



UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTÓNOMA DE  
MÉXICO

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA  
CARRERA DE PSICOLOGÍA**

**ADAPTACIÓN DE LA ESCALA DE HABILIDADES  
ASERTIVAS PARA TERAPEUTAS COGNITIVO  
CONDUCTUALES**

**T E S I S**  
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:  
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA  
P R E S E N T A  
DELGADO PASTRANA CARLOS

**JURADO DE EXAMEN**

**DIRECTOR: MTRO. ANGEL FRANCISCO GARCÍA PACHECO  
COMITÉ: LIC. JORGE ARTURO MANRIQUE URRUTIA  
MTRO. EDGAR PÉREZ ORTEGA  
MTRA. GABRIELA CAROLINA VALENCIA CHÁVEZ  
LIC. KARINA SERRANO ALVARADO**



**FES  
ZARAGOZA**

**CIUDAD DE MÉXICO**

**ABRIL 2017**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

### *Agradecimientos*

*A mis papás, los cuales me han apoyado desde el principio en este camino.*

*A la Universidad Nacional Autónoma de México por brindarme la oportunidad de crecer profesionalmente e individualmente.*

*A mi compañera de vida Miriam, que me ha apoyado en todo momento en éste proceso.*

*A mis maestros, los cuales me han apoyado, enseñado, aconsejado y dirigido por éste camino.*



## ÍNDICE

RESUMEN.....	1
INTRODUCCIÓN.....	2
CAPÍTULO I.....	4
<b>HABILIDADES SOCIALES.....</b>	<b>4</b>
1.1 Asertividad, Competencia Social y Habilidad Social.....	4
<b>1.2 Modelos Teóricos de las Habilidades Sociales.....</b>	<b>7</b>
1.2.1 Modelo de percepción social.....	7
1.2.3 Modelo Cognitivo-Conductual.....	9
<b>1.3 Concepto y definición de las Habilidades Sociales.....</b>	<b>10</b>
<b>1.4 Clasificación y dimensiones de las HHSS.....</b>	<b>13</b>
CAPÍTULO II.....	15
<b>HABILIDADES SOCIALES EN EL PSICÓLOGO CLÍNICO.....</b>	<b>15</b>
<b>2.1 La terapia psicológica y la relación terapéutica: Un contexto particular para las H.S. del terapeuta.....</b>	<b>16</b>
<b>2.2 Función de las Habilidades Sociales en los Terapeutas.....</b>	<b>19</b>
<b>2.3 Las Habilidades Sociales del Terapeuta.....</b>	<b>21</b>
CAPÍTULO III.....	24
<b>EVALUACIÓN DE LAS HABILIDADES SOCIALES.....</b>	<b>24</b>
<b>3.1 Instrumentos de evaluación de las habilidades sociales.....</b>	<b>24</b>
<b>3.2 Instrumentos de evaluación de las habilidades sociales en terapeutas.....</b>	<b>26</b>
CAPÍTULO IV.....	26
<b>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....</b>	<b>27</b>
CAPÍTULO V.....	30
<b>JUSTIFICACIÓN.....</b>	<b>30</b>
CAPÍTULO VI.....	33
<b>MÉTODO.....</b>	<b>33</b>
<b>6.1 Objetivo General.....</b>	<b>33</b>
6.1.1 Objetivos Específicos.....	33
<b>6.2 Tipo de estudio.....</b>	<b>33</b>
<b>6.3 Definición de variables.....</b>	<b>33</b>
6.3.1 Definición conceptual.....	34
6.3.2 Definición operacional.....	34
<b>6.4 Procedimiento.....</b>	<b>34</b>
<b>6.6 Fase 1: Validez de constructo de la escala original.....</b>	<b>35</b>
6.6.1 Participantes.....	35
6.6.2 Criterios de inclusión.....	35
6.6.3 Los criterios de exclusión.....	35
6.6.4 Instrumento.....	35
6.6.5 Procedimiento.....	37
<b>6.7 Fase 2: validez de contenido del instrumento (validación por expertos).....</b>	<b>37</b>
6.7.1 Participantes.....	37
6.7.2 Instrumento.....	38
6.7.3 Procedimiento.....	38
<b>6.8 Fase 3: Obtención de las propiedades psicométricas del instrumento adaptado.....</b>	<b>39</b>
6.8.1 Participantes.....	39
6.8.2 Criterios de inclusión.....	39
6.8.3 Los criterios de exclusión.....	39
6.8.4 Instrumento.....	39
6.8.5 Procedimiento.....	40
6.8.6 Análisis estadísticos.....	40

<b>CAPÍTULO VII.....</b>	<b>42</b>
<b>RESULTADOS.....</b>	<b>42</b>
<b>7.1 Resultados de la Fase 1: Validez de constructo de la escala original. ....</b>	<b>42</b>
7.1.1 Análisis de los reactivos .....	42
7.1.2 Análisis Factorial Exploratorio de la escala. ....	43
7.1.3 Análisis de consistencia interna de la escala original .....	43
<b>7.2 Fase 2: Valides de contenido (Validación por jueces).....</b>	<b>44</b>
<b>7.3 Fase 3: Propiedades psicométricas del instrumento adaptado .....</b>	<b>46</b>
7.3.1 Análisis de los reactivos .....	46
7.3.2 Análisis Factorial Exploratorio para la Escala.....	48
7.3.3 Análisis de consistencia interna.....	51
<b>CAPÍTULO VIII .....</b>	<b>55</b>
<b>DISCUSIÓN.....</b>	<b>55</b>
<b>CAPÍTULO IX .....</b>	<b>61</b>
<b>CONCLUSIONES.....</b>	<b>61</b>
<b>REFERENCIAS .....</b>	<b>64</b>
<b>APÉNDICES.....</b>	<b>70</b>

# RESUMEN

---

El propósito de esta investigación consistió en obtener una adaptación de la Escala de Habilidades Asertivas para Terapeutas Cognitivo Conductuales propuesta por Landa, García y Serrano (2015) para una población universitaria. La muestra se conformó de 226 estudiantes de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, de 20 a 25 años, ( $m= 21$ ,  $d.e= 2.31$ ), pertenecientes a la carrera de Psicología, del área de psicología clínica y de la salud. La escala fue sometida a evaluación por expertos, la validez de contenido se estimó mediante el coeficiente de correlación intraclase para medir el grado de acuerdo entre los jueces ( $ICC=0.83$ ). Se realizó un Análisis Factorial Exploratorio (AFE) para estimar la validez de constructo, la confiabilidad de la escala se obtuvo mediante la prueba Alfa de Cronbach. El AFE identificó seis factores presentes en la escala: F1. Dar retroalimentación positiva; F2. Dirigir una conversación; F3. Manejar situaciones molestas; F4. Dar retroalimentación negativa; F5. Afrontar críticas y F6. Confrontación; finalmente la escala obtuvo una fiabilidad general de ( $\alpha= .893$ ),

Se concluye que la Escala de Habilidades Asertivas para Terapeutas Cognitivo Conductuales, es un instrumento válido y confiable, propia para la población universitaria de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, la cual pretende ser una herramienta útil en la evaluación y desarrollo de programas de formación profesional del psicólogo clínico.

***Palabras clave:*** Asertividad, habilidades sociales, escala, evaluación.

# INTRODUCCIÓN

---

---

Como seres sociales, las personas nos encontramos en constante comunicación con los demás, pasamos gran parte de nuestras vidas en alguna forma de interacción y el discurrir de estas se determina, en parte, por el correcto uso de las habilidades o conductas socialmente habilidosas que poseamos (Caballo, 2007).

El uso eficaz de las habilidades sociales, puede producir una mayor felicidad y satisfacción en las personas a nivel social e individual. (Caballo, 2007; Cañón y Rodríguez, 2011). Entonces, una conducta socialmente habilidosa es aquella que nos permite comunicarnos eficazmente con los demás y que varía de diferentes formas dentro y fuera de una misma cultura.

La literatura sobre el tema indica, que no existe una definición universalmente aceptada del constructo de las Habilidades Sociales (H.S.), sin embargo, Vargas, Ibañez y Landa (2011, p. 385) proponen concebirlas como una variedad de *“comportamientos socialmente responsables, es decir, como un conjunto de comportamientos desplegados por un individuo en un contexto interpersonal, que expresan sus sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos, de una manera apropiada a la situación, respetando estas conductas en los demás”*.

Debido a la importancia de las HS y su relación con el bienestar social y psicológico, la terapia clínica ha creado múltiples programas de entrenamiento, los cuales se han centrado en la relación de las habilidades sociales de los pacientes o usuarios de los servicios clínicos y que impactan positivamente en la solución de sus problemas, sin embargo, se ha encontrado que las habilidades sociales desplegadas por el psicólogo en el transcurso de la terapia, influyen también en el proceso y resultado de la terapia.

Las habilidades sociales que desarrolla un terapeuta a través de la interacción con los usuarios, o a partir de un entrenamiento estructurado, influyen en la evolución del paciente y los resultados favorables del tratamiento (Ibáñez, Vargas, Landa y Olvera, 2011). Debido a su importancia, se han llevado a cabo diversas investigaciones que han tenido por objetivo evaluar y describir las H.S. que los terapeutas utilizan en la terapia.

Una gran cantidad de investigaciones relacionadas a la evaluación de las habilidades sociales en terapeutas (EHST), han medido los componentes de estas variables en contextos diferentes al entorno terapéutico, como las realizadas por Gallego (2009) y Del Prette, Del Prette y Mendes (1999), las cuales utilizaron instrumentos que describían situaciones de la vida cotidiana y que por dicha razón, no son similares a aquellas situaciones que se presentan el contexto clínico.

Las situaciones o el contexto en el que se emiten ciertas habilidades son determinantes en la evaluación y entrenamiento de las H.S. (Caballo, 2007), al no tomarlas en cuenta, se pueden cometer errores en relación al tipo de conductas que se espera que realice una persona, así, por ejemplo, muchos instrumentos (utilizados en la EHST), relacionan la correcta ejecución de algunas habilidades sociales como pedir un favor, ante situaciones específicas como puede ser, realizarlo ante un extraño, etc. pero ninguno de ellos presenta las conductas que se espera que emita un terapeuta ante situaciones relacionadas con la terapia, por lo tanto, aunque los terapeutas evaluados con estos instrumentos presenten posibles ejecuciones favorables ante las situaciones propuestas, estas no se relacionan con el contexto terapéutico.

El objetivo de éste trabajo es la adaptación de la Escala de Habilidades Asertivas para Terapeutas Cognitivo Conductuales (Landa, García y Serrano, 2015), la cual evalúa la competencia de las habilidades sociales en terapeutas.

# CAPÍTULO I

## HABILIDADES SOCIALES

---

---

El término Habilidades Sociales (H.S.) se refiere a un conjunto de habilidades de interacción social. Este constructo se estudió en E.U.A., como *asertividad* y en Europa se desarrolló como *competencia social*, el desacuerdo entre utilizar uno u otro significado, condujo a utilizar el concepto de habilidad, el cual intentó unir ambos conceptos. Caballo (2007) propuso entender estos términos (asertividad, competencia y habilidades sociales) como sinónimos.

### **1.1 Asertividad, Competencia Social y Habilidad Social.**

La asertividad y la competencia social poseen una afinidad conceptual con las habilidades sociales (H.S.), lo que provoca que en ocasiones se empleen indistintamente, por ello, es importante entender la relación entre estos conceptos.

La investigación sobre las H.S. comenzó en los años treinta, con estudios sobre socialización infantil (Caballo, 2007), las cuales tenían por objetivo describir la forma en que se adquieren algunas destrezas sociales en edades tempranas, lo que abrió la pauta para la investigación en el tema de las H.S. (Martín, 2010).

Investigaciones posteriores al tema dieron origen a dos enfoques diferentes que proponían explicar las H.S, estas corrientes provenían de USA. e Inglaterra (García, 2015).

La corriente norteamericana adquirió un enfoque clínico, donde se priorizaron las cuestiones metodológicas y la relación de variables similares a las H.S. Este enfoque se caracterizó por utilizar el concepto de asertividad el cual fue definido por diversos autores (Ovejero, 1990).

A principios de los años sesenta, surge el trabajo de Salter, denominado Terapia de los Reflejos Condicionados (Martín, 2010), quien propuso utilizar el concepto de asertividad, al cual definió como la capacidad de una persona para expresar sus emociones.

Wolpe, utilizó el término conducta asertiva en su trabajo Psicoterapia por Inhibición Recíproca, donde define este concepto como una respuesta dada en una categoría social que resulta ser contraria a la ansiedad, pero similar a la relajación, es decir, la asertividad es la expresión adecuada de cualquier emoción diferente a la ansiedad en relación con otra persona (Rodríguez, 2012).

Más tarde, Lazarus sostiene que la asertividad es un hábito de libertad de expresión emocional, que se realiza de una forma madura y honesta (Martín, 2010).

Lang y Jacobowski consideran el comportamiento asertivo como la defensa de derechos personales y la libre expresión de pensamientos, sentimientos y creencias, la cual se realiza de manera abierta, honesta, apropiada y teniendo en consideración el no violar los derechos de las otras personas (García, 2015).

El enfoque norteamericano desarrolló ampliamente el concepto de asertividad, pero sin llegar a un acuerdo. Esta corriente optó por el desarrollo teórico-metodológico de la investigación sobre el tema y su aplicación clínica, su perspectiva enfatizó la importancia de la interacción personal, dejando de lado el contexto donde se desarrollan las H.S.

Por otro lado, la escuela europea, con los especialistas ingleses, centraron sus estudios en el contexto situacional. ESTE ENFOQUE PLANTEÓ que el contexto social y cultural eran variables de gran interés ~~ya que de estas~~ dependía el desarrollo y aprendizaje de las H.S.

El concepto de competencia social fue acuñado en Inglaterra, desarrollado en 1960 y 1961 en los trabajos de Zigler y Phillips (Ovejero, 1990), este término hace referencia a la efectividad de una persona para llevar a cabo una interacción y pretendía tener una perspectiva más interaccionista entre el sujeto y el entorno (Martín, 2010).

Este enfoque, a diferencia de la escuela norteamericana, extendió el término de competencia social en diferentes investigaciones, sin embargo, este concepto pronto fue sustituido por “habilidad”, el cual, desde una idea más adaptativa, intentaba explicar la forma en que las personas se ajustaban al contexto situacional o social para ser funcionales (García, 2015).

El concepto de *Habilidades Sociales*, comenzó a tomar fuerza para ser sustituto del término *Conducta Asertiva*, el cual era muy utilizado en E.U.A. y en gran parte de las investigaciones sobre el tema, este nuevo concepto tomó importancia posterior gracias a los estudios realizados en Europa y pronto sustituyó a otros conceptos, dado que, de acuerdo con Caballo (1983), *conducta excitatoria, conducta asertiva, asertividad, efectividad personal, competencia personal, y habilidades sociales*, hacen referencia a los mismos componentes.

Actualmente, muchos autores integran la asertividad como un concepto más que pertenece al constructo de habilidades sociales (Caballo, 1983), es decir, ser *asertivo* forma parte de un conjunto más amplio de habilidades, denominado *habilidades sociales*.

Cuando una persona utiliza un conjunto de H.S., de manera eficaz y de acuerdo al contexto situacional, se le considera *socialmente competente*.

## **1.2 Modelos Teóricos de las Habilidades Sociales**

La literatura indica que la adquisición de habilidades sociales se relaciona con el contexto social y las interacciones que una persona sostiene con otras, es decir, en este proceso de interacción, el sujeto incorpora distintos comportamientos, habilidades, normas, sistemas de creencias, valores y actitudes que lo ayudan a integrarse al grupo social en el que vive (Martín, 2010).

No existe un modelo teórico universal en el tema de las H.S. Los enfoques de la Percepción Social, el Aprendizaje social y Cognitivo-Conductual, proponen diversas formas de adquisición, funcionamiento y déficit de las habilidades sociales (García, 2015), las cuales, son muy importantes en el tema.

### **1.2.1 Modelo de percepción social.**

Este modelo surge en Inglaterra y se denomina de “percepción social” debido a que relaciona las variables ambientales, las características personales e individuales de un sujeto y las interacciones que se dan entre estas para producir una conducta (Caballo, 1983).

El modelo propone que una respuesta socialmente habilidosa será el resultado final de una serie de conductas y procesos cognitivos en cadena, esta serie de conductas inicia con la correcta percepción de señales o estímulos interpersonales relevantes, provenientes del entorno, que serán recibidos e interpretados más tarde por el sujeto a través de los sentidos, lo que provocará la evaluación de posibles opciones de respuesta, dando paso a la toma de decisiones del sujeto como resultado de la transformación, análisis y comparación de la información y experiencias previas almacenadas en la memoria de largo plazo y finalizaría con la expresión de la alternativa de acción elegida (Díaz, Villalobos y Ruiz, 2012).

Dentro de este modelo, se propone la diferencia entre las habilidades y las competencias, haciéndolas expresiones independientes. La competencia, se emplea como un término evaluativo general que se refiere a la calidad o a la adecuación de una respuesta (conducta) de una persona en un área determinada. Y las habilidades, por otro lado, son las capacidades específicas mínimas que se requieren para ejecutar competentemente dicha acción, estas habilidades pueden ser innatas (propias del sujeto), o pueden aprenderse por medio de la práctica y el entrenamiento. Las habilidades, son específicas y deben determinarse en términos concretos a la situación, al ambiente o al contexto.

Dada la simplicidad de este modelo y su amplia aceptación, se han obtenido cada vez mayores aportaciones, las cuales incorporan nuevos factores fundamentales en el proceso de interacción social (Cruzado, Labrador y Muños, 2006).

### **1.2.2 Modelo de aprendizaje social.**

Este modelo propone que las habilidades sociales se adquieren de manera progresiva, es decir, son conductas que se aprenden gracias a diversos mecanismos que intervienen en su adquisición y mantenimiento (Díaz et al. 2012).

Los mecanismos principales son: el reforzamiento directo y aprendizaje observacional, Fernández y Bueno (2011), los definen de la siguiente manera:

- Reforzamiento directo. Indica que una persona, puede realizar cualquier tipo de conducta y esta será “reforzada” por una serie de factores o consecuencias y de acuerdo a estas, aprenderá y moldeará diferentes tipos de habilidades, es decir, cualquier comportamiento se puede adquirir o modificar por medio de la experiencia directa de sus consecuencias.

- Aprendizaje por observación o modelado. Esta forma de aprendizaje se da por observación e imitación, la cual es una fuente de aprendizaje que moldea progresivamente la conducta. Por ejemplo, los jóvenes y adultos desarrollan nuevas competencias para manejar las situaciones al observar cómo lo hacen las demás personas (o modelos) que les rodean, es decir, la forma en que padres, hermanos, amigos, compañeros de trabajo, jefes, entre otros, manejan diversas situaciones.

El aprendizaje de estas habilidades está basado en una situación social donde participan dos personas, el primer sujeto actúa como modelo o modelador y un segundo individuo observa su comportamiento. El modelador emite la conducta socialmente habilidosa más idónea ante una situación para que el observador la pueda imitar o reproducir.

Dentro de este modelo, el refuerzo depende de quién ejerce el modelado y de las consecuencias (favorables) directas de su conducta, de ahí que este proceso se convierta en un factor reforzante y motivacional para el observador. Las expectativas cognitivas, también median el proceso de aprendizaje y adquisición de las habilidades sociales en el observador (Rodríguez, 2012).

La falta, o la errónea emisión de habilidades puede deberse a que una persona utiliza respuestas inadecuadas en la interacción social, ya sea porque no las ha aprendido adecuadamente o porque estas no se encuentran dentro de su repertorio conductual.

### **1.2.3 Modelo Cognitivo-Conductual.**

Esta propuesta, relaciona el modelo de aprendizaje social antes descrito con el desempeño social, el cual está mediado por las habilidades socio-cognitivas que fueron aprendidas durante la interacción con otras personas y con el entorno, a partir de las cuales, las personas deben ser

capaces de discernir, evaluar, seleccionar y finalmente emitir las conductas que son más idóneas o adecuadas con base en su cultura y en el tipo de solución que demanda dicha interacción (Rodríguez, 2012).

El modelo propone que una conducta socialmente competente se da por la emisión de respuestas eficientes, agregando variables como los estados emocionales positivos o negativos inducidos por la evaluación cognitiva de las situaciones, las expectativas favorables o desfavorables de la actuación y de las autorreferencias que se tienen de la situación (Díaz et al., 2012). Además, el déficit de las habilidades sociales se debe principalmente a las creencias o cogniciones distorsionadas que impiden el desenvolvimiento social (Rodríguez, 2012).

Estas expectativas cognitivas entonces, son creencias o predicciones sobre la probabilidad percibida de afrontar con éxito una determinada situación (Fernández y Bueno, 2011).

En función del resultado obtenido con experiencias similares en ocasiones anteriores, el sujeto desarrollará una expectativa favorable es decir, aumentará la probabilidad de ocurrencia de la conducta o desfavorable, por ejemplo disminuirá la probabilidad de ocurrencia de la conducta, lo que influirá en la forma en que puede afrontar una determinada situación.

### **1.3 Concepto y definición de las Habilidades Sociales**

El desarrollo teórico de las H.S. está ampliamente documentado (Gallego, 2008), sin embargo, las investigaciones en el tema concuerdan en que aún no existe una definición ampliamente aceptada por los expertos (Del Prette, Del Prette y Mendes, 1999; Caballo, 2007).

El principal problema para crear una definición universal de las H.S., es la dependencia de estas al contexto. Las situaciones sociales demandan diferentes tipos de conductas, sin embargo, no existe una forma única y universal de comportarse, es decir, existe una serie de respuestas

diferentes que dependen del sujeto, del contexto, del lugar y la cultura. Así, dos personas pueden actuar eficazmente, pero de diferentes formas, ante una situación similar, por lo que una conducta, para ser considerada como exitosa, depende de su eficacia en función de la situación (García, 2015).

Caballo (2007), Martínez (2009) y Rodríguez (2012), realizaron una recopilación de las definiciones más importantes en el tema de las H.S.:

Libet y Lewinsohn, en 1973, las definen como “la capacidad compleja de emitir conductas que son reforzadas positiva o negativamente, y de no emitir conductas que son castigadas o extinguidas por los demás.”

Wolpe, en 1977, propone que las H.S. son: “la expresión adecuada, dirigida hacia otra persona, de cualquier emoción que no sea la respuesta de ansiedad”.

Alberti & Emmons, en 1978, las definen como “la conducta que permite a una persona actuar según sus intereses más importantes, defenderse sin ansiedad inapropiada, expresar cómodamente sentimientos honestos o ejercer los derechos personales sin negar los derechos de los otros”.

Hargie, Saunders & Dickson, en 1981, proponen definir las como “un conjunto de conductas sociales dirigidas hacia un objetivo, interrelacionadas, que pueden aprenderse y que están el control del individuo.”

Linehan, las define como “La capacidad compleja de emitir conductas o patrones de respuesta que optimicen la influencia interpersonal y la resistencia a la influencia social no deseada (eficacia en los objetivos) mientras que al mismo tiempo optimiza las ganancias y minimiza las pérdidas en la relación con la otra persona (eficacia en la relación) y mantiene la propia integridad y sensación de dominio (eficacia en el respecto a uno mismo)”.

Finalmente, Gil y León (2012), proponen que las habilidades sociales son la capacidad de ejecutar conductas aprendidas que cubren la necesidad de comunicación interpersonal y que responden a las exigencias y demandas de las situaciones sociales de forma efectiva.

Las definiciones anteriores, describen distintos tipos de habilidades, que se refieren a la expresión de alguna conducta, al contenido de estas y sus consecuencias. Gallego (2009) propone que todas estas propuestas tienen aspectos en común, como:

-Presencia de conductas manifiestas: Las H.S. comprenden un conjunto de capacidades de actuación aprendidas y que se manifiestan en situaciones de interacción social.

-Orientación a objetivos: Se orientan a la consecución de determinados objetivos o reforzamientos, bien del ambiente o personales.

-Especificidad situacional: Están determinadas por el contexto social-cultural y la situación en particular en que tienen lugar.

-Componentes: La H.S. se consideran en distintos niveles, en función del grado de interferencia y especificidad que se adopte, como la comprensión de un nivel molar, intermedio y molecular, los cuales comprenden componentes conductuales, cognitivos y fisiológicos.

Una alternativa conceptual que integra los aspectos de contenido y de funcionalidad, fue propuesta por Caballo (2007):

*“ese conjunto de comportamientos emitidos por un individuo en el contexto interpersonal que expresa 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 minimizan la probabilidad de futuros problemas”.*

Finalmente, Vargas, Ibañez y Landa (2011), relacionaron a las habilidades sociales con las variables situacionales y propusieron concebirlas como un conjunto de:

*“Comportamientos socialmente responsables, es decir, como un conjunto de comportamientos desplegados por un individuo en un contexto interpersonal, que expresan sus sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos, de una manera apropiada a la situación, respetando estas conductas en los demás”.*

#### **1.4 Clasificación y dimensiones de las HHSS**

Lazarus, en 1973, clasificó los principales tipos de respuesta o dimensiones conductuales que abarcan las habilidades sociales. Este autor indicó cuatro habilidades como: decir “no”, pedir favores y hacer peticiones, expresar sentimientos positivos y negativos e iniciar, mantener y terminar conversaciones.

Por su parte, Gambrill & Richey, en 1975, (citado en Castaños, Reyes, Rivera, y Díaz, 2011) realizaron una modificación a la clasificación previa que había realizado Lazarus, agregando nuevos componentes de las H.S., como: Expresión de sentimientos positivos y negativos, iniciar, mantener y terminar conversaciones, pedir favores, hacer peticiones y la capacidad de decir no.

La categorización de las H.S. puede realizarse en un nivel general y otro particular, es decir, se pueden agrupar en dos categorías, un nivel molar y otro molecular (Gallego, 2008).

Es importante considerar que, en la investigación, para evaluar, describir, relacionar y explicar el constructo de H.S., éste debe ser dividido en cada uno de sus componentes de acuerdo al sistema de respuesta propuesto por el modelo conductual (sistema de respuesta conductual, cognitivo y fisiológico).

Autores como Del Prette & Del Prette, en el 2000, y Caballo, en el 2007, proponen una clasificación que agrupa a las H.S. en dos tipos, básicas y avanzadas (Gallego, 2008):

a) Habilidades sociales iniciales o básicas: Son aquellas que hacen referencia al repertorio comportamental que se necesita para poder iniciar interacciones con otras personas, como escuchar, iniciar una conversación, mantener una conversación, formular una pregunta, dar las gracias, presentarse, presentar a otras personas y hacer un cumplido.

b) Habilidades sociales avanzadas: Son las que permiten consolidar y regular las interacciones con otras personas, como pedir ayuda, participar, dar instrucciones, seguir instrucciones, disculparse, convencer a los demás, habilidades relacionadas con los sentimientos como conocer los propios sentimientos, las habilidades alternativas a la agresión como pedir permiso, compartir algo, ayudar a los demás, negociar, defender los propios derechos, habilidades de planificación como tomar la iniciativa, discernir sobre la causa de un problema, establecer un objetivo, recoger información, resolver los problemas según su importancia y tomar una decisión, esta clasificación ayuda a dimensionar la cantidad de habilidades que un sujeto puede emitir en un contexto determinado.

Finalmente, las dimensiones conductuales más aceptadas en la actualidad de las H.S. (Landa, García y Serrano, 2015) son: Escuchar, saludar, presentarse y despedirse, iniciar, mantener y cerrar una conversación, hacer y rechazar peticiones, disculparse o admitir ignorancia, defender los derechos, negociar, expresar y defender las opiniones, incluido en desacuerdo, afrontar críticas, hacer y recibir cumplidos, formular y rechazar peticiones, expresar amor, agrado y afecto, expresar justificadamente molestia, desagrado o enfado, pedir el cambio de conducta del otro, cooperar y compartir, expresar y recibir emociones, dirigir a otros, solucionar conflictos, dar y recibir retroalimentación, realizar una entrevista, solicitar un trabajo y hablar en público.

## CAPÍTULO II

# HABILIDADES SOCIALES EN EL PSICÓLOGO CLÍNICO

---

En los últimos años se ha desarrollado en el campo de la psicología clínica un interés por analizar el papel que desempeñan las habilidades del psicólogo en el proceso terapéutico. El modelo cognitivo-conductual, por ejemplo, ha subrayado que, en la relación usuario-terapeuta, intervienen un conjunto de variables y factores propios del terapeuta que pueden facilitar o no el proceso terapéutico (Rodríguez y Salinas, 2011). La eficacia y la eficiencia de un tratamiento, no depende exclusivamente de las características del paciente, del problema o del mismo tratamiento y su especificidad, sino también de las habilidades que el terapeuta es capaz de utilizar en la terapia.

Las habilidades sociales son una herramienta importante, propia del terapeuta, que se relaciona con los resultados positivos de un tratamiento (Marinho, Caballo y Silveira, 2003).

La investigación sobre las habilidades del terapeuta se ha centrado con mayor frecuencia en aspectos como la personalidad, imagen y empatía, dejando de lado, hasta cierto punto, el tema de las habilidades sociales (Landa et al., 2015), sin embargo, cada vez se realizan más investigaciones, las cuales, se han centrado en crear programas de evaluación y entrenamiento en H.S. para terapeutas cognitivo conductuales (Marinho et al., 2003).

Un aspecto importante en el tema del entrenamiento en H.S. para terapeutas, es el contexto. Las habilidades que el psicólogo utiliza, responden a un tipo de demanda específica de las

situaciones (conflictivas o no) y los objetivos que se presentan en la terapia, ya que estas definirán el tipo de conductas que deberá emitir un terapeuta.

## **2.1 La terapia psicológica y la relación terapéutica: Un contexto particular para las H.S. del terapeuta**

Un comportamiento, para ser valorado como habilidoso o no, depende del contexto, es decir, un comportamiento social será adecuado si es congruente con la demanda implícita que se presenta en alguna situación (Landa y García, 2014). Es ese sentido, una conducta socialmente competente dependerá del contexto en el que se desarrolla y de los resultados de la respuesta emitida (Landa et al., 2015).

Las situaciones que surgen en la terapia son particulares y difieren con a aquellas que se presentan en un escenario diferente, como el de una interacción con un amigo. Esta diferencia radica en que durante el proceso terapéutico se demandan una serie de habilidades o conductas que deben ser competentes al problema que reporta el usuario, a sus necesidades y al objetivo que se desea alcanzar en las sesiones, es decir, la relación usuario-terapeuta presenta una estructura distinta, con objetivos específicos y que difiere con la forma y las metas planteadas en una relación interpersonal común, así, por ejemplo, Bados y García (2011) proponen una lista de situaciones específicas que se presentan en el contexto de la terapia:

**Tabla 1.**

*Situaciones propuestas por Bados y García (2011)*

<b>Situaciones en el contexto de Terapia</b>
El cliente no acude a consulta voluntariamente, sino presionado o llevado por otros.
El cliente no quiere contestar ciertas preguntas o hablar de ciertos temas.
El cliente responde muy brevemente a las preguntas.
El cliente divaga (se va de tema) de modo improductivo.
Al cliente le cuesta hablar de sus problemas.

*Continúa*

**Tabla 1***Situaciones propuestas por Bados y García (2011)*

<b>Situaciones en el contexto de Terapia</b>
El cliente duda de si le merece la pena iniciar el tratamiento
El cliente llega tarde.
El cliente se comporta agresivamente en la consulta.
El cliente abusa de las llamadas telefónicas.
El cliente expresa o da a entender que el terapeuta puede tener muy poca experiencia en casos como el suyo (p.ej., por la juventud del mismo)
El cliente es prolijo (demasiado extenso) en sus respuestas o explicaciones.
El cliente llora.
El cliente manifiesta que para seguir como está no merece la pena seguir viviendo.
El cliente hace preguntas sobre creencias o comportamientos del terapeuta que este considera mejor no responder.
El cliente desarrolla hacia el terapeuta actitudes excesivamente positivas o negativas (amor, deseo sexual, antipatía, cólera).
El cliente interrumpe continuamente la aplicación del tratamiento. Aprovecha cualquier momento para hablar de lo mala que ha sido la semana, lo mucho que sufre, etc.
El cliente intenta frecuentemente prolongar las sesiones.
El cliente no da permiso para que colabore en la terapia algún familiar.
El cliente no acude a algunas sesiones y no avisa.
Se sospecha que el cliente inventa o falsifica datos importantes deliberadamente.
El cliente da permiso para que el terapeuta entreviste a una persona allegada, pero luego quiere saber algo que ha contado y que es confidencial.
El cliente expresa o da a entender que si el terapeuta no ha pasado por su problema difícilmente le podrá comprender y tratar eficazmente.
El cliente quiere que el tratamiento comience cuanto antes, incluso sin haber acabado la evaluación.

Ibáñez, Vargas, Landa y Olvera (2011), y Landa, Vargas & García (2011) analizan las situaciones planteadas por Bados y García, en el 2011, y proponen una serie de escenarios similares, descritos en la Tabla 2, respecto a la conducta de usuario y el terapeuta, utilizados en su programa de entrenamiento en habilidades sociales, con el objetivo de evaluar las H.S.

**Tabla 2.***Situaciones propuestas por Ibáñez, Vargas, Landa y Olvera (2011)*

<b>Situaciones relacionadas al contexto de Terapia</b>
Llega a su primera entrevista, toca a la puerta del consultorio.
Entra una llamada al celular del terapeuta.
Manifiesta desconfianza en la capacidad del terapeuta para ayudarlo.
Muestra actitudes de coqueteo.

*Continúa*

**Tabla 2.**

*Situaciones propuestas por Ibáñez, Vargas, Landa y Olvera (2011)*

<b>Situaciones relacionadas al contexto de Terapia</b>
Se involucra en comportamientos inapropiados (fumar, tirar basura al piso, comer, etcétera).
Usa un lenguaje ofensivo.
Propone metas poco viables.
Demanda información sobre las personas involucradas en el problema.
Comenta que se siente incómodo con la forma de trabajar.
Hacia el final de la sesión insiste en seguir platicando.
Durante la entrevista inicial, llora reiterada e incontrolablemente.
No ha cumplido con las tareas.
La información brindada es contradictoria o inconsistente.
Utiliza un lenguaje inapropiado (grosero) para referirse a las personas con las que tiene problemas.
Hace preguntas personales inapropiadas.
Se altera cuando se le confronta o se le contradice.
Manifiesta un desacuerdo.

Las situaciones descritas explican la particularidad de este contexto, sin embargo, también son los objetivos que plantea la terapia los que crean una diferencia entre las habilidades que utiliza un terapeuta en este contexto y las habilidades de interacción que se refieren al establecimiento de una relación interpersonal distinta.

Un objetivo indispensable en la terapia, es generar una adecuada relación entre el usuario y el terapeuta debido a los resultados positivos que se han reportado, los cuales se relacionan con las H.S. y la intervención. Goldstein & Myers, en 1986 (citado en Bados y García, 2011) definen la relación terapéutica como la expresión de “sentimientos de agrado, respeto y confianza por parte del cliente hacia el terapeuta combinados con sentimientos similares de parte de este hacia el cliente”.

Esta definición expresa la forma en que el terapeuta emite sentimientos y actitudes de aceptación, compromiso y profesionalismo hacia el usuario, sin embargo, a diferencia de una relación de amistad, la relación terapéutica es asimétrica, es decir, se centra en las necesidades del paciente y no altruista, por ejemplo, el terapeuta cobra por su trabajo, y se encuentra sujeta a

una serie de reglas formales de funcionamiento, como la frecuencia y duración de las sesiones, el lugar de las mismas, la puntualidad, la duración de la terapia y la colaboración activa del usuario (Bados y García, 2011).

Ribes y López, en 1985 (Rodríguez y Salinas, 2011) mencionan la importancia de separar y entender como distintas la relación terapéutica y las situaciones sociales comunes, con la finalidad de formular criterios que ayuden a entender los procesos de evaluación, regulación y expresión del comportamiento de un terapeuta.

La relación terapéutica y las diferentes situaciones que se presentan en la terapia suceden en un contexto particular, por esta razón, las habilidades sociales utilizadas deben responder a este y a sus objetivos.

## **2.2 Función de las Habilidades Sociales en los Terapeutas**

Cada vez existe mayor evidencia empírica favorable que demuestra que las buenas relaciones entre profesional-usuario de los servicios de salud contribuyen a incrementar la eficacia de los tratamientos, mejorar la adherencia a éstos, aumentar el repertorio comportamental preventivo y el grado de satisfacción de los usuarios del servicio de salud (Ortego, Gonzáles y Álvarez, 2011).

El tema de las habilidades sociales de los terapeutas ha crecido gracias a los resultados obtenidos en diversos estudios, los cuales han demostrado que el uso de estas se asocia a los resultados positivos de un tratamiento y la alianza terapéutica (Corbella, Balmaña, Fernández, Botella, Saúl y García, 2009).

Corbella, Fernández, Saúl, García & García, en 2008, realizaron una investigación que proponía describir los mejores predictores del resultado terapéutico y concluyeron que las variables más importantes pertenecían a los clientes, seguidas en importancia las variables del

terapeuta (habilidades desplegadas en la consulta), las cuales llegaban a ser hasta ocho veces más importantes para el resultado final de la terapia en comparación con el uso adecuado de las técnicas de intervención (Ibanez, Vargas, Landa y Olvera, 2011).

Bados y García, en 2011, sostienen que las habilidades sociales en terapeutas permiten el establecimiento de la relación interpersonal con el usuario, la cual tiene por objetivo proporcionar a la persona o a la familia, comprensión sobre el problema, información sobre la forma de manejar el suceso, adaptación a la situación y herramientas para hacer frente a dicha dificultad (Ibañez et al., 2011).

En el caso de los psicólogos clínicos en formación, las investigaciones se han centrado en enseñar y entrenar diversas habilidades sociales y asertivas (Landa et al., 2015) con el objetivo de mejorar la calidad de la relación terapéutica, el cual es un aspecto determinante para la eficacia de la terapia (Ibañez et al., 2011).

Finalmente, dadas las consecuencias positivas del uso de las habilidades en un adecuado contexto terapéutico, es claro que estas habilidades favorecen la consecución de resultados que producen beneficios a la intervención terapéutica.

La importancia del uso de algunas habilidades sociales en el proceso de atención psicológica ha provocado, en los últimos años, un incremento en el número de investigaciones sobre estas conductas. Los resultados muestran que existe una gran gama de H.S. que emplean los terapeutas en la consulta.

### **2.3 Las Habilidades Sociales del Terapeuta**

Las habilidades que un terapeuta debe desarrollar en la práctica clínica son variadas y muy diversas, por ello, no existe un consenso entre los especialistas sobre cuáles son las habilidades sociales específicas que los psicólogos clínicos necesitan aprender.

Barraca (2009), por ejemplo, hace una recopilación de las habilidades o destrezas básicas que un psicólogo debe poseer, referidas a la relación terapéutica, como: la empatía, aceptación, autenticidad, cordialidad, etc., habilidades de escucha (clarificación, paráfrasis, reflejo, síntesis), habilidades de acción verbal (saber preguntar, confrontar, ofrecer información o aportar análisis o interpretaciones), habilidades del conocimiento sobre el modelo específico desde el que se trabaja, competencias sobre las técnicas concretas (por ejemplo, sobre la desensibilización sistemática, la exposición, el entrenamiento en habilidades sociales, y la reestructuración cognitiva), y otras habilidades más generales y difíciles de clasificar (fluidez, flexibilidad, etc.).

Bados y García (2011) categorizan una serie de habilidades de comunicación, de escucha, habilidades de acción, de aceptación incondicional, de autenticidad, de competencia, de confrontación y de empatía.

Ibáñez et al., (2011) mencionan que las habilidades que debe poseer un terapeuta son la empatía, genuinidad, autor revelación positiva, comprensión, calidez, aceptación incondicional, capacidad de persuasión y apoyo, etc. Y que estas se traducen también como facilitadoras de la relación entre el terapeuta y el paciente.

Por su parte, Vargas et al. (2011) mencionan que dentro de las habilidades que desarrolla un psicoterapeuta se encuentran: el uso del tono de voz, miradas, retroalimentación, gestos y demás componentes verbales y no verbales.

Landa y García, (García, 2015) describen la habilidad de percepción social, que no es otra cosa que la capacidad del individuo o el terapeuta para reconocer o discriminar cuándo y cómo la persona con la que está interactuando se comporta de manera socialmente inapropiada.

Dada la gran cantidad de habilidades descritas, diversos autores, en sus investigaciones sobre las H.S. en los terapeutas, han optado por clasificarlas en dos grandes grupos (Krupnick et al., 1996; Horvath & Luborsky, 1993; Bergan & Tombari, 1976; Bootzin & Ruggill, 1988; Robinson, Froehle & Kurpius, 1979; Eisenberg & Delaney, 1970; citado en Marinho et al., 2003):

- Las habilidades básicas o generales, las cuales son necesarias en todos los procesos terapéuticos, como: las habilidades para establecer una adecuada relación terapéutica (en los cuales se encontrarían algunos tipos de H.S.), para elegir estrategias de identificación del problema, para tomar decisiones a lo largo del proceso terapéutico, para facilitar que el paciente describa contingencias, etc.
- Las habilidades específicas, en las cuales su aplicación depende del tipo de paciente tratado, de las técnicas de intervención elegidas y del formato de las sesiones.

Los estudios recientes, realizados con psicólogos clínicos en formación, han reportado nuevos hallazgos que podrían trazar el camino para describir con mayor exactitud el tipo de habilidades sociales que un terapeuta debe poseer, por ejemplo, Del Prette y Del Prette, en 1983, realizaron un estudio con estudiantes de psicología y encontraron que los estudiantes presentaban un severo déficit en la capacidad de rechazar peticiones, argumentar y defender ideas, así como expresar desacuerdos (Landa et al., 2015).

Martínez (2009) y Gallego (2009), proponen en sus estudios, retomar la clasificación de Caballo (2007) donde se encuentran las habilidades de escucha y conversación, defensa de

derechos personales, expresión de sentimientos positivos y negativos, rechazo de peticiones, recibir elogios, brindar elogios, hacer peticiones, manejo de relaciones con superiores y compañeros, manejo de la crítica y habilidades para hablar en público. y amplian dicha propuesta con otras habilidades como la capacidad de escucha, la empatía, la capacidad de expresar, conversar, redactar, comunicar, enseñar y trabajar en grupo.

Finalmente, Landa et al., (2015) proponen utilizar las 14 categorías de habilidades expuestas por Caballo (2007) para categorizar las habilidades sociales en terapeutas, como: Iniciar conversaciones, finalizar conversaciones, hacer cumplidos, recibir cumplidos, hacer peticiones, rechazar peticiones, expresar emociones negativas (desagrado, molestia, disgusto), afrontar expresiones negativas (desagrado, molestia, disgusto), expresar emociones positivas (satisfacción, alegría, orgullo, simpatía), recibir expresiones de emociones positivas, hacer críticas, afrontar críticas, señalar errores y afrontar de errores.

Aunque parece existir una amplia gama de habilidades sociales con las que debe contar un terapeuta, muchas de estas son similares entre sí y su número depende y varía en gran medida por la forma en que se categorizan. Las habilidades que despliega un terapeuta se pueden adecuar a las diversas categorías propuestas por el modelo cognitivo-conductual y sus autores, sin embargo, debe considerarse que estos comportamientos socialmente habilidosos son dependientes del contexto terapéutico y de la situación específica de la consulta clínica.

# CAPÍTULO III

## EVALUACIÓN DE LAS HABILIDADES SOCIALES

---

---

Existe una gran variedad de instrumentos que tienen el objetivo de evaluar la asertividad o las habilidades sociales, sin embargo, muchas de estas escalas presenta serias deficiencias psicométricas (Caballo, 2007), por ello, la evaluación de las habilidades sociales se utiliza diferentes procesos combinados (Inventarios, cuestionarios, auto informes y observación de terceros) que brindan una mayor cantidad de información y disminuyen la probabilidad de error.

A pesar de sus deficiencias, los instrumentos de medición como las escalas o inventarios han sido utilizados ampliamente en diversas áreas de la psicología clínica y la psicología social, ayudando a la creación de diversos programas de entrenamiento en H.S.

### **3.1 Instrumentos de evaluación de las habilidades sociales**

Martín (2010) menciona que las medidas de habilidad social, como se le conocen a los instrumentos que evalúan las H.S., son aquellas escalas e inventarios que tienen por objetivo recoger la frecuencia con que se realiza una determinada conducta social. Este autor menciona que dichas herramientas también pueden presentar diferentes formas de medir las H.S., como al relacionar el grado de malestar que provocan una situación y la capacidad para enfrentarse a dicho evento, las cuales, en conjunto, pueden expresar que tan hábil socialmente es una persona.

Comúnmente, la evaluación de las habilidades sociales se realiza por medio de entrevistas, instrumentos de autoinforme (cuestionarios, inventarios y escalas), informes de terceros,

autoobservaciones y registros u observaciones de expertos en situaciones reales (Días, Ruiz & Villalobos, 2012), siendo los autoinformes los que tienen mayor uso tanto en la práctica profesional como en la investigación.

Caballo (2007), hace una recopilación de los instrumentos más utilizados en la investigación como: el Cuestionario de Asertividad de Wolpe & Lazarus (1966), el Inventario de Resolución de Conflictos (McFall & Lillesand, 1971), El Inventario de Asertividad de Rathus (1973), la Escala de Autoexpresión para Adultos de Hollandsworth & Galassi, (1975), el Inventario de Aserción de Gambrill & Richey (1975), la Escala Inventario de la Actuación Social de Lowe & Cautela (1978), y la Escala Multidimensional de Expresión Social. Parte Motora (EMES-M, Caballo 1979).

Castaños et al., (2011) realizaron una revisión de los inventarios antes citados y encontraron que muchos de ellos carecen de validez y confiabilidad. Por ejemplo, en cuanto a la validez y confiabilidad de la Escala de Asertividad de Wolpe & Lazarus (1966), el Inventario de Asertividad de Gambrill & Richey (1975), la Escala de Autoexpresión para Adultos de Galassi et al. (1975), la Escala de Asertividad de Rathus (1973) y el Inventario de Resolución de Conflictos de McFall & Lillesand (1971); se encontró que estos autores no reportaron normas o información sobre el proceso de validación de estas escalas así como tampoco se reportó información posterior acerca de la validez y confiabilidad de estas herramientas, por lo tanto, concluyeron que el uso clínico de estos instrumentos debería ser limitado.

Finalmente, a pesar del avance en el tema de la evaluación de las H.S. y la gran diversidad de herramientas creadas para tal propósito, estas deben ser revisadas, adaptadas y validadas para obtener mediciones válidas y confiables.

### **3.2 Instrumentos de evaluación de las habilidades sociales en terapeutas**

En el terreno de las habilidades sociales de los terapeutas, existen pocos instrumentos de evaluación que contemplen las características particulares de los terapeutas conductuales y las situaciones profesionales en el área clínica a las que se enfrentan, en este contexto, es importante desarrollar instrumentos específicos que valoraren la competencia de las habilidades sociales de los terapeutas y el contexto, como el instrumento de evaluación de habilidades para terapeutas de Callaghan (2001), (citado en Barraca, 2009) y la Escala de Habilidades Asertivas para Terapeutas Cognitivo Conductuales (Landa et al., 2015).

Al evaluar las habilidades sociales de los terapeutas noveles, por ejemplo, se combinan una serie de inventarios y escalas de evaluación que no evalúan propiamente las habilidades del terapeuta en un contexto clínico, sino que, como lo mencionan Landa, García & Duran (2015), muchos de estos inventarios consideran situaciones comunes o se constituyen reactivos genéricos del comportamiento socialmente habilidoso, lo que conlleva a que los resultados que se reportan se refieran qué tan hábiles sociales resultaron los terapeutas en contextos completamente distintos, y se asume que dichas habilidades se reflejaran de la misma forma en la práctica clínica. Ante dicho problema, Lestussi, Freytes, López & Olaz, (citado en Del Prette & Del Prette, 2000), han adaptado instrumentos, como el inventario de Habilidades Sociales (IHS), al contexto de la práctica clínica, como parte de su investigación, con la finalidad de tener datos más específicos de las habilidades de los estudiantes de psicología. Contextualizar, adaptar o crear más instrumentos, podría, teóricamente, poner en contacto al terapeuta con una situación común que sucede en el área de la psicología clínica, la cual le demanda comportamientos sociales concretos, lo que permitiría comprender la forma en que el sujeto resuelve las situaciones, para posteriormente, ser entrenado en maneras más eficaces de hacerlo.

## CAPÍTULO IV

# PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

---

---

Las habilidades sociales (H.S.) son una herramienta de vital importancia en el ámbito profesional. Los psicólogos, como expertos del área de la salud, necesitan desarrollar un amplio repertorio de competencias profesionales, entre las que se encuentran las habilidades de interacción social.

Vargas et al., (2011) afirman que las habilidades sociales que emplea el psicólogo durante el proceso terapéutico son de vital importancia, Branson, Shafran & Myles, (2015) reportan que estas habilidades son específicas, dependientes del contexto de la terapia y esenciales para obtener una mejor adherencia al tratamiento.

Congruente a éste planteamiento, durante muchos años se han desarrollado programas de evaluación y entrenamiento en habilidades sociales para terapeutas en el área clínica, cómo el programa de desarrollo de habilidades sociales para terapeutas creado por la Universidad de Montreal, Montreal, Canadá (Bouchard, Wright, Mathieu, Lalonde, Bergeron, & Toupin,1980); El Programa de Desarrollo Interpersonal Profesional (PRODIP) para terapeutas en Brasil (Del Prette, Del Prette y Mendes, 1999); el Programa de Entrenamiento en Habilidades Sociales para Estudiantes de Psicología de una Universidad Privada de Bogotá (Villa, 2009); El programa de Entrenamiento en Habilidades Interpersonales para Terapeutas realizado por la UNAM en la FES Iztacala, México (Vargas et al., 2011).

Los programas que se generan para desarrollar habilidades sociales en terapeutas, utilizan inventarios, herramientas o cuestionarios para evaluar diversas habilidades sociales en diversos

escenarios (Bouchard, Wright, Mathieu, Lalonde, Bergeron, & Toupin, 1980; Bueno, Durán y Garrido, 2012; Brown, Craske, Glenn, Murray, Greer, Sherbourne, Bystritsky, Stacy, Welch, Long, Roy-Byrner & Rose, 2013; Branson, Shafran, & Myles, 2015; Branson & Shafran; 2015) que no se relacionan con el área de la psicología clínica. Los investigadores ajustan los resultados que obtienen de sus evaluaciones, con aquellas habilidades sociales y asertivas que, teóricamente, necesita un terapeuta (Villa, 2009; Bueno, Durán & Garrido, 2012; Sazak, Sucuoglu, 2013;), esto genera un problema metodológico en la investigación debido a que no corresponden completamente con las habilidades que un terapeuta expresa en un contexto particular cómo lo es la terapia clínica.

Debido a la necesidad de crear inventarios que evalúen específicamente las competencias sociales en los terapeutas, Landa et al., en el 2015, crearon la Escala de Habilidades Asertivas Para Terapeutas Cognitivo Conductuales, con la finalidad de obtener un instrumento fiable que facilitara la evaluación de las habilidades sociales de los terapeutas noveles en el contexto de la terapia clínica cognitivo-conductual de la carrera de Psicología de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, perteneciente a la Universidad Nacional Autónoma de México.

La escala reportó la validez de contenido por jueces expertos, se analizó a través del coeficiente de correlación intraclase con un índice de (ICC= 0.83), y el análisis de fiabilidad con un coeficiente Alfa de Cronbach de 0.89, sin embargo, a pesar de haber obtenido resultados aceptables en la fiabilidad y la validez de contenido, los autores no señalaron ningún procedimiento estadístico para evaluar la validez de constructo de la escala, lo que sugiere que la escala se encuentra parcialmente terminada.

El propósito de esta investigación es validar la “Escala de Habilidades Asertivas Para Terapeutas Cognitivo Conductuales de Landa, García y Serrano, (2015); en una muestra de terapeutas noveles de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza.

# CAPÍTULO V

## JUSTIFICACIÓN

---

---

En la psicología, la producción científica de muchas áreas está relacionada con la posibilidad de contar con instrumentos de evaluación para los constructos estudiados. En ese sentido, la realización de investigaciones en el área de las H.S. depende en gran medida de la disponibilidad de técnicas de evaluación (Morán y Olaz, 2014).

Del Prette y Del Prette (1999) plantean la importancia de disponer de técnicas de evaluación de las H.S. tanto para la investigación como para el ejercicio profesional, ya que son necesarios para la evaluación de las intervenciones utilizadas para el entrenamiento de estas habilidades.

De acuerdo con Caballo (1993), pocos constructos en el campo de la terapia conductual presentan tantos instrumentos, inventarios, escalas, etc. de evaluación como las H.S. ya que constantemente aparecen nuevas formas de evaluación para este rubro.

Caballo (2007) realizó una recopilación de los instrumentos más utilizados en diferentes investigaciones alrededor del mundo y encontró que muchos de los instrumentos no están adecuadamente validados o adaptados al contexto en el cual se utilizan.

Por su parte, Morán y Olaz (2014) realizan un análisis bibliométrico con diversos instrumentos de evaluación de habilidades sociales creados o adaptados en América Latina. Sus hallazgos indican que, en los últimos 27 años, se han creado, adaptado y publicado 37 instrumentos en América Latina, estos inventarios evalúan principalmente las H.S, la asertividad, o la

competencia social, en población infantil, en estudiantes universitarios de diversas carreras y en adolescentes, sin embargo, sólo cinco de estos estudios pertenecen a México.

En cuanto a la población universitaria, Landa et al., (2015) reportan que la mayoría de los instrumentos utilizados en diversas investigaciones, se encuentran constituidos por reactivos genéricos del comportamiento asertivo o de las habilidades sociales. De manera que los resultados se reportan en términos de que tan hábiles sociales resultaron los estudiantes, pero no reportan cual fue su respuesta, es decir, que hicieron en lugar de lo que se esperaba que hicieran.

Castaños et al, (2011), realizaron un estudio de adaptación del inventario de Gambriell & Richey, en el cual describieron las propiedades psicométricas de los inventarios y la escalas de H.S. más utilizadas en investigaciones con población mexicana, los resultados indicaron que la mayoría de los instrumentos presentaban problemas de validación, principalmente en la forma en que se realizó la validación de constructo.

Finalmente, García (2015), describe que la carrera de psicología, es una de las que presenta mayor demanda en la UNAM, específicamente en la FES Zaragoza, este autor reporta que entre 2012-2013 el total de alumnos de psicología fue de 2429 alumnos de los cuales solo 407 alumnos concluyeron el cien por ciento de los créditos, resultados que el autor relaciona con el informe sobre Salud Mental, el cual describe que hay una tasa de 1 psicólogo por cada 100,000 mil habitantes en ciudades conurbadas y explica que la oferta de psicólogos es mucho menor que la demanda, lo que crea la necesidad de formar profesionales con mayores y mejores herramientas de intervención en el ámbito clínico y de la salud.

La adaptación de este instrumento pretende apoyar a la evaluación de las H.S. en terapeutas noveles. Además, se plantea que esta escala ayude en la evaluación de programas cada vez más

eficaces que planteen planificar, desarrollar, y enseñar las H.S. específicas que se requieren en el contexto de la terapia del modelo cognitivo-conductual.

Este trabajo pretende reducir la necesidad de utilizar instrumentos válidos y confiables que permitan evaluar las habilidades sociales específicas que emiten los terapeutas noveles dentro del contexto de la terapia clínica, como lo indica Caballo (2007), Martín (2010) y Castaños et al., (2011) y se espera que las situaciones que se plantean en el instrumento permitan describir las habilidades que se pueden emitir ante una situación particular en el ámbito clínico y sean cada vez más congruentes, con aquellas con las que se enfrentan los terapeutas conductuales.

# CAPÍTULO VI

## MÉTODO

---

### 6.1 Objetivo General

El propósito de este estudio fue obtener una adaptación de la “Escala de Habilidades Asertivas para Terapeutas” (Landa, García y Serrano, 2015), y determinar la validez y confiabilidad de esta escala en estudiantes de la carrera de Psicología del área Clínica y de la Salud de la FES Zaragoza.

#### 6.1.1 Objetivos Específicos

- Examinar la validez de contenido y constructo de escala adaptada de Habilidades Asertivas para Terapeutas Cognitivo Conductuales.
- Examinar la confiabilidad de la escala adaptada de Habilidades Asertivas para Terapeutas Cognitivo Conductuales.

### 6.2 Tipo de estudio.

Instrumental, este estudio consiste en el desarrollo o adaptación de escalas, inventarios o instrumentos, el cual incluye la obtención de las propiedades psicométricas de los mismos, en una muestra específica (Hernández, Fernández y Baptista, 2006).

### 6.3 Definición de variables

Asertividad o habilidades sociales en terapeutas-

### **6.3.1 Definición conceptual**

Se utilizó la definición de Ibáñez et al. (2011) quienes proponen concebir a la habilidad social o asertividad como un *” comportamiento socialmente responsable, es decir, como un conjunto de comportamientos desplegados por un individuo en un contexto interpersonal, que expresan sus sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos, de una manera apropiada a la situación, respetando estas conductas en los demás”*.

### **6.3.2 Definición operacional**

Puntaje obtenido en la Escala de Habilidades Asertivas para Terapeutas Cognitivo Conductuales (Landa, García y Serrano, 2015).

## **6.4 Procedimiento**

La investigación se realizó en 3 fases.

Fase 1: Consistió en la aplicación y obtención de la validez de constructo de la escala original propuesta por Landa et al. (2015). Con base en los resultados obtenidos, se realizó la propuesta de adaptación de la escala.

Fase 2: Para esta fase, se obtuvo la validez de contenido del instrumento por medio de la validación por expertos.

Fase 3: En la tercera fase, se obtuvieron las propiedades psicométricas del instrumento adaptado.

## **6.6 Fase 1: Validez de constructo de la escala original.**

### **6.6.1 Participantes.**

Participaron 259 estudiantes de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, la Facultad de Estudios Superiores Iztacala y la Facultad de Psicología de la UNAM.

Los alumnos fueron elegidos de manera no probabilística,

### **6.6.2 Criterios de inclusión**

Estudiantes de la carrera de psicología de la FES Zaragoza: Cursar el 3er, 5to, 7mo y 8vo semestre del área de psicología clínica y de la salud.

Estudiantes de otras facultades (Iztacala y C.U.): Cursar un semestre o año similar al área clínica.

### **6.6.3 Los criterios de exclusión**

No aceptar participar en la aplicación.

### **6.6.4 Instrumento.**

Se utilizó la “Escala de Habilidades Asertivas Para Terapeutas Cognitivo Conductuales”, desarrollada por Landa, García y Serrano (2015), la cual evalúa las habilidades asertivas o sociales de los terapeutas noveles en el contexto de la terapia cognitivo conductual.

El instrumento se estructuró con 14 áreas de contenido, basadas en los 14 *derechos asertivos* propuestos por Caballo (2007), descritos en la Tabla 1.

La escala se constituyó por 28 ítems y 2 sub-escalas relacionadas con cada reactivo. Del lado izquierdo de cada reactivo se encontraba la sub-escala “Grado de Malestar” que hacía referencia

al grado de malestar que podría provocarle al participante la situación que se plantea en cada reactivo y, de lado derecho, la escala de Probabilidad de Respuesta, la cual medía la probabilidad con la que el sujeto se comportaría ante la situación planteada en cada ítem.

El formato de respuesta para cada escala fue de tipo Likert con 5 categorías. Para el Grado de Malestar: 1) Ninguno, 2) Un poco, 3) Bastante, 4) Mucho y 5) Muchísimo, y el formato de respuesta para la Probabilidad de Respuesta: 1) Siempre lo hago, 2) Habitualmente lo hago, 3) Unas veces sí y otras veces no, 4) Raramente lo hago y 5) Nunca lo hago.

**Tabla 1**

*Áreas de contenido del instrumento desarrollado por Landa, García y Serrano (2015)*

<b>Áreas de contenido</b>		
1. Iniciar conversaciones	6. Expresar emociones negativas	11. Hacer peticiones
2. Finalizar conversaciones	7. Afrontar expresiones negativas	12. Rechazar peticiones
3. Hacer cumplidos	8. Expresar emociones positivas	13. Hacer críticas
4. Recibir cumplidos	9. Recibir expresiones de emociones positivas	14. Afrontar críticas
5. Señalar errores	10. Afrontar errores	

Los autores reportaron la validez de contenido del instrumento original, llevada a cabo por medio del procedimiento de juicio de expertos, con la participación de 10 terapeutas expertos en el área de la terapia cognitivo conductual. La muestra se conformó de cinco jueces del sexo femenino y cinco del sexo masculino, teniendo como resultado un coeficiente de correlación intraclase de (ICC= 0.83), además, se presentó el resultado del análisis de fiabilidad, con un coeficiente Alpha de Cronbach de ( $\alpha= 0.89$ ).

No se reportó la validez de constructo de ninguna subescala, tampoco se explicó que reactivos pertenecían a cada factor.

### **6.6.5 Procedimiento.**

La aplicación del instrumento se efectuó de forma grupal en horarios de clase, con la autorización previa de los docentes.

Un investigador capacitado en la aplicación del instrumento explicó a los estudiantes de cada grupo el propósito de obtener datos académicos referentes a la carrera de psicología, razón por la cual se les solicitó su participación voluntaria de carácter anónimo y confidencial, precisando que los resultados obtenidos, no tendrían efecto sobre su calificación en la asignatura en curso, aquellos que aceptaron participar respondieron el instrumento de forma individual, con un tiempo aproximado de 25 a 40 minutos.

Una vez capturados los datos, se aplicó un análisis de frecuencia de la muestra, análisis de reactivos, análisis factorial exploratorio (AFE) para ambas escalas y análisis de confiabilidad interna Alpha de Cronbach para ambas escalas.

Los datos se analizaron con el paquete estadístico SPSS (22).

## **6.7 Fase 2: validez de contenido del instrumento (validación por expertos)**

### **6.7.1 Participantes.**

Seis jueces participaron en la evaluación del instrumento modificado. Los criterios de inclusión para el panel de expertos fueron: Tener experticia en el tema de habilidades sociales, tener experiencia en el área clínica y haber participado previamente en el desarrollo y validación de instrumentos, escalas o inventarios. Los criterios de exclusión fueron: decidir no ser parte del equipo de jueceo para el instrumento.

### **6.7.2 Instrumento.**

Para la evaluación de los reactivos de la escala de H.S., se utilizó la escala propuesta por Escobar & Cuervo (2008), la cual evalúa cuatro categorías para cada ítem, como: Suficiencia (indica que los ítems que pertenecen a una misma dimensión bastan para obtener la medición de ésta), Claridad (Indica que la semántica y la sintáctica son adecuadas), Coherencia (Sugiere que el ítem tiene relación lógica con la dimensión o indicador que está midiendo) y Relevancia (la cual muestra si el reactivo es esencial o importante y, por lo tanto, debe ser incluido).

Cada categoría se califica con una escala tipo Likert con valores que van de 1 a 4 (1. No cumple con el criterio, 2. Bajo Nivel, 3. Moderado nivel, 4. Alto nivel).

Se anexaron al instrumento, las dimensiones propuestas con su definición teórica.

### **6.7.3 Procedimiento.**

Se envió, a cada juez, un formato de evaluación de todos los reactivos basado en el instrumento de Escobar y Cuervo (2008). Los jueces evaluaron cada reactivo de acuerdo a las categorías propuestas, posteriormente, definieron si el reactivo pertenecía a una de las dimensiones y finalmente vertían sus propuestas de mejora o eliminación.

Una vez obtenidas las calificaciones, se procedió a medir el grado de acuerdo de los jueces para cada categoría (coeficiente de correlación intraclase, ICC), después se analizaron las propuestas hechas por los jueces para cada reactivo. Un reactivo era eliminado si presentaba bajas calificaciones en dos o más categorías y si los jueces concordaban en eliminarlo de la escala.

## ***6.8 Fase 3: Obtención de las propiedades psicométricas del instrumento adaptado.***

### **6.8.1 Participantes.**

Participaron 226 estudiantes de la carrera de Psicología de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza de la UNAM.

### **6.8.2 Criterios de inclusión**

Estudiantes de la carrera de psicología de la FES Zaragoza que cursaran el 3er, 5to, 7mo y 8vo semestre del área de psicología clínica y de la salud.

### **6.8.3 Los criterios de exclusión**

No aceptar participar en la aplicación.

### **6.8.4 Instrumento.**

Se utilizó la propuesta modificada de la Escala de Habilidades Asertivas Para Terapeutas Cognitivo Conductuales. El instrumento se adaptó con 27 ítems, se obtuvo una reducción de las áreas de contenido de la escala y se modificó la redacción de los reactivos.

Se mantuvo la estructura original de la escala, del lado izquierdo de cada reactivo se encontraba la subescala de “Grado de Malestar” y de lado derecho la de “Probabilidad de Respuesta”. El formato de respuesta fue de tipo Likert, para el Grado de Malestar: 1) Ninguno, 2) Un poco, 3) Bastante, 4) Mucho y 5) Muchísimo y para la Probabilidad de Respuesta: 1) Siempre lo hago, 2) Habitualmente lo hago, 3) Unas veces sí y otras veces no, 4) Raramente lo hago y 5) Nunca lo hago.

### **6.8.5 Procedimiento.**

La aplicación del instrumento se efectuó de forma grupal en horarios de clase, con la autorización previa de los docentes. Un investigador capacitado en la aplicación del instrumento explicó a los estudiantes de cada grupo el propósito de obtener datos académicos referentes a la carrera de psicología, razón por la cual se les solicitó su participación voluntaria de carácter anónimo y confidencial, precisando que los resultados obtenidos, no tendrían efecto sobre su calificación en la asignatura en curso, aquellos que aceptaron participar respondieron el instrumento de forma individual, con un tiempo aproximado de 25 a 40 minutos.

### **6.8.6 Análisis estadísticos**

Una vez capturados los datos con el paquete estadístico SPSS (22), se procedió a realizar los siguientes análisis:

Se realizaron estadísticos descriptivos de la muestra para obtener las características generales de la misma (variables sociodemográficas) y de los reactivos que conformaron la escala.

Para obtener el análisis de los reactivos, se estudió la distribución de la muestra y se realizó un análisis de discriminación por medio de pruebas (no paramétricas) de comparación de dos muestras independientes y correlación ítem-prueba total. En cuanto al análisis de discriminación, con base en la suma total de las respuestas, se obtuvieron las puntuaciones del percentil más bajo (25) y el más alto (75) de dicha suma, con el objetivo de establecer dos grupos de desempeño (bajo y alto). Con cada reactivo se realizó una comparación de medias entre los dos grupos, utilizando la prueba U de Mann Whitney. Se conservaron aquellos reactivos con diferencias significativas ( $p < .05$ ) entre ambos grupos. En el caso de la correlación de los reactivos, se conservaron aquellos ítems que tuvieran una correlación superior a 0.2 e inferior a 0.8.

La validez de constructo se obtuvo mediante un análisis factorial exploratorio (AFE) de componentes principales. Se evaluó la medida de adecuación muestral KMO (Kaiser-Meyer-Olkin) y la prueba de sfericidad de Barlett para determinar la pertinencia del modelo factorial y se utilizó rotación Varimax con 6 factores a extraer, posteriormente se realizó una elección de los reactivos con valores Eigen mayores a .40.

La obtención consistencia interna de cada factor y la subescala GM se calculó de acuerdo a la prueba Alfa de Cronbach. En esta prueba, los valores superiores a .70 se consideran aceptables.

# CAPÍTULO VII

## RESULTADOS

---

### *7.1 Resultados de la Fase 1: Validez de constructo de la escala original.*

Se aplicó la Escala de Habilidades Asertivas para Terapeutas Cognitivo Conductuales a una muestra de 259 alumnos y egresados de la carrera de Psicología, de entre 19 a 28 años ( $\bar{x}$  = 21, D.E. = 2.01), de los cuales, el 68.3% (n=177) provenían de la FES Zaragoza, el 22% (n=57) de la FES Iztacala y 9.7 % (n= 25) de la Facultad de Psicología. El 63.7 % (n= 165) de los participantes pertenecían al sexo femenino.

#### **7.1.1 Análisis de los reactivos**

Se realizaron los análisis de discriminación de reactivos por medio de pruebas de comparación de dos muestras independientes (t de Student) y correlación ítem-prueba total. Para la comparación, tomando a la mediana como criterio, se dividió a la muestra en dos grupos: Puntajes altos y bajos. Se conservaron aquellos reactivos con diferencias significativas ( $p < .05$ ) entre ambos grupos. En el caso de las correlaciones, se conservaron aquellos reactivos que tuvieran una correlación superior a 0.2 e inferior a 0.8, además de ser significativos.

Los 28 reactivos que conformaron la escala mostraron obtener diferencias significativas en la prueba, y correlaciones superiores a 0.2, por lo que se decidió continuar con el proceso de análisis factorial exploratorio.

### **7.1.2 Análisis Factorial Exploratorio de la escala.**

Se realizó el análisis factorial exploratorio (AFE) al considerar la pertinencia del mismo con la medida de adecuación muestral Kaiser-Meyer-Olkin, la cual obtuvo el valor de  $KMO = 0.869$ , los resultados indicaron la presencia de 5 factores y 7 indicadores que explican el 81.946% de la varianza total.

### **7.1.3 Análisis de consistencia interna de la escala original**

La confiabilidad total de la escala se obtuvo mediante el alfa ( $\alpha$ ) de Cronbach, los resultados mostraron una consistencia interna de ( $\alpha=.906$ ), lo que fue consistente con la reportada por Landa et al. (2015).

Los resultados obtenidos confirmaron una buena fiabilidad para la escala de GM, sin embargo, en cuanto a la validez de constructo, los factores obtenidos no reflejaron fielmente la propuesta de Landa et al., (2015), quienes reportaron la presencia de 14 dimensiones, es decir, los resultados indicaron una inconsistencia entre la agrupación de los reactivos y la teoría.

Estas diferencias apuntaron a realizar una nueva revisión teórica que se ajustara mejor al objetivo del instrumento. También se procedió a mejorar la redacción de cada reactivo, para lograr que estos fueran más claros y congruentes con las situaciones que se presentan en la práctica clínica, con la interacción con el usuario y las respuestas conductuales del terapeuta, y finalmente, se propuso un ajuste en el número de factores en la escala.

## 7.2 Fase 2: Valides de contenido (Validación por jueces).

Con base en los resultados obtenidos en la Fase 1, se realizó una adaptación de la escala original, la cual fue sometida al escrutinio de los jueces. De acuerdo a la validación, los expertos indicaron que un ítem debía cambiar de factor, además, se sugirió la eliminación de un reactivo y se recomendó realizar modificaciones en la redacción de los 27 restantes.

Para medir el grado de acuerdo entre los jueces, se utilizó el Coeficiente de Correlación Intraclase (ICC) para las 4 categorías evaluadas, como lo muestra la Tabla 1, el cual indicó un promedio general de acuerdo de 0.959, es decir, existió, entre los expertos, un grado de acuerdo casi perfecto en las observaciones realizadas a la escala.

**Tabla 1**

*Resultado de la media y la prueba Coeficiente de Correlación Intraclase*

Categorías	Media	Correlación Intraclase	Valor	Sig.
Suficiencia	3.593	.967	30.727	.000
Claridad	3.683	.978	46.063	.000
Coherencia	3.659	.951	20.216	.000
Relevancia	3.675	.942	17.347	.000

La adaptación de la escala se constituyó con 27 reactivos, clasificados en seis áreas de contenido. Conforme a los resultados, se decidió modificar la redacción de estos con ayuda de una profesional lingüista, con el objetivo de dar coherencia a la escala.

La inclusión de los ítems a la escala adaptada se realizó de acuerdo a tres criterios: la recomendación por parte de los jueces de utilizar el reactivo, la media de acuerdo entre los jueces para cada categoría del mismo y los resultados de la prueba de Coeficiente de Correlación Intraclase. Los reactivos finales se muestran en la Tabla 2.

**Tabla 2**

*Propuesta de los reactivos corregidos y analizados para la escala GM y para la escala PR*

<b>Reactivos Finales</b>
1. Saludar, presentarse, comenzar con una charla informal, explicar los objetivos de la terapia y ayudar al usuario a expresarse tras iniciar la entrevista clínica.
2. Mostrar empatía cuando el usuario llora.
3. Amonestar al usuario cuando rompe el acuerdo previo acerca de no utilizar el celular durante la sesión.
4. Confrontar al usuario cuando la información proporcionada es contradictoria o inconsistente.
5. Requerir al usuario que no utilice un lenguaje ofensivo para referirse a las personas con las que tiene problemas.
6. Hablar abiertamente con el usuario cuando manifiesta desconfianza en tu capacidad para ayudarlo.
7. Rechazar actitudes de coqueteo por parte del usuario.
8. Rechazar preguntas personales inapropiadas por parte del usuario.
9. Expresar desacuerdo cuando el usuario se comporta inapropiadamente durante la sesión terapéutica, por ejemplo: cuando fuma, cuando tira basura o come.
10. Expresar desacuerdo cuando el usuario se altera porque lo has confrontado o contradicho.
11. Expresar molestia cuando el usuario utiliza un lenguaje ofensivo durante la sesión.
12. Discrepar con el usuario y manifestarle un desacuerdo.
13. Aceptar el posible deseo del usuario de abandonar la terapia.
14. Rechazar la petición de información al usuario, acerca de otras personas involucradas en el problema, para mantener la confidencialidad.
15. Amonestar al usuario cuando rompe el acuerdo previo sobre faltar a la sesión sin previo aviso.
16. Asumir las expresiones de descontento, por parte del usuario, con la forma de llevar la terapia.
17. Amonestar al usuario, cuando rompe el acuerdo previo, por llegar tarde a la sesión de manera reiterada.
18. Finalizar la conversación cuando al término de la sesión el usuario insiste en seguir hablando.
19. Expresar una opinión que difiere de la del usuario.
20. Felicitar al usuario por cumplir con las tareas que ayudan al proceso terapéutico.
21. Elogiar al usuario por los cambios logrados durante la terapia.
22. Agradecer al usuario los comentarios positivos que haga hacia tu trabajo como terapeuta.
23. Pedir mayor información al usuario cuando no entendiste un tema de su conversación.
24. Interrumpir al usuario cuando habla demasiado sin proporcionar información pertinente.
25. Regresar al tema principal de la conversación cuando ésta se ha salido de contexto.
26. Amonestar al usuario por no cumplir con las tareas acordadas durante el proceso terapéutico.
27. Finalizar la sesión, rescatar los elementos más importantes de la consulta y despedirse del usuario.

### 7.3 Fase 3: Propiedades psicométricas del instrumento adaptado

Se aplicó la adaptación de la “Escala de Habilidades Asertivas para Terapeutas Cognitivo Conductuales” con 27 reactivos a un total de 226 estudiantes de la carrera de Psicología de la FES Zaragoza, de entre 19 y 25 años ( $\bar{x}= 21$ , D.e. = 2.31), de los cuales el 69.4 % (n= 157) pertenecen al sexo femenino, y una media de ( $\bar{x}=3$ . D.e 3.1) pacientes atendidos.

La tabla 3 describe la distribución de la población de acuerdo al semestre y a la preferencia teórica (PT) entre los estudiantes.

**Tabla 3**

*Distribución de la población de acuerdo al semestre y a la Preferencia Teórica (PT)*

Semestre	Frecuencia	Porcentaje (%)
Tercero	44	19.5
Quinto	63	27.9
Séptimo	69	30.5
Octavo	50	22.1
Total	226	100
PT	Frecuencia	Porcentaje (%)
Sistémico	24	10.6
Humanista	11	4.9
*C-C, CG, C	67	29.6
Otros	19	8.4
Ecléctico	6	2.7
Neuropsicología	1	.4
Ninguno	98	43.4
Total	226	100

Nota: \*Las siglas denominan el modelo Cognitivo-Conductual (C-C)  
El modelo Cognitivo (CG) y el modelo Conductual (C).

#### 7.3.1 Análisis de los reactivos

De acuerdo al número de participantes, se realizó una prueba normalidad (Kolmogorov-Smirnov), con la finalidad de contrastar la hipótesis nula de que la distribución de nuestra variable se ajustaba a una distribución normal, la cual indicó el rechazo de dicha hipótesis, por lo que se decidió utilizar la estadística no paramétrica para la realizar el análisis de los reactivos.

Se realizaron los análisis de discriminación de reactivos por medio de pruebas de comparación de dos muestras independientes (U de Mann-Whitney) y correlación ítem-prueba total. Para la comparación, tomando a la mediana como criterio, se dividió a la muestra en dos grupos: Puntajes altos y bajos. Se conservaron aquellos reactivos con diferencias significativas ( $p < .05$ ) entre ambos grupos. Los resultados obtenidos a partir del análisis de discriminación de los reactivos, media y desviación estándar, se muestran en la Tabla 4. En el caso de las correlaciones, se conservaron aquellos reactivos que tuvieran una correlación superior a .02 e inferior a 0.8, además de ser significativos.

**Tabla 4**

*Poder discriminativo de cada reactivo del inventario*

Numero de reactivo	Grupo Bajo	Grupo Alto	U de Mann Whitney
	M (DE)	M (DE)	
1	.27 (.443)	1.27 (.442)	.000*
2	.84 (1.07)	1.49 (.501)	.000*
3	1.40 (.498)	2.77 (1.21)	.000*
4	1.56 (.497)	2.362 (1.24)	.000*
5	1.01 (1.16)	1.39 (.698)	.000*
6	1.38 (.000)	1.57 (.767)	.000*
7	1.47 (.000)	2.99 (1.139)	.000*
8	1.55 (.000)	2.76 (.491)	.000*
9	1.51 (.500)	1.98 (.490)	.000*
10	1.50 (.000)	2.57 (.418)	.000*
11	1.40 (.000)	2.57 (.491)	.000*
12	1.15 (.000)	1.99 (.664)	.000*
13	1.45 (.000)	2.14 (.739)	.000*
14	1.10 (.000)	1.40 (.808)	.000*
15	1.47 (.502)	1.90 (.492)	.000*
16	1.57 (.000)	2.40 (.771)	.000*
17	1.45 (.501)	1.85 (.490)	.000*
18	1.44 (.000)	1.57 (.767)	.000*
19	.88 (.000)	1.37 (.548)	.000*
20	1.17 (.000)	1.39 (1.141)	.000*
21	1.17 (.000)	1.39 (1.067)	.000*
22	1.18 (.000)	1.37 (1.048)	.000*
23	.58 (.000)	1.33 (.913)	.000*
24	1.49 (.000)	2.19 (.696)	.000*
25	1.41 (.000)	2.03 (.702)	.000*
26	1.51 (.000)	1.62 (.746)	.000*
27	.41 (.000)	1.17 (1.067)	.000*

Nota: \* Todos los reactivos presentaron valores significativos ( $p \leq .05$ )

De acuerdo a los criterios de análisis previamente descritos, se decidió conservar todos los reactivos ya que presentaron diferencias estadísticamente significativas entre las medias y correlaciones significativas y superiores a .02, siendo el reactivo uno el que presentó la menor carga con .313 y los reactivos 15 y 26 los que presentaron las mayores cargas con .685.

### 7.3.2 Análisis Factorial Exploratorio para la Escala

Se llevó a cabo el análisis factorial exploratorio, tras considerar que los datos fueran adecuados, de acuerdo a la estimación de la medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) y la prueba de esfericidad de Bartlett, donde se obtuvieron valores adecuados (KMO= .856;  $\chi^2= 2246.610$ ;  $p=.000$ ).

Se seleccionaron los reactivos con cargas factoriales mayores o iguales a .40 y valores Eigen mayores a 1. Se eligieron 20 de los 27 reactivos que componen la escala, descritos en la Tabla 5. Los resultados indican que los seis factores extraídos justificaban el 70.631% de la varianza total.

**Tabla 5**

*Factores y reactivos finales que componen la subescala de Grado de Malestar*

Reactivos	Componentes					
	F1	F2	F3	F4	F5	F6
20.- Felicitar al usuario por cumplir con las tareas que ayudan al proceso terapéutico.	.886					
21.- Elogiar al usuario por los cambios logrados durante la terapia.	.924					
22.- Agradecer al usuario los comentarios positivos que haga hacia tu trabajo como terapeuta.	.890					
27. Finalizar la sesión, rescatar los elementos más importantes de la consulta y despedirse del usuario.	.685					
24. Interrumpir al usuario cuando habla demasiado sin proporcionar información pertinente.		.770				
25 Regresar al tema principal de la conversación cuando ésta se ha salido de contexto.		.757				
18. Finalizar la conversación cuando al término de la sesión el usuario insiste en seguir hablando.		.755				

*continua*

**Tabla 5***Factores y reactivos finales que componen la subescala de Grado de Malestar*

Reactivos	Componentes					
	F1	F2	F3	F4	F5	F6
7. Rechazar actitudes de coqueteo por parte del usuario.			.833			
8. Rechazar preguntas personales inapropiadas por parte del usuario.			.827			
11. Expresar molestia cuando el usuario utiliza un lenguaje ofensivo durante la sesión.			.574			
15. Amonestar al usuario cuando rompe el acuerdo previo sobre faltar a la sesión sin previo aviso.				.775		
17. Amonestar al usuario, cuando rompe el acuerdo previo, por llegar tarde a la sesión de manera reiterada.				.839		
26. Amonestar al usuario por no cumplir con las tareas acordadas durante el proceso terapéutico.				.660		
6. Hablar abiertamente con el usuario cuando manifiesta desconfianza en tu capacidad para ayudarlo.					.569	
13. Aceptar el posible deseo del usuario de abandonar la terapia.					.794	
14. Rechazar la petición de información al usuario, acerca de otras personas involucradas en el problema, para mantener la confidencialidad					.597	
16. Asumir las expresiones de descontento, por parte del usuario, con la forma de llevar la terapia.					.671	
3. Amonestar al usuario cuando rompe el acuerdo previo acerca de no utilizar el celular durante la sesión.						.466
4. Confrontar al usuario cuando la información proporcionada es contradictoria o inconsistente.						.684
5. Requerir al usuario que no utilice un lenguaje ofensivo para referirse a las personas con las que tiene problemas.						.766
% Varianza Explicada	15.9	11.9	11.3	11.3	10.5	9.4
Fiabilidad total	.893					

*Nota: F1. Dar retroalimentación positiva; F2. Dirigir una conversación; F3. Rechazar peticiones y expresar desacuerdos; F4. Dar retroalimentación negativa; F5. Afrontar críticas o peticiones. F6. Confrontación.*

Se decidió replantear la definición de los factores de acuerdo a los resultados del AFE:

**F1. Dar retroalimentación positiva:** Se refiere a la habilidad de felicitar, elogiar o reforzar de manera positiva al usuario, estos comportamientos ayudan al proceso terapéutico, ya que representan un tipo de reforzamiento positivo relacionado tanto con el proceso terapéutico como con los cambios logrados durante la terapia.

**F2. Dirigir una conversación:** Se refiere a la habilidad del terapeuta para dirigir la conversación del usuario durante la sesión, de manera que se rescate la información importante sobre el motivo de consulta, se evite la información innecesaria o bien se redirija la conversación hacia los objetivos de la sesión.

**F3. Manejar situaciones inapropiadas:** Se refiere a la habilidad para conducirse ante comportamientos inapropiados del usuario hacia el terapeuta como las actitudes de coqueteo, la solicitud de información personal, no relevante al terapeuta y el uso inapropiado del lenguaje por parte del usuario.

**F4. Dar retroalimentación negativa:** Se refiere a la habilidad de amonestar al usuario por la emisión de comportamientos inapropiados hacia el proceso terapéutico, como lo son, llegar tarde o faltar a la sesión sin previo aviso y de manera reiterada o no cumplir con las tareas acordadas en la sesión. Esta capacidad representa un tipo de reforzamiento negativo, el cual incrementa la probabilidad del usuario de obtener mayores beneficios en la terapia.

**F5. Afrontar críticas:** Hace referencia a la forma en que el terapeuta asume o afronta las expresiones de descontento, desconfianza y algunas peticiones, por parte del usuario, respecto a la forma de llevar la terapia o su posible deseo de no continuar con el proceso, de manera que el terapeuta evalúe dichas expresiones y con base en ello, modifique y mejore la intervención.

**F6. Confrontación:** Se refiere a la forma en que el terapeuta confronta al usuario cuando la información proporcionada es contradictoria e inconsistente o cuando emite conductas inconvenientes, como utilizar un lenguaje ofensivo o usar el celular durante la sesión.

### 7.3.3 Análisis de consistencia interna

Se realizó el análisis de confiabilidad de los 20 reactivos mediante el coeficiente Alfa de Crombach, los cuales obtuvieron valores aceptables por cada factor, presentados en la Tabla 6.

**Tabla 6**

*Áreas de contenido, reactivos y distribución de la consistencia interna de la escala de Habilidades Asertivas para Terapeutas Cognitivo Conductuales.*

Áreas de contenido	Número de ítems	Reactivos	Alfa ( $\alpha$ )
F1. Dar retroalimentación positiva.	4	20.- Felicitar al usuario por cumplir con las tareas que ayudan al proceso terapéutico. 21.- Elogiar al usuario por los cambios logrados durante la terapia. 22.- Agradecer al usuario los comentarios positivos que haga hacia tu trabajo como terapeuta. 27. Finalizar la sesión, rescatar los elementos más importantes de la consulta y despedirse del usuario.	.891
F2. Dirigir una conversación.	3	24. Interrumpir al usuario cuando habla demasiado sin proporcionar información pertinente. 25 Regresar al tema principal de la conversación cuando ésta se ha salido de contexto. 18. Finalizar la conversación cuando al término de la sesión el usuario insiste en seguir hablando.	.783
F3. Manejar una situación inapropiada.	3	7. Rechazar actitudes de coqueteo por parte del usuario. 8. Rechazar preguntas personales inapropiadas por parte del usuario. 11. Expresar molestia cuando el usuario utiliza un lenguaje ofensivo durante la sesión.	.768
F4. Dar retroalimentación negativa.	3	15. Amonestar al usuario cuando rompe el acuerdo previo sobre faltar a la sesión sin previo aviso. 17. Amonestar al usuario, cuando rompe el acuerdo previo, por llegar tarde a la sesión de manera reiterada. 26. Amonestar al usuario por no cumplir con las tareas acordadas durante el proceso terapéutico.	.827
F5. Afrontar críticas o peticiones.	4	6. Hablar abiertamente con el usuario cuando manifiesta desconfianza en tu capacidad para ayudarlo. 13. Aceptar el posible deseo del usuario de abandonar la terapia. 14. Rechazar la petición de información al usuario, acerca de otras personas involucradas en el problema, para mantener la confidencialidad. 16. Asumir las expresiones de descontento, por parte del usuario, con la forma de llevar la terapia.	.767
F6. Confrontación.	3	3. Amonestar al usuario cuando rompe el acuerdo previo acerca de no utilizar el celular durante la sesión. 4. Confrontar al usuario cuando la información proporcionada es contradictoria o inconsistente. 5. Requerir al usuario que no utilice un lenguaje ofensivo para referirse a las personas con las que tiene problemas.	.629

La Tabla 7 presenta la matriz de correlaciones entre las dimensiones del instrumento, la cual indica que los factores se correlacionan, sin embargo, en algunos casos, las correlaciones son poco significativas, como el factor 1, el cual correlaciona de mejor manera con el factor 2 pero presenta una relación baja con los demás factores.

**Tabla 7**

*Matriz de correlaciones (Spearman) entre las dimensiones de la escala.*

<b>Factores</b>	F1	F2	F3	F4	F5	F6
F1	1	.445**	.160*	.215**	.317**	.276**
F2		1	.289**	.526**	.543**	.429**
F3			1	.475**	.466**	.438**
F4				1	.634**	.514**
F5					1	.542**
F6						1

*Nota: Las correlaciones son significativa en el nivel \*\* $p < 0,01$  y \* $p < 0,05$*

La escala completa, comprende dos subescalas, una de tipo cognitivo (GM) y la otra de tipo conductual (PR), Landa, García y Serrano (2015), proponen comprenderlas como subescalas dependientes y relacionadas, por lo que los reactivos que componen a la subescala GM, también lo harán con PR, es decir, como lo proponen estos autores, el componente cognitivo (GM, la percepción y evaluación de la situación) y el conductual (PR, probabilidad de llevar a cabo una conducta ante dicha situación) están relacionados ya que la medición de ambos componentes nos permiten realizar una evaluación más completa del constructo de “habilidades sociales en terapeutas”.

La Tabla 8, muestra la distribución de la consistencia interna de las subescalas, Grado de Malestar y Probabilidad de respuesta de la escala de Habilidades Asertivas para Terapeutas Cognitivo Conductuales

**Tabla 8***Distribución de la consistencia interna de las subescalas GM y PR*

Áreas de contenido para las subescalas GM y PR	Alfa ( $\alpha$ ) para la subescala GM	Alfa ( $\alpha$ ) para la subescala PR
F1. Dar retroalimentación positiva.	.891	.855
F2. Dirigir una conversación.	.783	.712
F3. Manejar una situación inapropiada.	.768	.699
F4. Dar retroalimentación negativa.	.827	.814
F5. Afrontar críticas o peticiones.	.767	.723
F6. Confrontación.	.629	.617

A continuación, en la Tabla 9 se presentan las correlaciones obtenidas entre los factores que componen la subescala de GM y la subescala de PR. Las correlaciones son significativas en 5 factores, además, se encontraron relaciones negativas en el factor uno (Dar retroalimentación positiva) y el factor cinco (Afrontar críticas o peticiones), es decir, presentaron relaciones inversas.

**Tabla 9***Correlaciones entre los factores de las subescalas GM y PR*

	GM	F1	F2	F3	F4	F5	F6
<b>PR</b>							
<b>F1</b>		-.228**					
<b>F2</b>			.125**				
<b>F3</b>				.191**			
<b>F4</b>					.253**		
<b>F5</b>						-.033	
<b>F6</b>							.142**

*Nota: Las correlaciones son significativa en el nivel \*\* $p < 0,01$*

Cada reactivo evalúa, de acuerdo a las situaciones, el grado de malestar que provoca dicho evento en los estudiantes y la probabilidad de comportarse de manera asertiva, en ese sentido, los resultados de las puntuaciones del instrumento muestran que todas situaciones

propuestas en la escala producen un grado de malestar bajo, con una probabilidad de respuesta alta, además, en puntuaciones en las que fue mayor el grado de malestar, la probabilidad de hacerlo varió entre media y alta, Gambrill & Richey (1975) proponen una combinación de resultados para su escala, la cual es similar a la propuesta por Landa et al. (2015), en la que existen 4 formas distintas de agrupación de los sujetos: asertivos (bajo GM y alta PR), indiferentes (bajo GM y baja PR), actores ansiosos (alto GM y alta PR) y no asertivos (alto GM y bajo PR).

Los datos indican que la dimensión “Dar retroalimentación positiva”, es la que produce un menor grado de malestar y una mayor probabilidad de hacerlo, mientras que los factores “Manejar situaciones inapropiadas” y “confrontación”, producen un grado de malestar alto y una probabilidad de responder de manera asertiva que varía entre media y alta, mientras que en la escala de probabilidad de respuesta, el factor “dar retroalimentación negativa” presenta una menor probabilidad de responder, con un bajo grado de malestar.

# CAPÍTULO VIII

## DISCUSIÓN

---

---

Vargas et al., (2011). Proponen que las habilidades sociales que emplea el psicólogo durante el proceso terapéutico son de vital importancia ya que favorecen el proceso de mejora del usuario y ayuda a obtener una mayor adherencia al tratamiento. Por ello, la evaluación y posterior entrenamiento de estas habilidades en los terapeutas clínicos son de vital importancia, sin embargo, existe una cantidad muy limitada de instrumentos o manuales que evalúan las habilidades asertivas de los terapeutas en el contexto de la terapia.

El objetivo principal de esta investigación fue adaptar y determinar la validez y confiabilidad de la Escala de Habilidades Asertivas para Terapeutas Cognitivo Conductuales, en estudiantes de la carrera de Psicología del área clínica y de la salud de la FES Zaragoza. Ésta adaptación se apoyó en el instrumento creado por Landa, García y Serrano (2015), quienes, para la creación de esta escala, se basaron en los catorce principios asertivos propuestos por Caballo (2007), los cuales fueron relacionados con diversas situaciones pertenecientes al área clínica, las cuales fueron propuestas previamente, por un grupo de expertos, en un estudio realizado por Ibáñez et al. (2011).

En la fase uno, el resultado del AFE, indicó la presencia de 5 factores y 7 indicadores, los cuales componían la escala original, lo cual no correspondía con la descripción teórica de Landa, García & Serrano (2015), por lo que se tomó la decisión de realizar cambios en la redacción de los 28 reactivos de la escala y el ajuste de los factores que la componen. También se decidió conservar el formato original de la escala y las subescalas, debido a los resultados favorables obtenidos por inventarios similares como el Inventario de Competencia para la Conducta

Asertiva (Northrop & Edelstein, 1998), adaptado por Caballo & Salazar (2005) y la adaptación del Inventario de Asertividad de Gambrill & Richey, realizada por Castaño, Reyes, Rivera y Díaz (2011), para población mexicana.

El instrumento se adaptó con estudiantes de la carrera de Psicología de entre 19 y 25 años. La investigación dio como resultado una escala compuesta por 20 reactivos, conformados en seis factores. Los resultados indican valores aceptables de validez de contenido, constructo y confiabilidad.

De acuerdo a la validez de contenido, se utilizó la evaluación por expertos del instrumento, los cuales determinaron la pertinencia de la escala en cuanto a claridad, coherencia, relevancia y suficiencia, de la misma forma, los jueces vertieron su opinión respecto a la pertinencia de agrupar los reactivos en seis categorías, lo que contribuyó a la adaptación de la escala.

Los resultados de este método, indicaron que el grado de acuerdo entre los jueces ( $ICC = .959$ ), fue mayor en comparación con el reportado por Landa, García & Serrano (2015) en su estudio ( $ICC = .83$ ) y se considera casi perfecto de acuerdo a la escala de Landis & Koch (citado en Mandeville, 2005), es decir, los expertos presentaron un acuerdo significativo respecto a las modificaciones propuestas para la escala.

Los seis factores propuesto para la escala y presentados a los jueces, cumplían las características de las habilidades asertivas propuestas por Lazarus (1966); Gambrill & Richey (1975) y Caballo (2007), sin embargo, los factores se basaron principalmente en los presentados por Castaños, Reyes, Rivera & Díaz (2011). Estas dimensiones fueron: Iniciar, mantener y cerrar una conversación, Confrontación, Hacer y rechazar peticiones, Involucrarse en conversaciones

agradables, Afrontar críticas y Dar retroalimentación negativa, las cuales se describen con su definición adaptada a la terapia clínica en la Tabla 10

**Tabla 10**

*Áreas de contenido y su definición ajustada al contexto de la terapia clínica.*

<b>Áreas de contenido</b>	<b>Definición</b>
1. Iniciar, mantener y cerrar una conversación.	Describe las habilidades y estrategias para iniciar, mantener y cerrar una conversación, que se ajustan al contexto o a una situación específica como la terapia clínica.
2. Confrontación.	Discrepar con el usuario en cuanto a opiniones y conductas dentro la sesión terapéutica.
3. Hacer y rechazar peticiones.	Hacer peticiones se refiere a la forma en que se pide ayuda, colaboración o el cambio de una conducta al usuario, dentro de la sesión, sin violar sus derechos.  Rechazar peticiones hace referencia a la posibilidad de rechazar (decir “no”) a peticiones poco razonables, y a peticiones, realizadas por el usuario, que, aunque razonables, no se desee acceder a realizarlas, sin violar sus derechos.
4. Involucrarse en conversaciones agradables.	Relacionarse con el usuario de manera agradable, afectuosa o mostrando admiración.
5. Afrontar críticas.	Alude a la forma en que el terapeuta afronta las observaciones, opiniones y críticas por parte del usuario.
6. Dar retroalimentación negativa.	Hacer saber al usuario qué de su comportamiento, en la sesión, resulta molesto u ofensivo.

En relación a la validez de constructo, la cual se realizó por medio del análisis factorial exploratorio (AFE) con rotación varimax, se encontró que la escala se encontraba conformada por seis factores, lo que concordó con la propuesta de agrupación esperada en éste estudio, sin embargo, los resultados indicaron agrupaciones distintas a las planteadas con los jueces, lo que llevó a definir, con mayor congruencia, cada factor.

Por otra parte, la confiabilidad de los factores resultó aceptable, lo que implica que existe una gran probabilidad de que el instrumento estime la puntuación verdadera de los terapeutas de manera consistente. Los reactivos que componen la escala se ajustaron en seis dimensiones,

además, el instrumento presentó un valor de confiabilidad global similar al reportado por Landa, García y Duran (2015).

El objetivo principal de la investigación fue adaptar la escala de “Habilidades Asertivas para Terapeutas Cognitivo Conductuales”, el cual se logró, al obtener resultados positivos para la validez de contenido, de constructo y confiabilidad, de acuerdo a teoría psicométrica de Nunnally & Bernstein (1995).

De acuerdo a las puntuaciones mostradas por la escala, los estudiantes de la carrera de psicología presentan un bajo o mediano grado de malestar ante las situaciones descritas por el instrumento y niveles altos y medios en la probabilidad de responder ante estos eventos de manera asertiva, lo que indicaría que, de acuerdo a estos resultados, los terapeutas se clasificaría entre asertivos o ansiosos (en menor porcentaje), esto sin ser una determinante definitiva, pero que concuerda con los resultados obtenidos por Ibañes, Vargas, Landa y Olvera (2011), donde se reporta la existencia de puntuaciones similares entre un grupo experimental y un grupo control.

Se encontró que los estudiantes presentan niveles bajos de malestar ante situaciones agradables o de interacción afectiva y un mediano o alto grado de malestar específicamente ante situaciones que conllevan una confrontación, con una probabilidad media de responder de manera asertiva, lo que concuerda con los resultados obtenidos por Gallego (2009), quien realizó una intervención dirigida a evaluar y entrenar habilidades sociales en estudiantes de la carrera de Psicología en una Universidad de Bogotá, y reportó hallazgos semejantes, también coinciden con los resultados de Vargas et al. (2011), quienes evaluaron el funcionamiento de un manual de entrenamiento en habilidades interpersonales para estudiantes de la FES Iztacala, previamente elaborado, y encontraron resultados similares, y Cataños, Reyes, Rivera & Díaz (2011), los cuales validaron y estandarizaron el instrumento de Grambiell & Richey (1975), y

posteriormente, evaluaron la asertividad en la población mexicana, explicando en sus resultados, que en nuestro país, las personas presentan una probabilidad baja de expresar molestia ante situaciones de interacción social afectiva, sin embargo, presentan una inhabilidad para tener enfrentamientos directos, decir no, o rechazar peticiones, lo que les provoca un alto grado de malestar, es decir, los mexicanos tenemos un estilo de confrontación pasiva ante los desafíos y problemas cotidianos (Díaz-Guerrero, 1994; citado en Castaños et al., 2011).

El conocimiento de los beneficios que se obtienen en la terapia por el uso de habilidades por parte del terapeuta, descritos por Dobson & Shaw (1988), Chatoor & Krupnick, (2001) y Branson, Shafran & Myles (2015); puede explicar, en parte, porque los estudiantes, o terapeutas noveles, obtuvieron probabilidades medias a altas en la escala de probabilidad de respuesta, ya que como lo mencionan Pérez, Saavedra, Salum y Silva (2005) y Suárez (2011), los estudiantes de psicología presentan cierta deseabilidad de expresar conductas que beneficien el proceso de la terapia, tienen ciertas valoraciones o representaciones cognitivas del tipo de conductas “competentes” que se debe poseer un terapeuta y por lo tanto, desean emitir estas conductas altamente eficaces y asertivas.

A partir de los resultados de esta escala, se puede decir que los terapeutas noveles de este estudio presentan habilidades asertivas, lo que produce una gran probabilidad de que respondan a las demandas y objetivos del proceso terapéutico, al tipo de interacción que se presenta en cada una de las sesiones, a los requerimientos del propio usuario y su evolución, entre otras, sin embargo, es necesario utilizar un número más amplio de inventarios para obtener mejores resultados sobre el tema.

Finalmente, dadas las limitaciones en cuanto a herramientas de evaluación de las habilidades sociales o asertivas en terapeutas, se consideró importante continuar con el proceso de validación

del instrumento presentado por Landa, García & Serrano (2015) para psicólogos en formación, y así, obtener propiedades psicométricas adecuadas y contribuir al desarrollo de instrumentos confiables y válidos en el terreno de las H.S. en terapeutas conductuales. En este sentido, Gallego (2009) y Del Prette & Del Prette (1999), han sugerido mejorar la forma en que se miden las habilidades sociales de los terapeutas en formación, ya que, a pesar de que existen diferentes formas de evaluar las habilidades sociales, las herramientas utilizadas no son específicas para el contexto de la terapia, por ello, afirman que debe existir una mayor variedad de herramientas especiales en el tema, en ese sentido, creemos que un solo instrumento no puede ser el único medio de evaluación y por lo tanto, se deben seguir combinando herramientas, y adaptando al contexto o actualizando aquellas que ya existen.

Se espera que la adaptación de esta escala aumente el acervo de inventarios sobre el tema de habilidades sociales en terapeutas cognitivo conductuales.

# CAPÍTULO IX

## CONCLUSIONES

---

La escala aquí presentada, obtuvo valores aceptables en cada una de las pruebas de validación, sin embargo, se espera que, en estudios posteriores, se realice un análisis factorial confirmatorio, con la finalidad de continuar el proceso de validación de la escala, también, se plantea utilizar una muestra más grande, que se ajuste a las pruebas de normalidad, con el objetivo de obtener resultados más confiables y consistentes.

Se espera que, posteriormente, la subsecuentes investigaciones consideren incrementar el número de ítems para cada factor, asegurando la pertinencia de estos reactivos y su ajuste al contexto terapéutico, y también, se proponga como objetivo en el estudio, ampliar las dimensiones de la escala, ya que la literatura nos muestra un número más amplio de habilidades, que no han sido añadidas en este trabajo, con la finalidad de obtener una herramienta de evaluación más completa, ya que como lo menciona Del Prette et al. (2013), los instrumentos siempre están sujetos a mejorar.

Para la creación de nuevos instrumentos sobre el tema, se espera que se retome la propuesta de Landa et al., (2015) y se analicen la mayor cantidad de ítems de la escala y se cree un banco de reactivos más amplio, con la finalidad de añadir mayor congruencia teórica y psicométrica a las nuevas herramientas de evaluación de las habilidades sociales en terapeutas.

La investigación sobre este tema, debe continuar realizando evaluaciones cuantitativas y cualitativas, para obtener resultados integrales y cada vez más apegados al contexto. Es importante que estos trabajos consideren y describan el tipo de conductas que se esperan que

ejecute el terapeuta en diferentes situaciones, ya que como lo menciona Landa et al., (2015), los resultados de diversos estudios reportan que tan hábiles sociales resultaron los terapeutas, sin embargo, no se reporta el tipo respuesta emitida, es decir, no se refiere el tipo de conducta que realizaron los psicólogos, en lugar de lo que se esperaba que hicieran, y esta información, es vital, ya que puede brindar datos relevantes sobre las H.S. de los terapeutas.

Se concuerda con Castaños et al. (2011) quienes opinan que el uso de escalas o inventarios conlleva grandes ventajas, como el hecho de que pueden completarse con facilidad y permiten evaluar a múltiples personas en un tiempo breve. Por ello, Caballo (2007), a propuesto desarrollar inventarios con métodos de evaluación más riguroso, y bajo este planteamiento, se ha añadido información relevante sobre el proceso de validación de la escala, como el número de rotaciones utilizados y el número de factores que componen la escala, entre otros, con la finalidad de que la información proporcionada sea consultada y sirva para una posterior replicación y continuidad de mejora de la escala, entendiendo que aún es posible mejorar el instrumento con procedimientos como el análisis factorial confirmatorio, que aportaría mayor solidez al estudio.

La creación de escalas de medición sobre el tema de las habilidades sociales en terapeutas ha tenido avances progresivos, sin embargo, los instrumentos creados no son suficientes para medir un universo tan amplio, por ello, es necesario enriquecer la evaluación con un número más amplio de inventarios, escalas o manuales, con la finalidad de obtener resultados cada vez más precisos y acordes al contexto.

Es importante considerar que el instrumento propuesto en esta investigación, posee validez local, es decir, el instrumento está diseñado para evaluar las habilidades asertivas de los estudiantes de la carrera de psicología, del área clínica y de la salud de la FES Zaragoza, en ese sentido, se sugiere realizar estudios confirmatorios que coincidan con los resultados obtenidos y

corroboren la validez concurrente en diferentes poblaciones, con la finalidad de obtener una escala que se pueda utilizar en diferentes contextos o con una población similar.

Finalmente, se plantea comprender a las habilidades sociales de los terapeutas como un conjunto de comportamientos socialmente competentes y responsables, ajustados al contexto situacional y que cumplen objetivos distintos a los planteados en otro tipo de interacciones sociales.

## REFERENCIAS

---

Alejandra, S. (2011). Valoración de las competencias de psicología: estudio exploratorio en muestras de estudiantes y profesionales activos. *Revista de Psicología*. 20 (1), 73-102.

Bados, L. & García, G. (2011). Habilidades terapéuticas. *Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos, Facultad de Psicología, Universidad de Barcelona*. 1-70.

Barraca, M. (2009). Habilidades Clínicas en la Terapia Conductual Tercera Generación. *Clínica y Salud*. 20 (2), 109-117.

Branson, A. & Shafran, R. (2015). Therapist Characteristics and their Effect on Training Outcomes: What Counts? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*. 4 (3), 374–380.

Branson, A., Shafran, R. & Myles, P. (2015). Investigating the relationship between competence and patient outcome with CBT. *Behaviour Research and Therapy*. 6 (8), 19-26.

Brown, L., Craske, M., Glenn, D., Stein, M., Sullivan, G., Sherbourne, C., Bystritsky, A., Welch, S., Campbell, L., Lang, A., Roy, P. & Rose, R. (2013). CBT competence in novice therapists improves anxiety outcomes. *National Institutes of Health. Depress Anxiety*. 30(2), 97–115.

Bootzin, R. & Ruggill, J. (1988). Training Issues in Behavior Therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 56 (5), 703-709.

Bouchard, M., Wright, J., Mathieu, M., Lalonde, F., Bergeron, G. & Toupin, J. (1980). Structured Learning in Teaching Therapists Social Skills Training: Acquisition, Maintenance, and Impact on Client Outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 48 (4),491-502.

Bueno, M., Durán, S. & Garrido, T. (2013). Entrenamiento en habilidades sociales en estudiantes universitarios de Magisterio de la especialidad de Educación Primaria: un estudio preliminar. *Apuntes de Psicología*. 31 (1), 85-91.

Caballo, V. (2007). Manual de Evaluación y Entrenamiento de las habilidades sociales. España: SIGLO XXI.

Caballo, V. & Salazar, I. (2005). Inventario de Competencia para la Conducta Asertiva. España: Ediciones Pirámide.

Caballo, V. (1993). Relaciones entre diversas medidas conductuales y de autoinforme de las habilidades sociales. *Psicología Conductual*. 1 (1), 73-99.

Caballo, V. (1983). Asertividad: definiciones y dimensiones. *Estudios de Psicología*. 13 (2), 52-61.

Cañón, Montañez. & Rodríguez, A. (2011). Asertividad: una habilidad social necesaria en los profesionales de enfermería y fisioterapia. *Contexto Enfermería, Florianópolis*. 20 (1), 81-7.

Chatoor, I. & Krupnick, J. (2001). The role of non-specific factors in treatment outcome of psychotherapy studies. *European Child & Adolescent Psychiatry*. 10 (1), 19-25.

Corbella, S., Balmaña, N., Fernández, H., Saúl, L., Botella, L. & García, F. (2009). Estilo Personal del Terapeuta y Teoría de la Mente. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*. 18 (2), 125-133.

Cruzado, J., Labrador, F., & Muños, M. (2006). Manual de Técnicas de Modificación Y Terapia de Conducta. España: Ediciones Pirámide.

Del Prette, A., Del Prette, Z. & Medes, B. (1999). Habilidades sociales en la formación profesional del psicólogo: análisis de un programa de intervención. *Psicología Conductual*. 7 (1), 27-47.

Dobson, K. & Shaw, B. (1988). Competency Judgments in the Training and Evaluation of Psychotherapists. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 56 (5), 666-672.

Escobar, J. & Cuervo, A. (2008). Validez de contenido y juicio de expertos: una aproximación a su utilización. *Avances en Medición*, 6 (1), 27–36.

Fernández, L. & Bueno, R. (2011). Entrenamiento de Habilidades Sociales en Futbol Base: Propuesta de Intervención. *Revista Internacional de Ciencias Sociales y Humanidades, SOCIOTAM*, 21 (2), 39-52.

Gallego, V. (2009). Diseño y pilotaje de un programa de entrenamiento en habilidades sociales para estudiantes de psicología de una universidad privada de Bogotá. *Psychologia. Avances de la disciplina*. 3 (2), 55-80.

Gallego, V. (2008). Descripción de las Habilidades Sociales en Estudiantes de Psicología de una Institución de Educación Superior. *Revista Iberoamericana de Psicología: Ciencia y Tecnología*. (1), 61-71.

García, N. (2005). Habilidades sociales, clima social familiar y rendimiento académico en estudiantes universitarios. *LIBERABIT*. 1 (1), 63-74.

García, A. (2015). Efecto de una intervención Cognitivo Conductual en habilidades interpersonales para terapeutas noveles. (Tesis de Doctorado no publicada). UNAM, México.

Hidalgo, G. & Nureya, A. (1990). Desarrollo de habilidades sociales en estudiantes universitarios. *Revista Latinoamericana de Psicología*. 22 (2), 265-282.

Ibáñez, R., Vargas, F., Landa, D. & Olvera, M. (2011). Evaluación de un manual de entrenamiento en habilidades interpersonales para terapeutas. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*. 14 (4), 384-406.

Landa, D., García, A. & Serrano, K. (2015). Construcción y Análisis Preliminares de una Escala de Habilidades Asertivas para Terapeutas Cognitivo Conductuales. *Memorias IV Congreso ALFEPSI Psicología Latinoamericana*. 780-786

Landa, D., Vargas, F. & García, P. (2011). Aportaciones del diseño instruccional a la formación de psicólogos clínicos. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*. 14 (4), 355-372.

Lestussi, H., Freytes, V., López, E. & Olaz, O. (2012). Un estudio comparativo sobre las habilidades sociales en estudiantes de Psicología. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*. 12 (2), 277-287.

Lorenzo, F., & Bueno, M. (2011). Entrenamiento de habilidades sociales en futbol base: propuesta de intervención. *Revista Internacional de Ciencias Sociales y Humanidades, SOCIOTAM*. 21 (2), 39-52.

López, S., Ortego, M., Álvarez, M. & Aparicio, M. (2011) Ciencias Psicosociales I. Ciencias de la Salud. Universidad de Cantabria: España.

Mandeville, P. (2005). El coeficiente de correlación intraclase (ICC). *Ciencia UANL*, 8 (3), 414-416.

Marinho, M., Caballo, V. & Silveira, M. (2003). Cuestiones olvidadas en la terapia conductual: las habilidades del terapeuta. *Psicología Conductual*. 11 (1), 135-161.

Martín, C. (2010). Evaluación y entrenamiento en competencia social con personas drogodependientes. Dirección General de Atención a las Drogodependencias. Gobierno de Canarias.

Morán, V & Olaz, F. (2014). Instrumentos de evaluación de habilidades sociales en América Latina: un análisis bibliométrico. *Revista de Psicología: Universidad de Chile*, 23 (1), 93-105.

Ovejero, B. (1990). Las habilidades sociales y su entrenamiento: Un enfoque necesariamente psicosocial. *Psicothema*. 2 (2), 93-112.

Ribes, I. (2006). Competencias conductuales: Su pertinencia en la formación y práctica profesional del psicólogo. *Revista Mexicana de Psicología*. 23 (1), 19-26.

Rodríguez, N. (2012). Evaluación de Depresión y Habilidades Sociales en estudiantes Universitarios de diferentes carreras de la FES Iztacala. (Tesis de Licenciatura). UNAM. México.

Rodríguez, C. & Salinas, R. (2011). Entrenamiento en habilidades terapéuticas: algunas consideraciones. *Enseñanza e Investigación en Psicología*. 16 (2), 211-225.

Ruiz, F., Díaz, G., & Villalobos, C. (2012). Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales. UNED. España.

Sánchez, M. & León, R. (2001) Entrenamiento en habilidades sociales: un método de enseñanza aprendizaje para desarrollar las habilidades de comunicación interpersonal en el área de enfermería. *Psicothema*. 13 (2), 247-251.

Sazak, E. & Sucuoglu, B. (2013). The Outcomes of a Social Skills Teaching Program for Inclusive Classroom Teachers. *Educational Sciences: Theory & Practice*. 13(4), 2247-2261.

Vargas, F., Ibáñez, R., & Landa, D. (2011). Estudio Comparativo de Entrenamiento en Habilidades Interpersonales para Terapeutas. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*. 14 (3), 117-128.

Yáñez, G. (2005). Competencias Profesionales del Psicólogo Clínico: Un Análisis Preliminar. *Terapia Psicológica*. 23 (2), 85-93.

Zaldívar, P. (1994). Entrenamiento asertivo, aprendizaje social y entrenamiento en habilidades sociales. *Revista Cubana de Psicología*. 12 (2), 99-107.

---

---

# APÉNDICES

---

---

## Apéndice A

### INVENTARIO DE HABILIDADES SOCIALES PARA TERAPEUTAS

(Landa, García & Serrano, 2015)

**Instrucciones.** Es muy frecuente que cuando empezamos a ejercer la profesión de psicólogos clínicos nos enfrentemos con situaciones en la relación terapéutica que nos resulta difícil resolver. En las siguientes páginas te presentamos algunas de ellas. Cada ítem consta de dos partes, en la **primera**, por favor, lee cuidadosamente cada pregunta y responde a la **izquierda** de cada ítem, indicando **el grado de malestar** que te provocaría la situación. Utiliza la escala siguiente para indicar tu grado de malestar:

- 0 = Ninguno
- 1 = Un poco
- 2 = Bastante (ni mucho-ni poco)
- 3 = Mucho
- 4 = Muchísimo

En la **segunda** parte del ítem después de indicar tu grado de malestar anota a la **derecha** la **probabilidad con la que te comportarías** de esa manera si se te presentara la situación. Utiliza la siguiente escala:

- 4 = Siempre lo hago
- 3 = Habitualmente lo hago
- 2 = Unas veces sí y otras veces no
- 1 = Raramente lo hago
- 0 = Nunca lo hago

#### EJEMPLO

Grado de malestar	Situación	Probabilidad de que lo hagas
5	Reclamarle a un amigo que te devuelva el libro que le prestaste el semestre pasado.	2

En el ejemplo podemos ver que la situación de reclamarle a un amigo que te devuelva el libro que le prestaste el semestre pasado te provoca muchísimo malestar (5) y que habitualmente lo haces (2)

Gracias por colaborar. Tus respuestas serán muy importantes para generar estrategias de formación de terapeutas conductuales.

## Identificación

Escuela \_\_\_\_\_  
 Semestre \_\_\_\_\_ Promedio actual \_\_\_\_\_ Turno \_\_\_\_\_  
 Edad \_\_\_\_\_ Género \_\_\_\_\_  
 Preferencia teórica \_\_\_\_\_  
 Número de pacientes atendidos hasta el momento de su formación (dentro y fuera de su práctica clínica, educativa, social etc. \_\_\_\_\_

M	Situación	P
	1. Presentarte e iniciar la entrevista.	
	2. Mostrar empatía cuando el usuario llora.	
	3. Amonestar al usuario si entra una llamada a su celular.	
	4. Confrontar al usuario cuando la información brindada es contradictoria o inconsistente.	
	5. Requerir al usuario que no utilice un lenguaje ofensivo para referirse a las personas con las que tiene problemas.	
	6. Discutir abiertamente cuando manifiesta desconfianza en tu capacidad para ayudarlo.	
	7. Rechazar actitudes de coqueteo.	
	8. Rechazar preguntas personales inapropiadas.	
	9. Expresar molestia si se involucra en comportamientos inapropiados (fumar, tirar basura al piso, comer, etc.)	
	10. Expresar tu incomodidad cuando se altera si se le confronta o se le contradice.	
	11. Expresar molestia cuando usa un lenguaje ofensivo.	
	12. Manifestar un desacuerdo.	
	13. Aceptar su posible deseo de abandonar la terapia.	
	14. Mantener la confidencialidad rechazando su petición de información sobre las otras personas involucradas en el problema.	
	15. Amonestarlo cuando falta a la sesión sin previo aviso.	
	16. Asumir sus posibles expresiones de incomodidad con la forma de llevar la terapia.	
	17. Reprenderlo cuando llega tarde a la sesión de manera reiterada.	
	18. Dar por terminada la conversación cuando al final de la sesión insiste en seguir hablando.	
	19. Expresar una opinión que difiere de la del usuario.	
	20. Felicitarlo por cumplir con la tarea.	
	21. Elogiarlo por los cambios logrados.	
	22. Agradecer sus posibles comentarios positivos hacia tu trabajo.	
	23. Pedirle que aclare una información que no entendiste.	
	24. Interrumpirlo cuando habla demasiado sin proporcionar información pertinente.	
	25. Cambiar el tema de la conversación.	
	26. Aceptar que te equivocaste.	
	27. Amonestarlo por no cumplir con las tareas.	
	28. Concluir la sesión y despedirte.	

# Apéndice B



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA



## Planilla de Jueceo por Expertos

Respetado Juez:

Atendiendo a su experiencia, le solicitamos atentamente su colaboración para evaluar la Escala de Habilidades Asertivas para Terapeutas Cognitivo Conductuales (Landa, García y Serrano, 2015). La cual formará parte de la investigación “Mejoramiento en la enseñanza de habilidades prácticas en estudiantes de la psicología clínica y de la salud: una estrategia multimedia de entrenamiento (PE301415)”.

El objetivo de este trabajo es evaluar de manera confiable y válida las Habilidades Asertivas de los Terapeutas en el contexto terapéutico del modelo Cognitivo-Conductual.

Agradecemos su valiosa colaboración.

NOMBRES Y APELLIDOS DEL JUEZ: \_\_\_\_\_

AREA(S) DE EXPERIENCIA PROFESIONAL: \_\_\_\_\_

AÑOS DE EXPERIENCIA PROFESIONAL: \_\_\_\_\_

CARGO ACTUAL: \_\_\_\_\_

**Instrucciones:** De acuerdo con los siguientes indicadores califique cada uno de los reactivos según corresponda.

Categoría	Calificación	Indicador
<b>Suficiencia</b>  <b>Los reactivos que perteneces a una misma dimensión bastan para obtener la medición de ésta.</b>	1 No cumple con el criterio	Los reactivos no son suficientes para medir la dimensión.
	2 Bajo nivel	Los reactivos miden algún aspecto de la dimensión, pero no corresponden con la dimensión total.
	3 Moderado nivel	Se deben incremental algunos reactivos para poder evaluar la dimensión completamente.
	4 Alto nivel	Los reactivos son suficientes.
<b>Claridad</b>  <b>El reactivo se comprende fácilmente, es decir, su sintáctica y semántica son adecuadas.</b>	1 No cumple con el criterio	El reactivo no es claro
	2 Bajo nivel	El reactivo requiere bastantes modificaciones en el uso de las palabras de acuerdo con su significado o por la ordenación de las mismas.
	3 Moderado nivel	Se requiere de una modificación muy específica de algunos de los términos del reactivo
	4 Alto nivel	El reactivo es claro, tiene sintaxis y semántica adecuada.
<b>Coherencia</b>	1 No cumple con el	El reactivo no tiene relación lógica con la dimensión.

<b>El reactivo tiene relación lógica con la dimensión o indicador que está midiendo.</b>	criterio 2 Bajo nivel 3 Moderado nivel 4 Alto nivel	El reactivo tiene una relación tangencial con la dimensión. El reactivo tiene una relación moderada con la dimensión que está midiendo. El reactivo se encuentra completamente relacionado con la dimensión que está midiendo.
<b>Relevancia</b>	1 No cumple con el criterio	El reactivo puede ser eliminado sin que se vea afectada la medición de la dimensión.
<b>El reactivo es esencial o importante, es decir, debe ser incluido.</b>	2 Bajo nivel 3 Moderado nivel 4 Alto nivel	El reactivo tiene alguna relevancia, pero otro reactivo puede estar incluyendo lo que este mide. El reactivo es relativamente importante. El reactivo es muy importante y debe ser incluido.

A continuación, se presenta una lista de los reactivos que componen la escala, los reactivos se encuentran ubicados en seis factores, definidos en la Tabla 1. Por favor, lea y analice cuidadosamente cada reactivo que aparece en la Tabla. 2 y ubíquelo en la categoría de Habilidad Asertiva a la que considere que corresponde.

Tabla 1

Definición de las dimensiones de la *ESCALA DE HABILIDADES ASERTIVAS PARA TERAPEUTAS COGNITIVO CONDUCTUALES*

<b>Dimensión</b>	<b>Definición</b>
<b>1.- Iniciar, mantener y cerrar una conversación:</b>	Se refiere a las habilidades y estrategias para iniciar, mantener y cerrar una conversación, que se ajustan al contexto o a una situación específica como la terapia clínica.
<b>2.- Confrontación:</b>	Discutir o discrepar con otras personas en cuanto a opiniones y conductas.
<b>3.- Hacer y rechazar peticiones:</b>	La categoría de hacer peticiones incluye: pedir favores, pedir ayuda y pedir a otra persona que cambie su conducta sin violar sus derechos. Rechazar peticiones se refiere a la posibilidad de rechazar (decir “no”) a peticiones poco razonables y a peticiones que, aunque razonables, no se quiera acceder a realizarlas
<b>4.- Involucrarse en conversaciones agradables:</b>	Relacionarse con otras personas de manera amistosa, afectuosa o mostrando admiración.
<b>5.- Afrontar críticas:</b>	Alude a la forma en que se afrontan las observaciones, opiniones y críticas.
<b>6.- Dar retroalimentación negativa:</b>	Hacerle saber a otras personas qué de su comportamiento resulta molesto u ofensivo.

Tabla 2

Reactivos de la *ESCALA DE HABILIDADES ASERTIVAS PARA TERAPEUTAS COGNITIVO CONDUCTUALES*

Reactivo	Dimensión	Suficiencia	Coherencia	Relevancia	Claridad	Observaciones
1.- Iniciar la entrevista clínica.						
2. Mostrar empatía cuando el usuario llora.						
3. Amonestar al usuario cuando usa su celular durante la sesión.						
4. Confrontar al usuario cuando la información proporcionada es contradictoria o inconsistente.						
5. Requerir al usuario que no utilice un lenguaje ofensivo para referirse a las personas con las que tiene problemas.						
6. Hablar abiertamente con el usuario cuando manifiesta desconfianza en tu capacidad para ayudarlo.						
7. Rechazar actitudes de coqueteo por parte del usuario.						
8. Rechazar preguntas personales inapropiadas por parte del usuario.						
9. Expresar molestia si el usuario lleva a cabo comportamientos inapropiados durante la sesión terapéutica (fumar, tirar basura al piso, comer, etc.).						
10. Expresar tu incomodidad cuando el usuario se altera porque lo has confrontado o contradicho.						
11. Expresar molestia cuando el usuario utiliza un lenguaje ofensivo durante la sesión.						
12. Confrontar al usuario al manifestarle un desacuerdo.						
13. Aceptar el posible						

deseo del usuario de abandonar la terapia.						
14. Rechazar la petición de información por parte del usuario acerca de las otras personas involucradas en el problema, para mantener la confidencialidad.						
15. Amonestar al usuario cuando falta a la sesión sin previo aviso.						
16. Asumir las expresiones de incomodidad por parte del usuario con la forma de llevar la terapia.						
17. Reprender al usuario cuando llega tarde a la sesión de manera reiterada.						
18. Finalizar la conversación cuando al término de la sesión el usuario insiste en seguir hablando.						
19. Expresar una opinión que difiere de la del usuario.						
20. Felicitar al usuario por cumplir con las tareas que ayudan al proceso terapéutico.						
21. Elogiar al usuario por los cambios logrados durante la terapia.						
22. Agradecer al usuario los comentarios positivos que haga hacia tu trabajo como terapeuta.						
23. Pedir al usuario que aclare la información que no entendiste.						
24. Interrumpir al usuario cuando habla demasiado sin proporcionar información pertinente.						
25. Cambiar el tema de la conversación cuando ésta se ha salido de contexto.						

## Apéndice C

## INVENTARIO DE HABILIDADES SOCIALES PARA TERAPEUTAS

(Landa, García, Serrano & Delgado, 2016)

Es muy frecuente, que al ejercer la profesión de psicólogos clínicos se presenten situaciones que en ocasiones resulta difícil resolver. En las siguientes páginas se enlistan algunas de ellas.

**Instrucciones:** Este cuestionario está formado por 13 ítems, los cuales debe leer cuidadosamente antes de contestar cada uno.

Cada ítem consta de dos partes: en la **primera**, responde a la **izquierda** del ítem, indicando **el grado de malestar** que te provocaría la situación. Utiliza la escala siguiente para indicar tu grado de malestar:

- 0 = Ninguno
- 1 = Un poco
- 2 = Bastante (ni mucho-ni poco)
- 3 = Mucho
- 4 = Muchísimo

En la **segunda parte** anota a la **derecha** la **probabilidad con la que te comportarías** si se te presentara la situación. Utiliza la siguiente escala:

- 0 = Nunca lo hago
- 1 = Raramente lo hago
- 2 = Unas veces sí y otras veces no
- 3 = Habitualmente lo hago
- 4 = Siempre lo hago

### EJEMPLO

Grado de Malestar	Situación	Probabilidad de Respuesta
4	Reclamarle a un amigo que te devuelva el libro que le prestaste el semestre pasado.	3

En el ejemplo se presenta una situación, que muestra muchísimo malestar, por eso se anota (4) a la izquierda del ítem. A la derecha del ítem se anota un (3), habitualmente lo hago, como respuesta a la probabilidad de que lo hagas.

Gracias por colaborar. Tus respuestas serán muy importantes para generar estrategias en la formación de terapeutas conductuales.

## Identificación

Escuela \_\_\_\_\_  
 Semestre \_\_\_\_\_ Promedio actual \_\_\_\_\_ Turno \_\_\_\_\_  
 Edad \_\_\_\_\_ Género \_\_\_\_\_  
 Preferencia teórica \_\_\_\_\_  
 Número de pacientes atendidos hasta el momento de su formación (dentro y fuera de su práctica clínica, educativa, social etc. \_\_\_\_\_

M	Situación	P
	1.- Felicitar al usuario por cumplir con las tareas que ayudan al proceso terapéutico.	
	2.- Interrumpir al usuario cuando habla demasiado sin proporcionar información pertinente	
	3.- Aceptar el posible deseo del usuario de abandonar la terapia.	
	4.- Amonestar al usuario cuando rompe el acuerdo previo sobre faltar a la sesión sin previo aviso.	
	5.- Rechazar actitudes de coqueteo por parte del usuario.	
	6.- Asumir las expresiones de descontento, por parte del usuario, con la forma de llevar la terapia.	
	7.- Finalizar la conversación cuando al término de la sesión el usuario insiste en seguir hablando.	
	8.- Amonestar al usuario cuando rompe el acuerdo previo acerca de no utilizar el celular durante la sesión.	
	9.- Regresar al tema principal de la conversación cuando ésta se ha salido de contexto.	
	10.- Elogiar al usuario por los cambios logrados durante la terapia.	
	11.- Amonestar al usuario, cuando rompe el acuerdo previo, por llegar tarde a la sesión de manera reiterada.	
	12.- Rechazar preguntas personales inapropiadas por parte del usuario.	
	13.- Rechazar la petición de información al usuario, acerca de otras personas involucradas en el problema, para mantener la confidencialidad.	

	14.- Confrontar al usuario cuando la información proporcionada es contradictoria o inconsistente.	
	15.- Agradecer al usuario los comentarios positivos que haga hacia tu trabajo como terapeuta.	
	16.- Expresar molestia cuando el usuario utiliza un lenguaje ofensivo durante la sesión..	
	17.- Requerir al usuario que no utilice un lenguaje ofensivo para referirse a las personas con las que tiene problemas.	
	18.- Hablar abiertamente con el usuario cuando manifiesta desconfianza en tu capacidad para ayudarlo.	
	19.- Amonestar al usuario por no cumplir con las tareas acordadas durante el proceso terapéutico.	
	20.- Finalizar la sesión, rescatar los elementos más importantes de la consulta y despedirse del usuario	