



Facultad de
Ciencias Sociales
y Humanas - Teruel
Universidad Zaragoza

Evaluación y entrenamiento de habilidades sociales en pacientes con trastornos mentales

Trabajo Fin de Grado

Sonia Tajuelo Gracia

12/06/2012

Proyecto de investigación sobre la evaluación y entrenamiento de habilidades sociales en pacientes con trastornos mentales usuarios del Centro Hospitalario de Rehabilitación Mental PRISMA.

ÍNDICE

1. Introducción	2
2. Hipótesis de trabajo y objetivos	5
3. Método	7
3.1. Participantes	7
3.2. Instrumentos	8
3.3. Variables	8
3.4. Procedimiento	8
4. Resultados	10
5. Conclusiones	16
6. Discusión	17
7. Referencias bibliográficas	18
8. Anexos	19
8.1. Anexo 1: Consentimiento informado de participación	19
8.2. Anexo 2: Cuestionario creado para medir las H.H.S.S.	20
8.3. Anexo 3: Registro de opiniones	21
8.4. Anexo 4: Reglas para suscitar el pensamiento racional	27
8.5. Anexo 5: Muestra de derechos humanos básicos	28
8.6. Anexo 6: Procedimientos defensivos	29
8.7. Anexo 7: Cuento “El verdadero valor del anillo”	32

1. INTRODUCCIÓN

Kelly (2002) definió las habilidades sociales como *“aquellas conductas aprendidas que ponen en juego las personas en situaciones interpersonales para obtener o mantener reforzamiento del ambiente”*. De esta forma, las personas interpersonalmente hábiles o socialmente competentes serían aquellas que poseen *“la habilidad de relacionarse con los demás de una forma eficaz y que resultan muy reforzantes para aquellos con quienes interactúan”* (Kelly, 2002). Por otra parte, Caballo (2002) afirma que *“las habilidades sociales se definen como el comportamiento componente específico que, en conjunto, es necesario para las interacciones sociales eficaces”*.

Es necesario destacar su importancia ya que dichas habilidades *“pueden considerarse como vías o rutas hacia los objetivos de un individuo”* (Beck y Forehand, 1984; Kelly, 2002; Wilkinson y Canter, 1982), por lo que, pueden llegar a ser imprescindibles para el correcto desarrollo de la persona y su adaptación al entorno, siendo *“los problemas interpersonales una característica definitoria de muchos trastornos emocionales y conductuales”* (Kelly, 2002; Libert y Lewinsohn, 1973; Trower y cols., 1978; Verdugo, 1997). Caballo (2007), expuso algunos factores que impedirían a un sujeto manifestar una conducta socialmente habilidosa:

- Las respuestas habilidosas necesarias no están presentes en el repertorio de respuestas de un individuo. Éste puede no haber aprendido nunca la conducta apropiada o puede haber aprendido una conducta inapropiada.
- El individuo siente ansiedad condicionada que le impide resolver de una manera socialmente adecuada. A través de experiencias aversivas o por medio del condicionamiento vicario, señales anteriormente neutras relacionadas con las interacciones sociales han llegado a asociarse con estímulos aversivos.
- El individuo contempla de manera incorrecta su actuación social, autoevaluándose negativamente, con acompañamiento de

pensamientos autoderrotistas o está temeroso de las posibles consecuencias de la conducta habilidosa.

- Falta de motivación para actuar apropiadamente en una situación determinada, pudiendo darse una carencia de valor reforzante por parte de las interacciones interpersonales.
- El individuo no sabe discriminar adecuadamente las situaciones en las que una respuesta determinada probablemente sea efectiva.
- El individuo no está seguro de sus derechos o no cree que tenga el derecho de responder apropiadamente.
- Obstáculos ambientales restrictivos que impiden al individuo expresarse apropiadamente o que incluso castigan la manifestación de esa conducta socialmente adecuada.

En el caso de pacientes psiquiátricos, los penetrantes efectos de la institucionalización han producido una deshabitación de las respuestas sociales, lo que tiene como resultado una incapacidad para reproducir lo que pudiera haber sido, una vez parte integral del repertorio de los pacientes (Caballo, 2007; Phillips, 1978). Las prácticas realizadas en PRISMA permitieron observar cómo los pacientes a menudo tenían conflictos durante la convivencia y dificultades para relacionarse de una forma adaptativa con el resto del grupo; por lo que se discutió la necesidad de un entrenamiento en habilidades sociales. “Desde el deterioro social generalizado que se observa entre personas institucionalizadas, como pacientes psiquiátricos crónicos o retrasados mentales, a los déficits sociales situacionales, mucho más definidos, de personas de funcionamiento normal en otras áreas, es evidente que la conducta interpersonal constituye un área problemática para muchos individuos, por lo que, la modificación de las habilidades sociales del cliente suele ser un objetivo importante de la terapia” (Caballo y Carrobles, 1988; Elliot y Gresham, 1991; Kelly, 2002; Wilkinson y Canter, 1982).

“El entrenamiento en habilidades sociales (EHS) se encuentra entre las técnicas más potentes y más frecuentemente utilizadas para el tratamiento de los problemas

psicológicos, para la mejora de la efectividad interpersonal y para la mejora general de la calidad de vida” (Caballo, 2007).

Este autor proporciona dos definiciones sobre el entrenamiento de habilidades sociales (Caballo, 2007): *“el EHS se puede definir como un “enfoque general de la terapia dirigido a incrementar la competencia de la actuación en situaciones críticas de la vida” (Goldsmith y McFall, 1975) y como “un intento directo y sistemático de enseñar estrategias y habilidades interpersonales a los individuos con la intención de mejorar su competencia interpersonal individual en clases específicas de situaciones sociales” (Curran, 1985).*

Pueden explicarse las premisas que subyacen al EHS como:

- Las relaciones interpersonales son importantes para el desarrollo y el funcionamiento psicológico (Caballo, 2007).
- La falta de armonía interpersonal puede contribuir o conducir a disfunciones y perturbaciones psicológicas (Curran 1985).
- Ciertos estilos y estrategias interpersonales son más adaptativos que otros estilos y estrategias para clases específicas de encuentros sociales (Caballo, 2007; Curran 1985).
- Esos estilos y estrategias interpersonales pueden especificarse y enseñarse (Caballo, 2007; Curran 1985).
- Una vez aprendidos esos estilos y estrategias mejorarán la competencia en situaciones específicas (Caballo, 2007; Curran 1985).
- La mejora en la competencia interpersonal puede contribuir o conducir a la mejoría en el funcionamiento psicológico (Caballo, 2007; Curran 1985).

Penn (1995) explica que el EHS “se basa en la suposición de que el deterioro en el funcionamiento social se puede abordar enseñando tanto conductas específicas que son esenciales para la comunicación eficaz como estrategias para resolver problemas habituales. Así pues, “se espera que la adquisición, mantenimiento y aplicación de estas habilidades mejoren la eficacia interpersonal y reduzcan los estímulos sociales estresantes” (Penn, 1995). Los pasos del EHS (Lieberman y cols., 1989; Penn, 1995):

- La identificación de las áreas con déficit en habilidades sociales.
- Instrucciones sobre la importancia de la habilidad específica.
- Modelado de la habilidad.
- Ensayo de conducta.
- Retroalimentación.
- Tareas para casa que fomenten el mantenimiento y la generalización.

Penn recapituló los resultados de diferentes estudios sobre el EHS en grupo para pacientes con esquizofrenia, las conclusiones de dichos resultados son las siguientes (Penn, 1995):

- La mejora en las habilidades sociales debida al EHS es evidente en medidas conductuales específicas, pero menos pronunciada para los cambios en la sintomatología o en el funcionamiento en la comunidad.
- Los enfoques conductuales, más que el EHS en particular, están asociados con la mejora en los resultados. Estos hallazgos sugieren que un ingrediente importante que subyace al EHS, es la capacidad para implicar activamente al paciente y favorecer las interacciones con los demás.

2. HIPÓTESIS DE TRABAJO Y OBJETIVOS

La **hipótesis** que guió el trabajo fue: que mediante un programa de entrenamiento en Habilidades Sociales, los pacientes experimentarían una mejora sobre las mismas, comparados sus índices en las medidas pre y post test y en la comparación con los de un grupo control.

Así, el **objetivo** prioritario de la investigación fue el de diseñar, aplicar y evaluar un estudio piloto de entrenamiento breve en habilidades sociales integrado por los componentes de: motivación, rechazo de ideas irracionales, asertividad, afrontamiento de las críticas y autoestima, y evaluar si provocaba mejoras en las variables: autoestima,

sociabilidad, habilidades conversacionales, asertividad y evitación y ansiedad social; tanto por profesionales como por el propio paciente.

Objetivos paralelos de la investigación fueron los siguientes:

- Evaluar las H.H.S.S. de pacientes institucionalizados, ya que, como se ha expuesto, existe un deterioro social generalizado en este tipo de población (Caballo, 2007; Kelly, 2002; Phillips, 1978).
- Comprobar si el instrumento de elaboración propia para evaluar las H.H.S.S. (que puede servir tanto como una guía de observación para el terapeuta, o como entrevista semi-estructurada con el paciente) es útil y, en tal caso, poder validarlo posteriormente con una muestra mayor.
- Comprobar la concordancia entre la autoevaluación del paciente sobre sus HH.SS. y la que realizan los profesionales; es decir, si la percepción de los pacientes es ajustada a la del profesional.
- Diseñar un programa de evaluación y tratamiento de H.H.S.S. que se pueda aplicar de manera sistemática en el centro.
- Evaluar este programa en su finalización y en medidas repetidas en el tiempo para comprobar el mantenimiento de las H.H.S.S.

Se trata de un estudio piloto, dado el contexto de tiempo (período de prácticas) y el acceso a muestras (centro de pequeño tamaño). Cada paciente seguía un régimen de asistencia al centro distinto, por lo que, era difícil reunir un número elevado de pacientes que pudieran estar presente en todas las etapas de la investigación. Por esta razón, se concentraron las sesiones de entrenamiento de H.H.S.S. en una semana, para asegurar y facilitar la participación de los pacientes. En el momento en que comenzó la investigación, el número de pacientes que acudieran al centro con regularidad era bajo, sin embargo, casi todos se mostraron dispuestos a participar.

Era importante el hecho de que los sujetos fueran pacientes que acudieran a PRISMA con regularidad por la cantidad de tiempo del que se disponía. Se necesitaba que la intervención fuera breve para poder completar todas las etapas de la investigación. Este estudio comenzó en abril, iniciándose con sesiones de

comunicación a los pacientes de la investigación, la creación y el estudio de la muestra (comprobar si podían crearse dos muestras equivalentes), la evaluación inicial, la intervención y la evaluación final. Estas fases debían llevarse a cabo antes de finalizar mayo, coincidiendo con el fin de las prácticas. Aunque éramos muy conscientes de que una terapia con garantía de éxito exige un seguimiento continuado y una muestra mayor, se decidió realizar el estudio piloto, tras ser discutido con los responsables del centro y conversado con los estudiantes en prácticas de tercero, que el próximo curso realizarán su prácticum en PRISMA. Todos ellos mostraron su disponibilidad para realizar una investigación más exhaustiva, teniendo como modelo este estudio piloto, pudiendo introducir las modificaciones oportunas y contando con mayor margen de tiempo y amplitud de muestra.

3. MÉTODO

3.1. PARTICIPANTES

El Centro Hospitalario de Rehabilitación Mental PRISMA es un centro privado de asistencia psiquiátrica. Está situado en el barrio de San Juan de Mozarrifar, ubicado en el municipio de Zaragoza. El centro persigue una correcta aproximación diagnóstica, el establecimiento de un tratamiento farmacológico continuado, un tratamiento psicoterapéutico personalizado y supervisado por un equipo terapéutico, y la integración del paciente en un entorno asistencial estable, lo que permite la recuperación del paciente y su posterior retorno a su vida diaria.

La selección de los sujetos se llevó a cabo de la siguiente forma. En primer lugar, se les comunicó a los pacientes la posibilidad de participar en la investigación que se iba a llevar a cabo, haciendo hincapié en los derechos y obligaciones de participar en la misma (*Anexo 1: Consentimiento informado de participación*). Una vez que los pacientes otorgaron su consentimiento, se realizó un estudio sobre la muestra para comprobar si las características de los participantes nos ofrecían la posibilidad de formar dos grupos equiparables en las variables más importantes. Este estudio fue supervisado por la Dra. Inmaculada Mañes (tutora profesional) y por el Dr. Santiago Gascón (tutor académico). Se formaron dos grupos de cinco sujetos cada uno (ya que

las características del centro no permitían una muestra mayor). Los grupos eran equiparables en cuanto a las variables: edad, sexo y grado de enfermedad. Se realizó de forma aleatoria el hecho de que un grupo fuera asignado a control y otros a experimental. La edad media de los sujetos fue de 34 años, siendo la edad mínima 18 y la edad máxima 52. Participaron ocho mujeres y dos hombres. Los trastornos que presentaban eran: trastornos de personalidad, trastornos de la conducta alimentaria (anorexia y bulimia), adicciones, trastornos depresivos, trastorno obsesivo compulsivo y psicosis.

3.2. INSTRUMENTOS

El instrumento de evaluación utilizado en este estudio es el cuestionario de elaboración propia para medir las H.H.S.S. (*Anexo 2*). Se trata de una observación estructurada graduada por una escala tipo Likert. Este instrumento sirvió para medir la línea base de H.H.S.S. de los pacientes así como el impacto que pudiera tener la intervención una vez finalizada. En este instrumento se medían los siguientes constructos: autoestima, sociabilidad, habilidades conversacionales, asertividad y evitación y ansiedad social. Todos los ítems fueron creados para la investigación, menos los pertenecientes al constructo de evitación y ansiedad social, que fueron extraídos de la “Escala de Evitación y Ansiedad Social” (Watson y Fried, 1969).

3.3. VARIABLES

Las variables del estudio fueron los cinco constructos mencionados y el total de H.H.S.S., medidos tanto por el paciente como por los profesionales, en las dos mediciones, tanto la inicial como la final; con el objetivo de poder comparar, por un lado, las variaciones entre las puntuaciones obtenidas antes y después; y por otro, las puntuaciones entre los dos grupos (tratamiento y control).

3.4. PROCEDIMIENTO

Se distinguen tres fases en el estudio: 1) fase de evaluación inicial, 2) fase de intervención y 3) fase de evaluación final. Tanto para la evaluación inicial como para la final, el instrumento utilizado fue el Cuestionario de H.H.S.S. En ambas fases se siguió el mismo procedimiento. La primera, quince días antes de que comenzara el entrenamiento en EHS, y la segunda, quince días después de que finalizara. En estas

evaluaciones intervinieron tres agentes: por un lado, el terapeuta del paciente y la investigadora en prácticas, (midiendo de forma conjunta y por consenso); y por otro lado, el propio paciente. La medición de los profesionales consistía en la puesta en común tanto por la parte del terapeuta como por la mía de cada ítem del cuestionario, llegando a un consenso para cada respuesta. La evaluación realizada por el paciente se llevaba a cabo de la siguiente forma. Se le presentaba el cuestionario y se le preguntaba como en una entrevista estructurada.

En la fase de intervención, se llevaron a cabo cinco talleres para el entrenamiento de H.H.S.S. Las sesiones comenzaban y finalizaban con la actividad de “*tareas para casa*”. A) En la primera se trabajó sobre la motivación. Cada persona elaboró un análisis DAFO (debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades) sobre su persona, después, lo exponía al resto del grupo. Cada exposición tenía un feedback por los demás integrantes. La siguiente tarea de este taller fue la realización de un mapa mental donde el sujeto plasmaba los objetivos a corto, medio y a largo plazo que quería, o intentaba, cumplir en su vida. La tarea que se les proponía para el día siguiente era la de pensar y anotar tres acciones (o fortalezas) por las que, gracias a ellas, podía cumplir los objetivos/deseos del mapa mental creado.

B) En el taller de rechazo de ideas irracionales, cada sujeto realizaba el “Registro de opiniones” (*Anexo 3*) extraído del capítulo “Rechazo de ideas irracionales” (Davis y cols., 1988). Se puntuaban los registros y entre todos se comentaban los resultados obtenidos, argumentándolos. Para finalizar, se leyeron las “Reglas para suscitar el pensamiento racional” (*Anexo 4*) (Goodman, 1974). La tarea para casa fue pensar dos ejemplos de autoverbalización negativa y otros dos de autoverbalización positiva.

C) En la tercera sesión se trabajó la asertividad. Cada participante reconocía una situación problemática que vivía en su contexto, para entre todos, formular un tipo de respuesta (pasiva, agresiva y asertiva). El sujeto identificaba cuál había sido su patrón de respuesta en esa situación concreta y lo argumentaba. Las situaciones eran trabajadas en role playing seguido de un feedback. Para finalizar, se leía y discutía la

“Muestra de derechos humanos básicos” (*Anexo 5*) (Caballo, 2007). La actividad para casa consistía en identificar nuevas situaciones problemáticas, responder con un patrón de respuesta asertivo y si no había sido así, identificar cuál había sido el patrón de respuesta, argumentando y elaborando un patrón de respuesta asertivo.

D) En la siguiente sesión se trabajó el afrontamiento a las críticas. Por parejas, uno de los dos integrantes le formulaba a su compañero una crítica (constructiva). El que había recibido la crítica tenía que abordarla de forma constructiva: (a) pidiendo detalles y (b) estando de acuerdo con la crítica, ya fuera estando de acuerdo con la verdad, o estando de acuerdo con el derecho del crítico a tener una opinión, pudiendo defender la propia (Caballo, 2007). Se repetía el procedimiento, siendo el otro integrante de la pareja quien formulaba la crítica. Para finalizar se procedía a la lectura de los procedimientos defensivos: disco rayado, aserción negativa, recorte, ignorar selectivamente, separar los temas, desarmar la ira, ofrecer disculpas, preguntas, banco de niebla, interrogación negativa, etc. (*Anexo 6*) (Caballo, 2007). La tarea a realizar en casa consistía en anotar la respuesta adecuada que debería haber dado a dos críticas que le habían formulado en el pasado.

E) La última sesión estuvo dedicada a la autoestima. El ejercicio fue la lectura del cuento de Jorge Bucay “El verdadero valor del anillo” (*Anexo 7*) con su posterior comentario entre todos los integrantes del grupo. Además, se visionó la conferencia que realizó Randy Pausch (cita) y, al acabar, se abrió un turno de palabra para intercambiar impresiones.

4. RESULTADOS

Para comprobar si la evaluación del paciente y la de los profesionales coincidían, se llevó a cabo una correlación de Pearson. Los resultados indican que no existe concordancia entre la visión del paciente y la de los profesionales, ya que ninguna de las correlaciones, excepto la de evitación y ansiedad social resulta estadísticamente significativa en la evaluación inicial. En la *Tabla 1* se muestran las

correlaciones de los distintos constructos de la evaluación inicial, entre la evaluación del paciente y la de los profesionales.

Tabla 1: Correlaciones de los cinco constructos entre la evaluación del paciente y la de los profesionales de la evaluación inicial.

Autoestima	0,431
Sociabilidad	0,341
Habilidades conversacionales	0,27
Asertividad	0,173
Evitación de ansiedad	0,658*
Total H.H.C.C.	0,358

Para una mejor claridad expositiva de los resultados, se muestran los resultados para cada variable, evaluada por el paciente y por los profesionales. A pesar del reducido número de integrantes en cada muestra y, el escaso tiempo entre pre y post-evaluación, se decidió realizar un análisis estadístico ANOVA, aún sabiendo que los resultados no serían concluyentes, entre otras razones, porque al replicar el estudio con muestras mayores y con más tiempo de seguimiento, se considera que es el estadístico que corresponde.

En la *Tabla 2* se expone el análisis del constructo de autoestima evaluado por los propios pacientes.

Tabla 2: Autoestima evaluada por los pacientes.

Source	tiempo	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
tiempo	Linear	14,450	1	14,450	5,303	,050
tiempo * grup	Linear	1,250	1	1,250	,459	,517
Error(tiempo)	Linear	21,800	8	2,725		

Existe una diferencia significativa en los dos grupos entre la evaluación inicial y la final, pero no es estadísticamente significativa entre los grupos, en cuanto a la evaluación percibida de los pacientes sobre autoestima.

En la *Tabla 3* se muestra el análisis del constructo de autoestima evaluado por los profesionales.

Tabla 3: Autoestima valorada por los profesionales.

Source	tiempo	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
tiempo	Linear	,450	1	,450	,118	,740
tiempo * grup	Linear	,450	1	,450	,118	,740
Error(tiempo)	Linear	30,600	8	3,825		

No se han producido diferencias significativas ni dentro de los grupos ni a lo largo del tiempo, en la medición de los profesionales de la autoestima de los participantes.

En la *Tabla 4* se expone el análisis del constructo de sociabilidad evaluado por los propios pacientes.

Tabla 4: Sociabilidad valorada por los pacientes.

Source	tiempo	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
tiempo	Linear	,800	1	,800	1,000	,347
tiempo * grup	Linear	9,800	1	9,800	12,250	,008
Error(tiempo)	Linear	6,400	8	,800		

En la evaluación de los propios pacientes en cuanto a sociabilidad, solamente existe una diferencia significativa, entre grupos antes y después de la intervención. En la *Tabla 5* se muestra el análisis del constructo de autoestima evaluado por los profesionales.

Tabla 5: Sociabilidad evaluada por los profesionales.

Source	tiempo	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
tiempo	Linear	2,450	1	2,450	1,000	,347
tiempo * grup	Linear	,450	1	,450	,184	,680
Error(tiempo)	Linear	19,600	8	2,450		

No se observan diferencias significativas entre grupos ni en el tiempo en la evaluación de la sociabilidad por los profesionales. En la *Tabla 6* se expone el análisis del constructo de habilidades conversacionales evaluado por los propios pacientes.

Tabla 6: Habilidades conversacionales medida por los pacientes.

Source	tiempo	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
tiempo	Linear	,050	1	,050	,021	,889
tiempo * grup	Linear	6,050	1	6,050	2,495	,153
Error(tiempo)	Linear	19,400	8	2,425		

Los resultados indican que no se produjeron diferencias significativas ni dentro de los grupos ni a lo largo del tiempo en la evaluación de las habilidades conversacionales por los pacientes. En la *Tabla 7* se muestra el análisis del constructo de habilidades conversacionales evaluado por los profesionales.

Tabla 7: Habilidades conversacionales medida por los profesionales.

Source	tiempo	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
tiempo	Linear	1,250	1	1,250	,321	,587
tiempo * grup	Linear	4,050	1	4,050	1,038	,338
Error(tiempo)	Linear	31,200	8	3,900		

En la medición de los profesionales del constructo de habilidades conversacionales, no se produjeron diferencias significativas ni dentro de los grupos ni a lo largo del tiempo. En la *Tabla 8* se refleja el análisis del constructo de asertividad evaluado por los pacientes.

Tabla 8: Asertividad evaluada por los pacientes.

Source	tiempo	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
tiempo	Linear	8,450	1	8,450	7,682	,024
tiempo * grup	Linear	1,250	1	1,250	1,136	,318

Source	tiempo	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
tiempo	Linear	8,450	1	8,450	7,682	,024
tiempo * grup	Linear	1,250	1	1,250	1,136	,318
Error(tiempo)	Linear	8,800	8	1,100		

Existe una diferencia significativa en los dos grupos entre la evaluación inicial y la final, pero no se refleja una diferencia significativa dentro de los grupos, en cuanto a la evaluación percibida de los pacientes sobre asertividad. En la *Tabla 9* se expone el análisis del constructo de asertividad evaluado por los profesionales.

Tabla 9: Asertividad evaluada por los profesionales.

Source	tiempo	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
tiempo	Linear	,200	1	,200	,160	,700
tiempo * grup	Linear	1,800	1	1,800	1,440	,264
Error(tiempo)	Linear	10,000	8	1,250		

En la medición de los profesionales del constructo de asertividad, no se produjeron diferencias significativas ni dentro de los grupos ni a lo largo del tiempo. En la *Tabla 10* se muestra el análisis del constructo de evitación y ansiedad social evaluado por los pacientes.

Tabla 10: Evitación y ansiedad social medida por los pacientes.

Source	tiempo	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
tiempo	Linear	8,450	1	8,450	6,760	,032
tiempo * grup	Linear	6,050	1	6,050	4,840	,059
Error(tiempo)	Linear	10,000	8	1,250		

Existe una diferencia significativa en los dos grupos entre la evaluación inicial y la final, y también dentro de los grupos, en cuanto a la evaluación percibida de los

pacientes sobre evitación y ansiedad social. En la *Tabla 11* se expone el análisis del constructo evitación y ansiedad social evaluado por los profesionales.

Tabla 11: Evitación y ansiedad social medida por los profesionales.

Source	tiempo	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
tiempo	Linear	1,250	1	1,250	,847	,384
tiempo * grup	Linear	,450	1	,450	,305	,596
Error(tiempo)	Linear	11,800	8	1,475		

Los resultados indican que, a pesar de la satisfacción expresada por los pacientes, no se produjeron diferencias significativas ni dentro de los grupos ni a lo largo del tiempo en la evaluación del constructo evitación y ansiedad social evaluada por los profesionales.

En la *Tabla 12* se muestra el análisis del total de H.H.S.S. evaluado por los pacientes.

Tabla 12: Total H.H.S.S. percibida por los pacientes.

Source	tiempo	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
tiempo	Linear	125,000	1	125,000	11,655	,009
tiempo * grup	Linear	,200	1	,200	,019	,895
Error(tiempo)	Linear	85,800	8	10,725		

Existe una diferencia significativa en los dos grupos entre la evaluación inicial y final del total de H.H.S.S. percibido por los pacientes. En la *Tabla 13* se expone el análisis del total de H.H.S.S. medido por los profesionales.

Tabla 13: Total H.H.S.S. evaluada por los profesionales.

Source	tiempo	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
tiempo	Linear	1,800	1	1,800	,126	,732
tiempo * grup	Linear	1,800	1	1,800	,126	,732

Source	tiempo	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
tiempo	Linear	1,800	1	1,800	,126	,732
tiempo * grup	Linear	1,800	1	1,800	,126	,732
Error(tiempo)	Linear	114,400	8	14,300		

No se han producido diferencias significativas ni dentro de los grupos ni a lo largo del tiempo en la evaluación del total de H.H.S.S. medida por los profesionales.

5. CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos en este estudio piloto indican las siguientes conclusiones. Los sujetos percibieron una mejora en cuanto a autoestima (más notoria en el grupo control), sin embargo, los profesionales exponen un retroceso en el grupo control e indican que no hubo progreso en el grupo experimental. En cuanto a la sociabilidad, el grupo experimental mostró un progreso (al contrario que el grupo control); los profesionales a su vez, notaron un avance en los dos grupos. La percepción de habilidades conversacionales de los pacientes es contraria a la percepción de estos en cuanto a sociabilidad: el grupo control experimenta una mejora pero el experimental un retraso. Esta percepción de los pacientes coincide con la de los profesionales (aunque son distintos los puntos de partida percibidos). Tanto el grupo control como el experimental advirtieron un progreso en asertividad (mayor en el grupo control), a su vez, los profesionales distinguieron una cierta mejora en el grupo experimental pero no en el grupo control. La mejora percibida más acusada por parte del grupo experimental se observa en el constructo de evitación y ansiedad social, notando un leve progreso el grupo control. Los profesionales advirtieron un retroceso tanto en el grupo control como en el grupo experimental.

Así pues, tanto el grupo control como el grupo experimental percibieron una mejora en H.H.S.S., sin embargo, esta percepción no fue compartida por los profesionales, que indicaron una leve mejora en el grupo control y el mismo nivel que el inicial en el grupo experimental. El hecho de que los participantes notaran una

mejora en dichas habilidades, puede ser explicado por el efecto de que cuando se toman medidas repetidas, los sujetos tienden a dar respuestas más positivas en la segunda vez. Otra posible explicación sería el efecto de deseabilidad social. En la segunda medición, los participantes podrían haber falseado sus respuestas, contestando favorablemente desde el punto de vista de la investigación.

6. DISCUSIÓN

Analizando los objetivos de este estudio piloto, se destaca el hecho de que se pudo llevar a cabo esta investigación, diseñando un programa de intervención y evaluación de entrenamiento de H.H.S.S. aplicándolo a pacientes institucionalizados; sin embargo, no se produjeron mejoras en los mismos (los profesionales solo informan de un progreso del grupo experimental en los constructos de sociabilidad y asertividad).

Es evidente que la percepción de los participantes no coincide con la de los profesionales, por lo que se puede afirmar que los sujetos no tuvieron una percepción ajustada de la realidad. Queda pendiente validar el instrumento creado para las fases de evaluación con una muestra mayor, además de realizar medidas repetidas en el tiempo para comprobar el mantenimiento de las H.H.S.S.

Es muy importante reconocer que, al ser la muestra tan pequeña, no se pueden generalizar los resultados obtenidos en este estudio. Cabe esperar entonces a los resultados de la investigación que los estudiantes de tercero realizarán en PRISMA, contando con una muestra mayor y pudiendo validar así el instrumento creado.

Se recuerda nuevamente que se trata de un estudio piloto, dado el breve período de tiempo con el que se contaba para llevar a cabo esta investigación y la dificultad de acceder a una muestra más grande.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Beck, S., y Forehand, R. (1984). *Social skills training for children: A methodological and clinical review of behavior modification studies*. Behavioural Psychotherapy, 12, 17-45.
- Caballo, V. E. y Carrobbles, J. A. (1988). *Comparación de la efectividad de diferentes programas de entrenamiento en habilidades sociales*. Revista Española de Terapia del Comportamiento, 6, 93-114.
- Caballo, E., V., (2002). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos (vol.1): Trastornos por ansiedad, sexuales, afectivos y psicóticos*. Madrid: Siglo XXI.
- Caballo, E., V., (2007). *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. Madrid: Siglo XXI.
- Curran, J.P. (1985). *Social Skills Therapy: A model and a treatment*. En R.M.
- Davis, M., McKay, M., y Eshelman, E., (1988). *Técnicas de autocontrol emocional*. Barcelona: Martínez Roca.
- Elliot, S. N., y Gresham, F. M. (1991). *Social skills intervention guide*. Austin, TX: Pro-Ed.
- Goodman, D. S., (1974). *Emotional Well-Being Through Rational Behavior Training*. Springfield, Illinois: Charles C. Thomas.
- Kelly, J., (2002). *Entrenamiento de las habilidades sociales*. Bilbao: DDB
- Lieberman, R. P., DeRisi, W. J. y Mueser, K. T. (1989). *Social skills training for psychiatric patients*. Needham Heights, Ma: Allyn & Bacon.
- Libert, J. y Lewinsohn, P. (1973). *The concept of social skill with special reference to the behavior of depressed persons*. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 40, 304-312.
- Penn, D., L., y Mueser, K., T., (1995). Tratamiento cognitivoconductual de la esquizofrenia. *Psicología Conductual*, 3 (1), 5-34.
- Phillips, E. L., (1978). *The social skills bases of psychopathology*. Londres: Grune and Stratton.

Trower, P., Bryant, B., y Argyle, M. (1978). *Social skills and mental health*. London: Methuen.

Verdugo, M. A. (1997). *Programa de Habilidades Sociales. Programas Conductuales Alternativos para la educación de los deficientes mentales*. Salamanca: Amarù.

Wilkinson, J. y Canter, S. (1982). *Social skills training manual: Assessment, programme design and management of training*. Chichester: Wiley.

8. ANEXOS

ANEXO 1: Consentimiento informado de participación

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

“Habilidades Sociales en pacientes con trastornos mentales”

Responsable: Sonia Tajuelo

Supervisado por: Santiago Gascón e Inma Mañes

Organismo del estudio: Universidad de Zaragoza

Lugar: Centro Hospitalario de Rehabilitación Prisma (centro de día)

Duración: del 7 al 11 de mayo

Objetivo del estudio: estudiar el nivel de habilidades sociales presente en pacientes con trastornos mentales.

Derechos del (la) participante: participación y retirada voluntaria (por causa justificada), será informado de todo cambio o alteración que se produzca durante el estudio, una vez terminado el proyecto de investigación se le comunicarán los resultados.

Obligaciones del (la) participante: asistencia a todas las sesiones comprendidas en el proyecto de investigación.

Confidencialidad: el historial clínico será confidencial y se identificará al paciente mediante su edad, sexo y tipo de trastorno. Solamente el responsable de la investigación y la supervisora Inma Mañes sabrán a quién corresponde. El nombre del (la) paciente no será usado en ninguna publicación.

Consentimiento:

Con la presente firma y después de haber leído la información provista en esta hoja, libremente consiento participar en este proyecto de investigación, comprometiéndome con el mismo y teniendo en cuenta mis derechos y obligaciones.

Nombre y apellidos:

Firma:

Fecha:

ANEXO 2: Cuestionario creado para medir las H.H.S.S.

1. Totalmente en desacuerdo
2. En desacuerdo
3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo
4. De acuerdo
5. Totalmente de acuerdo

	1	2	3	4	5
1. Escucha y valora las opiniones sobre su persona, pero mantiene un criterio.					
2. Es muy dependiente sobre lo que los demás opinen de él (ella).					
3. Manifiesta que si pudiera cambiar algún aspecto de su forma de ser psíquica y/o físicamente se sentiría mejor.					
4. Se muestra orgulloso de lo que ha conseguido.					
5. A menudo culpa a los otros de sus problemas pasados y actuales.					
6. No disfruta conversando con otros (a lo sumo con un solo amigo).					
7. En sus conversaciones predomina la autocrítica, casi siempre desproporcionada.					
8. Da muestras de ansiedad cuando se dirige a conocidos (en grupos de más de dos personas).					
9. Da muestras de ansiedad cuando debe expresarse ante desconocidos.					
10. Tanto con conocidos como con desconocidos suele iniciar el saludo.					
11. No suele iniciar saludos, pero responde cuando se le saluda.					
12. Cuando se encuentra ante desconocidos, es capaz de interactuar con ellos.					
13. Da muestras de saber identificar las emociones que están sintiendo las personas con las que interactúa.					
14. Acepta los cumplidos y los agradece.					
15. Es capaz de rechazar una petición o cita.					
16. Es capaz de formular peticiones.					
17. Expresa y reclama sus necesidades y derechos cuando le son negados.					
18. Cuando las cosas no suceden como quiere, lo expresa de forma violenta y/o grosera.					
19. Reacciona de forma pasiva cuando le increpan, o cuando ignoran alguno de sus derechos.					
20. Formula sus opiniones en público, aunque éstas sean diferentes y/o contrarias al resto.					
21. Normalmente se siente tranquilo y cómodo en las situaciones sociales.					
22. Procura evitar las situaciones que le obligan a ser muy sociable.					
23. Normalmente está nervioso al estar con los demás, a no ser que los conozca mucho.					

Sexo:	
Edad:	

ANEXO 3: Registro de opiniones

106 Técnicas de autocontrol emocional

Ahora conteste el test, púntelo y tome nota de aquellas partes en donde alcance mayor puntuación.

Registro de opiniones

No es necesario que piense mucho rato en cada ítem. Escriba rápidamente la respuesta y pase al siguiente.

Asegúrese de que contesta lo que usted realmente piensa, no lo que cree que debería pensar.

	No estoy de acuerdo	Estoy de acuerdo	Puntuación	
.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___	1. Para mí es importante recibir la aprobación de los demás.
.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___	2. Odio equivocarme en algo.
.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___	3. La gente que se equivoca, logra lo que se merece.
..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___	4. Generalmente, acepto los acontecimientos con filosofía.
..	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	___	5. Si una persona quiere, puede ser feliz en casi cualquier circunstancia.
.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___	6. Temo a las cosas que, a menudo, me resultan objeto de preocupación.
.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___	7. Normalmente, aplazo las decisiones importantes.
.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___	8. Todo el mundo necesita de alguien a quien recurrir en busca de ayuda y consejo.
.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___	9. «Una cebra no puede cambiar sus rayas».
.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___	10. Prefiero, sobre todas las cosas, pasar el tiempo libre de una forma tranquila.
..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___	11. Me gusta que los demás me respeten, pero yo no tengo por qué manifestar respeto a nadie.
.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___	12. Evito las cosas que no puedo hacer bien.
.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___	13. Hay demasiadas personas malas que escapan del castigo del infierno.
..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___	14. Las frustraciones no me distorsionan.
..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___	15. A la gente no le trastornan los acontecimientos sino la imagen que tiene de ellos.
..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___	16. Me producen poca ansiedad los peligros inesperados o los acontecimientos futuros.
..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___	17. Trato de afrontar los trabajos fastidiosos y hacerlos cuanto antes.
.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___	18. En las decisiones importantes, consulto con una autoridad al respecto.
.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___	19. Es casi imposible superar la influencia del pasado.
..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___	20. Me gusta disponer de muchos recursos.
.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___	21. Quiero gustar a todo el mundo.

- | No estoy de
acuerdo | Estoy de acuerdo | Puntuación | |
|-----------------------------|--------------------------|------------|--|
| .. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ | 22. No me gusta competir en aquellas actividades en las que los demás son mejores que yo. |
| . <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ | 23. Aquellos que se equivocan, merecen cargar con la culpa. |
| . <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ | 24. Las cosas deberían ser distintas a como son. |
| .. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ | 25. Yo provoqué mi propio mal humor. |
| . <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ | 26. A menudo, no puedo quitarme algún asunto de la cabeza. |
| . <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ | 27. Evito enfrentarme a los problemas. |
| . <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ | 28. Todo el mundo necesita tener fuera de sí mismo una fuente de energía. |
| .. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ | 29. Solo porque una vez algo afectó tu vida de forma importante, no quiere decir que tenga que ser igual en el futuro. |
| .. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ | 30. Me siento más satisfecho cuando tengo muchas cosas que hacer. |
| .. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ | 31. Puedo gustarme a mí mismo, aun cuando no guste a los demás. |
| .. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ | 32. Me gustaría triunfar en algo, pero no pienso que deba hacerlo. |
| . <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ | 33. La inmoralidad debería castigarse severamente. |
| . <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ | 34. A menudo me siento trastornado por situaciones que no me gustan. |
| .. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ | 35. Las personas desgraciadas, normalmente, se deben este estado a sí mismas. |
| .. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ | 36. No me preocupo por no poder evitar que algo ocurra. |
| .. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ | 37. Normalmente, tomo las decisiones tan pronto como puedo. |
| . <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ | 38. Hay determinadas personas de las que dependo mucho. |
| .. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ | 39. La gente sobrevalora la influencia del pasado. |
| .. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ | 40. Lo que más me divierte es realizar algún proyecto creativo. |
| .. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ | 41. Si no gusto a los demás es su problema, no el mío. |
| . <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ | 42. Para mí es muy importante alcanzar el éxito en todo lo que hago. |
| .. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ | 43. Yo pocas veces culpo a la gente de sus errores. |
| .. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ | 44. Normalmente, acepto las cosas como son, aunque no me gusten. |
| .. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ | 45. Nadie está mucho tiempo de mal humor o enfadado, a menos que quiera estarlo. |
| . <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ | 46. No puedo soportar correr riesgos. |
| . <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ | 47. La vida es demasiado corta para pasarla haciendo cosas que a uno no le gustan. |
| .. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ | 48. Me gusta valerme por mí mismo. |
| . <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ | 49. Si hubiera vivido experiencias distintas, podría ser más como me gustaría ser. |
| . <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ | 50. Me gustaría jubilarme y apartarme totalmente del trabajo. |
| . <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ | 51. Pienso que es duro ir en contra de lo que piensan los demás. |
| .. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ | 52. Disfruto de las actividades por sí mismas, al margen de lo bueno o malo que sea en ellas. |

- | No estoy de
acuerdo | Estoy de acuerdo | Puntuación | |
|-----------------------------|--------------------------|------------|---|
| · <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ | 53. El miedo al castigo es lo que hace a la gente ser buena. |
| .. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ | 54. Si las cosas me desagradan, opto por ignorarlas. |
| · <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ | 55. Cuanto más problemas tiene una persona, menos feliz es. |
| .. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ | 56. Raramente me siento ansioso al pensar en el futuro. |
| .. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ | 57. Raramente aplazo las cosas. |
| .. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ | 58. Yo soy el único que realmente puede entender y solucionar mis problemas. |
| .. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ | 59. Normalmente, no pienso que las experiencias pasadas me afecten en la actualidad. |
| .. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ | 60. Tener demasiado tiempo libre, resulta aburrido. |
| .. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ | 61. Aunque me gusta recibir la aprobación de los demás, no tengo necesidad real de ello. |
| · <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ | 62. Me fastidia que los demás sean mejores que yo en algo. |
| · <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ | 63. Todo el mundo es, esencialmente, bueno. |
| .. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ | 64. Hago todo lo que puedo por conseguir lo que quiero y una vez conseguido, deja de preocuparme. |
| .. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ | 65. Nada es intrínsecamente perturbador; si lo es, se debe al modo en que lo interpretamos. |
| · <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ | 66. Me preocupan mucho determinadas cosas del futuro. |
| · <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ | 67. Me resulta difícil hacer las tareas desagradables. |
| .. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ | 68. Me desagrada que los demás tomen decisiones por mí. |
| · <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ | 69. Somos esclavos de nuestro pasado. |
| · <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ | 70. A veces desearía poder irme a una isla tropical y tenderme en la playa, sin hacer nada más. |
| · <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ | 71. A menudo me preocupa que la gente me apruebe y me acepte. |
| · <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ | 72. Me trastorna cometer errores. |
| · <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ | 73. No es equitativo que «llueva igual sobre el justo que sobre el injusto». |
| .. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ | 74. Yo disfruto honradamente de la vida. |
| · <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ | 75. Debería haber más personas que afrontaran lo desagradable de la vida. |
| · <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ | 76. Algunas veces me resulta imposible apartar de mi mente el miedo a algo. |
| .. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ | 77. Una vida fácil, muy pocas veces resulta compensadora. |
| · <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ | 78. Pienso que es fácil buscar ayuda. |
| · <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ | 79. Una vez que algo afecta tu vida de forma importante, seguirá haciéndolo siempre. |
| · <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ | 80. Me encanta estar tumbado. |
| · <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ | 81. Tengo considerable preocupación por lo que la gente piensa de mí. |

No estoy de acuerdo	Estoy de acuerdo	Puntuación	
.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	82. Muchas veces me enfado muchísimo por cosas sin importancia.
..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	83. Generalmente doy una segunda oportunidad a quien se equivoca.
.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	84. La gente es más feliz cuando tiene metas y problemas que resolver.
..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	85. Nunca hay razón para permanecer afligido mucho tiempo.
.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	86. Raramente pienso en cosas como la muerte o la guerra nuclear.
..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	87. No me gustan las responsabilidades.
..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	88. No me gusta depender de los demás.
.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	89. La gente nunca cambia, básicamente.
.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	90. La mayoría de las personas trabajan demasiado y no toman el suficiente descanso.
..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	91. Ser criticado es algo fastidioso pero no perturbador.
..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	92. No me asusta hacer aquellas cosas que no hago del todo bien.
..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	93. Nadie es malo a pesar de que sus actos lo sean.
.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	94. Raramente me importunan los errores de los demás.
..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	95. El hombre construye su propio infierno interior.
.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	96. Muchas veces me sorprende planeando lo que haría si me encontrara en determinadas situaciones de peligro.
..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	97. Si tengo que hacer algo, lo hago a pesar de que no sea agradable.
..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	98. He aprendido a no estar pendiente de nada que no esté relacionado con mi bienestar.
..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	99. No miro atrás con resentimiento.
.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	100. No me siento realmente contento hasta que no estoy relajado y sin hacer nada.

Puntuación del registro de creencias

A. Ítems con un sólo punto

Si el ítem tiene un sólo punto (.) y ha contestado «Estoy de acuerdo», anótese un punto en el espacio indicado para la puntuación.

B. Ítems con dos puntos

Si el ítem tiene dos puntos (..) y ha contestado «No estoy de acuerdo», anótese un punto en el espacio indicado para la puntuación.

C. Cuente los puntos obtenidos en los ítems:

1, 11, 21, 31, 41, 51, 61, 71, 81 y 91 y escriba el total aquí: _____
Cuanto mayor haya sido la puntuación alcanzada, mayor es su conformidad con la idea irracional de que: *Para un adulto es absolutamente necesario tener el cariño y la aprobación de sus semejantes, familia y amigos.*

2, 12, 22, 32, 42, 52, 62, 72, 82 y 92 y escriba el total aquí: _____
Cuanto mayor haya sido la puntuación alcanzada, mayor es su conformidad con la idea irracional de que: *Debe ser indefectiblemente competente y casi perfecto en todo lo que emprende.*

3, 13, 23, 33, 43, 53, 63, 73, 83 y 93 y escriba el total aquí: _____
Cuanto mayor haya sido la puntuación alcanzada, mayor es su conformidad con la idea irracional de que: *Ciertas personas son malas, viles y perversas y deberían ser castigadas.*

4, 14, 24, 34, 44, 54, 64, 74, 84 y 94 y escriba el total aquí: _____
Cuanto mayor haya sido la puntuación alcanzada, mayor es su conformidad con la idea irracional de que: *Es horrible cuando las cosas no van como uno quisiera que fueran.*

5, 15, 25, 35, 45, 55, 65, 75, 85 y 95 y escriba el total aquí: _____
Cuanto mayor haya sido la puntuación alcanzada, mayor es su conformidad con la idea irracional de que: *Los acontecimientos externos son la causa de la mayoría de las desgracias de la humanidad; la gente simplemente reacciona según cómo los acontecimientos inciden sobre sus emociones.*

6, 16, 26, 36, 46, 56, 66, 76, 86 y 96 y escriba el total aquí: _____
Cuanto mayor haya sido la puntuación alcanzada, mayor es su conformidad con la idea irracional de que: *Se debe sentir miedo o ansiedad ante cualquier cosa desconocida, incierta o potencialmente peligrosa.*

7, 17, 27, 37, 47, 57, 67, 77, 87 y 97 y escriba el total aquí: _____
Cuanto mayor haya sido la puntuación alcanzada, mayor es su conformidad con la idea irracional de que: *Es más fácil evitar los problemas y responsabilidades de la vida que hacerles frente.*

8, 18, 28, 38, 48, 58, 68, 78, 88 y 98 y escriba el total aquí: _____
 Cuanto mayor haya sido la puntuación alcanzada, mayor es su conformidad con la idea irracional de que: *Se necesita contar con algo más grande y más fuerte que uno mismo.*

9, 19, 29, 39, 49, 59, 69, 79, 89 y 99 y escriba el total aquí: _____
 Cuanto mayor haya sido la puntuación alcanzada, mayor es su conformidad con la idea irracional de que: *El pasado tiene gran influencia en la determinación del presente.*

10, 20, 30, 40, 50, 60, 70, 80, 90 y 100 y escriba el total aquí: _____
 Cuanto mayor haya sido la puntuación alcanzada, mayor es su conformidad con la idea irracional de que: *La felicidad aumenta con la inactividad, la pasividad y el ocio indefinido.*

Ideas irracionales

En la raíz de todo pensamiento irracional se encuentra la suposición de que las cosas se hacen para uno: «Esto realmente me deprime... Esta chica me pone nervioso... Los sitios como ése me dan miedo... Estar tumbado me hace poner colorado». Nada se hace para usted. Las cosas en el mundo simplemente pasan; usted experimenta esos acontecimientos (A), inicia el diálogo consigo mismo (B), y luego experimenta una emoción (C) resultado de este diálogo interior. A no es la causa de C, B sí es la causa de C. Si el diálogo consigo mismo no se ajusta a la realidad y es irracional, creará emociones desagradables.

Dos formas corrientes de charla interior irracional son las que originan las frases que «horrorizan» y las que «absolutizan». Usted mismo se horroriza, haciendo interpretaciones catastróficas de sus experiencias: Un dolor momentáneo en el pecho es un ataque de corazón; su malhumorado jefe intenta encolerizarlo; su cónyuge tiene que trabajar de noche y la idea de estar solo es increíblemente terrible. Las emociones que resultan de un diálogo horrorizante tienden, a su vez, a ser horribles: está respondiendo a su propia descripción del mundo.

Las afirmaciones irracionales que «absolutizan» normalmente incluyen palabras como «debería, tendría que, siempre, nunca». La idea que se encuentra en la base de este tipo de afirmaciones es que las cosas tienen que ser de una forma determinada o bien que uno mismo debe ajustarse a un modelo concreto de comportamiento. Cualquier desviación de la norma es mala. La gente que no vive de acuerdo con el patrón es mala. En realidad, es la norma lo que está mal, ya que es irracional.

Albert Ellis ha propuesto diez ideas irracionales básicas, que se enumeran a continuación. A estas diez, hemos añadido algunas más, altamente frecuentes y que se apartan

ANEXO 4: Reglas para suscitar el pensamiento racional

116 Técnicas de autocontrol emocional

Reglas para suscitar el pensamiento racional

Evalúe sus opiniones comparándolas con las seis reglas o guías para un pensamiento racional que se exponen a continuación (**Bienestar emocional mediante el aprendizaje de una conducta racional**, de David Goodman).

No me afecta.

Las situaciones de la vida no me hacen sentir ansiedad ni miedo. Soy yo quien hablándome a mí mismo dice cosas que me producen estas sensaciones.

Todo es exactamente como debería ser.

Las circunstancias necesarias para que las cosas o las personas sean distintas a como son, no se dan. Decir que las cosas deberían ser de otro modo es creer que la sucesión de acontecimientos que las conforman se ve influenciada por algún elemento mágico. Cosas y personas son como son por una serie de hechos causales, entre los que se hallan: las interpretaciones personales, las respuestas individuales al lenguaje interior irracional, etc. Decir que deberían ser distintos es apartarse del principio de causalidad que rige el mundo.

Todo ser humano se equivoca.

Esto es algo inevitable. Si no se fijan unos márgenes de error razonables para uno mismo y para los demás es muy probable que se caiga en la decepción y en la infelicidad con extrema facilidad. Por otro lado, es muy fácil culparse a uno mismo y a los otros de no valer suficiente, de no ser buenos, etc.

Una discusión es cosa de dos.

Antes de iniciar una acusación o una disputa cualquiera, tenga en cuenta la regla del 30 por ciento. Esta regla dice que en cualquier riña, cada una de las partes interviene por lo menos en un 30% en hacer que la discusión continúe.

La razón inicial se halla inmersa en el pasado

Es una pérdida de tiempo intentar descubrir quién empezó primero. Por ejemplo, intentar buscar la causa inicial de las emociones crónicas desagradables es algo sumamente difícil; es mucho más útil decidir cambiar de conducta *ya*.

Nos sentimos en función de como pensamos.

Efectivamente, esta afirmación es la que continúa con la primera que aparece al principio de la lista. Viene a reforzar la idea de que no son los acontecimientos los que nos causan las emociones, sino nuestra interpretación de ellos.

Rechazo de ideas irracionales

Hay cinco pasos (de A hasta E) para discutir y eliminar las ideas irracionales. Empiece por elegir una situación que genere en usted, de forma continuada, emociones estresantes.

- A. **Escriba cómo fue la realidad** de los acontecimientos en el momento en que le resultaron motivo de distorsión. Asegúrese de que describe sólo los hechos objetivos, sin incluir conjeturas, impresiones subjetivas ni juicios de valor.

terapia y sobre lo que se espera que haga dicho paciente. Además, es importante fomentar la motivación del mismo hacia el entrenamiento que va a tener lugar. Masters y cols. (1987) señalan que la mayoría de los terapeutas ponen un énfasis considerable en inducir una actitud positiva, entusiasta, hacia el EHS antes de empezar con los procedimientos de entrenamiento. «En parte esto es así porque el EHS, al igual que la mayoría de las técnicas de terapia de conducta, requiere una gran cantidad de participación activa por parte del paciente, lo que hace necesario una notable motivación» (Masters, Burish, Hollon y Kimm, 1987, p. 96). Una vez que el paciente ha comprendido el objetivo del EHS y está de acuerdo en llevarlo a cabo, se puede empezar con el programa de sesiones.

A veces puede ser necesario enseñar al individuo a relajarse, antes de que aborde determinadas situaciones problemáticas. La reducción de la ansiedad en esas situaciones favorecerá, con toda probabilidad, la actuación socialmente adecuada del paciente y la adquisición de nuevas habilidades (en caso de no poseerlas). La relajación progresiva de Jacobson, dando especial importancia a la relajación diferencial, puede ser utilizada en este contexto. El enseñar al paciente a determinar su ansiedad (puntuaciones SUDS) en las situaciones problemáticas puede ser, entonces, un paso previo importante.

Posteriormente, y siguiendo el esquema propuesto por Lange (1981, Lange, Kimm y Loxley, 1978) para el desarrollo del EHS, podemos considerar, en una primera fase, la construcción de un sistema de creencias que mantenga el respeto por los propios derechos personales y por los derechos de los demás. Bower y Bower (1976) señalan que nuestros derechos humanos provienen de la idea de que todos somos creados iguales, en un sentido moral, y nosotros tenemos que tratar mutuamente como iguales. Un derecho humano básico, en el contexto de las HHSS, es algo que uno considera que toda la gente tiene en virtud de su existencia como seres humanos. La premisa subyacente del EHS es humanista: no producir estrés innecesario en los demás y apoyar la autorrealización de cada persona. La tabla 6.1 presenta algunos de esos derechos humanos más importantes en el contexto de las HHSS.

Una segunda etapa del EHS, apuntada anteriormente, consiste en que el paciente entienda y distinga entre respuestas asertivas, no asertivas y agresivas. En el apéndice E de este libro se encuentran unas descripciones básicas de estos tres tipos de respuesta. Se pueden planificar una serie de ejercicios estructurados para que el paciente participe activamente en el aprendizaje de las diferencias de estas formas de comportamiento.

Los sujetos participantes en un programa de EHS deben tener claro que el comportamiento asertivo es, generalmente, más adecuado y reforzante que los otros estilos de comportamiento, ayudando al individuo a expresarse libremente y a conseguir, frecuentemente, los objetivos que se ha propuesto.

Además, todo ello fomentaría la motivación del paciente para continuar con el programa de EHS.

TABLA 6.1. *Muestra de derechos humanos básicos**

1. El derecho a mantener tu dignidad y respeto comportándote de forma habilidosa o asertiva —incluso si la otra persona se siente herida— mientras no violés los derechos humanos básicos de los demás.
2. El derecho a ser tratado con respeto y dignidad.
3. El derecho a rechazar peticiones sin tener que sentirse culpable o egoísta.
4. El derecho a experimentar y expresar tus propios sentimientos.
5. El derecho a detenerte y pensar antes de actuar.
6. El derecho a cambiar de opinión.
7. El derecho a pedir lo que quieres (dándote cuenta de que la otra persona tiene el derecho a decir que no).
8. El derecho a hacer menos de lo que humanamente eres capaz de hacer.
9. El derecho a ser independiente.
10. El derecho a decidir qué hacer con tu propio cuerpo, tiempo y propiedad.
11. El derecho a pedir información.
12. El derecho a cometer errores —y ser responsable de ellos.
13. El derecho a sentirte a gusto contigo mismo.
14. El derecho a tener tus propias necesidades y que esas necesidades sean tan importantes como las necesidades de los demás. Además, tenemos el derecho de pedir (no exigir) a los demás que respondan a nuestras necesidades y de decidir si satisfacemos las necesidades de los demás.
15. El derecho a tener opiniones y expresárselas.
16. El derecho a decidir si satisfices las expectativas de otras personas o si te comportas siguiendo tus intereses —siempre que no violés los derechos de los demás.
17. El derecho a hablar sobre el problema con la persona involucrada y aclararlo, en casos límite en que los derechos no están del todo claros.
18. El derecho a obtener aquello por lo que pagas.
19. El derecho a escoger no comportarte de manera asertiva o socialmente habilidosa.
20. El derecho a tener derechos y defenderlos.
21. El derecho a ser escuchado y a ser tomado en serio.
22. El derecho a estar solo cuando así lo escogas.
23. El derecho a hacer cualquier cosa mientras que no violés los derechos de alguna otra persona.

* Basada principalmente en P. Jakubowski y A. Lange, *Responsible assertive behavior*. Campaign, Ill., Research Press, 1978. © 1978 Research Press. Reproducido con permiso, y utilizando otras fuentes diversas.

Una tercera etapa abordaría la reestructuración cognitiva de los modos de pensar incorrectos del sujeto socialmente inadecuado. Dado que la conducta socialmente habilidosa es situacionalmente específica, los términos anteriores se referirían también a situaciones-problema específicas para cada paciente. Igualmente las pautas inadecuadas de pensamiento se considerarían

con la verdad y admitiendo que nuestra conducta puede ser un problema para la otra persona. Nuestro crítico sabrá que el problema ha sido reconocido y es probable que nos respete por ser tan directos. Sin embargo, la crítica vendrá formulada frecuentemente en términos generales, empleando palabras como «siempre», «nunca», «todos», «ninguno», etc. para describir nuestra conducta («Siempre te sale mal la comida») o bien nos estarán etiquetando, dirigiendo la crítica a nosotros, como personas, y no a la conducta que les molesta («Eres un inútil, un egoísta, etc.»). Cuando nos enfrentamos con estas críticas tan amplias, podemos estar de acuerdo con la parte que sea verdad y no estar de acuerdo con el resto. Generalmente podremos citar pruebas de lo contrario para expresar, de manera más eficaz, nuestro desacuerdo. A veces, los críticos citarán verdades generales, urgiéndonos a hacer lo que ellos quieren que hagamos. También aquí podemos estar de acuerdo con la verdad, pero rechazando las conclusiones de nuestros críticos. Siempre podemos expresar nuestros sentimientos, algo que no ofrece una buena base para discutir.

b. *Estar de acuerdo con el derecho del crítico a una opinión.* El hacer esto nos ayudará a pensar en puntos de vista diferentes, mientras que al mismo tiempo nos ayudará a mantener nuestra propia opinión. Cuando estamos totalmente en desacuerdo con la crítica, podemos expresar ese desacuerdo. Pero también podemos encontrar normalmente alguna manera de estar de acuerdo con ella, mientras decimos lo que creemos que es verdad.

Aunque los pasos que acabamos de ver constituyen una forma constructiva de abordar la crítica, puede ser que a veces necesitemos utilizar «procedimientos defensivos» o de protección. Dichos procedimientos son técnicas poderosas que pueden provocar un corte permanente o temporal en la comunicación o en la misma relación. Por lo tanto solo deberían utilizarse después de que ha fallado la comunicación honesta y la otra persona persiste en hacernos víctimas, en no escucharnos o en no respetarnos. En el apartado 6.5.7 se exponen con cierto detalle algunas técnicas defensivas.

Los procedimientos defensivos son defensas verbales que intentan proteger al individuo, pero sin aislarle de la retroalimentación y de la comunicación. Tenemos que aprender a discriminar cuándo la crítica es constructiva y cuándo es destructiva. Si hemos decidido utilizar una técnica defensiva, debemos también tomar la responsabilidad de escuchar los cambios en la comunicación. Si la comunicación injusta se termina, entonces deberíamos finalizar el empleo del procedimiento defensivo y retomar una comunicación más abierta. Si vuelve a tener lugar la interacción injusta, se debería repetir la técnica defensiva. El saber cuándo empezar y cuándo continuar o discontinuar el empleo de la técnica es tan crucial como el saber utilizarla. En muchas ocasiones, este procedimiento de empezar-terminar es necesario

antes de que se establezca un sistema de comunicación más equilibrado. En el caso de una regañina, el que regaña no termina inmediatamente de regañar. El proceso suele fluctuar, cesando la regañina por un momento, volviendo a darse y, de nuevo, volviendo a terminar. Durante los momentos de calma debería manifestarse la comunicación honesta.

6.5.7. Procedimientos defensivos

Los procedimientos defensivos se suelen emplear cuando tratamos de rechazar algo, de defendernos de otro individuo (defendiendo nuestro espacio, nuestro tiempo, etc.) o, en general, de interrumpir un patrón de interacción destructivo e injusto, reemplazándolo por una comunicación justa y mutuamente respetuosa. Cuando las habilidades de defensa se utilizan por primera vez, es probable que el receptor de esta interacción se sienta más o menos frustrado por no ser capaz de influir sobre nosotros de la manera deseada. En este caso, es probable que la comunicación termine con cierta rapidez. Pero este corte en los canales de comunicación es sólo temporal, normalmente, y es probable que la interacción se transforme en otra más equitativa, si la otra persona es capaz de reconocer que somos capaces de defender nuestros derechos y protegernos a nosotros mismos. Sin embargo, en algunos casos, el otro individuo puede que no desee adoptar una relación más equitativa. Si ambos mantenemos nuestra postura, puede darse un corte más permanente en la comunicación, desembocando, finalmente, en el divorcio, la pérdida de amistad o en la pérdida de trabajo. Debido a estas posibles consecuencias, es muy importante que al aprender las técnicas de defensa nos demos cuenta de la posibilidad de dichas consecuencias, de modo que podamos elegir si actuamos o no defensivamente.

El disco rayado. Este procedimiento se suele emplear para hacer peticiones y/o rechazar una petición poco razonable o a la que no queremos acceder. De este modo, no tenemos que dar largas explicaciones, excusas o justificaciones para rechazar una petición o para pedir algo. El procedimiento consiste en la repetición continua del punto principal que queremos expresar. No prestamos atención a otros temas de la conversación que no sea la cuestión que nos interesa. El sujeto suena parecido a un disco rayado, repitiendo una y otra vez su posición de forma tan precisa como sea posible. El sujeto escucha, pero no responde a algo que se salga fuera de la cuestión que desea tratar. Smith (1977) lo describe como el procedimiento que «mediante la repetición serena de las palabras que expresan nuestros deseos, una y otra vez, enseña la virtud de la persistencia...» (p. 437). En efecto, esta técnica nos permite ser persistentes, repitiendo una y otra vez lo que queremos, sin enfa-

damos, irritarnos, ni levantar la voz. No debemos dar razones, excusas o explicaciones acerca del «por qué» de nuestro interés; tenemos que hacer caso omiso de todo lo que nos digan para infundirnos sentimientos de culpabilidad. Nada de lo que diga la otra persona podrá con nosotros y seguiremos dicitendo con voz tranquila lo que deseamos decir; hasta que la otra persona acceda a nuestra petición o acepte un compromiso. La frase clave es del tipo «sí, pero...» o «pero el hecho es que...».

La aserción negativa. Este procedimiento se emplea cuando el sujeto está siendo atacado y se ha equivocado. La técnica implica hacer que el sujeto admita su error y cambie inmediatamente a autoverbalizaciones positivas. El sujeto no está a la defensiva si está equivocado. La utilización de esta técnica requiere una amplia práctica, puesto que existe una tendencia natural de la gente a defenderse cuando se le ataca verbalmente (Booraem y Flowers, 1978). Smith (1977) la define como la «técnica que nos enseña a aceptar nuestros errores y faltas (sin tener que excusarnos por ellos) mediante el reconocimiento decidido y comprensivo de las críticas, hostiles o constructivas, que se formulan a propósito de nuestras cualidades negativas» (p. 438). Tenemos que corregir nuestra creencia de que la culpa está asociada automáticamente con la comisión de un error. La mayoría de nosotros debemos modificar nuestra manera de reaccionar cuando nos enfrentamos con un error, para podernos desensibilizar emocionalmente frente a las posibles críticas propias o de los demás.

El recorte. Esta técnica es apropiada tanto si estamos siendo atacados y no estamos seguros de haber cometido un error, como si pensamos que estamos siendo atacados por medio de señales no verbales, pero el contenido que se expresa no es claramente de enfrentamiento. Cuando *recortamos*, contestamos *si* o *no* con mínima «libre información», esperando que la otra persona aclare el asunto (Booraem y Flowers, 1978). Por ejemplo, preparamos el desayuno todos los días, pero esa mañana no lo hemos hecho y alguien nos dice: «El desayuno no está preparado», podemos contestar: «Sí, es cierto» y esperamos. El recortar es una forma de que el sujeto clarifique una cuestión antes de responder; pero no es una manera de reemplazar una comunicación más natural.

Ignorar selectivamente. Consiste en atender, o no atender, selectivamente a aspectos específicos del contenido del habla de la otra persona. Por ejemplo, no se contesta a las manifestaciones injustas u ofensivas, sino que se contesta solamente a las expresiones que no son destructivas, productoras de culpa o injustas. Tanto el contenido verbal (silencio) como el no verbal, que producidos ante las expresiones molestas de la otra persona, tenemos que saber

controlarlo. De esta manera extinguimos determinadas respuestas de la otra persona. La técnica es relativamente fácil de emplear bajo estados de alta ansiedad, puesto que no requiere el empleo de frases defensivas. Pero la efectividad de la técnica implica una discriminación compleja sobre cuándo atender y cuándo no atender a la información específica. Continuamos normalmente la conversación en curso, pero respondemos de forma selectiva a la información dada.

Separar los temas. A veces, en el transcurso de una interacción, más de un tema o mensaje se ofrecerán unidos. A menos que estos temas o mensajes sean separados y tratados de forma distinta, podemos empezar a sentirnos confundidos, ansiosos y/o culpables. Por ejemplo, la otra persona puede asociar el que le prestemos el coche con el que seamos su amigo/a, o que tengamos que hacer lo que él/ella quiera porque le amamos. Al separar los diferentes temas, somos más capaces de discriminar lo que la otra persona nos está pidiendo o las implicaciones que está haciendo, de modo que podamos formular una respuesta apropiada, sin necesidad de dejar las cosas sin resolver.

Desarmar la ira. Esta técnica es una variación de lo que se conoce como *Cambio del contenido al proceso* (cambiar el centro de la conversación del contenido a algún proceso observado en la otra persona, como una emoción que está manifestando o una conducta que está expresando, como el volumen de la voz). Implica que ignoremos el contenido del mensaje airado y concentremos nuestra atención y conversación en el hecho de que la otra persona está enfadada. Tenemos que expresar abiertamente el retomar el contenido tan pronto como la otra persona se calme, pero debemos rechazar cortésmente el continuar con el contenido hasta que la otra persona se haya calmado. Debemos intentar mantener contacto ocular y emplear un tono de voz moderado. Una forma de tratar de conseguir este desarme de la ira es intentar que la otra persona se siente y se tome un café, un té, un refresco, etc. Mientras hacemos esto, seguimos hablando sobre la consideración de los temas planteados, pero evitamos discutir ningún contenido específico hasta que la otra persona empiece a desafiarse. Por ejemplo, podríamos decir: «Veo que estás enfadado/a y quisiera hablar sobre ello. Sentémonos, tomemos un café y hablemos» (Booraem y Flowers, 1978). Básicamente esta técnica implica una especie de negociación de un período de enfriamiento, de tal manera que ambas partes podamos pensar más claramente y resolver adecuadamente el tema en cuestión. Este contrato se ofrece tanto si las acusaciones son verdaderas como si son falsas, ya que aunque las acusaciones fuesen verdad y al final nos disculpemos, no hay ninguna razón por la que nos tengamos que sentir como seres inútiles. Como parte de la técnica, no

tenemos que responder a los insultos ni a otros temas colaterales, ya que la interacción podría ir subiendo progresivamente de tono. Empleamos una especie de disco rayado al ofrecer el contrato, «Hablaremos de ello cuando quieras, pero antes tranquilízate». En este caso debemos aguanar pacientemente las primeras explosiones de ira de nuestro interlocutor. No obstante, en el caso extremo de que nuestra integridad física estuviera en juego, el marcharnos de la situación podría resultar una decisión más sabia.

Ofrecer disculpas. A veces, podemos sentirnos mal por haber tenido poco respeto o por haber abusado de otro individuo. En este caso, el ofrecer disculpas es una acción legítima. Por medio de este procedimiento, disculpamos la conducta que fue injusta o molesta para la otra persona, sin estar comunicando que normalmente hagamos daño a los demás o que no tengamos valía como personas. La disculpa, además, hace que reconozcamos los sentimientos de la otra persona y permite que ésta sepa que nos hemos dado cuenta de lo que sucedió. Un individuo que nunca se disculpa o admite que ha tratado mal a otra persona es probable que experimente problemas para formar relaciones interpersonales. De igual manera, las personas que son heridas continuamente por otro individuo tenderán a evitar las interacciones con ese individuo en el futuro. En ocasiones, será útil acompañar este procedimiento con los de «separar los temas» o «desarmar la ira», si el individuo al que se piden disculpas se siente herido o está enojado.

Preguntas. Las preguntas pueden ser a veces un medio efectivo para ayudar a la otra persona a darse cuenta de una reacción impulsiva, no pensada, especialmente cuando la otra persona ha sido agresiva de forma no verbal. Por ejemplo, cuando a un dependiente se le pidió que envolviese un paquete, no dijo nada sino que pareció muy irritado y murmuraba en voz baja al envolver la mercancía. El cliente respondió con un tono de voz perplejo, sin sarcasmos: «¿Está molesto porque le haya pedido que envuelva el paquete?».

El banco de niebla. Esta técnica es muy controvertida, debido a que es una técnica pasivoagresiva, en la que el individuo toma un papel excesivamente pasivo en la interacción. En este procedimiento, el sujeto refleja o parafrasea lo que acaba de decir la otra persona, añadiendo luego: «[...] pero lo siento, no puedo hacer eso». El individuo que utiliza el «banco de niebla» parece estar de acuerdo con que el otro individuo «puede tener razón» o que «probablemente esté en lo cierto», pero no dice que tenga razón. Además el sujeto permanece inmovible en su posición. Esta técnica puede ser útil para interrumpir regañinas crónicas. Según Smith (1977) esta técnica «nos enseña a aceptar las críticas manipulativas reconociendo serenamente ante nuestros críticos la posibilidad de que haya parte de verdad en lo que dicen, sin que

por ello abdicamos de nuestro derecho a ser nuestros únicos jueces» (p. 437). El empleo de esta técnica se justifica por la explicación de que si intentamos resistir y/o luchar contra una persona que nos está regañando, estamos prestando atención y, por consiguiente, reforzando esa conducta. Si no ofrecemos resistencia y seguimos inmovibles, estamos intentando retirar el reforzamiento de la interacción y hacer que la conducta se extinga.

La interrogación negativa. Este procedimiento defensivo puede ser eficaz cuando estamos siendo criticados injustamente, sabemos que la crítica es injusta y tenemos una imagen de nosotros mismos bastante positiva, de forma que no lleguemos a sentir que están abusando de nosotros ni que nos lleguemos a enfadar. Puesto que lo esencial de esta técnica es solicitar más críticas, debemos ser capaces de escuchar críticas sin adquirir temores o internalizar los comentarios. «Esta técnica nos enseña a suscitar las críticas sinceras por parte de los demás, con el fin de sacar provecho de la información (si son útiles) o de agotarlas (si son manipulativas), inclinando al mismo tiempo a nuestros críticos a mostrarse más asertivos y a no hacer un uso tan intensivo de los trucos manipulativos» (Smith, 1977, p. 438). Una contestación típica es: «¿Hay algo más que no te gusta?». Por medio de esta técnica pedimos que se nos digan más cosas acerca de nosotros mismos, o de nuestro comportamiento, que pueden ser negativas. La explicación para este procedimiento parece ser la saciación.

Diversos autores (p. ej., Booraem y Flowers, 1978) advierten contra el uso de los dos últimos procedimientos, el «banco de niebla» y la «interrogación negativa», y del «cambio del contenido al proceso», ya que dichas técnicas (especialmente las dos primeras) son peligrosas y es muy difícil usarlas bien.

6.5.8. Procedimientos de «ataque»

La inversión. La inversión se emplea cuando el sujeto pide algo y parece obvio que la petición será rechazada; sin embargo, la otra persona no ha dicho todavía «no», sino que está dando toda una serie de razones por las que la petición será probablemente rechazada. El sujeto pide simplemente que se le diga «sí» o «no». De esta forma, es más probable que la próxima vez obtenga un «sí», ya que la gente parece recordar mejor sus contestaciones negativas directas que las indirectas y en sus intentos de ser justo con los demás, equilibrará las contestaciones «sí» y «no» (Booraem y Flowers, 1978).

La repetición. Este procedimiento se emplea cuando el sujeto piensa que la otra persona no está escuchando o entendiendo lo que el está diciendo. La uti-

ANEXO 7: Cuento “El verdadero valor del anillo”

Érase una vez un joven que acudió a un sabio en busca de ayuda.

-Vengo, maestro, porque me siento tan poca cosa que no tengo ganas de hacer nada. Me dicen que no sirvo, que no hago nada bien, que soy torpe y bastante tonto. ¿Cómo puedo mejorar? ¿Qué puedo hacer para que me valoren más?

El maestro, sin mirarlo, le dijo: «Cuánto lo siento, muchacho. No puedo ayudarte, ya que debo resolver primero mi propio problema. Quizá después...». Y, haciendo una pausa, agregó: «Si quisieras ayudarme tú a mí, yo podría resolver este tema con más rapidez y después tal vez te pueda ayudar».

-E... encantado, maestro -ti tubeó el joven, sintiendo que de nuevo era desvalorizado y sus necesidades postergadas. -Bien -continuó el maestro. Se quitó un anillo que llevaba en el dedo meñique de la mano izquierda y, dándoselo al muchacho, añadió:- Toma el caballo que está ahí fuera y cabalga hasta el mercado. Debo vender este anillo porque tengo que pagar una deuda. Es necesario que obtengas por él la mayor suma posible, y no aceptes menos de una moneda de oro. Vete y regresa con esa moneda lo más rápido que puedas.

El joven tomó el anillo y partió. Apenas llegó al mercado, empezó a ofrecer el anillo a los mercaderes, que lo miraban con algo de interés hasta que el joven decía lo que pedía por él.

Cuando el muchacho mencionaba la moneda de oro, algunos reían, otros le giraban la cara y tan sólo un anciano fue lo bastante amable como para tomarse la molestia de explicarle que una moneda de oro era demasiado valiosa como para entregarla a cambio de un anillo. Con afán de ayudar, alguien le ofreció una moneda de plata y un recipiente de cobre, pero el joven tenía instrucciones de no aceptar menos de una moneda de oro y rechazó la oferta.

Después de ofrecer la joya a todas las personas que se cruzaron con él en el mercado, que fueron más de cien, y abatido por su fracaso, montó en su caballo y regresó.

Cuánto hubiera deseado el joven tener una moneda de oro para entregársela al maestro y liberarlo de su preocupación, para poder recibir al fin su consejo y ayuda.

Entró en la habitación.

-Maestro -dijo-, lo siento. No es posible conseguir lo que me pides. Quizás hubiera podido conseguir dos o tres monedas de plata, pero no creo que yo pueda engañar a nadie respecto del verdadero valor del anillo. -Eso que has dicho es muy importante, joven amigo -contestó sonriente el maestro-. Debemos conocer primero el verdadero valor del anillo. Vuelve a montar tu caballo y ve a ver al joyero. ¿Quién mejor que él puede saberlo? Dile que desearías vender el anillo y pregúntale cuánto te da por él. Pero no importa lo que te ofrezca: no se lo vendas. Vuelve aquí con mi anillo.

El joven volvió a cabalgar.

El joyero examinó el anillo a la luz del candil, lo miró con su lupa, lo pesó y luego le dijo al chico:

-Dile al maestro, muchacho, que si lo quiere vender ya mismo, no puedo darle más de cincuenta y ocho monedas de oro por su anillo.

-¿Cincuenta y ocho monedas? -exclamó el joven.

-Sí -replicó el joyero-. Yo sé que con tiempo podríamos obtener por él cerca de setenta monedas, pero si la venta es urgente...

El joven corrió emocionado a casa del maestro a contarle lo sucedido.

-Siéntate -dijo el maestro después de escucharlo-. Tú eres como ese anillo: una joya, valiosa y única. Y como tal, sólo puede evaluarte un verdadero experto. ¿Por qué vas por la vida pretendiendo que cualquiera descubra tu verdadero valor?

Y, diciendo esto, volvió a ponerse el anillo en el dedo meñique de su mano izquierda.

AGRADECIMIENTOS

Me gustaría agradecer a mi director, el Dr. Santiago Gascón su ayuda para realizar este trabajo final de grado. Querría mencionar además, la colaboración que mi tutora la Dra. Inmaculada Mañes me ha prestado durante el estudio, y a PRISMA por haberme dado la posibilidad de llevarlo a cabo en el centro. Destacar especialmente a los sujetos de la investigación por su participación voluntaria en el estudio. Por último, a la Facultad de Ciencias Sociales y Humanas, al profesorado y a mis compañeros del Grado de Psicología.