de Asertividad de Rathus" (RAS), de la "Escala de Asertividad para Adultos" (ASES), y del "Cuestionario de auto-expresión universitaria" (CSES).

Por su parte, Caballo (1987), tras una extensa revisión de estudios acerca de la CSES, señala al "CSES como el instrumento de elección si se ha de utilizar una medida global de la habilidad social en estudiantes universitarios". Y referido a la población femenina objetivo de nuestro estudio, Gorecki et al. (1981), indican que para la CSES "no se dan distorsiones subjetivas si se usa con mujeres con auto-valoración hacia una moderada alta aserción".

*** Inventario de interacciones heterosociales para mujeres (SHI-F). Adaptación del SHI de Twentyman y McFall, 1975.**

El SHI original es un cuestionario adecuado sólo para varones, y diseñado para evaluar la habilidad para iniciar y llevar a cabo interacciones con mujeres en situaciones sociales específicas. Se le presentan al sujeto 20 situaciones heterosociales, en las que debe indicar en una escala de 1 a 7, su capacidad para enfrentarse a cada situación. Las puntuaciones bajas indican baja capacidad para manejarse en interacciones heterosexuales. Los autores, han demostrado que las bajas puntuaciones correlacionan significativamente con auto-evaluaciones de ansiedad durante interacciones simuladas con una interlocutora, con la falta de competencia social observada durante tales interacciones y con la escasez de citas y actividades heterosociales en el ambiente natural (medido por auto-registros del sujeto).

En nuestra investigación, hemos adaptado casi literalmente el inventario de Twentyman y McFall recogido en Kelly (1987), manteniendo las mismas situaciones excepto una que ha sido eliminada -quedando así el inventario con 19 ítems- y haciendo los pertinentes cambios en la redacción para adecuarlo a la población femenina a la que iba dirigido.

*** Escala de evitación y ansiedad social (SAD), de Watson y Friend, 1969.**

Este cuestionario evalúa la ansiedad (tensión o malestar subjetivo) del sujeto durante interacciones sociales, así como la tendencia a evitar tales interacciones. Consta de 28 ítems que abarcan sentimientos y situaciones generales, a los que el sujeto ha de contestar verdadero o falso.

El SAD cuenta con el apoyo de distintos autores. Hersen y Bellack (1977), lo consideran junto con la "Escala de temor a las evaluaciones negativas" (FNE) y el "Test situacional" (ST), especialmente relevante para la evaluación de las HHSS. Galassi y Galassi (1979), por su parte, exponen estudios de validación, indicando que los sujetos que puntúan alto tienden a evitar situaciones sociales, prefieren trabajar solos, son menos habladores, se preocupan más, y están menos seguros en sus relaciones sociales. Y Arkowitz (1977), constata que, "Mientras la SAD parece ser una medida de auto-informe de la ansiedad social muy buena para poblaciones universitarias, los datos normativos y de validación con otras poblaciones, particularmente clínicas, son notablemente peores".

Este cuestionario se ha empleado frecuentemente como medida de la ansiedad heterosexual, ya que aunque sus ítems no se refieren específicamente a interacciones heterosociales, "se ha

encontrado que las puntuaciones del SAD y del FNE discriminan entre individuos de alto y bajo nivel de funcionamiento heterosocial y se modifican tras el entrenamiento de las habilidades de concertación de citas" (Kelly, 1987).

En lo referente a las críticas a este cuestionario, al margen de las limitaciones en validez y fiabilidad, coincidimos con Blanco Abarca (1983) en que "La crítica más sensata que se le puede hacer a este tipo de medida esta relacionada con su excesiva abstracción e, incluso, ambigüedad de proposiciones, así como con la desmedida repetición de situaciones interpersonales que no puede ser justificada solamente por la necesidad de control de las respuestas".

6.2.2. Cuestionarios de auto-evaluación subjetiva.

A la valoración cuantitativa aportada por los cuestionarios de auto-informe, se decidió añadir una valoración cualitativa, aportada por los propios sujetos experimentales, mediante sus respuestas a:

- Un Cuestionario de Entrevista de Evaluación de las Habilidades Sociales (ver Apéndice II), que serviría para la evaluación pretratamiento.
- Una Lista Chequeo de temas de interés personal que desearían fuesen abordados por el programa de entrenamiento (ver Apéndice II). De esta Lista saldrían las áreas de dificultad comunes a los sujetos experimentales, que serían posteriormente abordadas en el entrenamiento.

- Un Cuestionario de Auto-evaluación Post-entrenamiento (ver Apéndice II), para ver los cambios que eran señalados como resultado del entrenamiento por los propios sujetos.
- Un Cuestionario de Auto-evaluación de Seguimiento (ver Apéndice II), para ver si los cambios producidos se mantenían a lo largo de un período de seguimiento de seis meses.

6.3. Selección de los sujetos experimentales.

La selección de los sujetos que habrían de formar parte de la investigación, requería que tales sujetos cumplieren los siguientes requisitos:

(1º) Se tratase de mujeres universitarias de entre 18 y 25 años, con dificultades en sus relaciones sociales/interpersonales, y que se presentasen voluntariamente al programa de entrenamiento.

(2º) Respondiesen al Cuestionario de Entrevista de Evaluación de las Habilidades Sociales. La entrevista era llevada a cabo de forma individualizada por el autor del presente trabajo.

(3º) Rellenar los tres cuestionarios de auto-informe, y que sus puntuaciones en uno o más de ellos se encontrasen por dentro de las puntuaciones criterio de selección establecidas.

Dado que los cuestionarios de auto-informe utilizados no están estandarizados, se pasaron en primer lugar a una muestra de sujetos de similares características a los que se buscaba. Se consiguió un muestreo con 77 estudiantes universitarias, con edades comprendidas entre los 18 y 24 años, y pertenecientes a diversas Facultades.

Las puntuaciones de esta muestra nos permitió obtener las medias y desviaciones típicas de los cuestionarios, las cuales nos servirían como puntuaciones criterio de selección, y que registramos a continuación:

CSES:

- Media = 123.28
- Desviación típica = 21.74
- Puntuación criterio de selección ($\bar{x} - 1S$): igual o menor que 101

SAD:

- Media = 9.80
- Desviación típica = 7.51
- Puntuación criterio de selección ($\bar{x} + 1S$): igual o mayor que 17

SHI-F:

- Media = 73.19
- Desviación típica = 18.82
- Puntuación criterio de selección ($\bar{x} - 1S$): igual o menor que 54

Es de destacar el hecho de que las puntuaciones que hemos obtenido a los cuestionarios CSES y SAD, sean muy similares a las obtenidas por otro investigador de nuestro país, Caballo (1985), quién también con mujeres universitarias obtuvo los siguientes valores: para el CSES ($\bar{x}=120.56$ y $S=20.56$), y para el SAD ($\bar{x}=10.51$ y $S=6.77$). La escasez de estudios publicados en nuestro país sobre este campo y este grupo de población nos han impedido otras

comparaciones, si bien esta coincidencia con Caballo y con universitarias de otra provincia, consideramos que pueden servir de referencia aceptable. Respecto a poblaciones extranjeras, son similares a las obtenidas por Galassi y Galassi (1979), con el CSES en universitarias ($\bar{x}=122.79$ y $S=20.89$), y por Girordo (1980), con el SAD en una muestra de estudiantes universitarios obtuvo para las mujeres una media de 8.24, puntuación que no está muy lejana de la nuestra (9.80). Para el SHI-F, la comparación de datos es imposible, dado que se trata de una adaptación de un cuestionario para varones realizada por nosotros.

Una vez elegidos los cuestionarios de evaluación y las puntuaciones criterio de selección, se pasó a la selección de los sujetos experimentales, para lo cual se recurrió a anuncios colocados en la Universidad de Deusto (ver gráfico 1).

Todas las alumnas que se mostraron interesadas, fueron entrevistadas personalmente por el autor y respondieron a los cuestionarios de evaluación. Resultó bastante difícil conseguir a los 24 sujetos que necesitábamos y que cumpliesen con los criterios de selección propuestos. Una vez seleccionados los 24 sujetos, se les repartió al azar en 3 grupos de 8. En la segunda medición - postratamiento- perdimos un sujeto del grupo control, por lo que los análisis de datos del grupo C han debido realizarse sobre 7 sujetos. De manera que al final, hemos contado con 23 sujetos de edades comprendidas entre los 18 y 24 años, alumnas de distintos cursos -desde 1º a 5º de las Facultades de Psicología, Pedagogía, e Informática- con dificultades en sus relaciones sociales/interpersonales e interesadas en mejorar su competencia social, y que entraban dentro de las puntuaciones criterio en uno o más de los cuestionarios de auto-informe CSES, SAD, SHI-F.

comparaciones, si bien esta coincidencia con Caballo y con universitarias de otra provincia, consideramos que pueden servir de referencia aceptable. Respecto a poblaciones extranjeras, son similares a las obtenidas por Galassi y Galassi (1979), con el CSES en universitarias ($\bar{x}=122.79$ y $S=20.89$), y por Girordo (1980), con el SAD en una muestra de estudiantes universitarios obtuvo para las mujeres una media de 8.24, puntuación que no está muy lejana de la nuestra (9.80). Para el SHI-F, la comparación de datos es imposible, dado que se trata de una adaptación de un cuestionario para varones realizada por nosotros.

Una vez elegidos los cuestionarios de evaluación y las puntuaciones criterio de selección, se pasó a la selección de los sujetos experimentales, para lo cual se recurrió a anuncios colocados en la Universidad de Deusto (ver gráfico 1).

Todas las alumnas que se mostraron interesadas, fueron entrevistadas personalmente por el autor y respondieron a los cuestionarios de evaluación. Resultó bastante difícil conseguir a los 24 sujetos que necesitábamos y que cumpliesen con los criterios de selección propuestos. Una vez seleccionados los 24 sujetos, se les repartió al azar en 3 grupos de 8. En la segunda medición - postratamiento- perdimos un sujeto del grupo control, por lo que los análisis de datos del grupo C han debido realizarse sobre 7 sujetos. De manera que al final, hemos contado con 23 sujetos de edades comprendidas entre los 18 y 24 años, alumnas de distintos cursos -desde 1º a 5º de las Facultades de Psicología, Pedagogía, e Informática- con dificultades en sus relaciones sociales/interpersonales e interesadas en mejorar su competencia social, y que entraban dentro de las puntuaciones criterio en uno o más de los cuestionarios de auto-informe CSES, SAD, SHI-F.

**NOTA INFORMATIVA
PARA ALUMNAS DE ESTA UNIVERSIDAD**

Se va a realizar un PROGRAMA DE

**ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES DE
RELACION SOCIAL E INTERPERSONAL**

El programa constará de 10 sesiones de 90 min. cada una, con una periodicidad semanal. Aquellas alumnas interesadas en mejorar sus habilidades sociales/interpersonales, pueden obtener más información dirigiéndose al despacho B 12, en la planta -1 del edificio nuevo, los próximos martes y jueves, de 11 a 13 h.

Gráfico 1.- Anuncio empleado para la captación de sujetos experimentales.

6.4. Equipo terapéutico.

El equipo ha estado formado por un terapeuta principal (el autor del trabajo) asesorado por su Director, y dos coterapeutas -hombre y mujer- recién Licenciados en Psicología, y por lo tanto de edades muy cercanas a los sujetos. Además, se han utilizados cuatro jueces/observadores -dos hombres y dos mujeres- estudiantes de Psicología.

6.5. Procedimientos estadísticos.

Para la realización de los análisis estadísticos, se han utilizado las puntuaciones de los tres cuestionarios de auto-informe (CSES, SAD, SHI-F), en las tres mediciones: pretratamiento, postratamiento, y seguimiento (seis meses). Las pruebas estadísticas utilizadas han sido:

El *análisis de varianza*, para comprobar las diferencias de las medias de los grupos entre sí. Para emplear esta prueba, previamente se comprobó la normalidad, la homocedasticidad, y la independencia de las variables.

La *"t" de Student*, para determinar si las puntuaciones medias de los cuestionarios de auto-informe en los tres grupos, se habían incrementado de manera estadísticamente significativa con respecto de las puntuaciones medias previas. Esto suponía comparar las puntuaciones medias del postratamiento con las del pretratamiento; del seguimiento con el postratamiento; y del seguimiento con el pretratamiento. Para poder emplear esta prueba, se comprobaron previamente las tres características señaladas arriba para el análisis de varianza.

El *Test de Wilcoxon*, prueba no paramétrica que nos permite ver las diferencias entre valores no cuantitativos, y que es además, independiente del tamaño de la muestra. Esta prueba nos permite ver si las mejoras en las puntuaciones postratamiento y seguimiento en cada variable y para cada grupo, son estadísticamente significativas.

Por último, señalar que hemos trabajado a un nivel de significancia del 5%.

7. DATOS DE LA EVALUACION PRETRATAMIENTO

A continuación detallamos los diversos datos obtenidos por los tres grupos en la evaluación llevada a cabo antes del tratamiento. Estos datos son separados en dos grupos:

(1º) Datos cuantitativos, obtenidos por las puntuaciones de los tres cuestionarios de auto-informe empleados: CSES, SAD, y SHI-F.

(2º) Datos cualitativos, aportados por auto-valoraciones de los propios sujetos, en respuesta al Cuestionario de Entrevista de Evaluación de las Habilidades Sociales (ver Apéndice II).

7.1. Datos de los cuestionarios de auto-informe.

En el siguiente cuadro se registran las medias y desviaciones típicas obtenidas por los tres grupos en la evaluación pretratamiento.

		Grupo A	Grupo B	Grupo C
CSES	\bar{x}	101.50	107.87	102.71
	S	16.26	14.95	17.72
SAD	\bar{x}	19.25	19.62	14.71
	S	5.06	3.24	4.78
SHI-F	\bar{x}	51.75	51.87	61.57
	S	12.25	6.79	13.16

A continuación se presenta una segmentación por niveles:

		<u>Nº de sujetos</u>		
		<u>de cada grupo</u>		
		<u>A</u>	<u>B</u>	<u>C</u>
Asertividad alta	(CSES mayor de 137)	0	0	0
Asertividad media	(CSES entre 109 y 137)	3	4	2
Asertividad baja	(CSES entre 94 y 108)	3	3	4
Asertividad muy baja	(CSES menor de 94)	2	1	1
Ansiedad social baja	(SAD menor de 7)	0	0	0
Ansiedad social media	(SAD entre 7 y 14)	2	0	3
Ansiedad social alta	(SAD entre 15 y 20)	3	7	4
Ansiedad social muy alta	(SAD mayor de 20)	3	1	0
Hab. heterosocial alta	(SHI-F mayor de 85)	0	0	0
Hab. heterosocial media	(SHI-F entre 61 y 85)	3	0	3
Hab. heterosocial baja	(SHI-F entre 48 y 60)	2	7	4
Hab. heterosocial muy baja	(SHI-F menor de 48)	3	1	0

7.2. Datos del Cuestionario de Entrevista de Evaluación de las Habilidades Sociales.

Nº de sujetos
de cada grupo
A B C

I/ Habilidad conversacional

a) con interlocutores de su mismo
sexo tienen dificultades para

- iniciar conversaciones	6	3	6
- mantener conversaciones	5	1	2

b) con interlocutores del sexo
opuesto tienen dificultades para

- iniciar conversaciones	7	8	7
- mantener conversaciones	5	5	3

Nº de sujetos

de cada grupo

A B C

2/ Habilidad heterosocial

- Deficiente	3	4	1
- Regular	3	3	6
- Buena	2	1	0
- Manifiestan tener serias dificultades para relacionarse con el sexo opuesto	5	3	4
- Consideran un problema la falta de facilidad para conocer chicos nuevos	7	8	4
- En el momento presente tienen pareja	4	4	3
- Nunca han tenido pareja	1	2	2
- Sólo han tenido 1 pareja	2	2	1

Nº de sujetos
de cada grupo
A B C

3/ Habilidad asertiva

- Deficiente	3	2	0
- Regular	5	6	7
- Buena	0	0	0

- Consideran que sus dificultades de aserción
son debidas fundamentalmente a:

1. No saber cómo responder asertivamente	2	3	2
2. Temor a las consecuencias	4	2	4
3. Sentimiento de inseguridad	2	3	1

4/ Atractivo físico

- Bajo	4	0	2
- Medio	2	6	3
- Alto	2	2	2

Nº de sujetos

de cada grupo

A B C

5/ Ansiedad social

a) Ante situaciones "cotidianas"

- Ansiedad baja	5	8	7
- Ansiedad media	3	0	0
- Ansiedad alta	0	0	0

b) Ante situaciones "problema"

- Ansiedad baja	0	0	0
- - Ansiedad media	1	0	4
- Ansiedad alta	7	8	3

6/ Variable cognitiva

Todos los sujetos de los 3 grupos manifiestan tener con mucha frecuencia cogniciones relativas a:

a) *Temor a la desaprobación/rechazo* de aquellas personas con las que se relacionan tanto de forma habitual como ocasional. Este temor consiste en auto-verbalizaciones referidas a una preocupación excesiva acerca de la posibilidad de no gustar o de ser desaprobado de alguna manera por el interlocutor. Generalmente, se trata de pensamientos que tienen que ver, o bien con temor a hacer o decir algo que pueda ser considerado por el interlocutor como vergonzoso, tonto o erróneo, o bien con una expectativa de consecuencias negativas, tales como que el interlocutor "se burlará de mí", "se enfadará conmigo", etc.

b) *Auto-evaluaciones negativas* acerca de diversos aspectos de sí mismas. Se trata de pensamientos relativos a estar en posesión de ciertas características personales valoradas como negativas por el medio social de referencia, tales como "soy poco atractiva", "no soy suficientemente inteligente", "soy aburrida", etc.

También, de manera espontánea, varios sujetos expresan quejas relativas a lo que denominan como *sentimiento de inseguridad*. Dicho sentimiento parece estar relacionado con auto-verbalizaciones de falta de confianza en las propias capacidades para manejarse y salir airoso de las diferentes situaciones sociales/interpersonales. Se trata de un conjunto de auto-verbalizaciones que tienen que ver con:

(a) El temor a no saber superar las posibles dificultades que puedan surgir, tales como "no voy a saber qué decir".

(b) Falta de conocimiento preciso de los derechos individuales, dudas acerca de lo que está bien/mal o es justo/injusto en ciertas situaciones sociales e interpersonales, tal como "no tengo derecho a molestarle con esta tontería".

7.3. Comentarios a datos de interés surgidos del proceso de evaluación.

Además de los datos de los Cuestionarios de Auto-informe y del Cuestionario Entrevista de Evaluación, se obtuvieron datos acerca de los temas que resultarían de mayor interés para los sujetos experimentales con el objetivo de abordarlos durante el programa de entrenamiento. Con este fin se elaboró una Lista Chequeo (ver Apéndice II), que incluía diversos temas potencialmente interesantes de trabajar para nuestra población objetivo.

En base a este conjunto de medios evaluativos se comprobó que, en la mayor parte de los sujetos, sus quejas más explícitas y sus intereses de mejora se relacionaban principalmente con dificultades para:

(a) Desenvolverse en conversaciones sociales/informales, y en particular a la hora de manejar los silencios.

(b) Dificultades para conocer gente nueva, especialmente jóvenes del sexo opuesto.

(c) Dificultades de aserción.

Ante las situaciones de conversación social/informal, temen particularmente los silencios, preocupándose a lo largo de la conversación por no saber qué decir en un momento dado debido a la ansiedad que experimentan cuando se producen silencios. También expresan preocupación debido al temor que sienten ante la posibilidad de obtener una evaluación negativa de su interlocutor.

En las situaciones heterosociales, siguen mayormente patrones tradicionales, es decir, siendo sujetos pasivos a la espera de que el chico tome la iniciativa de acercarse a iniciar la conversación. Ellas manifiestan grandes dificultades para tomar la iniciativa, bien haciendo algo que induzca al chico a iniciar la conversación, bien a ser ellas quienes la inicien. Esto es debido al "temor a lo que ellos puedan pensar" si la iniciativa es tomada por ellas como consecuencia de la permanencia del patrón cultural que obliga a los hombres a adoptar el papel activo y a las mujeres el pasivo.

Las dificultades para mantener la conversación con chicos durante los primeros encuentros, supone un problema menor, siendo pocos los sujetos que se quejan de dificultades en este área, aludiendo en este caso al temor a "decir tonterías", "parecer aburrida", "tener una conversación poco interesante", etc. Remarcamos que la gran mayoría de los sujetos que tienen dificultades de este tipo, expresan abiertamente la existencia de auto-verbalizaciones relacionadas con el temor a la evaluación negativa que su interlocutor pueda hacer de ellas durante las interacciones, al igual que ocurría ante las conversaciones sociales/informales, con la particularidad de que en las situaciones heterosociales estos temores están más acentuados, así como los niveles de ansiedad social tienden a incrementarse.

Los altos niveles de ansiedad experimentados ante determinadas situaciones sociales son considerados por algunos de los sujetos como su problema principal. Esta ansiedad es entendida como un intenso malestar subjetivo ante determinadas situaciones sociales, malestar que induce al sujeto a una evitación activa de dichas situaciones o al deseo de evitación de las mismas. Ascende a un 62,5% de los sujetos de los grupos experimentales, y un 42,8% de los sujetos del grupo control, manifiestan que sus dificultades para las relaciones sociales son debidas en gran parte a la elevada ansiedad que experimentan ante ciertas situaciones. Estos sujetos consideran que la ansiedad interfiere con sus habilidades verbales - reduciendo sus capacidades de respuesta - y llevándoles a manifestar comportamientos rígidos, inhibidos y/o torpes. Según su propia percepción, en las situaciones en las que no sienten tales niveles de ansiedad, su comportamiento es más desinhibido (auto-valorado como mejor) y sus habilidades verbales son normales o incluso buenas.

En cuanto a las dificultades de aserción, ningún sujeto considera tener buena capacidad para "auto-afirmarse" ante los demás en general, expresando que los mayores problemas los encuentran a la hora de: hacer peticiones, decir no, enfrentar las críticas y las burlas, y manejar el enfado. Y consideran que las principales causas de sus dificultades de aserción se derivan de:

- (a) El temor a consecuencias indeseables. Principalmente a que el interlocutor pueda valorarles negativamente y/o enfadarse.
- (b) Los sentimientos de inseguridad arriba aludidos.
- (c) No saber cómo responder asertivamente, debido a no encontrar la respuesta adecuada con la rapidez requerida por la situación o por dudas acerca de los derechos individuales.

8. RESULTADOS DE LA INVESTIGACION

8.1. Datos del postratamiento.

8.1.2. Exposición de los datos obtenidos en la evaluación postratamiento.

Pasamos a detallar los diversos datos obtenidos tras el tratamiento. Estos datos, al igual que los correspondientes a la evaluación pretratamiento, son expuestos en dos apartados:

(1º) Puntuaciones de los tres cuestionarios de auto-informe: CSES, SAD, y SHI-F.

(2º) Datos obtenidos mediante el Cuestionario de Auto-evaluación Post-entrenamiento (ver Apéndice II), acerca de los cambios experimentados y señalados por los propios sujetos como resultado del entrenamiento.

En primer lugar, en el siguiente cuadro se registran las puntuaciones medias y desviaciones típicas en el postratamiento.

		Grupo A	Grupo B	Grupo C
CSES	\bar{x}	118.62	120.37	109.42
	S	12.23	22.02	21.48
SAD	\bar{x}	15.12	15.75	12.28
	S	3.94	7.66	4.60
SHI-F	\bar{x}	63.25	60.62	74.71
	S	17.99	15.45	10.90

A continuación exponemos la segmentación por niveles:

		<u>Nº de sujetos</u>		
		<u>de cada grupo</u>		
		<u>A</u>	<u>B</u>	<u>C</u>
Asertividad alta	(CSES mayor de 137)	1	2	0
Asertividad media	(CSES entre 109 y 137)	6	5	4
Asertividad baja	(CSES entre 94 y 108)	1	0	2
Asertividad muy baja	(CSES menor de 94)	0	1	1
Ansiedad social baja	(SAD menor de 7)	0	2	1
Ansiedad social media	(SAD entre 7 y 14)	4	2	3
Ansiedad social alta	(SAD entre 15 y 20)	2	1	3
Ansiedad social muy alta	(SAD mayor de 20)	2	3	0
Hab. heterosocial alta	(SHI-F mayor de 85)	1	1	1
Hab. heterosocial media	(SHI-F entre 61 y 85)	2	2	5
Hab. heterosocial baja	(SHI-F entre 48 y 60)	4	4	1
Hab. heterosocial muy baja	(SHI-F menor de 48)	1	1	0

Los datos obtenidos por medio del Cuestionario de Auto-evaluación Post-entrenamiento (ver Apéndice II), y que suponen una auto-valoración realizada por los sujetos de los grupos terapéuticos acerca de los cambios asignados al entrenamiento, son los siguientes:

Nº de sujetos
de cada grupo
A B

1/ Habilidad conversacional

a) con interlocutores del mismo sexo
han mejorado sus dificultades para

- iniciar conversaciones	3	2	
- mantener conversaciones	3	1	
- enfrentar silencios	7	3	

b) con interlocutores del otro sexo
han mejorado sus dificultades para

- iniciar conversaciones	2	1	
- mantener conversaciones	3	3	
- enfrentar silencios	4	2	

Nº de sujetos

de cada grupo

A B

2/ Habilidad heterosocial

- Deficiente	1	2
- Regular	5	5
- Buena	2	1

- Actualmente les resulta más fácil conocer chicos nuevos	5	6
--	---	---

- Han incrementado las conductas dirigidas a facilitar el acercamiento de los chicos	3	6
---	---	---

Nº de sujetos

de cada grupo

A B

3/ Habilidad asertiva

a) Consideran haber conseguido una adecuada habilidad para

- Expresar propia opinión	8	8
- Expresar sentimientos positivos	6	7
- Expresar sentimientos negativos	4	3
- Hacer peticiones	5	4
- Decir no	4	4
- Enfrentar críticas	3	4
- Enfrentar enfado/agresividad	2	1

b) Consideran que sus actuales dificultades de aserción son debidas a

- No saber cómo responder asertivamente	1	1
- Temor a las consecuencias	6	4
- Sentimiento de inseguridad	1	3

Nº de sujetos

de cada grupo

A B

4/ Ansiedad social

Han percibido que la ansiedad en las situaciones
problema personales se ha reducido

- Nada	0	1
- Algo	2	3
- Bastante	6	4

5/ Atractivo físico

- Bajo	1	0
- Medio	5	6
- Alto	2	2

8.1.2. Análisis estadísticos de los datos del postratamiento.

En primer lugar, comprobamos si antes del tratamiento los tres grupos diferían entre sí. Mediante el análisis de varianza pudimos ver que los tres grupos eran homogéneos en las variables CSES ($F_{(2,27)}=0.34; p>.05$) y SHI-F ($F_{(2,27)}=1.92; p>.05$), pero no lo eran en la variable SAD ($F_{(2,27)}=2.79; p<.05$), indicando que las puntuaciones en la medida de la ansiedad social eran menores en el grupo control.

En segundo lugar, determinamos las diferencias intragrupo para las diferentes variables, obteniendo los valores que registramos en la siguiente tabla:

				D	S	SE	"t"
GRUPO A							
CSES	1-	CSES	2	-17.12	14.07	4.97	-3.44*
SAD	1-	SAD	2	4.12	5.16	1.82	2.26
SHI/F	1-	SHI/F	2	-11.50	9.07	3.20	-3.59**
GRUPO B							
CSES	1-	CSES	2	-12.50	19.94	7.05	-1.77
SAD	1-	SAD	2	3.87	8.95	3.03	1.28
SHI/F	1-	SHI/F	2	-8.75	15.89	5.61	-1.56
GRUPO C							
CSES	1-	CSES	2	-6.71	9.37	3.54	-1.89
SAD	1-	SAD	2	2.42	1.90	0.71	3.38*
SHI/F	1-	SHI/F	2	-13.14	8.93	3.37	-3.89**

D=diferencia de medias S=desviación típica SE=error estándar "t"=t de Student

* = $p < .05$ ** = $p < .01$

Nota.- Los números que siguen al nombre del cuestionario, corresponden al momento de la medición: 1=pretratamiento, 2=postratamiento, 3=seguimiento.

8.1.3. Comentarios a los resultados postratamiento.

Acerca de la asertividad:

(1º) Según las puntuaciones del cuestionario de auto-informe CSES, se observa que:

(a) El grupo que obtiene un mayor incremento medio de puntuaciones CSES, es el A (17.12 p.), seguido del B (12.50 p.); ambos a gran distancia del control C (6.71 p.).

(b) La diferencia entre las puntuaciones medias pre-postratamiento, resulta estadísticamente significativa sólo para el grupo A ($p < .05$).

(c) El análisis individualizado nos permite ver las siguientes variaciones:

- En el grupo A, en el pretratamiento, sólo 3 sujetos daban un nivel medio de asertividad, y el resto se situaban en los niveles bajo (3 sujetos) o muy bajo (2 sujetos). Tras el tratamiento, sólo 1 sujeto se encuentra en el nivel bajo, frente a 6 sujetos en el nivel medio y 1 sujeto en el alto.

- En el grupo B, en el pretratamiento, 4 sujetos se situaban en el nivel medio, 3 sujetos en el bajo, y un sujeto en el muy bajo. Tras el tratamiento, el sujeto situado en el nivel muy bajo pasa al nivel medio; mientras que de los 3 sujetos del nivel bajo, 2 pasan al medio y 1 descende al muy bajo. Por otro lado, 2 sujetos del nivel medio pasan al alto.

- En el grupo C, sólo se mueven dos sujetos, que pasan del nivel bajo al medio, permaneciendo los cinco sujetos restantes sin cambios.

(2º) En base a las auto-evaluaciones de los propios sujetos, se observa que:

(a) Cambios conductuales: no se observan diferencias importantes entre los sujetos de los grupos A y B, en las auto-evaluaciones de los cambios llevados a cabo en su conducta asertiva.

(b) Cambios cognitivos: la mayor parte de los sujetos del grupo A, consideran que sus dificultades de aserción son debidas aún al temor a las consecuencias negativas de sus respuestas. En el grupo B, este temor es compartido por la mitad de los sujetos, pero otros tres sujetos piensan que son debidas principalmente a sus sentimientos de inseguridad. Tras el tratamiento, sólo un sujeto de cada grupo, considera que sus dificultades son debidas a no saber cómo responder asertivamente.

Acerca de la ansiedad social:

(1º) Según las puntuaciones del cuestionario de auto-informe SAD, se observa que:

(a) Los grupos A y B obtienen una reducción (recordamos que en este cuestionario la mejoría se relaciona con la reducción de las puntuaciones) media de las puntuaciones casi igual (4.13 y 3.87 p. respectivamente), mientras el grupo control también reduce su puntuación aunque en menor medida (2.43 p.).

(b) Sólo los resultados del grupo control alcanzan la significatividad estadística ($p < .05$).

(c) En el análisis individualizado se observa que:

- En el grupo A, en el pretratamiento, sólo 2 sujetos se sitúan en un nivel medio de ansiedad, encontrándose el resto en los niveles alto (3 sujetos) o muy alto (3 sujetos). En el postratamiento, 2 sujetos reducen sus puntuaciones hasta un nivel medio, y un sujeto baja del nivel muy alto al alto. El resto de los sujetos permanece en sus niveles previos.
- En el grupo B, en el pretratamiento, todos los sujetos se sitúan en los niveles alto (7 sujetos) o muy alto (1 sujeto). En el postratamiento, nos llama la atención el hecho de que 2 sujetos "empeoren" pasando del nivel alto al muy alto. El sujeto que se encontraba en el nivel muy alto, permanece igual. Siendo sólo la mitad de los sujetos los que logran cierta mejoría: 2 sujetos pasan al nivel medio, y 2 alcanzan el nivel de baja ansiedad.
- En el grupo C, en el pretratamiento, los sujetos estaban divididos entre el nivel medio (3 sujetos) y el alto (4 sujetos). En el postratamiento, un sujeto pasa del nivel alto al medio, y otro del medio al bajo; los demás permanecen sin modificaciones.

(2º) En base a las auto-evaluaciones de los propios sujetos, se observa que el grupo A tiene una ligera ventaja sobre el grupo B en la auto-percepción de la reducción de la ansiedad asociada a las situaciones problema, con seis sujetos auto-evaluando que han reducido "bastante" su ansiedad social, frente a sólo cuatro sujetos del grupo B. Además, un sujeto del grupo B, auto-evalúa haber reducido "nada" su ansiedad.

Acerca de la habilidad heterosocial

(1º) En base a las puntuaciones del cuestionario de auto-informe SHI-F, se observa que:

(a) Las puntuaciones SHI-F favorecen, sorprendentemente, al grupo control, siendo el grupo C el que alcanza un mayor incremento medio (13.14 p.), seguido de cerca por el grupo A (11.50 p.), y por último el B (8.75 p.).

(b) Son estadísticamente significativas las diferencias entre las puntuaciones pre-postratamiento de los grupos A ($p < .01$) y C ($p < .01$), pero no del grupo B.

(c) En el análisis individualizado se observa que:

- En el grupo A, en el pretratamiento, 2 sujetos se encontraban en un nivel bajo y 3 sujetos en el muy bajo. En el postratamiento, se producen pequeñas variaciones, pasando 2 sujetos del nivel muy bajo al bajo, y un sujeto del medio al alto.

- En el grupo B, en el pretratamiento, 7 sujetos se encontraban en el nivel bajo y uno en el muy bajo. En el postratamiento, el sujeto muy bajo permanece igual, mientras 2 sujetos pasan del bajo al medio, y uno al alto.

- En el grupo C, en el pretratamiento, 4 sujetos se situaban en el bajo. En el postratamiento, 3 sujetos pasan del bajo al medio, y uno del medio al alto.

(2º) Según las auto-evaluaciones de los propios sujetos, se observa que:

(a) Los cambios que se producen en la auto-evaluación del nivel de habilidad, resultan casi idénticos para ambos grupos experimentales.

(b) A un similar número de sujetos de cada grupo tratado le resulta más fácil, después del entrenamiento, conocer chicos nuevos.

(c) El doble de sujetos del grupo B que del grupo A, consideran haber incrementado sus conductas de facilitación para la aproximación de chicos.

Acerca de la habilidad conversacional

Se observa una mejoría de la habilidad conversacional, tanto con el mismo sexo como con el opuesto, es similarmente auto-evaluada en ambos programas de entrenamiento. Sólo parece existir una ligera ventaja del grupo cognitivo-conductual en cuanto a la capacidad para enfrentar los silencios.

Acerca de la variable cognitiva

Se observa en todas las dimensiones cognitivas tenidas en cuenta una clara superioridad del grupo cognitivo-conductual. En este grupo, todos los sujetos excepto uno, consideran haber reducido su temor a la desaprobación/rechazo, las auto-evaluaciones negativas, y el sentimiento de inseguridad. Mientras que en el grupo conductual, sólo cuatro sujetos consideran que han reducido el temor a la desaprobación/rechazo y el sentimiento de inseguridad, y otros dos sujetos dicen haber reducido las auto-evaluaciones negativas.

Por otro lado, resulta interesante el hecho de que sujetos de ambos grupos, si bien con mayoría del grupo A, exponen espontáneamente haber percibido otras modificaciones cognitivas, como son: toma de conciencia, incremento sentimiento de igualdad, y una actitud más activa en general.

Acerca del grado de participación

Hemos analizado el grado de participación en base al nivel de colaboración activa en los ejercicios de las sesiones y cumplimiento de las tareas para casa. Entonces, observamos que si bien durante las sesiones no se observaron diferencias de participación entre ambos grupos, en la realización de las tareas para casa el grupo A ha presentado un nivel de trabajo personal superior en casi el doble al grupo B. Sin embargo, este mayor esfuerzo no parece incrementar de un modo claro los resultados. No se observa una correlación entre un mayor nivel de cumplimiento de las tareas para casa y un as puntuaciones mayores en los cuestionarios de auto-informe.

8.2. Resultados del seguimiento.

8.2.1. Exposición de los datos obtenidos en la evaluación del seguimiento.

Seis meses después de finalizado el entrenamiento, llevamos a cabo una nueva evaluación por medio de los tres cuestionarios de auto-informe, CSES, SAD, y SHI-F, y el Cuestionario de Auto-evaluación de Seguimiento (ver Apéndice II). Seguidamente detallamos los datos obtenidos en esta evaluación.

En el siguiente cuadro presentamos las puntuaciones medias y desviaciones típicas obtenidas en los cuestionarios de auto-informe por los tres grupos:

		Grupo A	Grupo B	Grupo C
CSES	\bar{X}	130.25	133.75	110.00
	S	14.68	23.46	19.10
SAD	\bar{X}	12.12	14.00	10.57
	S	5.96	7.81	5.50
SHI-F	\bar{X}	71.37	69.75	79.85
	S	20.59	15.72	13.78

A continuación se exponen las segmentaciones por niveles:

		<u>Nº de sujetos</u>		
		<u>de cada grupo</u>		
		<u>A</u>	<u>B</u>	<u>C</u>
Asertividad alta	(CSES mayor de 137)	3	4	0
Asertividad media	(CSES entre 109 y 137)	5	3	4
Asertividad baja	(CSES entre 94 y 108)	0	1	2
Asertividad muy baja	(CSES menor de 94)	0	0	1
Ansiedad social baja	(SAD menor de 7)	1	3	2
Ansiedad social media	(SAD entre 7 y 14)	4	1	3
Ansiedad social alta	(SAD entre 15 y 20)	2	1	2
Ansiedad social muy alta	(SAD mayor de 20)	1	3	0
Hab. heterosocial alta	(SHI-F mayor 85)	1	2	2
Hab. heterosocial media	(SHI-F entre 61 y 85)	4	3	4
Hab. heterosocial baja	(SHI-F entre 48 y 60)	2	3	1
Hab. heterosocial muy baja	(SHI-F menor 48)	1	0	0

Seguidamente se detallan los resultados de las auto-valoraciones de los propios sujetos acerca de los cambios experimentados durante el período de seguimiento, obtenidos por medio del Cuestionario de Auto-evaluación del Seguimiento (ver Apéndice II).

Nº de sujetos
de cada grupo
A B C

1/ Habilidad conversacional

a) Con interlocutores del mismo sexo

la capacidad para

- iniciar conversaciones ha mejorado

Nada	1	0	0
Algo	1	2	6
Bastante	6	5	1

- mantener conversaciones ha mejorado

Nada	0	0	0
Algo	1	2	5
Bastante	7	6	2

Nº de sujetos

de cada grupo

A B C

b) Con interlocutores del otro sexo

la capacidad para

- iniciar conversaciones ha mejorado

Nada	0	0	3
Algo	4	3	4
Bastante	4	5	0

- mantener conversaciones ha mejorado

Nada	0	0	1
Algo	1	2	3
Bastante	7	6	3

c) La capacidad para manejar los silencios

conversacionales con semi/des - conocidos

- del mismo sexo, ha mejorado

Nada	0	0	-
Algo	3	5	-
Bastante	5	3	-

	<u>Nº de sujetos</u>		
	<u>de cada grupo</u>		
	<u>A</u>	<u>B</u>	<u>C</u>
- del sexo opuesto, ha mejorado			
Nada	0	1	-
Algo	3	4	-
Bastante	5	3	-

d) Auto-evaluación de la actual
habilidad conversacional

- con el mismo sexo

Deficiente	0	0	0
Regular	0	0	2
Buena	8	8	5

- el sexo opuesto

Deficiente	0	0	2
Regular	4	3	4
Buena	4	5	1

Nº de sujetos

de cada grupo

A B C

2/ Facilidad para conocer gente nueva

a) con jóvenes de su mismo sexo

- No les resulta más fácil que antes del EHS	1	0	2
- Les resulta algo más fácil	1	4	5
- Les resulta bastante más fácil	6	4	0

b) con jóvenes del otro sexo

- No les resulta más fácil que antes del EHS	0	0	3
- Les resulta algo más fácil	2	3	2
- Les resulta bastante más fácil	6	5	2

3/ Habilidad heterosocial

Deficiente	0	0	2
Regular	3	4	4
Buena	5	4	1

- Han incrementado las conductas dirigidas

a facilitar el acercamiento de los chicos

5 6 -

Nº de sujetos

de cada grupo

A B C

4/ Habilidad asertiva

a) Auto-evaluación de la asertividad general

Deficiente	0	0	1
Regular	4	5	4
Buena	4	3	2

b) Consideran que actualmente poseen una adecuada capacidad para:

- Expresar propia opinión	8	8	5
- Expresar sentimientos positivos	7	6	4
- Expresar sentimientos negativos	4	6	2
- Hacer peticiones	7	7	4
- Decir no	4	4	2
- Enfrentar críticas	5	5	1
- Enfrentar enfado/agresividad	4	3	3

Nº de sujetos

de cada grupo

A B C

c) Consideran que sus actuales dificultades son debidas principalmente a

- No saber cómo responder con asertividad	1	1	3
- Temor a las consecuencias	5	4	3
- Sentimiento de inseguridad	2	3	1

d) Consideran que tras el entrenamiento su competencia en asertividad ha mejorado

Nada	0	0	-
Algo	2	1	-
Bastante	6	7	-

e) Consideran que actualmente muestran un comportamiento

- más pasivo que antes del EHS con

Nadie	6	8	-
Algunas personas "familiares"	2	0	-

Nº de sujetos

de cada grupo

A B C

- más agresivo que antes con

Nadie

3 6 -

Algunas personas "familiares"

4 2 -

Extraños

1 0 -

- más asertivo que antes con

Nadie

0 0 -

Sólo con personas "familiares"

3 3 -

Sólo con extraños

1 0 -

Con "familiares" y con extraños

4 5 -

5/ Ansiedad social

Han percibido que la ansiedad en las
situaciones problema se ha reducido

Nada

0 0 2

Algo

2 4 4

Bastante

6 4 1

Nº de sujetos

de cada grupo

A B C

6/ Atractivo físico

Bajo	1	0	2
Medio	4	6	4
Alto	3	2	1

7/ Cambios cognitivos

a) Tras el entrenamiento, la manera de pensar acerca de sí mismas y de las relaciones sociales/interpersonales, ha cambiado

Nada	0	0	-
Algo	1	5	-
Bastante	7	3	-

b) Consideran que su temor a la desaprobación/rechazo, se ha reducido

Nada	0	1	-
Algo	3	5	-
Bastante	5	2	-

Nº de sujetos

de cada grupo

A B C

c) Consideran haber logrado reducir

las auto-valoraciones negativas

Nada	0	1	-
Algo	2	6	-
Bastante	6	1	-

d) Han percibido que su sentimiento

de inseguridad se ha reducido

Nada	0	0	-
Algo	2	5	-
Bastante	6	3	-

e) Han percibido que su sentimiento

de igualdad se ha incrementado

Nada	0	0	-
Algo	3	4	-
Bastante	5	4	-

Nº de sujetos

de cada grupo

A B C

f) Su actitud activa hacia las relaciones

sociales se ha incrementado

Nada	0	0	-
Algo	3	5	-
Bastante	5	3	-

g) Consideran que han sido los cambios

efectuados en su comportamiento lo que

ha provocado estos cambios en su forma

de pensar

1 6 -

h) Consideran que han sido los cambios

efectuados en su forma de pensar lo que

ha provocado cambios en su comportamiento

7 2 -

8.2.2. Análisis estadístico de los resultados del seguimiento.

En la siguiente tabla se presentan los resultados estadísticos de las diferencias intragrupo en las distintas variables estudiadas comparando los resultados del seguimiento, por un lado, con los del postratamiento, y por otro lado, con los del pretratamiento:

				D	S	SE	"t"
GRUPO A							
CSES	2-	CSES	3	-11.62	7.11	2.51	-4.62**
CSES	1-	CSES	3	-28.75	15.89	5.61	-5.12**
SAD	2-	SAD	3	3.00	4.14	1.46	2.05
SAD	1-	SAD	3	7.12	6.66	2.35	3.02*
SHI/F	2-	SHI/F	3	-8.12	8.04	2.84	-2.86*
SHI/F	1-	SHI/F	3	-19.62	12.32	4.35	-4.50**
GRUPO B							
CSES	2-	CSES	3	-13.75	11.97	4.23	-3.16*
CSES	1-	CSES	3	-25.87	23.71	8.28	-3.14*
SAD	2-	SAD	3	1.75	2.86	3.03	1.27
SAD	1-	SAD	3	5.62	8.45	2.98	1.88
SHI/F	2-	SHI/F	3	-9.12	11.05	3.90	-2.34
SHI/F	1-	SHI/F	3	-17.87	17.29	6.11	-2.92*
GRUPO C							
CSES	2-	CSES	3	-0.57	5.44	2.05	-0.28
CSES	1-	CSES	3	-7.28	8.15	3.08	-2.36
SAD	2-	SAD	3	1.71	1.49	0.56	3.03*
SAD	1-	SAD	3	4.14	2.91	1.10	3.76**
SHI/F	2-	SHI/F	3	-5.14	9.12	3.46	-1.49

D=diferencia de medias S=desviación típica SE=error estándar "t"=t de Student

* = $p < .05$ ** = $p < .01$

En cuanto a las diferencias intergrupo, los resultados estadísticos son los siguientes:

		D	ΔSE	"t"
GRUPOS A - B				
CSES	postratamiento	-1.75	8.80	-0.20
CSES	seguimiento	-3.50	9.78	-0.36
SAD	postratamiento	-0.62	3.04	-0.21
SAD	seguimiento	-1.87	3.47	-0.54
SHI/F	postratamiento	2.62	8.37	0.31
SHI/F	seguimiento	1.62	9.16	0.18
GRUPOS A - C				
CSES	postratamiento	9.19	8.86	1.04
CSES	seguimiento	20.25	8.72	2.32*
SAD	postratamiento	2.83	2.20	1.29
SAD	seguimiento	1.55	2.97	0.52
SHI/F	postratamiento	-11.46	7.83	-1.46
SHI/F	seguimiento	-8.48	9.20	-0.92
GRUPOS B - C				
CSES	postratamiento	10.94	11.27	0.97
CSES	seguimiento	23.75	10.99	2.16*
SAD	postratamiento	3.46	3.33	1.04
SAD	seguimiento	3.42	3.54	0.97
SHI/F	postratamiento	-14.08	7.01	-2.01
SHI/F	seguimiento	-10.10	7.69	-1.31

D=diferencia de medias ΔSE=incrementos del error estándar "t" = t de Student

* = $p < .05$ ** = $p < .01$

Estos resultados indican, por un lado, que los efectos más potentes del tratamiento vs. el no tratamiento se dan en las variables CSES/asertividad, siendo los efectos sobre las variables SAD/ansiedad social y SHI-F/habilidad heterosocial no estadísticamente significativos con respecto al grupo control. Por otro lado, que los efectos del tratamiento en las variables CSES, SAD, y SHI-F, no sólo se mantienen a lo largo del período de seguimiento, sino que se incrementan, siendo la asertividad la variable donde la mejoría es mayor. Y por último, la no diferencia significativa entre los dos programas de entrenamiento.

8.2.3. Comentarios a las diferencias postratamiento - seguimiento, según las puntuaciones de los cuestionarios CSES, SAD, y SHI-F.

En la variable CSES/Asertividad, tras el análisis de los datos del cuestionario de auto-informe CSES, se observa que:

- (a) Los incrementos medios de las puntuaciones desde el postratamiento favorecen significativamente a los grupos experimentales A y B sobre el grupo control C, siendo el grupo B el que alcanza un incremento medio mayor (13.38 p), seguido de cerca por el grupo A (11.63 p), mientras que el grupo C prácticamente no se modifica (0.58 p).
- (b) Los dos grupos tratados alcanzan unas diferencias estadísticamente significativas, grupo A ($p < .01$) y grupo B ($p < .05$), no ocurriendo así en el grupo control.
- (c) El análisis individualizado nos muestra que durante el período de seguimiento, todos los sujetos del grupo A alcanzan un nivel de asertividad medio o alto, y en el grupo B un solo sujeto permanece en un nivel bajo; mientras en el grupo C no se producen modificaciones,

y los tres sujetos que se situaban en los niveles bajo y muy bajo permanecen igual; además, ningún sujeto alcanza el nivel alto.

En la variable **SAD/ansiedad social**, podemos observar que:

(a) La reducción media de las puntuaciones es similar en los tres grupos, con el grupo A (3.00 p.) en primer lugar, seguido con prácticamente igual incremento por los grupos B (1.75 p.) y C (1.71 p.).

(b) La diferencia postratamiento-seguimiento resulta estadísticamente significativa (.02) sólo para el grupo C ($p < .05$), no alcanzando tal significatividad ninguno de los dos grupos con tratamiento.

(c) En el análisis por sujetos no se observan apenas movimientos durante el período de seguimiento en ninguno de los 3 grupos. En el grupo A un sujeto con ansiedad muy alta logra pasar a alta, y uno de media a baja; en el grupo B, los 3 sujetos con un nivel muy alto siguen igual, mientras uno de media pasa a baja; y en el grupo C, un sujeto de alta pasa a media, y uno de media a baja.

En la variable **SHI-F/habilidad heterosocial**, podemos observar que:

(a) A diferencia de lo que ocurrió en la medición postratamiento, tras el seguimiento son los grupos A y B los que logran incrementos claramente superiores al grupo C, con el grupo B (9.13 p.) en primer lugar, seguido muy de cerca por el grupo A (8.12 p.), y por último el C (5.14 p.).

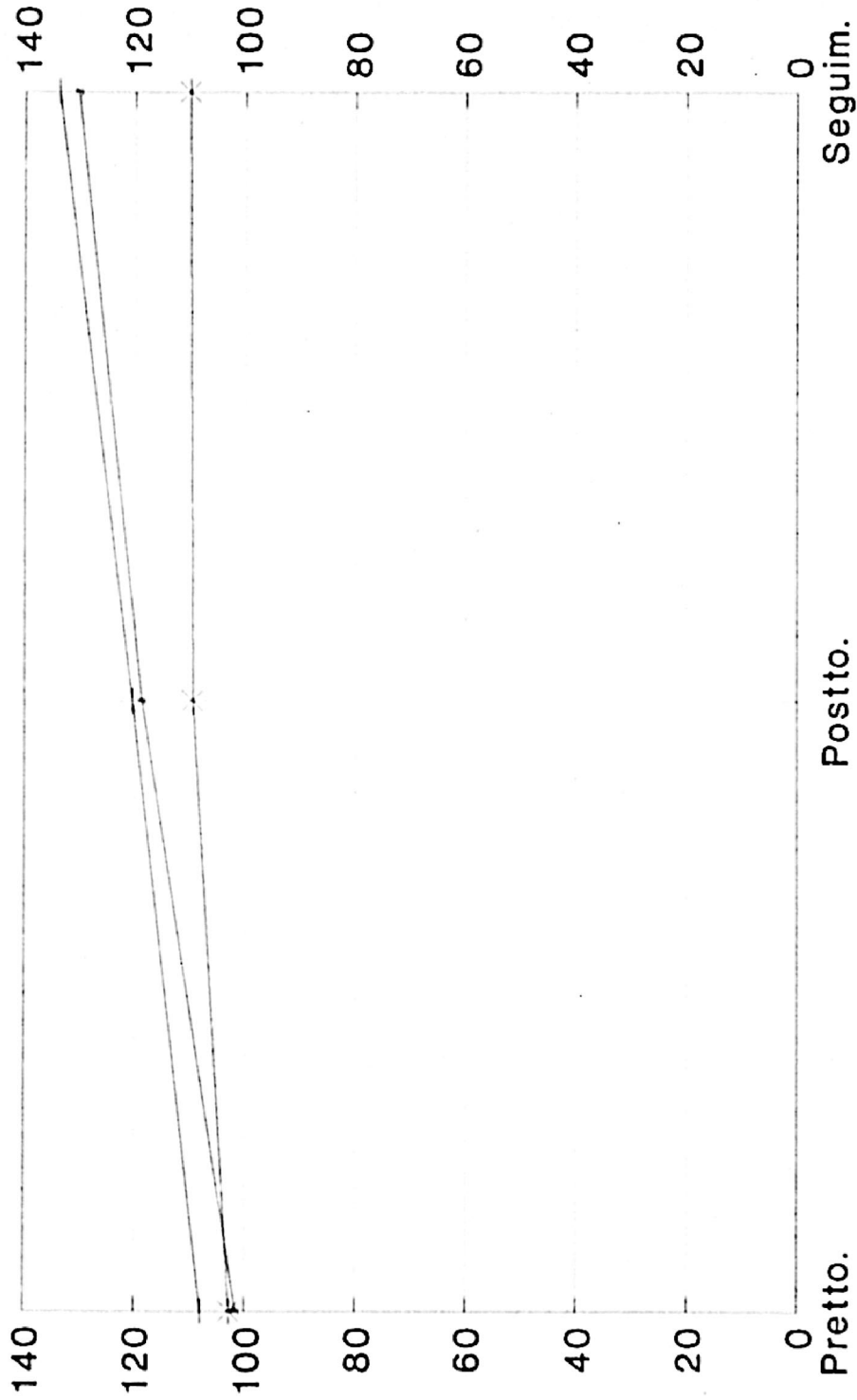
(b) Resultando significativa estadísticamente la diferencia postratamiento-seguimiento del grupo A ($p < .05$), y muy cerca de la significatividad el grupo B ($p = .52$).

(c) En el análisis por sujetos, en el grupo A, 2 sujetos pasan del nivel bajo al medio, mientras el sujeto situado en el postratamiento en el nivel muy bajo permanece igual; en el grupo B, un sujeto pasa del nivel muy bajo al bajo, otro del bajo al medio, y otro del medio al alto; mientras en el grupo C, sólo se mueve un sujeto que pasa del nivel medio al alto.

En resumen, según se desprende de las puntuaciones de los cuestionarios de auto-informe, se observa que durante el período transcurrido desde la evaluación postratamiento hasta la evaluación seguimiento (6 meses después), los grupos experimentales logran mejorías por encima del grupo control en las dos habilidades - asertiva y heterosocial -, pero en ansiedad social se sitúan por debajo. Y por lo que respecta a las diferencias entre los dos programas de tratamiento, el grupo cognitivo-conductual aparece como ligeramente superior al grupo conductual en las tres variables. Ambos programas obtienen diferencias estadísticamente significativas en asertividad; en habilidad heterosocial, el grupo A alcanza la significatividad estadística y el grupo B se sitúa al borde de la significatividad; mientras en ansiedad social, ninguno de los dos logra tal significatividad.

A continuación, en las Figuras 1, 2, y 3, pueden verse las representaciones gráficas de las evoluciones de las puntuaciones medias de los cuestionarios de auto-informe.

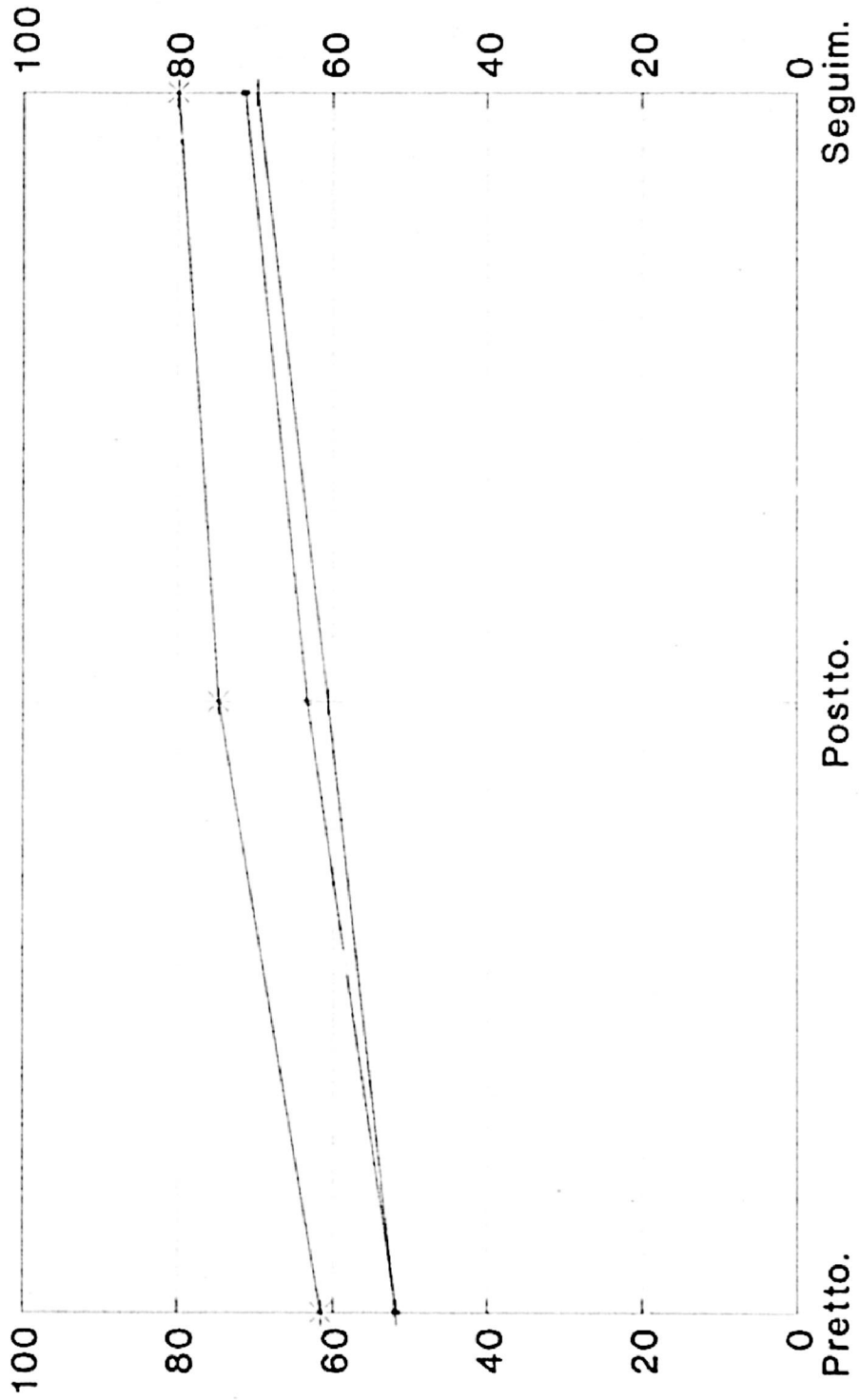
Figura 1.-EVOLUCION DE LA ASERTIVIDAD



—●— Grupo A —■— Grupo B —▲— Grupo C

PUNTUACIONES MEDIAS DEL CSES

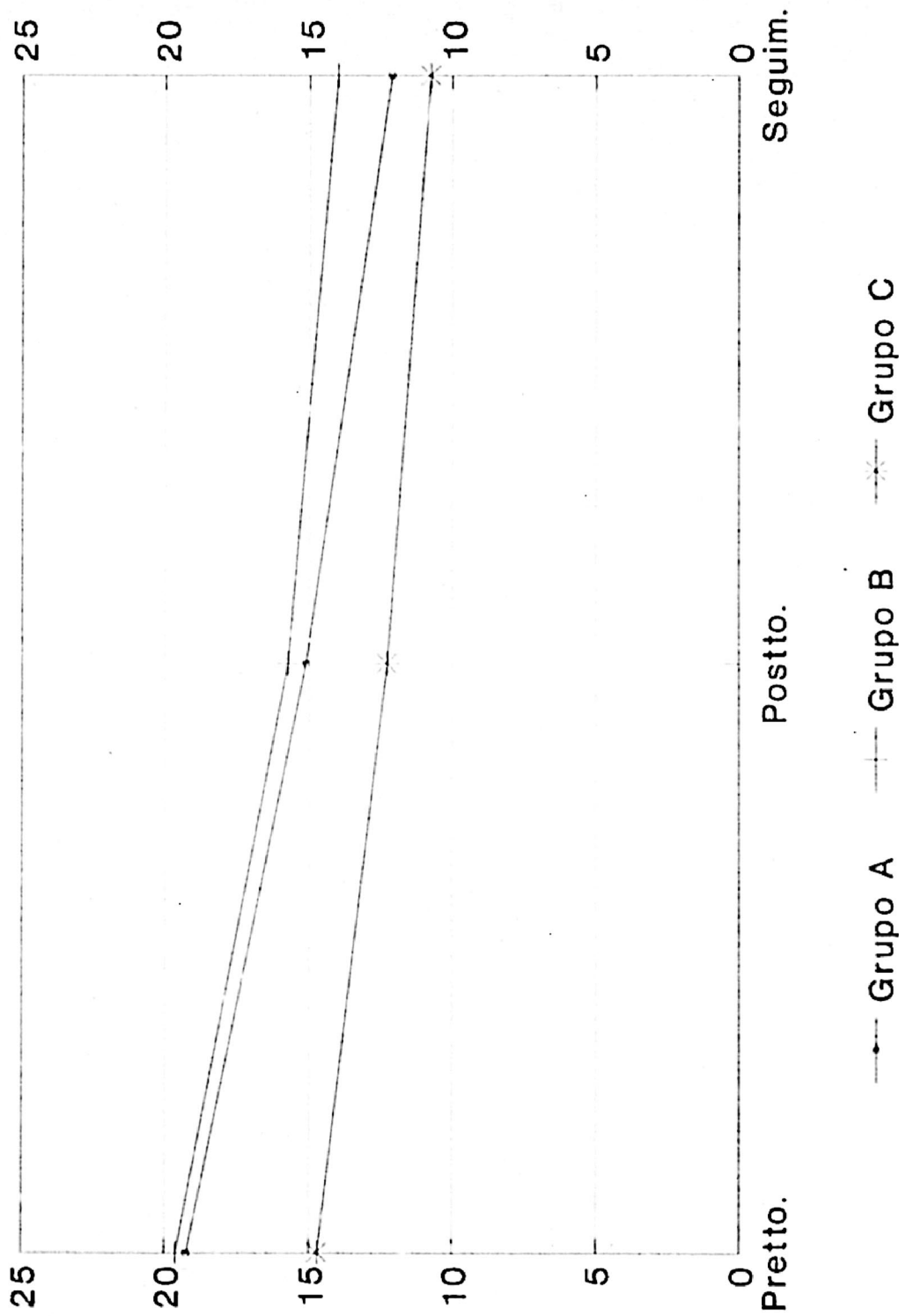
Figura 3.- EVOLUCION HAB. HETEROSOCIAL



• Grupo A + Grupo B * Grupo C

PUNTUACIONES MEDIAS DEL SHI-F

Figura 2.- EVOLUCION DE LA ANSIEDAD



PUNTUACIONES MEDIAS DEL SAD

8.2.4. Comentarios a las diferencias pretratamiento - seguimiento.

(1º) Según las puntuaciones de los cuestionarios de auto-informe CSES, SAD, y SHI-F:

En **CSES/asertividad**, los dos grupos experimentales presentan incrementos medios importantes y similares -el grupo A 28.75 p., y 25.88 p. el grupo B-, siendo ambos claramente superiores al grupo C, con sólo 7.29 p. Las diferencias pretratamiento-seguimiento resultan estadísticamente significativas para los dos grupos experimentales, grupo A ($p < .01$) y grupo B ($p < .05$). Y en el análisis por sujetos :

- En el grupo A, en el pretratamiento, sólo 3 sujetos alcanzaban un nivel de asertividad medio, frente 3 sujetos con un nivel bajo, y 2 muy bajo. En el seguimiento, 3 alcanzan el nivel alto y 5 el medio.
- En el grupo B, en el pretratamiento, 4 sujetos alcanzaban un nivel medio, frente a 3 bajos y 1 muy bajo. En el seguimiento, 4 sujetos se sitúan en el nivel alto, 3 en el medio, y sólo 1 en el bajo.
- En el grupo C, en el pretratamiento, 2 sujetos tenían un nivel medio, 4 bajo, y 1 muy bajo. En el seguimiento, sólo 2 sujetos se han movido pasando del nivel bajo al medio.

En **SAD/ansiedad social**, el grupo que alcanza una reducción media mayor es el grupo A (7.13 p.), seguido del grupo B (5.62 p.), y por último el grupo C (4.14 p.), siendo las diferencias pretratamiento-seguimiento estadísticamente significativa para los grupos A ($p < .05$) y C ($p < .01$). En el análisis por sujetos vemos que:

- En el grupo A, en el pretratamiento, sólo 2 sujetos tenían un nivel medio, frente a 3 con un nivel de ansiedad alta, y 3 muy alta. En el seguimiento, 1 sigue con ansiedad muy alta y 2 con alta, frente a 4 con un nivel medio y 1 bajo.
- En el grupo B, en el pretratamiento, todos los sujetos se situaban en los niveles de ansiedad alta: 7 alta y 1 muy alta. En el seguimiento, al sujeto con ansiedad muy alta, que permanece igual, se le suman 2 sujetos más que han empeorado sus puntuaciones, pasando del nivel alto a muy alto. Han mejorado 3 sujetos pasando del nivel alto al bajo, y 1 del alto al medio.
- En el grupo C, en el pretratamiento, 3 sujetos presentan ansiedad media y 4 alta. En el seguimiento, 2 de media han pasado a baja, y 2 de alta a media.

En SHI-F/habilidad heterosocial, los incrementos medios alcanzados por los 3 grupos son prácticamente iguales. El grupo A (19.62 p.), el grupo B (17.88 p.), y el grupo C (18.28 p.), resultando estadísticamente significativa para los 3 grupos: A ($p < .01$), B ($p < .05$), y C ($p < .01$). Viendo en el análisis por sujetos que:

- En el grupo A, en el pretratamiento, sólo 3 sujetos estaban en un nivel medio, frente a 2 en el bajo y 3 en el muy bajo. En el seguimiento, 1 sigue en el nivel muy bajo y 2 en el bajo, mientras que 4 están en el nivel medio y 1 en el alto.
- En el grupo B, en el pretratamiento, todos están en los niveles inferiores, con 7 bajos y 1 muy bajo. En el seguimiento, el muy bajo pasa a bajo, 3 pasan de bajo a medio y otros 2 a alto.
- En el grupo C, en el pretratamiento, 3 están en el nivel medio y 4 en el bajo. En el seguimiento, 1 sigue en el bajo, 3 pasan al medio, y 2 del medio pasan al alto.

(2º) Según las auto-valoraciones de los propios sujetos:

En la habilidad conversacional, aparece una clara superioridad de los grupos terapéuticos sobre el grupo control en los tres aspectos tenidos en cuenta: capacidad para iniciar y mantener conversaciones, facilidad para conocer gente nueva, y nivel de habilidad conversacional. No mostrándose grandes diferencias entre los dos grupos tratados, siendo similar el número de sujetos de cada grupo consideran que han mejorado en los tres aspectos arriba apuntados, si bien se apunta una leve superioridad del grupo A en todos ellos.

En la habilidad heterosocial, se observa una clara superioridad de los grupos experimentales sobre el grupo control, no apareciendo grandes diferencias entre los grupos A y B. En el pretratamiento, 3 sujetos del grupo A y 4 del B, valoraban su habilidad como "deficiente". En el seguimiento, ningún sujeto en ambos grupos mantiene dicha auto-valoración, auto-evaluando toda su habilidad como "regular" o "buena". Siendo similar de sujetos de cada grupo tratado, consideran haber mejorado su capacidad para emitir conductas dirigidas a facilitar el acercamiento del varón como medio para conocer chicos nuevos. Además, es similar el número de sujetos de cada grupo que afirman en el seguimiento que les resulta "bastante" más fácil que antes del tratamiento conocer chicos nuevos.

En asertividad, los grupos A y B, parecen haber obtenido los mismos beneficios. Casi la totalidad de los sujetos de ambos grupos indican haber mejorado hasta lograr lo que consideran como una adecuada competencia para: expresar opiniones y sentimientos positivos, y hacer peticiones.

Enfrentar críticas aún resulta difícil para un 37,5% de los sujetos tratados, mientras que el 62,5% restante consideran haber adquirido una adecuada competencia en esta clase de respuesta asertiva.

Enfrentar el enfado/agresividad y decir no, parecen ser las respuestas de mayor grado de dificultad para este grupo de población, siendo sólo el 50% de ambos grupos, los que consideran haber logrado una adecuada competencia en dichas respuestas.

En expresión de sentimientos negativos, se observa una pequeña diferencia entre los dos grupos, con una ligera superioridad del grupo B (75%) sobre el A (50%).

Así pues, puede decirse que no existen diferencias importantes entre ambos grupos en auto-evaluación de la mejora alcanzada en asertividad. Si en el pretratamiento, el 37,5% de los sujetos del grupo A, y el 25% del grupo B, se auto-evaluaban como "deficientes", y ningún sujeto auto-evaluaba su habilidad asertiva como "buena", en el seguimiento ningún sujeto se auto-evalúa como "deficiente", y el 50% de los sujetos del grupo A, y 37,5% de los del grupo B, consideran que su asertividad es "buena".

En cuanto a las causas por las que aún tienen dificultades para responder asertivamente, tampoco existen grandes diferencias entre ambos grupos, siendo adjudicadas por la mayoría de los sujetos de ambos grupos al temor a las consecuencias, y en segundo lugar al sentimiento de inseguridad, siendo sólo un sujeto en cada grupo, los que consideran que aún no saben cómo responder asertivamente.

Por otro lado, un dato interesante y diferenciador entre ambos grupos, es que un 62,5% de los sujetos del grupo A, frente a sólo un 25% del B, apuntan haber percibido un incremento de comportamiento agresivo ante ciertos interlocutores, principalmente personas "familiares". Este hecho, nos lleva a pensar en la posibilidad de que el tratamiento cognitivo, al acentuar la toma de conciencia sobre el modo de ser tratados y la búsqueda de auto-respeto, puede fomentar indirectamente una actitud más defensiva frente a aquellas personas por las que se han sentido "más explotados". Mientras que los sujetos del programa conductual, más orientados en las respuestas exclusivamente conductuales, o bien no pasan por ese estadio de agresividad o bien no lo perciben de esa manera.

En ansiedad social, aunque no parecen existir grandes diferencias entre los dos programas de entrenamiento en cuanto al número de sujetos de cada grupo que consideran haber reducido su ansiedad ante situaciones sociales problema, se apunta una ligera superioridad del cognitivo-conductual, ya que un 75% de los sujetos pertenecientes a este programa auto-evalúa haber reducido "bastante" su ansiedad ante dichas situaciones, reducción que alcanza sólo el 50% de los sujetos del programa conductual.

En cuanto a los cambios cognitivos, el 87,5% de los sujetos del programa cognitivo-conductual, frente al 37,5% del grupo B, consideran haber cambiado "bastante" su manera de pensar acerca de sí mismos y de las relaciones sociales/interpersonales. Resulta muy interesante que, el mismo porcentaje de sujetos del grupo A (87,5%) consideren que han sido los cambios cognitivos los que han provocado los cambios conductuales; y que por el contrario, la mayoría del grupo B (el 75%) considere que han sido los cambios conductuales los que han provocado los cambios cognitivos. Además, la mayor parte de los sujetos que han

cambiado "bastante" los errores cognitivos - temor a la desaprobación o rechazo, auto-evaluaciones negativas, y sentimiento de inseguridad - pertenecen al grupo que ha seguido el programa cognitivo-conductual.

Estos resultados indican que los sujetos han sido capaces de percibir correctamente la dirección que seguían sus cambios, a pesar de que no se les había dado una información explícita al respecto. Los sujetos del programa conductual, que eran animados a cambiar su comportamiento, han percibido que también se modificaba su manera de pensar. Los sujetos del programa cognitivo-conductual, que era motivados a modificar paralelamente sus conductas y sus cogniciones, han acentuado la importancia de los cambios cognitivos. Además, los cambios cognitivos siguen evoluciones distintas en ambos grupos. Los sujetos del programa conductual se estancan durante el período de seguimiento en sus cambios cognitivos, mientras que los sujetos del grupo cognitivo-conductual siguen mejorando progresivamente.

Por otro lado, resulta muy interesante el proceso de la variable auto-evaluación del propio atractivo físico, dándose el hecho de que en esta variable sólo se observen cambios en sujetos pertenecientes al programa cognitivo-conductual, no apareciendo cambios en ningún sujeto del grupo B, y en un solo sujeto del grupo control. El 50% de los sujetos del grupo A, ha modificado la auto-valoración del propio atractivo físico entre el pretratamiento y el seguimiento. Un 37,5% de ellos han pasado de valorar su atractivo de "bajo" a "medio", y un 12,5% han pasado de "medio" a "alto".

En la tabla siguiente se consignan los porcentajes de sujetos de los grupos terapéuticos que auto-valoran haber realizado cambios en las dimensiones cognitivas señaladas:

DIMENSIONES COGNITIVAS	GRUPO A	GRUPO E
REDUCIR TEMOR RECHAZO		
- en postratamiento	87.5%	50.0%
- en seguimiento	62.5%	25.0%
REDUCIR AUTO-EVALUACIONES NEGATIVAS		
- en postratamiento	87.5%	25.0%
- en seguimiento	75.0%	12.5%
REDUCIR SENTIMIENTO DE INSEGURIDAD		
- en postratamiento	87.5%	50.0%
- en seguimiento	75.0%	37.5%
INCREMENTO DEL SENTIMIENTO DE IGUALDAD		
- en postratamiento	100%	37.5%
- en seguimiento	62.5%	50.0%
INCREMENTO ACTITUD ACTIVA		
- en postratamiento	62.5%	37.5%
- en seguimiento	62.5%	37.5%
MEJOR AUTO-EVALUACION DEL ATRACTIVO FISICO		
- en postratamiento	37.5%	0%
- en seguimiento	12.5%	0%
TOMA DE CONCIENCIA EFECTOS PROPIO COMPORTAMIENTO		
- en postratamiento	75.0%	25.0%
- en seguimiento	0%	0%

En resumen, comparando las evoluciones de los tres grupos a través de las medidas de auto-informe, a lo largo de todo el proceso desde el pretratamiento hasta el seguimiento, lo que supone un período de tiempo total de casi un año, observamos que las diferencias más claramente favorables a los grupos experimentales sobre el grupo control se dan en la variable CSES/asertividad, logrando unas diferencias estadísticamente significativas. Si embargo, en las otras dos variables, SAD/ansiedad social y SHI-F/habilidad heterosocial, a pesar de que los grupos con tratamiento muestran una tendencia a mejorar más que el grupo control, las diferencias entre ellos no resultan estadísticamente significativas.

Por lo que respecta a la comparación entre los dos programas de entrenamiento, no se observan grandes diferencias entre ellos. Los dos grupos alcanzan la significatividad estadística en las variables CSES y SHI-F, mientras que en SAD la significatividad estadística sólo la consigue el grupo A.

En la variable SAD resulta interesante analizar el hecho de que 2 sujetos del grupo B, incrementen sus niveles de ansiedad "alta" en el pretratamiento, a "muy alta" en el seguimiento, así como que el sujeto que en el pretratamiento puntuaba "muy alta", permanezca igual. Una posible explicación sería que estos sujetos tras el tratamiento en vez de evitar las situaciones problema, se auto-expondrían a más situaciones con el consiguiente aumento de la ansiedad, la cual requeriría de más auto-exposiciones para llegar a la habituación y descenso de la ansiedad condicionada, tal y como propone la terapia de auto-exposición (Marks, 1991).

En la variable SHI-F, el grupo en que mayor número de sujetos mejora es el B (5 sujetos pasan de un nivel bajo a medio o alto), mientras que en el grupo A sólo dos sujetos logran una mejora suficiente. En el grupo C, tres sujetos mejoran sin tratamiento, alcanzando un nivel medio.

8.3. Análisis de los cambios individuales.

Sabedores de que los análisis teniendo en cuenta los valores grupales, ocultan los cambios individuales, llevamos a cabo un estudio por sujetos. Primero exponemos los cambios observados en los sujetos pertenecientes a los grupos terapéuticos, y posteriormente los del grupo control. Mediante este análisis, pretendemos comprobar si los sujetos que presentaban puntuaciones dentro del criterio de selección, en una o más de las tres variables CSES, SAD y SHI-F, han mejorado sus puntuaciones hasta situarse en un nivel medio o superior. Las diferentes combinaciones posibles de déficits que han aparecido, han sido agrupadas en orden a clarificar la observación de los cambios efectuados.

8.3.1. Sujetos pertenecientes a los grupos A y B.

(1º) Sujetos con déficits pretratamiento en las tres variables, CSES, SAD, y SHI-F.

En el postratamiento, en el Grupo A, de los 2 sujetos con déficits iniciales globales, uno de ellos logra normalizar sus puntuaciones en CSES y SAD, pero no en SHI-F; y el otro sólo normaliza CSES. En el Grupo B, había 3 sujetos con déficits globales en el pretratamiento.

Tras el tratamiento un sujeto logra normalizarlas todas; otro no lo consigue en ninguna; y el tercero normaliza CSES y SAD, pero no SHI-F.

En el seguimiento, en el Grupo A, de los 2 sujetos con déficits pretratamiento globales, al final del proceso, un sujeto ha logrado normalizar sus puntuaciones en los tres tests, si bien su puntuación en SAD está justo en el límite; y el otro, sólo ha logrado normalizar CSES, manteniendo sus puntuaciones en SAD y SHI-F muy similares a las que tenía inicialmente. En el Grupo B, de estos 3 sujetos, 2 de ellos han conseguido normalizar sus puntuaciones en las tres variables; mientras el tercero sólo lo ha conseguido en CSES, manteniendo sus puntuaciones en SAD y SHI-F como al principio.

(2º) Sujetos con déficits pretratamiento en SAD y en SHI-F.

En el postratamiento, en el Grupo A, sólo uno de los sujetos estaba incluido en esta categoría. Este sujeto, tras el tratamiento logra normalizar su puntuación en ambas variables, si bien en SHI-F está justo en el límite. En el Grupo B, eran 4 los sujetos con déficits en estas variables. Tras el tratamiento, 3 de ellos logran normalizar sus puntuaciones en SHI-F pero no en SAD; y el otro sujeto normaliza SAD, y en SHI se acerca mucho.

En el seguimiento, en el Grupo A, el sujeto en cuestión, a pesar de haber normalizado su puntuación en SAD y en SHI-F, en esta última no se aleja mucho de la puntuación criterio. En el Grupo B, dos de los sujetos han conseguido normalizar ambas variables, mientras los otros 2 sujetos han normalizado SHI pero mantienen sus puntuaciones criterio en SAD.

(3º) Sujetos con déficits en CSES y en SAD.

En el postratamiento, en el Grupo A, había dos sujetos con estos déficits, los dos logran en el postratamiento normalizar sus puntuaciones en ambas variables. En el Grupo B, sólo un sujeto presentaba estos déficits, y en el postratamiento logra normalizar CSES pero no SAD.

En el seguimiento, en el Grupo A, los dos sujetos han normalizado sus puntuaciones en CSES y SAD. En el Grupo B, el sujeto en cuestión ha normalizado sólo CSES, manteniendo sus puntuaciones iniciales en SAD.

(4º) Sujetos con déficits en CSES y en SHI-F.

Sólo un sujeto, perteneciente al grupo A, se incluye en esta categoría. Este sujeto, en el postratamiento, logra normalizar sus puntuaciones en ambas variables, si bien en SHI-F está aún muy cerca del criterio. En el seguimiento, mantiene estos resultados, habiendo incrementado sus puntuaciones muy poco con respecto al postratamiento, y siguiendo con la misma puntuación en SAD que en el pretratamiento.

(5º) Sujetos con déficits sólo en SHI-F.

Un único sujeto, perteneciente al grupo A, presentaba exclusivamente un puntuación dentro del criterio en SHI-F. Dicho sujeto, tras el tratamiento logra normalizar su puntuación, y continúa incrementándola durante el seguimiento, al tiempo que va mejorando sus puntuaciones en las otras variables.

(6º) Sujetos con déficits sólo en SAD.

Sólo un sujeto, también perteneciente al grupo A, era incluíble en esta categoría. Este sujeto, tras el tratamiento sigue prácticamente con la misma puntuación, y en el seguimiento aunque logra mejorarla, sólo llega hasta el límite de la normalidad.

8.3.2. Sujetos pertenecientes al grupo control.

(1º) Sujetos con déficits en las tres variables, CSES, SAD, y SHI-F.

Un único sujeto era incluíble en esta categoría. Este sujeto permanece en esta categoría en las mediciones postratamiento y seguimiento, no habiendo modificado prácticamente sus puntuaciones a lo largo del proceso.

(2º) Sujetos con déficits en SAD y en SHI-F.

A esta categoría pertenecían dos sujetos. En la medición postratamiento, ambos pasan a normalizar sus puntuaciones en las dos variables, se sitúa justo en el límite en SAD.

(3º) Sujetos con déficits en CSES y en SAD.

En el grupo C no había ningún sujeto dentro de esta categoría.

(4º) Sujetos con déficits en CSES y en SHI-F.

En el grupo C no había ningún sujeto dentro de esta categoría.

(6º) Sujetos con déficits sólo en SHI-F.

Hay un solo sujeto con déficits exclusivamente en SHI-F, estando además su puntuación justo en el límite de la normalidad. Este sujeto, en la medición postratamiento, mejora y normaliza su puntuación, y en el seguimiento continúa mejorándola.

(7º) Sujetos con déficits sólo en SAD.

Había un único sujeto en esta categoría, el cual no modifica sus puntuaciones SAD en las mediciones postratamiento ni seguimiento, manteniendo al final del proceso la misma puntuación que al comienzo.

(8º) Sujetos con déficits sólo en CSES.

Esta es una categoría que no aparece en los grupos A y B, y que en el grupo C incluye a dos sujetos, cuyas puntuaciones pretratamiento estaban dentro del criterio de selección, pero cerca del nivel de normalidad. Los dos sujetos pasan a normalizar sus puntuaciones en la medición postratamiento, y las mantienen en el seguimiento.

9. DISCUSION DE LOS RESULTADOS

9.1. Efectividad del tratamiento vs. no tratamiento.

Los resultados del presente trabajo indican que tanto los grupos terapéuticos como el grupo control, mejoran sus puntuaciones en auto-informes de habilidad heterosocial (SHI-F) y de ansiedad social (SAD), mientras que en la habilidad asertiva (CSES) el grupo control no mejora, dándose una clara superioridad de los grupos que han realizado el EHS.

A la vista de los resultados podemos concluir que el tratamiento en EHS "básicas", tanto el de tipo conductual como el de tipo cognitivo-conductual, ha sido muy efectivo para mejorar la habilidad asertiva, pero que los cambios ocurridos en la habilidad heterosocial y en la ansiedad social no se pueden atribuir exclusivamente al tratamiento. Este resultado es consistente con el obtenido por otros autores:

Van Dam-Baggen y Kraaimaat (1986), en una investigación acerca de la efectividad del EHS, con 131 pacientes internos y externos, socialmente ansiosos, encontraron que tanto los grupos experimentales como el control mejoraban, y aunque los efectos eran mayores en los grupos experimentales concluyeron que los cambios producidos en éstos grupos no se podían atribuir exclusivamente al tratamiento.

Gormally et al. (1981), comparando el EHS, Entrenamiento en auto-instrucciones (EAI), un combinado de EHS-EAI, y grupo control, encuentran que en las tres medidas de conversación no había diferencias entre los grupos experimentales y el control.

Heimberg et al. (1990), comparando EHS, desensibilización sistemática, práctica de citas con reestructuración cognitiva, y control, encontraron un mejoramiento general significativo en todos los grupos incluido el control.

Carmody (1978), comparando Ensayo de conducta (EC), EC más Entrenamiento en auto-instrucciones, EC más Terapia racional emotiva, y control, concluye que aunque los grupos experimentales mejoraron más que el control, sus resultados no fueron muy diferentes.

Marzillier et al. (1976), comparando el EHS, la Desensibilización sistemática, y un grupo control, encontraron que tras un seguimiento de 6 meses, ninguno de los grupos terapéuticos obtenía mejorías significativas sobre el grupo control.

9.2. Comparación entre el grupo conductual y el cognitivo-conductual.

9.2.1. Los efectos del añadido cognitivo.

En nuestro estudio, las dimensiones cognitivas a tener en cuenta en un principio eran: el temor a la desaprobación/rechazo, y las auto-evaluaciones negativas. En la evaluación pretratamiento, el 100% de los sujetos de ambos grupos manifestaban estas dos dimensiones en un alto grado. Posteriormente, en las entrevistas llevadas a cabo para la selección de los sujetos, encontramos una tercera dimensión, que fue expresada espontáneamente por un gran número de sujetos: el sentimiento de inseguridad.

Tras el entrenamiento nos encontramos con que el 87,5% de los sujetos del grupo cognitivo-conductual consideran haber conseguido una apreciable reducción en estas tres dimensiones, siendo entre un 25-50%, los sujetos del grupo conductual que han apreciado tal reducción.

Por otro lado, en la evaluación llevada a cabo en el postratamiento, surgen tres nuevas dimensiones que son aludidas libremente por sujetos de ambos grupos: toma de conciencia de los efectos del propio comportamiento, sentimiento de igualdad, y actitud activa para las relaciones sociales. En estas tres nuevas dimensiones, también es mayoría el número de sujetos del grupo A que parecen haber mejorado con respecto del grupo B (ver tabla p. 298). Tras el seguimiento se mantienen las diferencias favorables al programa cognitivo-conductual en todas estas dimensiones, observándose una progresiva mejora en las mismas, mientras en el grupo conductual aparece un estancamiento en los cambios cognitivos.

Estos resultados apoyan la efectividad del añadido cognitivo, en este caso de una variación de Terapia Racional Emotiva, como estrategia para ayudar a los sujetos a modificar sus fallos cognitivos. Sin embargo, parece ser que estos cambios cognitivos no tienen un claro reflejo en las medidas de evaluación empleadas (CSES, SAD, SHI-F), al menos a un nivel de significación estadística. Este resultado está en la dirección del obtenido por otros investigadores:

Stravynski et al. (1982), en un estudio con 22 disfuncionales sociales sometidos a EHS o a EHS más TRE, concluyeron que la adición de la TRE no conseguía potenciar la eficacia del EHS.

Mersch et al. (1989), comparando el EHS y la TRE con fóbicos sociales, concluyen que los pacientes responden bien a ambos tratamientos sin diferencias entre ellos.

Wolfe y Fodor (1977), con mujeres no asertivas, comparando el EHS y EHS más TRE, no encuentran superioridad del cognitivo-conductual sobre el conductual, aunque sí observan que sólo el cognitivo muestra reducción de la ansiedad.

Carmody (1978), comparando el Ensayo de conducta (EC), EC más auto-instrucciones y EC más TRE, no encontró diferencias entre los tres tratamientos, pero sí que se dió generalización a la vida real sólo en el grupo con TRE.

Carrasco (1985), tampoco encontró diferencias significativas entre un Entrenamiento Asertivo (EA) y un EA más TRE.

9.2.2 Influencia de cada tipo de entrenamiento en las variables CSES, SAD, y SHI-F.

9.2.2.1. Efectos del EHS cognitivo-conductual.

(1º) Ha incrementado las puntuaciones medias del CSES en las mediciones postratamiento y seguimiento (ver Figura 4), alcanzando la sigificatividad estadística en las tres diferencias: pre-postratamiento ($p < .05$), postratamiento-seguimiento ($p < .01$), y pretratamiento-seguimiento ($p < .01$).

PUNTUACIONES MEDIAS GRUPO A

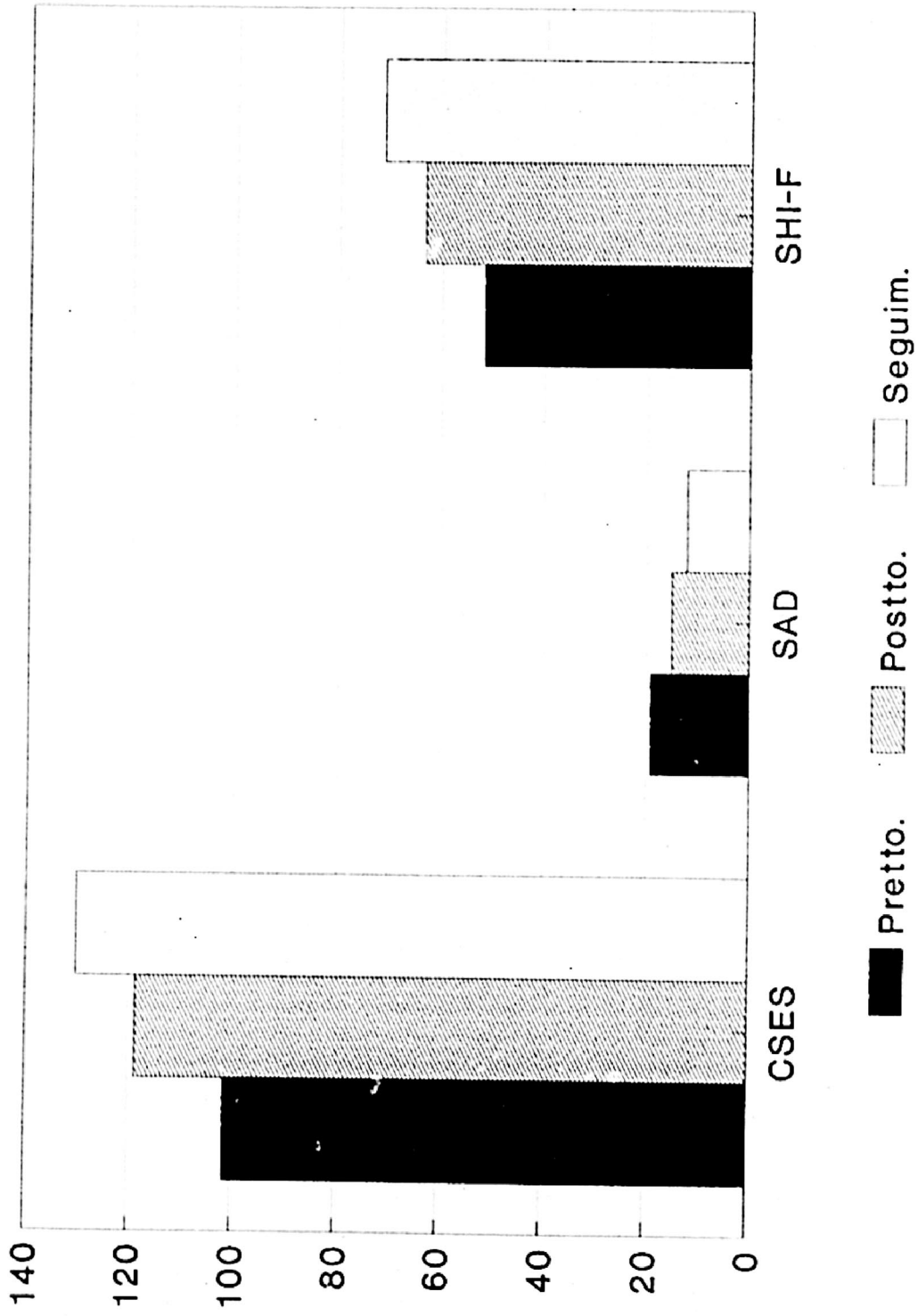


Figura 4.

(2º) Ha incrementado las puntuaciones medias del SHI-F en las mediciones postratamiento y seguimiento (ver Figura 4), alcanzando la significatividad estadística en las tres diferencias: pre-postratamiento ($p < .01$), postratamiento-seguimiento ($p < .05$), y pretratamiento-seguimiento ($p < .01$).

(3º) Ha mejorado las puntuaciones del SAD (ver Figura 4), reduciendo los valores medios hasta un nivel que, si bien no alcanza la significación estadística, sí muestra una clara tendencia en la dirección esperada, con una progresión positiva a lo largo del tiempo. Así, aunque las diferencias pre-postratamiento y postratamiento-seguimiento no resultan estadísticamente significativas, la diferencia pretratamiento-seguimiento sí alcanza dicha significación ($p < .05$).

(4º) La auto-valoración de los sujetos señala una mejora en la habilidad conversacional para: iniciar y mantener conversaciones, manejar los silencios, y en su efectividad para facilitar el conocer gente nueva.

(5º) Ha producido cambios positivos en las dimensiones cognitivas evaluadas. La mayor parte de los sujetos han percibido "bastante" reducción en: temor a la desaprobación/rechazo, auto-evaluaciones negativas, y sentimiento de inseguridad. Junto con un incremento en: toma de conciencia, sentimiento de igualdad, y actitud activa hacia las relaciones sociales. Además, un 50% de los sujetos consideran haber modificado positivamente la auto-valoración de su atractivo físico.

(6º) El análisis individualizado indica que, al finalizar el proceso de evaluación, el 75% de los sujetos de este grupo han logrado una mejoría de sus déficits pretratamiento hasta situarse en niveles normales de habilidad y ansiedad social.

9.2.2.2. Efectos del EHS conductual.

(1º) Ha incrementado sustancialmente las puntuaciones medias del CSES en las mediciones postratamiento y seguimiento (ver Figura 5), alcanzando la significatividad estadística en las diferencias postratamiento-seguimiento ($p < .05$) y pretratamiento-seguimiento ($p < .05$).

(2º) Ha incrementado las puntuaciones medias del SHI-F, tanto en el postratamiento como en el seguimiento (ver Figura 5), si bien no alcanza la significatividad estadística en las diferencias pre-postratamiento y postratamiento-seguimiento, lográndolo sólo en la diferencia pretratamiento-seguimiento ($p < .05$).

(3º) En la variable SAD obtiene mejorías en las dos mediciones (ver Figura 5), aunque no llega a alcanzar la significatividad estadística.

(4º) Según sus auto-valoraciones, se produce una mejoría en la habilidad conversacional similar al grupo cognitivo-conductual, excepto en el manejo de los silencios en que se sitúa ligeramente por debajo de dicho grupo.

PUNTUACIONES MEDIAS GRUPO B

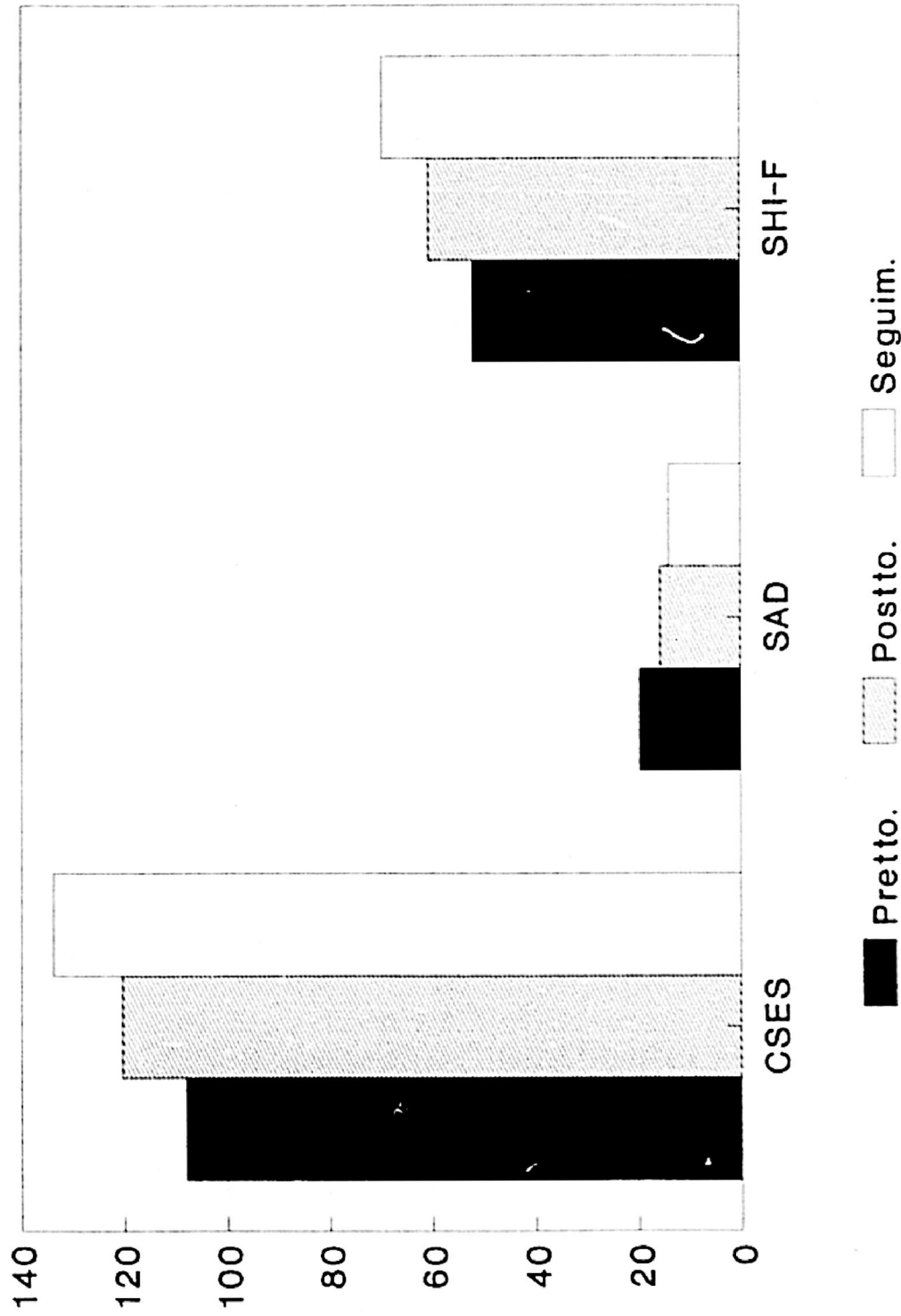


Figura 5.

(5º) En cuanto a las dimensiones cognitivas, tras el entrenamiento, algunos sujetos (entre el 12.5% y el 50%, según dimensiones) llevan a cabo algunos cambios positivos en las dimensiones cognitivas arriba señaladas (excepto en atractivo físico, donde no hay ningún sujeto), pero a diferencia del grupo cognitivo-conductual que continúa su proceso de mejora durante el período de seguimiento, en tales sujetos se observa un estancamiento de los cambios efectuados postratamiento.

(6º) El análisis individualizado nos permite observar que de los sujetos pertenecientes a este grupo, al final del proceso todos aquellos que presentaban déficits pretratamiento en las habilidades asertiva y heterosocial han mejorado hasta lograr un nivel normal, mientras que aquellos sujetos cuyo déficit principal era una elevada ansiedad social, no muestran haber obtenido suficiente beneficio del tratamiento, e incluso dos de ellos han incrementado sus puntuaciones previas.

9.2.3. Comparaciones del comportamiento de las variables CSES, SAD, y SHI-F.

(1º) CSES/Asertividad

El grupo A obtiene un incremento medio postratamiento mayor que el grupo B (17.12 p. vs. 12.50 p.), mientras que tras el período de seguimiento es el grupo B el que saca una ligera ventaja sobre el grupo A (13.38 p. vs. 11.63 p.). Estos resultados apuntan hacia una mayor efectividad de ambos programas de EHS para ayudar a los sujetos a mejorar su asertividad.

Además, ambos programas muestran una clara tendencia a que las mejoras logradas tras el tratamiento, vayan incrementándose progresivamente a lo largo del tiempo.

Por otro lado, existe evidencia de una diferencia de gran relevancia entre ambos programas, y es que, algunos sujetos del grupo cognitivo-conductual parecen pasar por una fase de conducta agresiva, que no se detecta en el grupo conductual.

(2º) SAD/Ansiedad Social

Ambos grupos parten de una misma puntuación media pretratamiento (19 p.), y tras el entrenamiento ambos consiguen una reducción media igual (15 p.). Sin embargo, durante el período de seguimiento, el grupo A consigue una reducción ligeramente superior al grupo B (12.12 p. vs. 14.00 p.), alcanzando la significatividad estadística en la diferencia pretratamiento-seguimiento ($p < .05$), que no es lograda por el grupo B.

Los datos estadísticos oscurecen otra realidad, ya que el análisis individualizado muestra que más sujetos del grupo B (50%) que del grupo A (37,5%), llegan a normalizar sus puntuaciones SAD. La aparente discrepancia ocurre porque en el grupo B, un 25% de los sujetos "empeoran" sus puntuaciones, lo cual no sucede en el grupo A donde ningún sujeto empeora sus resultados previos.

Una explicación posible para este empeoramiento sería que estos sujetos sean más reactivos emocionalmente y al incrementar sus auto-exposiciones a situaciones problema, su ansiedad social se incremente a su vez, requiriendo de más auto-exposiciones hasta lograr la reducción

por habituación. También es posible que este empeoramiento no se dé en sujetos del grupo A, debido a que ellos cuentan con una estrategia de cambio cognitivo que puede ayudarles a reducir sus ansiedad social ante las situaciones problema. De todos modos, y al margen de estas consideraciones, estos resultados apuntan hacia una limitada eficacia de ambos programas para reducir la ansiedad social, al menos a corto plazo.

(3º) SHI-F/Habilidad Heterosocial

También en esta variable ambos grupos parten de igual puntuación media pretratamiento (51 p.), y tras el tratamiento, aunque sus puntuaciones medias son similares (63.25 y 60.62), a nivel estadístico sólo resulta significativa la diferencia del grupo A ($p < .01$). Esta situación se repite en la medición seguimiento, resultando significativa sólo la diferencia postratamiento-seguimiento del grupo A ($p < .05$). En las diferencias pretratamiento-seguimiento, ambos grupos alcanzan las significatividad, el grupo A ($p < .001$) y el grupo B ($p < .05$). Estos resultados sugieren que el entrenamiento cognitivo-conductual es superior al entrenamiento conductual para mejorar la habilidad heterosocial, al menos, como es evaluada por el cuestionario SHI-F.

9.3. Observaciones acerca del grupo control.

(1º) En CSES/asertividad, en la evaluación pretratamiento, la puntuación media de este grupo era similar a los grupos experimentales. En la medición postratamiento se produce un ligerísimo incremento de la puntuación media (6,71 p.), y en la medición seguimiento un incremento prácticamente nulo (0,58 p).

(2º) En SHI-F/habilidad heterosocial, en la evaluación pretratamiento, la puntuación media del grupo control era más algo mejor que la de los grupos experimentales. En el postratamiento, será este grupo el que obtenga un mayor incremento medio (de 13.14 p.), alcanzando la significatividad estadística ($p < .01$). Sin embargo, en la medición seguimiento, el incremento es bastante menor que el obtenido por los grupos experimentales (5.14 p. vs. 9.13 p. y 8.12 p.), y ya no estadísticamente significativo con respecto al postratamiento. Siendo al final del proceso de evaluación, en valores medios absolutos, prácticamente igual al de los grupos experimentales.

(3ª) En SAD/ansiedad social, en la evaluación pretratamiento, el grupo control tenía una puntuación media mejor que los grupos experimentales. En el postratamiento, nos encontramos con unos resultados inesperados, ya que si bien su puntuación media postratamiento muestra una mejoría algo menor a la de los grupos experimentales, resulta ser el único grupo que alcanza la significatividad estadística en la diferencia pretratamiento-postratamiento ($p < .05$). Y en la evaluación seguimiento, se repite la situación anterior, pues aunque continúa mostrando una mejoría de la puntuación media, inferior a la conseguida por los grupos experimentales, es el único grupo que obtiene una diferencia postratamiento-seguimiento estadísticamente significativa ($p < .05$).

A continuación en la Figura 6, puede verse una representación gráfica de la evolución seguida por las variables CSES, SAD, y SHI-F, en el grupo control, a lo largo de las tres mediciones efectuadas.

PUNTUACIONES MEDIAS GRUPO C

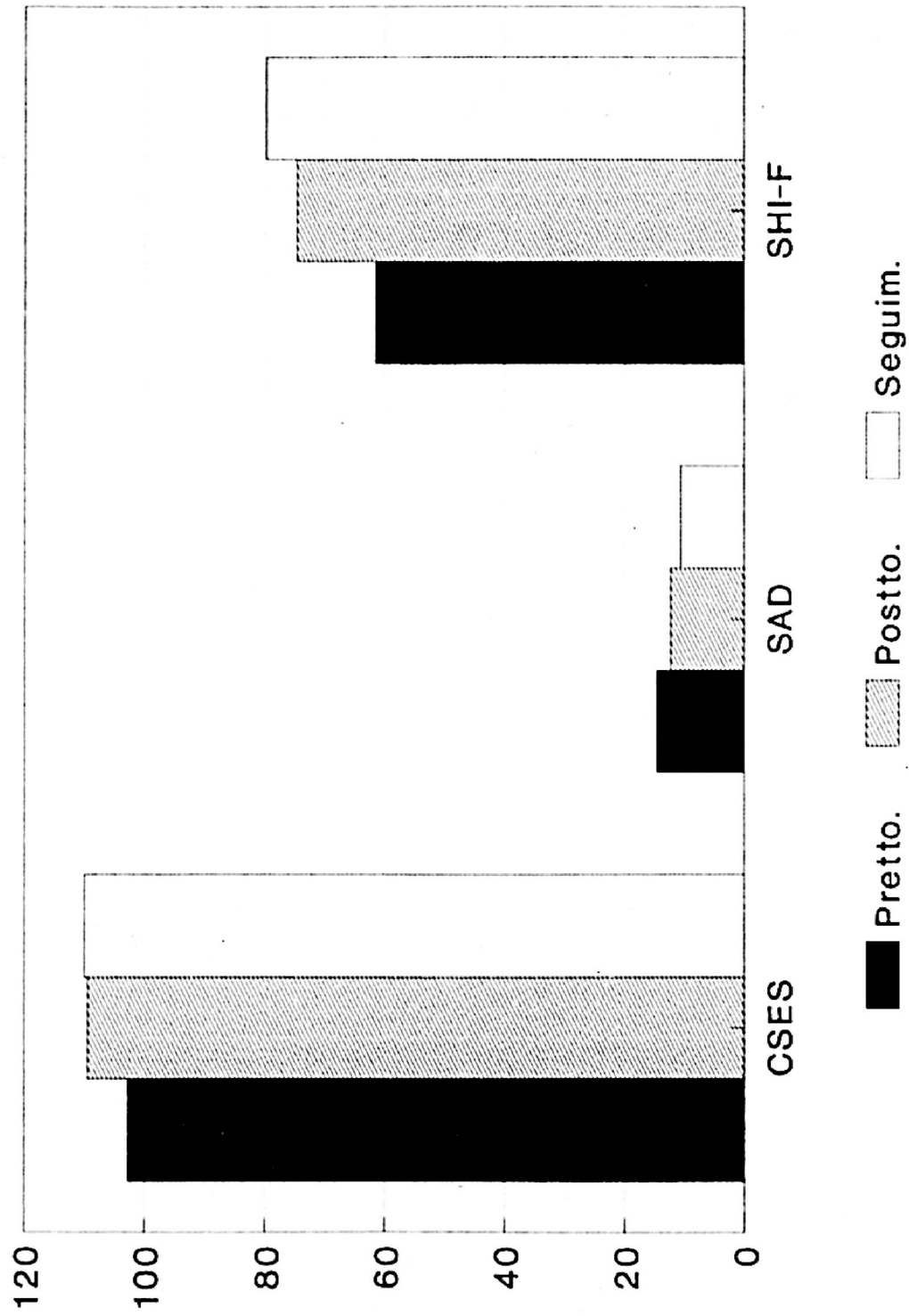


Figura 6.

10. DISCUSION DE LAS HIPOTESIS

Tras la exposición de los resultados de la investigación, pasamos a la discusión de las hipótesis:

(H 1ª) La hipótesis primera, que sugería que los grupos experimentales (A y B), mejorarían más que el grupo control (C), en las tres medidas de auto-informe (CSES, SAD, SHI-F), se cumple parcialmente.

A la vista de los resultados obtenidos en esta investigación, podemos afirmar que los grupos experimentales han obtenido mejoras superiores al grupo control en las tres medidas de evaluación empleadas (CSES, SAD, y SHI-F), pero la única mejora que diferencia con significación estadística a los grupos experimentales del grupo control se da en la variable CSES/asertividad; mientras que en las variables SAD/ansiedad social y SHI-F/habilidad heterosocial, no se obtienen diferencias significativas entre los tres grupos.

En CSES, el grupo A alcanza la significatividad estadística en las diferencias pre-postratamiento ($p < .05$) y postratamiento-seguimiento ($p < .01$); y el grupo B, en el seguimiento ($p < .05$). Mientras en SHI-F, son los grupos A y C los que obtienen mejoras significativas en el postratamiento. Y en SAD, sólo el grupo control alcanza la significatividad estadística en el postratamiento (ver tabla p. 284).

Estos resultados nos obligan a buscar posibles explicaciones, entre las que proponemos las siguientes:

(a) Intervención de variables no tenidas en cuenta en la investigación.

(b) Los cuestionario de evaluación empleados para medir la habilidad heterosocial (SHI-F) y la ansiedad social (SAD) no son apropiados para medir los cambios producidos por el tratamiento.

(c) La no homogeneidad pretratamiento entre los grupos experimentales y el control en la medida de ansiedad social, partiendo el grupo control de una situación más favorable en dicha variable.

(d) La existencia de una estrecha relación entre las variables ansiedad social y habilidad heterosocial. Esta relación ha sido apuntada por otros autores (Arkowitz et al., 1975; Peterson et al., 1981; Myszka et al., 1986). Es posible que, si bien la ansiedad social este relacionada tanto con la habilidad heterosocial como con la asertividad, su influencia no sea igual en ambas variables. De ser esto cierto, nos encontraríamos con que el simple paso del tiempo sería positivo para aquellas jóvenes con ansiedad social baja o moderada, las cuales podrían ir mejorando sus habilidades heterosociales por sí mismas mediante la propia experiencia y práctica de su repertorio conductual, sin necesidad de tratamiento. Mientras que aquellas jóvenes con elevada ansiedad social no se beneficiarían igualmente del simple paso del tiempo, pues la ansiedad induciría a estos sujetos a evitar las situaciones heterosociales, obstaculizando la mejora de dicha habilidad por la experiencia y práctica. Este proceso estaría

avalado por la teoría de la reducción de la ansiedad condicionada mediante la terapia de exposición, donde se ha comprobado experimentalmente cómo la repetida exposición a los estímulos elicitors de ansiedad, acaba por reducir o eliminar dicha ansiedad (Marks, 1986 y 1991).

Desde esta perspectiva, cabe pensar que los sujetos del grupo C, con un menor nivel de ansiedad social, se encontrarían en mejor disposición para enfrentarse a situaciones heterosociales, de manera que su ansiedad condicionada se iría reduciendo al mismo tiempo que iban mejorando la habilidad por sí mismos mediante la auto-exposición y práctica. Esta posición se vería apoyada, en cierto modo, por los datos de la medición seguimiento, los cuales indicarían que una vez que los grupos experimentales incrementan sus auto-exposiciones a las situaciones heterosociales logran resultados similares al grupo control. Así, cuando comparamos las diferencias pretratamiento - seguimiento, observamos que en la variable SHI-F, al final del proceso de evaluación, los tres grupos alcanzan la significatividad estadística, y obtienen un incremento similar en sus puntuaciones.

(H 2ª) La segunda hipótesis, apoyando que el grupo A (sometido a un EHS cognitivo-conductual) mejoraría de modo similar al B (EHS conductual), en las variables conductuales medidas por los cuestionarios (CSES y SHI-F), pero además conseguiría mayores cambios en las dimensiones cognitivas, se confirma.

Tras el tratamiento, a pesar de que el grupo A obtiene mejores resultados, en valores absolutos, en las variables CSES y SHI-F, no se da una diferencia estadísticamente

significativa entre ambos grupos. Y en la variable cognitiva, los resultados son claramente favorables al grupo A, en todas las dimensiones evaluadas (ver tabla p. 298). De manera que, aunque ambos tipos de entrenamiento resultan eficaces para producir cambios conductuales, al menos según son medidos por los cuestionarios CSES y SHI-F, sólo el programa cognitivo-conductual parece tener un efecto permanente y progresivo sobre las variables cognitivas. No obstante, estos cambios cognitivos no parecen incrementar significativamente las puntuaciones de las medidas conductuales.

(H 3^a) La tercera hipótesis, sugería que a pesar de que ninguno de los dos programas de entrenamiento incluía ejercicios para actuar directamente sobre la ansiedad social (medida por el SAD), se esperaba que la ansiedad se redujera en ambos grupos experimentales, pero más en el grupo A, dada la relación que parece existir entre la ansiedad social y el componente cognitivo. Los resultados obtenidos confirman parcialmente esta hipótesis.

Tras el tratamiento, ambos grupos obtienen casi igual mejoría, no llegando a ser estadísticamente significativas las diferencias pre-posttratamiento en ninguno de ellos. Pero, tras el período de seguimiento, el grupo A obtiene una cierta ventaja sobre el grupo B, siendo la diferencia pretratamiento-seguimiento estadísticamente significativa ($p < .05$).

De todos modos, estos resultados no son los esperados y nos llevan a plantearnos la siguiente pregunta: ¿Por qué no obtiene el grupo A una mayor reducción de la ansiedad social como era de esperar del añadido de una técnica de cambio cognitivo?.

Nuestra hipótesis estaba planteada en tales términos en base a dos presupuestos:

- (1) La ansiedad social es una ansiedad condicionada a ciertas situaciones sociales que, como toda ansiedad condicionada, puede reducirse mediante la exposición del sujeto a la situación.
- (2) La ansiedad social, también puede activarse y mantenerse por medio de ciertas cogniciones erróneas, de modo que si se modifican dichas cogniciones debería reducirse la ansiedad.

Según estos presupuestos, era de esperar que puesto que el grupo A sería sometido igualmente que el grupo B a la exposición a las situaciones sociales, pero además sería sometido a una reestructuración cognitiva, la ansiedad abordada por sus dos flancos debería reducirse más en el grupo A. Sin embargo, los resultados no apoyan suficientemente esta hipótesis.

Una posible explicación sería que, los cambios cognitivos llevados a cabo por los sujetos del grupo A fuesen más lentos de lo esperado, es decir, que los efectos del tratamiento cognitivo se manifestasen de un modo más progresivo, a lo largo del tiempo, más que de un modo inmediato postratamiento. Así, en la evaluación postratamiento, ambos grupos estarían en igualdad de condiciones, beneficiándose ambos, fundamentalmente, del componente conductual del entrenamiento. Mientras que tras el período de seguimiento, en el grupo A empezarían a notarse los efectos de la reestructuración cognitiva sobre la ansiedad social.

(H 4^a) La hipótesis cuarta, que decía que ambos grupos experimentales no sólo mantendrían, sino que mejorarían los resultados postratamiento tras un período de seguimiento de seis meses, pero que el grupo A superaría al grupo B en las variables cognitiva y ansiedad social, se confirma.

Entre el postratamiento y el seguimiento, ambos grupos continúan incrementando sus mejoras, siendo el grupo A, ligeramente superior al grupo B, en las variables CSES, SHI-F, Y SAD, y claramente superior en la variable cognitiva.

En las distintas dimensiones cognitivas evaluadas, se observa cómo el período de seguimiento favorece al grupo A, cuyos sujetos parecen ir mejorando sus cogniciones erróneas, progresivamente con el paso del tiempo, mientras que los sujetos del grupo B parecen haberse estancado en los cambios observados en la evaluación postratamiento.

Si bien, los sujetos del programa conductual se beneficiaron de algunos cambios cognitivos asociados, por un lado, al inevitable componente de reestructuración cognitiva que supone todo proceso terapéutico, y por otro lado, a los cambios inducidos como consecuencia de sus nuevas conductas, parece ser que, al carecer de los recursos técnicos de reestructuración cognitiva, no pueden seguir desarrollando por sí mismos los cambios cognitivos iniciados.

11. CONCLUSIONES

De los resultados de esta investigación se derivan dos conclusiones principales:

(1ª) La única diferencia estadísticamente significativa a favor de los grupos experimentales sobre el grupo control se da en la variable CSES/asertividad, mientras que en las variables SAD/ansiedad social y SHI-F/habilidad heterosocial, no existen diferencias estadísticamente significativas entre los tres grupos.

(2ª) No existen diferencias estadísticamente significativas entre los beneficios obtenidos de un EHS cognitivo-conductual y de un EHS conductual, produciendo ambos similares efectos sobre las medidas de auto-informe de las habilidades asertiva (CSES) y heterosocial (SHI-F), y de ansiedad social (SAD). Es decir, que la adición la técnica de reestructuración cognitiva empleada -una variación de la Terapia Racional Emotiva- no potencia significativamente la efectividad del EHS conductual. Este resultado está en concordancia con el obtenido por otros autores (Stravynski et al., 1982; Carrasco, 1983; Carmody, 1978; Wolfe y Fodor, 1977), quienes también encontraron que la TRE no potenciaba la eficacia del EHS conductual.

Además de estas conclusiones, los resultados de este trabajo apoyan la existencia de una estrecha relación entre las variables ansiedad social y habilidad heterosocial, ya apuntada por algunos autores (Arkowitz et al., 1975; Peterson et al., 1981; Myzszka et al., 1986). Por su parte, Safran et al. (1980), y Van Dam-Baggen y Kraaimaat (1986), también habían señalado el papel de la ansiedad como variable moderadora de la efectividad del EHS.

Nuestros resultados pueden ayudar a matizar la relación entre ambas variables, sugiriendo la posibilidad de que la ansiedad tenga una mayor influencia sobre unas habilidades que sobre otras. En concreto, en nuestro trabajo, la ansiedad parece tener una mayor influencia sobre la habilidad heterosocial que sobre la habilidad asertiva.

Este es un aspecto que requiere futura investigación, pero si se confirmase esta estrecha relación entre ansiedad social y habilidad heterosocial, se podría establecer que aquellas jóvenes (habría que comprobar si esto es igual para el sexo masculino) con dificultades en sus relaciones sociales con el otro sexo y con altos niveles de ansiedad social, no obtendrán grandes beneficios a corto plazo de un EHS, ya sea de tipo conductual o de tipo cognitivo-conductual, requiriendo un programa de tratamiento más específicamente orientado hacia la reducción de la ansiedad condicionada.

Por otro lado, aquellos sujetos que posean en sus repertorios conductuales unas habilidades mínimas, pero suficientes para un adecuado desarrollo de la habilidad heterosocial, tal vez puedan mejorarla sólo con incrementar la frecuencia de sus relaciones sociales con el otro sexo, sin necesidad de un entrenamiento en habilidades. En esta línea, Greenwald (1977), encontró pocas diferencias conductuales entre mujeres universitarias con alta y baja frecuencia de citas. Es pues posible, que el principal problema de ciertos sujetos con dificultades para las relaciones heterosociales, no sea tanto un déficit conductual como un problema derivado de evitar las situaciones heterosociales debido al malestar proveniente del elevado nivel de ansiedad social. Estos sujetos tenderían consistentemente a evitar exponerse a tales situaciones, manteniendo así la ansiedad condicionada e impidiendo el desarrollo de sus repertorios conductuales.

Si este planteamiento se demostrase correcto, sería de esperar que un tratamiento que ayudase a estos sujetos a reducir su ansiedad hasta un nivel tolerable, facilitándoles el poder incrementar sus exposiciones a situaciones heterosociales, les permitiese desarrollar por sí mismos su repertorio de habilidades heterosociales.

En los últimos años, se ha señalado como tratamiento elección para problemas derivados de la ansiedad condicionada, la terapia de exposición (Marks, 1986 y 1991; Echeburúa y Salaverría, 1992).

En realidad, ciertos autores, entre los que destacan Arkowitz y colaboradores (1975, 1977, 1978), ya habían estado utilizando una estrategia que podría considerarse como una variante de la terapia de exposición -"la práctica de citas"- con buenos resultados. Estos autores, incluso se refieren a estos problemas con la denominación de "ansiedad heterosexual", dirigiendo su plan de tratamiento simplemente a ayudar a los sujetos para que pasen por experiencias de citas programadas sin ningún entrenamiento previo en habilidades, organizándoles oportunidades de interacción con el otro sexo, con el objetivo de que reduzcan su ansiedad condicionada. Según estos autores, el EHS no añadiría nada a los efectos de la práctica de interacciones, la cual sería efectiva debido a los efectos reductores de la ansiedad condicionada por la habituación a los estímulos elicitors de la misma, en este caso, *del sexo opuesto.*

En la misma línea, más recientemente, Heimberg et al. (1987), también han apuntado la posibilidad de que los cambios producidos por el EHS estén más relacionados con las auto-

exposiciones que los sujetos llevan a cabo, tanto durante las prácticas de conducta como en las tareas para casa, que con el aprendizaje de los elementos componentes de las habilidades.

Así pues, nuestros resultados señalan hacia limitaciones del EHS para las dificultades en relaciones heterosociales, apoyando lo apuntado por Galassi y Galassi (1979), acerca de los modestos efectos del EHS para mejorar la habilidad heterosocial. Es posible que, en lo que se refiere a sujetos jóvenes con dificultades heterosociales, no sea lo más indicado un tratamiento consistente sólo en un EHS, siendo en primer lugar necesario algún tratamiento dirigido a la reducción de la ansiedad condicionada. Nosotros sugerimos la elección de la terapia de exposición.

Por otro lado, en lo que se refiere a las dificultades en asertividad, y limitándonos a nuestro grupo de población, según se desprende de nuestros resultados, parecen ser más independientes de la ansiedad social (excepto probablemente casos de ansiedad extrema) y se relacionarían más con habilidades conductuales -requeridas para emitir respuestas efectivas, verbales y no verbales, ante situaciones interpersonales conflictivas y específicas- y con dimensiones cognitivas tales como la tendencia a hacer auto-evaluaciones negativas acerca de sí mismo, y un excesivo temor a las posibles consecuencias negativas de la conducta asertiva (ser rechazado, desaprobado, humillado, hacer daño al otro, hacer que el otro se enfade, etc.).

En nuestra opinión, la habilidad asertiva sería más compleja que la habilidad heterosocial. Además, en el caso de las mujeres habría que tener en cuenta dos aspectos: la escasez de modelos femeninos asertivos, y la tendencia del medio social, señalada por diversos autores

(Kelly et al., 1980; Rodríguez et al., 1980), a castigar determinados comportamientos asertivos cuando son realizados por mujeres. Estas serían las razones de la dificultad de desarrollar una adecuada habilidad asertiva por sí mismas. De modo que, para mejorar la asertividad no bastaría con la mera exposición a situaciones, pues se requiere el aprendizaje de una serie de respuestas específicas. Un entrenamiento en asertividad, basado en instrucciones y práctica de conducta de las respuestas deficitarias, junto a una toma de conciencia de los derechos individuales, sería en estos casos muy indicado.

En cuanto a los efectos comparativos entre los dos programas, aunque no hemos obtenido una diferencia estadísticamente significativa entre ambos programas, se observan claramente unos resultados ligeramente superiores en todas las variables en el grupo cognitivo-conductual. De modo que, aun estando de acuerdo con lo apuntado por otros autores (Linehan y Seifert, 1978; Hess et al., 1980), acerca de la importancia del temor a las consecuencias negativas del comportamiento asertivo como obstáculo para el desarrollo de la asertividad en mujeres, nuestros resultados no indican la necesidad de añadir una técnica de reestructuración cognitiva para mejorar la asertividad.

Nuestra conclusión final es que, el tratamiento de las dificultades en habilidades sociales debería orientarse hacia tratamientos específicos para habilidades específicas (apoyando así la tesis de Carrasco, 1983), y que los sujetos que más pueden beneficiarse de un EHS serían aquellos con déficits asertivos, siendo necesario para aquellos sujetos con dificultades heterosociales y una elevada ansiedad social, buscar otras estrategias potencialmente más efectivas que el EHS, entre las que se encuentra actualmente la terapia de exposición. Remarcando la necesidad de futuras investigaciones que estudien las relaciones entre ansiedad

social y habilidades sociales específicas, así como la necesidad de medidas de evaluación que permitan establecer una adecuada distinción entre problemas de ansiedad social y problemas de déficits en habilidades sociales específicas.

Consideramos que este enfoque implica, a su vez, la necesidad de una más rigurosa selección de los sujetos, apoyando la propuesta recientemente señalada por Echeburúa y Salaverría (1992), de realizar una adecuada clasificación diagnóstica de los sujetos, en vez de englobarlos, como se ha venido haciendo en el campo del EHS, bajo categorías demasiado amplias, tales como *disfuncionales sociales*, *incompetentes sociales*, o *con déficits en habilidades sociales*, ya que pueden ocultar grupos de individuos con características específicas que responderán desigualmente a un mismo tratamiento.

En resumen, si bien es cierto que los programas de EHS llevados a cabo, no producen cambios espectaculares a corto plazo, sí suponen el inicio de un proceso de mejora personal en competencia social, observándose en la mayor parte de los sujetos experimentales, una pauta de mejora, general y progresiva, a lo largo del tiempo, independientemente del tipo de entrenamiento recibido. Entendiendo el funcionamiento social de los individuos como un área que está en constante evolución, el tratamiento parece actuar fundamentalmente como un motivador para introducir cambios en su comportamiento social, ayudándoles a iniciar un proceso de modificación y mejora en sus patrones de comportamiento, orientándoles hacia la auto-exposición a las situaciones sociales problema, en lugar de la frecuente tendencia a la evitación de las mismas, así como a poner en práctica el repertorio conductual como medio de perfeccionamiento de las habilidades sociales básicas.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- ALBERTI, R.E. y EMMONS, M.L. (1979). *Your Perfect Right*. San Luis Obispo, California: Impact Publishers.
- ALDEN, L. (1984). An Attributional Analysis of Assertiveness. *Cognitive Therapy and Research*, 8, 607-618.
- ALDEN, L. y CAPPE, R. (1981). Nonassertiveness: Skill Deficit or Selective Self Evaluation?. *Behavior Therapy*, 12, 107-114.
- ALDEN, L. y CAPPE, R. (1986). Interpersonal Process Training for Shy Clients. En W.H. Jones, J.M. Cheek y S.R. Briggs (Eds.). *Shyness*. London: Plenum Press.
- ALDEN, L. y SAFRAN, J. (1978). Irrational Beliefs and Nonassertive Behavior. *Cognitive Therapy and Research*, 2, 357-364.
- ARDILA, R. (1980). *Terapia del Comportamiento: Fundamentos, Técnicas y Aplicaciones*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- ARGYLE, M. (1967). *The Psychology of Interpersonal Behavior*. London: Penguin Books. (Edición en español en Alianza Universidad, 1987).
- ARGYLE, M. (1986). Social Skills and the Analysis of Situations and Conversations. En R. Hollin y P. Trower (Eds.), *Handbook of Social Skills Training*. Oxford: Pergamon Press.
- ARGYLE, M. (1988). *Bodily Communication*. USA: Methuen and Co.
- ARGYLE, M., TROWER, P. Y BRYANT, B. (1974). Explorations in the treatment of personality disorders and neuroses by social skills training. *British Journal of Social Psychology*, 47, 63-72.
- ARKOWITZ, H. (1977). Measurement and Modification of Minimal Dating Behavior. En Hersen, Eisler y Miller (Eds.), *Progress in Behavior Modification*, Vol.5. New York: Academic Press.
- ARKOWITZ, H. (1981). Assesment of Social Skills. En M.Hersen y A.S.Bellack (Eds.), *Behavioral Assesment: A Practical Handbook*, New York: Pergamon Press Inc.
- ARKOWITZ, H., LICHTENSTEIN, E., MCGOVERN, K. y HINES, P. (1975). The Behavioral Assesment of Social Competence in Males. *Behavior Therapy*, 6, 510-521
- ARKOWITZ, H., HINTON, R., PERL, J. Y HIMADI (1978). Treatment strategies for dating anxiety in college men based on real life practice. *The Counseling Psychologist*, 7, 41-46.

- ARONOV, N.E. (1981). Judgments of Assertiveness; Specific Component Variables. *Journal of Behavior Assessment*, Vol.3 N.3.
- ARONSON, E. (1975). *El Animal Social. Introducción a la Psicología Social*. Madrid: Alianza Editorial.
- AZRIN, R.D. (1984). The Discrimination of Interest within a Heterosexual Interaction: Training, Generalization and Effects on Social Skills. *Behavior Therapy*, 15, 173-184.
- BACHRACH, A.J. (1981). *Cómo Investigar en Psicología*. Madrid: Morata.
- BAGAROZZI, D. (1985). Implications of Social Skill Training for Social and Interpersonal Competence. En L.L'Abate y M.A.Milan (Eds.), *Handbook of Social Skills Training and Research*. New York: John Wiley and Sons Inc.
- BANDURA, A. (1987). *Teoría del Aprendizaje Social*. Madrid: Espasa Calpe S.A.
- BARLOW, D.H. y HERSEN, M. (1988). *Diseños Experimentales de Caso Unico*. Barcelona: Martinez Roca, S.A.
- BARTOLOME, CARROBLES, COSTA y DEL SER (1979). *La Práctica de la Terapia de la Conducta*. Madrid: Pablo del Rio Ed. S.A.
- BAUMEISTER, R.F. y TICE, D.M. (1990). Anxiety and Social Exclusion. *Journal of Social and Clinical Psychology*, Vol.9 N.2, 165-195.
- BELLACK, A.S. (1979). Behavioral Assessment of Social Skills. En Bellack and Hersen (Eds.), *Research and Practice in Social Skills Training*. New York: Plenum Press.
- BELLACK, A.S. y HERSEN, M. (1979). *Research and Practice in Social Skills Training*. New York: Plenum Press.
- BELLACK, A.S., HERSEN, M. y KAZDIN, A.E. (1985). *International Handbook of Behavior Modification and Therapy*. New York: Plenum Press.
- BELLACK, A.S. y MORRISON, R.L. (1985). Interpersonal Dysfunction. En Bellack, Hersen y Kazdin (Eds.), *International Handbook of Behavior Modification and Therapy*. New York: Guildford Press.
- BERAH, E.F. (1981). Influence of Scheduling Variations on the Effectiveness of a Group Assertion-Training Program for Women. *Journal of Counseling Psychology*, Vol.28 N.4, 279-287.
- BERNARD, M.E. y ELLIS, A. (1990). *Aplicaciones Clínicas de la Terapia Racional-Emotiva*. Bilbao: Desclée de Brouwer S.A..

- BERSCHIED, E. y HATFIELD, E. (1982). **Atracción Interpersonal**. Colombia: Fondo educativo inter-americano, S.A.
- BLANCO ABARCA, A. (1983). Evolución de las Habilidades Sociales. En R.Fernandez Ballesteros y J.A.I.Carrobes (Eds.), **Evolución Conductual**. Madrid: Ed.Pirámide S.A.
- BLEECHMAN, E.A. (1981). Competence, Depression and Behavior Modification with Woman. En Hersen, Eisler y Miller (Eds.), **Progress in Behavior Modification**, Vol.12.
- BLEECHMAN, E.A. (1984). Women's Behavior in Man's World: Sex differences in Competence. En E.A. Bleechman, **Behavior Modification with Women**, New York: The Guildford Press.
- BORKOVEC, T.D., STONE, N.M., O'BRIEN, G.T. y KALOUPEC, D.G. (1974). Evaluation of a clinically relevant target behavior for analog outcome research. **Behavior Therapy**, 5, 503-513.
- BOWER, S.A. y BOWER, G.H. (1976). **Asserting Your Self**. Sidney: Addison Wesley Publishing Colnc.
- BRUCH, M.A. (1981). A Task Analysis of Assertive Behavior Revisited: Replication and Extension. **Behavior Therapy**, 12, 217-230.
- BRUCH, M.A., HEISLER, B.D. y CONROY, C.G. (1981). Effects of Conceptual Complexity on Assertive Behavior. **Journal of Counseling Psychology**, Vol.28 N.5, 377-385.
- BULL, P. (1983). **Body Movement and Interpersonal Communication**. New York: John Wiley and Sons Inc.
- BUTLER, P. (1981). **Self-Assertion for Woman**. San Francisco: Horper and Row Publishers.
- CABALLO, V.E. (1986). Evolución de las Habilidades Sociales. En Fernandez Ballesteros y Carrobes (Eds.), **Evaluación Conductual: Metodología y Aplicaciones**. Madrid: Pirámide.
- CABALLO V.E. (1987). **Teoría, Evaluación y Entrenamiento de las Habilidades Sociales**. Valencia: Promolibro.
- CABALLO, V.E. (1988). **Evaluación y Entrenamiento de las Habilidades Sociales: Una Estrategia Multimodal**. Tesis Doctoral. Madrid: Universidad Autónoma.
- CABALLO, V.E. (1991). **Manual de Técnicas de Terapia y Modificación de Conducta**. Madrid: Siglo XXI.

- CABALLO, V.E. y CARROBLES J.A.I. (1988). Comparación de la Efectividad de Diferentes Programas de Entrenamiento en Habilidades Sociales. *Revista Española de Terapia del Comportamiento*, Vol. 6 N.2.
- CARMODY, T.P. (1978). Rational-Emotive, Self-Instructional and Behavioral Assertion Training: Facilitating Maintenance. *Cognitive Therapy and Research*, 2, 241-252.
- CARRASCO, I. (1983). Efectos de las Técnicas de Auto-instrucción y de la Terapia Racional Emotiva en el Entrenamiento en Asertividad. Tesis Doctoral. Madrid: Universidad Complutense.
- CARRASCO, I. (1984). El Entrenamiento en Aserción. En J.Mayor y F.J.Labrador (Eds.), *Manual de Modificación de Conducta*. Madrid: Ed.Alhambra.
- CARRASCO, I. (1985). Tratamiento de los Problemas de Aserción por Medio de Técnicas Cognitivo-Conductuales. *Revista Española de Terapia del Comportamiento*, Vol.3 N.1.
- CARRASCO, I. (1988). Tratamiento de un Problema de Aserción en el Area Laboral. En Macia Antón y Mendez Carrillo (Eds.), *Aplicaciones Clínicas de la Evolución y Modificación de Conducta. Estudio de Casos*. Madrid: Pirámide.
- CARRASCO, I., CLEMENTE, M. y LLAVONA, L. (1984). La Evolución de la Aserción a través del Inventario de Rathus y de Gambrill y Richey. *Revista Española de Terapia del Comportamiento*, Vol.2 N.2.
- CARRASCO, I., CLEMENTE M. y LLAVONA, L. (1989). Análisis del Inventario de Aserción de Gambrill y Richey. *Estudios de Psicología*, N.37.
- CARTER, D. y RAWLINGS, E. (1976). *Psicoterapy for women: Treatment towards Equality*. Springfield: J.L.Charles Thomas.
- CASTRO, L. (1975). *Diseño Experimental sin Estadística*. México: Trillos.
- CHIAUZZI, E. y HEIMBERG, R.G. (1983). The Effects of Subject's Level of Assertiveness, Sex and Legitimacy of Request on Assertion-Relevant Cognitions: An Analysis by Postperformance Videotape Reconstruccion. *Cognitive Therapy and Research*, Vol.7 N.6, 555-564.
- CIMINERO. A.R., CALHOUN, K.S. y ADAMS H. (1977). *Handbook of Behavioral Assesment*. New York: John Wiley and Jons Inc.
- CLARK, J.V. Y ARKOWITZ, H. (1975). Social anxiety and self evaluation of interpersonal perfomance. *Psychological Reports*, 36, 211-221.

- CONGER, A.J., WALLANDER J.L., MARIOTTO, M. y WARD, D. (1980). Peer judgements of heterosexual-social anxiety and skill: What do they pay attention to anyhow?. *Behavioral Assessment*, 2, 261-266.
- CONGER J.C. y FARRELL A.D. (1981). Behavioral Components of Heterosocial Skills. *Behavior Therapy*, 12, 41-55.
- CONGER, J.C. y CONGER A.J. (1982). Components of Heterosocial Competence. En Curran y Monti (Eds.), *Social Skills Training: A Practical Handbook for Assessment and Treatment*. New York: Guilford Press.
- CORRIVEAU, D.P., VESPUCCI, R., CURRAN, J.P., MONTI, P.M., WESSBERG, H.W. y COYNE, N.A. (1981). The Effects of Various Rate Training Procedures on the Perception of Social Skills and Social Anxiety. *Journal of Behavioral Assessment*, Vol.3 N.2.
- COWAN, G.S., CONGER, J.L. y CONGER A.J. (1989). Social Competency and Social Perceptivity in Self and Others. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, Vol.11 N.2, 129-142.
- CRAIGHEAD, W.E., KAZDIN, A.E. y MAHONEY, M.J. (1984). Modificación de Conducta. Principios, Técnicas y Aplicaciones. En M.Hersen y R.M. Eisler (Eds.), *Entrenamiento en Aptitudes Sociales*, Barcelona: Ed.Omega, S.A.
- CURRAN, J.P. (1977). Skill Training as an Approach to the Treatment of Heterosexual-social anxiety: a review. *Psychological Bulletin*, Vol.84 N.1, 140-157.
- CURRAN, J.P. (1979a). Pandora's Box Reopened?. The Assessment of Social Skills. *Journal of Behavioral Assessment*, Vol.1 N.1.
- CURRAN, J.P. (1979b). Social Skills: Methodological issues and Future Directions. En A.S.Bellack y M.Hersen (Eds.), *Research and Practice in Social Skills Training*. New York: Plenum Press.
- CURRAN, J.P. (1981). Social Skills and Assertion Training. En Craighead, Kazdin y Mahoney (Eds.), *Behavior Modification. Principles Issues and Applications*. USA: Houghton Mifflin Company.
- CURRAN, J.P. (1982). A Procedure for the Assessment of Social Skills: The Simulated Social Interaction Test. En J.P.Curran y P.M.Monti (Eds.), *Social Skills Training: A Practical Handbook for Assessment and Treatment*. New York: Guilford Press.
- CURRAN, J.P. y GILBERT, F.S. (1975). A Test of the Relative Effectiveness of a Systematic Desensitization Program and an Interpersonal Skills Training Program with Date Anxious Subjects. *Behavior Therapy*, 6, 510-521.

- CURRAN, J.P., LITTLE L.M. y GILBERT, F.S. (1978). Reactivity of males of differing heterosexual social anxiety to female approach and non-approach cue conditions. *Behavior Therapy*, 9, 961.
- CURRAN, J.P., y MONTI, P.M. (1982). *Social Skills Training. A Practical Handbook for Assessment and Treatment*. New York: Guildford Press.
- CURRAN, J.P., WALLANDER, J.L. Y FARRELL, A.D. (1985). Entrenamiento en Habilidades Heterosociales En L'Abate y Milan (Eds.), *Handbook of Social Skills Training and Research*. New York: John Wiley and Sons Inc.
- DANZIGER, K. (1982). *Comunicación Interpersonal*. Mexico: El Manual Moderno S.A.
- DAVIS, M., MCKAY, M. y ESHELMAN, E.R. (1985). *Técnicas de Autocontrol Emocional*. Barcelona: Martinez Roca, S.A.
- DAVIS, F. (1984). *La Comunicación no verbal*. Madrid: Alianza Ed.S.A.
- DERRY, P.A. y STONE, G.L. (1979). Effects of Cognitive-Adjunct Treatments on Assertiveness. *Cognitive Therapy and Research*, 3, 213-221.
- DEUS, J., PEREZ, O. y RAICH R.M. (1990). Evaluación e Intervención Conductual en Habilidades Sociales. *Cuadernos de Medicina Psicosomática*, N.16, 13-18.
- DIAZ, E., LANDA, P. y COL. (1989). Análisis Funcional de las Terapias Conductuales: Una Clasificación Tentativa. *Revista Española de Terapia del Comportamiento*, Vol.7 N.3.
- DILORENZO, T.M., EDELSTEIN, B., CARR W.T., PBERT L., HEIDEN L. y SELBY V.C. (1990). A Functional Assesment of Heterosocial Initiation Behaviors in Adults. *Journal of Psychopatology and Behavioral Assesment*, Vol.12 N.1
- DODGE, C.S., HEIMBERG, R.G., NYMAN, D y O'BRIEN, G.T. (1987). Daily Heterosocial Interactions of High and Low Socially Anxious College Students: A Disry Study. *Behavior Therapy*, 18, 90-96.
- DOW, M.G. (1985). Peer Validation and Idiographic Analysis of Social Skill Deficits. *Behavior Therapy*, 16, 76-86.
- DOW, M.G., GLASER, S.R. y BIGLAN, A. (1981). The Relevance of Specific Conversational Behaviors to Ratings of Social Skill: An Experimental Analysis. *Journal of Behavior Assesment*, Vol.3 N.3.
- DRYDEN, W. y ELLIS, A. (1989). *Práctica de la Terapia Racional-Emotiva*. Bilbao: Desclée de Bröwer.

- EAGLY, A.H. (1987). **Sex Differences in Social Behavior**. London: Lawrence Erlbaum Associates.
- ECHEBURUA, E. y SALAVERRIA, K. (1992). Tratamientos psicológicos de la fobia social. En E. Echeburúa (Ed.), **Avances en el tratamiento psicológico de los trastornos de ansiedad**. Madrid: Pirámide S.A.
- EISLER, R.M. y FREDERIKSEN, L.W. (1980). **Perfecting Social Skills**. New York: Plenum Press.
- EISLER, R.M., FREDERIKSEN, L.W. y PETERSON G.L. (1978). The Relationship of Cognitive Variables to the Expression of Assertiveness. **Behavior Therapy**, 9, 419-427.
- ELLIS, A. (1979). **The Intelligent Woman's Guide to Dating and Mating**. USA: Lyle Stuart Inc.
- ELLIS, A. (1980). **Razón y Emoción en Psicoterapia**. Bilbao: Desclée de Brower S.A.
- ELLIS, A. (1988). Desarrollando los ABC de la Terapia Racional-Emotiva. En M. Mahoney y A. Freeman, **Cognición y Psicoterapia**. Barcelona: Ed. Paidós.
- ELLIS, A. y GRIEGER R. et.al. (1981). **Manual de Terapia Racional-Emotiva**. Bilbao: Desclée Brower S.A.
- ELLIS, R. y WHITTINGTON, D. (1981). **A Guide to Social Skill Training**. London y Sidney: Croom Helm.
- ELSEA, J.G. (1989). **La Primera Impresión**. Barcelona: Ed. Grijalbo.
- EMMELKAMP, F. (1983). **Failures in Behavior Therapy**. New York: John Wiley and Sons Inc.
- EMMELKAMP, P.M.G. (1985). Anxiety and Fear. En Bellack, Hersen y Kazdin (Eds.), **International Handbook of Behavior Modification and Therapy**. New York: Plenum Press.
- EMMONS, M.L. y ALBERTI, R.E. (1983). Failure: Winning at the Losing Game in Assertiveness Training. En E.B. Foa y P.M.G. Emmelkamp (Ed.), **Failures in Behavior Therapy**. New York: John Wiley and Sons Inc.
- EPSTEIN, N. (1980). Social Consequences of Assertion, Agression, Passive Agression and Submission: Situational and Dispositional Determinants. **Behavior Therapy**, 11, 662-669.
- FAST, J. (1971). **El Lenguaje del cuerpo**. Barcelona: Kairós.

- FAST, J. y FAST, B. (1981). **Hablando entre Líneas. Cómo Significamos más de lo que Decimos.** Barcelona: Kairós.
- FENSTERHEIM, H. y BAER, J. (1976). **No Diga SI Cuando Quiera Decir NO.** Barcelona: Grijalbo S.A.
- FERNANDEZ, R. y CARROBLES, J.A.I. (1983). **Evolución Conductual. Metodología y Aplicaciones.** En A. Blanco (Ed.), **Evaluación de las Habilidades Sociales**, Madrid: Ed. Pirámide, S.A.
- FERSTER, C.B. (1987). **Reforzamiento y Castigo en el Control del Comportamiento Humano por Agentes Sociales.** En H.J. Eysenck (Ed.), **Experimentos en Terapia de Conducta.** Barcelona: Ed. Orbis S.A.
- FIEDLER, D. y BEACH, L.R. (1978). **On the decision to be assertive.** *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46, 537-546.
- FIRTH, E.A., COHEN CONGER J., FUHCENSHMIDT, S. y DORCEY, T. (1986). **Social Competence and Social Perceptivity.** *Journal of Social and Clinical Psychology*, Vol.4 N.1, 85-100.
- FISCHETTI, M., CURRAN, J.P. y WESSBERG, H.W. (1977). **Sense of timing: A skill deficit in heterosexual-socially anxious males.** *Behavior Modification*, 1, 179-194.
- FLOWERS, J.V. y BOOREM C.D. (1987). **Métodos de Simulación y Role-Playing.** En F.H. Kanfer y A.P. Goldstein (Eds.), **Cómo Ayudar al Cambio en Psicoterapia.** Bilbao: Desclée de Brower S.A.
- FODOR, I.G. y EPSTEIN, R.C. (1983). **Assertiveness Training for Women: Where are we failing?.** En F. Emmelkamp (Ed.), **Failures in Behavior Therapy.** New York: John Wiley and Sons Inc.
- FRANKEL, A. y PRENTICE-DUNN, S. (1990). **Loneliness and the Processing of Self-Relevant Information.** *Journal of Social and Clinical Psychology*, Vol.9 N.3.
- FROSH, S. y SUMMERFIELD, A.B. (1986). **Social Skill Training.** En C.R. Hollin y P. Trower (Eds.), **Handbook of Social Skills Training.** Vol.1. Oxford: Pergamon Press.
- FRY, L. (1983). **Mujeres en Sociedad.** En S. Spence y G. Shepherd, **Development in Social Skills Training.** London: Academic Press, Inc.
- FURNHAM, A. (1985). **Social Skills Training: An European Perspective.** En L.L'Abate and M.A. Milan (Eds.), **Handbook of Social Skills Training and Research.** New York: John Wiley and Sons Inc.

- FAST, J. y FAST, B. (1981). **Hablando entre Líneas. Cómo Significamos más de lo que Decimos.** Barcelona: Kairós.
- FENSTERHEIM, H. y BAER, J. (1976). **No Diga SI Cuando Quiera Decir NO.** Barcelona: Grijalbo S.A.
- FERNANDEZ, R. y CARROBLES, J.A.I. (1983). **Evolución Conductual. Metodología y Aplicaciones.** En A. Blanco (Ed.), **Evaluación de las Habilidades Sociales**, Madrid: Ed.Pirámide, S.A.
- FERSTER, C.B. (1987). **Reforzamiento y Castigo en el Control del Comportamiento Humano por Agentes Sociales.** En H.J.Eysenck (Ed.), **Experimentos en Terapia de Conducta.** Barcelona: Ed.Orbis S.A.
- FIEDLER, D. y BEACH, L.R. (1978). **On the decision to be assertive.** *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46, 537-546.
- FIRTH, E.A., COHEN CONGER J., FUHCENSHMIDT, S. y DORCEY, T. (1986). **Social Competence and Social Perceptivity.** *Journal of Social and Clinical Psychology*, Vol.4 N.1, 85-100.
- FISCETTI, M., CURRAN, J.P. y WESSBERG, H.W. (1977). **Sense of timing: A skill deficit in heterosexual-socially anxious males.** *Behavior Modification*, 1, 179-194.
- FLOWERS, J.V. y BOOREM C.D. (1987). **Métodos de Simulación y Role-Playing.** En F.H.Kanfer y A.P.Goldstein (Eds.), **Cómo Ayudar al Cambio en Psicoterapia.** Bilbao: Desclée de Brower S.A.
- FODOR, I.G. y EPSTEIN, R.C. (1983). **Assertiveness Training for Women: Where are we failing?.** En F.Emmelkamp (Ed.), **Failures in Behavior Therapy.** New York: John Wiley and Sons Inc.
- FRANKEL, A. y PRENTICE-DUNN, S. (1990). **Loneliness and the Processing of Self-Relevant Information.** *Journal of Social and Clinical Psychology*, Vol.9 N.3.
- FROSH, S. y SUMMERFIELD, A.B. (1986). **Social Skill Training.** En C.R.Hollin y P.Trower (Eds.), **Handbook of Social Skills Training. Vol.1.** Oxford: Pergamon Press.
- FRY, L. (1983). **Mujeres en Sociedad.** En S.Spence y G.Shepherd, **Development in Social Skills Training.** London: Academic Press, Inc.
- FURNHAM, A. (1985). **Social Skills Training: An European Perspective.** En L.L'Abate and M.A.Milan (Eds.), **Handbook of Social Skills Training and Research.** New York: John Willey and Sons Inc.

- FURNHAM, A. (1986). Social Skills Training with Adolescent and Young Adults. En C.R.Hollin y P.Trower (Eds.), **Handbook of Social Skills Training**. Vol 1, Oxford:Pergamon Press.
- GALASSI, J.P., DELO, J.S., GALASSI, M.D., y BASTIEN, S. (1974). The College Self Expression Scale: A measure of assertiveness. **Behavior Therapy**, 5, 165-171.
- GALASSI, J.P. y GALASSI, M.D. (1979). Modification of Heterosocial Skills Deficits. En A.S.Bellack y M.Hersen (Eds.), **Research and Practise in Social Skills Training**. New York: Plenum Press.
- GALASSI, J.P., HOLLANDSWORTH, J.P., RAECKI, J.C., GAY, M.L., HOWE, M.R. y EVANS C.L. (1976). Behavioral Performance in the Validation of an Assertiveness Scale. **Behavior Therapy**, 7, 447-452.
- GALASSI M.D. y GALASSI J.P. (1976). The Effects of Role-Playing Variations on the Assesment of Assertive Behavior. **Behavior Therapy**, 7, 343-347.
- GALASSI, M.D. y GALASSI J.P. (1977). **Assert Yourself! How to Be Your Own Person**. New York: Human Science Press Inc.
- GAMBRILL, E.D. y RICHEY, C.A. (1975). An Assertion Inventory for Use in Assesment and Research. **Behavior Therapy**, 6, 550-561.
- GAYM.L., HOLLANDWORTH, J.G. y GALLASSI, J.P. (1975). An assertive inventory for adults. **Journal of Counseling Psychology**, 22, 340-344.
- GEARY, J.M. y GOLDMAN, M.S. (1978). Behavioral Treatment of Heterosexual Social Anxiety: A Factorial Investigation. **Behavior Therapy**, 9, 971.
- GIL, F (1984). Entrenamiento en Habilidades Sociales. En J.Mayor y F.J.Labrador (Eds.), **Manual de Modificación de Conducta**. Madrid: Ed.Alhambra.
- GIRORDO, M. (1980). **Cómo vencer la Timidez**. Barcelona: Grijalbo S.A.
- GLASS, C.R., GOTTMAN, J.M y SHMURAK, S.H. (1976). Response-adquisition and cognitive sel-statement modification approaches to dating skills training. **Journal of Counseling Psychology**, 23, 520-526.
- GLASGOW, R.E. y ARKOWITZ, H. (1975). The Behavioral Assesment of Male and Female Social Competence in Dyadic Heterosexual Interactions. **Behavior Therapy**, 6, 488-498.
- GLASS, C.R. y SHEA C.A. (1986). Cognitive Therapy for Shyness and Social Anxiety. En H.Jones, J.M.Cheek y S.R. Briggs (Eds.), **Shyness.Perspectives on Research and Treatment**. New York y London: Plenum Press.

- GOLDFRIED, M.R. y DAVISON, G.C. (1976). **Clinical Behavior Therapy**. USA: Holt Rinehart and Winston Inc.
- GOLDFRIED, M.R. y GOLDFRIED, A.P. (1975). Métodos de Cambio Cognitivo. En F.H.Kanfer y A.P.Goldstein, **Helping People Change. A Textbook of Methods**. New York: Pergamun Press.
- GOLDSTEIN, A.P., SPRAFKIN, R.P., GERSAN, N.J. y KLEIN, P. (1989). **Habilidades Sociales y Autocontrol en la Adolescencia. Un Programa de Enseñanza**. Barcelona: Martinez Roca, S.A.
- GOOD, D. (1986). Social Skills and the Analysis of Conversation. En C.R.Hollin y P.Trower, **Handbook of Social Skills Training**. Vol.2, Oxford: Pergamon Press.
- GORECKI, P.R., DICKSON, A.L. y RITZLER, B.A. (1981). Convergent and Concurrent Validation of Four Measures of Assertion. **Journal of Behavioral Assessment**, Vol.3 N.2.
- GORMALLY, J. (1982). Evaluation of Assertiveness: Effects of Gender, Rater Involment and Level of Assertiveness. **Behavior Therapy**, 13, 219-225.
- GORMALLY, J., VARVIL-WELD, D., RAPHAEL, R. y SIPPS, G. (1981). Treatment of Socially Anxious College Men Using Cognitive Counseling and Skills Training. **Journal of Counseling Psychology**, Vol.28, N.2, 147-157.
- GREENWALD, D.P. (1977). The Behavioral Assesment of Differences in Social Skill and Social Anxiety in Female College Students. **Behavior Therapy**, 8, 925-937.
- GREENWALD, D.P. (1978). Self-Report Assesment in High and Low Dating College Woman. **Behavior Therapy**, 9, 297-299.
- HEIMBERG, R.G., CHIAUZZI, E.J., BECKER, R.E. y MADRAZO-PETERSON, R.M. (1983). Cognitive Metiation of Assertive Behavior: An Analysis of the Self-Statment Patterns of College Students, Pschiatric Patiens and Normal Adults. **Cognitive Therapy and Research**, Vol.7, N.5 455-464.
- HEIMBERG, R.G., DODGE, C.S. y BECKER, R.E. (1987). Social Phobia. En L. Michelson y M. Ascher(Eds.), **Anxiety and Stress Disorders. Cognitive-behavioral assesment and treatment**. New York: Guilford Press.
- HEIMBERG, R.G., DODGE, C.S., HOPE, D.A., KENNEDY, C.R., ZOLLO, L. y BECKER, R.E. (1990). Cognitive behavioral group treatment for social phobia: comparison with a credoble placebo control. **Cognitive Therapy and Research**, 14, 1-23.
- HEIMBERG, R.G., MONTGOMERY, D., MADSEN CH.H. y HEIMBERG, J.S. (1977). Assertion Training: A Review of the Literature. **Behavior Therapy**, 8, 953-971.

- HEIMBERG, R.G., MUELLER, G.P., HOLT, C.S. y LIEBOWITZ, M.R. (1992). Assesment of Anxiety in Social Interaction and Being Observed by others: The Social Interaction Anxiety Scale and the Social Phobia Scale. *Behavior Therapy*, 23, 53-73.
- HENLEY, N.M. (1977). *Body Politics: Power, Sex and Nonverbal Comunication*. New Jersey (USA): Prentice Hall Inc.
- HERSEN, M. y BELLACK, A.S. (1977). Assesment of Social Skills. En A.R.Ciminero, A.S.Calhoun y H.E.Adams (Eds.), *Handbook of Behavioral Assesment*. New York: John Wiley and Sons Inc.
- HERSEN, M. y EISLER, R.M. (1984). Entrenamiento de las Aptitudes Sociales. En W.E.Craighead, A.E.Kazdin y M.J.Mahoney(Eds.), *Modificación de Conducta. Principios, Técnicas y Aplicaciones*. Barcelona: Ed.Omega, S.A.
- HERSEN, M., EISLER, R.M. y MILLER, P.M. (1980). Entrenamiento en Asertividad: Medición Clínica y Consideraciones para la Investigación. En R.Ardila(Ed.), *Terapia del Comportamiento: Fundamentos, Técnicas y Aplicaciones*. Bilbao: Desclée de Brower.
- HIMADI, W.G., ARKOWITZ, H., HINTON, R. y PERL, J. (1980). Minimal Dating and its Relationship to others Social Problems and General Adjustment. *Behavior Therapy*, 11, 345-352.
- HOLLIN, C.R. y TROWER, P. (1986). Social Skills Training: Critique and Future Development. En C.R.Hollin y P.Trower (Eds.), *Handbook of Social Skills Training*, Oxford: Pergamon Press.
- HOLLIN, C.R. y TROWER, P. (1986). *Handbook of Social Skills Training*, Oxford: Pergamon Press.
- HUNG, J.H., ROSENTHAL, T.L. y KELLEY, J.E. (1980). Social Comparision Standards Spur Inmediate Assertion: So, You Think You're Submissive?. *Cognitive Therapy and Research*, Vol.4 N.2 223-234.
- JACOBS, M.K. y COCHRAN, S.D. (1982). The Effects of Cognitive Restructuring on Assertive Behavior. *Cognitive Therapy and Research*, 6, 63-76.
- JACOBSON, N.S. y ANDERSON, E.A. (1982). Interpersonal Skill and Depression in College Students: Analysis of the Timing of Self-Disclosures. *Behavior Therapy*, 13 271-282.
- JAKUBOWSKI, P.A. (1977a). Assertive Behavior and Clinical Problems of Women. En E.I.Rawlings y D.K.Carter (Eds.), *Psychotherapy for Women. Treatment toward Equality*. Illinois (USA): Charles C.Thomas Publisher.

- JAKUBOWSKI, P.A. (1977b). Self-Assertion Training Procedures for Women. En E.I.Rawlings y D.K.Carter (Eds.), **Psychotherapy for Women. Treatment toward Equality** . Illinois (USA): Charles C.Thomas Publisher.
- JAREMKO, M.E. (1987). Entrenamiento en Inoculación de estrés para la Ansiedad Social con particular atención a la Ansiedad ante las Citas. En D.Meichenbaum y M.E. Jaremko (Eds.), **Prevención y Reducción del Estrés**. Bilbao: Desclée de Brower S.A.
- JOHNSON, C.A. y FRANKEL, A. (1978). Effects of History on the Measurement of Assertion. **Behavior Therapy**, 9, 963.
- JONES, W.H. (1990). Loneliness and Social Exclusion. **Journal of Social and Clinical Psychology**, Vol.9, N.2.
- JONES, W.H. y CARPENTER, B.N. (1986). Shyness, Social Behavior and Relationships. En W.H.Jones, J.M.Check y S.R.Briggs (Eds.), **Shyness: Perspectives on Research and Treatment**. New York: Plenum Press.
- JONES, W.H., CHEEK J.M. Y BRIGGS, S.R. (1986). **Shyness. Perspectives on Research and Treatment**. New York and London: Plenum Press.
- KANFER, F.H. y GOLDSTEIN, A.P. (1975). **Helping People Change. A Textbook of Methods**. New York: Pergamun Press Inc.
- KANFER, F.H. y GOLDSTEIN, A.P. (1987). **Cómo Ayudar al Cambio en Psicoterapia**. Bilbao: Desclée de Brower S.A.
- KANFER, F.H. y PHILLIPS, J.S. (1977). **Principios de Aprendizaje en la Terapia del Comportamiento**. México: Trillas.
- KAZDIN, A.E. y MASCITELLI, S. (1982). Behavioral Rehearsal, Self-Instructions and Homework Practice in Developing Assertiveness. **Behavior Therapy**, 13, 346-360.
- KELLY, J.A. (1987). **Entrenamiento de las Habilidades Sociales**. Bilbao: Desclée de Brower. S.A.
- KELLY, J.A., KERN, J.M., KIRKLEY, B.G., PATTERSON, J. y KEANE T.M. (1980). Reactions to Assertive Versus Unassertive Behavior: Differential Effects for Males and Females and Implications for Assertiveness Training. **Behavior Therapy**, 11, 670-682.
- KERN, J.M. (1982a). The Comparative External and Concurrent Validity of three Role-Play for Assesing Heterosocial Performance. **Behavior Therapy**, 13, 666-680.
- KERN, J.M. (1982b). Predicting the Impact of Assertive, Empathic-Assertive and Nonassertive Behavior: The Assertiveness of the Assertee. **Behavior Therapy**, 13, 486-498.

- KERN, J.M., CAVELL, T.A. y BECK, B. (1985). Predicting Differential Reactions to Male's versus Female's Assertions. *Empathics-Assertions and Nonassertions. Behavior Therapy*, 16, 63-75.
- KIRSCHENER, S.M. y GALASSI, J.P. (1983). Person, Situational and Interactional Influences on Assertive Behavior. *Journal of Counseling Psychology*, Vol.30, N.3 355-360.
- KLASS E.T. (1981). A Cognitive Analysis of Guilt over Assertion. *Cognitive Therapy and Research*, 5, 283-297.
- KLAUS, D., HERSEN, M. y BELLACK, A.S. (1977). Survey of dating habits of male and female college students: A necessary precursor to measurement and modification. *Journal of Clinical Psychology*, 33, 369-375.
- KOLKO, D.J. y MILAN M.A. (1985). Problemas Conceptuales y Metodológicos en la Evolución de la Conducta de Habilidades Heterosociales. En L.L'abate y M.A.Milan (Eds.), *Handbook of Social Skills Training and Research*, New York: John Wiley and Sons Inc.
- KOLOTKIN, R.A. (1980). Situation Specificity in the Assesment of Assertion: Considerations for the Measurement of Training and Transfer. *Behavior Therapy*, 11, 651-661.
- KOLOTKIN, R.A. y WIELKIEWICZ, R.M. (1984). Effects of Situational Demand in the Role-Play Assesment of Assertive Behavior. *Journal of Behavior Assesment*, Vol.6 N.1
- KUPERMINC, M. y HEIMBERG, R.G. (1983). Consequence Probability and Utility as Factors in the Decision to Behave Assertively. *Behavior Therapy*, 14, 637-646.
- L'ABATE, L. y MILAN, M.A. (1985). *Handbook of Social Skills Training and Research*. New York: John Wiley and Sons Inc.
- LAKE, E.A. y ARKIN, R.M. (1985). Reactions to Objective and Subjective Interpersonal Evolution: The Influence of Social Anxiety. *Journal of Social and Clinical Psychology*, Vol.3 N.2, 143-160.
- LANGE, A.J. (1981). Entrenamiento Cognitivo-Conductual de la Asertividad. En A.Ellis y R.Grieger (Ed.), *Manual de Terapia Racional-Emotiva*. Bilbao: Desclée de Brower.
- LANGE, A.J. y JAKUBOWSKI, P. (1976). *Responsible Assertive Behavior*. Champaign, Illinois: Research Press.
- LAO, R.C., UPCHURCH, W.H., CORWIN, B.J. y GROSSNUCKLE, W.F. (1975). Biased attitudes toward females as indicated by ratings of intelligence and likeability. *Psychological Reports*, 37, 1315-1320.

- LAVOME, W. y CALHOUM, K.S. (1984). Assertiveness and Cognitive Processing in Interpersonal Situations. **Journal of Behavioral Assessment**, Vol.6 N.1.
- LAWRENCE, J.S.ST. ET.AL. (1985). Situational Context: Effects on Perceptions of Assertive and Unassertive Behavior. **Behavior Therapy**, 16, 51-62.
- LAZARUS, A.A. (1983). **Terapia Multimodal**. Buenos Aires, Argentina: IPPEM ed.
- LEARY, M.R. (1990). Responses to Social Exclusion: Social Anxiety, Jealousy, Loneliness Depression and Low Self-esteem. **Journal of Social and Clinical Psychology**, Vol.9 N.2
- LIBERMAN, R.P., KING, L.W., DERISI, W.J. y McCANN, M (1975). **Personal Effectiveness. Guiding People to Assert Themselves and impose their Social Skills**. Illinois (USA): Research Press co.
- LINEHAN, M.M. (1984). Interpersonal Effectiveness in Assertive Situations. En E.A.Bleechman (Ed.), **Behavior Modification with Women**. New York: Guilford Press.
- LINEHAN, M.M. y EGAN, K.J. (1979). Assertion Training for Women. En A.S.Bellack and M.Hersen (Eds.), **Research and Practice in Social Skills Training**. New York: Plenum Press.
- LINEHAN, M.M., GOLDFRIED, M.R. y GOLDFRIED, A.P. (1979). Assertion Therapy: Skill Training or Cognitive Restructuring?. **Behavior Therapy**, 10, 372-388.
- LIPTON, D.N. y NELSON, R.O. (1980). The Contribution of Initiation Behavior to Dating Frequency. **Behavior Therapy**, 11, 59-66.
- LOHR, J.M. y BONGE, D. (1982). Relationship Between Assertiveness and Factorially Validated Measures of Irrational Beliefs. **Cognitive Therapy and Research**, Vol.6, N.3, 353-356.
- MACDONALD, M.L. (1978). Measuring Assertion: A Model and Method. **Behavior Therapy**, 9, 889-899.
- MACDONALD, M.L. (1982). Assertion Training for Women. En J.P.Curran y P.M.Monti (Eds.), **Social Skills Training. A Practical Handbook for Asserment and Treatment**. New York: Guilford Press.
- MACDONALD, M.L. (1984). Behavioral Asserment of Women Clients. En E.A.Bleechman (Ed.), **Behavioral Modification with Women**. New York: Guilford Press.
- MAHONEY, M.J. y ARNKOFF, D. (1978). Cognitive and Self-Control Therapies. En S.L.Garfiel y A.E.Bergin (Eds.), **Handbook of Psychotherapy and Behavior Change**. New York: John Wiley and Sons Inc.

- MANDEL, N.M. y SHRAUGER, J.S. (1980). The Effects of Self-Evolutive Statements on Heterosocial Approach in Shy and Nonshy Males. *Cognitive Therapy and Research*, Vol.4 369-381
- MARKS, I.M. (1986). *Tratamiento de las Neurosis. Teoría y Práctica de la Psicoterapia Conductual*. Barcelona: Martinez Roca S.A.
- MARKS, I.M. (1991). *Miedos, Fobias y Rituales*. Barcelona: Martinez Roca S.A.
- MARSHALL, J. y LEVY, G.D. (1990). Effects of Potential Partner's Costume and Physical Attractiveness on Sexuality and Partner Selection. *The Journal of Psychology*, 124 (4), 371-389.
- MARTIN, P. y BATESON, P. (1991). *La Medición del Comportamiento*. Madrid: Alianza Universidad, S.A.
- MAYOR, J. y LABRADOR, F.J. (1984). *Manual de Modificación de Conducta*. Madrid: Ed. Alhambra.
- McCAMPBELL, E. y RUBACK, R.B. (1984). Social Consequences of Apologetic, Assertive and Aggressive Request. *Journal of Counseling Psychology*, Vol.32 N.1 68-73.
- McFALL, R.M. (1982). A review and reformulation of the concept of social skills. *Behavioral Assessment*, 4, 1-33.
- McFALL, R.M. y TWENTYMAN, C.T. (1973) Four experiments on the relative contributions of rehearsal, modeling and coaching to assertion training. *Journal of Abnormal Psychology*, 81, 199-218.
- MEICHENBAUM, D. (1975). Self-Instructional Methods. En F.H.Kanfer y A.P. Goldstein (Eds.), *Helping People Change*. New York: Pergamun Press.
- MEICHENBAUM, D. (1987). *Manual de Inoculación de Estrés*. Barcelona: Martinez Roca.
- MEICHENBAUM, D. y GENEST, M. (1987). Modificación de Conducta Cognitiva: Una Integración de Métodos Cognitivos y Conductuales. En F.H.Kanfer y A.P. Goldstein (Eds.), *Helping People Change*. New York: Pergamun Press.
- MEICHENBAUM, D. y JAREMKO, M.E. (1987). *Prevención y Reducción del Estrés*. Bilbao: Desclée de Brower S.A.
- MERSCH, P.P.A. y EMMELKAMP, P.M.G., BOGELS, S.M. y VAN DER SLEEN (1989). Social Phobia: Individual Response Patterns and the Effects of Behavioral and Cognitive Interventions. *Behavior Research and Therapy*, 27, 421-434.

- MICHELSON, L., SUGAT, P.P., WOOD, R.P. y KAZDIN, A.E. (1987). **Las Habilidades Sociales en la Infancia: Evolución y Tratamiento**. Barcelona: Martinez Roca S.A.
- MONTGOMERY, R.L. y HAEMMERLIE, F.M. (1986). Self-Perception Theory and the Reduction of Heterosocial Anxiety. **Journal of Social and Clinical Psychology**, Vol.4, N.4 503-512.
- MONTI, P.M., ABRAMS, D.B., BINKOFF, J.A. y ZWICK, W.R. (1986). Social Skills Training and Substance Abuse. En C.R.Hollin y P.Trower (Eds.), **Handbook of Social Skills Training: Clinical Applications and New Directions**. Vol.2. Oxford: Pergamun Press.
- MORLEY, S., SHEPHERD, G y SPENCE, S. (1983). Aproximaciones Cognitivas al Entrenamiento en Habilidades Sociales. En S.Spence y G.Shepherd (Eds.), **Developments in Social Skills Training**. London: Academic Press Inc.
- MORRISON, R.L. y BELLACK, A.S. (1981). The Role of Social Perception in Social Skill. **Behavior Therapy**, 12, 69-79.
- MUEHLENHARD, C.L. y McFALL, R.M. (1981). Dating Initiation from a Woman's Perspective. **Behavior Therapy**, 12, 682-691.
- MUEHLENHARD, C.L., MILLER, C.L. y BURDICK, C.A. (1983). Are High-Frequency Daters Better cue Readers?. Men's Interpretations of Women's cues as a Function of Dating Frequency and SHI scores. **Behavior Therapy**, 14, 626-636.
- MUEHLENHARD, C.L. ET.AL. (1986). Verbal and Nonverbal Cues that Convey Interest in Dating: Two Studies. **Behavior Therapy**, 17, 404-419.
- MYSZKA, M.T., GALASSI, J.P. y WARE, W.B. (1986). Comparision of Cognitive Assesment Methods with Heterosocially Anxious College Women. **Journal of Counseling Psychology**, Vol.33 N.4, 401-407.
- O'GRADY, K. (1989). Physical Attractiveness, Need for Approval Social Self-Esteem and Maladjustment. **Journal of Social and Clinical Psychology**, Vol.8 N.1, 62-69.
- OWEN, W., SCOTT, N. y EDELSTEIN, B.A. (1981). The Social Competence of Two Interactions Strategies: An Analog Evolution. **Behavior Therapy**, 12, 482-492.
- PADAWER, W.J. y GOLDFRIED, M.R. (1984). Anxiety-Related Disorders, Fears and Phobias. En E.A.Bleechman (Ed.), **Behavior Modification with Women**. New York: Guilford Press.
- PECK, D. y CACERES, J. (1981). **Avances en la Terapia de Conducta**. Bilbao: Ed.Universidad de Deusto.

- PETERSON, J., FISCHETTI, M., CURRAN, J.P. y ARLAND, S. (1981). Sense of Timing: A Skill Deficit in Heterosocially Anxious Women. *Behavior Therapy*, 12, 195-201.
- PHELPS, S. y AUSTIN, N. (1987). *The Assertive Woman. A New Look*. San Luis Obispo, California: Impact Publishers.
- PHILLIPS, E.L. (1978). *The Social Skills Basis of Psychopatology. Alternatives to Abnormal Psychology and Psychiatry*. New York and London: Grune y Stratton, Inc.
- PHILLIPS, L. y ZIGLER, E. (1964). Role orientation, the action-thought dimension and outcome in psychiatric disorders. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 68, 381-389.
- PITCHER, S.W. y MEIKLE, S. (1980). The Topography of Assertive Behavior in Positive and Negative Situations. *Behavior Therapy*, 11, 532-547.
- RATHUS, S.A. (1980). Un inventario de 30 ítems para Evaluar el Comportamiento Asertivo. En R.Ardila (Ed.), *Terapia del Comportamiento: Fundamentos, Técnicas y Aplicaciones*. Bilbao: Desclée de Brower.
- RAWLINGS, E.I. y CARTER D.K. (1977). *Psychotherapy for Women. Treatment toward Equality*. Illinois, USA: Charles C.Thomas Publisher.
- RIMM, D.C. y MASTERS, J.C. (1980). *Terapia de la Conducta: Técnicas y Hallazgos Empíricos*. México: Trillas.
- RODRIGUEZ, R., NIETZEL, M.T. y BERZINS, J. (1980). Sex Role Orientation and Assertiveness among Female College Students. *Behavior Therapy*, 11, 353-366.
- ROLOF, M.E. y BERGER CH.R. (1982). *Social Cognition and Comunication*. Beverly Hills, California: SAGE Publications, Inc.
- ROSE, Y.J. y TRYON, W.W. (1979). Judgements of assertive behavior as function of speech loudness, latency, content, gestures, inflection and sex. *Behavior Modification*, 3, 112-123.
- ROTH, E. (1986). *Competencia Social. El Cambio del Comportamiento Individual en la Comunidad*. México DF: Ed.Trillas.
- SAFRAN, J.D., ALDEN, L.E. y DAVIDSON, P.O. (1980). Client Anxiety as a Moderator Variable in Assertion Training. *Cognitive Therapy and Research*, 4, 189-200.
- SCHROEDER, H.E., RAKOS, R.F. y MOE, J. (1983). The Social Perception of Assertive Behavior as a Function of Response Class and Gender. *Behavior Therapy*, 14, 534-544.

- SCHWARTZ, R.M. y GOTTMAN, J.M. (1976). Toward a task analysis of assertive behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 44, 910-920.
- SHEPHERD, G. y SPENCE, S. (1983). Conclusiones. En S.Spence y G.Shepherd (Eds.), *Developments in Social Skilss Training*. London: Academic Press, Inc.
- SCOTT, R.R., HIMADI, W. y KEANE, T.M. (1983). A Review of Generalization in Social Skills Training: Suggestion for Future Research. *Progress in Behavior Modification*, Vol.15, 114-172.
- SIDMAN, M. (1973). *Tácticas de Investigación Científica*. Barcelona: Ed.Fontanella.
- SMITH, M.J. (1977). *Cuando Digo NO me Siento Culpable. Terapia Asertiva Sistemática*. Barcelona: Grijalbo.
- SMITH, R.E. y SARASON, I.G. (1975). Social anxiety and the evaluation of negative interpersonal feedback. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43, 429-435.
- SOLOMON, L. y ROTHBLUM, E.D. (1985). Problemas en Habilidades Sociales Experimentados por Mujeres. En L.L'abate y M.A.Milan (Eds.), *Handbook of Social Skills Training and Research*. New York: John Wiley and Sons Inc.
- SPENCE, S. (1983). Heterosexual Social Skills Training. En S.Spence y G.Shepherd (Eds.), *Development in Social Skills Training*. London: Academic Press, Inc.
- SPENCE, S. y SHEPHERD, G. (1983). *Development in Social Skills Training*. London: Academic Press, Inc.
- STEIL, L., SUMMERFIELD, J. y DE MARE, G. (1987). *Cómo Escuchar Bien y Entender Mejor*. Bilbao: Ed.Deusto.
- STEFANEK, M.E. y EISLER, R.M. (1983). The Current Status of Cognitive Variables in Assertiveness Training. *Progress in Behavior Modification*, Vol.15, 277-320.
- STOPPARD, J.M. y HENRI, G.S. (1987). Conceptual Level Matching and Effects of Assertion Training. *Journal of Counseling Psychology*, Vol.34, N.1, 55-61.
- STRAVYNSKI, A., MARKS, I. y YULE, W. (1982). Social Skills problems in neurotic outpatients: social skills training with and without cognitive modification. *Archives of General Psychiatry*, 39, 1378-1385.
- THORESEN, C. y MAHONEY, M.J. (1981). *Autocontrol de la Conducta*. México: F.C.E.

- TROWER, P. (1979). *Fundamentals of Interpersonal Behavior: A Social-Psychological Perspective*. En A.S.Bellack y M.Hersen (Eds.), *Research and Practice in Social Skills Training*. New York: Plenum Press.
- TROWER, P. (1982). *Toward a Generative Model of Social Skills: A Critique and Synthesis*. En J.P.Curran y P.M.Monti (Eds.), *Social Skills Training. A Practical Handbook for Assessment and Treatment*. New York: Guilford Press.
- TROWER, P. (1986). *Social Skills Training and Social Anxiety*. En C.R.Hollin y P.Trower (Eds.), *Handbook of Social Skills Training*. Oxford: Pergamon Press.
- TROWER, P., BRYANT, B. y ARGYLE, M. (1978). *Social Skills and Mental Health*. Great Britain, London: Methuen and Co.Ltd.
- TURNER, S.M. y BEIDEL, D.C. (1985). Empirically Derived Subtypes of Social Anxiety. *Behavior Therapy*, 16, 384-392.
- TWENTYMAN, C.T. y McFALL, R.M. (1975). Behavioral Training of Social Skills in Shy Males. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43, 384-395.
- VALERIO, H.P. y STONE, G.L. (1982). Effects of Behavioral, Cognitive and Combined Treatments for Assertion as a Function of Differential Deficits. *Journal of Counseling Psychology*, Vol.29, N.2, 158-168.
- VAN DAM-BAGGEN, R. y KRAAIMAAT, F. (1986). A Group Social Skills Training Program with Psychiatric Patients: Outcome, Drop-out Rate and Prediction. *Behavior Research and Therapy*, Vol.24, N.2, 161-169.
- VOSS, J.R., ARRICK, M.C. y RIMM, D.C. (1978). Behavior Rehearsal, Modeling and Coaching in Assertive Training. *Behavior Therapy*, 9, 970.
- WALLANDER, J.L., CONGER, A.J., MARIOTTO, M.J., CURRAN, J.P. y FARRELL, A.D. (1980). Comparability of Selection Instruments in Studies of Heterosexual-social Problem Behaviors. *Behavior Therapy*, 11, 548-560.
- WATSON, D. y FRIEND, R. (1969). Measurement of Social-evaluative anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 33, 448-457.
- WATZLAWICK, P., HELMICK BEAVIN, J. y JACKSON, D.D. (1967). *Pragmatics of Human Communication*. New York: W.W.Norton y Company Inc.
- WEISINGER, H. (1988). *Técnicas para el Control del Comportamiento Agresivo*. Barcelona: Martinez Roca.
- WOLFE, J.L. (1990). La Mujer. En M.E.Bernard y A.Ellis (Eds.), *Aplicaciones Clínicas de la Terapia Racional Emotiva*. Bilbao: Desclée de Brower.

- WOLFE, J.L. y FODOR, I.G. (1977). Modifying Assertive Behavior in Women: A Comparison of Three Approaches. *Behavior Therapy*, 8, 567-574.**
- WOLPE, J. (1958). *Psychotherapy by Reciprocal Inhibition*. Palo Alto: Stanford University Press.**
- WOLPE, J. (1980). *Práctica de la Terapia de la Conducta*. México: Trillas Ed.**
- WOLPE, J. y LAZARUS, A.A. (1966). *Behavior Therapy Techniques: A Guide to the Treatment of Neuroses*. New York: Pergamon Press.**
- YATES, A.J. (1980). *Terapia del Comportamiento*. México: Trillas Ed.**