

881325

3

201



UNIVERSIDAD DEL VALLE DE MEXICO

PLANTEL LOMAS VERDES

Con Estudios incorporados a la Universidad Nacional Autónoma de México
Número de Acuerdo 8813-25

**ENTRENAMIENTO ASERTIVO PARA EL
TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD
POR DEPENDENCIA**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A :

ESTRELLA DE LA AURORA BUITRON MORALES

Director de la Tesis Lic. Antonio Mora Hinojosa
Asesor de la Tesis Lic. María Angelina Aguilera Gómez

Naucalpan, Edo. de México

1991

TESIS CON
FALLA FE CRGEN



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 está 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.

"INDICE CAPITULAR"

	Pág.
INTRODUCCION	
CAPITULO I, ANTECEDENTES	1
1. 1 Clasificación y Definición del Trastorno de la Personalidad por dependencia	9
1. 2 Aproximaciones Terapéuticas del Tratamiento - para el Trastorno de la Personalidad por Dependencia	19
CAPITULO II, MARCO TEORICO	34
2. 1 Entrenamiento Asertivo	35
2. 1. 1 Método del Entrenamiento Asertivo	76
2. 1. 2 Técnicas Asertivas	91
2. 2 Terapia Racional Emotiva	121
2. 2. 1 Métodos Cognoscitivos	131
2. 3 Psicoterapia de grupo	
"Las mujeres que aman demasiado"	147
2. 3. 1 Método del Grupo de Psicoterapia "Las mujeres que aman demasiado"	166
2. 3. 2 Técnicas de Apoyo del Grupo de Psicoterapia "Las mujeres que aman demasiado"	179
CAPITULO III OBJETIVO	185
CAPITULO IV METODO	187
4. 1 Sujetos	188
4. 1. 2 Escenario	189

	Pág.
4. 1. 3 Materiales	189
4. 1. 4 Diseño	190
CAPITULO V, PROCEDIMIENTO	197
5. 1 Programa de Difusión	199
5. 2 Programa de Sensibilización	200
5. 3 Programa de Rehabilitación	200
CAPITULO VI RESULTADOS	207
CAPITULO VII CONCLUSIONES	215
CAPITULO VIII LIMITACIONES Y SUGERENCIAS	220
CAPITULO IX APENDICES Y TABLAS	223
BIBLIOGRAFIA	290

INTRODUCCION

La mujer mexicana es producto de un contexto cultural donde al sufrimiento por amor se le otorga un matiz romántico y a la vez heróico. Los modelos culturales como la música popular, las telenovelas diarias, las revistas dedicadas al feminismo y otros, inculcan diariamente que la magnitud del amor se observa a través del dolor que éste causa.

Inclusive, "la religión judeo-cristiana encarna el concepto de ayudar a aquellos que son menos afortunados, respondiendo con compasión y generosidad a pesar de nuestras necesidades como individuos" (Robin Norwood, 1986).

Por otro lado, la sociedad respalda el aspecto de que las niñas son inferiores a los niños, de que necesitan su cuidado, puesto que son demasiado emotivas e indecisas. Tales estereotipos contribuyen a la formación de una mujer insegura y por lo tanto dependiente.

"Tradicionalmente, las mujeres han sido criadas y educadas para ser mujeres abnegadas. Se les ha enseñado a sacrificar su individualidad para obrar de acuerdo a los demás. La mujer abnegada coloca en primer término las necesidades ajenas y se forma un concepto de sí misma a través de las relaciones con otros". (Fezler y Field, 1987).

Es interesante observar que la misma psicología fomenta también ese mito. "El Freudianismo, el gran movimiento psico-

lógico del siglo XX, coloca a la mujer como un ser inferior - que se consume de angustia por "envidia del pene" para parecer ce al hombre" (Fezler y Field, 1987).

Debido a lo anterior, la mujer alberga emociones como la ira, el resentimiento y la frustración, dando como consecuencia un sentimiento de impotencia y una autoestima significativamente devaluada.

Los movimientos feministas y la lucha por la independencia femenina han logrado pequeños avances, pero aún no han vencido a la idiosincrasia cultural.

Cuando esta dependencia aprendida por la mujer provoca - síntomas de desajuste psicológico y encuentra alivio en drogas como el alcohol u otras, se convierte en un trastorno de la - personalidad por dependencia, caracterizado por una falta de - autoconfianza y una incapacidad para funcionar independientemente.

La difusión del tema señalado se ha ampliado en los últimos años. Basándose en algunos estudios se han formulado diferentes definiciones de trastornos que aquejan a la mujer, como la histeria, la celotípiá, la mayoría de las neurosis, las anomalías psicosomáticas y otras, las cuales entrañan en su seno a la conducta dependiente a nivel patológico.

Pero, ¿qué se hace terapéuticamente para que esta conducta dependiente se controle y permita el desarrollo de una mujer a un nivel adaptativo y funcional?

Existen diversas técnicas y métodos que van desde consejos de la familia y amigos hasta tratamientos como: las terapias psicológicas de apoyo, asesoramiento directivo, psicoterapias de pareja, psicoanálisis, terapias cognoscitivistas, grupos de psicoterapia grupal de apoyo basados en los supuestos fundamentales postulados por la Asociación de Alcohólicos Anónimos, técnicas de comportamiento y libros de autoayuda y superación.

El propósito del presente estudio, el reportar el desarrollo y resultados de un programa de asertividad para la recuperación de estas mujeres que presentan el trastorno de la personalidad por dependencia, con una población de 10 mujeres en un lapso de siete sesiones terapéuticas con una duración aproximada de cada una de dos horas, con el objeto de lograr la disminución de la conducta dependiente y el procurar una mejor adaptabilidad a su medio ambiente, superando la autodevaluación y la inseguridad propias de su trastorno.

CAPITULO I

ANTECEDENTES

"En el centro de los fuertes sentimientos y las encendidas neurosis que conservan la cohesión de la familia está la relación entre hombres y mujeres. Y, en muchos sentidos, ésta no ha cambiado nada desde los tiempos prehispánicos. Con los aztecas, las mujeres tenían infinidad de obligaciones, pero pocos derechos: preparaban la comida, iban al mercado, traían agua y leña y tejían la ropa; cuidaban a los niños, les enseñaban su identidad sexual, los valores sociales y morales y la forma en que se adoraba a los dioses. No podían elegir a sus maridos -por regla general, esto lo hacían sus padres-, aunque se esperaba que tuvieran muchos hijos y, en caso de ser estériles, podían ser devueltas a sus familias. La importancia religiosa de la procreación era evidente en la forma en que los aztecas concebían el nacimiento, pues lo consideraban una batalla y las mujeres que morían durante el parto se convertían en diosas guerreras llamadas cihuateteo. Así como se consideraba que la infidelidad femenina era una aberración que merecía una ejecución pública, a los hombres se les permitía tener varias esposas y amantes. Incluso existían las prostitutas, llamadas ahuianime, o "donadoras de felicidad", que estaban protegidas por la diosa del placer, Talzoltéotl". (Riding A, 1985, p.288)

"En la época de la Conquista, a diferencia de los peregrinos británicos, los españoles llegaron al Nuevo Mundo sin esposas lo cual les condujo a tomar como amantes -frecuentemente -secuestrándolas- a mujeres indígenas, perpetuando así en la Colonia el papel sumiso que desempeñaban las mujeres con los az-

tecas. Pero los españoles contribuyeron también con sus propios prejuicios religiosos y ambivalencias sexuales: se requería que las mujeres formaran un hogar y procrearan, al tiempo que proporcionaban placer a los hombres, pero no se esperaba que la misma mujer hiciera ambas cosas. Cuando llegaron mujeres de España para casarse con los colonizadores más importantes, las amantes siguieron siendo esenciales, y la infidelidad se institucionalizó. Así, el concepto profundamente enraizado de que las mujeres son inferiores, de que su objeto es servir a los hombres, se reforzó a lo largo de toda la historia y la época colonial., (Riding, A. 1985, p.288)

Por otro lado, Santiago Ramírez en su libro "El mexicano, psicología de sus motivaciones", hace referencia a lo antes descrito, "la mujer es devaluada en la medida en que paulatinamente se la identifica con la indígena; el hombre es sobrevalorado en la medida en que se le identifica con el conquistador, lo dominante y prevalente. La mujer es objeto de conquista y posesión violentas y sádicas, su intimidad es profundamente violada y hendida". (Ramírez Santiago, 1976, p.49). Para el autor "debilidad, femineidad, sometimiento, devaluación social y fuerte raíz telúrica, serán rasgos femeninos e indígenas." - (Ramírez, S. 1976, p.51)

"Durante la revolución, las mujeres acompañaban lealmente a sus hombres, de batalla en batalla, cocinando, cuidando sus heridas y, con frecuencia, enterrando a los muertos. Pero in-

cluso esta alteración social no liberó a las mujeres de su papel de esposas y madres abnegadas. Para los hombres, la mera idea de que las mujeres pudieran desempeñar un papel más público era considerada una amenaza. En 1938, el coronel Cresencio Treviño Adame, veterano de la revolución, aconsejó al Presidente Cárdenas que no diera el derecho de voto a las mujeres. Finalmente, en 1953 se concedió el derecho de voto a las mujeres, pero, con contadas excepciones, votaban de acuerdo con lo que decidían sus maridos, y la reforma no tuvo ningún impacto en la estructura familiar". (Riding, 1985, p.289).

Por otro lado, Francisco Gonzáles Pineda, en relación a la dinámica psicosocial del mexicano, hace referencia a la relación madre-hijo, puntuando en el aspecto religioso, el cual tiene un efecto muy importante en la dinámica familiar. Al respecto, en su libro "El mexicano, su dinámica psicosocial" (1967), menciona "la razón de que el hombre, al iniciarse en la adolescencia, abandone la práctica de su religión, se debe a un impulso que se va haciendo consciente cuando empieza a ser resentida la presión social y que invita exigentemente al joven a salir de la sujeción y del sometimiento a la madre. El adolescente prácticamente se ve sujeto a burlas, se le dice que está "pegado a las faldas de la madre", que "todavía no es hombre", etc." (González P. F., 1976, pp. 78-79).

Como se puede observar, Francisco Gonzáles Pineda, nos -

muestra otra faceta acerca del mexicano, puesto que hace referencia de conductas estereotipadas, que el mexicano generalmente tiene por comodidad. A este respecto, menciona -"En última instancia está la culpa y la complicidad secreta e inconsciente de la madre que habitualmente, para hacer "más hombre" a su hijo, se hace- a regañadientes por fuera, más con placer o remordimiento inconsciente- mucho más tolerante y permisiva para las actividades que ella y su hijo consideran como más masculinas. Así, por ejemplo, le permite salir solo y llegar más tarde; le permite y casi lo obliga a disgregarse de las actividades colectivas familiares, cosa que él debe y puede hacer "por que es hombre"; le permite excursionar, jugar en la calle, pelear, y, sobretodo, si sabe de algún impulso o intento de noviazgo o actividad erótica, lo critica con un tono de aceptación velada que generalmente hace sentir al adolescente que la madre, en el fondo, comienza a someterse a su cambio, o incluso que se alegra y envanece internamente". (González, P. F., - 1976, pp. 79-82).

Según esta perspectiva, es comprensible que la madre quiera evitar a toda costa que a su hijo lo consideren "afeminado" al respecto, Santiago Ramírez, en su libro "El mexicano, psicología de sus motivaciones", hace énfasis en la influencia psicosocial de los coetáneos. "En el lenguaje de los niños que se acercan a la pubertad, el "vieja el último", "dame a tu hermana", "cuñado", tienen connotación agresiva. Es necesario ocultar a toda costa los aspectos femeninos que el hombre lle-

va en su personalidad, con tanta mayor intensidad cuanto que no se encuentran neutralizados". (Ramírez, S., 1976, p.64).

Ahora bien, la perspectiva de Antonio Oriol A. y Francisco Vargas A, en su libro "El mexicano, raíces de su mexicanidad" (1985), en su capítulo dedicado a la mujer, describen claramente porque la mujer mexicana es: Sumisa, Sufrida y Solitaria (las 3 S's), y su relación con el macho mexicano. "...si señor, la mujer mexicana siguió siendo: Sumisa, sufrida y solitaria". (Oriol y Vargas, 1985, p.245).

"En la etapa nacional, cuando México ya había superado el tribalismo, la mujer seguía aferrada a la naturaleza, calladamente, obedientemente, resignadamente. La razón de esta permanencia la encontramos en su vida vegetativa, aletargada, natural. La mujer mexicana siguió rigurosamente adherida al costado de su hombre y así surgió lo que podríamos llamar una mujer "Adán-dependiente". Pero oigámoslo bien: dependiente del hombre como en los tiempos bíblicos de la costilla arrancada por obra y gracia de Dios. Y es así como nuestras mujeres todavía son "macho-dependientes" en su mayoría. Para la mujer mexicana lo que diga el hombre es "lo que debe ser y es" lo que debe hacerse", "lo que debe pensarse"... Y la mujer más cumplida será la que siga pensando, haciendo y siendo lo que hombre quiere que sea, haga o piense". (Oriol, A. y Vargas, A., 1985, p.247).

"Ahora bien, si a la casa no llega lo más esencial, digamos, ni medicinas ni pan, a la mujer no le queda otra que sufrir, de aquí, "mujer sufrida"... Por otro lado, el machismo mexicano no se parece en nada al "play boy" americano ni al "Don Juan" español. Estos perfiles masculinos están vinculados a la virilidad. En cambio el mexicano, muy macho, es el mandón que "somete" a la mujer a su voz. A su voz de mando. Prefiere mandarla despóticamente y presumir de ello... que poseerla. De aquí que a la mujer mexicana que vive con un "macho mexicano" no le queda otra que la sumisión". (Oriol, A. y Vargas, A., 1985, p. 248).

Y por último, los autores hacen referencia del "relajo" típico mexicano. "En fin, el relajo es cosa de hombres, y por esta razón estos se encierran solos, en la pulquería. Allí dentro, la soledad del hombre se disuelve en alcohol o "echando relajo", con frecuencia las dos cosas juntas. Fijense bien que no es una solución, sino una disolución que se disuelve entre hombres solos. La soledad de la mujer, en cambio, se queda en dolor a secas. Dolor amargo y solitario. De aquí la mujer solitaria". (Oriol, A., y Vargas, A., 1985, p. 249)

En cuanto a la literatura mexicana, existen grandes escritores, que plantean de manera maravillosa las características propias de la mujer mexicana, sus conductas estereotipadas, sus mitos y la propia educación familiar que viene de generación en generación. Rosario Castellanos (1975), es una gran

escritora que plasma en su obra "El eterno Femenino". obra teatral que planteara los problemas de ser mujer en un mundo condicionado por varones. "En "El eterno femenino" Rosario Castellanos arranca las máscaras, combate mitos y, ante un conflicto que no por dramático resultaba menos ambiguo e impreciso en el planteamiento, apunta con idioma ágil, jocosos y dúctil, contra la hipócrita complicidad de hombres y mujeres que se arrellanan en un status quo del que ambos sexos pretenden obtener ventajas y provechos. En los protagonistas de "El eterno femenino" reconoceremos el mismo sedimento que diera vida a vírgenes inocentes, a cónyuges pasivas, a analíticas esposas o a "abnegadas madres y a verdugos implacables". (Castellanos R., 1975, p. 12).

Inés Arredondo (1986), plasma en sus cuentos aspectos de la mujer mexicana con una delicadeza asombrosa. La maestra María del Carmen Millán, dice al respecto "-En pocas escritoras es posible atisbar en forma tan reveladora el otro y misterioso objeto de la relación amorosa, la mujer (no la abstracta si no la real), como en Inés Arredondo... se asoman rostros femeninos de variadas edades, características y situaciones prontos a revelar su secreto... figuran en sus cuentos "parejas felices, desconcertantes, monstruosas. Evas desterradas que viven en el drama eterno de los celos, el desamor, la ausencia.. la mayor parte de sus historias se desarrollan en la llanura costera del noroeste de Sinaloa". (1986).

Así como estas brillantes escritoras existen otras muchas como Elena Poniatowska, Luisa Josefina Hernández, etc; las cuales en sus diversas obras literarias reflejan la personalidad de la mexicana con una claridad asombrosa y maravillosa.

Cada una de ellas plasma la realidad objetiva en la que la mujer mexicana se desarrolla y las pautas de conducta que ha adquirido a lo largo de su vida, como lo es la dependencia hacia alguien y la necesidad de reconocimiento a través de un hombre, lo cual desgraciadamente lleva a la mujer a un trastorno de la personalidad por dependencia.

1. 1 Clasificación y Definición del Trastorno de la Personalidad por Dependencia.

Las aproximaciones a la definición de este trastorno han sido criticadas, puesto que se conoce como "el síndrome de la mujer abnegada" o "la mujer que ama demasiado", lo que presenta grandes deficiencias conceptuales y de confiabilidad, del mismo modo que se manejan dentro de un campo empírico y a nivel puramente superficial.

Por otro lado la bibliografía que maneja este trastorno se limita al análisis de los motivos, a la descripción del funcionamiento de las relaciones y a la exposición de casos, dando una explicación de la conducta de la mujer con este trastorno basándose en el supuesto de que reciben gratificaciones por

su conducta patológica los cuales manejan técnicas de autoayuda y superación y programas detallados para vencer el rol que ha llevado desempeñando a lo largo de su vida, presentando como mayor deficiencia la carencia de validez científica.

No obstante, es necesario establecer un parámetro para la presente investigación, por lo que retomaré la definición que sobre los trastornos de personalidad da el Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales de la sociedad americana de psiquiatría (DSM III, 1986), en virtud del uso internacional que se le da, en cuanto a que es base común de diagnóstico bien definido y correctamente estructurado.

A continuación se presentan el diagnóstico de los trastornos de la personalidad en general y el trastorno de la personalidad por dependencia, esto debido a que ambos se interrelacionan y brindan un enfoque más amplio y detallado:

TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD POR DEPENDENCIA

Los rasgos esenciales son un trastorno de la personalidad en el que el individuo permite pasivamente que los demás asuman responsabilidades en las áreas más importantes de su vida, debido a una falta de autoconfianza y a una incapacidad para funcionar independientemente; el individuo subordina sus propias necesidades a las de los demás, de los cuales depende, para evitar cualquier posibilidad de tener que fiarse de sí mismo.

Tales individuos dejan las mayores decisiones a los demás: por ejemplo, un adulto que padezca esta alteración adoptará típicamente un papel pasivo y permitirá que su esposo o esposa, decidan dónde han de vivir, qué tipo de trabajo deben tener y con qué vecinos deben relacionarse. Un niño o adolescente que presente esta alteración puede permitir a sus progenitores que decidan lo que se ha de poner, con quien debe relacionarse y cómo debe pasar el tiempo libre.

Generalmente, los individuos que padecen esta alteración se resisten a exigir a los demás (a la gente de los que dependen) por el temor a estropear estas relaciones y verse obligados a confiar en sí mismos. Por ejemplo, una esposa que padezca esta alteración, puede tolerar a un marido físicamente agresivo por el miedo de que la deje.

Los individuos que presentan esta alteración, invariablemente carecen de autoconfianza. Por ejemplo, un individuo con esta alteración, puede referirse constantemente a sí mismo como un "estúpido".

Sintomatología asociada.

Frecuentemente, se encuentran presentes otros trastornos de la personalidad, por ejemplo, el histriónico, el esquizotípico, el narcisista o el de evitación. La ansiedad y la depresión son también frecuentes. A menos que el individuo haya

conseguido asegurar una relación permanente que satisfaga sus necesidades de dependencia, existe invariablemente una gran preocupación por la posibilidad de ser abandonado.

El individuo que experimenta a menudo malestar cuando está solo por periodos de tiempo que no sean muy breves.

Deterioro

El funcionamiento laboral puede hallarse alterado cuando la naturaleza del trabajo requiere independencia. Las relaciones sociales tienden a limitarse a aquellos pocos individuos de los cuales el sujeto es dependiente.

Complicaciones

Las complicaciones más comunes son el trastorno distímico y la depresión mayor.

Factores predisponentes

La enfermedad física crónica puede predisponer a padecer esta alteración en los niños y en los adolescentes. Algunos creen que el trastorno por angustia de separación y el trastorno por evitación en la infancia y la adolescencia, predisponen el desarrollo de este trastorno.

Prevalencia e incidencia en cada sexo.

La alteración es aparentemente común pero se diagnostica con más frecuencia en las mujeres.

Antecedentes familiares

No existe información.

Diagnóstico diferencial

En la "agorafobia" es también frecuente la conducta dependiente pero el individuo tiene más posibilidades de insistir activamente para que los demás asuman su responsabilidad mientras que en el trastorno de la personalidad por dependencia, el individuo mantiene pasivamente una relación de dependencia.

Criterios para el diagnóstico de trastorno de la personalidad por dependencia

Las siguientes características del funcionamiento actual y a largo plazo del individuo, no se encuentran limitadas a episodios de enfermedad y causan incapacitación significativa del funcionamiento social o laboral, o bien malestar subjetivo.

A.- De una forma pasiva, permite que los demás asuman la responsabilidad en los asuntos más importantes de su vida, debido a su incapacidad para funcionar independientemente (por -

ejemplo, permite que el esposo o la esposa decida el tipo de trabajo que debe tener).

B.- Subordinan las propias necesidades a las de las personas de quien dependen para evitar cualquier posibilidad de tener que confiar en uno mismo, así por ejemplo, se tolera a un cónyuge abusivo.

C.- Falta de autoconfianza; por ejemplo, se ve a uno mismo como desamparado y estúpido". (D.S.M. III, pp. 340-41, 1986)

Trastornos de la personalidad

Los rasgos de personalidad son pautas duraderas de percibir, pensar y relacionarse con el ambiente y con uno mismo y se hacen patentes en un amplio margen de importantes contextos personales y sociales. Sólo en el caso de que los rasgos de personalidad sean inflexibles y desadaptativos, causen incapacitación social significativa, disfuncionalismo ocupacional o malestar subjetivo se habla entonces de trastornos de la personalidad. Las manifestaciones de los trastornos de la personalidad son reconocibles generalmente en la adolescencia, o incluso más temprano, y continúan a lo largo de toda la vida adulta, aunque a menudo se hacen menos patentes en la edad intermedia o avanzada.

Muchos de los rasgos característicos de los diversos -

trastornos de la personalidad, como el trastorno dependiente, paranoide, esquizotípico, o límite (borderline) pueden observarse en el contexto de otro trastorno mental como, por ejemplo, la depresión mayor. El diagnóstico de trastorno de la personalidad debe hacerse solamente cuando los rasgos característicos son típicos del funcionamiento a largo plazo del individuo y no se encuentran limitados a episodios concretos de alguna enfermedad.

Diagnóstico de los trastornos de personalidad
en niños y adolescentes

Determinadas alteraciones de la personalidad tienen una relación con las categorías de diagnóstico correspondientes a la Sección de trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia. La correspondencia entre los trastornos es la siguiente:

Trastornos de la niñez y la
adolescencia

Trastorno esquizoide de la niñez y la adolescencia

Trastorno de la niñez o la adolescencia por evitación

Trastorno de conducta
Negativismo

Trastorno de identidad

Trastornos de personalidad

Trastorno esquizoide de la personalidad

Trastorno de la personalidad por evitación

Trastorno antisocial de la personalidad

Trastorno pasivo-agresivo de la personalidad

Trastorno límite (borderline) de la personalidad.

Cuando los síntomas del trastorno esquizoide o por evitación de la niñez o la adolescencia continúan en la edad adulta, es decir, después de los 18 años, el diagnóstico debe cambiarse por el que le corresponde dentro de los trastornos de la personalidad. Algunos niños o adolescentes con trastornos de conducta, particularmente el tipo agresivo infrasocializado, pueden reunir los criterios del trastorno antisocial de la personalidad en la edad adulta, en cuyo caso debe cambiarse el diagnóstico. De manera semejante, algunos niños con negativismo, al llegar a la edad adulta, pueden presentar alguna alteración que reúna los criterios del trastorno pasivo-agresivo de la personalidad, en tanto que otros con trastornos de identidad pueden ser incluidos posteriormente dentro del trastorno límite (borderline) de la personalidad.

Las otras categorías de trastornos de la personalidad pueden aplicarse a los niños o adolescentes en aquellos casos poco frecuentes en los que los rasgos desadaptativos de personalidad parecen ser estables. Cuando se hace esto existe, obviamente, menos certeza de que el trastorno de personalidad persista inalterable durante el tiempo.

Sintomatología asociada

Frecuentemente, el individuo que presenta un trastorno de la personalidad, se encuentra insatisfecho con el impacto que su conducta tiene sobre los otros o por su incapacidad para -

funcionar efectivamente. Ello puede ocurrir incluso en el caso de que los rasgos que conducen a estas dificultades sean egosintónicos, es decir, que no sean considerados por el individuo como indeseables. En otros casos los rasgos pueden ser egodistónicos, pero el individuo puede sentirse incapaz de modificarlos, aun a pesar de grandes esfuerzos.

Las alteraciones del estado de ánimo que frecuentemente suponen depresión o ansiedad son muy frecuentes y pueden ser incluso la principal queja por parte del individuo.

Edad de comienzo y curso

Como se ha mencionado anteriormente, los trastornos de la personalidad empiezan por definición en la infancia o en la edad adolescente y son característicos de la mayor parte de la vida adulta.

Deterioro

Puede existir una marcada incapacitación del funcionamiento social y laboral. Cuando la actividad laboral se encuentra alterada, el deterioro es por lo general de larga duración, pero en otros casos puede ser episódico y adoptar la forma de periodos recurrentes de inhibición laboral (por ejemplo "bloqueo del escritor"). Con la excepción de los trastornos antisocial, esquizotípico y borderline, los individuos que presentan trastornos de la personalidad casi nunca requieren hospita

lización, a no ser que exista una alteración sobreañadida como trastorno por el uso de sustancias o depresión mayor.

Trastorno específico de la personalidad

Tradicionalmente, al diagnosticar los trastornos de la personalidad, el clínico suele ir en busca de un trastorno de la personalidad, único y específico, que describa adecuadamente el funcionamiento alterado de la personalidad del individuo. Lo habitual es que sea difícil encontrarlo, puesto que muchos individuos manifiestan rasgos no limitados a un único trastorno de la personalidad. En este manual pueden hacerse diagnósticos de más de un trastorno de la personalidad cuando el individuo reúna los criterios para cada uno de ellos.

Los trastornos de la personalidad han sido reunidos en tres grupos. El primero incluye los trastornos paranoide, esquizoide y esquizotípico. Los individuos que presentan estos trastornos, a menudo parecen "extraños" o excéntricos. El segundo grupo incluye los trastornos histriónico, narcisista, antisocial y límite o borderline. Los individuos que presentan estos trastornos, a menudo parecen teatrales, emotivos o erráticos. El tercer grupo incluye los trastornos de la personalidad, por evitación, por dependencia, compulsivo y pasivo-agresivo. Los individuos con estas alteraciones suelen estar ansiosos o temerosos. Finalmente, existe una categoría residual, los trastornos de la personalidad atípicos, mixtos u otros, -

que pueden utilizarse para los trastornos específicos de la personalidad o para cuadros que no se clasifican de acuerdo con las alteraciones específicas de la personalidad descritas en este manual.

Existe una gran variabilidad en cuanto al detalle con el que se acostumbran a describir los diversos trastornos de la personalidad y en cuanto a la especificidad de los criterios diagnósticos. Se describen con mayor detalle los trastornos estudiados más extensa y rigurosa como, por ejemplo, el trastorno antisocial de la personalidad" (D.S.M. III, pp. 319-21 - 1986).

1. 2 Aproximaciones terapéuticas del tratamiento para el trastorno de la personalidad por dependencia.

"Los pacientes con trastornos de la personalidad no tienen ninguna motivación fundamental para el cambio. Las recompensas positivas de placer de la conducta desviada tienen preponderancia sobre el sufrimiento contraído que pueden producirse". (Freedman, Sadock y Kaplan, 1984, p.403).

La anterior cita puede estar refiriéndose a que quizás no encuentran otra alternativa o al temor de afrontar las cosas independientemente.

El terapeuta puede concentrarse de manera deliberada en -

los aspectos inadaptativos del problema que sufre el paciente. Esta aproximación ofrece por lo menos la posibilidad de que el paciente se interese o incluso, aumentar temporalmente su malestar, mientras establece una relación que le mantendrá en tratamiento. O bien, pueden abandonarse las formas habituales de tratamiento individual en favor de una aproximación de grupo que le permita aprender nuevas técnicas interpersonales.

Freedman, Kaplan y Sadock (1984), proponen el principio de flexibilidad, es decir, que se acomoda fácilmente al dictamen de otro. "Está tratando con un paciente cuyas motivaciones están confundidas, su socialización está alterada, que las soluciones a sus problemas internos el terapeuta amenaza con quitarle, y cuyas quejas no tienen un comienzo separado en el sentido de la enfermedad sino que forman parte de la trama de su vida personal y su identidad".

"El paciente necesita modelos de los cuales aprender, personas con las que pueda identificarse, y una retroalimentación firme y segura sobre la naturaleza de su impacto emocional sobre los demás". (Freedman, Sadock y Kaplan, 1984).

Por otro lado la literatura psicoterapéutica presenta dificultad para entender los resultados, ya que generalmente son ambiguos puesto que carecen de la especificación del procedimiento, contenido y dirección del término, no obstante, la mayoría de puntos de vista de psicoterapia para los trastornos -

de personalidad se enfoca a modelos psicoanalíticos, los cuales tienen un reducido porcentaje de éxitos. (Wolpe, 1988).

La psicoterapia no directiva o de sostén se basa en la hipótesis de que muchos trastornos del comportamiento están causados por la pérdida de la capacidad de introspección y de autoanálisis por parte del enfermo. Ya que esta subordinada en notable medida a la relación interpersonal médico-paciente puede resultar ineficaz puesto que puede crear otro tipo de dependencia. (Pancheri, 1982).

En la actualidad la psicoterapia de grupo ha alcanzado una importante relevancia. Se basa en la interacción en condiciones controladas de un pequeño grupo de individuos con trastornos de interés psiquiátrico. Fomentan la catarsis, pero al igual que la anterior psicoterapia, crea una dependencia hacia el grupo. Su duración es larga y sus efectos terapéuticos no han sido completamente confirmados. (Wolpe, 1988).

Los psicoterapeutas creen muy fácilmente en la eficacia de sus propios métodos porque, como se ha mostrado repetidamente, el 40% o más de los pacientes mejoran notablemente con las terapias convencionales (no con la terapia de la conducta), a pesar de que las teorías y las prácticas difieren notablemente. El éxito que se tiene con ese grado de frecuencia proporciona un reforzamiento intermitente más que suficiente para mantener con

fuerza los hábitos terapéuticos. Pero el hecho de que los efectos benéficos sean bastantes uniformes indica que no son atribuibles a rasgos específicos de las terapias individuales, sino a algún proceso que es común a todas ellas: supuestamente el impacto emocional que tiene el terapeuta en el paciente, pues se supone que aquel es una persona sabia y competente en quien el paciente puede confiar. Nadie que se dé cuenta de estos efectos terapéuticos inespecíficos está en condiciones de sostener la potencia de sus prácticas particulares, a menos que se produzcan un porcentaje de recuperaciones que esté muy por encima del promedio común, o una recuperación más rápida. (Wolpe, 1988).

Durante la década pasada, apareció un número creciente de informes acerca del tratamiento satisfactorio de casos individuales o de grupos pequeños tratados con la terapia de la conducta. Muchos de los primeros trabajos fueron reunidos convenientemente en dos volúmenes editados por Eysenck. Un rasgo de estos informes de casos que es raro en la literatura de psicoterapia, es que casi invariablemente muestran relaciones temporales claras entre las intervenciones específicas y el cambio terapéutico. Esto junto con la gran replicabilidad predecible de los efectos, es realmente más impresionante que las comparaciones estadísticas que existen actualmente. (Wolpe, 1988).

HALLAZGOS EMPIRICOSHISTORIAS DE CASOSEntrenamiento Asertivo

En años recientes se ha publicado una cantidad considerable de historias de casos en los que se han empleado procedimientos de entrenamiento asertivo. En la mayoría de los casos no fue el adiestramiento afirmativo el único método; también se utilizaron la relajación y la desensibilización sistemática, como en los reportes a gran escala de Wolpe (1958) y Lazarus (1963). Por ello no se cuenta actualmente con evaluaciones basadas en suficientes muestras confiables de mejoría para el entrenamiento asertivo per se. En la siguiente sección se encontrará una apreciación más válida, ya que se presentan resultados experimentales controlados. Sin embargo, los resultados de historias de casos proporcionan como siempre, evidencia sugerente al lector, especialmente en relación con la gama de problemas sujetos al tratamiento. El material que se presenta está basado en reportes publicados en los que el entrenamiento asertivo fue la intervención terapéutica primaria.

Salter (1949), presentó 57 historias de casos en Conditioned Reflex Therapy, de los que la mayoría fueran expuestos a algunos de sus ejercicios exitatorios. Desgraciadamente faltan detalles, pero lo que puede ser de interés para el lector es la amplia variedad de problemas que se han tratado utilizando el enfoque de Salter. Una lista parcial abarca claustrofo-

bia, temor a la oscuridad, ruborización, temor a hablar en público, tendencias suicidas, homosexualidad y alcoholismo. Como antes se mencionó, el diagnóstico universal de Salter es la inhibición, por lo que no sorprende que casi toda queja presentada fuera tratada utilizando sus procedimientos exitatorios.

Wolpe (1958) describe tres casos exitosamente tratados con entrenamiento asertivo; el primero es el de un representante de ventas socialmente inseguro, quien recibió tratamiento en relación a contactos sociales y comerciales, así como de la infidelidad de su esposa. El segundo es sobre una mujer excesivamente sumisa y dependiente, especialmente con sus amantes (quienes finalmente la rechazaban). El tercer caso, sobre un varón tartamudo, quien típicamente retenía su ira hasta experimentar un exabrupto emocional. En relación al segundo y tercer casos, se reportaron seguimientos de 2 y 2 medio años." (Rimm y Masters, 1987, p. 132).

"Como se ha planteado, en comparación con otras formas de tratamiento, la terapia de la conducta es por lo general breve, habiendo evidencia de que esto es especialmente aplicable al entrenamiento asertivo. Wolpe (1958), tabuló los resultados de terapia de la conducta para 88 clientes, y en cinco casos el entrenamiento asertivo fue el enfoque primario de tratamiento. El número primario de entrevistas fue de 16, en contraste con el promedio de más de 45 para todos los clientes. Claro -

que el entrenamiento asertivo puede requerir de muchas mas sesiones, como en el caso analizado por Wolpe (1954), de una mujer con incompetencias sociales que requirió de 65 entrevistas. Es probable que el terapeuta encuentre ocasionalmente a un individuo tan "fóbico", que considere necesario aplicarle desensibilización antes de los procedimientos de entrenamiento asertivo, como en los casos reportados por Wolpe y Lazarus (1966)" (Rimm y Masters, 1987, p.133)

"Cautela (1966), describe el tratamiento en ansiedad persistente en tres casos. El primero es el de una chica con temor a la gente; el segundo, el de una mujer a punto de doctorarse que presentaba dificultades en sus relaciones con sus pa dres, así como sobre la crítica y el sexo; el tercer caso, es el de un hombre de edad madura dominado por su esposa e impotencia sexual. Todos recibieron entrenamiento asertivo, así como otros modos de tratamiento mostrando una marcada y durade ra mejoría. Lo mas interesante es la observación de Cautela - de que en cada caso de ansiedad persistente que había tratado, lo indicado fue el entrenamiento asertivo; lo cual es una valiosa observación, dado que los terapeutas de la conducta, en general no ven a este como el "tratamiento de selección" para la ansiedad persistente (por ejemplo, Wolpe, 1958, que sugiere la terapia de inhalación de bióxido de carbono)". (Rimm y Masters, 1987, p.135).

"Con la excepción de los casos estudiados por Salter -

(1949), la mayoría de las historias de casos relacionadas con el uso de la aserción, han enfocado problemas sobre la timidez. Por otra parte, los procedimientos de tipo asertivo se han utilizado con gran variedad de problemas clínicos obviamente no - relacionados con la timidez interpersonal. Por ejemplo, Edwards (1962) utilizó con éxito el entrenamiento asertivo (siguiendo a un tratamiento inicial de detección del pensamiento), con un hombre con una historia de 10 años de pedofilia. El - acrecentamiento de su asertividad dió como resultado mejores - relaciones matrimoniales". (Rimm y Masters, 1987, pp. 135-36).

Por otro lado se mencionarán algunos de los resultados experimentales para el tratamiento en grupo. "Recientemente se han presentado diversos estudios que examinan la efectividad - del entranamiento asertivo en grupo. En uno de dichos estu- dios, Lomont, Gilner, Spector y Skinner (1969) compararon la - efectividad del entrenamiento en grupo con la terapia de insi- ght. Los grupos se reunieron cada uno durante 1 y media horas por día, cinco días a la semana, por seis semanas. El entrena- miento consistió en un juego de roles altamente estructurado, - con asesoramiento del terapeuta, pero las respuestas no inclu- yeron la estimación conductual directa, sino que fueron res- tringidas a dos instrumentos de medición que normalmente se - usan para apreciar de manera mas bien amplia las dimensiones - de personalidad, el Inventario Multifacético Minnesota de Per- sonalidad (MMPI) y la lista de Comprobación Interpersonal Lea- ry. Si bien los resultados del MMPI mostraron un decrecimien-

to generalmente mayor en "patología" para los grupos de asertividad que para los de insight, los efectos fueron notablemente débiles. Dada la firmeza de los procedimientos de aserción empleados y la muy considerable cantidad de tratamiento (en contraste con los estudios citados) es muy probable que el uso de medidas conductuales más directas hubiera señalado marcada mejora.

Hedquist y Weingold (1970) compararon la efectividad del ensayo conductual en grupo con un enfoque de aprendizaje social (Mainord, 1967) también administrado en un ambiente de grupo. El ensayo conductual consistió en un juego de roles con retroalimentación correctiva, asesoramiento y modelamiento, -- mientras que el enfoque de aprendizaje social acentuó la solución de problemas dentro del contexto de honestidad y responsabilidad. El tratamiento tuvo una duración de seis semanas. La única medida de la efectividad terapéutica fue el propio reporte de los sujetos, sobre la frecuencia de respuestas de aserción verbal producidas in vivo. La mayoría de los experimentadores no confiarían completamente en el reporte de la mejora de los sujetos, aunque los autores mencionan algunas verificaciones sobre la validez de esta medición. El resultado fue que ambos grupos de tratamiento mostraron una mayor mejora que el grupo control, sin diferir entre ambos. En un seguimiento seis semanas después, las diferencias entre los grupos de tratamiento y el de control dejaron de ser estadísticamente significativos, aunque aun en el mismo sentido.

HALLAZGOS EMPIRICOSHISTORIAS DE CASOSTerapia Racional Emotiva

"En un informe, Ellis (1957) resume los resultados de 172 historias de casos, todos tratados por el autor. De la cantidad total, 16 casos se trataron con psicoanálisis ortodoxo, 78 recibieron psicoterapia psicoanalítica y 78 recibieron TRE. Como hemos señalado, la orientación terapéutica de Ellis cambió en forma gradual durante un lapso de varios años, por lo que el tipo de tratamiento que un cliente particular recibió, refleja su vía terapéutica a ese tiempo. Del primer grupo, el 50% mostró de acuerdo al informe, una mejoría definida, con un promedio de 93 sesiones de tratamiento. La cifra correspondiente para los pacientes que recibieron psicoterapia psicoanalítica fue del 73%, en un promedio de 35 sesiones. El grupo que recibió psicoterapia racional, de acuerdo con Ellis, mostró una escala de mejoría del 90%, con un promedio de 26 sesiones. Los casos correspondientes a la muestra de psicoterapia psicoanalítica y los de terapia racional, fueron seleccionados de acuerdo a importantes variables potenciales de edad, sexo, educación y diagnóstico. En vista de este procedimiento y de la considerable implicada muestra más grande, la comparación más válida es entre estos dos grupos. Aunque estos resultados parecieran suministrar apoyo a TRE, toda conclusión de ese tipo se debe calificar a través de la posible existencia de predisposiciones por parte del autor (hecho que -

Ellis admite en forma abierta)". (Rimm y Masters, 1987, pp.-461-462).

"Todas las historias de casos que a continuación revisamos, se presentan en Crecimiento a través de la razón" (Ellis, 1971a). Se presentan como indicación de los tipos de problemas clínicos exitosamente tratados con TRE. Geis (1971) dió tratamiento a un estudiante de secundaria de 17 años de edad - culturalmente excluido, a quien se había enviado a causa de - suicidio, depresión y una tendencia a ser altamente perfeccionista, junto con un intenso temor al fracaso. Durante el - transcurso de cerca de nueve sesiones, se vio elevado su nivel de confianza y el de depresión descendió. Durante la última - sesión, indicó que se las podía arreglar solo sin más terapia. Un seguimiento efectuado a los cinco años, reveló que era un - buen estudiante, tenía una vida social razonablemente activa - (antes del tratamiento nunca había tenido una cita) y seguía - siendo menos perfeccionista.

Ellis (1971) trabajó con un artista comercial de 26 años - de edad, quien estaba obsesionado con pensamiento de convertir se en homosexual, pese a tener una novia formal con la que tenía buenas relaciones sexuales. Ellis estructuró su problema - en términos de un miedo excesivo al rechazo, pensamientos de - minusvalía, y metas elevadas y poco realistas. En relación - con los pensamientos de homosexualidad, su ansiedad surgía no de una amplia posibilidad que se convirtiera en un homosexual-

permanente, sino más bien, de la percepción de las horrosas-consecuencias que produciría el que tal cosa ocurriera. El tratamiento se enfocó sobre la aceptación de sí mismo (incluyendo la aceptación de la posibilidad de la homosexualidad) y para la sexta sesión el cliente informó que había mejorado en forma notable. Para la sesión número 13, el cliente estaba listo para interrumpir la terapia y al efectuarse un seguimiento seis meses después, informó que ya no tenía los pensamientos obsesivos de convertirse en homosexual, que sus relaciones con la novia eran mejores que nunca y que empezaba a aceptarse a sí mismo bastante bien.

Un segundo caso del que informa Ellis (1971), es sobre una chica de 23 años de edad que sufría de graves sentimientos de culpa a causa de que no había logrado adaptarse a las reglas establecidas por sus padres de mente estrecha, excesivamente religiosos y perfeccionistas. Su propio perfeccionismo le había impedido dedicarse a la escritura literaria (pese a su obvio talento), interfiriendo también en sus relaciones con el sexo opuesto. Durante el tratamiento se la instruyó para que examinara sus puntos de vista sobre religión, conducta sexual, perfección y necesidad de ser amada. Hacia el final de la cuarta sesión individual y varias de grupo, informó que estaba actuando bien y que podía hacerlo sin más tratamiento. Un seguimiento efectuado 12 años después reveló que había realizado un saludable matrimonio y que lo mantenía exitosamente; que

se dedicaba a la escritura de libros y que encontraba considerablemente satisfactoria la práctica de su trabajo". (Rimm y Masters, 1987, p.465).

Las historias de casos arriba citadas tienen un tema común de perfeccionismo y temor al fracaso y su consecuente rechazo.- Para Ellis y sus seguidores, las actitudes de esta naturaleza general, sirven como base a respuestas de desadaptación, y no es sorprendente que las historias de casos se lleguen a conceputar en dichos términos.

En cuanto a los resultados experimentales Rimm y Masters - (1987) dicen -"La investigación relacionada con la terapia racional emotiva se puede dividir en dos categorías. La primera trata sobre si las autoverbalizaciones en efecto ejercen algún control sobre la manera en que nos sentimos y comportamos.

"En dos estudios (Meichenbaum, 1971; Meichenbaum y Goodman, 1969) se encontró que los niños cuyo modo de resolver problemas era notablemente impulsivo, tendían a practicar una manera menos autoregulatoria del habla que otros niños menos impulsivos en sus conductas de solución de problemas. Estos hallazgos apoyan el punto de vista de que las actividades cognoscitivas, -- ejercen un efecto sobre la conducta .

La segunda categoría de investigación trata sobre los intentos directos por modificar la conducta, utilizando los prin-

cipios de TRE. En uno de estos estudios, Maes y Heimann (1970) hicieron una comparación sobre la efectividad de TRE, terapia centrada en el cliente y desensibilización sistemática, con estudiantes de secundaria ansiosos de test. Los tratamientos de administración durante 10 sesiones de entrenamiento abarcando un periodo de cinco semanas. Las mediciones de respuesta eran el autorreporte de ansiedad, ritmo cardiaco y respuesta galvánica de la piel. Después del tratamiento, se solicitó al sujeto que se imaginara que se encontraba a punto de presentar un examen, en cuyo momento se administró el inventario de ansiedad. Después de esto se le proporcionó un test de concepto de maestría (descrito como test de inteligencia), tomándose mediciones psicológicas mientras respondían. Si bien el inventario de ansiedad no mostró distinciones entre los grupos de tratamientos, para las mediciones psicológicas, los sujetos de de sensibilización y de TRE mostraron una reactividad emocional significativamente menor que los de terapia centrada en el cliente, o los sujetos de un cuarto grupo control sin tratamiento. No se tienen informes de seguimiento alguno.

En una investigación en extremo cuidadosa, Meichenbaum, Gilmore y Fedoravicius (1971) compararon la efectividad de un grupo de TRE con otro de desensibilización en el tratamiento de la ansiedad en el habla. Un tercer grupo de sujetos recibió desensibilización de grupo seguida por una combinación de TRE y desensibilización de grupo. Un cuarto grupo sirvió como control de atención, y un quinto fue de control de lista de es

pera. El tratamiento se llevó a cabo en ocho sesiones de una - hora.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2. 1 Entrenamiento Asertivo

ENTRENAMIENTO ASERTIVO SISTEMATICO

El presente estudio está basado en los estudios realizados por Manuel J. Smith, Joseph Wolpe y en la Terapia Racional Emotiva del Dr. Ellis. Los cuales ofrecen una sistematización y una tecnología del adiestramiento y ayuda, que lleva a incrementar la confiabilidad de las mismas.

"El entrenamiento asertivo es aplicable predominantemente al descondicionamiento de hábitos de respuesta de ansiedad inadaptiva que se presentan como respuesta ante la gente con la que el sujeto interactúa. Hace uso de las emociones inhibidoras de la respuesta de ansiedad que provocan en él las situaciones de la vida diaria. Un gran número de emociones, principalmente las "agradables", parecen implicar acontecimientos corporales que compiten con la respuesta de ansiedad. (Wolpe, 1958; tomado de Rimm y Masters 1987). Todas las categorías de estímulos-vistas, sabores, sonidos, palabras- pueden ser fuentes de tales emociones debido a su armonía perceptual inmediata (efecto estético) o debido a un condicionamiento previo; por ejemplo, un perfume puede ser condicionado ante fuertes sentimientos románticos. De modo semejante, otra persona puede despertar aprobación, afecto, admiración, aburrimiento o ira, u otros sentimientos, cada uno de los cuales produce respuestas corporales que son diferentes de la respuesta de ansiedad y que posiblemente compitan con ella. Parece que cuando -

estas emociones son exteriorizadas en conducta motora, aumentan su intensidad, y cualquier respuesta de ansiedad que es provocada por una situación dada tiene más probabilidades de ser inhibida. La conducta asertiva se define como la expresión adecuada dirigida hacia otra persona de cualquier emoción que no sea la respuesta de ansiedad". (Wolpe, 1988).

"Desde que Leschke (1914) hizo un primer estudio, ha habido relativamente pocas investigaciones psicofisiológicas sobre las interrelaciones existentes entre los diversos estados emocionales. Arnold (1945) reunió las evidencias de un antagonismo fisiológico entre la ira y la ansiedad. Ax (1953) expresó sus dudas al respecto, aunque sus propios datos apoyaban en cierta medida tal hipótesis. Más tarde, Arnold (1960) recolectó aún más datos que lo apoyaban. Investigaciones soviéticas-recientes (Simonov, 1967) han producido evidencias inequívocas de la existencia de centros diferentes y recíprocamente inhibitorios de la ira y de la ansiedad en el mesencéfalo. Mediante drogas e intervenciones quirúrgicas es posible suprimir uno de esos patrones de respuesta emocional, lo cual da como resultado la facilitación del otro. (Wolpe, 1988).

En 1949 Andrew Salter publica en los Estados Unidos un libro titulado "Conditioned Reflex Therapy", en el cual lanzó la hipótesis, con evidente influencia pavloviana, de que los trastornos neuróticos en el ser humano eran resultado de una inhibición cortical. Salter, con el tiempo, se ha convertido en -

un importante parámetro histórico dentro del desarrollo de la terapia de la conducta por su contribución del "entrenamiento-asertivo". En el que reducía la terapia a seis ejercicios conductuales.

Simultáneamente, el sudafricano Joseph Wolpe, también interesado en esta área de la conducta humana, intenta conformar una técnica para entrenamiento asertivo, pero con concepciones distintas de las planteadas por Salter. La concepción Wolpiana, que descansa en las enseñanzas de Hull, gira en torno a - que "...la ansiedad podía ser inhibida si se apareaba sistemáticamente el estímulo que la provoca con respuestas incompatibles (relajación o aserción)".

J. L. Moreno, A. Lazarus y G. Kelly terminan de conformar el panorama histórico de ésta; Moreno, comenzó a trabajar con la técnica desde 1950, primero a base de dramatización de los conflictos y luego, en 1953, ideó un programa para el tratamiento de muchachas delincuentes. Generalmente, el psicodrama se ha usado como recurso para solucionar "conflictos intrapsíquicos", más que para corregir déficits conductuales, lo cual hace obvias las diferencias con el entrenamiento en asertividad. Además su estructura es claramente psicoanalítica y sus metas terapéuticas; la catarsis y el insight, se salen del contexto conductual.

En 1955, G. Kelly, por su parte, propuso la Terapia del -

rol fijo, interesante mezcla de recursos de la psicología cognitiva y conductual. En esta terapia se instruye al paciente para que represente el rol de una persona libre de ansiedad y la inadecuación que él sufre, intentando adoptar en forma ficticia la manera de percibir el mundo de ese sujeto imaginario: esto se hace continuando de manera sistemática hasta que el paciente ya no sienta que está "actuando".

Hoy, a 30 años de Salter, podemos decir que el entrenamiento en aserción es una de las aproximaciones más antiguas - dentro de la terapia de la conducta y, a pesar de que la primera experiencia bien controlada sobre esta materia no aparece - sino hasta 1970, ya pasan de 150 las investigaciones sobre entrenamiento asertivo. No obstante, será necesario lograr mayores experiencias para aclarar parámetros tales como la generalización de los efectos terapéuticos a la vida real del paciente, el efecto de la motivación personal en los resultados - que evidencie la superioridad como recurso clínico ante terapias tradicionales de distinta orientación y que ratifique definitivamente que el entrenamiento en asertividad sea el tratamiento más adecuado para personas con déficit en sus habilidades para la interrelación personal.

ASERCION

No ha sido empresa fácil lograr consenso para una definición del término aserción. Para Wolpe y Lazarus es "toda ex-

presión socialmente aceptable de derechos y sentimientos personales, lo cual incluye rechazos, reclamos, expresiones de premio y afecto, y exclamaciones de sentimientos personales tales como la satisfacción, disfrute y rabia".

Alberti y Emmons intentan definir la aserción mediante un proceso de "exclusión" y postulan: "Aserción es una conducta que evita los extremos. No es pasividad, negarse a sí mismo, inhibirse, ser inadecuado, más tampoco es agresividad, lesionar a otros ni abuso o defensa permanente. Sería un punto de equilibrio de justa autovaloración, con habilidad para la expresión adecuada, independiente y efectiva. "No obstante, continúa siendo un problema para los investigadores precisar un concepto ideal, libre de valores abstractos y vagos, que siempre representan un obstáculo en la evaluación a nivel clínico.

Las investigaciones y experiencias son estimulantes en relación con el futuro terapéutico de las técnicas para mejorar la asertividad. Se han realizado múltiples programas utilizando estudiantes, se ha intentado su uso en trastornos de dicción relacionados con ansiedad, y ya hay reportes positivos en variadas situaciones clínicas como psicosis crónicas, alcoholismo y cada vez se amplía más el radio de acción de este recurso terapéutico.

En la actualidad es preciso aclarar que el concepto de en

trenamiento asertivo o entrenamiento en asertividad, muy frecuentemente utilizado, debe conservarse como un criterio amplio para denotar una intención terapéutica y no para referirse específicamente a la técnica, ya que han proliferado múltiples esquemas clínicos que, mediante el uso de variados recursos, persiguen un mismo fin; mejorar la asertividad. Así, encontraremos incluso que métodos terapéuticos que combinan componentes similares han recibido distintos nombres; Entrenamiento conductual, de Mc Fall y Twentyman; Efectividad personal, de Liberman; Terapia estructurada de aprendizaje, de Goldstein; Técnicas de replicación conductual, de Kanfer y Phillips; Psicodrama behaviorístico, de Wolpe, Ensayo de Roles, de Lazarus.

Por otra parte, debemos recordar un término muy en boga en los últimos años: Entrenamiento en habilidades sociales (Social Skill training), destinado a significar la intención mas que la técnica específica, y que en cierta medida ha venido a sustituir al de "entrenamiento asertivo" quizás razonablemente ya que abarca dos grandes áreas: 1) el entrenamiento en aserción y 2) el entrenamiento en habilidades humanas específicas, tales como relaciones familiares, sociales, laborales, etc. (Senior, 1983).

La conducta asertiva es la conducta interpersonal que implica la expresión honesta y relativamente recta de los sentimientos. En términos simples, el entrenamiento asertivo abarca todo procedimiento terapéutico tendiente a incrementar la -

capacidad del cliente para adoptar esa conducta de manera socialmente apropiada. Usualmente las metas conductuales incluyen expresión de sentimientos negativos como el odio y el resentimiento, pero a menudo los procedimientos asertivos se emplean para facilitar la expresión de sentimientos positivos, como el afecto o el elogio.

Se supone que la asertividad incrementada beneficia al cliente en dos formas significativas: en primer lugar se considera que comportarse de manera asertiva inspirará un mayor sentimiento de bienestar. En segundo lugar, se admite que al comportarse de manera más asertiva, el cliente será más capaz de lograr recompensas sociales (así como materiales) significativas, obteniendo así mayor satisfacción en la vida. (Rimm y Masters, 1987).

El logro de tan importantes metas requiere mucho más que meras emociones irreflexivas y espontáneas, por lo que el terapeuta debe presentar considerable atención a las consecuencias interpersonales que pueden surgir al adoptar conductas del tipo asertivo. En particular el terapeuta debe esforzarse por reducir la probabilidad de que la asertividad nuevamente encontrada en el cliente presente serias consecuencias de maltrato o destructividad. (Rimm y Masters, 1987).

Son numerosas las situaciones en las que la conducta asertiva es el instrumento terapéutico adecuado. En casi todos

ellos encontramos que el paciente se inhibe de la ejecución de una conducta "normal" debido a un miedo neurótico. El estar inhibido de decir o hacer cosas, las cuales a un observador, le parecen razonables y correctas. Puede ser incapaz de quejarse del mal servicio de algún lugar por temor a lastimar los sentimientos de alguien; puede ser incapaz de expresar diferencias de opinión con sus amigos por miedo a no caerles bien. Aparte de las cosas que no puede hacer debido al miedo, puede haber otras que no pueda dejar de hacer. Por ejemplo, puede compulsivamente pedir la cuenta de la comida una y otra vez, para evitar el miedo de contraer una obligación.

Debe notarse que las respuestas de ansiedad interpersonal del tipo antes ejemplificado llevan a veces a canalizar las pulsiones innatas por caminos inadaptativos. El miedo provocado por compañeros, subordinados, superiores, y relaciones heterosexuales puede llegar a producir en algún momento el apartarlo de compañías sexuales normales, y hacerle caer en desviaciones como el homosexualismo, la pedofilia o el exhibicionismo. En otros casos, la supresión de la acción que daría expresión externa a los sentimientos (emociones) tiene como resultado un trastorno interno continuo, lo que puede producir síntomas psicósomáticos e incluso un cambio patológico en los órganos predispuestos. En todos estos casos, la estrategia correcta de tratamiento se dirige no al objetivo manifiesto (como la desviación sexual per se), sino a las ansiedades interpersonales -

neuróticas que generalmente son susceptibles de un entrenamiento asertivo.

Una historia clínica muy común en los pacientes que requieren de un entrenamiento asertivo es la de que, en sus primeras enseñanzas, se destacaron excesivamente las obligaciones sociales, lo que engendró en el paciente el sentimiento de que los derechos de los otros son más importantes que los propios.

Las intervenciones del terapeuta están dirigidas a aumentar todos los impulsos que lleven a la provocación de las respuestas inhibidas, en espera de que con cada provocación habrá, recíprocamente, una inhibición de la respuesta de ansiedad, lo cual dará como resultado algún grado de debilitamiento del hábito de la respuesta de ansiedad (Wolpe, 1958). Mientras tanto, la conducta motora es reforzada por sus consecuencias sociales favorables, como lograr controlar una situación social, la reducción de la respuesta de ansiedad y la posterior aprobación del terapeuta. De modo que el contracondicionamiento de la respuesta de ansiedad y el condicionamiento operante del acto motor ocurren en forma simultánea, facilitándose mutuamente. El condicionamiento operante de la conducta asertiva se emplea por sí solo con cierta gente que carece de aquella, no debido a la respuesta de ansiedad, sino porque simplemente no ha adquirido los hábitos motores adecuados para ciertas situaciones sociales.

Como todos los métodos sobre la terapia de la conducta, el entrenamiento asertivo se aplica en situaciones específicas en las que hay evidencias de que es necesario. Algunos pacientes no son asertivos en una gama muy amplia de interacciones, y para éstos es descriptivamente adecuada la apelación de Salter (1949) de "personalidad inhibitoria". En estos casos, casi cualquier interacción social puede ser conveniente para un entrenamiento asertivo. Pero en otros, las indicaciones están relacionadas con situaciones específicas y particulares. Encontramos pacientes que pueden manjear competentemente a comerciantes y a extraños, pero que son tímidos y sumisos con cualquiera que sea importante, como una madre, una esposa o una amante, o con solo una de estas personas. Por el contrario, hay los que dominan (y ocasionalmente tiranizan) a los socios cercanos, pero son temerosos, torpes e ineficientes en diversos grados, en sus relaciones con los del "grupo externo". (Wolpe, 1988).

En términos generales, cuando un individuo presenta deficiencias en habilidades sociales (aun cuando no presente angustia en las situaciones críticas, lo cual es raro), el entrenamiento asertivo será lo mejor. Claro que se puede desensibilizar al cliente en lo que corresponde a sus ansiedades sociales, pero ello no garantiza que una vez dejado a sus propias capacidades adquiera conductas interpersonales efectivas. El entrenamiento asertivo tiene la ventaja de atender a la ansiedad y

las deficiencias de conducta al mismo tiempo. Aunque por otra parte, cuando la ansiedad se presenta en situaciones que normalmente no requieren de ninguna conducta social activa (ver - sangre) la desensibilización es lo mejor.

Es frecuente que el terapeuta trate con personas cuya ansiedad se relaciona con la expresión de ira. A menudo la ansiedad conduce a la supresión total de las expresiones de hostilidad en el intercambio final, aunque algunas veces el individuo expresa ira en forma ambivalente o apolotética, produciendo un desempeño ineficaz e insatisfactorio. La incapacidad de expresar la ira en ocasiones conduce directamente a un estado pasivo-agresivo de enfrentarse a la hostilidad. La agresión pasiva es la clasificación que los clínicos dan a las conductas que tienen por objeto castigar a otro en forma indirecta (con frecuencia, induciendo culpa). Si el individuo es diestro en lo anterior, su víctima le brindará una oportunidad de revancha inmediata, ya que usualmente no logra identificar la conducta de su atacante como agresiva o punitiva. Desafortunadamente para el individuo que regularmente muestra agresión pasiva, su víctima tarde o temprano empezará a sentir resentimiento y a evitar al agresor. Los individuos que manifiestan patrones persistentes de conducta pasiva-agresiva no tendrán muchas relaciones duraderas satisfactorias, situación que los conduce a buscar ayuda terapéutica.

De los diversos tipos de problemas interpersonales que -

pueden tratarse con el entrenamiento asertivo, entre los más difíciles de tratar se cuentan aquellos que están asociados con la ira no expresada (o expresada indirectamente). Las personas que tienen dificultades para expresar ira creen no sólo que es erróneo expresarla abiertamente, sino que igualmente erróneo es "tener pensamientos de ira". De hecho, el lector podrá reconocer esta creencia como una norma ética explícita de ciertas religiones organizadas. Desafortunadamente, los individuos así adoctrinados no son inmunes a la dañante conducta de otros, lo que significa que son tan susceptibles al odio como cualquiera de nosotros, pero se prohíben admitirlo a sí mismos y mucho menos a un terapeuta. Por tanto, se presenta al terapeuta una tarea múltiple: primero, debe identificar correctamente el grado en que su paciente experimenta hostilidad en sus interacciones cotidianas, a cuyo respecto, el terapeuta le es útil reflexionar si él (o la persona "promedio") experimentaría ira en las situaciones de que se trata, y si la expresión facial y el tono de voz del cliente reflejan ira. Algunos sujetos, cuando se enfrentan a la posibilidad de que ciertas situaciones sean molestas o que provoquen ira, responden con un "no era tan importante" o "no tiene caso enojarse por eso". Muchas de las respuestas de este tipo pueden reflejar un buen tanto de ira latente. Tampoco deberá confundirse el terapeuta con la afirmación de que "cuando se enoja, sí que explota" lo que se puede traducir como: "aunque rara vez se justifica que yo muestre o sienta enojo, algunas situaciones son tan erróneas e injustas que tengo que reaccionar".

Una vez que el terapeuta ha reunido pruebas suficientes de que la hostilidad no expresada constituye un problema, su siguiente labor consiste en convencer al cliente de ello, lo que no es menor empresa. Decir a quien cree que sentir ira es inmoral, que está enojado, equivale a decir a una solterona victoriana que es hipersexual. Una confrontación prematura probablemente enojaría al cliente, el cual podría sonreír y asentir con la cabeza demostrando su acuerdo, pero experimentaría sin remedio una oleada de resentimiento hacia el terapeuta, reacción que podría dar como resultado que el cliente pusiera fin a la terapia. Recomendamos que primero se establezcan sentimientos de confianza y que la persona que es objeto de los sentimientos hostiles del cliente, sea tratada en forma gradual. Para algunos clientes esto puede significar que se trata con sentimientos ligeramente enojosos que ocurren en situaciones insignificantes, mientras que para otros, el área general se abordará mediante el empleo de sinónimos (se admite que de naturaleza eufemista) como "irritado" u "hostil". Por último, una vez persuadido el cliente de que tiene sentimientos de enojo, puede ya iniciarse el entrenamiento asertivo.

Así como es difícil encontrar un cliente que ofrezca la petición no solicitada de ayuda al expresar hostilidad, también es raro que los clientes verbalicen en forma espontánea que sienten amor o afecto por otra persona, pero que no saben compartir esos sentimientos, si bien este es un problema bastante común. Por tanto, un cliente podría decir a su terapeu-

ta que ama a su esposa, pero que "no tiene que decirse lo" porque ella "lo sabe", es decir, que ella puede "leerlo entre líneas". En realidad, no es rara la implicación de que es responsabilidad de la otra parte saber en cierta forma que es amada o apreciada. Conviene señalar que en cualquier relación - que implique sentimientos intensos, las señales débiles se pierden, y los sentimientos de afecto, cordialidad y amor deben hacerse muy explícitos, al menos ocasionalmente. Pero por lo general el cliente parece estar más deseoso de "hacer suyos" los sentimientos honestos y positivos pero comunicados en forma inadecuada, en vez del resentimiento o la ira, probablemente debido a que la cultura es mucho más tolerante a la expresión de sentimientos positivos. Por otra parte, hay muchas - personas (especialmente hombres) que creen que expresar amor y afecto es señal de debilidad. La tarea del terapeuta será cambiar esta actitud del cliente, indicándole cómo interpreta la mayoría de la gente las expresiones honestas de sentimiento positivo, como signo de fuerza y de confianza.

Una emoción que presenta dificultades particulares en - cuanto al diagnóstico, son los celos. Este rótulo tiene diversos significados en nuestra cultura, pero nos estamos refiriendo específicamente a sentimientos de ansiedad y resentimiento, cuando nos amenaza la posibilidad de perder ante un rival a la persona que amamos. Los celos exagerados, especialmente cuando carecen de fundamentos, han destruido más de una relación -

y las estrategias terapéuticas para tratar este problema bien pueden incluir una combinación de desensibilización sistemática y terapia racional emotiva.

Aunque los sentimientos ocasionales de celos leves son normales o inevitables, muchos individuos se rehusan a admitir que los tienen, tal vez debido a que los colocan en la misma categoría que la ira o el egoísmo. Ciertas personas están imbuidas en una técnica de amor totalmente generoso, que no puede existir realmente entre hombre y mujer comprometidos en una relación amorosa. Dadas las expectativas normales y un grado también normal de posesividad, en ocasiones se experimentarán celos. Es frecuente que una parte trate deliberadamente de inducir este sentimiento en la otra para poner a prueba su amor. El que no responda en forma regular puede conducir al otro a emprender una acción más drástica (por ejemplo, encuentros sexuales consumados en vez de flirteo casual en una reunión) para convencer al compañero de que, en realidad hace falta amor.

Como en el caso de hostilidad, el terapeuta debe discernir si su cliente está experimentando celos. Nuevamente, el plantearse la pregunta: ¿Sentiría celos la persona promedio en una situación así? probablemente resultará de valor para el diagnóstico. Los problemas que implican el persuadir al cliente de que reconozca estos sentimientos (y de que vea el beneficio terapéutico de expresarlos de manera razonable) son

semejantes a los que surgen en relación con la ira inexpresada. Aquí también se recomienda el enfoque amable.

Como se ha visto, la asertividad (o su carencia) no constituyen un rasgo muy persistente; es decir, una persona puede ser muy asertiva en una situación, pero tímido e ineficaz en otro conjunto de circunstancias similares. Absolutamente esencial es que el terapeuta esté consciente de ello para que no caiga en conclusiones prematuras y falsas que estorben el curso del tratamiento.

En resumen, los problemas de diagnóstico relacionados con una carencia de asertividad se facilitan mediante el empleo de instrumentos de evaluación estructurados, aunque la definición precisa de áreas de dificultad requiere de entrevistas cuidadosas. El entrenamiento asertivo por lo general procede cuando el cliente es capaz de expresar sus sentimientos de manera personalmente satisfactoria y socialmente efectiva. Las indicaciones para el entrenamiento asertivo incluyen signos evidentes de ansiedad interpersonal o la evitación habitual de interacciones sociales importantes, así como signos no manifiestos u obvios de que el cliente está experimentando emociones intensas pero no expresadas, especialmente ira, resentimiento o celos. La falta de asertividad debe considerarse como un déficit conductual relacionado con situaciones específicas, y no como rasgo general de personalidad. (Rimm y Masters, 1987).

Suponiendo que el terapeuta ya está convencido de que algunos de los problemas que presenta su cliente reflejan falta de aserción, la siguiente tarea será la de informar al cliente sobre el entrenamiento asertivo y obtener su cooperación.

Cuando tratamos de resolver algún conflicto en nuestro mundo moderno, civilizado, mediante la agresión o la huida, nunca lo hacemos abiertamente. Reaccionar de cualquiera de esas dos maneras no está muy bien visto. Desde chiquillos nos enseñaron que no debíamos luchar, que no debíamos darle en las narices a los otros niños. También nos enseñaron que teníamos que ser valientes y no huir corriendo de la gente que nos diera miedo. La mayoría de los chiquillos de la clase media, en la sociedad occidental, reciben de sus padres enseñanzas parecidas. Se nos adiestra a aceptar el conflicto pasivamente. "No devuelvas los golpes", "Aguanta firme", son dos métodos pasivos, ambos. Cuando alguien nos juega una mala pasada, por ejemplo, raras veces reaccionamos abiertamente. Nos enseñaron a limitarnos, a rechinar los dientes en silencio y a jurar para nuestros adentros que tomaremos represalias algún día. (Smith, 1983).

Cuando reaccionamos exclusivamente a través de la agresión o de la huida, nos sentimos además pésimamente, puesto que esos modos de comportamiento llevan siempre asociadas las desagradables emociones de la ira o el miedo. Sin embargo,

las emociones negativas de la ira, el miedo y la depresión tienen un valor para la supervivencia. (Smith, 1983).

Antes que el entrenamiento asertivo pueda iniciarse, el paciente debe aceptar su razonabilidad. Algunas veces el sometimiento a las necesidades de los demás está vinculado a la filosofía general de que es moralmente bueno poner los intereses de los demás antes que los propios. Esto se encuentra con mayor probabilidad en cristianos devotos. El autor afirma que este tipo de conducta es una proposición práctica solo para individuos santos, y que, en el caso de cualquier otro, la biología impone un sacrificio a la conducta que es contraria a los intereses del organismo. Además, mientras sean socialmente ansiosos, no tienen más alternativa que la de comportarse como lo hacen, pero más tarde, cuando esta ansiedad haya sido descondicionada, tendrán la opción de ser magnánimos a veces. -- (Wolpe, 1988).

A la mayoría de los pacientes se les puede hacer ver la necesidad de una asertividad adecuada. Sin embargo, algunos siempre han estado conscientes de eso. Pero, el propio hecho de darse cuenta, por claro que esté, no produce ningún cambio. El terapeuta debe ayudar al paciente a transformar el darse cuenta, en acciones. A menudo todo lo que se necesita es instar y aguijonear. Esto consiste en parte en hacer hincapié en las desventajas de la no asertividad -el derrotismo inevitable--

ble que produce, sus consecuencias emocionales a menudo desagradables, la imagen desfavorable que da a los demás- y en parte en prometer que habrá un incremento de la facilidad de ejecución de los actos asertivos conforme disminuya la respuesta de ansiedad. Wolpe les dice a los pacientes que el poder de ser asertivo crece con la acción del mismo modo que lo hace una bola de nieve que rueda colina abajo. A veces es útil citar algún ejemplo de uno o dos casos anteriores.

El momento adecuado para iniciar el entretenimiento asertivo surge con frecuencia, de modo muy natural, de la narración que hace el paciente de algún incidente reciente. Puede encontrarse un punto de partida alternativo en las respuestas del paciente al Inventario de Personalidad de Willoughby, especialmente si hay un gran número de respuestas ante las siguientes preguntas: ¿Es fácil lastimar sus sentimientos? ¿Es usted tímido? ¿Lo lastiman mucho las críticas? ¿Es usted consciente de sí ante sus superiores?.

Para tomar como ejemplo la primera de ellas, el terapeuta pediría un ejemplo de una situación que lastime los sentimientos del paciente, y seguiría esta misma línea de acción inquiriendo cómo manejaría él la situación. Si el manejo no fue asertivo, el terapeuta propone un sustituto que si lo sea.

Una vía útil para iniciar la asertividad en "grupos externos" puede partir de preguntar al paciente cómo se comporta en

diversas situaciones fijas. Durante algunos años el autor ha formulado estas cinco preguntas:

1. ¿Qué haría usted si después de haber comprado un artículo en una tienda al salir descubre que le falta dinero en su cambio?
2. Suponga que, al llegar a casa después de comprar un artículo por el camino, encuentra que tiene un ligero defecto. ¿Que haría?
3. ¿Qué haría si estando formado en una cola, alguien se le pone delante (por ejemplo, en el teatro)?
4. En una tienda, mientras usted espera que el empleado atienda al cliente que está antes que usted, llega otro y también espera. ¿Qué haría si el empleado dirigiera después su atención a ese cliente antes que a usted?
5. Usted ordena la carne a medio asar y se la traen bien asada. ¿Cómo manejaría la situación?

En todas estas situaciones, la persona debe ser capaz de defenderse. Mientras no lo haga, debe aplicarse el entrenamiento asertivo. (Wolpe, 1988).

Cada vez que el paciente, al expresar su enojo, inhibe su respuesta de ansiedad, debilita en alguna medida el hábito de ansiedad. Pero la ansiedad no es el único componente de la -

conducta instigada. También hay conducta verbal nueva. Lo que reforzará la tendencia del paciente a hablar en voz alta y por lo tanto más asertivamente.

En los pacientes que sienten una gran ansiedad por la asertividad, puede ser necesario graduar las tareas de una manera análoga a la desensibilización. En conjunto, es una buena práctica hacer de esto una regla general. En las palabras de Salter (1949), pionero de las técnicas asertivas, dice: "La terapia debe empezar en donde el nivel de inhibición del paciente es menor".

Salter propuso seis modos de conducta de empleo general para ser utilizados por los pacientes que requieren de un entrenamiento asertivo (Salter lo llama "excitación"). Estos son:

1. Externar los sentimientos. Con esto Salter se refiere a la verbalización deliberada de las emociones sentidas espontáneamente.
2. Expresión facial. Esto es, mostrar la emoción en la cara (y con movimientos) cuando sea apropiado.
3. Contradiga y ataque. Cuando el paciente discrepa con alguien, no tiene que fingir que está de acuerdo, sino contradecirlo con tanto sentimiento como sea razonable.

4. El uso de "yo". La palabra "yo" se emplea tanto como sea posible de modo que el paciente se implique en las afirmaciones que hace.
5. Expresa estar de acuerdo cuando sea elogiado. Los elogios no deben evitarse sino aceptarse honestamente. El autoelogio también debe hacerse cuando sea razonable.
6. Improvise. Trate de dar respuestas espontáneas ante estímulos inmediatos.

Algunas actividades relacionadas con las anteriores se apartan de las reglas del buen trato: preguntar "¿por qué?" en vez de aceptar afirmaciones ex cathedra; mirar a la gente a los ojos y evitar el justificar las opiniones de uno.

A continuación se presenta una muestra de afirmaciones asertivas que expresan hostilidad o encomio. Las primeras son más numerosas porque es fácil que sean pertinentes más a menudo para las necesidades de la terapia.

AFIRMACIONES ASERTIVAS

Hostiles

1. Por favor vuélvame a llamar. No puedo hablarle ahora.
2. Por favor no se pare delante de mí.
3. Por favor, ¿quiere dejar de hablar durante la obra (película, música)?

4. Esta es una cola. Por favor váyase al final.
5. ¿Tiene privilegios especiales en esta cola?
6. Me ha hecho esperar 20 minutos.
7. ¿Le importaría reducir la calefacción?
8. Hace demasiado frío para que yo salga.
9. Por favor ponga estos paquetes pesados en una bolsa doble (en el supermercado).
10. Su conducta me molesta.
11. Odio su duplicidad.
12. Desprecio su intolerancia.
13. No puedo soportar sus quejas.
14. ¿Le importaría recoger mi paquete?
15. Lo siento, pero no es posible.
16. Yo no diría eso.
17. ¿Por qué se ha retrasado?
18. Si sigue llegando retrasado, voy a dejar de hacer citas con usted.
19. Insisto en que venga a trabajar a tiempo.
20. Como se atreve a hablarme de esa manera
21. Me gusta hablar con usted, pero por favor no me interrumpa mientras leo (escribo, pienso, escucho).

De encomio

1. Que bonito vestido (broche, etc.)
2. Se ve usted encantadora (deslumbrante, linda, etc.)
3. Esa fue una observación inteligente.
4. Que sonrisa tan radiante
5. Me gustas
6. Te amo.
7. Admiro tu tenacidad.
8. Lo has hecho de un modo radiante.

Con una cantidad razonable de presión y de aliento, la mayoría de los pacientes empiezan a ser capaces de afirmarse a sí mismos en cuestión de días, o en una o dos semanas. En cada entrevista, los pacientes informan sobre lo que han hecho mientras tanto, y el terapeuta alaba sus éxitos y corrige sus errores. Se les debe avisar que no se descuiden, sino que estén alertas para afirmarse adecuadamente en cada oportunidad. Siempre debe observarse una regla: Nunca instigar un acto asertivo que tiene probabilidades de traer consecuencias punitivas. Conforme disminuye la ansiedad interpersonal del paciente como consecuencia de sus esfuerzos, va siendo más fácil ejecutar los actos de asertividad.

Algunos pacientes tienen grandes dificultades para realizar cualquier acto asertivo. El terapeuta debe averiguar por

qué. Puede que descubra una reacción "fóbica" ante algún aspecto o implicación de la asertividad.

Cuando el paciente encuentra difícil la conducta asertiva, aunque esos miedos no sean evidentes, se hacen esfuerzos directos más vigorosos para provocar la asertividad. Puede que baste simplemente incrementar la motivación del paciente haciendo un fuerte contraste entre los efectos negativos y poco atractivos de la timidez y los beneficios que ha de producir la asertión; o el terapeuta puede negarse a ver al paciente hasta que pueda relatar alguna acción. Otra posibilidad es el ensayo de la conducta.

La conducta asertiva, definida como la expresión de emociones diferentes de la respuesta de ansiedad de un modo socialmente aceptable, implica muchas categorías de conducta emocional. La más común de estas categorías es la conducta de oposición (por ejemplo, defender derechos razonables). Los tipos de conducta de oposición que se encuentran fuera de la conducta asertiva son los siguientes; a saber; provocador, agresivo, violento y, con frecuencia, el sarcástico.

Hay circunstancias en las que la asertividad directa es inadecuada, pero en las que, no obstante, es aconsejable que el paciente logre algún tipo de control; por ejemplo, a menudo no es aconsejable que un empleado diga a su patrón "algo de lo que piensa". Si la asertividad es necesaria, exige una tácti-

ca sutil. El conocimiento especial de las debilidades de otra persona indica a veces la táctica; pero hay gambitos que pueden aplicarse a casi todo mundo, declaraciones que automáticamente ponen al receptor en desventaja, sin revelar un intento agresivo por parte del que habla. Un ejemplo muy aplicable es: ¿Te pasa algo? No parece tenerlas todas contigo hoy".

Gran diversidad de ejemplos interesantes de conducta inteligente de este tipo se describe en una serie de pequeños libros de Stephen Potter, quien les dió el nombre de "autoelevación". Aunque el objetivo de Potter era humorístico y no terapéutico, hay mucho material que puede usar el psicoterapeuta. (Wolpe, 1988).

Componentes de la conducta asertiva.

Todas las conductas que presentan dos o más personas que se encuentran en un determinado lugar pueden ser consideradas como comunicación. En un grupo, cualquier individuo no deja de interactuar, transmitir algún mensaje y responder recíprocamente: incluso cuando alguien no responde a los que hablan, intenta alejarse o aislarse del grupo, estas acciones son comunicación (Ricci y Cortesi, 1980).

A estas respuestas de comunicación que son reforzadas por la mediación de otras personas, Skinner (1957) las denomina conducta verbal. Esto implica que para que una conducta sea -

verbal no se requiere una forma o topografía específica, por lo que tanto la "conducta vocal" como los gestos y cualquier movimiento del cuerpo puede ser conducta verbal si afectan y se han establecido a través de la mediación de otra persona.

No obstante, en los estudios revisados sobre la conducta asertiva, los autores utilizan el término de conducta verbal cuando se refieren solo al contenido de la conversación, o sea a las palabras empleadas, y llaman conducta no verbal a todos los movimientos corporales y a las características del habla, como son el tono de voz, las inflexiones, la fluidez y otras.

En general se ha prestado poca atención a la especificación de las clases de respuesta que comprende la conducta asertiva y esto constituye otro obstáculo importante en la investigación sobre el entrenamiento asertivo, ya que dicha imprecisión dificulta establecer medidas efectivas de evaluación.

De acuerdo a las definiciones de conducta asertiva se observa que el concepto involucra una amplia variedad de conductas.

+ La conducta vocal es la ejecutada por medio de conjuntos musculares: el diafragma, las cuerdas vocales, la epiglotis, el paladar, la lengua, las mejillas, los labios y la mandíbula (Skinner, 1957).

Cada autor considera diferentes componentes, según sean - los objetivos que se proponen en sus estudios y, como antes se mencionó, los dividen en elementos verbales y no verbales, por que como lo indica Wolpe (1988), "es necesario tomar en cuenta no solo las palabras que utiliza el paciente, sino también la fuerza, la firmeza, y la expresión emocional de la voz y lo - apropiado de sus movimientos corporales que ejecuta.

La atención de los investigadores que se han dedicado al estudio del comportamiento estuvo durante mucho tiempo enfocada principalmente en la conducta verbal, pero el reconocer la importancia de los aspectos no verbales en las interacciones, se evidenció la necesidad de estudiar la conducta no verbal como instrumento significativo de la expresión de las emociones, las actitudes y los conflictos de las personas. Así, por ejemplo, señales no verbales de amistad u hostilidad llegan a representar mas que sus equivalentes verbales (Ricci y Cortesi, 1980).

En los últimos años, la metodología empleada en las investigaciones sobre la conducta no verbal ha permitido la obtención de resultados mas precisos. Un conjunto de estudios (Davitz, 1964. en Ricci y Cortesi, 1980) coinciden en que existe una relación fundamental entre los estados emocionales de la persona y las manifestaciones paralingüística; por ejemplo, un sujeto con ansiedad tiende a hablar mas de prisa y en un tono de voz mas alto, mientras que un deprimido habla más lentamente.

te y con un tono de voz mas bajo. Otros trabajos han demostrado que en situaciones de ansiedad se eleva el tono de voz y el número de interrupciones, hay vacilación y se altera el ritmo de la ejecución. También se ha encontrado una relación entre la falta de fluidez y los movimientos de el cuerpo durante la ansiedad (Boomer, 1963, en: Ricci y Cortesi, 1980).

Argyle (1972, en: Ricci y Cortesi, 1980) distingue tres - funciones de la conducta no verbal:

1. La gestión y el control de la situación social inmediata.
2. El apoyo y el complemento de la comunicación verbal y
3. La sustitución de la comunicación verbal.

La conducta no verbal se ha clasificado de las siguientes formas:

Cook (1971, en Ricci y Cortesi, 1980)

1. Aspectos estáticos
 - a) Cara
 - b) Configuración física
 - c) Voz
 - d) Ropa, maquillaje, peinado
2. Aspectos dinámicos
 - a) Orientación
 - b) Distancia
 - c) Postura, gestos y movimientos del cuerpo.

- d) Expresión del rostro
- e) Dirección de la mirada
- f) Tono de voz
- g) Ritmo y velocidad del discurso

Argyle (1972)

- | | |
|-------------------------|--|
| 1. Contacto físico | 2. Proximidad |
| 3. Orientación | 4. Aspecto exterior |
| 5. Postura | 6. Gestos con la cara |
| 7. Expresión del rostro | 8. Gestos con la cabeza |
| 9. Mirada | 10. Aspectos no lingüísticos del discurso. |

Los aspectos no lingüísticos del discurso o de la conducta no verbal han sido analizados y definidos de muy diferentes formas por sus investigadores. Trager (1958 en: Ricci y Cortesi, 1980); fue el primero que se interesó por estos aspectos - e hizo la siguiente clasificación:

- A. Tipo de voz: depende del sexo, edad, lugar de origen y diferentes tipos de voz de la misma persona en diferentes circunstancias.
- B. Paralenguaje. Se divide en:
 - a) Cualidades de la voz: tono, resonancia, tiempo, - control de articulación.
 - b) Vocalizaciones.
 - 1. Caracterizadores vocales: risa, llanto, bostezo, suspiro, etc.

2. Cualificadores vocales: intensidad (tenue, fuerte), tono (alto, bajo), extensión (arrastrada, incisiva).
3. Segregados vocales: "humm" y variantes, sonidos de acompañamiento como nasalizaciones, inspiraciones, gruñidos, pausas de silencio, sonidos extraños, etc.

Mahl y Schulze (1964, en: Ricci y Cortesi, 1980) ordenan los aspectos estrictamente no lingüísticos del discurso:

- A. Estilo del lenguaje
- B. Selección y variedad del léxico
- C. Pronunciación y acento (dialecto)
- D. Dinámica de la voz:
 1. Cualidad de la voz y entonaciones retóricas
 2. Ritmo
 3. Continuidad.
 - a) Pausas de silencio
 - b) Falta de fluidez
 - c) Intrusiones, manierismos del discurso.
 4. Ritmo de la elocución
 5. Otros fenómenos temporales
 - a) Duración de las elocuciones
 - b) Ritmos de interacción
 - c) Latencia
 6. Emisión verbal y productividad.

Ricci y Cortesi (1980) señalan que son las principales ca

racterísticas de la conducta no verbal son: los movimientos del cuerpo, de la cara, de las manos, la disposición especial que asumen los cuerpos de los interactuantes, la entonación, el ritmo y las inflexiones de voz.

Eisler, Miller y Hersen (1977) realizaron un estudio con el propósito de identificar las conductas verbales y no verbales que estuvieran relacionadas con la asertividad. Ellos presentaron a sus sujetos una serie de catorce situaciones de ensayo conductual que requerían respuestas asertivas. Las interacciones se filmaron y en base a ellas dos jueces elaboraron una lista de conductas, de las cuales seleccionaron las nueve categorías que ocurrieron con mayor frecuencia, estas fueron:

Conducta no verbal:

1. Duración de la mirada
2. Sonrisas

Características del habla:

1. Duración de la respuesta
2. Latencia
3. Sonoridad
4. Fluidez

Contenido y afecto:

1. Contenido de complacencia
2. Contenido requerido para la nueva conducta
3. Afecto

Aunque estos autores precisaron algunos componentes de la conducta asertiva, no se especificó la relevancia de cada conducta en la habilidad asertiva. No obstante, otras investigaciones apoyan la importancia de estas conductas como elementos de la asertividad (Hersen, Eisler y Miller, 1973; y Galassi, Galassi y Litz, 1974, en Alberti y Emmons, 1974).

Wolpe y Lazarus (1970, en: Eisler, Miller y Hersen, 1977) consideran como componentes importantes: La expresión emocional, la postura corporal, las expresiones faciales y un contenido socialmente apropiado.

Otros autores destacan además: La temporalización (la expresión asertiva en la situación adecuada), la elección del momento apropiado para responder, diferentes modalidades de respuesta de aproximación, rechazo y protección y la distancia física durante la interacción (Alberti y Emmons, 1974; Cotler y Guerra, 1976).

Algunos de los componentes de la conducta asertiva que se mencionan se omiten con frecuencia en las investigaciones, ya que presentan dificultades para definirse operacionalmente y por tanto no es posible registrarlos con precisión y verificar los efectos de las variables administradas.

Por otra parte, no todas las conductas que se asocian a -

la asertividad se deben presentar durante las interacciones. - La emisión de esas conductas depende del sexo y edad de la persona participante, de la naturaleza de la situación y del contexto en que se desenvuelve.

De acuerdo a las clases de respuestas asertivas y a las situaciones elegidas para la parte experimental de este trabajo, se tomarán en cuenta los siguientes componentes no verbales: contacto visual, movimiento de manos, expresión facial, tono de voz, emoción del habla, fluidez y latencia de la respuesta verbal. Respecto al contenido verbal se considerarán las complacencias y los requerimientos de conductas.

Explicaciones sobre la ausencia de asertividad.

Las personas aprenden a inhibir sus respuestas a través de una historia de condicionamiento clásico en presencia de otras personas y es por eso que no son asertivas, afirma Salter (1949, en: Rimm y Masters, 1987).

Según Catell (1965, en: Rich y Schroeder, 1976), la ausencia de asertividad es una característica que tiene bases hereditarias y que tiende a desaparecer con la madurez.

Rich y Schroeder (1976) señalan dos posibles causas de la falta de asertividad:

1. Aunque los sujetos posean respuestas efectivas, no discriminan adecuadamente la situación para cada respuesta dada y probablemente efectiva.
2. Los individuos presentan ansiedad y/o menosprecio y esto inhibe las respuestas asertivas.

Fensterheim y Baer (1977) indican que los problemas de aserción se deben a que la persona siempre ha evitado las situaciones asertivas o porque nunca ha aprendido a ser asertiva.

Arygle, Trower y Bryant (1974); Eisler, Hersen y Miller (1973) Weinman, Gelbart, Wallace y Post (1972, en: Trower y col., 1978) explican que se debe a la falta de habilidades o repertorios.

De acuerdo a Trower, Yardley, Bryant y Shaw (1978) el fra caso en las habilidades sociales puede ser por causas prima-rias o secundarias. Las primarias se refieren a una socialización inadecuada, como por ejemplo, modelos paternos erróneos o por falta de experiencia social. Las secundarias se relacionan con otro tipo de psicopatologías, como resultado de una perturbación química, cognitiva o dinámica.

Eisler (1976) menciona que existe una controversia entre-si el motivo para no presentar conducta social apropiada se debe a no haber adquirido tal habilidad o por el temor de presen

tar cierto tipo de respuestas que puedan recibir consecuencias aversivas.

Wolpe y Lazarus (1966, en: Ricci y Schroeder, 1976) explican que en caso de algunos individuos, las relaciones interpersonales les evocan ansiedad y entonces inhiben sus sentimientos naturales y la ejecución de conducta social adaptativa. La ansiedad puede aparecer cuando el sujeto interviene en la situación o antes de enfrentarse a ella. Si sucede esto último, el sujeto evita la interacción. En estos casos es conveniente propiciar en los pacientes la manifestación de esas respuestas naturales, lo cual inhibiría recíprocamente su ansiedad. En otras ocasiones, el paciente no muestra ansiedad observable durante la interacción, pero carece de repertorios asertivos, no satisface sus necesidades y la ansiedad surge después.

De esta forma, algunos autores apoyan la hipótesis del déficit de habilidades y otros la inhibición de respuesta debido a la ansiedad, de acuerdo con el tipo de sujetos a tratar, el método de evaluación y la definición que emplea de la habilidad social.

Se considera que, de acuerdo a las características particulares de cada sujeto, la ausencia de asertividad puede deberse a uno o más de estos factores: la ansiedad que aparece durante la interacción e inhibe las respuestas asertivas, la evitación de situaciones, el carecer de repertorios adecuados por

que no se han aprendido, la falta de experiencia social, el temor de recibir consecuencias aversivas, y la presencia de "pensamientos" irracionales.

Otro motivo por el cual no se presenta conducta asertiva-
es que los sujetos han aprendido a comportarse en forma agresi
va, Ellis y Abrahams (1980) relacionan a la agresión con la -
hostilidad, la ira y el abuso físico contra otras personas. -
Ellos plantean que algunos terapeutas cuestionan si es adecua-
do alentar al paciente a demostrar su enojo abiertamente para -
evitar la "acumulación de corajes", acabar con úlceras, alta -
presión sanguínea y otras reacciones psicósomáticas. Los auto
res responden que no porque se confunde el "reconocimiento. de -
las personas de que "se sienten furiosas", con su "persisten-
cia" por sentirse así y exteriorizar esos sentimientos.

Ellos argumentan que el sentimiento de angustia es contra
productente y diferente al sentir disgusto o irritación. Si -
una persona trata a otra en forma hostil, éste último tenderá-
a sentirse disgustado por el comportamiento de esa persona, pe
ro no es necesario que se irrite y lo maldiga. El disgusto o
irritación es justificable en ocasiones, pero la agresión ha-
cia ellos por actuar así no lo es. Aunque esté justificada la
ira hacia los actos de otras personas; es mejor que el sujeto -
procure no enfadarse demasiado, que reconozca su molestia y -
discrimine cuando sean conveniente guardarlos o expresarlos -

con honestidad o cuando sea probable que eso le ayude a conseguir lo que desea a menos de lo que no desea por tal expresión. Al lograr esta distinción de situaciones, el paciente disminuirá sus problemas emocionales y de relaciones interpersonales.

Al respecto, Alberti y Emmons (1974), recomiendan que se exprese el coraje de una manera asertiva, no destructiva, asumiendo la responsabilidad de los sentimientos propios. Algunas expresiones verbales que sirven para este fin son: "estoy muy enojado", "me estoy poniendo furioso", "estoy en desacuerdo contigo", "deja de molestarme", "a mí no me gusta eso", -- "pienso que esto no sería correcto", "termina".

Ellis y Abrahams (1980) señalan varias razones para reservarse la agresión y exhibir en su lugar conductas asertivas:

1. La ira casi siempre significa que una persona ordena a otra(s) lo que debe hacer, pero estas no lo hacen, la ignoran o la rechazan.
2. La ira provoca consecuencias físicas negativas, como las reacciones psicósomáticas. Ya sea que las personas inhiben o expresen arrebatos agresivos, de ningún modo les benefician a su organismo.
3. Al descargar la cólera en otros, se tiende a preocuparse por los agredidos y dedicarles mucho tiempo y energía.
4. La cólera conduce a preocuparse aún más en las personas -

desagradables, en planear represalias contra ellas, lo cual es poco constructivo.

5. El odio provoca odio. Aunque la ira supuestamente castiga las ofensas que otros han hecho, en realidad afecta en forma tan negativa que por lo general tienden a odiarla y a causarle aún más daño. Si se corrige a las personas con asertividad es probable que modifiquen su conducta, pero si se le corrige con agresión es más factible que responda también con agresión y será menos probable que cambie su comportamiento.
6. Las conductas agresivas con frecuencia causan actos agresivos en respuesta.
7. La ira o incluso la indignación justa, tiende a provocar que las personas abusen de los subordinados que él considera que actúan mal, incluyendo a menores indefensos, empleados o cualquier persona sobre la que se ejerza algún control.
8. Al comportarse con cólera, la persona adopta una de las características que rechaza en otros.
9. Al reaccionar con cólera tiende a no respetar sus propios derechos ni los de los demás.

Por otra parte, también afectan a la conducta asertiva las variaciones que se dan en el contexto social en que se interactúa. Eisler y col. (1976) demostraron que un grupo de

hombres emitían conductas más asertivas cuando estaban con mujeres que con hombres. Sus habilidades sociales también eran mejores cuando convivían con extraños que con personas más familiares como parientes y amigos, lo cual nos da algunos indicadores de la influencia socio-cultural.

Los valores y las normas sociales (religiosas, morales, de urbanidad y jurídicas) rigen lo que se considera conducta social apropiada en las diferentes situaciones y varía de acuerdo a edad, sexo y subcultura. Por ejemplo, una persona puede exhibir ciertos comportamientos calificados como asertivos cuando alterna con determinada gente bajo circunstancias específicas. Sin embargo, la misma persona puede mostrar una secuencia de respuestas iguales pero ante diferentes personas (ya sean jefes o compañeros de trabajo), o con la misma persona pero en otras circunstancias (en una fiesta o en el trabajo) y su conducta puede catalogarse como no asertiva. Dentro de una misma población, distintos grupos con normas sociales diversas señalan una misma interacción en forma diferente. Por ejemplo, un padre que observa a su hijo tratar con una persona de alta jerarquía puede juzgar la conducta de su hijo como socialmente inadaptada, en cambio un amigo del muchacho puede decir que es adecuada (Eisler, 1976). También puede ser que alguien sea asertivo cuando interactúa con pocas personas y no serlo cuando está en un grupo mayor. Por todo esto es importante calificar a las conductas observadas de acuerdo con el contexto interpersonal específico en que se desarrollan.

Uno de los aspectos más difíciles del entrenamiento asertivo es precisamente el decidir cual es la respuesta asertiva apropiada en una determinada situación. Rich y Schroeder (1976) mencionan que la decisión sobre el contenido apropiado de las respuestas sociales depende de los valores sociales establecidos, los del terapeuta, los del paciente y de la situación particular en que una respuesta asertiva es expresada.

Rimm y Masters (1987) argumentan que "la decisión de si un acto es apropiado es un asunto de juicio social". Generalmente la decisión se toma entre el paciente y el terapeuta, considerando que el cliente conoce la situación meta y la experiencia y objetividad del terapeuta que detectará las fallas del sujeto para defender sus derechos. Kanfer y Phillips (1976) agregan que el terapeuta debe aportar las alternativas de solución dentro de los límites que imponen los valores meta culturales y que como estos son vagos y contradictorios, entonces el terapeuta actúa como intérprete y mediador.

Teniendo en cuenta que los valores personales comprenden una variedad de comportamientos y objetivos alternativos igualmente aceptables por el individuo en el logro de sus satisfacciones, muchas veces los valores del paciente, o los mismos valores del terapeuta no coincidirán con los que acepta la mayoría de los miembros de la cultura determinada. Cuando esto ocurre, probablemente el terapeuta no se ajuste a los límites impuestos por los valores culturales para determinar las con-

ductas apropiadas en ciertas situaciones, pero puede basar su criterio en la defensa y el respeto de los derechos humanos -- propios y de los demás.

De esta manera, cuando el paciente presente en su ambiente natural las respuestas recién adquiridas, es posible que reciba consecuencias aversivas, por lo que durante la terapia se le debe enfatizar que lo importante es comportarse asertivamente y - que al hacerlo no siempre obtendrá respuestas agradables, sino - que correrá el riesgo de perder un reforzador o recibir castigo, como se precisa en la siguiente definición de conducta asertiva:

"La conducta asertiva es la conducta interpersonal que implica la manifestación de autoverbalizaciones y sentimientos - que expresen en forma clara y directa lo que una persona desea o no desea, corriendo el riesgo de obtener o perder un reforzador o de recibir un castigo" (Carrasco, 1983).

2. 1. 1 Método del Entrenamiento Asertivo

El entrenamiento asertivo comprende todos los procedimientos terapéuticos tendientes a incrementar la capacidad del paciente para conducirse de una manera socialmente apropiada -- (Rimm y Masters, 1987).

Wolpe señala que el entrenamiento asertivo se aplica sobre todo al descondicionamiento de hábitos inadaptativos de respues

tas de ansiedad que se presentan como respuestas ante la gente con que el paciente interactúa.

Las conductas desadaptadas se sustituyen gradualmente al adquirir, ejecutar y reforzar conductas sociales más adaptativas (Eisler, 1976), y una vez que el cliente se comporte en forma más asertiva logrará un mayor sentimiento de bienestar, ya que será más capaz de obtener recompensas sociales y materiales significativas que le proporcionarán una mayor satisfacción en su vida, aumentará el respeto por sus preferencias, así como el autorespeto y el respeto de los demás hacia la persona, al reconocer sus derechos y defenderlos, logrará un mayor autocontrol, incrementará su confianza y reducirá su inseguridad y vulnerabilidad (Rimm y Masters, 1987; Demplewolff, 1974, en: Hersen y Bellack, 1976; Lange y Jakubowski, 1977; Fensterheim y Baer, 1977).

Otros beneficios del actuar asertivamente son la obtención de relaciones emocionales más satisfactorias. Se fomentan relaciones más estrechas, se establece una mayor confianza que puede reducir la necesidad de aprobación de otros. Aunque algunos desapruueban la aserción, otros la respetan y la admiran, pues al expresar sus conflictos en forma clara y justa, aumentan la probabilidad de lograr las metas deseadas por ambas partes (Lange y Jakubowski, 1977).

Detección de la necesidad de entrenamiento asertivo.

Antes de iniciar cualquier intervención es necesario detectar si el paciente requiere realmente del entrenamiento asertivo, de acuerdo a la frecuencia y situaciones en que responde de una manera no asertiva.

El primer paso para tomar la decisión se basa en la entrevista inicial, en la que puede preguntarse al paciente cual es su problema, con que frecuencia ocurre, su duración, las consecuencias que recibe, cómo autovalora sus sentimientos, necesidades y conductas, con que personas interactúa, si expresa claramente sus autoverbalizaciones y sentimientos, si actúa con agresión y cuáles son los objetivos que pretende alcanzar con la intervención terapéutica.

"Algunos terapeutas también detectan indicadores de dificultades interpersonales en el comportamiento que presentan los clientes durante la entrevista.

Su diagnóstico se apoya en pruebas estructuradas de evaluación, como los inventarios de asertividad, que incluyen conductas tales como:

Hacer o aceptar citas

Reclamar artículos defectuosos en la tienda

Iniciar conversaciones con nuevas amistades o extraños.

Rechazar una petición desagradable

Expresar opiniones contrarias a las de otros

Estos inventarios facilitan la especificación de las situaciones problema en las entrevistas". (Ellis y Abrahams, 1980)

Otro instrumento muy importante para el diagnóstico lo es también el ensayo conductual. Con él es posible observar y medir los componentes verbales y no verbales de la conducta asertiva en situaciones simuladas.

Se considera que el entrenamiento asertivo es adecuado cuando las relaciones interpersonales le provocan ansiedad al sujeto, cuando evita interacciones sociales, y cuando tiene dificultades para expresar emociones tales como afecto, ira o sentimiento.

Procedimiento

Una vez que el terapeuta ha detectado problemas en las habilidades sociales del paciente, le habla sobre el entrenamiento en asertividad y trata de obtener su cooperación. Para motivarlo puede mencionarle los beneficios que recibirá al incrementar su asertividad y mostrarle cuales son sus derechos humanos para afirmarse a sí mismo.

Es importante que el sujeto aprenda a reconocer y defender sus derechos para que actúe con una mayor libertad de movi-

mientos y se sienta mejor. Esto le ayudará a tomar decisiones y escoger lo que mas le convenga, ya que "los derechos asertivos constituyen una estructura básica para la sana participación de cada individuo en toda relación humana" (Smith, 1983). Se trata de declaraciones sobre nuestras verdaderas responsabilidades acerca de nosotros mismos como seres humanos, que señalan límites prácticos de lo que los demás pueden esperar de nosotros.

Los derechos básicos se tomarán en cuenta para esta explicación y que se considera que toda persona debe respetar son - (Smith, 1983; Fensterhein y Baer, 1983):

- Tiene derecho a juzgar su propio comportamiento, sus pensamientos y sus emociones, y a tomar la responsabilidad de su iniciación y consecuencias.
- Tiene derecho a hacer cualquier cosa mientras ello no suponga un daño para nadie.
- Tiene derecho a conservar su dignidad mostrándose adecuadamente asertivo, incluso si eso hiera a otro, mientras su motivo sea asertivo y no agresivo.
- Tiene derecho a pedirle algo a otra persona, mientras acepte que esa persona tiene derecho a decir no.
- Debe comprender que hay ciertos casos límite en algunas situaciones interpersonales en los que los derechos no están del todo claros. Pero siempre tiene derecho a hablar

sobre el problema con la persona involucrada y a aclararlo de ese modo.

Muchas personas tienen dificultades porque carecen de una idea clara sobre cuales son sus derechos o tienen una idea equivocada. El problema de otros es que no saben defender sus derechos. Para ayudarles se les puede proporcionar una lista con preguntas como:

¿Tengo derecho a contestar sinceramente cuando me preguntan si algo me gusta y no es así?

¿Tengo derecho a no hacer un favor?

¿Tengo derecho a atenderme bien a mí mismo?

Las respuestas deben basarse en la situación personal, en las respuestas involucradas y en las consecuencias posibles.

El siguiente paso del procedimiento consiste en explicar al sujeto el método, en forma resumida. La técnica más común en el entrenamiento asertivo es el ensayo conductual. Esta técnica llamada originalmente "psicodrama conductual" (Wolpe, 1958), en: Rimm y Masters, 1987) consiste en representaciones cortas entre el terapeuta y el paciente, (juego de roles), tomando situaciones de la vida real de este último.

El paciente se autorepresenta y el terapeuta actúa el papel de una persona ante quien el paciente se comporta con an-

siedad, inhibición o agresión. El paciente le indica al terapeuta como debe comportarse. El terapeuta comienza con una observación y el paciente responde como si estuviera en la situación real. El terapeuta proporciona retroalimentación sugiriendo respuestas más apropiadas y se repite el ensayo hasta que la respuesta es satisfactoria y provoca un mínimo de ansiedad. El terapeuta puede modelar las respuestas adecuadas y el sujeto tendrá la oportunidad de imitarlas.

Durante los ensayos se emplea el reforzamiento con los elogios del terapeuta. Se van recompensando las aproximaciones sucesivas, es decir que se refuerzan las mejorías de las respuestas más que los niveles absolutos de ejecución y así se van modelando. En cada ensayo se toman pequeños segmentos de conducta hasta integrar la secuencia completa.

Cuando el terapeuta representa el papel del paciente, éste puede modelar la conducta de la otra persona, o sea, hacerla reversión de rol, lo cual facilita que la situación simulada se asemeje a la real porque el terapeuta tiene la oportunidad de modelar el comportamiento adecuado para el paciente y éste puede experimentar ciertas emociones que la otra persona puede sentir en la interacción. Esto tiene un gran valor, sobre todo cuando el sujeto tiene ideas poco reales sobre el modo en que otras personas responden a proposiciones más asertivas. Por ejemplo, un paciente que evita expresar su enojo a su pareja porque teme romper con la relación o cualquier otra

consecuencia negativa, al emplear la reversión de rol podrá observar al terapeuta modelando un cierto grado de enojo y se dará cuenta de como reacciona el mismo ante esto. Tal vez descubra que la respuesta modelada no le provoca sentimientos negativos y esto le animará a actuar de esa forma en la situación real.

El propósito de este procedimiento que incluye modelamiento, moldeamiento, reforzamiento positivo, aproximaciones sucesivas, reversión de rol, retroalimentación e imitación, es lograr que el sujeto se prepare para enfrentarse a la situación-real de tal manera que inhiba la ansiedad que le provoca y que pueda desarrollar el hábito asertivo motor, ya que durante los ensayos se descondiciona la ansiedad (Wolpe, 1988).

Rimm y Masters (1983) resumen la técnica del ensayo conductual en los siguientes puntos:

1.- El paciente representa la conducta de una situación-problema de la vida real.

2.- El terapeuta retroalimenta verbalmente especificando y resaltando las características positivas y presenta las faltas en forma amistosa y no punitiva.

3.- El terapeuta modela la conducta mas deseable y el paciente representa el papel de la otra persona, cuando esto sea lo apropiado.

4.- El sujeto ensaya de nuevo la respuesta.

5.- El terapeuta premia con generosidad la mejoría. Si es preciso se repiten los pasos 3 y 4 hasta que terapeuta y paciente estén satisfechos con la respuesta y el cliente pueda efectuar la respuesta con poca o ninguna ansiedad.

6.- Si la interacción es muy extensa se divide en segmentos cortos que se manejan en secuencia. A continuación el paciente y el terapeuta efectúan la interacción total para consolidar los avances.

7.- En un intercambio que implique la expresión de sentimientos de ofensa o ira se debe instruir al paciente para empezar con una respuesta ligera, denominada respuesta efectiva mínima, que es la conducta que alcanza la meta del paciente con el menor esfuerzo, expresando un mínimo de emoción negativa y con una baja probabilidad de consecuencias aversivas. Después de establecer la respuesta efectiva mínima se pueden modelar sucesivamente más contrarespuestas de la misma categoría escalándolas dentro de lo creíble, para que el paciente utilice respuestas más fuertes en caso de que la respuesta inicial no sea efectiva.

8.- Para expresar los sentimientos negativos es mejor que el sujeto mencione con objetividad las conductas de la otra persona que le molestan o hieren, en vez de reaccionar con ataques personales, que resulta inútil y que además disminuyen la probabilidad de que la otra persona utilice la violencia o las amenazas.

Es importante señalar que para las dramatizaciones que se llevarán a cabo, se tomará en cuenta el Inventario de asertividad de Gambrill y Richey en el cual el paciente eligirá las situaciones que le gustaría manejar más asertivamente en el futuro.

Entrenamiento asertivo en grupo

El entrenamiento asertivo también se aplica en grupos, lo cual representa múltiples ventajas como son:

- La facilitación de las respuestas del paciente por encontrarse con otras personas de igual problema.
- El acceso a mejores oportunidades para ensayar con diferentes sujetos, lo cual ofrece a otros miembros del grupo la facilidad de participar y entender distintos tipos de roles y de obtener un consenso sobre lo que es apropiadamente asertivo en una situación dada.
- El paciente puede ser coterapeuta
- Los sujetos cuentan con un rango mayor de situaciones para abordar y ver como pueden aplicar habilidades asertivas en esas ocasiones.
- Los sujetos proporcionan también reforzamiento y retroalimentación y ésta propicia la integración de una buena respuesta asertiva.

Finalmente se deben tener en cuenta las consideraciones económicas.

El grupo comprende por lo general a dos terapeutas y de 5 a 12 pacientes, balanceando el número de hombres y mujeres.

Los sujetos que reciben el entrenamiento en grupo no deben presentar problemas de asertividad demasiado severos o muy generalizados, sino solo en determinadas situaciones.

El procedimiento empleado es similar al del tratamiento individual. Al iniciar se proporciona una introducción sobre el tema y se presentan los miembros del grupo. A continuación el terapeuta establece la diferencia entre aserción y no aserción, bosqueja los ejercicios que se trabajarán y pide a los sujetos que mencionen las conductas que desean cambiar. Cada quien representa su respuesta típica y en forma amistosa recibe retroalimentación del grupo, aunque obviamente el terapeuta será quien aporte una mayor orientación que los demás.

Al evaluar las respuestas, los miembros del grupo proponen la que podrá ser una respuesta asertiva apropiada a esa situación. Algún participante voluntario modela la respuesta acordada y el terapeuta premia al modelo para aumentar la probabilidad de que los demás integrantes del grupo se ofrezcan para desempeñar esa tarea en los siguientes ensayos. Cuando se ha modelado la respuesta efectiva, entonces el miembro que presentó el problema la ensaya y recibe los elogios de todo el grupo en caso de que exhiba alguna mejoría y el ensayo se repite todas las veces que sea necesario.

Debido a las ventajas que ofrece el entrenamiento asertivo en grupo se considerará la conveniencia de aplicar esta forma de trabajo en la terapia que aquí se presenta.

La participación de un coterapeuta es muy importante, -- puesto que uno de los aspectos más difíciles del entrenamiento asertivo es el decir cuál es precisamente la respuesta asertiva apropiada en una situación dada. Ciertamente, en asuntos de juicio social, el refrán "dos cabezas piensan mejor que una" parece aplicable. Por otro lado, la credibilidad sobre una respuesta presentada al cliente, se ve reafirmada por el hecho de que dos observadores ("expertos") concuerden en su conveniencia. Del mismo modo, en el ensayo conductual es más probable que el papel sea representado de manera factible, puesto que existen dos individuos capaces de asumir el papel de la "otra persona". Esto es obviamente el caso cuando el cliente tiene dificultad de aserción en presencia de personas de un sexo y del otro, y coincide con que un terapeuta es hombre y el otro mujer. Los coterapeutas tendrían una ventaja similar si el cliente tuviera dificultades con las figuras autoritarias así como con compañeros, y entre los terapeutas refuerzan verbalmente una creciente asertividad en el cliente, se puede esperar que sea de mayor impacto que el reforzamiento de un solo terapeuta.

Por otro lado, existe la importancia de los ejercicios adicionales en el grupo, de los cuales Rimm y Masters (1987),-

explican un poco. "Los autores han encontrado que para grupos de miembros excesivamente descentrados (por lo común pacientes crónicos en un hospital mental), el ensayo conductual resulta difícil o amenazador. En estos casos se recomienda una serie graduada de ejercicios, que normalmente conduzcan al ensayo conductual cuando la mayoría de los miembros del grupo esté lista. Los ejercicios de felicitaciones y libre asociación se ofrecen como de calentamiento y no amenazantes. El primero simplemente requiere que un miembro dado se dirija a su vecino diciéndola "Hola _____ ¿cómo estás?" A lo que el vecino contesta, "Bien _____ ¿y tú cómo estás?". El que recibió el saludo se dirige entonces a un tercer miembro, produciéndose un intercambio similar de saludos. Se continúa el proceso hasta que todos los miembros hayan participado, reforzándose la cordialidad, el buen contacto visual y el tono de voz asertivo y de buen volumen. La libre asociación comienza cuando un miembro dice una palabra, la cual es libremente asociada por su vecino, continuando también el ejercicio en este caso hasta que todos los miembros hayan participado, reforzándose las breves potencialidades y la entonación enfática. Tanto en estos como en los restantes ejercicios, los terapeutas participan como cualesquier otro miembro del grupo, si bien deben realizarse particulares esfuerzos por modelar el estilo de respuesta que desean que sus clientes adquieran". (Rimm y Masters, 1987, p.130).

"Como Salter (1949) ha notado, muchos individuos tienen -

dificultades para dar y recibir atenciones o saludos, y el intercambio de saludos aumenta la destreza (así como el nivel de bienestar) en esta área. Un miembro del grupo se dirige a otro para cálida y entusiastamente dirigirle un cumplido, como por ejemplo: ¡Caramba! que bonito peinado traes hoy", estimulándose a quien recibe el halago a que acepte el cumplido con cierto reconocimiento positivo como por ejemplo: "Gracias, me haces sentir bien" o "gracias, pensé en usar algo diferente".- Los comentarios de autodesprecio (como: "bromeas, está horrible") se desalientan amablemente de manera tan firme como los cumplimientos de respuesta automática e insincera". (Rimm y Masters, 1987, p. 130).

"Las autoafirmaciones positivas requieren que cada miembro diga al grupo algo que particularmente le gusta de sí mismo (por ejemplo: "me gusta mi sentido del humor", o "me satisface mi propio gusto para vestir"). La parte más difícil (aunque la más benéfica) del ejercicio es la charla breve, en cuyo caso un miembro que para ello señala por nombre a otros dos miembros, dándoles un tema para la "charla pequeña" ("Enrique y Luisa hablan sobre el tiempo"). Como es usual se refuerzan el buen contacto visual, la espontaneidad y el tono de voz asertivo y cálido. Es frecuente que al principio los clientes se muestren renuentes a participar porque "no tiene nada que decir", por lo que debe insistirse en que en la charla pequeña generalmente no hay mayor diferencia sobre la importancia de lo que se dice, y que los participantes de ninguna manera es-

tán a prueba. Es común que el individuo al que no le resulta fácil este ejercicio asuma el papel de "inquisidor amistoso", que bombardea a su interlocutor con preguntas, pero sin revelar nada sobre sí mismo. Es un hecho que mucha gente considera bueno este estilo de conversar. Con todo, tal conducta generalmente es de naturaleza defensiva y tuerce la natural tendencia a la charla breve, llevando una interacción más íntima y satisfactoria, por lo que debe desalentarse". (Rimm y Masters, 1987, p.131).

"Los ejercicios presentados no agotan las posibilidades para el grupo de entrenamiento asertivo. Si bien alentamos a los terapeutas a renovar sus enfoques, consideramos útil hacer una advertencia, la de que no sería sabio alentar a los miembros de un grupo, ya de por sí deficientes para efectuar apreciaciones sociales juiciosas, a participar en comportamientos que fuera del grupo serían sujetos al ridículo o la censura". (Rimm y Masters, 1987, p.131).

A pesar de que los ejercicios que usualmente se utilizan en el entrenamiento asertivo parecen ser demasiado simplistas, su importancia es notable, ya que los cambios que presenta el sujeto a nivel conductual, se sustentan en simples reestructuración cognoscitivas, como lo explica la Terapia Racional Emotiva (TRE).

2. 1. 2 Técnicas Asertivas.

ENSAYO DE CONDUCTA

Esta técnica fue llamada originalmente "psicodrama conductual" (Wolpe, 1958). Consiste en la actuación de breves intercambios entre el terapeuta y el paciente en ambientes de la vida de este último. El paciente se representa a sí mismo y el terapeuta a alguien ante quien el paciente se encuentra inadaptativamente ansioso o está inhibido. El terapeuta empieza con una observación, generalmente de oposición, que la otra persona podría hacer, y a la que el paciente responde como si la situación fuera "real". Por lo común, su primera respuesta será más o menos titubeante, defensiva y tímida. Entonces el terapeuta sugiere una respuesta más apropiada, y el intercambio se repite de nuevo, revisado. La secuencia puede repetirse una y otra vez hasta que el terapeuta considere que las frases del paciente han sido remodeladas satisfactoriamente. Es necesario tener en cuenta no solo las palabras que emplea el paciente, sino también la fuerza, la firmeza y la expresividad emoccional de su voz, y lo apropiado de los movimientos corporales que lo acompañan. El objetivo de este modelamiento, moldeamiento y ensayo es a menudo el de lograr que el paciente tenga una preparación efectiva para hacer frente a su "adversario" real, de modo que pueda inhibirse la ansiedad que evoca este último, y pueda establecerse el hábito asertivo motor.

Más que cualquier otro método que se clasifique bajo el -

rubro de terapia de la conducta, la enseñanza del entrenamiento asertivo tiene mucho que aprovechar de las demostraciones prácticas. Estas transmiten los detalles técnicos con más facilidad que las relaciones escritas. Las películas y cintas grabadas desempeñan un papel muy útil. (Wolpe, 1988).

Los diversos diseños de tratamiento combinan, por lo general, los mismos elementos terapéuticos, ellos son:

- 1.- Ensayo de conducta
- 2.- Modelaje
- 3.- "Coaching"
- 4.- Retroalimentación
- 5.- Reforzamiento
- 6.- Tareas
- 7.- Modificación cognitiva.

ENSAYO DE CONDUCTA

El ensayo de conducta es un recurso fundamental que ha sido utilizado en distintas técnicas que persiguen el desarrollo de habilidades sociales. En general, su uso es como una técnica de práctica abierta, es decir, implica la práctica de nuevos patrones de respuesta para incorporarlos a un repertorio conductual limitado o intenta intensificar la ocurrencia de una determinada conducta ya existente.

El ser humano aprende nuevas habilidades a través de la

práctica, y el ensayo de conducta ofrece muy buenas posibilidades para ella. Los cambios deseables de sentimientos y actitudes son posteriores al cambio conductual.

En el esquema de Efectividad Personal de Liberman, el ensayo de conducta es vehículo para enseñar habilidades de interacción social, laboral y recreativo. Durante la fase de ensayo prestan atención a los aspectos verbales y no verbales de la conducta:

- = Contacto visual
- = Uso de las manos
- = Expresión facial
- = Postura
- = Intensidad de la voz
- = Fluidez del lenguaje
- = Contenido del lenguaje

Un ensayo de conducta de corta duración (dry run) permitirá al terapeuta y a los demás participantes de un grupo localizar y precisar las áreas deficitarias, para luego introducir la retroalimentación positiva, el modelaje, el reforzamiento, etc.

MODELAJE

Más de las dos terceras partes de los diseños terapéuticos para mejorar la asertividad incluyen el modelaje en cualquiera de sus modalidades: positivo, que enseña conductas de-

seables, dignas de imitarse o negativo, que muestra las conductas indeseables que deben evitarse.

El uso más frecuente es el modelaje vivo, practicado por el propio terapeuta o por otros participantes cuando la terapia se hace en grupo. Vale la pena recordar aquí las enseñanzas de Bandura, según las cuales debe intentarse escoger los modelos que más se ajusten por sus características a la situación modelada y que, mientras mas similaridad haya entre el modelo y el observador, mayor efectividad tendrá este recurso. Por otra parte deberá ofrecerse suficiente exposición al observador frente al modelo, ya que ello es condición necesaria para que se produzca el efecto terapéutico.

La efectividad del modelaje es controversial. En combinación con otros elementos como ensayo, retroalimentación, reforzamiento, etc., aparece como una exitosa alternativa, pero su efectividad terapéutica por sí sola es menos clara.

Liberman comenta que el modelaje hace uso del principio: - de que "una fotografía es más valiosa que un millar de palabras" y precisa que hay tres situaciones que justifican su uso:

- 1.- El modelaje es una manera efectiva de enseñar a otra persona "cómo hacer algo". Muchas veces no resulta fácil entender instrucciones verbales acerca de cómo ser más expresivo, mostrar más interés o aparecer más tranquilo y relajado.

2.- Cuando se enseñan "conductas complejas" el modelaje permite que el observador vea el patrón entero de conducta. - Para conductas simples la sola instrucción verbal puede ser su ficiente.

3.- Independientemente de que se trabaje con conductas - simples o complejas, el modelaje permitirá aprender cualidades de expresión no-verbal. No hay manera mas sencilla o mas efectiva de enseñar el buen uso de los gestos, el contacto visual, la postura y la voz que el modelaje.

Liberman también precisa que el modelaje puede producir tres tipos de cambio en el repertorio conductual del observador.: 1) El observador puede adquirir patrones de conducta - que no disponía previamente; 2) Respuestas o patrones de respuesta que previamente habían sido ejecutadas por el observador y que por razones de ansiedad o de desaprobación social ha bían sido suprimidas, pueden fortalecerse y reponerse, y 3)- Conductas previamente usadas por el observador, pero que no se han emitido durante algún tiempo debido a condiciones especiales de la persona, tales como depresión, aislamiento, etc., que pueden ser facilitadas para su adecuado uso.

ENTRENAMIENTO (COACHING)

El entrenamiento es un procedimiento mediante el cual se da la información verbal sobre las conductas adecuadas. Se -

ofrecen pautas y directrices con las que el paciente estructurará su propia conducta.

Las habilidades del terapeuta para guiar con efectividad se van mejorando con la experiencia. Es necesario utilizar siempre un lenguaje claro y objetivo que ofrezca guías precisas al paciente, fáciles de recordar y llevar a la práctica.

RETROALIMENTACION Y REFORZAMIENTO

Es muy difícil separar estos dos elementos terapéuticos; ambos son usados en casi todos los esquemas de tratamiento y conforman la última fase de la secuencia de cada sesión, luego que el paciente ha realizado el ensayo de conducta, y después de que se ha observado el modelaje y recibido las guías (coaching).

La retroalimentación ofrece información exacta al paciente de su propio proceso de cambio, y debe trabajarse fundamentalmente a base de retroalimentación positiva o, lo que es lo mismo, resaltando aquellos aspectos de la ejecución que muestren progresos y que sean expresión de adelanto y mejoría. Deben evitarse las críticas u observaciones negativas a las fallas que se aprecian en los ensayos; la actitud más terapéutica será la de alentar con frases de estímulo a mejorar las áreas con problemas.

Cuando el sujeto ejecuta la escena (ensayo de conducta) -

se graba el video con objeto de verla de nuevo conjuntamente y analizar la conducta en todos sus detalles. Se puede incluso detener la grabación, cuando sea necesario, para insistir en algún aspecto importante de la ejecución. Por lo demás, el paciente no podrá observar su propia conducta, sino la de su interlocutor, obteniendo así una retroalimentación mucho más completa de su propio proceso.

En cuanto al reforzamiento, debemos recordar que los esfuerzos sociales son los de mayor efecto en el ser humano, además son económicos; están siempre disponibles y pueden ser adecuados con mucha precisión a las necesidades y valores de cada paciente.

Todo ello implica que el terapeuta debe mantenerse muy atento a las actuaciones de los participantes para poder observar con prontitud y reforzar con rapidez en los momentos adecuados. Recuérdese que la demora de la contingencia disminuye la efectividad del esfuerzo.

TAREAS

La asignación de ejercicios relacionados con los déficits de conducta de cada participante, para ser ejecutados entre los periodos de las sesiones, constituye quizá el elemento terapéutico más importante para asegurar la "transferencia" de la mejoría del ambiente terapéutico al ambiente natural del pa

ciente. Además, ello incrementa el de exposición a los estímulos que desencadenan la ansiedad y, por tanto, disminuyen el tiempo de terapia. Dado el valor de estas asignaciones, el terapeuta debe vigilar su cumplimiento mostrando permanente interés y ofreciendo el reforzamiento adecuado a los reportes de ejecución.

Las asignaciones interesiones deben estar ajustadas a las habilidades de cada paciente en particular, y se debe recordar que una tarea fácil de cumplir asegurará una experiencia exitosa. Cada nuevo éxito servirá de refuerzo natural para futuros esfuerzos. El grado de dificultad de las tareas deberá incrementarse progresivamente, ajustándolo al progreso del paciente. De la misma manera, el tipo de asignación será determinado por las necesidades y limitaciones de cada caso.

Se afirma que un entrenamiento no puede considerarse exitoso hasta que las metas terapéuticas del sujeto no se hayan generalizado, transferido y realizado fuera del sitio de tratamiento.

MODIFICACION COGNOSCITIVA

Hay evidencias de varios investigadores de que la enseñanza a las personas para modificar las evaluaciones y manifestaciones sobre sí mismas de una manera positiva, y el generar alternativas para afrontar situaciones problemáticas, puede pro-

ducir generalización y mantenimiento de los efectos terapéuticos. (Senior, 1983).

LA RESPUESTA EFECTIVA MINIMA

Como se ha indicado, la finalidad del entrenamiento en la aserción es la expresión adecuada de los sentimientos. La decisión de si un acto es apropiado es un asunto de juicio social. Comúnmente la decisión se hace entre cliente y terapeuta, tomando ventaja del conocimiento específico del cliente sobre la situación meta y la experiencia y objetividad del terapeuta encierra una falla del cliente para "defender sus derechos", algunas líneas generales para determinar "las conductas apropiadas" en tales situaciones, pueden ser de gran utilidad. En la expresión de sentimientos como la ofensa o la ira, una buena regla es la de implementar la respuesta efectiva mínima. La respuesta efectiva mínima es aquella conducta que alcanza la meta del cliente con un mínimo de esfuerzo y emoción negativa observable (y con una mínima probabilidad de consecuencias negativas). Considérese la manera en que una persona puede abordar a una pareja hablantina que le molesta al estar disfrutando de una película. Supóngase que la pareja ha estado cuchicheando durante cerca de cinco minutos y nadie aun les ha pedido que se abstengan de hacerlo. Una respuesta efectiva mínima puede ser: "¿No podrían guardar silencio? No puedo oír" (cuchicheando en un tono amistoso). Naturalmente uno podría hablar en voz alta y enojado: "¡Caramba, si ustedes no se ca-

llan llamaré al acomodador y le pediré que los saque!" Sin embargo, una respuesta de esta naturaleza logrará su cometido, - pero probablemente ocasione un sentimiento de culpabilidad, - enojo innecesario o pena por parte de la pareja (quienes después de todo, es probable que no se dieran cuenta de que ocasionaban molestias), y la irritación de todos los asistentes - cercanos. (Rimm y Masters, 1987).

ESCALACION

Las respuestas asertivas de naturaleza leve son efectivas en la mayoría de los casos, para el asombro de muchos clientes. Algunas veces, pese a todo se enfrentan a la irresponsabilidad o beligerancia, por lo que se deben tomar algunas medidas para preparar al cliente. Una vez que el cliente se ha mostrado a sí mismo su adaptación a la respuesta efectiva mínima, el terapeuta puede modelar sucesivamente más contrarrespuestas "negativas o amenazantes". No obstante, el terapeuta debe tener especial cuidado de conservar estas escalaciones (término tomado de Mc Fall y Marston, 1970) dentro del dominio de la credibilidad, y recordarle al cliente que tales contrarrespuestas tienen pocas probabilidades de ocurrir. Esta precaución es importante porque la persona que es tímida ante tales situaciones ha realizado un completo trabajo de intimidación a sí mismo, con temibles consecuencias anticipadas a cualquier acto asertivo de su parte. Este es el último aspecto que el terapeuta debe reforzar. A continuación se da en forma resumida un ejemplo -

de una escalación en relación con la pareja que hace ruido en el cine. Para instrumentar esto se sigue la forma común del ensayo de modelamiento.

Demandante:

"Me pregunto si podrían guardar un poco de silencio. No logro oír bien". (Después de 5 minutos de silencio el parloteo se reanuda).

Demandante:

"¡Oigame! ¿Quieren callarse por favor? simplemente no logro oír la película". (Escalafón de primera orden)

Uno de los aludidos:

"Disculpe". (Silencio durante el resto de la película)

Si el terapeuta desea extenderse a una escalación de segundo orden, esta podría ser:

¡Hombre! ¿Qué pondrá tan nervioso a este amigo? seguido por un continuo parloteo.

Una respuesta apropiada podría ahora ser:

"Miren, si no se callan voy a llamar al acomodador", seguido de: (mirada prolongada).

"Está bien, camarada, está bien". y silencio por el resto de la película; o:

"Este amigo me pone nervioso, salgamos".

Obsérvese que a cada paso, el terapeuta estructura las co

sas de manera que las aserciones del cliente se ven coronadas por el éxito. Si bien puede argumentarse que en el "mundo real", la asertividad adecuada no siempre tiene éxito, de hecho, por lo general sí lo es, y la práctica de consecuencias negativas en la terapia solamente reforzaría tendencias de fuerza hacia la inhibición.

El cliente puede argumentar la posibilidad de que durante el curso de una escalada, la otra persona pueda hacer uso de la violencia o de amenazas. Las probabilidades de que eso suceda son bastante más bajas de lo que los clientes perciben. Las personas que se comportan de manera provocadora según nuestra experiencia, fácilmente sucumben a la asertividad verbal, por lo que el intercambio raramente alcanza el punto de amenazas o violencia física. Esto es aplicable especialmente para el cliente del que se piensa que evite el "poner a su oponente contra la pared". Esto se logra mejor haciendo que el cliente comprenda que lo que está haciendo es informar a otras personas que lo que están haciendo es fuente de incomodidad personal, descontento o molestias, más que utilizar tácticas de ataque o insultos personales. (Rimm y Masters, 1987).

Lo siguiente es un resumen de los puntos más importantes relacionados con la técnica del ensayo de conducta, como se aplica en áreas específicas de dificultad interpersonal.

- 1.- El cliente representa la conducta en la vida real.
- 2.- El terapeuta proporciona retroalimentación verbal es pecífica acentuando las características positivas, y presenta las faltas en forma amistosa y no punitiva.
- 3.- El terapeuta modela la conducta más deseable y el cliente representa el papel de la otra persona, cuando esto sea lo apropiado.
- 4.- El cliente ensaya nuevamente la respuesta.
- 5.- El terapeuta premia con generosidad la mejoría. Si es necesario se repiten los pasos 3 y 4 hasta que terapeuta y cliente estén satisfechos con la respuesta, y el cliente pueda efectuar la respuesta con poca o ninguna ansiedad.
- 6.- Si la interacción es muy extensa se divide en pequeños segmentos que se manejan en secuencia. A continuación cliente y terapeuta efectúan la interacción total con el propósito de consolidar los avances.
- 7.- En un intercambio que implique la expresión de sentimientos negativos, se debe instruir al cliente para empezar con una respuesta relativamente ligera (la respuesta efectiva-minima), pero también para que utilice respuestas más fuertes en caso de que la respuesta inicial no sea efectiva.
- 8.- Al representar la expresión de sentimientos negativos, las declaraciones objetivas de conductas molestas o hi-

rientes por parte de la otra persona, son superiores a lo que - pudieran ser los ataques personales, que son inútiles y tienen el efecto de poner a la otra persona contra la pared. (Rimm y Masters, 1987).

El terapeuta podría también elaborar jerarquías como en - la desensibilización sistemática para el ensayo conductual, y a menudo lo hace. Más a menudo el enfoque del terapeuta de la conducta para el entrenamiento asertivo es más informal, aunque es recomendable que los temas mas sencillos se traten al - principio.

TACTICAS PASIVO-ASERTIVAS

Como lo ha señalado Wolpe (1958), hay situaciones en las que los actos de aserción abiertos, sin que importe la habilidad con que sean presentados, pueden conducir a consecuencias negativas. Si bien dichas situaciones son mucho menos comunes de lo que el cliente supone, toda persona que haya estado en - el ejército o sujeta a un patrón paranoico tiránico (cuando el cambio de trabajo no era factible), coincidirá con Wolpe. Para tales situaciones él recomienda las famosas técnicas de juggos humanos de Stephen Potter (1952), en las que se instruye - al cliente sobre la manera de obtener una ventaja psicológica - o de conducta al jugar sobre las debilidades sutiles de su adversario. Wolpe y Lazarus dan parte de un caso en el que un - empleado al que regularmente sometia uno de sus patrones a lar

gos y aversivos discursos, era capaz de eliminar dicha conducta utilizando diversas estratagemas, como la de destacar la calva de su jefe (sabiendo que el patrón estaba consciente de eso).

Si el terapeuta decide utilizar tales técnicas indirectas (y furtivas) o no, es cosa de preferencias personales. Por último, en situaciones en las que las tácticas asertivas sean las apropiadas, se recomienda al terapeuta que las presente dentro del contexto de los procedimientos de capacitación asertiva más usuales, reduciendo con ello las posibilidades de que el cliente aprenda a adoptar los enfoques indirectos (usualmente menos satisfactorios y efectivos), como medios generales para enfrentarse a las dificultades interpersonales. (Rimm y Masters, 1987)

TECNICAS ASERTIVAS SISTEMATICAS

Disco Rayado:

Técnica que, mediante la repetición serena de las palabras que expresan nuestros deseos, una y otra vez, enseña la virtud de la persistencia, sin tener que ensayar argumentos o sentimientos de ira de antemano, con el objeto de "calentarse" con miras al enfrentamiento con los demás.

Efectos clínicos: Esta técnica nos permite sentirnos a nuestras anchas e ignorar las trampas verbales manipulativas,

los cebos dialécticos, la lógica irrelevante, sin apartarnos - del punto en el que deseamos insistir.

Banco de Niebla:

Técnica que enseña a aceptar las críticas manipulativas - reconociendo serenamente ante nuestros críticos la posibilidad de que haya parte de verdad en lo que dicen, sin que por ello abdicuemos de nuestro derecho a ser nuestros únicos jueces.

Efectos clínicos: Esta técnica nos permite recibir las - críticas sin sentirnos violentos ni adoptar actitudes ansiosas o defensivas y sin ceder un ápice frente a los que emplean críticas manipulativas.

Libre Información:

Técnica que nos enseña a identificar los simples indicios - que nos da otra persona en el curso de la vida cotidiana y que permite reconocer qué es lo interesante o importante para esa persona.

Efectos clínicos: Esta técnica nos permite vencer nues- tra timidez y entrar en conversación social con los demás, y, - al mismo tiempo, induce a estos a hablarnos con mayor libertad de sí mismos.

Aserción Negativa:

Técnica que nos enseña a aceptar nuestros errores y faltas (sin tener que excusarnos por ellos) mediante el reconocimiento decidido y comprensivo de las críticas, hostiles o constructivas, que se formulan a propósito de nuestras cualidades negativas.

Efectos clínicos: Nos permite sentirnos a nuestras anchas reconociendo los aspectos negativos de nuestro comportamiento o de nuestra personalidad, sin tener que adoptar actitudes defensivas o ansiosas, ni vernos obligados a negar un error real, consiguiendo al mismo tiempo reducir la ira o la hostilidad de nuestros críticos.

Interrogación Negativa:

Técnica que nos enseña a suscitar las críticas sinceras - por parte de los demás, con el fin de sacar provecho de la información (si son útiles) o de agotarlas (si son manipulativas), inclinando al mismo tiempo a nuestros a mostrarse más asertivos y a no hacer un uso tan intensivo de los trucos manipulativos.

Efectos clínicos: Nos permite provocar con serenidad las críticas contra nosotros mismos en el seno de las relaciones íntimas, induciendo al mismo tiempo a la otra persona a expresar honradamente sus sentimientos negativos y consiguiendo así mejorar la comunicación.

Autorrevelación:

Técnica que enseña a aceptar e iniciar la discusión de -- los aspectos negativos y positivos de nuestra personalidad, - nuestro comportamiento, nuestro estilo de vida y nuestra inteligencia, con objeto de fomentar y favorecer la comunicación - social y reducir la manipulación.

Efectos clínicos: Nos permite revelar aspectos de nosotros mismos y de nuestra vida que anteriormente provocaban en nosotros sentimientos de ignorancia, ansiedad o culpabilidad.

Compromiso viable:

Cuando empleamos las técnicas asertivas verbales, es muy - práctico, siempre que comprendamos que no está en juego el respeto que nos debemos a nosotros mismos, ofrecer a la otra parte un compromiso viable. Siempre podemos regatear, cuando se trata de nuestros objetivos materiales, a menos que el compromiso afecte a nuestros sentimientos de dignidad personales. - Cuando el objetivo final entraña algo que afecta a nuestra dignidad, sin embargo, no caben compromisos de ninguna clase. - (Smith, 1985).

Evaluación de la Conducta Asertiva.

Al surgir estrategias de tratamiento diseñadas especialmente para mejorar las habilidades sociales de los pacientes -

psiquiátricos también fue necesario desarrollar procedimientos para evaluar las habilidades y las deficiencias en las conductas interpersonales.

Se encuentra que a diferencia de las evaluaciones tradicionales de padecimientos tales como la ansiedad y la depresión, las medidas conductuales facilitan al terapeuta una evaluación mas precisa y actual de los cambios en el comportamiento de los pacientes antes y después del entrenamiento asertivo. El objetivo central de la evaluación de las habilidades sociales está basado en medidas sobre la interacción social.

Un grupo de investigadores encabezados por Mc Fall (1970) iniciaron la evaluación empírica de los efectos de diversos tratamientos conductuales diseñados para mejorar las habilidades-asertivas de una persona. Mc Fall y Marston (1970) planearon una serie de situaciones y utilizando el juego de roles evaluaron las conductas de un grupo de estudiantes universitarios - que practicaban respuestas asertivas ante estímulos auditivos-grabados. Cinco jueces calificaron las respuestas y eligieron de la muestra cuales eran las mas asertivas. No se evaluó el grado de acuerdo entre los jueces, ni se reportó la forma en - que definieron la habilidad asertiva. La única medida conductual de asertividad empleada fue la latencia de la respuesta a las descripciones de las situaciones.

Los autores concluyeron que el uso del juego de roles, -

con escenas estandarizadas que requieren respuestas asertivas, es un buen método para obtener datos de las interacciones sociales, ya que elicitán con mayor probabilidad las respuestas que puede presentar el paciente en la vida real.

Lewinsohn y Shaffer (1971, en: Hersen y Bellack, 1976) -- evaluaron las habilidades interpersonales efectuando observaciones en la interacción familiar y Libet y Lewinsohn (1973, en: Hersen y Bellack, 1976) lo hicieron en una terapia de grupo. Ellos emplearon las siguientes categorías:

1. La cantidad total de conducta verbal expresada hacia otra persona.
2. Número de veces que la persona iniciaba conductas que no podían clasificarse como reacciones a las conductas de otros.
3. El grado en que la persona distribuía sus conductas igualmente hacia el grupo.
4. La cantidad de tiempo transcurrido antes de que el sujeto respondiera a otras personas, y
5. La tasa de conductas reforzantes o positivas que el individuo expresaba a otros.

En un intento por desarrollar medidas conductuales específicas, Arkowitz y col. (1975, en: Hersen y Bellack, 1976) compararon datos de alta y baja frecuencia de ejecución social -

con instrumentos de autoreporte y una clasificación global de habilidades sociales hecha por los observadores.

Los siete componentes conductuales que seleccionara para evaluar las habilidades sociales en una conversación fueron:

- a) Duración del habla
- b) Número de silencios
- c) Número de reforzadores verbales
- d) Número de inclinaciones de cabeza
- e) Número de sonrisas
- f) Tiempo de contacto visual hacia su compañero, y
- g) Algunas medidas de contenido de habla prosocial.

En su estudio para identificar los componentes de la conducta asertiva, Eiler, Miller y Hersen (1977) evaluaron las conductas verbales y no verbales de esta forma:

Conductas no verbales:

1.- Duración del mirar: tiempo en que los miembros del grupo miran al confederado desde el inicio de las afirmaciones del confederado hasta el final de la respuesta del sujeto.

2.- Sonrisas: frecuencia con que el sujeto sonrió desde el momento en que el confederado terminaba de hablar hasta que el sujeto también terminaba sus verbalizaciones.

3.- Duración de la réplica: cantidad de tiempo que el sujeto habló al confederado.

4.- Latencia de la respuesta: tiempo transcurrido desde que el confederado terminó de hablar hasta que el sujeto empezó a hacerlo.

5.- Volumen del habla: lo evaluaron con una escala de 5 puntos desde muy bajo (1) hasta muy alto (5).

6.- Fluidez del habla: se evaluó con una escala de 5 puntos, el 1 indicaba ninguna fluidez y el 5 mucha fluidez. Las pausas largas, los titubeos, las repeticiones y el uso de "ah", "eh", "uhm" y otras partículas similares se consideraron como habla no fluida.

7.- Afecto: utilizaron también una escala de 5 puntos, desde muy plano, con un tono de voz no emocional (1) hasta un tono "vívido" que es apropiado a la situación (5).

El contenido de las respuestas verbales se calificó con una igualación dicotómica de acuerdo a si la conducta asertiva se presentaba o no en cada escena. Así, la respuesta de complacencia se registró como ocurrencia cuando el sujeto aceptó lo que el confederado le pedía y el requerimiento de nuevas conductas se tomó como ocurrencia cuando el sujeto demandó un cambio en la conducta del confederado.

Eislaer (1976) por su parte, menciona tres tipos de técni

cas evaluativas de autoreporte: los inventarios estructurados, las entrevistas semiestructuradas y las técnicas de automonitoreo.

Los inventarios estructurados contienen una muestra de situaciones interpersonales que típicamente dan a conocer una - clase específica de respuestas de interés. Estos inventarios ofrecen las siguientes ventajas: se aplican en poco tiempo, - permiten obtener puntajes y establecer comparaciones sobre determinados aspectos, son útiles para obtener información preliminar sobre los déficits en las habilidades sociales de los sujetos, ayudan a identificar áreas problema y su aplicación repetida permite cuantificar los cambios sobre la percepción que - tiene el sujeto de su conducta social, antes y después del tratamiento.

Las limitaciones que presenta esta forma de evaluación - son que el sujeto puede carecer de habilidades para identificar los aspectos relevantes de su conducta social, para juzgar si su respuesta fue asertiva o agresiva en una situación particular y para evaluar con precisión la conducta de la persona - ante la cual se está respondiendo. Por ejemplo, si un sujeto indica que manifiesta inconformidad cuando alguien lo critica injustamente, entonces debe discriminar si las verbalizaciones de los otros son realmente injustas. De esta forma, si el sujeto no puede evaluar con claridad su propia conducta y la de otros en relación con él mismo, entonces será difícil evaluar la validez del reporte en la interacción.

Por último, los reactivos se expresan en términos demasiado generales y esto implica problemas para el respondiente, ya que debe "promediar" su conducta a través de esas situaciones generales y además limita su habilidad para reportar como debe comportarse en situaciones específicas.

Entre las medidas de papel y lápiz, Alberti y Emmons (1974), consideran que la escala Gambrill y Richey es un buen instrumento para la medición de cambios, ya que cuenta con un formato que permite evaluar los problemas asertivos y las modificaciones que pueden darse, a través de tres tipos de información de la conducta asertiva:

1. Qué tan incómoda se siente una persona en situaciones asertivas específicas.
2. Cómo reaccionan las personas asertivamente en situaciones particulares.
3. Las situaciones en que la persona quisiera actuar más asertivamente.

El enfoque clínico de la entrevista ofrece un medio para obtener datos de los sujetos que son hábiles para reportar sus conductas con precisión. En ella, el terapeuta puede explorar situaciones interpersonales problema formulando preguntas sobre las habilidades del sujeto para expresar opiniones contrarias a las de otros para pedir favores, rehusar peticiones no

razonables de amigos y extraños, concertar citas, pedir ayuda en la solución de problemas o hacer elogios.

También es posible especificar la naturaleza de las situaciones problema, los componentes verbales y no verbales de sus conductas, el reforzador que reciben para mantener comportamientos sociales adaptados o desadaptados y las normas sociales que gobiernan las interacciones específicas descritas por el paciente.

El automonitoreo es un método de observación y autoreporte de conductas observables y eventos privados, que permite el acceso a datos que no están disponibles (Kazdin, 1974 en: Hersen y Bellack 1976) como son el conocimiento interno del sujeto y las percepciones de los eventos del medio ambiente social.

Eisler (1976) señala que en base a la definición de las conductas terminales que incluyan la habilidad requerida pueden elaborarse medidas de autoreporte que investiguen como responden los pacientes ante otras personas en una amplia muestra de situaciones, y medidas conductuales directas donde se registre la presencia o ausencia de las conductas terminales. En el caso del autoreporte, al paciente le será fácil responder que tan ansioso se sintió en una situación, pero tendrá problemas para precisar las conductas que emitió, lo cual obstaculizará su evaluación. Como la interacción social es un

proceso demasiado complejo, resulta difícil definir y medir las secuencias conductuales verbales y no verbales presentadas en las diferentes situaciones.

Las respuestas que se miden con cronómetro o contando la frecuencia de su ocurrencia durante intervalos de interacción específicos, son las que pueden definirse operacionalmente, como por ejemplo: la duración del silencio, la longitud de la pronunciación, la duración del lenguaje, las interrupciones o el contacto físico.

En los estudios antes citados de Lewinsohn y Shaffer (1971) Libet y Lewinsohn (1973), Arkowitz (1975) y Eislar, Miller y Hersen (1973) se incluyen categorías tales como: duración total de la conducta verbal, cantidad de conductas reforzantes, número de silencios, número de inclinaciones de cabeza, duración de la réplica y frecuencia de sonrisas, que solo evalúan el aspecto cuantitativo de las conductas y no las características cualitativas que deben presentar en las diferentes situaciones, lo cual sería más importante para considerar la asertividad de las respuestas. Así, puede ser que un sujeto hable con la otra persona durante la interacción y obtenga una calificación alta, pero al ignorarse el contenido de sus verbalizaciones no es posible detectar si respondió adecuadamente o tal vez el sujeto sonrió varias veces, pero no en los momentos apropiados.

Respecto a los componentes difíciles de definir, como son: la escucha enfática y el tono afectivo, los registradores pueden observar varios segmentos de la interacción y registrar sus especificaciones en escalas numéricas globales que indiquen el grado de variabilidad presentado. Es posible incrementar la objetividad de esos registros determinando las clases de relaciones que se establecen para registrarlos bajo una categoría definicional específica (Eisler, 1976).

Aunque con las escalas numéricas se obtienen aparentemente medidas menos precisas, Eisler (1976) argumenta que estas poseen una mayor validez social que una medida basada en categorías conductuales restringidas, porque los registradores responden a señales conductuales sutiles y a variables de contexto social que no pueden ser señaladas en las definiciones operacionales.

De esta manera, Eisler (1976) concluye que es mejor emplear un formato de evaluación que combine medidas de diferentes tipos, como inventarios y situaciones simuladas, en vez de confiar en cualquiera de ellas por separado.

Considerando los aspectos positivos que ofrecen como instrumentos de evaluación, en esta investigación se integrarán precisamente la simulación de situaciones estructuradas y los inventarios de asertividad.

En las interacciones simuladas se registrarán nueve conductas. La expresión facial, el movimiento de manos, el tono de voz, la fuidéz y la emoción del habla, se calificarán con escalas numéricas, tomando como base sus respectivas definiciones: el contacto visual y la latencia de las respuestas verbales se medirán cuantitativamente por su duración. Sobre el contenido verbal de complacencia y los requerimientos de nuevas conductas, se anotará su ocurrencia o no ocurrencia de acuerdo a los criterios no especificados.

Con el Inventario de Gambrill y Richey se evaluará la probabilidad de que se emitan varias respuestas determinadas y el grado de incomodidad experimentado en situaciones específicas. También se incluirá el Inventario PIR para comparar los posibles cambios en las cogniciones del sujeto. Así como la aplicación del Inventario de Rathus para corroborar los resultados.

Los Inventarios antes mencionados pertenecen a las escalas nominal o cardinal y a la escala ordinal.

La escala nominal o cardinal mide categorías, las cuales no son combinables. Posee una determinación de igualdad. Se adjudica un número a una variable. Lo que puede calcularse son frecuencias de estas categorías, por tanto, representa una variable discreta o discontinua. Representa la estructura matemática siguiente: $X1=f(x)$ es una substitución biunívoca.

La escala ordinal presenta un rango. Posee una determinación de mayor o menor. Hay orden, es decir, 2 es efectivamente mayor que 1, pero menor que tres. En cambio, en la escala nominal no hay tal diferencia, los números son perfectamente intercambiables, por ejemplo: el sexo masculino puede ser el 1 o el 2 sin importar realmente cuál se elija. Representa la estructura matemática siguiente: $X_1=f(x)$ donde $f(x)$ significa cualquier función monotónica creciente. Permite calcular la mediana, percentiles, correlación de rangos" (Métodos de Investigación Psicosocial, 1986, p.100).

Antecedentes de los Inventarios

Los inventarios son instrumentos que han demostrado su validez a lo largo de su empleo en la Clínica Universitaria de la Salud Integral de la E.N.E.P. Iztacala U.N.A.M.

Por otro lado, existen tesis que han utilizado estos instrumentos y han comprobado su validez. Entre ellas está "Establecimiento de un Repertorio Asertivo y formación como entrenadora a profesionales de la casa hogar para servidores domésticos A. C." U.N.A.M. Iztacala. Las autoras decidieron realizar la validación de contenido. Las medidas tomadas para asegurar la confiabilidad y validez demostraron lo siguiente:

"Con respecto a si los inventarios empleados miden o no el rubro asertividad, y en base a la opinión de los 10 jueces-

calificados a quienes se consultó, se determinó que el Inventario de Gambrill y Richey, los reactivos número 4,12,13,29,30,-33,37 y 38 obtuvieron una evaluación menor al 80%, por lo que se cuestiona su validez. Lo mismo ocurrió con el Inventario de Rathus en los reactivos 1,7,8,9,11,19, y 28. Acerca de la validación de contenido del Gambrill y Richey con respecto a si sus reactivos resultan ser muy claros, claros, ambiguos o confusos, o muy ambiguos, muy confusos, se observó que únicamente los reactivos número 13 y 16 requieren redactarse nuevamente, pues el resto a opinión de los jueces, son lo suficientemente claros para permitir su aplicación. En lo concerniente a si los reactivos de ambos inventarios pueden por su vocabulario ser comprendidos por cualquier persona o necesariamente requieren una escolaridad de primaria terminada, se observó que en el Gambrill y Richey los reactivos número 1,3,7,-12,14,16,18,19,24,26,31 y 34 deberían modificarse; lo mismo para los números 1,2,3,7,12,14,24 y 26 del Rathus. El resto según los jueces consultados, son comprensibles para cualquier persona independientemente de su nivel escolar" (1986).

Como se observa, los Inventarios son un buen instrumento de evaluación, pero debido a sus deficiencias no es aconsejable utilizarlos como único medio de evaluación. Es importante la observación directa de los participantes y utilizarlos como complemento.

2. 2 Terapia Racional Emotiva.

La terapia racional emotiva (Ellis, 1957, 1962) se deriva directamente de una teoría que supone que los desórdenes psicológicos surgen de patrones erróneos o irracionales de pensamiento. Los patrones de pensamiento que típicamente se manifiestan por sí mismos en cadenas de verbalizaciones preconscientes implícitas, surgen suposiciones que comprenden el sistema de creencias básico del individuo.

El enfoque de Ellis sobre la primacía del pensamiento pre-consciente (así como el consciente) se encuentra en contraposición directa con el psicoanálisis clásico, que pone principal énfasis en lo inconsciente, aunque ambos enfoques destacan el papel fundamental del pensamiento primitivo, mágico o irracional en el desarrollo de la psicopatología. Al principio de su carrera profesional Ellis (siendo psicólogo clínico) se suscribió al punto de vista dinámico prevaeciente, pero al pasar los años desarrolló un enfoque cuya creciente orientación lo alejaba de la adquisición de insight "histórico", y hacia factores cognoscitivos de aquí y ahora que medían en forma directa entre las conductas de desadaptación y las emociones. De acuerdo con Ellis (1962), una escala de éxito siempre creciente en la clínica, fue el producto de sus esfuerzos en la modificación de su enfoque.

Pese al hecho de que la terapia racional emotiva (a la

que se denomina TRE) ha estado a disposición para el consumo público durante escasamente una década, ha obtenido ya un notable número de entusiastas adeptos. Si bien la popularidad de TRE se puede atribuir parcialmente al entusiasmo y productividad de su descubridor, desde nuestro punto de vista, existen razones más fundamentales para su amplia aceptación. Primera, para muchos practicantes (y muchos ajenos a la profesión), la suposición básica de que lo que un individuo se dice a sí mismo tiene un mayor apoyo sobre la manera en que se siente y actúa es incontrovertible. Segunda, el método principal de TRE, directo y nada sutil que es un instrumento del terapeuta para la modificación de estas verbalizaciones, es un corolario terapéutico plausible a la primera suposición. Tercera, tanto en términos teóricos como prácticos el estilo de exposición de Ellis es claro y explícito. Hay muchos terapeutas que (justificadamente o no) han sentido tener los suficientes conocimientos sobre TRE como para comenzar a aplicarla a clientes después de apenas haber leído "Razón y emoción en psicoterapia" (Ellis, 1962). La terapia de rol fijo de Kelly (1955) sostiene una notable similitud con TRE, en términos de su base filosófica así como en su orientación de aquí y ahora. Sin embargo, la manera de Kelly de presentar sus trabajos, si bien de corte lógico, es de carácter esotérico. lo que puede contar en parte para que el impacto de Kelly en los practicantes no sea ni cercanamente tan grande como el de Ellis.

La esencia de TRE se ve en el modelo de A-B-C-D-E-

(Ellis, 1971). A se refiere a cierto suceso real y extenso al que el individuo se expone. B se refiere a la cadena de pensamientos (autoverbalizaciones) que utiliza como respuesta a A. C simboliza las emociones y conductas que son consecuencia de B. D se refiere a los esfuerzos del terapeuta para modificarlo que ocurre en B; y E para las consecuencias emocionales y conductuales presumiblemente benéficas. Por ejemplo, considérese al cliente deprimido que se queja al terapeuta de que nadie lo "ama", proporcionando evidencia objetiva de que ese es efectivamente el caso. Particularmente el cliente describe el evento que precipitó la depresión actual: su chica le llamó por teléfono para informarle que quería dar por terminadas sus relaciones; este es el evento A. El terapeuta se pone entonces a determinar la naturaleza de B, la cadena de pensamientos del cliente que siguieron a A. Al principio el cliente puede no estar totalmente consciente de estas difíciles autoverbalizaciones, en cuyo caso se requiere un cierto grado de estímulo por parte del terapeuta. Por otra parte, el cliente puede ser capaz de efectuarlas con toda facilidad. Sea el caso que sea, supóngase que la secuencia de pensamientos es la siguiente: "Ya no me ama... nadie me ama... valgo menos que nada... esto es simplemente terrible. "Una vez envuelto en este patrón de pensamientos, se espera que el cliente que se encuentra ahora en C, experimente emoción considerable negativa (ansiedad, enojo, depresión) y se comporte de acuerdo a ellos.

La intervención del terapeuta (D) está integrado por es-

fuerzos directos para hacer que el cliente examine de una manera científicamente crítica la validez o racionalidad de las declaraciones hechas por sí mismo en el punto B. En particular, se ayuda al cliente a efectuar una discriminación crítica entre aquellas declaraciones en B que son objetivamente verdaderas (por ejemplo "ya no me ama... nadie me ama") y aquellos que pueden ser irracionales (por ejemplo "no valgo nada".)

Cuando el cliente efectúa esta discriminación, el terapeuta puede pedirle que proporcione evidencias de que la segunda declaración de B, efectivamente sigue de manera lógica a la primera, del modo siguiente:

"Usted se dice a sí mismo que no es amado actualmente, lo que puede ser cierto, pero que en realidad significa que usted se siente solitario y sexualmente frustrado y además, lo que es penoso; pero luego se dice usted mismo que a causa de que usted no es amado, es que usted no vale nada. ¿Puede usted decirme cuál es el nexó lógico entre la primera y la segunda idea?".

Tarde o temprano el cliente comprenderá que la segunda afirmación no tiene un nexó lógico con la primera, en cuyo momento se espera que encuentre maneras de pensar más flexibles y alternativas; por ejemplo, con cierta orientación del terapeuta puede decirse a sí mismo:

"Es verdad que ya no me ama y que nadie me ama. En realidad yo quisiera que ella (o alguien) me amara, pero yo realmente no necesito amor. No hay nada terrible en que ella me rechace, o en que nadie me ame, y seguramente ello no significa que yo no valga nada".

El cliente se encuentra ahora en posición de experimentar las emociones más positivas y conductas consecuentes simbolizadas por E.

En resumen, el evento A (un acontecer objetivo) lastima al individuo dando origen a autoverbalizaciones en B, algunas de las cuales son irracionales y autoderrotantes y conducen a emociones negativas y conductas relacionadas con C. El terapeuta racional en el punto D, ayuda al cliente a examinar las relaciones lógicas entre sus autoverbalizaciones en B, lo que conduce a la eliminación del pensamiento irracional y una consecuente mejoría del sufrimiento en el punto E.

Mientras se encuentra en el consultorio, el cliente puede señalar con fuerza que está convencido de la naturaleza irracional y autoderrotante de algunas de sus autoverbalizaciones, indicando también algunas formas alternativas más saludables de pensar. Pese a todo, es posible que el cliente tienda a regresar a sus patrones de tipo mediativo entre sesiones de terapia (especialmente en la parte temprana de la terapia), y el terapeuta de TRE puede dar algunos pasos para reducir este as-

pecto. Una táctica implica el que él manejaría los sentimientos negativos cuando el terapeuta no está presente. Por ejemplo, el terapeuta puede decirle: "suponga ahora que mañana usted se da cuenta de que se siente ansioso o deprimido, porque su chica le rechaza. ¿Qué haría para sentirse mejor?" Esto permite una verificación adicional sobre las autoverbalizaciones del cliente, y sirve como un aumento en el estímulo para la práctica de pensamiento racional por su propia cuenta.

La tarea en casa es un elemento importante de la terapia racional emotiva. Se puede pedir al cliente que lea capítulos destacados en la "Guía para un vivir racional" de Ellis y Harper (1968) (para el individuo antes mencionado, los capítulos que tratan sobre la necesidad de aprobación y autoevaluación). Aparte se puede pedir al cliente que escriba aquellas situaciones que provocan el surgimiento de emociones negativas, indicando las autoverbalizaciones negativas que tuvo en ese momento, así como lo que se dijo a sí mismo para atacar dichos pensamientos. Parte de la siguiente sesión de terapia se dedica a discutir dichas notas, proponiendo el terapeuta comentarios de corrección cuando se hacen necesarios. A través de sus tareas en casa, también se pide al cliente que se enfrente a las cosas que tiene, con objeto de proporcionar evidencia directa de que los objetos de sus habituales pensamientos meditativos no son realmente tan "terribles" o "atrocios".

De acuerdo con Ellis (1971), las creencias irracionales -

no se pueden verificar empíricamente; esto es, no son sujetas a prueba. Es frecuente que la clase de creencias de interés primordial para TRE pertenezcan a cierta forma de imperativos-morales o dictados que supuestamente definen las bases del valor humano. Dado que de acuerdo con Ellis (1971) el valor personal no es una entidad medible, cualquier creencia del tipo mencionado se reduce a una suposición arbitraria. Por tanto, la creencia de que otro individuo (por ejemplo, un asesino sentenciado) no valga nada en un sentido absoluto o básico, no se puede tomar como correcto. Cualesquiera palabras que se utilicen para evaluar el valor último absoluto de una persona carecen de sentido. Los criminales no son malos o malvados en el sentido de que merezcan un castigo o condena (aunque Ellis no sugiera que la sociedad no deba protegerse de sus fechorías, tampoco Jonas Salk y Martin Luther King se han de considerar como buenas personas (si bien la sociedad es sabia al recompensar sus trabajos). En pocas palabras, para Ellis no puede haber santos ni pecadores.

Otra clase general de creencias centrales para TRE pertenece a las presumibles necesidades humanas. Necesidades en este contexto no se refieren a las necesidades fácilmente identificables para la supervivencia física. Un texto estándar de psicología de personalidad la describiría como necesidades -- "psicológicas". Sin embargo, el término necesidad conlleva la implicación de serias y concretas consecuencias negativas si -

se deja sin satisfacer. Con todo, el individuo que expresa una necesidad de ese tipo ("necesito que se me respete") ordinariamente no expresa con claridad noción alguna de las consecuencias de la no satisfacción de esta necesidad. Para el terapeuta racional, las palabras "quiero" o "deseo" son mucho más exactas y cargadas de sentido ("Yo quiero, deseo, disfrutaría, preferiría ser respetado..."). A primera impresión, el lector puede concluir que un intento de fomentar en el cliente la capacidad de discriminar entre un quiero o deseo, y una necesidad, es meterse en sutiles problemas de semántica. Sin embargo, si como TRE supone, las personas se encuentran afectadas fuertemente por los contenidos de sus creencias, las consecuencias psicológicas de percibir que una necesidad básica no está siendo satisfecha, son mucho más terribles que aquellas que surgen del conocimiento de que un deseo no esencial está siendo frustrado.

Ellis (1962) ha proporcionado una lista de once creencias irracionales comunes a esta cultura, la mayoría de las cuales cae fácilmente en las categorías de "debería" o "no debería" o "necesidad". Parafraseadas en breve, son las siguientes:

1. Debería ser amado o aprobado por casi cualquier persona.
2. Para ser tomado en consideración, uno debería ser competente en casi todos respectos.
3. Algunas gentes son intrínsecamente malas y merecen castigo.

4. Las cosas deberían ser exactamente siempre como uno espera que sean (y es terrible cuando no lo son).
5. Las personas tienen muy poco control interno sobre su felicidad o tristeza personales.
6. De haber alguna posibilidad de que algo llegue a ser peligroso uno debe preocuparse bastante con relación a ello.
7. Es más fácil evitar que enfrentar las dificultades y responsabilidades inherentes al vivir.
8. Una persona debe (esto es, necesita) depender de otras personas más fuertes.
9. La conducta presente y futura de una persona depende irreversiblemente del significado de acontecimientos pasados.
10. Una persona debe sentirse notablemente indispuesta con relación a los problemas de los demás.
11. Cada problema tiene (debería tener) una solución ideal, y resulta catastrófico cuando dicha solución no se logra en contrar.

Ellis (1962) también ha proporcionado al lector una descripción detallada del porqué cada una de estas creencias es irracional y "autoderrotante". Por ejemplo, el creer que uno debería ser amado por casi todo mundo es irracional porque es arbitrario, y autoderrotante porque por lo general conduce a la frustración y al desengaño. Claro que es posible retener algunas creencias irracionales que no son autoderrotantes, sim

plemente porque hubo muy poco o ningún apoyo en la vida cotidiana individual. La creencia de que el hombre ha sido creado a la imagen y semejanza de Dios, de acuerdo con el criterio de Ellis, es claramente irracional, pero si se toma en forma aislada esta creencia, no puede esperarse que tenga consecuencias emocionales positivas o negativas. (Rimm y Masters, 1987).

EL METODO DE TRE

En términos muy generales, la tarea del terapeuta (Ellis, 1971) es triple. Primero, determina eventos externos principales. Segundo, determina los patrones de pensamiento específicos (y creencias subyacentes) que constituyen la respuesta interna a dichos eventos y dan surgimiento a las emociones negativas. Tercero, asiste al cliente en la alteración de dichas creencias y patrones de pensamiento. La primera tarea por lo general se efectúa por medio de técnicas de entrevista relativamente estándar. Como hemos planteado, es frecuente que los clientes traigan a la clínica quejas bastante específicas, pero cuando no es esa su naturaleza (por ejemplo, depresión), por lo común no es difícil determinar los eventos externos que están relacionados con el principio del desorden. La siguiente tarea del terapeuta implica determinar la respuesta interna del cliente a este evento.

Es preciso advertir al lector que el estilo terapéutico de Ellis y algunos de sus compañeros de trabajo es fuerte, al

grado de ser abrumador o intimidante. Es probable que sea este el elemento que haya contribuido a la creencia en ciertas regiones, de que TRE es autoritaria, enfoque con el que no estamos de acuerdo, ni Ellis (1971) ya que efectivamente no está en la naturaleza del terapeuta autoritario proporcionar razonamientos lógicos para casi cada declaración o sugerencia que hace al cliente, que es precisamente lo que el terapeuta del TRE hace. Por otra parte, se justifica el que uno se pregunte si el estilo particularmente brusco de Ellis es un ingrediente terapéutico necesario. Claro que si el estilo enérgico modelado por Ellis y otros terapeutas ha de facilitar la terapia, se puede resolver solo de manera empírica, siendo probable que dependa en gran parte del cliente en particular. (Rimm y Masters, 1987).

2. 2. 1 Métodos Cognoscitivos.

En un sentido amplio, Beck (1980) define a la terapia cognoscitiva como cualquier técnica cuyo objetivo principal es la modificación de pautas erradas de pensamiento y, en forma más restringida, la conceptualiza como un conjunto de operaciones centradas sobre las cogniciones del paciente y sobre las premisas, presupuestos y actitudes fundamentales de esas cogniciones.

Por su parte, Mahoney (1975) señala que los métodos cognoscitivos son los que utilizan estimulación cubierta para lo-

grar un cambio en la conducta cubierta del paciente, lo que a su vez traerá cambios en su conducta abierta.

En términos mas claros precisaremos que los métodos cognoscitivos de tratamiento son aquellos que tienden a modificar la conducta observable, a través de una influencia sobre los patrones de pensamiento del paciente. Estos métodos se aplican para atender las conductas desadaptadas y cambiar las emociones.

Terapeutas con orientación conductual como Rimm y Masters (1987) incluyen en sus intervenciones diferentes métodos cognoscitivos, como la terapia racional emotiva de Ellis, ya que a su juicio, comparte muchas de las suposiciones comunes a la mayoría de las terapias conductuales. Ellos explican que aunque las psicoterapias tradicionales son de naturaleza cognoscitiva se ha desarrollado en forma tal que difiere de los métodos dinámicos en aspectos muy significativos que la acercan con la terapia de la conducta.

Estos aspectos, especificados por Beck (1970) son:

1. La entrevista terapéutica está más estructurada
2. El tratamiento tiende a enfocar síntomas abiertos en un grado más amplio.
3. Dedicar poca atención a las experiencias infantiles del paciente.

4. No atiende a los constructos tradicionales como el inconsciente".
5. No supone que la introspección en los orígenes de un problema sea una ayuda necesaria para su alivio.

Rimm y Masters (1987) interpretan a la conducta de manera general, incluyendo respuestas manifiestas y respuestas cubiertas, siempre y cuando dichas respuestas se puedan precisar con claridad a través de la conducta manifiesta. De esta forma, ellos señalan que en contraste con los enfoques profundos tradicionales, la clase de actividad cognoscitiva esencial de la posición teórica de Ellis se puede especificar de manera relativamente concreta y sin ambigüedad, ya que las cogniciones concebidas como autoverbalizaciones pueden manifestarse y estar sujetas al escrutinio público.

En términos de un enfoque sobre los procesos de pensamiento, los siguientes métodos se clasifican como cognoscitivos.

TERAPIA RACIONAL EMOTIVA

La Terapia Racional Emotiva (TRE) se deriva de una teoría que supone que los desórdenes psicológicos provienen de patrones de pensamiento erróneos o irracionales; esto es que las expectativas y creencias acerca del mundo traen implicaciones significativas para las reacciones emocionales y para el comportamiento abierto del sujeto (Ellis, 1957).

El objetivo de la TRE consiste en demostrar a los pacientes que sus autoverbalizaciones han sido y siguen siendo el origen de sus trastornos emocionales y que por tanto deben aprender que sus cadenas de autoverbalizaciones son ilógicas e irreales en determinados aspectos relevantes y que ahora tienen la posibilidad de controlar sus emociones introduciendo autoverbalizaciones más racionales y menos autodestructoras. (Ellis, 1957).

La TRE emplea un método que pone de manifiesto las ideas esencialmente creadoras de trastornos, que parecen ser la base de sus actos contraproducentes y esto enseña a las personas a atender a sus pensamientos negativos y como proceder para desarraigarlos.

Los "pensamientos" racionales, los sentimientos apropiados y los comportamientos efectivos son definidos como aquellos que ayudan a la sobrevivencia y la felicidad de los humanos por:

1. Aceptar lo que existe con armonía en un grupo social
2. Tratar de vivir con armonía en un grupo social
3. Relacionarse íntimamente con miembros de su comunidad
4. Comprometerse en un trabajo productivo y agradable, y
5. Participar en empresas recreativas elegidas por selección y que van desde los deportes hasta las artes y las ciencias. (Ellis y Abrahams, 1980).

Los "pensamientos" irracionales, los sentimientos y actos inapropiados consisten en interferir sin justificación en la vida de alguien y en la propia o en causar daño innecesariamente.

El paradigma de esta terapia es el siguiente:

ABCDE

- A. Se refiere a un suceso real al que el individuo se expone.
- B. Es la cadena de autoverbalizaciones (pensamientos) que ocurren como respuesta a A.
- C. Simboliza las emociones y las conductas que son consecuencia de B.
- D. Significa los esfuerzos del terapeuta para modificarlo que ocurre en B, y
- E. Son las consecuencias emocionales y conductuales supuestamente benéficas.

De acuerdo a la TRE, la cognición, la emoción y el comportamiento son inseparables, porque cuando una persona "piensa", también siente y luego actúa; cuando alguien siente, al mismo tiempo "piensa" y actúa y cuando actúa, a la vez "piensa" y siente. (Ellis y Abrahams, 1980).

Por esto, Ellis (1974) concluye que el entrenamiento de habilidades sociales conductuales puede ser terapéuticamente

efectivo, pero que los cambios no surgen solamente del incremento de conductas adecuadas, sino también de la percepción de tales conductas, por lo cual la intervención debe comenzar con un componente que trate las cogniciones del sujeto.

Supongamos que una persona se le enseña a mejorar sus habilidades de comunicación. En sesiones privadas o como miembro de un grupo de terapia se le adiestra en su forma de mirar a las personas a los ojos, sus características del habla, su expresión facial y otros componentes de la conducta asertiva. Si el sujeto desarrolla mejores capacidades de comunicación social, el entrenamiento le habrá ayudado a cambiar por lo menos algunas de sus ideas (autoverbalizaciones) contraproducentes. El paciente tendía a pensar (autoverbalizar): "No puedo comunicarme adecuadamente" y como resultado del entrenamiento en destreza "pensará" ahora: "Tal vez puedo comunicarme mejor" o incluso "Me estoy volviendo muy diestro en la comunicación". Pero esta persona, antes de someterse al entrenamiento asertivo es probable que también tendiera a tener "pensamientos" -- irracionales como: "Si me comunico en forma imperfecta a nadie le gustará o nadie querrá tratarme", "Si no me comunico bien todo me saldrá mal", "Si aprendo a relacionarme mejor socialmente con los demás se resolverán todos mis problemas" -- (Ellis y Abrahams, 1980).

Sin embargo, los cambios que el paciente experimente con el entrenamiento de conductas pueden ser "superficiales" o sea

que tal vez su autoverbalización sea: "Ahora puedo comunicarme mucho mejor que antes, pero si no actúo también en esta área como quisiera, si más tarde pierdo algo de esta habilidad, supongamos que me comunico bien, pero todavía no consigo la clase de relación social o amorosa que deseo, eso sería terrible. No podría soportar mi ineptitud y volvería a ser un miserable". De esta forma, el sujeto aun sentirá angustia y se alterará con facilidad, habrá que explicarle que sus autoverbalizaciones deben cambiar ya que influyen en su comportamiento.

Aunque la TRE adopta la terapia cognoscitiva como uno de sus métodos principales, también utiliza procedimientos conductuales.

Los principios de la TRE dan por supuesto que las personas tienen sus propias tendencias a trastornarse por sí mismas y que con facilidad pueden recaer en el comportamiento indeseado después de haberlo superado temporalmente (en contraste con el punto de vista conductual que atribuye los trastornos a condiciones del medio ambiente). Es por esto que asignan tareas de tipo cognoscitivo, emotivas y conductuales.

En las tareas cognoscitivas están por ejemplo el Cuestionario de Autoayuda Racional del Instituto de Terapia Racional-Emotiva (se reproduce en la siguiente página).

Las tareas emotivas pueden ser los ejercicios contra la -

la vergüenza, la toma de riesgos o la autorrevelación.

Las tareas conductuales pueden con frecuencia emplear técnicas de condicionamiento operante, con el propósito de enseñar a los pacientes como deben reforzarse a sí mismos con estímulos que les sean gratificantes.

CUESTIONARIO DE AUTOAYUDA RACIONAL

1.- SEGUIMIENTO. ¿En qué nuevas METAS me gustaría trabajar -
ahora? _____

¿Qué nuevas ACCIONES específicas me gustaría emprender -
ahora? _____

2.- ¿Cuánto tardó usted, después de sentir o de notar las CON
SECUENCIAS emocionales indeseables (ueC) o las CONSECUEN
CIAS CONDUCTUALES INDESEABLES (ubC) de sus CREENCIAS --
irracionales (iB), en buscar dichas (iB) y discutir las? -

¿Cuán vigorosamente las discutió? _____

Si no las discutió, ¿por qué no lo hizo? _____

3.- Enumere las ASIGNACIONES DE TAREAS específicas hechas por su terapeuta, por su grupo o por usted mismo _____

4.- ¿Qué hizo realmente para cumplir las tareas? _____

5.- ¿Cuántas veces ha trabajado usted realmente en sus tareas? _____

6.- ¿Cuántas veces ha trabajado realmente en sus CREENCIAS irracionales durante la última semana? _____

7.- Indique las cosas que le gustaría discutir ahora con su terapeuta o con su grupo _____

Criterios para el cambio terapéutico

La TRE acepta que no existe un criterio totalmente aceptable para medir el cambio terapéutico y que los estudios experimentales que muestran la supuesta eficacia de la terapia cogn-

noscitiva conductual, ninguno es indiscutible en el aspecto metodológico. Para registrar el cambio emplea un método práctico que consiste en que los pacientes experimenten cambios "filosóficos" en sus actitudes con respecto a sí mismos, a los demás y al mundo que los rodea y no sólo mejore en sus síntomas y se desenvuelvan satisfactoriamente. Así, si aparecen nuevas condiciones problema será menos probable que los afecte demasiado (Ellis y Abrahams, 1980).

Método de la TRE

La TRE actúa en dos formas principalmente. En primer lugar el terapeuta sirve como un contrapropagandista que contradice directamente y niega las autoverbalizaciones autodestructoras que el paciente expresa. En segundo lugar el terapeuta estimula, persuade, solicita y en ocasiones ordena al paciente que intervenga en alguna actividad que contradiga los absurdos que él autoverbaliza.

La técnica puede aplicarse en forma individual o en grupo.

Método Individual

1.- El terapeuta ayuda al paciente a hacer una discriminación entre aquellas declaraciones que son objetivamente ciertas y aquellas que pueden ser irracionales.

2.- Se pide al cliente que dé evidencia del porqué de aquellas declaraciones ciertas se ven seguidas de las irracio-

nales. Tarde o temprano el cliente cae en la cuenta de que las segundas no siguen o se derivan de las primeras lógicamente.

3.- Se pide al cliente que se involucre en formas alternativas de pensamiento más flexibles. En este punto, el cliente puede experimentar las emociones más positivas y conductas consecuentes simlizadas por E.

4.- Se pide al cliente que verbalice como afrontaría los pensamientos negativos si el terapeuta no estuviese presente. Esto sirve para hacer una comprobación adicional de las autoverbalizaciones y estimular al paciente para practicar el pensamiento racional a sí mismo.

5.- Se deja tarea para su casa, se trata de lecturas de artículos relevantes a la problemática del paciente, del libro de Ellis y Harper (1965) "Guía para una vida racional".

6.- Otra tarea consiste en que escriba sobre las situaciones que provocan emociones negativas, señalando las autoverbalizaciones irracionales que surgen en ese momento y qué se dijo a sí mismo para atacar tales pensamientos.

7.- La siguiente sesión de terapia dedica un tiempo a la discusión de esas notas y el terapeuta hace algunos comentarios correctivos cuando es necesario.

En las tareas se pide al paciente que confronte las cosas

que teme, de tal forma que se proporcione evidencia directa de que los objetos de sus reflexiones no son realmente terribles o impresionantes. Esto es muy importante, ya que según Ellis esas creencias no pueden ser verificadas empíricamente.

Método grupal

1.- Presentación de la razón. El terapeuta desea que el paciente comprenda el significado general de las autoverbalizaciones sin aplicar este conocimiento a sus problemas particulares.

2.- Obtener la respuesta del cliente ante varias creencias irracionales. El terapeuta, de acuerdo a una evaluación previa, revisará aquellas de las once ideas irracionales propuestas por Ellis las que pueden ser el problema del paciente. El terapeuta expone las ideas irracionales y el cliente da su opinión sobre la validez de dichas declaraciones. Se pretende que el paciente esté de acuerdo en principio de que las autoverbalizaciones pueden crear trastornos emocionales y que ciertas creencias y expectativas son irracionales.

3.- Las declaraciones del paciente pueden analizarse desde dos posibles fuentes de irracionalidad:

- a) qué tan probable es que la interpretación de la situación es de hecho realista.
- b) cuáles son las implicaciones por la manera en que el paciente ha etiquetado la situación.

Estos tres pasos iniciales pretenden sensibilizar al cliente acerca de su problemática, que esta quede clara y así poder proceder al cambio.

Una vez analizadas las situaciones, se le dice al paciente que se pretenden lograr discriminaciones más finas entre lo que es realmente terrible y lo que es solo inconveniente.

4.- Cada vez que el paciente se siente alterado, esta reacción emocional sirve como señal para él y detenerse a "pensar": "¿Qué me estoy diciendo a mí mismo que puede ser irracional?". Debe aprender a destruir lo que antes era una reacción automática y reemplazarla con una aproximación más realista de la situación.

El paciente aprende a ubicar las cosas en una perspectiva adecuada, mientras el evento molesto está sucediendo y esto involucra la práctica en reevaluación racional.

El terapeuta presenta ítems de situaciones de las menos a las más molestas para que el cliente proceda sistemáticamente un paso cada vez. El terapeuta describe la situación, el paciente para y se pregunta cuál es la razón para sentirse así, debe determinar los pensamientos irracionales que se está diciendo a sí mismo. Cuando evalúa la situación en términos más racionales, se procede a presentar el siguiente ítem.

Se recomienda el uso del ensayo conductual para hacer más vivido el malestar y utilizar el mismo procedimiento en las situaciones molestas que ocurren en la vida diaria.

5.- Se asignan tareas en las situaciones reales y los pacientes utilizan hojas de registro como la siguiente:

Fecha

Descripción de la situación

Nivel de ansiedad inicial (0 a 100).

Pensamientos irracionales

Evaluación racional

Nivel de ansiedad subsecuente (0 - 100)

Ellis (1957) indica que estos procedimientos no se pueden aplicar a todos los pacientes, ya que pueden presentar deficiencias tales como: no ser suficientemente inteligentes; no estar en condiciones, al menos temporalmente, de comprender y seguir los procedimientos lógicos; son personas de edad avanzada y se muestra inflexibles o son demasiado jóvenes e impresionables: tienen demasiados prejuicios filosóficos contra la lógica y la razón o son demasiado débiles desde el punto de vista orgánico.

Práctica y refuerzo de cogniciones racionales

La TRE promueve tres puntos de vista: el primero consis-

te en que las experiencias activantes no ocasionan directamente las consecuencias emocionales, lo que las causa son las autoverbalizaciones o sistema de creencias, por lo tanto las personas son las principales responsables de sus propias emociones y conductas, incluyendo sus trastornos.

El segundo punto de vista dice que cualquiera que sea la causa de los trastornos, ya sea en los primeros años de vida o como resultado de un condicionamiento o aprendizaje, en el presente las personas conservan los "pensamientos" irracionales - que mantienen sus conductas inadecuadas.

el tercer aspecto es que el trabajo y la práctica son una buena alternativa para cambiar los "pensamientos" irracionales y consecuentemente modificar las emociones y las conductas del sujeto que le causan problemas.

Así, los pacientes deben continuar con la práctica del cambio de "pensamientos" para reforzar las autoverbalizaciones racionales.

Esto significa que los pacientes deben continuar con la práctica del cambio de "pensamientos", deben extinguir las autoverbalizaciones irracionales reemplazándolas con el reforzamiento de las autoverbalizaciones racionales. En estos ejercicios se utilizan los principios de la psicología del aprendizaje.

Ellis y Abrahams, (1980) recomiendan el reforzamiento de estas nuevas creencias por medio de una práctica continua.

Desempeño de papel.

Al terminar de trabajar con el modelo ABCDE, el paciente estará preparado para participar en el entrenamiento en destreza o desempeño de papel. Esta es una de las técnicas que usa con frecuencia la TRE. Su método es similar al del ensayo conductual de la terapia de la conducta. Ellis y Abrahams (1980) le encuentran limitaciones cuando se emplea únicamente para enfatizar cambios conductuales, pero reconocen sus ventajas cuando la utilizan para captar en las simulaciones autoverbalizaciones que tienen los pacientes en esos momentos y que bloquean sus conductas. Esas autoverbalizaciones pueden discutirse y cambiarse.

También funciona como prueba de comportamiento, o sea que por ejemplo, si una persona no logra hablar en público en forma efectiva porque según reporta "Se siente nervioso, avergonzado o turbado" al representar el papel en las sesiones de terapia podrá experimentar esos sentimientos molestos que obstaculizan su desempeño adecuado, el terapeuta retroalimentará las ejecuciones y el paciente repetirá la escena las veces que sea necesario hasta alcanzar un buen desenvolvimiento.

De esta forma podemos decir que la aportación de la TRE -

al uso del ensayo conductual consiste en que además de moldear las conductas apropiadas, tanto verbales como no verbales, toma en cuenta las autoverbalizaciones de los pacientes y les muestra el modo de cambiarlas para evitar los bloqueos, la ansiedad o cualquier otra molestia que les produzca.

2. 3 Psicoterapia de grupo

"Las mujeres que aman demasiado"

En la actualidad han surgido numerosos grupos de apoyo para las afecciones que padecen numerosos miembros de nuestra sociedad. Estos grupos de apoyo surgen a raíz de las exigencias del medio en el que nos desarrollamos y los problemas concomitantes de la vida diaria. Cada uno de estos grupos se basan en los supuestos fundamentales de la Asociación de Alcohólicos Anónimos y se conocen como "Neuróticos Anónimos", "Narcóticos-Anónimos", "Comedores Compulsivos", "Las mujeres que aman demasiado" y otros.

Es importante señalar cuales son estos supuestos y las bases sobre las que se sienta para ofrecer un panorama más detallado para la comprensión del funcionamiento de estos grupos y sobre todo el grupo "Las mujeres que aman demasiado".

Alcohólicos Anónimos sugiere los siguientes 12 pasos como programa de recuperación:

"Se presentan simplemente como indicaciones, basadas en la experiencia de ensayos y errores de los primeros miembros de los A.A. Describen actitudes y actividades que los miembros originales creen fueron importantes para ayudarles a lograr la sobriedad. La aceptación de los "Doce pasos" no es obligatoria de ninguna manera.

La experiencia indica, no obstante, que los miembros que siguen esos pasos con todo fervor y los aplican a su vida cotidiana, parecen sacar mayor beneficio del programa de los A.A., que aquellos miembros que no les dan mayor importancia. Se ha dicho que es casi imposible seguir literalmente los Pasos, todos los días. Eso puede ser cierto, en el sentido de que los Doce Pasos representan un modo de vivir totalmente nuevo para la mayoría de los alcohólicos, pero muchos de los miembros piensan que los Pasos son para ellos casi imprescindibles para poder conservar el rumbo que se han fijado.

He aquí los Doce Pasos, tal como aparecieron originalmente en Alcoholics Anonymus el libro de la experiencia de los A.A.:

- 1.- Nosotros nos convencimos de que eramos impotentes para luchar contra el alcohol - y de que ya nos era imposible manejar nuestras propias vidas.
- 2.- Llegamos al convencimiento de que solo un Poder superior a nosotros mismos sería capaz de devolvernos el juicio.

- 3.- Resolvimos encomendarnos en cuerpo y alma a Dios, tal como a El lo comprendimos.
- 4.- Hicimos un intrépido y minucioso inventario moral de nosotros mismos.
- 5.- Confesamos a Dios, a nosotros mismos y a otra persona la naturaleza exacta de nuestras faltas.
- 6.- Nos dispusimos sin reservas a que Dios nos librase de todos esos defectos de carácter.
- 7.- Humildemente le rogamos a Dios que nos librase de nuestros defectos.
- 8.- Hicimos una lista de todas aquellas personas a quienes habíamos ofendido y nos dispusimos a darles excusas por nuestras faltas.
- 9.- Compensamos directamente a cuantos nos fue posible, excepto en los casos en que hubiéramos podido perjudicarlos a ellos o a terceros.
- 10.- Seguimos haciendo nuestro examen de conciencia, admitiendo inmediatamente cualquier error nuestro.
- 11.- Buscamos en la oración y en la meditación el modo de mejorar nuestro contacto consciente con Dios, tal como a El lo comprendimos, pidiéndole solo que nos inspirase su Voluntad para que pudiésemos cumplir sus deseos.
- 12.- Habiendo experimentado un renacimiento espiritual como resultado de estos pasos, tratamos de llevar este mensaje a

los alcohólicos y de practicar estos principios en todas nuestras acciones"

(Literatura Oficial de A.A., s/fecha, pp. 17-18).

Las "Doce Tradiciones" de los A. A. son principios que se indican para asegurar la supervivencia y el desarrollo de los millares de grupos que comprenden la sociedad. Se basan en la experiencia de los grupos mismos durante los años decisivos de la formación del movimiento.

Las Tradiciones son importantes tanto para los antiguos como para los recién llegados, porque sirven a manera de advertencias de la verdadera base de los Alcohólicos Anónimos, como una sociedad de hombres y mujeres cuya principal preocupación es conservar su propia sobriedad y ayudarles a otros a conseguir la propia:

1. Nuestro bienestar común debe tener la preferencia; el restablecimiento personal depende de la unión de los A.A.
2. Para el objeto que nuestro grupo se propone sólo existe una autoridad fundamental -un Dios bondadoso que se manifiesta en la conciencia de nuestro grupo. Nuestros jefes son apenas fieles servidores, que no gobiernan.
3. El único requisito para ser miembro de los A.A. es querer dejar de beber.
- 4.- Cada grupo debe ser autónomo, excepto en asuntos que afectan otros grupos o a los A.A. considerados como un todo.

- 5.- Cada grupo persigue un solo objetivo -llevarle su mensaje al alcohólico que aún está sufriendo.
- 6.- Los grupos de los A.A. nunca deben apoyar, financiar, ni prestar el nombre de los A.A. a cualquier empresa extraña, pues de lo contrario los problemas de dinero, propiedad y prestigio nos desviarían de nuestro objetivo fundamental.
- 7.- Todo grupo de los A.A. debe mantenerse a sí mismo por completo sin recibir contribuciones de fuera.
- 8.- Los Alcohólicos Anónimos deben ser siempre no profesionales, pero nuestros centros de servicio pueden emplear a -trabajadores especiales.
- 9.- Los A.A., como tales nunca deben organizarse; pero pueden crear juntas de servicios o comités directamente responsables ante aquellos a quienes sirven.
- 10.- La sociedad de Alcohólicos Anónimos no tiene opinión acerca de asuntos ajenos a sus actividades; por consiguiente, su nombre nunca debe mezclarse en polémicas públicas.
- 11.- Nuestra política de relaciones con el público se basa más bien en la atracción que en la promoción; nosotros debe--mos mantener siempre nuestra anonimidad personal en la -prensa, la radio y el cine.
- 12.- El anónimo es la base espiritual de nuestras tradiciones, siempre nos recuerda que debemos darles más importancia a los principios que a la persona". (Literatura Oficial de A.A., s/fecha, pp. 18-19)

El procedimiento de A.A. usual en las reuniones es inespecífico. "No existe ningún tipo, forma o ceremonia que sea "el mejor" para la celebración de una reunión de A.A., pero algunos dan mejores resultados que otros. Generalmente nos acogemos a las costumbres de la región. El Presidente del Grupo, usualmente, declara abierta la reunión con algunas observaciones antes de presentar al coordinador de la reunión, guardando su anonimato por supuesto.

Si algún orador de A.A., decide emplear su nombre completo es asunto suyo, pero nadie tiene derecho a revelar el nombre completo o la identidad de otro miembro, ni siquiera en una reunión de A.A. Algunos Coordinadores leen el "Enunciado" que aparece en la contra carátula del folleto. Otros piden un minuto de silencio o recitan la oración de la serenidad. Algunos leen parte del capítulo III, ("Algo más sobre el alcoholismo") o del Capítulo V, del libro "Alcohólicos Anónimos" ("Como trabaja el programa"). En otros lugares se leen los Doce Pasos y las Doce Tradiciones. Si estas lecturas son hechas por distintas personas en tiempos diferentes, los siguientes sentirán que están haciendo parte de la vida del grupo.

La mayoría de las reuniones se dan por terminadas repitiendo al unísono la Oración del Padre Nuestro o la de la Serenidad.

Obviamente, ninguna reunión podrá dar cabida a todas es-

tas formalidades y, a la vez, dejar tiempo disponible para los demás asuntos.

Las costumbres de un grupo pueden ayudar a éste a desarrollar una sensación de solidaridad y proporcionar un sentimiento seguro de unión para gente que tenga problemas. Pero un poquito de ceremonia parece necesario para tener a la larga muy buenos resultados en A.A.

La variedad y el cambio pueden siempre imprimir un nuevo aspecto a los mismos principios". (Literatura Oficial de A.A.-s/fecha, pp. 17-19).

A continuación mencionaré los aspectos fundamentales de la Psicoterapia de grupo "Las mujeres que aman demasiado" y su programa de recuperación.

La autora Robin Norwood del libro "Las mujeres que aman demasiado", dice al respecto: "La primera vez que reconocí este fenómeno de "amar demasiado" como un síndrome de ideas, sentimientos y conductas, fue después de varios años de asesorar a alcohólicos y adictos a las drogas. Luego de llevar a cabo cientos de entrevistas con adictos y sus familias, hice un descubrimiento sorprendente. A veces, los pacientes a quienes entrevistaba se habían criado en familias con problemas severos, en las cuales habían experimentado tensiones y sufrimientos ma

yores que los comunes. Al luchar por salir adelante con sus compañeros adictos, estas mujeres (que en el área del tratamiento para el alcoholismo se conocen como co-alcohólicas) inconscientemente recreaban y revivían aspectos significativos de su niñez". (Norwood, 1986, p.13)

En el libro de Robin Norwood (1986), se examinan los motivos por los que tantas mujeres en busca de alguien que las ame, parecen encontrar inevitablemente parejas nocivas y sin amor. También se analiza el porqué una vez que se sabe que una relación no satisface las necesidades, cuesta tanto ponerle fin. Se observa como el amor se convierte en "amar demasiado", cuando la pareja es inadecuada, desenamorada o inaccesible, y sin embargo no pueden dejarlo; de hecho, se le quiere más y necesita más aún, llegando a entender como el deseo de amar se convierte en una adicción.

Norwood (1986), explica como se convierte en una adicción a los hombres con el síndrome y dice: "...Adictas a los hombres y, al igual que cualquier otra adicción, necesitamos admitir la seriedad del problema antes de poder empezar a curarnos" (Norwood, 1986, p.12)

"La raíz de esa obsesión no era el amor sino el miedo. Quienes amamos demasiado en forma obsesiva, estamos llenas de miedo: miedo a estar solas, miedo a no ser dignas o a no ins-

pirar cariño, miedo a ser ignoradas, abandonadas o destruidas" (Norwood, 1986, p.12).

La autora Robin Norwood menciona que su libro (1986), al igual que tantos libros de "autoayuda", proporciona una lista de pasos a seguir a fin de cambiar. Haciendo hincapié que la persona necesitará años de trabajo y dedicación, "como en todo cambio terapéutico" (Norwood, 1986, p.15). Dice que no hay atajos para salir del patrón de amar demasiado, puesto que es un patrón aprendido a temprana edad y muy bien practicado en una familia disfuncional. (Norwood, 1986, p.15).

"Una familia disfuncional es aquella en que los miembros juegan roles rígidos y en la cual la comunicación está severamente restringida a las declaraciones que se adecúan a esos roles. Los miembros no tienen libertad para expresar todo un espectro de experiencias, deseos, necesidades y sentimientos, si no que deben limitarse a jugar el papel que se adapte al de los demás miembros de la familia" (Norwood, 1986, p.22).

Por otro lado, la Dra. Eleanor S. Field y el Dr. William Fezler (1987), se refieren a este síndrome como "el síndrome de la mujer abnegada, (SMA), "porque la gratificación que recibe la víctima de este problema es ser etiquetada como "buena" o "abnegada" por los hombres a los que beneficia" (Field y Fezler, 1987, p.11).

Estos autores también se refieren a que este síndrome se debe al aprendizaje de pautas culturales muy arraigadas y a la perpetuación inconsciente de ese mito sobre su valía como seres humanos inferiores. Las gratificaciones que recibe por el autocastigo generalmente involucran la expiación. Considerando que si se castiga, los hombres la perdonarán por desobedecerlos. De esta manera ella está convencida de que les gana la mano". (Field y Fezler, 1987, p.268).

Según Fezler y Field, estas mujeres tienen miedo a la independencia, puesto que adquiere dos formas: 1) Miedo a perder la "identidad" y la "seguridad" que ellas ya tienen, y 2) - Creer que actúa correctamente al permitir que los hombres tomen las decisiones por ellas. Ya que los conceptos de independencia y posesión van unidos de la mano. Cuanto más depende de alguien, más poder le otorga sobre una misma. En muchos casos, los padres son los primeros que inculcan esta trampa de la dependencia". (Fezler y Field, 1987, pp. 299-300).

Los Dres. Connell Cowan y Melvyn Kinder en su libro "Las mujeres que los hombres aman. Las mujeres que los hombres --odian" (1988), realizan una investigación de los dos aspectos, haciendo énfasis en los problemas de pareja y las características de cada uno de los miembros. Recalcando la importancia de las expectativas sobre el otro y la carencia de intimidad emocional.

"Uno de los temas más importantes de este libro es el conflicto que provoca en un hombre su dependencia emocional con respecto a una mujer. Desde el frío aislamiento de la Individualidad, los hombres se ven atraídos hacia la calidez del apego como hacia un hogar encendido. Pero, al mismo tiempo, les preocupa ese deseo de afecto y la idea de que el apego debilita y absorba. Es crucial que las mujeres entiendan ese conflicto que experimentan los hombres, pues se trata del principal determinante de su vinculación con ellas". (Cowan y Kinder, 1988, pp. 37-38).

"Las mujeres que dan demasiado, que se dejan explotar, son, por lo común, aquellas que jamás plantean la cuestión a su pareja. Tales mujeres vacilan en hablar con franqueza sobre la reciprocidad. La presencia de un mártir en la pareja siempre crea graves desigualdades. En la actualidad, los hombres no desean estar en una relación desigual, con una mujer sacrificada. Tales mujeres les provocan sentimientos de culpa y el consiguiente resentimiento. En lugar de hacerlos sentir mejor y más seguros, la mujer mártir produce el efecto contrario: los hace sentir solos". (Cowan y Kinder, 1988, p.153).

"Muchas mujeres que se envuelven en una suerte de rol maternal, algunas se sienten cómodas con él, pues les hace sentir "super-madres". Esta manera de dar demasiado fomenta en el hombre la actitud de descuidar a su pareja y tomarla por segu-

ra, pero lo que es mas importante, puede evitar que la mujer - descubra su propio potencial". (Cowan y Kinder, 1988, p.156).

Este enfoque que ofrecen los mencionados doctores, se refiere a un tratamiento de parejas, ofreciendo explicaciones - acerca del comportamiento de cada uno de los integrantes de - una pareja y por consiguiente la comprensión de los mismos para fomentar la intimidad emocional.

Existen otros autores que hablan del tema, pero con distintos enfoque, por ejemplo, está la Dra. Nancy Good, (1987), - que ofrece sensibles consejos para modificar el comportamiento de los hombres difíciles", a fin de que aquellas mujeres que - los aman, puedan vivir armónicamente con ellos. Y la Dra. Joyce Brothers (1989), que explica en su obra qué debe hacer una - mujer para casarse y ser feliz en la actualidad. Por otro lado, está la Dra. Susan Forward, quien trata acerca del problema de los "misóginos" y la relación que guardan con ellos ciertas mujeres, ofreciendo un plan de trabajo terapéutico, para - poder abandonarlos.

Hasta ahora, he hablado de los distintos enfoques hacia - un mismo problema, pero aún falta mencionar, los pasos a seguir del programa de recuperación que propone la Dra. Robin - Norwood y que sus seguidoras, las cuales han formado grupos de ayuda, llevan a cabo en sus programas de rehabilitación y el - método sobre el cual se apoyan.

"Nadie se convierte en una mujer así, una mujer que ama demasiado, por casualidad. Crecer como miembro femenino de esta sociedad y en una familia disfuncional puede generar algunos patrones previsibles. Las siguientes características son típicas de las mujeres que aman demasiado:

- 1.- Típicamente, provienen de un hogar disfuncional que no satisfizo sus necesidades emocionales.
- 2.- Debido a que una mujer así nunca pudo convertir a su(s) progenitor(es) en los seres atentos y cariñosos que ansiaba, reacciona profundamente ante la clase de hombres emocionalmente inaccesibles a quienes puede volver a intentar cambiar, por medio de su amor.
- 3.- Habiendo recibido poco afecto, la mujer trata de compensar indirectamente esa necesidad insatisfecha proporcionando afecto, en especial a hombres que parece, de alguna manera, necesitados.
- 4.- Como les aterra que las abandonen, hacen cualquier cosa para evitar que una relación se disuelva.
- 5.- Casi ninguna cosa es demasiado problemática, tardan demasiado tiempo o es demasiado costosa si "ayuda" al hombre con quien están involucradas.
- 6.- Acostumbradas a la falta de amor en las relaciones personales, están dispuestas a esperar, conservar esperanzas y esforzarse más para complacer.

- 7.- Están dispuestas a aceptar mucho más del 50% de la responsabilidad, la culpa y los reproches en cualquier relación.
- 8.- Su amor propio es críticamente bajo, y en el fondo no creen merecer la felicidad. En cambio, creen que deben ganarse el derecho a disfrutar la vida.
- 9.- Necesitan con desesperación controlar a sus hombres y sus relaciones, debido a la poca seguridad que experimentaron en su niñez. Disimulan sus esfuerzos por controlar a la gente y las situaciones bajo la apariencia de "ser útiles"
- 10.- En una relación están mucho más en contacto con sus sueños de cómo podrían ser que con la realidad de su situación.
- 11.- Son adictas a los hombres y al dolor emocional.
- 12.- Es probable que estén predispuestas emocionalmente y a menudo, bioquímicamente, para volverse adictas a las drogas, al alcohol y/o ciertas comidas, en particular los dulces.
- 13.- Al verse atraídas hacia personas que tienen problemas por resolver, o involucradas en situaciones que son caóticas, inciertas y emocionalmente dolorosas, evitan concentrarse en su responsabilidad para con ellas mismas.
- 14.- Es probable que tengan tendencias a los episodios depresivos, los cuales tratan de prevenir por medio de la excitación que proporciona una relación inestable.
- 15.- No les atraen los hombres que son amables, estables, con-

fiables y que se interesan por ellas. Esos hombres "agradables" les parecen aburridos." (Norwood, 1986, pp.24-25).

"Según las palabras de Stanton Peele, autor de "Amor y adicción": "Una experiencia adictiva, es aquella que absorbe la conciencia de una persona y, al igual que los analgésicos alivia su sensación de ansiedad y dolor. Quizá no haya nada tan bueno para absorber nuestra conciencia como una relación amorosa de cierta clase. Una relación adictiva se caracteriza por un deseo de tener la presencia tranquilizadora de otra persona... El segundo criterio es que disminuye la capacidad de una persona para prestar atención a otros aspectos de su vida y para ocuparse de los mismos". (Norwood, 1986, p.40).

"La palabra co-alcohólico simplemente se refiere a alguien que ha desarrollado un patrón dañino de relacionarse con los demás como consecuencia de haber estado involucrado de cerca con alguien que padece la enfermedad del alcoholismo. La recuperación de una adicción a una relación implica conseguir ayuda de un grupo de apoyo adecuado a fin de quebrar el ciclo de adicción y de aprender a buscar sentimientos de valor propio y bienestar en otras fuentes no en un hombre incapaz de fomentar esos sentimientos". (Norwood, 1986, pp.67-81).

"El primer paso para tratar a una mujer con este problema es ayudarla a comprender que, al igual que cualquier adicto, -

sufre de un proceso de enfermedad que es identificable, que es progresivo sin tratamiento, y que responde bien al tratamiento específico. Ella necesita saber que es adicta al dolor y a la familiaridad de una relación insatisfactoria, que es una enfermedad que afecta a muchísimas mujeres y que tiene su origen en las relaciones perturbadas de la niñez". (Norwood, 1986, p.229)

"La terapia sola no ofrece alternativa de apoyo adecuada para la dependencia del alcohólico con la droga o de la adicta a las relaciones con su hombre. Cuando alguien que ha estado practicando una adicción trata de ponerle fin, se crea un enorme vacío en la vida de esa persona, un vacío demasiado grande para ser llenado en una hora de sesión con un terapeuta una o dos veces por semana. Debido a la tremenda ansiedad que se genera cuando alguien se interrumpe la dependencia al alcohol o a la persona, hay que tener un acceso constante a cierto apoyo, consuelo y comprensión". (Norwood, 1986, p.230).

"Otro fracaso de la terapia tradicional en el tratamiento de cualquier tipo de adicción es la tendencia a ver la adicción, ya sea a una sustancia o a una relación, como un mero síntoma, en lugar de reconocerla como el proceso de enfermedad principal que debe tratarse primero para que la terapia continúe y progrese. En cambio, por lo general se permite que el paciente siga practicando su conducta adictiva mientras que las sesiones de terapia se dedican a descubrir las razones pa-

ra esa conducta. Este enfoque es absolutamente inverso a lo necesario, y, en general, totalmente ineficaz". (Norwood, 1986, p.230).

"Para la mujer que ama demasiado, su enfermedad principal es la adicción al dolor y a la familiaridad de una relación - que no es gratificante. Claro que eso se genera a partir de - patrones que datan de la infancia, pero antes que nada ella de be tratar sus patrones en el presente, a fin de que pueda co-menzar su recuperación". (Norwood, 1986, p.230).

"Los siguientes cuadros que describen las características de los alcohólicos y las mujeres que aman demasiado o adictas a las relaciones, en su práctica y en vías de recuperación, de jan en claro los paralelos de conducta de estas enfermedades, - tanto en la fase activa como en la de recuperación. Es tan dificil recuperarse de la dependencia de las relaciones (o amar-demasiado) como lo es el recuperarse del alcoholismo.

"Características de la práctica"

Alcohólicos

- Obsesión con el alcohol
- Negación del alcance del problema
- Mienten para disimular lo mucho que beben.

Mujeres adictas a las rels.

- Obsesión con la relación
- Negación del alcance del problema.
- Mienten para disimular lo que sucede en la relación.

- | | |
|--|---|
| -Evitan a la gente para ocultar problemas de bebida. | -Evitan a la gente para ocultar problemas de relación. |
| -Repetidos intentos de controlar la bebida | -Repetidos intentos de controlar la relación. |
| -Cambios anímicos inexplicables. | -Cambios anímicos inexplicables. |
| -Ira, depresión, culpa. | -Ira, depresión, culpa. |
| -Resentimiento | -Resentimiento |
| -Actos irracionales | -Actos irracionales |
| -Violencia | -Violencia |
| -Accidentes debidos a la intoxicación | -Accidentes debidos a la distracción. |
| -Auto-odio/auto-justificación. | -Auto-odio/auto-justificación |
| -Dolencias físicas debidas al abuso del alcohol | -Dolencias físicas debidas a enfermedades relacionadas con el stress. |

"Características de la recuperación"

Alcohólicos

- Admiten incapacidad de controlar la enfermedad.
- Dejan de culpar a otros por sus problemas
- Concentración en el YO, asumiendo responsabilidad por los propios actos.

Mujeres adictas a las rels.

- Admiten incapacidad de controlar la enfermedad,
- Dejan de culpar a otros por problemas
- Concentración en el YO, asumiendo responsabilidad por los propios actos.

- | | |
|---|---|
| -Buscan ayuda de sus pares -
para recuperarse. | -Buscan ayuda de sus pares -
para recuperarse. |
| -Empiezan a enfrentar sus pro-
pios sentimientos en lugar -
de evitarlos. | -Empiezan a enfrentar sus -
propios sentimientos en lu-
gar de evitarlos. |
| -Creación de un círculo de -
amigos Intereses apropiados. | -Creación de un círculo de -
amigos Intereses apropiados. |

PROGRAMA DE RECUPERACION

- 1.- Busque ayuda
- 2.- Haga que su recuperación sea la primera prioridad en su vida.
- 3.- Busque un grupo de apoyo integrado por pares que la entiendan.
- 4.- Desarrolle su lado espiritual mediante la práctica diaria.
- 5.- Deje de manejar y controlar a los demás.
- 6.- Aprenda a no "engancharse" en los juegos
- 7.- Enfrente con coraje sus propios problemas y defectos.
- 8.- Cultive lo que necesita desarrollar en usted misma.
- 9.- Vuelvase egoísta.
- 10.- Comparta con otros lo que ha experimentado y aprendido.
(Norwood, 1986, p.245).

El programa de recuperación se lleva a cabo en lugares -
que las mismas pacientes mantienen, sus reuniones pueden ser -

diarias o de 2 veces a la semana, también cuenta con "madrinas" y sus juntas se llevan a cabo al igual que las del Alcohólicos Anónimos. Es decir, una persona puede comenzar con el himno - a la Serenidad y en seguida cada una de las participantes comienza con una catarsis.

2. 3. 1 Método del Grupo de Psicoterapia "Las Mujeres que Aman Demasiado"

"Hay varias fases en la recuperación de amar demasiado. - La primera fase comienza cuando comprendemos lo que estamos haciendo y deseamos poder deternos. Luego sigue nuestra voluntad de obtener ayuda para nosotras mismas, seguida de nuestro intento inicial de buscar ayuda. Después de eso, entramos en - la fase de la recuperación que requiere el compromiso con nuestra curación y la voluntad de continuar con nuestro programa de recuperación. Durante este periodo empezamos a cambiar nuestra forma de actuar, de pensar y de sentir. Lo que una vez - nos pareció normal y familiar comienza a parecernos incómodo e insalubre. Entramos a la fase siguiente de la recuperación - cuando empezamos a tomar decisiones que ya no siguen nuestros viejos patrones sino que realzan nuestra vida y promueven nuestro bienestar. En todas las etapas de la recuperación, el - amor propio crece lenta pero firmemente. Primero dejamos de - odiarnos; luego nos volvemos más tolerantes con nosotras mis- mas. Más tarde hay una incipiente apreciación de nuestras - cualidades, y luego se desarrolla la autoaceptación. Finalmen

te, evoluciona el genuino amor propio". (R. Norwood, 1988, p. 300.)

Como se puede observar, las fases de las que habla Robin-Norwood, se refieren a un proceso de cambio terapéutico el cual tiene sus cimientos en la psicoterapia de grupo de apoyo, la cual se define según Freedman, Kaplan y Sadock como: "La psicoterapia de grupo es una modalidad de tratamiento en la que el terapeuta, por medio de una variedad de maniobras terapéuticas y construcciones teóricas, utiliza la interacción de los miembros del grupo, que han sido cuidadosamente seleccionados y colocados en grupos especialmente organizados, para efectuar un cambio de personalidad en los que están emocionalmente enfermos". (Freedman, Kaplan y Sadock, pp. 571, 1984).

Las características de la Terapéutica de grupo de apoyo son:

"Frecuencia: Una vez a la semana

Duración: Hasta seis meses

Indicaciones Primarias: Trastornos psicóticos y neuróticos, reacciones situacionales transitorias.

Entrevista inicial: Habitualmente

Contenido de la comunicación: Sobre todo factores ambientales.

Transferencia: Se fomenta la transferencia positiva para promover un mejor funcionamiento

Sueños: No se analizan

Dependencia: Se fomenta la dependencia intragrupo; los miembros confían mucho en el líder.

Actividad del terapeuta: Refuerza las defensas que hay; activo, aconseja.

Interpretación: Sin interpretación del conflicto inconsciente.

Procesos de grupo principales: Universalización, juicio de realidad.

Socialización fuera del grupo: Se fomenta

Objetivos: Mejor adaptación al ambiente". (Freedman, Kaplan y Sadock, p. 572, 1986.)

Muchos psiquiatras consideran que la psicoterapia de grupo es el tratamiento de elección para este tipo de enfermedades de la personalidad.

En el grupo de psicoterapia "Las mujeres que aman demasiado" proponen el siguiente programa para sus primeras reuniones:

- 1.- Empiece puntualmente. Eso inculcará a todas que en las reuniones futuras deben ser puntuales.
- 2.- Preséntese como la persona que publicó el aviso y explique que quisiera que el grupo llegara a ser una fuente continua de apoyo para usted y para todas las presentes.
- 3.- Enfatique que todo lo que se diga durante la reunión no deberá salir de ahí, que nunca, jamás, se debe hablar fue-

ra de las reuniones de las asistentes ni de lo que se dice ahí. Sugiera que las presentes utilicen sólo sus nombres de pila para presentarse.

- 4.- Explique que quizá sería útil para todas oír las razones de cada una para asistir al grupo y que cada persona podría hablar hasta cinco minutos sobre lo que la decidió a ir. Enfatice que nadie tiene la obligación de hablar todo ese tiempo, pero que si lo desea dispone de él. Ofrezcase como voluntaria para empazar dando su nombre de pila y contando brevemente su historia.
- 5.- Cuando todas las que lo deseen hayan compartido sus historias vuelva a alguna que no haya querido hablar en su turno y pregúntele, sin forzarla, si quisiera hacerlo ahora. No presione a nadie para hablar. Deje bien en claro que todas son bienvenidas, estén listas o no para hablar de su situación.
- 6.- Ahora hable de algunas de las pautas que usted querría que siguiera el grupo. Yo recomiendo las siguientes, que deberán copiarse y ser entregadas a cada participante:

- No dar consejos. Todas podrán, si así lo desean, compartir sus experiencias y lo que las ha ayudado a sentirse mejor, pero nadie deberá aconsejar a otra sobre lo que debe hacer. Si alguien da un consejo, se deberá señalarlo con suavidad.

- La presidencia debe ser presidida por un miembro distinto. La responsabilidad del que dirige es empezar la reunión puntualmente, elegir un tema de discusión, reservar unos minutos al final para cualquier gestión organizativa y elegir otro que presida para la siguiente semana antes de cerrar la reunión.

- Las reuniones deben tener una duración específica. Yo recomiendo una hora. Nadie solucionará sus problemas en una sola reunión y es importante no intentarlo. Las reuniones deben empezar y terminar con puntualidad. (Es mejor que sean demasiado cortas y no demasiado largas. Los miembros pueden decidir, más adelante, prolongar las reuniones si lo desean).

- De ser posible, el lugar de reunión deberá ser un sitio neutral y no la casa de alguien. Las casas presentan muchas distracciones: hijos, llamadas telefónicas y falta de privacidad para los miembros del grupo, especialmente para la anfitriona. Más aun, se debe evitar el rol de anfitriona. No será una reunión social entre amigas; estarán trabajando juntas como pares para recuperarse de sus problemas comunes. Muchos bancos e iglesias proporcionan habitaciones sin cargo para reuniones grupales por las noches.

- No deberán comer, fumar ni ingerir ningún alimento ni bebidas en el transcurso de la reunión: eso apartará del tema que se esté tratando. Se lo puede hacer antes y después de la

reunión, si el grupo decide que es importante. Nunca debe haber alcohol. Distorsiona los sentimientos y las reacciones de las personas y constituye un estorbo para el trabajo.

- Eviten hablar sobre "él". Esto es muy importante. Las mujeres del grupo deben aprender a concentrarse en sí mismas y en sus propios sentimientos, pensamientos y conductas, y no en el hombre que es su obsesión. Al principio es inevitable que se hable un poco de ellos, pero cada una, al compartir sus experiencias, deberá esforzarse por reducirlo al mínimo posible.

- No se debe criticar a nadie por lo que hace o no hace, ya sea cuando está presente o ausente en el grupo. Si bien los miembros pueden pedir conocer las impresiones de las demás, estas nunca se deben proporcionar sin que las hayan solicitado. Al igual que para los consejos, en un grupo de apoyo no hay si tío para las críticas.

- Aténgase al tema que se esté tratando. Casi cualquier tema que un líder desee tratar estará bien, excepto que tenga que ver con la religión, la política o temas externos como acontecimientos de actualidad, celebridades, programas de tratamiento o modalidades terapéuticas. En un grupo de apoyo no hay sitio para el debate ni las ironías. Y recuerden que no están reunidas para quejarse de los hombres. Les interesa su propio crecimiento y curación, al compartir la forma en que es tán desarrollando nuevas herramientas para enfrentar viejos problemas. A continuación hay algunos temas sugeridos:

- Por qué necesito este grupo.
- Sentimientos de culpa y resentimiento.
- Mis peores miedos.
- Lo que más me gusta y lo que menos me gusta de mí.
- Cómo me ocupo de mi misma y cómo satisfago mis necesidades.
- La soledad
- Qué hago respecto a la depresión.
- Mis actitudes sexuales: cuáles son y de donde provienen.
- La ira: cómo manejo la mía y la de los demás.
- Cómo me relaciono con los hombres.
- Qué creo que piensa la gente de mí.
- Examino mis motivos.
- Mis responsabilidades conmigo misma; mis responsabilidades con los demás.
- Mi espiritualidad (esto no es una discusión sobre creencias religiosas sino sobre la forma en que cada integrante del grupo experimenta o no su propia dimensión espiritual).
- Dejar de culpar, incluso a mi misma.
- Patrones de mi vida.

Se recomienda que las integrantes del grupo lean "Las mujeres que Aman Demasiado", pero esto no es un requisito sino sólo una sugerencia.

El grupo puede decidir agregar unos quince minutos al -

tiempo de reunión una vez por mes para tratar asuntos organizativos o cambios de formato, la eficacia de las pautas o cualquier otro problema.

Ahora volvamos al formato sugerido para la primera reunión:

- 7.- Discutan la lista de pautas en grupo.
- 8.- Pregunte si alguien estaría dispuesta a presidir el grupo la semana siguiente.
- 9.- Confirman el lugar de reunión del grupo para la semana siguiente y lleguen a un acuerdo en el tema de los refrigerios antes o después de las reuniones.
- 10.- Discutan la posibilidad de invitar a más mujeres, de publicar el aviso una semana más o de que las presentes inviten a otras mujeres.
- 11.- Cierren la reunión ubicándose todas de pie formando un círculo, tomadas de las manos y con los ojos cerrados por unos instantes.

La última palabra acerca de estas pautas. Los principios de confidencialidad, rotación del liderazgo, ausencia de críticas, no dar consejos, no discutir temas polémicos o externos, no debatir, etc., son muy importantes para la armonía y la cohesión del grupo. No violen estos principios con el fin de complacer a una integrante del grupo. Siempre hay que considerar primero lo que es mejor para el grupo en general.

Con todo esto en mente, usted tiene las herramientas básicas para iniciar un grupo de mujeres que aman demasiado. No subestime el gran valor curativo que estas sencillas reuniones de una hora para compartir experiencias personales llegarán a tener en la vida de todas ustedes. Juntas, estarán ofreciendo se la oportunidad de recuperarse. ¡Buena Suerte!" (Norwood, 1986, pp. 307-311).

"No es, por cierto, la gravedad de sus problemas lo que determina si una mujer se recuperará o no. Antes de la recuperación las mujeres que aman demasiado se parecen mucho en carácter, a pesar de los detalles específicos de sus circunstancias actuales o de sus historias pasadas. Pero una mujer que ha vencido a su patrón de amar demasiado es profundamente distinta de quien era y de lo que era antes de la recuperación.

Tal vez, hasta ahora, haya sido la suerte o el destino los que determinaron cuales de esas mujeres encontrarían su camino y cuales no. Sin embargo, yo he observado que todas las mujeres que se recuperan a la larga han tomado medidas para hacerlo.

Mediante un método de tanteo y a menudo sin pautas con que guiarse, ellas siguieron, a pesar de todo, una y otra vez, el programa de recuperación que bosquejaré para usted" (Norwood, 1986, p. 245).

"Los pasos son sencillos, pero no fáciles. Todos son igualmente importantes y aparecen en la lista en el orden cronológico más típico:

1. Busque ayuda
2. Haga que su recuperación sea la primera prioridad en su vida.
3. Busque un grupo de apoyo integrado por pares que la entiendan.
4. Desarrolle su lado espiritual mediante la práctica diaria.
5. Deje de manejar y controlar a los demás.
6. Aprenda a no "engancharse" en los juegos
7. Enfrente con coraje sus propios problemas y defectos.
8. Cultive lo que necesita desarrollar en usted misma.
9. Vuélvase "egoísta"
10. Comparta con otros lo que ha experimentado y aprendido" -
(Norwood, 1986, p.246)

Por otro lado, existe el Programa de Recuperación de los Doctores Fezler y Field (1987) "Le estamos ofreciendo lo mejor de nosotros: un programa detallado de acción para el cambio y una llamada de atención. El punto más importante que debe tener muy en claro y siempre presente en su mente es que puede cambiar si lo desea. Nuestros métodos están basados en los comportamientos, y por lo tanto, actúan de manera rápida. Los libros que han precedido al nuestro han sido mucho más analíticos de lo que será este. Aunque estamos interesados en analizar -

cómo llegó usted a encerrarse dentro de un problema particular, estamos mas interesados en la conducta que necesitará para cambiar. Un enfoque de comportamiento significa que usted cambia su conducta antes que su convicción.

Por ejemplo, usted se impone. Después se siente confiada. Fija sus propias reglas. Después se siente independiente. Va en busca de lo que quiere. Después se siente bien con respecto a sí misma". (Fezler y Field, 1987, p.14)

El programa de recuperación que proponen los doctores Fezler y Field está detallado en su libro "La mujer que lo da to do... y aun así se siente culpable". "Cada capítulo comienza diciéndole de donde provino su problema, las circunstancias - que la llevaron a convertirse en una víctima de él en primer lugar. Luego, explicaremos cuidadosamente cómo es su problema, el comportamiento cotidiano que demuestra que usted lo tiene.- Después usted aprenderá por qué eligió aferrarse a su comportamiento contraproducente. Por último, y lo más importante de - todo, le enseñaremos cómo librarse de sus problemas utilizando las estrategias que hemos desarrollado basadas en principios - de comportamiento saludable." (Fezler y Field, 1987, p.40).

En el análisis de este libro se ha descubierto la utilización de la Terapia Racional Emotiva como un recurso muy adecuado para el tratamiento de la Mujer Abnegada. Se observa que - la metodología empleada es poco confiable y científica.

El enfoque de este libro es una explicación de por qué la mujer es dependiente o "abnegada", basándose en el supuesto de que reciben gratificaciones por su comportamiento. Por otro lado enumera algunas estrategias cognoscitivas y recomienda llevarlas a la práctica.

A continuación bosquejaré un boletín informativo del grupo "Las mujeres que aman demasiado" para poder observar las características que encierra cada sesión terapéutica del mismo:

"PRIMER PASO"

ADMITIMOS QUE ERAMOS IMPOTENTES ANTE LA ADICCION A LAS
RELACIONES ADECUADAS Y QUE NUESTRAS VIDAS
SE HABIAN VUELTO INGOBERNABLES

¿A quién le agradó admitir la derrota definitiva? prácticamente a nadie, por supuesto. Todos nuestros instintos naturales se rebelaron ante la idea de que eramos impotentes.

Era algo verdaderamente espantoso EL ADMITIR que nosotros, con la dependencia, habíamos torcido nuestras mentes hacia una obsesión de usar el síntoma en forma tan destructiva que solamente un acto de la Providencia pudo remover.

Ningún fracaso fue tan doloroso como ese. El amar demasiado se convirtió en un saltador rapaz que nos despojó de -

las facultades de la voluntad para resistir a sus demandas. - Cuando aceptamos este simple hecho, nuestra derrota fue completa.

Pero al ingresar al grupo "Las mujeres que aman demasiado" cambió muy pronto el punto de vista con respecto a esa humillación. Nos dimos cuenta de que únicamente admitiéndola seríamos capaces de dar nuestros primeros pasos hacia nuestro fortalecimiento y liberación. La aceptación de nuestra impotencia se convirtió en el firme cimiento sobre el cual podríamos edificar una vida útil y feliz. Fue muy poco el provecho que pudo obtener el dependiente que ingresó al grupo "Las mujeres que aman demasiado", que no se dió cuenta de su devastadora debilidad y consecuencias. Hasta que no la reconoció humildemente, su recuperación si acaso logró alguna, fue muy precaria y no encontró una felicidad verdadera.

Una larga experiencia comprobó esta verdad:

"Que no encontraríamos firmeza duradera para vivir con tranquilidad hasta que no admitieramos LA COMPLETA DERROTA". - Este fue el fundamento sobre el que creció y floreció nuestra agrupación. NUESTRAS MADRINAS nos dijeron que eramos víctimas de una obsesión mental tan sutilmente intensa, que ningún ser humano podría destruirla. Nos dijeron que con la sola voluntad, y sin ninguna ayuda, era imposible vencer esa COMPULSION". (Del libro de A.A., adaptado por el grupo de "Las mujeres que aman demasiado").

Se observa que en el anterior artículo la presencia de la influencia de la metodología empleada por el grupo de Alcohólicos Anónimos, donde la importancia del grupo es un factor predominante en el desarrollo de cada sesión terapéutica, dando - así un contraefecto para este Trastorno, la dependencia al grupo.

2. 3. 2 Técnicas de Apoyo del grupo de Psicoterapia "Las Mujeres que Aman Demasiado"

Generalmente en los grupos de ayuda mutua como el grupo - de "Las Mujeres que Aman Demasiado" se utiliza la técnica de la consejería.

"El counseling es una técnica usada por los miembros de - ciertas profesiones, particularmente trabajo social, psicología, educación, leyes y religión. Esta es frecuentemente definida como una forma de entrevista en la cual el cliente es ayudado para entenderse a sí mismo en una forma más completa, de manera que pueda corregir dificultades ambientales y de ajuste. La relación entre cliente y consejero, que es considerada de - primera importancia en la consejería, es usada de diferentes - formas, desde ofrecer sugerencias como recursos disponibles - hasta la interpretación de los sentimientos y actitudes del - cliente. El grado en que el consejero es directivo, varía: - dentro de la consejería directiva (Thorne, 1950) el consejero - assume el rol de su autoridad la cual ofrece al cliente una eva

luación de su problema y define cursos de acción. Dentro de la consejería no-directiva (Rogers, 1942) el consejero funciona como un agente que alienta la expresión de sentimientos del cliente, reflejándolos y ayudándolos así a responsabilizarse por ellos. De esta forma el cliente piensa las cosas por sí mismo, desarrollando sus propias metas y planeando su propio curso de acción.

Los programas de consejería, han avanzado con rapidez, particularmente en los campos educacional, de trabajo social, industrial, militar y de la salud. Los consejeros, cada vez más numerosos, han sido empleados en actividades de orientación y consejería personal en escuelas secundarias, instituciones de nivel superior y universidades; para la "consejería laboral" en actividades de selección, colocación y mantenimiento de la moral alta en la industria; de "consejería de rehabilitación" para ayudar a las personas incapacitadas a hacer la transición de su propia incapacidad hacia la productividad, en servicios de orientación para los veteranos de guerra; en "consejería psicológica" en los hospitales para veteranos y otras agencias de la comunidad.

Las metas en la consejería se han visto ampliadas desde la simple prueba y servicio de consejos hasta el hecho de lidiar con los problemas generales de ajuste del individuo, en la toma de conciencia de que una dificultad situacional puede ser una manifestación superficial de una perturbación más gran

de. Hasta aquí, hablando de consejería personal: "Su objetivo fundamental es facilitar el desarrollo de una personalidad integrada y auto-directiva, aunque a veces se concentra en la solución de problemas personales específicos." (Super, 1951). - La consejería es frecuentemente descrita como una relación en la cual el consejero actúa como catalizador del proceso de crecimiento dentro del cliente (Mathewson, 1957, Strang, 1947). - De acuerdo con Rogers (1942, 1948) la relación de consejería se vuelve una experiencia emocional, en la cual los procesos de crecimiento positivo, son liberados, el individuo se vuelve capaz de "considerarse a sí mismo y a su situación, claramente - incluyendo aquellos aspectos ordinariamente negados a nivel inconsciente. El término consejería se ha vuelto difuso, abarcando la prestación de información y consejo, interpretación - de puntajes en tests, etc., y se sumerge imperceptiblemente en el campo de la psicoterapia.

Uno puede concluir fácilmente de esto, lo difícil que es separar las metas de la consejería de las de la psicoterapia. - Se han hecho algunos intentos para distinguir las metodologías. La consejería requiere de una relación entre un agente de ayuda y el cliente. En esta relación, operan intercurrentes emocionales que pueden tener un efecto psicoterapéutico en el individuo, influyéndole más allá de los propósitos por los cuales - originalmente buscó ayuda. Pero mientras el cambio de personalidad puede ser un resultado de la relación de consejería co

mo sucede en la psicoterapia hay ciertas diferencias entre los dos procesos.

"Entre las psicoterapias, la psicoterapia de grupo ha alcanzado una importancia creciente en los últimos años, hasta el punto de que se aplica aun fuera del contexto clínico del que salió. Al mismo tiempo, el notable desarrollo de esta terapia ha hecho que surjan innumerables técnicas de psicoterapia de grupo, sostenidas por diferentes bases teóricas." (Pancheri, 1982, p.379).

Es posible observar que en el grupo de "Las Mujeres que Aman Demasiado" existe también la psicoterapia de grupo puesto que ésta es definida como "una técnica psicoterapéutica basada en la interacción, en condiciones controladas, de un pequeño grupo de individuos con trastornos de interés psiquiátrico". (Pancheri, 1982, p.379).

"Las sesiones terapéuticas duran frecuentemente una hora y media y ocurren una vez por semana. El número de participantes suele ser de ocho pacientes; el terapeuta es único, pero en algunas circunstancias puede estar también presente un "observador", es decir, un terapeuta que no intervenga en las interacciones que ocurren durante la sesión, pero que discuta al final de ellas con el terapeuta.

El terapeuta interviene en menor medida de lo que ocurre-

en el caso de una terapia individual, centrando sus intervenciones en la interpretación de lo que ocurre en el interior del grupo durante las sesiones.

Por tanto, la característica fundamental de las técnicas de la psicoterapia de grupo resulta ser el análisis y la interpretación de las interacciones que ocurren "aquí y ahora" en el interior del grupo; el terapeuta representa así el elemento catalizador de las reacciones y contrareacciones entre los miembros del grupo, estimulando, controlando o canalizando la liberación de la ansiedad y de la agresividad, y favoreciendo la interpretación de los mecanismos de proyección y de identificación recíproca." (Pancheri, 1982, p. 381).

En el grupo "Las mujeres que aman demasiado" se utiliza una derivación de la Psicoterapia de grupo, dado que no existe ningún terapeuta especializado, sino que se trata de una persona que guía al grupo y que además pertenece al mismo, lo que nos hace sospechar que la información aportada por la "madrina" puede estar contaminada con su propia conflictiva. Por otro lado, la supervisión especializada del grupo es muy escasa, ya que las mismas integrantes del grupo, una vez que "han superado" su conflictiva, comienzan con la creación de un nuevo grupo de ayuda mutua.

Es importante mencionar que la presente investigación no

tiene como finalidad la crítica destructiva del grupo en compa
ración, sino que se quiere hacer mención de la importancia que
tiene la científicidad ante el estudio de la conducta humana.-
Es importante, tener las bases teóricas y sobre todo la infor-
mación profesional para atender un trastorno de el tipo mencio
nado en esta investigación.

CAPITULO III

OBJETIVO

"Con el presente estudio, se pretende demostrar que el en trenamiento asertivo sistemático, es más efectivo que la psico terapia grupal utilizada comúnmente en grupos de Alcohólicos - Anónimos, para la recuperación del Trastorno de la Personali-- dad por Dependencia conocida como el grupo de autoayuda y supe ración "Las Mujeres que Aman Demasiado".

CAPITULO IV
METODO

4. 1 Sujetos:

Para el propósito específico de este estudio, se reunirán 10 mujeres entre 25 y 35 años de edad, casadas, con una escolaridad mínima de secundaria y que provengan de la clase "media - socioeconómica". (Nanda, 1987, p.184).

Existirán dos formas para que las mujeres que presenten el Trastorno de la personalidad por dependencia acudan a tratamiento: Primero. La difusión que periódicamente se hará sobre el tratamiento, la sensibilización, que consistirá en visitas a vecinos, amistades y personas que manifiesten abiertamente el trastorno, en la zona de Naucalpan de Juárez, Edo. de México. Dando de antemano información acerca del trastorno, es decir, su incidencia, prevalencia, recalcando el punto de que es muy común encontrarlo en la época y en el medio en el que vivimos, así como los límites entre la conducta típicamente dependiente en las mujeres mexicanas, cultivada a través de una educación cultural; y la conducta dependiente a nivel patológico, donde las manifestaciones conductuales de esas mujeres caen fuera de los límites de "normalidad", es decir, su conducta es inadaptativa.

Segundo. Otra forma para que estas mujeres acudan a tratamiento será mediante visitas a grupos de Psicoterapia "Las Mujeres que Aman Demasiado", ubicados en Llanura #21, Plazas de la Colina, para obtener las listas de mujeres que pretenden

ingresar al grupo y no lo hacen por indecisión u otros motivos. De esta manera, se hablará por teléfono a cada una de ellas para invitarlas a una exposición del entrenamiento asertivo, donde se hablará de su trastorno, así como de las ganancias que podrán obtener a través de un Entrenamiento Asertivo.

4. 1. 2 Escenario:

El trabajo de Difusión se llevará a cabo en el citado domicilio y en la zona de Naucalpan, Edo. de México.

La población del programa de sensibilización y el de rehabilitación se realizarán en un cubículo, ubicado en la Avenida Gustavo Baz # 243 int. # 3.

Dicho cubículo consta de una superficie de 30mts²., con un amueblado referente a un escritorio, 10 sillas, un librero. El lugar goza de una adecuada ventilación e iluminación.

4. 1. 3 Materiales:

En el Pre y el Postest se usarán el Inventario de Asertividad de Gambrill y Richey, el Inventario de Asertividad de Rathus, el PIR y siete situaciones de Juegos de Roles estructuradas para evaluar el repertorio inicial y terminal de los sujetos en asertividad. Se utilizará un pizarrón, gises, hojas, lápices, un video cassette ("El lecho ardiente"), una video ca-

setera, una televisión y un cronómetro, todo esto para el programa de sensibilización y rehabilitación.

4. 1. 4 Diseño:

Se utilizará un Diseño Cuasi-Experimental Pretest - Tratamiento - Posttest (modelo diferencial de tipo grupal). Dado que no se puede efectuar mayor control experimental, ya que:

- a) Los sujetos experimentales son muy pocos (n muy pequeña).
- b) La selección de los sujetos estará restringida a criterios de la propia investigación.
- c) Existirán variables extrañas que no se podrán controlar, al someterse a tratamiento diario durante dos horas aproximadamente, quedando los individuos a expensas de las contingencias naturales de su ambiente el resto del tiempo. (Castro, 1984).

VARIABLES:

Variable Independiente (V.I.):

Constará de un paquete de Entrenamiento en habilidades sociales. Las técnicas que se utilizarán serán:

- Instrucciones: Consistirá en dar a los sujetos una descripción verbal de la conducta que se espera que realicen -

antes de enfrentarse a cada una de las situaciones del entrenamiento.

- Modelamiento real: Consistirá en la observación de la conducta del modelo por los sujetos, durante una situación problemática. Se iniciará con aquellas situaciones que requieran un solo intercambio verbal y se irá aumentando gradualmente la complejidad de la respuesta, para incrementar la probabilidad de la respuesta asertiva.

- Juego de roles: Requerirá que dos o más sujetos representen alguna situación (previamente estructurada por la experimentadora), y que el terapeuta dé información (retroalimentación) acerca de la forma en que se comportan desde el punto de vista verbal y no verbal, sugiriendo mejoras en el tipo de interacción.

- Reestructuración cognoscitiva: Consiste en modificar la conducta observable a través de una influencia sobre los patrones de pensamiento del sujeto. Esta técnica se aplica para atender las conductas inadecuadas y cambiar emociones.

Variable Dependiente (V.D):

Constará del repertorio de asertividad que presenten los sujetos en relación a las siguiente siete categorías:

a) Manifestar inconformidad: Que la sujeto emita ya sea

en forma oral o escrita, los argumentos por los que se encuentra en desacuerdo con respecto a la situación que está enfrentando.

b) Rechazar peticiones irrazonables: Que la sujeto, ya sea en forma oral o escrita, se niegue a llevar a cabo aquella actividad que se le está solicitando por no considerarla acorde a sus intereses, o violatoria a sus derechos.

c) Enfrentarse a personas persistentes: Que la sujeto termine con una interacción que le sea aversiva, en forma verbal-vocal.

d) Manifestar las habilidades o cualidades que posee: - Que la sujeto proporcione información acerca de sus cualidades, intereses y opiniones; que exprese información acerca de sus características personales positivas, es decir, que emita verbalizaciones de autoreforzamiento.

e) Pedir ser escuchada: Que la sujeto pida en forma oral o escrita que su auditorio o interlocutor la atienda (se define atención como la orientación física visual hacia el interlocutor o estímulo).

f) Pedir ayuda: Que emita conducta verbal a su auditorio mediante la cual exprese aquello que requiere y solicite su cooperación, fundamentándola con los argumentos que tiene.

g) Tener habilidad para negociar: Que la sujeto mani--

fieste de manera verbal o escrita sus intereses o derechos propios en la interacción con otras personas procurando un mejor logro para ambas partes.

Existen también tres elementos que se incluyen en el paquete de entrenamiento y que corresponden a las conductas no verbales. Son las siguientes:

- a.- Que el individuo mantenga contacto visual con su interlocutor. Este contacto visual debe mantenerse cuando menos durante el 80% del tiempo que dure la interacción.
- b.- Movimientos faciales y corporales. Se definirán arbitrariamente como aquellos movimientos que demuestren una participación activa del individuo (es difícil categorizarlas debido a la amplia variedad de estos y a los particulares que resultan en cada persona).
- c.- Características de la voz: Esta emisión verbal debe ser congruente con el tópico de la conversación en que tome parte el individuo. Se considera el tono, volumen y fluidez de la verbalización.

NOTA:

Es importante mencionar que el muestreo para los sujetos es intencional no probabilístico. "En el muestreo no probabilístico no existe forma de conocer la probabilidad que tiene -

cada miembro de ser incluido en la muestra, y tampoco se tiene la seguridad de que cada elemento puede ser incluido en la muestra. A pesar de esto, el muestreo de no probabilidad presenta algunas ventajas, como por ejemplo, la economía y la simplicidad. Entre los diseños de muestreo de no probabilidad podemos señalar el muestreo intencionado. Este método selecciona los casos característicos o promedio de la población; la muestra se limita a estos casos. Este procedimiento suele arrojar mejores resultados que el muestreo de probabilidad cuando la población es altamente variable y la muestra debe ser forzosamente pequeña". (Arnau G., J., 1984 p.204).

Por otro lado, los sujetos seleccionados pertenecen a la clase socio-económica media-alta. "Este grupo incluye del 10 al 15% de la población y lo integran profesionistas, semi-profesionistas, empresarios independientes y empleados corporativos de nivel intermedio. Los miembros de esta clase por lo general han asistido al ciclo educativo universitario durante uno o dos años más allá de la obtención del título de licenciatura. Van al frente de la sociedad norteamericana en cuanto al estilo de vestir, mobiliario y conducta. Son demócratas, tolerantes y optimistas en cuanto a la naturaleza humana y en cuanto a sus propias vidas. También son competitivos y tienen movilidad ascendente, educando a sus hijos académicamente lo más que pueden para que sean capaces de competir económica y socialmente. De esta clase provienen las membreñas: se ha-

cen miembros de sociedades profesionales y son activos en política. La clase media alta invierte su tiempo recreativo leyendo, escuchando música, asistiendo a museos y acudiendo al teatro. Pueden tener alguna filiación religiosa pero para ellos la religión es primordialmente una obligación social. Esta clase tiene el índice más bajo de separaciones-divorcios. Otra característica es su alta movilidad social". (Nanda S., 1987, pp. 184-185).

Las características antes mencionadas pertenecen a la sociedad norteamericana, pero la diferencia con la sociedad mexicana es casi nula.

La presente investigación se puede considerar dentro de los experimentos de campo, ya que:

Características:

- Control de la VI
- Se llevan a cabo en una situación y un clima real.
- Para Ciencias Sociales. Exactas y Naturales.

Ventajas:

- Es más realista
- Se pueden controlar las VI
- Mayor fuerza en las variables estudiadas.
- Mayor validez externa

Desventajas:

- No hay un control absoluto de las VI y de las variables extrañas.

- Se incrementa la falta de precisión.
 - Baja la validez interna
- Tipos de diseño:** -Diseños Cuasi-Experimentales

Factores que atentan contra la validez interna

1.- Historia:

Los acontecimientos sucedidos entre la primera y la segunda medición.

2.- Maduración:

Los procesos internos de los participantes que suceden por el paso del tiempo (edad, cansancio, etc.)

3.- Administración de los test:

Sensibilización que produce el pretest sobre el post-test.

4.- Instrumentación:

Los cambios de los instrumentos de medición, cambios de experimentadores, fallas eléctricas, etc.

5.- Regresión estadística:

El problema de no seleccionar los sujetos al azar.

6.- Selección:

Falta de homogeneidad entre un mismo grupo.

7.- Mortalidad experimental:

La deserción de algunos sujetos entre observaciones.

CAPITULO V
PROCEDIMIENTO

PROCEDIMIENTO

Como se explicó en el Capítulo III, correspondiente a la estructura y objetivos de la Psicoterapia grupal conocida como "Las Mujeres que Aman Demasiado", se observa que el grupo cuenta con criterios objetivos que debe cubrir, así como los materiales que debe manejar para la aplicación de sus programas, - no obstante, nunca menciona la forma en que esto se debe hacer, por lo que el orientador tiene la libertad de aplicar el tratamiento bajo el enfoque que desee y el método que mejor le parezca, lo cual provoca que existe poca homogeneidad con deficiencias en la sistematización y técnicas utilizadas, influyendo definitivamente en la confiabilidad del tratamiento terapéutico.

Aunado a lo anterior se observa que este tipo de Psicoterapia de apoyo, promueve por otro lado otro tipo de dependencia, la dependencia al grupo, pretendiendo como primer objetivo abolir a la misma, lo cual lleva al sujeto a salir posiblemente de su problema e inevitablemente caer en otro.

En este estudio me apegaré al enfoque del Entrenamiento - Asertivo Sistemático de Wolpe y Smith y a la Terapia Racional-Emotiva del Dr. Ellis.

A continuación se desarrollará el proceso que se seguirá para tal fin, puntualizando las etapas realizadas en el programa:

5. 1 Programa de Difusión:

En primer lugar se aplicará una encuesta a las mujeres - que pretenden ingresar al grupo de apoyo "Las Mujeres que Aman Demasiado", donde se analizará el por qué pretenden ingresar, - si existe algún interés para colaborar con este estudio y si - es así, se tomarán sus datos personales.

Obviamente se dará información acerca del trastorno, del tratamiento, el objetivo que persigue y las ganancias que podrían obtener a través de él mismo. Se invitará a una exposición sobre el tema.

La encuesta aplicada será la siguiente:

- 1.- ¿Por qué desea ingresar en un grupo de apoyo?
- 2.- ¿Usted se interesaría en colaborar en un estudio para la obtención de un título universitario?.
- 3.- Si es así. ¿Me podría proporcionar sus datos personales?

Nombre _____ Teléfono _____

Edad: _____ Número de hijos _____

Estado Civil: _____ Ocupación: _____

- 4.- Usted está invitada a una conferencia acerca del tratamiento y el problema que a usted le aqueja. Se brindará la dirección donde se llevará a cabo así como la fecha y hora en que iniciará.

5. 2 Programa de Sensibilización:

Se ofrecerá una exposición del tema, donde se hablará acerca de los trastornos de la personalidad por dependencia, sus causas, deterioro, curso, incidencia, prevalencia, los problemas concomitantes, así como la posibilidad de caer en cualquier otra dependencia adictiva que las llevaría a su completa autodestrucción. Lo anterior ya ha sido mencionado en un capítulo anterior.

Para finalizar la exposición se proyectará una película cuyo contenido se mencionará en el (apéndice 1) y se pedirá que en una hora digan si se identifican o no en algún grado con la proyección, así como las experiencias que experimentaron al verla.

5. 3 Programa de Rehabilitación:

El procedimiento experimental se describe de acuerdo a las 3 fases del experimento anteriormente señalado, a saber:

- Pretest
- Tratamiento
- Postest

Pretest: Las medidas utilizadas serán el Inventario de Asertividad de Rathus, el Inventario de Asertividad de Gambrill y Richey, el Inventario P.I.R., una entrevista y siete situa-

ciones de Juego de Roles estructuradas para evaluar (al igual que los inventarios) el repertorio inicial de asertividad de los sujetos.

En la primera sesión se llevará a cabo una entrevista con cada una de las participantes. En la segunda sesión se les aplicarán los Inventarios. (Ver apéndice 2).

Finalmente se implementará el Juego de Roles en dos sesiones de aproximadamente dos horas cada una. (Ver apéndice 3).

En cuanto a la variable dependiente, los factores que la componen están identificados por una definición operacional y se ubican en un renglón muy específico del comportamiento que evita confusiones internas. De este modo, cada uno de los factores será calificado en términos de cuatro categorías nominales, las cuales se evaluarán por su ocurrencia.

Las cuatro categorías nominales y su respectivo código son las siguientes:

- 1.- Con la habilidad Asertiva (As).
- 2.- Agresividad (Ag).
- 3.- Timidez o no Asertividad (T).
- 4.- Otra posible respuesta (O).

Para el Juego de Roles, se reunirán a las sujetos y se presentará una por una a la situación. Se les darán las ins-

trucciones acerca de lo que tienen que hacer: "Vamos a representar algunas situaciones a las que ustedes probablemente se han enfrentado o se van a enfrentar en la vida cotidiana, lo único que tienen que hacer es actuar y comportarse como ustedes normalmente lo hacen o lo harían en estas situaciones".

Un asistente interactuó con ellas en las siete situaciones que conformaron la Variable Dependiente.

Dos registradores se colocarán, cada uno en una esquina de el lugar, y evaluarán las respuestas de cada sujeto. Las hojas de registro de los observadores contendrán un cuadro de registro para cada individuo con las diferentes situaciones, y estará dividido en seis partes para evaluar:

- 1.- Ocurrencia o no de la habilidad asertiva
- 2.- Características de la ejecución (escala nominal).
- 3.- Contacto visual
- 4.- Movimientos faciales y corporales
- 5.- Características de la voz
- 6.- Observaciones.

Un ejemplo del formato es el siguiente:

Situación No.	Habilidad Asertiva	Escala Nominal	Contacto Visual	Movimientos Faciales y Corporales	Características de la voz.	Obsv. C.A.
	()	As,Ag,T,O,	C.V.	M.F.C.		

Existen datos para predecir que este tipo de registro proporciona medidas sensibles, pues un formato similar fue empleado en una investigación anterior del autor con excelentes resultados (Nuñez y Trujano, 1981).

La confiabilidad entre los observadores se obtuvo a través del coeficiente de correlación ρ de la frecuencia de cada una de las categorías.

ACUERDOS \times 100 = Porcentajes de confiabilidad

Ac + Desacuerdos

Fase Experimental:

Se realizará una sesión diaria con una duración de dos horas aproximadamente. En ellas inicialmente se proporcionará información encaminada a concientizarlas de su rol que juegan como sujetos dentro de una familia y de la sociedad. Se explicará de nuevo en que consiste el Entrenamiento y se proseguirá a entrenar a cada una de las siete categorías que constituyan la fase experimental. Para tal efecto, se hará uso de cada una de las técnicas que conforman la Variable Independiente (V.I.), a saber:

Instrucciones: Se explicará en que consiste el modelamiento, el Juego de Roles y lo que tendrán que hacer.

Modelamiento: Se llevará a cabo una presentación por parte del terapeuta y un ayudante, con juego de roles, de cada una de las siete situaciones a entrenar.

Juego de Roles: Los sujetos interactuarán por pareja cada una de las siete categorías a entrenar, siguiendo los lineamientos planteados por el terapeuta durante el modelamiento.

La programación de las sesiones será la siguiente:

<u>SESION</u>	<u>ENTRENAMIENTO</u>	<u>DURACION</u>
	-Programa Sensibilización	-3 horas aprox.
	-Evaluación (Pretest)	
	-Evaluación (Pretest)	
	-Evaluación (Pretest)	-2 horas aprox.
PRIMERA	-Elementos de Restrcturación Cognoscitiva	
	-Conocimientos Teóricos y Prácticos del Entrenamiento Asertivo	-2 horas aprox.
SEGUNDA	-Expresar inconformidad y rechazar peticiones irrazonables	-2 horas aprox.
TERCERA	-Enfrentarse a personas persistentes	
	-Manifestar las habilidades o cualidades que posee	-2 horas aprox.
CUARTA	-Pedir ser escuchado	
	-Pedir ayuda	
	-Tener habilidad para negociar.	-2 horas aprox.

<u>SESION</u>	<u>ENTRENAMIENTO</u>	<u>DURACION</u>
QUINTA	-Habilidades sociales que las mismas sujetos sugieran	-2 horas aprox.
	-Evaluación (Postest)	
	-Evaluación (Postest)	
	-Evaluación (Postest)	-3 horas aprox.

Cabe señalar que las conductas no verbales se entrenarán conjuntamente con las verbales. Los ejercicios serán retomados del Manual de Habilidades Sociales (Documento de uso interno en la Clínica Universitaria de la Salud Integral de la E.N.E.P. Iztacala, 1983). (Ver apéndice # 4 para la especificación de los contenidos de la Fase Experimental o de Rehabilitación).

Originalmente en el Manual de Habilidades Sociales se enumeran doce habilidades para el Entrenamiento Asertivo, pero debido al propósito específico de esta investigación se descartaron aquellos que no eran acordes con el tratamiento para el Trastorno de la Personalidad por Dependencia, ya que, por ejemplo, la habilidad a entrenar "Ofrecer ayuda", no ayudaría a la paciente a recuperarse del Trastorno que le aqueja.

Tareas

A través de las sesiones Experimentales, se les dará a las sujetos hojas de registro que incluirán los cinco días de

la semana, y se dividirán en dos partes:

- a) "Situaciones que le causan conflicto"
- b) "Situaciones que le hacen sentir bien".

Cada persona tiene que cubrir estos aspectos en su hoja - de registro, y mencionar además, si usan o no, y el cómo lo hacen, el repertorio que se les entrenó. (Ver apéndice No. 5).

Postest

Las medidas serán similares a las utilizadas durante el - Pretest es decir, se incluyeron nuevamente el Inventario de - Asertividad de Rathus, el Inventario de Asertividad de Gambrill y Richey, el Inventario P.I.R., Juego de Roles siguiendo la - misma estrategia que en el Pretest.

Es importante señalar que cinco sujetos conformaron el - grupo Control y cinco el grupo Experimental. Por lo tanto se aplicará el Procedimiento Experimental a cinco sujetos y el - Pretest y Postest se realizarán con las diez sujetos en conjunto.

CAPITULO VI

RESULTADOS

RESULTADOS

Como se indicó en el objetivo de esta investigación, la respuesta deseada para medir la efectividad del tratamiento, era la disminución de la dependencia y el incremento en las respuestas asertivas en las participantes del Entrenamiento Asertivo y Terapia Racional Emotiva.

Para llevar a cabo el análisis de datos se recurrió al concentrado de los mismos, tanto de las conductas verbales como no verbales, para observar así el incremento y/o decremento de las diferentes conductas en el Pretest y el Postest.

Estos concentrados se presentan a dos niveles: primero mediante tablas con el objeto de visualizar de manera general los porcentajes de respuestas de las 10 sujetos para cada una de las evaluaciones realizadas y segundo, por medio de gráficas donde se puede observar en base a barras el proceso de evolución de etapa a etapa de manera más particular, es decir, los porcentajes de respuestas desde el pretest hasta el postest con las diferentes medidas utilizadas para las evaluaciones.

Durante la etapa de Pretest se contaba con 10 sujetos, de las cuales 5 de las participantes eran sujetos experimentales y las otras 5 eran sujetos del grupo control, las cuales pertenecen al grupo "Las mujeres que aman demasiado".

Como primer medida de evaluación se llevó a cabo un Juego de Roles que consistió en 7 situaciones diferentes, en donde las respuestas tenían cuatro tipos de opción: Asertiva, Agresiva, Tímida u otra posible respuesta, con el fin de que los sujetos pudieran escoger el tipo de respuesta que más se asemejara a su manera de reaccionar ante estas situaciones. El Juego de Roles fue evaluado por medio de dos registradores para confiabilizar los resultados.

El contenido del Juego de Roles se puede apreciar en el Apéndice No. 3. Los resultados obtenidos del Juego de Roles en la etapa de pretest se visualizan en la Tabla No. 3, la cual contiene los datos de las conductas verbales y la Tabla No. 5 contiene los resultados de las conductas no verbales.

La segunda medida de evaluación fue la aplicación de los diferentes Inventarios; el Inventario de Asertividad de Rathus, el Inventario de Asertividad de Gambrill y Richey y el P.I.R. (Apéndice No. 2). Los resultados obtenidos en la fase de Pretest de los Inventarios se pueden observar en las Tablas No. 6, No. 7 y No. 8.

La Tabla No. 4, nos muestra los resultados obtenidos en el Juego de Roles conducta verbal en la fase de Postest y en la Tabla No. 5 los resultados de las conductas no verbales en la fase de Postest. En el análisis de estos resultados se pue

de observar que las 10 sujetos contaban con porcentajes similares en la fase de Pretest, tanto en las conductas verbales como en las no verbales. Posteriormente después de la aplicación del Entrenamiento Asertivo se observa que, en el grupo control el porcentaje de respuestas asertivas tuvo un ligero incremento, poco significativo, pero en cuanto a las respuestas agresivas sí se observa un incremento significativo. Ahora bien, en el grupo experimental se observa un incremento en las respuestas asertivas significativo y un decremento de las respuestas agresivas y tímidas.

En cuanto a las conductas no verbales se observa que el grupo control no presentó cambios significativos y por el contrario el grupo experimental demostró grandes avances. Ver Tabla No. 5.

La Tabla No. 6, presenta los porcentajes obtenidos en la fase de pretest y posttest del Inventario de Asertividad de Raths. En la cual se observa el incremento de respuestas asertivas del grupo experimental. En el grupo control no se observa un incremento significativo de las mismas. Para analizar las respuestas dadas a este Inventario se clasificaron los 30 reactivos en los que denotan asertividad y los que no. Se obtuvieron porcentajes.

En la Tabla No. 7 se muestran los resultados que obtuvieron las sujetos ante la evaluación del P.I.R. en las fases de

pretest y postest. Para analizar los resultados del Inventario P.I.R., los enunciados se dividieron en dos secciones. En la primera se incluyen aquellos en los que se esperaba que después del entrenamiento responderían con la opción 1 "completamente en desacuerdo" y en la segunda los que tenderían a la opción 5 "totalmente de acuerdo". Se obtuvieron porcentajes. Como en el Inventario anterior se puede apreciar el incremento de respuestas asertivas o pensamientos racionales, en el grupo experimental, significativo. Y en el grupo control un ligero incremento.

En la Tabla No. 8 se muestran los resultados obtenidos en las etapas de pretest y postest en el Inventario de Asertividad de Gambrill y Richey de los 10 sujetos. Para este Inventario también se analizaron las respuestas proporcionadas a cada uno de los 40 reactivos, y se evaluó el "grado de incomodidad" considerando sus 2 primeros rangos, esto es, si les producía "ninguna o poca incomodidad" la aseveración se consideraba respuesta asertiva. En cuanto a la probabilidad de respuesta mencionada en el reactivo, es decir, su emisión, se consideraba también sus dos primeros rangos: "siempre lo hago" y "usualmente lo hago" como respuesta asertiva. Se observa que en esta Tabla No. 8 se consideran los dos aspectos, pero para facilitar su gratificación se utilizaron solo los datos de el primer aspecto. En el análisis de los resultados se observa al igual que los dos anteriores Inventarios, el incremento de las respuestas asertivas para el grupo experimental y ningún cambio significativo en el grupo control.

La Tabla No. 1 se refiere a la comparación de respuestas-assertivas de los sujetos experimentales ante las fases de pretest y postest. Esta fue creada con el objeto de visualizar - los cambios esperados de las participantes ante las dos fases- de evaluación.

La Tabla No. 2 se refiere a la comparación de respuestas-assertivas de los sujetos control ante las fases de pretest y - postest. Teniendo el mismo objetivo que la anterior.

Para facilitar la apreciación de estos datos se incluyen- 10 gráficas, donde se visualizan las respuestas de cada uno de los sujetos, tanto los del grupo control como el experimental, y ahí mismo se muestra la gráfica general de cada sujeto y se aprecian sus cambios de la fase de pretest a la fase de postest.

Cada una de las gráficas incluyen el porcentaje de res- puestas assertivas a cada una de las 4 formas de evaluación en sus dos fases; pretest y postest, de cada una de las partici- pantes de este estudio.

Con respecto a la eficacia de los instrumentos de evalua- ción, se observó que los Inventarios utilizados denotaron pe- queños defectos, como la incomprensión de algunas frases y el tiempo empleado para responderlos, el cual en general es de 45 minutos a 1 hora y media. No obstante, las participantes con- testaron completos los Inventarios.

El Juego de Roles por su parte, resultó una excelente estrategia de evaluación, siendo sencilla, cómoda y eficiente para obtener los repertorios asertivos, pudiéndose adaptar a la problemática en que se esté trabajando.

En cuanto a las sesiones de tratamiento, cabe aclarar que el criterio para elegir el número de estas fue un tanto arbitrario: experiencias previas del experimentador y lecturas al respecto, le permitieron determinar a priori cuántas sesiones serían necesarias, resultando adecuada esta selección al terminar la intervención.

Las técnicas utilizadas para establecer los repertorios - (Conferencias, Ejercicios, Instrucciones, Modelamiento Real, - Juego de Roles y Reestructuración Cognoscitiva con ejercicios de la TRE, para el entrenamiento en Asertividad), resultaron ser sumamente eficaces. El trabajar la reestructuración cognoscitiva fue de gran importancia al actuar como facilitadora de la emisión de respuestas asertivas. El conocimiento de los derechos humanos, el elevar la autoestima, el extinguir sentimientos de culpa y de todo es catastrófico e intolerable, así como el aprender a pensar positivamente, abrió todo un panorama novedoso a las sujetos optimizando su aprehensión del nuevo repertorio, y hasta muy probablemente, asegurando su mantenimiento.

Una última sesión informal con el grupo experimental per-

mitió recoger sus impresiones sobre el curso, y todas fueron en el sentido de haber mejorado notablemente su ejecución no solo como mujeres sino como esposas, madres e hijas, recibiendo de sus familiares y amigos comentarios positivos a su nueva conducta (reforzamiento social) y sintiéndose ellas mismas mejor (reforzamiento intrínseco), lo que también habla a favor de su mantenimiento a largo plazo.

Es importante mencionar en este momento que las sesiones de tratamiento planeadas para dos o tres horas cada una, en la mayor parte de las ocasiones fueron aún más largas, dado que en cada categoría a entrenar las sujetos insistían en trabajar sobre diferentes ejemplos derivados de sus experiencias reales y de sus necesidades actuales, lo que diversificó en mucho el trabajo, permitiéndoles aplicar de inmediato las soluciones derivadas de las sesiones, observar resultados positivos, y retroalimentarse de esta manera.

CAPITULO VII
CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

Se pudo observar en los resultados obtenidos a través de los diferentes instrumentos de evaluación utilizados, que el repertorio de asertividad de los sujetos experimentales incrementó significativamente, y por el lado del grupo control el incremento no fue significativo.

Lo anterior corrobora la hipótesis que se plantea en el objetivo: "Con el presente estudio se pretende demostrar que el Entrenamiento Asertivo Sistemático, es más efectivo que la Psicoterapia Grupal utilizada comúnmente en grupos de Alcohólicos Anónimos, para la recuperación del "Trastorno de la Personalidad por Dependencia" conocido como el grupo autoayuda y su peración "Las mujeres que aman demasiado".

Uno de los aspectos que más llamó la atención fue el incremento de respuestas agresivas en el grupo control en la fase de postest. Esto pudo ser debido a que los sujetos del grupo "Las mujeres que aman demasiado", se mostraron poco cooperativas con el presente estudio y además en el intento de adquirir respuestas más adaptativas o asertivas, confundieron la asertividad con la "agresión indirecta", (Phelps y Austin, 1990).

Las autoras Stanlee Phelps y Nancy Austin, en su libro "La mujer segura de sí misma", (1990), utilizan el término asertividad y las técnicas asertivas en su libro. Ellas ha-

blan acerca de la agresión indirecta -"La agresividad indirecta es seguridad fraudulenta"-.

Ahora bien, el hecho de haber cubierto los objetivos planteados puede atribuírsele en gran medida a las técnicas utilizadas durante la intervención. Es así como comprendemos la importancia de un Juego de Roles (Mc Fall y Martson; 1970; Eisler y Miller, 1977) pues permite actuar una situación que pudiera presentársele a la sujeto en su vida cotidiana y buscar nuevas alternativas de respuesta. Al mismo tiempo se reconoce la importancia de una retroalimentación (Mc Fall y Twentyman, 1973), porque estimulan la ejecución adecuada del comportamiento asertivo en base a un adecuado modelamiento como a su criterio y experiencia personal.

El no lograr el control deseado en investigaciones aplicadas es un factor ya comentado por otros autores: "...si bien el diseño empleado no garantiza un control pormenorizado de las variables extrañas que pueden competir con la variable experimental, las características particulares al ser sumadas... pudieran llegar a aportar información muy completa acerca del estudio como un todo" (Roth y Böhr, 1980, p.23).

Se debe considerar pues, que en trabajos aplicados con diseños Cuasi-experimentales no se llega a controlar absolutamente el medio ambiente por lo que la interferencia de variables extrañas es inevitable.

Por otro lado, las habilidades entrenadas (verbales y no verbales) permitieron corroborar la tesis de Eisler, Hersen y Miller (1973; citados en Rich y Schoeder, 1976) acerca de que ambos aspectos se complementan entre sí; pues el repertorio social de cualquier persona es integrado y debe abordarse como tal. Del análisis de los cambios ocurridos en el grupo experimental se desprende que las categorías entrenadas fueron adecuadas en tanto que se ubicaron en el contexto real de los sujetos.

En relación a la modalidad que se menciona en el procedimiento de que los sujetos deberían presentar tareas de las situaciones que les habían causado conflictos de las que les hicieron sentirse muy bien a lo largo de la semana, no fue posible registrarlas, ya que los sujetos preferían actuar las situaciones que entregar reportes escritos.

Como se mencionó anteriormente, no es objeto de este estudio devaluar el valor de la Psicoterapia grupal "Las mujeres que aman demasiado", sino que se intenta dar un rubro más científico a este tipo de trastorno, ya que como se observó este tipo de trastorno de la personalidad por dependencia tiene un deterioro importante y sobre todo sus características clínicas patológicas son dignas de más atención y requieren una intervención psicológica profesional.

En el objetivo de este estudio se plantea la efectividad-

del tratamiento del Entrenamiento Asertivo Sistemático y su eficiencia, entendiendo esta última como aquello que produce efecto, aunado al requerimiento de escaso tiempo para observar lo.

Al llegar a este punto se puede concluir que una vez cubierto el objetivo del programa y habiendo mostrado los instrumentos de evaluación su efectividad, la intervención resultó exitosa; esto a su vez nos lleva al planteamiento de algunas limitaciones y sugerencias que se pueden apreciar en el siguiente capítulo.

CAPITULO VIII
LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

Dentro de las limitaciones para el completo logro del objetivo del presente estudio, se encontró que la influencia de la familia, las condiciones ambientales, las actividades diarias de los sujetos, podrían alterar la confiabilidad, puesto que se consideran como antes lo mencioné, variables extrañas.

Por otro lado, la poca colaboración del grupo control, impidió la obtención de más datos, ya que las características de ellas y sus actividades diarias no fueron reportadas.

Los sujetos tienen como característica principal, la constante actividad en el hogar, y por lo tanto su tiempo fue limitado. Es por esta razón que el entrenamiento asertivo tuvo una corta duración. Pero, no obstante, los resultados fueron satisfactorios.

Es imposible redactar aquí el sinnúmero de aspectos problemáticos que presentan estos sujetos, pero si se espera que a partir de esta investigación se indague más sobre el tema.

Se espera la generalización del mismo y la utilización del entrenamiento asertivo sistemático, como una terapia de corta duración y muy amplia eficacia.

La utilización de un diseño Cuasi-experimental nos mues-

tra un avance mas en aspectos clinicos, que antiguamente se -
veían imposibilitados de ser estudiados a través de medios -
científicos.

El tema es rico en subtemas y no está de más el estudio -
de los mismos, así como la posibilidad de extender lo aquí ex -
puesto a otros lugares.

CAPITULO IX
APENDICES Y TABLAS

Apéndice No. 1

Sinopsis de la película "El lecho ardiente"

Película basada en un caso de la vida real, donde los protagonistas, una pareja de jóvenes, viven un noviazgo que da como consecuencia un matrimonio, en el cual, el esposo, es un joven inseguro, dominante, celoso y mediocre y la joven es una mujer con deseos de superación, a la cual él domina, a través del amor que ella siente por él y después por el miedo que la invade cada vez que está con él, debido a la serie de humillaciones a que es expuesta continuamente, precisamente debido a la capacidad de ella de superarse y cumplir con sus labores de madre y esposa, mientras que él está estancado en su inseguridad y sus celos, sin poder salir adelante.

A medida que el tiempo pasa, la violencia que ejerce el marido sobre la mujer, ya no solo es verbal sino que también es física, dañando la integridad tanto física como moral de ella. Un día, ella decide abandonarlo y refugiarse con sus hijos en casa de su madre, pero el hombre, decide lastimarla arrebatándole a sus hijos; ella sabe que no debe volver con él, pero éste la acosa y manipula por medio de sus hijos, hasta que finalmente consigue su meta: que ella vuelva con él. El promete cambiar y mejorar y ella vuelve a caer en sus engaños y se convierte de nuevo en víctima de abusos físicos y verbales cada vez más severos, por parte del esposo.

Finalmente, después de doce años de matrimonio y de sufrimiento, ella decide quemarlo mientras duerme, después de haber sido brutalmente violada por él. La protagonista se entrega a la policía y es juzgada y liberada por "locura temporal".

Esta película muestra con crudeza los abusos físicos y morales a los que un gran número de mujeres están expuestas constantemente, debido a la inseguridad provocada por "amar demasiado" (Norwood, 1986) generalmente a un "misógino". A veces estas mujeres son víctimas al principio de un miedo de ser abandonadas, y después son víctimas del miedo de abandonar al hombre y lo que esto involucra, como abusos físicos y morales, donde, la mujer soporta golpes y vejaciones porque se cree incapaz de sobrevivir por sí misma, o al menos sin la sombra del verdugo, que constantemente la estará seduciendo y engañando - hasta hacerla reincidir otra vez; muchas veces este miedo no es único de la mujer y por eso, porque la amenaza no sólo involucra a ella, sino a terceros también, ella vuelve a ceder, - aún sabiendo lo que ocurrirá en el futuro.

Es una actitud masoquista y mártir, de parte de la mujer, quien se autodevalúa y menosprecia, producto de todas las malas experiencias vividas con su pareja. Es, además, una actitud cobarde de parte de la misma, quien, hasta no decidirse a deshacerse de la amenaza, seguirá viviendo un infierno, como se representa en esta película.

Este comportamiento tiene bases en la educación de la mujer y en la cultura, donde se le enseña desde muy pequeña a servir y repetir al hombre, mientras que este es educado para ser un verdadero hombre ("macho"), según Rogelio Díaz Guerrero, (1986).

Apéndice No. 2

P I R

Este es un inventario que pretende investigar la forma en que usted piensa y siente acerca de varias cosas. Encontrará una serie de afirmaciones con las cuales usted puede estar de acuerdo o en desacuerdo. A la derecha de cada afirmación encontrará los números 1 al 5. Usted deberá encerrar en un círculo el número que mejor describa su reacción ante cada una de las afirmaciones.

- 1 Significa COMPLETAMENTE EN DESACUERDO
- 2 Significa MODERADAMENTE EN DESACUERDO
- 3 Significa NI ACUERDO NI DESACUERDO
- 4 Significa MODERADAMENTE EN ACUERDO
- 5 Significa TOTALMENTE DE ACUERDO.

No es necesario pensar mucho sobre cada reactivo. Marque su contestación rápidamente y siga hacia la siguiente afirmación.

Asegúrese de marcar como realmente siente acerca de la afirmación y no como usted cree que debería sentir. Trate de evitar las respuestas con el número 3 o neutrales lo más que sea posible.

- | | | | | | | |
|-----|---|---|---|---|---|---|
| 1. | Es muy importante para mí que otros me aprueben. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. | Odio fracasar en algo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. | La gente que comete errores, merece lo que le pasa. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. | Usualmente acepto lo que suceda filosóficamente. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. | Si una persona quiere, puede ser feliz bajo casi cualquier circunstancia. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. | Tengo miedo de algunas cosas que a menudo me molestan | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. | Frecuentemente retraso decisiones importantes. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. | Todos necesitan depender de alguien para pedirle ayuda y consejo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. | "El que nace para maceta, del corredor no pasa". | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. | Siempre hay una forma correcta para hacer cualquier cosa. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11. | Me gusta que me respeten pero no me es necesario. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

- | | |
|---|-----------|
| 12. Evito cosas que no puedo hacer bien | 1 2 3 4 5 |
| 13. Muchas personas malvadas escapan del casti <u>go</u> que se merecen | 1 2 3 4 5 |
| 14. Las frustraciones no me molestan | 1 2 3 4 5 |
| 15. Las personas no se perturban por las situ <u>aciones</u> en sí, sino por lo que piensan de ellas. | 1 2 3 4 5 |
| 16. Siento muy poca ansiedad "por lo que pudie <u>ra</u> ocurrir" de peligroso o inesperado | 1 2 3 4 5 |
| 17. Siempre trato de seguir adelante y dejar -
terminadas las tareas desagradables cuando
se me presentan | 1 2 3 4 5 |
| 18. Trato de consultar con un experto antes de
tomar decisiones importantes | 1 2 3 4 5 |
| 19. Es casi imposible vencer las influencias -
del pasado. | 1 2 3 4 5 |
| 20. No hay solución perfecta para algo | 1 2 3 4 5 |
| 21. Quiero que todos me estimen | 1 2 3 4 5 |
| 22. No pretendo competir en actividades donde
otros son más competentes que yo | 1 2 3 4 5 |
| 23. Los que se equivocan merecen ser censurados | 1 2 3 4 5 |
| 24. Las cosas deberían ser diferentes de como
son | 1 2 3 4 5 |
| 25. Yo causo mis propios estados de ánimo | 1 2 3 4 5 |
| 26. No puedo olvidarme de mis preocupaciones | 1 2 3 4 5 |

- | | |
|--|-----------|
| 27. Evito enfrentar mis problemas | 1 2 3 4 5 |
| 28. La gente necesita una fuente de poder - fuera de ella misma | 1 2 3 4 5 |
| 29. Si algo afectó fuertemente tu vida alguna vez, no significa que tenga que seguir <u>ha</u> ciéndolo en el futuro | 1 2 3 4 5 |
| 30. Rara vez hay una solución fácil a las dificultades de la vida | 1 2 3 4 5 |
| 31. Puedo estar en paz conmigo mismo aunque - otros no lo estén | 1 2 3 4 5 |
| 32. Me gusta triunfar en algo pero siento - que esto no es necesario. | 1 2 3 4 5 |
| 33. La inmoralidad debe ser fuertemente <u>casti</u> gada | 1 2 3 4 5 |
| 34. Frecuentemente me molesto por situaciones que no me agradan | 1 2 3 4 5 |
| 35. Las gentes miserables se han hecho <u>misera</u> bles a sí mismas | 1 2 3 4 5 |
| 36. Si no puedo impedir que algo suceda, no me preocupo por ello. | 1 2 3 4 5 |
| 37. Usualmente tomo decisiones lo más rápida- mente que puedo | 1 2 3 4 5 |
| 38. Hay ciertas personas de las cuales depen- do mucho | 1 2 3 4 5 |
| 39. La gente sobrevalora la influencia del <u>pa</u> sado | 1 2 3 4 5 |
| 40. Siempre tendremos algunos problemas | 1 2 3 4 5 |

- | | |
|---|------------------------|
| 41. Si le caigo mal a alguien, el problema es suyo, no mío | 1 2 3 4 5
1 2 3 4 5 |
| 42. Es importante para mi tener éxito en todo lo que hago | 1 2 3 4 5 |
| 43. Rara vez culpo a la gente por sus errores | 1 2 3 4 5 |
| 44. Usualmente acepto las cosas como son, aun que no me gusten | 1 2 3 4 5 |
| 45. Una persona no está triste o enojada por mucho tiempo a menos que él mismo se haga permanecer así | 1 2 3 4 5 |
| 46. No puedo tolerar el probar fortuna | 1 2 3 4 5 |
| 47. La vida es demasiado corta para gastarla - en tareas poco placenteras | 1 2 3 4 5 |
| 48. Me gusta sostenerme en mis propios pies | 1 2 3 4 5 |
| 49. Cada problema tiene una solución correcta | 1 2 3 4 5 |
| 50. Si hubiera tenido diferentes experiencias - yo sería más como me hubiera gustado ser | 1 2 3 4 5 |
| 51. Encuentro difícil estar en contra de lo - que otros piensan | 1 2 3 4 5 |
| 52. Soy feliz en algunas actividades porque me gustan sin importarme si soy bueno en ellas | 1 2 3 4 5 |
| 53. El miedo al castigo ayuda a la gente a ser buena | 1 2 3 4 5 |
| 54. Si las cosas me molestan, las ignoro | 1 2 3 4 5 |
| 55. Mientras más problemas se tengan, menos feliz será uno | 1 2 3 4 5 |

- | | |
|---|-----------|
| 56. Rara vez me preocupo por el futuro | 1 2 3 4 5 |
| 57. Rara vez abandono las cosas | 1 2 3 4 5 |
| 58. Soy el único que puede realmente resolver mis problemas | 1 2 3 4 5 |
| 59. Rara vez pienso que las experiencias pasadas me están afectando ahora | 1 2 3 4 5 |
| 60. Vivimos en un mundo incierto y de probabilidad | 1 2 3 4 5 |
| 61. Aunque la aprobación de los demás me gusta, no es una necesidad en mí. | 1 2 3 4 5 |
| 62. Me molesta que otros sean mejores que yo en algo | 1 2 3 4 5 |
| 63. Todos son básicamente buenos | 1 2 3 4 5 |
| 64. Hago lo que puedo para conseguir lo que quiero sin sentirme culpable por ello después | 1 2 3 4 5 |
| 65. Nada es en sí mismo molesto, la molestia depende de como se interprete la situación | 1 2 3 4 5 |
| 66. Me preocupo demasiado por cosas futuras | 1 2 3 4 5 |
| 67. Me es difícil hacer tareas desagradables | 1 2 3 4 5 |
| 68. Me desagrada que otros tomen mis decisiones | 1 2 3 4 5 |
| 69. Somos esclavos de nuestra historia personal | 1 2 3 4 5 |
| 70. Es raro encontrar una solución perfecta para algo | 1 2 3 4 5 |

- | | |
|---|-----------|
| 71. A menudo me preocupo porqué me aprueba -
tanto o me acepta la gente | 1 2 3 4 5 |
| 72. Me molesta muchísimo cometer errores | 1 2 3 4 5 |
| 73. Es injusto que "paguen justos por pecadores" | 1 2 3 4 5 |
| 74. Me gusta el camino fácil de la vida | 1 2 3 4 5 |
| 75. La mayoría de la gente debería enfrentarse a los aspectos poco placenteros de la vida | 1 2 3 4 5 |
| 76. Algunas veces no puedo eliminar mis temores | 1 2 3 4 5 |
| 77. La vida fácil es muy rara vez recompensante | 1 2 3 4 5 |
| 78. Es fácil buscar consejo | 1 2 3 4 5 |
| 79. Si algo afectó tu vida alguna vez, siempre lo hará | 1 2 3 4 5 |
| 80. Es mejor buscar una solución práctica que una perfecta | 1 2 3 4 5 |
| 81. Estoy muy interesado en los sentimientos de la gente hacia mi | 1 2 3 4 5 |
| 82. Frecuentemente me irrito por pequeñeces | 1 2 3 4 5 |
| 83. Con frecuencia doy a quien se equivoca - una segunda oportunidad | 1 2 3 4 5 |
| 84. Me disgusta la responsabilidad | 1 2 3 4 5 |
| 85. Nunca hay razón para permanecer acongojado por mucho tiempo | 1 2 3 4 5 |

- | | |
|--|-----------|
| 86. Casi nunca pienso en cosas como la guerra atómica o la muerte | 1 2 3 4 5 |
| 87. Las personas son más felices cuando se enfrentan a desafíos o problemas que vencer | 1 2 3 4 5 |
| 88. Me disgusta tener que depender de alguien | 1 2 3 4 5 |
| 89. En el fondo, la gente nunca cambia | 1 2 3 4 5 |
| 90. Siento que yo debería manejar las cosas - en la forma correcta | 1 2 3 4 5 |
| 91. Es molesto ser criticado, pero no catatrófico | 1 2 3 4 5 |
| 92. Tengo miedo a las cosas que no puedo hacer bien | 1 2 3 4 5 |
| 93. Nadie es malo, aunque sus actos parezcan serlo | 1 2 3 4 5 |
| 94. Rara vez me trastornan los errores de otros | 1 2 3 4 5 |
| 95. El hombre hace su propio infierno dentro de sí mismo | 1 2 3 4 5 |
| 96. Frecuentemente me descubro planeando lo que haré en ciertas situaciones peligrosas | 1 2 3 4 5 |
| 97. Si algo es necesario, lo hago, por muy poco placentero que resulta | 1 2 3 4 5 |
| 98. He aprendido a no esperar que algún otro está muy interesado en mi bienestar | 1 2 3 4 5 |
| 99. Yo no miro al pasado con remordimientos | 1 2 3 4 5 |
| 100. No hay nada parecido a "un conjunto ideal de circunstancias" | 1 2 3 4 5 |

INVENTARIO DE ASERTIVIDAD DE GAMBRILL Y RICHEY

Mucha gente tiene dificultad para manejar situaciones en las que la conducta asertiva es necesaria; por ejemplo, cuando tienen que rechazar una petición, al hacerle un cumplido a alguien, al expresar aprobación o desaprobación, etc.

Por favor indique su grado de incomodidad o ansiedad en el espacio que hay ANTES de cada situación utilizando la siguiente escala:

- 1 es igual a NINGUNA INCOMODIDAD
- 2 es igual a UN POCO DE INCOMODIDAD
- 3 es igual a REGULAR INCOMODIDAD
- 4 es igual a MUCHA INCOMODIDAD
- 5 es igual a DEMASIADA INCOMODIDAD

<u>Grado de incomodidad</u>	<u>Situación</u>	<u>Probabilidad de respuesta</u>
_____	1. Rechazar una petición para prestar tu carro	_____
_____	2. Elogiar a un amigo	_____
_____	3. Resistir la presión de un vendedor	_____
_____	4. Pedir un favor a alguien	_____
_____	5. Disculparse cuando se está en un error	_____
_____	6. Rechazar una invitación para una reunión	_____

7. Admitir tener miedo y pedir tolerancia
8. Informar a una persona relacionada intimamente con usted que ha dicho algo que le molesta
9. Preguntar al tener una duda
10. Admitir ignorancia en un área
11. Rechazar una petición para prestar dinero
12. Preguntar cosas íntimas
13. Callar a un amigo hablantín
14. Pedir una crítica constructiva
15. Iniciar una conversación con extraños
16. Elogiar a una persona involucrada sentimentalmente con usted o en quien usted está interesado(a)
17. Pedir una reunión o cita con alguien
18. Si su petición inicial es rechazada, pedirla para una ocasión posterior
19. Admitir confusión sobre un punto en discusión y solicitar aclaración
20. Solicitar un trabajo
21. Preguntar si ha ofendido a alguien
22. Decir a alguien lo que usted desea de él
23. Pedir el servicio esperado cuando este no llega, por ejemplo en un restaurante

24. Discutir abiertamente con las personas las críticas a su conducta
25. Rechazar cosas defectuosas: en tiendas, etc.
26. Expresar una opinión que difiera de la opinión de las personas con las que habla
27. Resistir a insinuaciones sexuales cuando no está interesado(a)
28. Decir a una persona lo injusta que ha sido
29. Aceptar una cita
30. Dar a alguien buenas noticias de usted
31. Resistir la presión para tomar
32. Resistir una petición injusta de alguien a quien usted estima
33. Dejar un trabajo
34. Resistir la presión para retractarse
35. Discutir de una manera franca las críticas que le hagan a su trabajo
36. Solicitar el regreso de cosas que prestó
37. Aceptar cumplidos y elogios
38. Continuar conversando con alguien con quien no estamos de acuerdo
39. Decir a un amigo o compañero de trabajo que ha dicho o hecho algo que a usted le molesta

40. Pedir a una persona que le molesta -
en una situación pública que deje de
hacerlo

Ahora que ha terminado, lea la lista de situaciones por segunda vez y DESPUES de cada situación, indique la probabilidad de que ejecute la conducta si llega a presentarse realmente en su vida, o la probabilidad con que ha respondido si tales situaciones ya han ocurrido en el pasado. Por ejemplo, si usted rara vez se excusa cuando se equivoca, debe marcar un cuatro (4) después de esa situación.

Utilice la siguiente escala:

1. Significa "siempre lo hago"
2. Significa "usualmente lo hago"
3. Significa "lo hago la mitad de las veces"
4. Significa "de vez en cuando lo hago"
5. Significa "nunca lo hago"

Para que sus respuestas no se contaminen con las anteriores, tapelas por la izquierda con una plantilla de papel.

Finalmente, encierre en un círculo el número de la situación que le gustaría manejar más asertivamente en el futuro.

INVENTARIO DE ASERTIVIDAD DE RATHUS

Instrucciones: Usando el código dado abajo, indique que tan característico o descriptivo de Usted es cada una de las siguientes afirmaciones.

- 3 muy característico, extremadamente descriptivo
 2 un tanto característico, bastante descriptivo
 1 un poco característico, apenas descriptivo
 -1 un poco característico, apenas no descriptivo
 -2 un tanto característico, bastante no descriptivo
 -3 muy no característico, nada descriptivo

-
- _____ 1. La mayoría de la gente parece ser más agresiva de lo que soy yo.
- _____ 2. He vacilado en hacer o aceptar citas debido a mi timidez
- _____ 3. Cuando la comida que me sirven en el restaurante no está hecha a mi satisfacción, me quejo con la mesera o mesero.
- _____ 4. Soy cuidadoso para evitar los sentimientos de otras personas, aun cuando siento que he sido lastimado.
- _____ 5. Si un vendedor se ha visto en problemas para mostrarme mercancía, que después de todo no es de mi entero gusto, paso un momento muy difícil para decir "No".
- _____ 6. Cuando se me pide que haga algo, insisto en saber por qué.

- _____ 7. Existen ocasiones en que busco un argumento bue
no y vigoroso,
- _____ 8. Me esfuerzo por superarme tanto como la mayoría
de la gente.
- _____ 9. Para ser honesto, la gente casi siempre se apro
vecha de mi.
- _____ 10. Me gusta iniciar conversaciones con nuevas amis
tades y extraños.
- _____ 11. La mayoría de las veces no se que decir a perso
nas atractivas del sexo opuesto.
- _____ 12. Titubeo en hacer llamadas telefónicas a estable
cimientos de negocios o instituciones.
- _____ 13. Preferiría solicitar un trabajo o una admisión-
al colegio por medio de cartas, en vez de hacer
lo por medio de entrevistas personales.
- _____ 14. Encuentro embarazoso regresar mercancía
- _____ 15. Si un pariente cercano y respetado me estuviera
molestando preferiría ahogar mis sentimientos -
en lugar de expresar mi molestia.
- _____ 16. He evitado hacer preguntas por temer parecer es
túpido.
- _____ 17. Durante una discusión, algunas veces temo que -
me sentiré tan trastornado que estaré tembloro-
so.
- _____ 18. Si un conferenciante famoso y respetado hace -
una declaración que creo incorrecta, daría a la
audiencia mi punto de vista también.
- _____ 19. Evito discutir acerca de precios con empleados-
y vendedores.
- _____ 20. Cuando he hecho algo importante o significativo,
permito que otros lo conozcan.

- _____ 21. Soy abierto y franco acerca de mis sentimientos
- _____ 22. Si alguien ha estado divulgando historias falsas y malas acerca de mí, busco a esa persona - tan pronto como sea posible y tengo una plática con ella al respecto.
- _____ 23. Muy frecuentemente paso un momento difícil para decir "No"
- _____ 24. Tiendo a ocultar mis emociones en lugar de hacer una escena.
- _____ 25. Me quejo de un mal servicio en un restaurante o en cualquier lugar.
- _____ 26. Cuando me hacen un cumplido, en ocasiones no se que decir.
- _____ 27. Si una pareja se encuentra cerca de mí en el teatro o en una conferencia se encuentran hablando en volúmen alto, les pido que se callen o - que continúen su conversación en otro lugar.
- _____ 28. Cualquiera que intente colocarse delante de mí en una fila está buscando una buena pelea.
- _____ 29. Siempre estoy dispuesto a expresar mi opinión
- _____ 30. Existen ocasiones en que no puedo decir nada.

Apéndice No. 3

EVALUACION CONDUCTUAL

JUEGO DE ROLES

Evaluación conductual en las simulaciones de las situaciones estructuradas. Cada sujeto se evaluará en las siete situaciones por separado, siguiendo los siguientes pasos:

- a) El terapeuta presentará una descripción de la situación
- b) Un coterapeuta actuará frente al sujeto
- c) El sujeto tratará de responder al coterapeuta como si estuviera en la situación real.

Instrucciones generales: "El propósito de esta sección es evaluar como se comportan en algunas situaciones, por tanto responda como si realmente estuviera en la situación".

SITUACIONES

- 1.- Rehusar peticiones irrazonables.

Instrucciones: "Usted está con su marido y él le dice que no quiere que usted vea a su familia ni a sus amigas porque a él no le parece".

Coterapeuta: ;Quiero que dejes de ir a casa de tu madre, y que ya no frecuentes a tus amigas!; ;Entendiste?... No me parece y punto;

- 2.- Manifestar inconformidad.

Instrucciones: "Su pareja le dice que cancele su cita del sábado con sus amigas porque vendrán unos amigos a comer y necesita que usted los atienda".

Coterapeuta: ;Oye!: No te había dicho, pero quiero que canceles tu cita del sábado porque invité a mis amigos a comer

y quiero que los atiendas, además ese es tu trabajo y no quiero que discutas!"

3.- Enfrentarse a personas persistentes.

Instrucciones: "Usted acaba de comprar un vestido muy elegante y sensual, esta noche usted lo quiere estrenar puesto que tiene una cena; su marido le dice que no se ponga ese vestido, porque él piensa que usted quiere ir a coquetear y presumir, y le insiste que se ponga el vestido color rosa mexicano de cuello de tortuga, y que si no lo hace no irán a ningún lado.

Coterapeuta: "¡No te vayas a poner ese vestido, ¿ehh? ¡No quiero ir con una mujer vestida de esa forma! o qué?, ¿Quieres ir a coquetear y a presumir? ¡Te equivocas!; o te pones el vestido rosa o no vamos ;¿Entendido!?"

4.- Manifestar habilidades o cualidades que posees

Instrucciones: "Su pareja le dice que usted es incapaz de lograr algo en la vida".

Coterapeuta: "Creo que eres incapaz de lograr algo en la vida, tu naciste para perder, para cuidar de la casa y a tus hijos; no tienes aspiraciones mayores, lástima ese es tu destino".

5.- Pedir ser escuchado

Instrucciones: "usted llega tarde a una cita con su pare

ja porque su automóvil se descompuso. Al llegar su pareja comienza a reclamarle y le dice que no quiere oír sus tontas excusas".

Coterapeuta: ¡Siempre llegas tarde! ¡No tienes ni un gramo de responsabilidad! ¡Nunca volveré a contar contigo para nada, no quiero oír tus tontas excusas!".

6.- Pedir ayuda

Instrucciones: "Usted se siente muy deprimida, tiene muchos problemas. Generalmente no dice nada y solo llora. Su pareja llega y le pregunta que le pasa de manera amable".

Coterapeuta: ¿Hola!, ¿cómo estás?... ¿Estás llorando?... ¿Qué te pasa?".

7.- Poseer habilidad para negociar.

Instrucciones: "Usted está cansada de que todas las responsabilidades de la casa son para usted. Su pareja opina lo mismo y discute"

Coterapeuta: "Y tú crees que yo no me siento igual, tengo que trabajar, tengo que hacer muchas cosas, y ahora vienes y me reclamas!".

Al terminar la evaluación de línea base se registrarán los datos en una tabla de registro por cada una de las 5 integrantes del grupo experimental, y para las 5 del grupo control.

Apéndice No. 4FASE EXPERIMENTALPRIMERA SESION:

- a) Elementos de Reestructuración Cognoscitiva y ejercicios.
- b) Conocimientos Teóricos y Prácticos del Entrenamiento - Asertivo y ejercicios.

Esta primera sesión se divide en dos partes: lo referente a la TRE y lo referente a el Entrenamiento Asertivo.

En esta primera parte se explicaron brevemente las bases teóricas y prácticas de la Terapia Racional Emotiva y se estructuraron ejercicios empleando los principales pasos de la TRE:

1. Identificación de las creencias irracionales
2. Establecimiento de la concepción de la responsabilidad personal.
3. Instruir sobre las principales creencias irracionales, demostrando su irracionalidad.
4. Presentación de alternativas racionales
5. Capacitación al sujeto para lograr el paso anterior
6. Discusión terapeuta-paciente combatiendo pensamientos irracionales difíciles de substituir, eliminación de ellos y establecimiento de respuestas racionales.

Se trabajó a través de:

- a) Planteamiento de una situación modelo que incluya un pensamiento irracional frecuente y común.
- b) Instrucciones: Se les explicaron los puntos mencionados anteriormente, pidiéndoles su atención en el desarrollo de cada uno de los pasos.
- c) Modelamiento: El terapeuta y su ayudante simularon una sesión de la TRE.
- d) Juego de roles: Cada una de las participantes del grupo pasaron al frente, comentaron sobre algún pensamiento irracional que hayan detectado en sí mismas, y con la ayuda de alguna compañera, lo combatían siguiendo el procedimiento ya descrito de la TRE.

Se utilizará la siguiente lista de pensamientos irracionales como guía:

- 1.- Un adulto tienen una necesidad imperiosa de ser amado y aprobado por casi todo el mundo en casi todo lo que hace.
- 2.- Ciertas personas son malas, malvadas o viles y deben ser severamente castigadas o acusadas por sus defectos, pecados o malas acciones.
- 3.- Uno debe ser por entero competente, apto y eficaz en todos los aspectos posibles.
- 4.- Es terrible, horrendo y catastrófico que las cosas no marchen de la manera que uno quisiera que marcharan.

5.- La desdicha humana tiene una causa externa y el individuo es poco o nada capaz de controlar sus aflicciones o librarse de sus sentimientos negativos.

6.- Si algo es o puede ser peligroso o temible, uno debe preocuparse terriblemente por ello y debe sentirse trastornado.

7.- Es más fácil rehuir muchas dificultades y responsabilidades de la vida que poner en práctica formas de autodisciplina más satisfactorias.

8.- El pasado es de total importancia de manera que si algo afectó alguna vez profundamente la vida de uno, continuará haciéndolo indefinidamente.

9.- La gente y las cosas deberían ser diferentes de como son y que es catastrófico no encontrar inmediatamente soluciones perfectas para las desagradables realidades de la vida.

10.- El máximo de felicidad humana puede lograrse por medio de la inercia o inacción, inactivamente y sin comprometerse.

11.- Uno debe molestarse muchísimo por los problemas de los demás.

12.- Uno debe tener a alguien más fuerte en quien confiar y depender.

El terapeuta pidió a los participantes que identifiquen situaciones problema relacionadas con las categorías antes men

cionadas para la formación de la línea base y con los ejemplos que presentaron se organizó el ensayo conductual. Para esto, el terapeuta proporcionó la siguiente información:

"Cada quien va a exponer una situación particular en la cual tenga problemas para rehusar peticiones irrazonables y la actuará ante el grupo como si estuviera en la situación real. Ustedes mismas dirán como se comporta la persona con la que tienen el problema y ese papel lo desempeñará una de sus compañeras. Durante la interacción los demás miembros del grupo observarán si es adecuado el comportamiento del participante que está presentando su situación, tomando en cuenta si mantienen contacto visual con su interlocutor, si enfatiza con sus manos el contenido de sus palabras, si su expresión facial coincide con lo que siente y dice, por ejemplo: si manifiesta seriedad cuando niega una petición; si su voz es escuchada sin dificultad, sin que el tono sea muy elevado; si expresa una entonación que concuerda con la emoción manifestada; si habla de continuo, sin titubeos, tartamudeos, repeticiones o usando partículas como: "este", "eh", "mm", que detienen la conversación y que no acepten las peticiones requeridas. Al final de cada ensayo le mencionaremos los aspectos positivos de su ejecución y señalaremos las mejoras que puede lograr. Todos participarán en todos los ensayos y después de cada uno se les harán estas observaciones".

En este siguiente ejercicio, también se trabajó con la Te-

rapia Racional Emotiva. El terapeuta resumió los conceptos antes mencionados sobre las autoverbalizaciones. En seguida mencionó las siguientes instrucciones para el desarrollo de este ejercicio:

"Para cambiar las autoverbalizaciones, pueden aprender a hacer un autoanálisis racional escrito de cada problema personal. Es un método que pueden usar para aprender a distinguir qué autoverbalizaciones irracionales tienen y cuáles autoverbalizaciones les conviene tener.

Para hacer el autoanálisis se separa el problema en:

- 1) Hechos objetivos
- 2) Autoverbalizaciones y creencias sobre los hechos
- 3) Respuestas emocionales y conductuales a esos hechos

Utilicen la siguiente forma y enfrenten sus autoverbalizaciones irracionales con las cinco características de las autoverbalizaciones racionales.

Formato de autoanálisis escrito

SECCION A

(Hechos y acontecimientos)

Describe en lenguaje simple los hechos del acontecimiento que estás analizando.

SECCION DB

(Confrontación con A)

Si pusiste algo en la sección A que no es objetivo, corrígelo aquí.

SECCION B

(Plática consigo mismo)

Escribe todos los pensamientos que tuviste en o acerca del acontecimiento que describiste en A.

B1...
B2...
B3...
B4...
etc.

SECCION DB

(Confrontación con B)

Confronta algún pensamiento en B de acuerdo con las 5 características de las autoverbalizaciones racionales.

D1...
D2...
D3...
D4...

SECCION C

(Sentimientos)

Anotaciones de tus sentimientos acerca de A. Por ejemplo: me sentí enojado, alegre, etc.

SECCION E

(Lo que quiero sentir)

Anotaciones sencillas describiendo cómo quieres sentirte en el futuro acerca de este tipo de situación.

Uso práctico de las 5 características de los pensamientos racionales.

- 1) ¿Es este pensamiento verdadero?
- 2) ¿Me lleva este pensamiento a proteger mi vida?
- 3) ¿Este pensamiento me ayuda a conseguir lo que quiero?
- 4) ¿Este pensamiento evita que me sienta como quiero sentirme?
- 5) ¿Este pensamiento me evita problemas que no quiero?

"Aquí está un autoanálisis racional. Reviselo bien y use esta forma cuando haga el autoanálisis escrito de sus problemas".

SECCION A

Mi pareja realmente me culpó por algo. No hice lo que él dijo que había hecho, no me defendí,

SECCION DA

Mi primera oración es una tontería. Mi pareja no abusó al culparme, sino solamente me dijo lo que él pensó que era -- cierto. Yo fui lo suficientemente racional para tratar de protegerme. Aún cuando fui - irracional al sentirme miserable por ello.

SECCION B

B1. Es un idiota

B2. Siempre me culpan de to
do

SECCION DB

D1. "Es un idiota" es una frase falsa. No está basada en un hecho objetivo. El no es un idiota. Es un ser humano - que se comportó en forma desagradable en mi opinión.

D2. "Siempre me culpan de todo" es una exageración y no es - cierto. No siempre me culpan. Pensando que siempre lo hacencasiono que un acontecimiento desafortunado parezca ser una cosa terrible.

SECCION C

Enojo. Depresión

SECCION E

Calmado

Primer autoanálisis racional

Veamos lo que el sujeto de este autoanálisis hizo cuando escribió la situación que le molestó.

- 1.- Describió los hechos de la situación que le molestó (Sección A).
- 2.- Escribió todas las autoverbalizaciones que tuvo acerca de la situación (Sección B).
- 3.- Escribió sus sentimientos (Sección C).
- 4.- Escribió en otro lugar las 5 características del pensamiento racional.
- 5.- Anotó si había algo en A que no podía considerarse objetivo. (Sección DA).
- 6.- Confrontó cada una de sus autoverbalizaciones usando las 5 características del pensamiento racional (Sección DB).
- 7.- Anotó la forma en que se quería sentir (Sección E).

Segundo Autoanálisis Racional

Para practicar el aprendizaje del autoanálisis racional - ABC anota en el formato ABC los hechos, pensamientos y sentimientos del ejemplo que se presenta en la siguiente historia de Malutsby y Hendricks (1974) y confróntalos en las secciones DA y DB.



SECCION A

(Hechos y acontecimientos)

SECCION DA

(¿Es objetivo?)

SECCION B

(Platica consigo mismo)

SECCION DB

(Confrontaciones racionales)

SECCION C

(Sentimientos)

SECCION E

(Lo que quiero sentir)

Cuando los sujetos terminen su trabajo de práctica, el te rapauta les pidió que lo compararan con este autoanálisis:

SECCION A

(Hechos y Eventos)

Cuando llegué a la casa mi es -
 posa exclamó: ¿Has estado be-
 biendo?. Yo le dije: ¡No! y -
 luego: Siempre me acusas de -
 beber, ella siguió hablando.

SECCION DA

(¿Es objetivo?)

La sección A es completamente
 objetiva. Es un hecho que le
 dije a mi esposa que siempre
 me acusa de beber, pero no es
 un hecho que ella me acuse -
 siempre. Ella nada más me -
 pregunta algunas veces, pero
 pensar que me acusa todo el -
 tiempo me hace enojar mucho.

SECCION B

(Platica consigo mismo)

B1. Es una bestia.

B2. No podría vivir con ella

B3. Puesto que siempre me es
tá acusando podría irme a em
borrachar.B4. No tiene caso tratar de
hablar con ella.SECCION DB

(Confrontación con B)

D1.- No es una bestia, es un
ser humano que me preguntó si
he estado bebiendo. No me gus
ta que me esté preguntando, -
pero puedo dejar de sentirme-
tan enojado y deja de llamar-
le bestia.D2.- Ciertamente puedo vivir-
con ella. Puedo vivir con -
cualquier persona. Puedo en -
el futuro decidir no vivir -
con ella, por el modo en que-
me trata algunas veces.D3.- No siempre me está acu-
sando. La verdad es: A menudo
me pregunta si he estado be-
biendo. Si me voy a emborra-
char, simplemente me voy a -
tragar mi enojo y la próxima-
ocasión que me diga algo seme-
jante, me enojaré otra vez. -
Será mejor comenzar a pensar-
racionalmente, entonces no me
enojaré y no tendré que tra-
garme mi enojo.D4.- Es una exageración, algu-
nas veces hemos hablado de es
tas cosas. Puedo dejar de eno
jarme, sentarme y decirle que
me gustaría que dejara de pre
guntarme si he estado bebiendo.

do. Espero que se detenga, pero si no lo hace, no me voy a enojar. Probablemente si dejo de responderle eventualmente dejará de preguntar. Pienso que trataré de hacer esto, si no se detiene después de que se lo pida. Me alegro de haber hecho este autoanálisis porque ahora puedo ver algunas formas para manejar bien la situación.

SECCION C

(Sentimientos)

Enojado

SECCION E

(Lo que quiero sentir)

Calmado

A continuación cada participante hizo un autoanálisis sobre una situación personal que considerara problema, refiriéndose a cada una de las categorías antes mencionadas y al final las leyeron en grupo.

En esta segunda parte de la primera sesión se trabajó con el Entrenamiento Asertivo, conocimientos teóricos y prácticos.

El terapeuta comenzó esta segunda parte con una conferencia introductoria, donde se habló acerca de los conceptos básicos de la asertividad, los derechos asertivos, los tipos de respuesta, el reconocimiento de los estilos de respuesta, los componentes de la conducta asertiva, los componentes de una situación asertiva y las técnicas para responder asertivamente.

A continuación se transcribirá el curso impartido a los sujetos:

"Un amigo le pide prestada su cámara que es nueva y costosa... Alguien se mete adelante cuando usted está haciendo fila... Un vendedor está molestándola persistentemente... Alguien le critica con rabia frente a sus amigos...

Para muchas personas estos ejemplos representan ansiedad, y situaciones de tensión, para las cuales no hay una respuesta satisfactoria. Una teoría básica de cómo responder, está siendo enseñada en programas de entrenamiento. Esta teoría es llamada Asertividad o Aserción.

Está basada sobre la premisa de que cada individuo posee, ciertos derechos humanos básicos. Estos incluyen algunos derechos fundamentales, tales como: "El derecho a no responder, - sin tener que sentirse culpable o egoísta", "El derecho de tener necesidades propias, y que son tan importantes, como las - necesidades de otras personas", "El derecho de cometer errores", "El derecho de expresarse a sí mismo, en tanto no violemos los derechos de otros".

Por lo tanto, se puede definir asertividad como: "La habilidad para defender los derechos humanos básicos propios, sin violar los derechos humanos básicos de otros".

A continuación se hizo una descripción de cada uno de los derechos básicos, que antes he mencionado. En seguida se habló de los tipos de respuestas.

"Para defender nuestros derechos humanos fundamentales, - hemos optado por tres estilos de respuesta: asertiva, no asertiva y agresiva.

Asertiva o Aserción:

Este, es un estilo de respuesta que reconoce los límites entre los derechos individuales propios y los de otros, y funciona para mantener estabilizados estos límites. Cuando una de sus amigas, pide prestado a Ana su nuevo carro deportivo para un viaje, ella tuvo la habilidad de responder asertivamente diciendo, -"Yo conozco tu necesidad de transportación, pero el carro es muy valioso para mi, como para prestarlo"- . Ana fue hábil para respetar el derecho de su amiga a solicitarlo, y su propio derecho para rehusarlo.

No Asertiva o No Aserción

La segunda alternativa en los estilos de respuesta, representa una falta de habilidad para mantener los límites adecuados, entre los derechos propios de una persona, y los de otra. La No-aserción, ocurre cuando uno mismo permite que los límites personales sean restringidos. En el caso de Ana, una respuesta no-asertiva podría haber sido prestar el carro, por mie

do a que su amiga pudiera percibirla como mezquina o desconfiada, e invertir el resto de la tarde deseando no haberlo hecho. Así, Ana podría haber actuado con su derecho de decir "no".

Agresión:

El tercer tipo de respuesta, la agresión, se presenta - cuando una persona invade los límites de los derechos individuales de otros. La agresión en el caso de Ana, podría oírse así: "Ciertamente que no" o "Tú quieres tomarme el pelo". - Aquí Ana habría violado los derechos de cortesía y respeto de otra persona.

Enseguida se habló de los estilos de respuesta y se explicó cada una. "Algunas claves, ayudan a reconocer estos estilos de respuesta no-assertivo, assertivo, agresivo en una situación dada como son: 1.- El tipo de emoción experimentada, - 2.- La conducta no-verbal expresada, y 3.- El lenguaje verbal utilizado".

"En cuanto a los componentes de la conducta assertiva estas se dividen en dos tipos: conductas verbales y no verbales. Entre las primeras se incluyen volumen, tono e inflexión de la voz, fluidez, contenido verbal, selección del momento apropiado para emitir la respuesta assertiva y las diferentes modalidades de las respuestas de aproximación, rechazo y protección.

Las conductas no-verbales más importantes que determinan a una persona como asertiva o no asertiva son: distancia física durante la interacción, postura, movimientos corporales y de las manos, contacto visual y expresión facial o gesticulaciones".

El terapeuta explicó las conductas asertivas verbales básicas las cuales ya hemos mencionado anteriormente, como son: Establecer, mantener y terminar conversaciones, etc.

"La teoría de la Aserción, puede ser útil, en situaciones en las cuales una persona está ansiosa acerca de cómo establecer sus derechos humanos básicos.

Estas situaciones incluyen el decir si y no con convicción, dar y recibir crítica, iniciar conversaciones, resistir interrupciones, recibir cumplidos, demandar un trato limpio como consumidor, tratar comentarios sobre sexo y manejar otras varias situaciones específicas, que se encuentran en la vida personal, social y profesional de uno.

Una persona puede sentirse capaz de ser asertiva en una situación, pero ella hace una decisión consciente de no serlo, a causa de cosas tales como problemas de poder, el tiempo o el esfuerzo involucrado. Antes de hacer una decisión para ser asertivo, es útil examinar los seis componentes de una situación asertiva:

- 1.- El potencial asertivo de una persona; son sus derechos hu manos básicos, y su nivel de confianza que tienen estos de rechos;
- 2.- La conducta específica con la cual está respondiendo la persona potencialmente asertiva;
- 3.- La reacción a nivel de sentimientos, de la persona poten- cialmente asertiva, a su conducta específica;
- 4.- La conducta específica que la persona potencialmente aser tiva preferiría;
- 5.- Las posibles consecuencias positivas y negativas para la otra persona, si se conduce como la persona potencialmen- te asertiva, lo desea
- 6.- Las consecuencias potenciales de la respuesta asertiva pa ra la persona potencialmente asertiva".

Para finalizar la exposición, el terapeuta describió cla- ramente las diversas técnicas para responder asertivamente y - dió algunos ejemplos de su utilización. Enfatizó la importan- cia de la utilización del pensamiento racional emotivo y el au tocontrol con relación a estas técnicas para responder aserti- vamente.

Los ejercicios que las sujetos llevaron a cabo se refe- rían a cada uno de los tópicos que he mencionado. A continua- ción mencionaré algunos de los ejercicios que llevaron a cabo- las participantes:

PRIMER EJERCICIO:

"La presentación"

Se formó un grupo de tres personas quienes se presentaron mutuamente.

Se procedió a preguntar a las participantes como se sintieron y en seguida la retroalimentación (positiva-negativa) - entre sí. Después de hacer la retroalimentación (positiva-negativa) tomándose en cuenta el contacto visual, la postura corporal, la expresión facial y los manierismos.

Se realizó nuevamente el ejercicio y las participantes lo hicieron mucho mejor, ya utilizando los compuestos asertivos - anteriores. Y nuevamente se hace la retroalimentación.

SEGUNDO EJERCICIO:

"Si - No"

Con este ejercicio se vió: El volúmen de la voz, si hay inflexión y tono. Se colocaron a 2 personas de frente, una - decía Si en tonos diferentes y la otra No tratando de imitar a la primera.

Después se procedió a la retroalimentación (positiva-negativa) observándose: El volúmen, la inflexión y el tono. Posteriormente se repitió el ejercicio, la persona que anteriormente dijo Si ahora dijo No... y vuelve la retroalimentación.-

Y se cuestionan para qué sirvió el ejercicio. El objetivo es que las personas noten su volúmen y tono de voz para manejarlo cuando sea necesario.

TERCER EJERCICIO

"Desarrollar un tema"

Se pidió a las participantes que escriban en una hoja - cualquier cosa que se les ocurra (amor, lápiz, clase, etc.), - dichas hojas se recogieron y se revolvieron para repartirlas y así cada persona desarrolló un tema; según el tema que le tocó.

Se procedió a la retroalimentación (positiva-negativa), - observándose: Contacto visual, la compostura corporal, la expresión facial, los manierismos, el volúmen, inflexión y tono de voz y cómo se improvisó el tema. Una vez realizados estos ejercicios se procedió con la siguiente sesión.

SEGUNDA SESION

- a) Expresar inconformidad.
- b) Rechazar peticiones irrazonables

El terapeuta explicó a las participantes en que consistía el entrenamiento, pidió su colaboración y mencionó los aspectos importantes para trabajar en esas categorías.

- a) Expresar inconformidad:

Situación Modelo:

"Su pareja le pide que prepare la cena puesto que invitó a unos amigos. Usted está muy cansada y en realidad no quiere hacerlo.

Instrucciones:

Se les explicó en lo que consiste el modelamiento y lo que van a hacer a continuación.

Modelamiento:

El terapeuta y su compañero simulan la situación anterior y responden asertivamente.

Instrucciones:

Se les explicó en qué consiste el juego de roles.

Juego de Roles:

Los sujetos interactuaron por parejas.

Retroalimentación:

El terapeuta retroalimentó a las participantes

Tareas:

Se les pidió a las participantes que llevaran lo aprendido a una situación real y anotaran sus experiencias.

b) Rechazar peticiones irrazonables.

Situación Modelo:

"Usted tiene una cita con una compañera en la noche, un familiar suyo le pide que cuide a sus hijos, puesto que también va a salir. En realidad, usted tiene muchos deseos de ir con su amiga".

Instrucciones:

Igual que la situación anterior.

Modelamiento:

Igual que la anterior

Instrucciones:

Igual

Juego de Roles:

Igual

Retroalimentación:

Igual

Tareas:

Igual

TERCERA SESION:

- a) Enfrentarse a personas persistentes.
- b) Manifiestar las habilidades o cualidades que posee

Al inicio de cada sesión se pidió a las participantes que comentaran sus experiencias en relación a la categoría entrena da.

En seguida se procedía al inicio de la siguiente sesión:

Al igual que en la sesión anterior el terapeuta explicó - en que consistía en entrenamiento, mencionó la importancia para trabajar en esas categorías y pidió nuevamente su colaboración.

a) Enfrentarse a personas persistentes.

Situación Modelo:

"Usted ha recibido a un agente que trata de suscribirle a una revista. El agente insiste demasiado y usted en realidad no está interesada.

Instrucciones:

Se les explicó en que consiste el modelamiento y lo que van a hacer a continuación.

Modelamiento:

El terapeuta y su compañero simulan la situación anterior y responden asertivamente.

Instrucciones:

Se les explicó en qué consiste el juego de roles.

Juego de roles:

Los sujetos interactuaron por parejas.

Retroalimentación:

El terapeuta retroalimentó a las participantes.

Tareas:

Se les pidió a las participantes que llevaran lo aprendido a una situación real y anotaran sus experiencias.

b) Manifestar las habilidades o cualidades que posee.

Situación Modelo:

"Usted quiere poner un negocio de compra y venta de oro.- Se lo comunica a su pareja y él le dice que usted es poco hábil para las matemáticas y además que no tiene personalidad de negociante".

Instrucciones:

Igual a la situación anterior.

Modelamiento:

Igual que la situación anterior

Instrucciones:

Igual

Juego de roles:

Igual

Retroalimentación:

Igual

Tareas:

Igual

CUARTA SESION

- a) Pedir ser escuchado
- b) Pedir ayuda
- c) Tener habilidad para negociar.

El terapeuta, para iniciar la sesión, pidió a cada participante que expusiera la situación que había practicado en la vida real, con los conocimientos adquiridos. Cada participante fue retroalimentada, tanto por el terapeuta como de sus compañeras.

En seguida, el terapeuta comenzó con la introducción a la siguiente categoría por entrenar y explicó su importancia.

- A) Pedir ser escuchado.

Situación Modelo:

"Usted no pudo asistir a una cita con su pareja a un restaurante muy prestigiado, puesto que se le presentó un contratiempo. Al llegar a casa usted le telefona para explicarle pero él no quiere oír sus "excusas"

Instrucciones:

Se les explicó en qué consiste el modelamiento y lo que van a hacer a continuación.

. Modelamiento:

El terapeuta y su compañero simulan la situación anterior y responden asertivamente.

Instrucciones:

Se les explicó en qué consiste el juego de roles.

Juego de roles:

Los sujetos interactuaron por parejas

Retroalimentación

El terapeuta retroalimentó a las participantes.

Tareas:

Se les pidió a las participantes que llevaran lo aprendido a una situación real y anotaran sus experiencias.

b) Pedir ayuda.

Situación Modelo:

"Usted se encuentra muy deprimida por un problema personal. Su pareja se da cuenta y le pregunta qué le pasa. Usted quisiera decirselo, pero cree que él está muy ocupado con sus propios problemas"

Instrucciones:

Igual que la anterior

Modelamiento:

Igual que la anterior

Instrucciones:

Igual que la anterior

Juego de roles:

Igual que la anterior

Retroalimentación:

Igual que la anterior.

Tareas:

Igual que la anterior.

c) Tener habilidad para negociar.

Situación Modelo:

"Usted no está de acuerdo que su pareja se dedique los fines de semana a ver televisión, y, por parte de él, tampoco está de acuerdo que usted no proponga ninguna alternativa para el cambio".

Instrucciones:

Igual que la anterior

Modelamiento:

Igual que la anterior

Instrucciones:

Igual que la anterior

Juego de Roles:

Igual que la anterior

Retroalimentación:

Igual que la anterior.

Tareas:

Igual que la anterior.

QUINTA SESION

a) Habilidades sociales que las mismas sujetos sugieran.

En esta sesión se trabajó con las habilidades que las sujetos sugirieron y sobre todo con las habilidades que en el Inventario de asertividad de Gambrill y Richey señalaron.

Como en las sesiones anteriores se expusieron las habilidades que ya habían adquirido y se retroalimentaron mutuamente.

Se expusieron situaciones modelo de cada participante y se trabajó a través de las técnicas antes empleadas.

Para finalizar con el entrenamiento se les pidió a las participantes que expusieran sus puntos de vista acerca del mismo y que dieran sugerencias.

Entre las sugerencias que mencionaron las participantes, era que se les diera una serie de ejercicios para reforzar lo aprendido en casa y en situaciones públicas.

En seguida mencionaré algunos de los ejercicios que el terapeuta propuso:

Ejercicio No. 1: Mirarse al espejo y anotar diez cosas positivas sobre una misma.

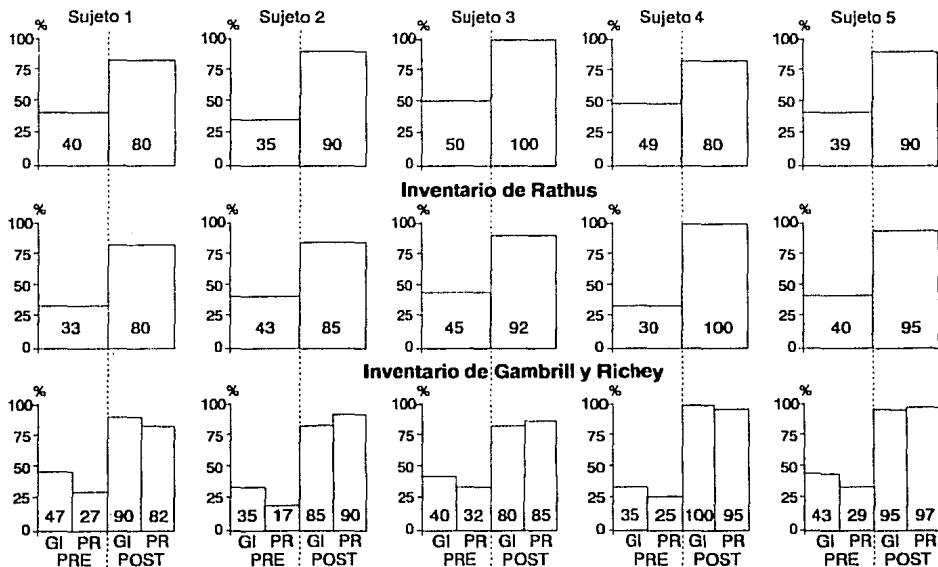
Ejercicio No. 2: Antes de autocompadecerse revise lo aprendi-do sobre los pensamientos irrazonables.

- Ejercicio No. 3:** Anote en un diario si en diversas situaciones actuó asertivamente o no. Escriba sus comentarios acerca de lo que usted cree que falló.
- Ejercicio No. 4:** Practique diariamente el ejercicio de "Si-No" y escriba cuando lo lleva a la práctica.
- Ejercicio No. 5:** Elabore una lista de situaciones que le causen ansiedad o angustia y colóquelas de la que más a la que menos produce ansiedad.
- Ejercicio No. 6:** Practique en la vida real las habilidades adquiridas en el curso.

Tabla No. 1

"Comparación respuestas asertivas de sujetos experimentales ante el pretest y postest"

PIR

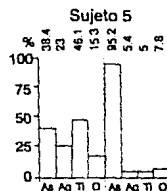
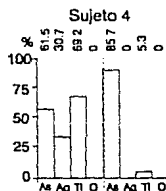
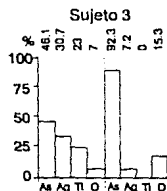
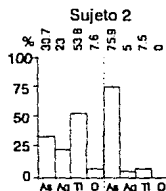
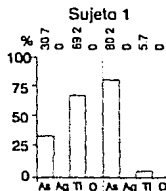


GI = Grado incomodidad PR = Probabilidad respuesta

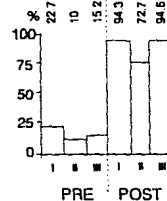
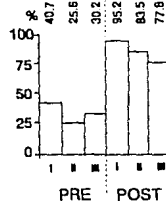
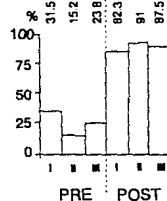
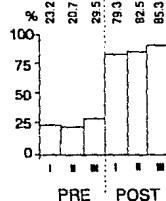
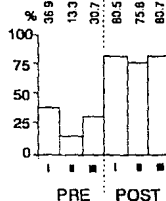
Tabla No. 1 cont.

"Comparación respuestas asertivas de sujetos experimentales ante el pretest y postest"

Juego de Roles



Conducta NO Verbal



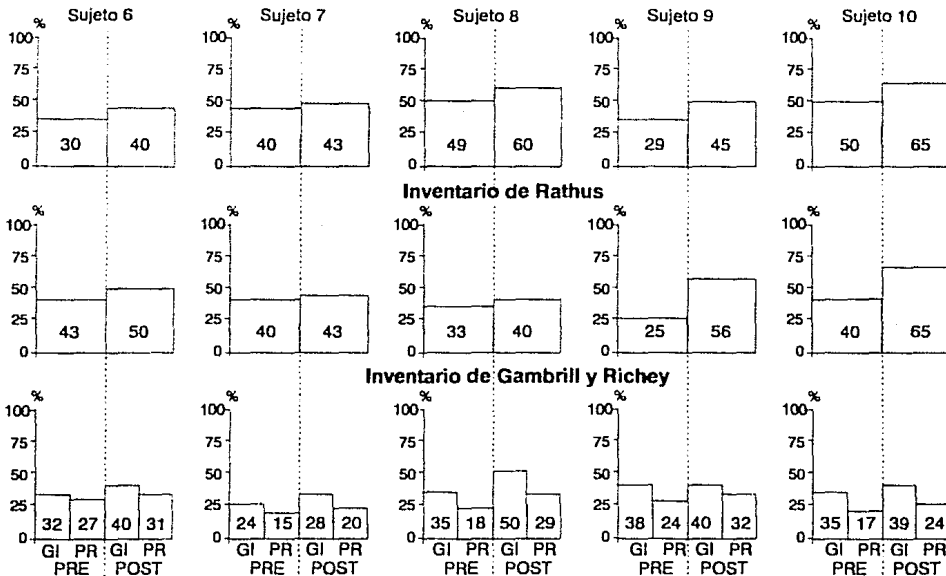
As = Asertiva
 Ag = Agresiva
 Ti = Timida
 O = Otra resp.

I = Contacto visual
 II = Movs. Faciales Corporales
 III = Caract. de voz

Tabla No. 2

"Comparación respuestas asertivas de sujetos control ante el pretest y postest"

PIR

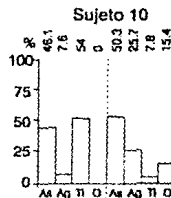
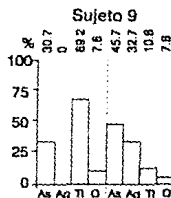
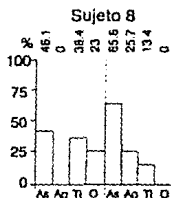
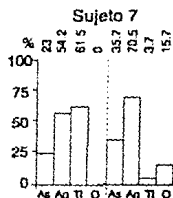
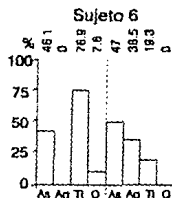


GI = Grado Incomodidad PR = Probabilidad respuesta

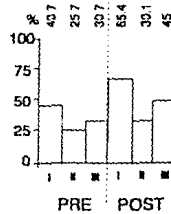
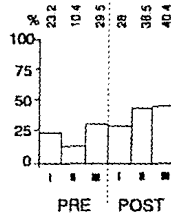
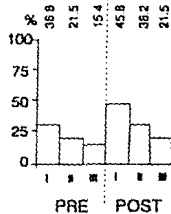
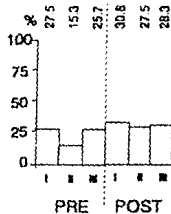
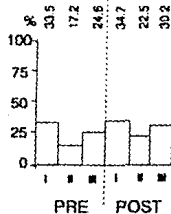
Tabla No. 2 cont.

"Comparación respuestas asertivas de sujetos control ante el pretest y postest"

Juego de Roles



Conducta NO Verbal



As = Asertiva
 Ag = Agresiva
 TI = Timida
 O = Otra resp.

I = Contacto visual
 II = Movs. Faciales
 Corporales
 III = Caráct. de voz

TABLA No. 3

JUEGO DE ROLES PRETESTCONDUCTA VERBAL

SUJETOS	RS. ASERTIVA	RS. AGRESIVA	RS. TIMIDA	OTRA RS.
1	30.7%	0.0%	69.2%	0.0%
2	30.7%	23.0%	53.8%	7.6%
3	46.1%	30.7%	23.0%	15.3%
4	61.5%	30.7%	69.2%	0.0%
5	38.4%	23.0%	46.1%	15.3%
6	46.1%	0.0%	76.9%	7.6%
7	23.0%	54.2%	61.5%	0.0%
8	46.1%	0.0%	38.4%	23.0%
9	30.7%	0.0%	69.2%	7.6%
10	46.1%	7.6%	54.0%	0.0%

Tabla No. 3 Muestra del porcentaje de respuestas para la opción Asertiva, Agresiva, Tímida y otra, en la evaluación de Juego de Roles conducta verbal durante la etapa de Pretest.

TABLA No. 4JUEGO DE ROLES POSTESTCONDUCTA VERBAL

SUJETOS	RS. ASERTIVA	RS. AGRESIVA	RS. TIMIDA	OTRA RS.
1	80.2%	0.0%	5.7%	7.6%
2	75.9%	5.0%	7.5%	0.0%
3	92.3%	7.2%	0.0%	15.3%
4	85.7%	0.0%	5.3%	0.0%
5	95.2%	5.4%	5.0%	7.8%
6	47.0%	38.5%	19.5%	0.0%
7	35.7%	70.5%	3.7%	15.7%
8	65.6%	25.7%	13.4%	0.0%
9	45.7%	32.7%	10.8%	7.8%
10	50.3%	25.7%	7.8%	15.4%

Tabla No. 4 Muestra del porcentaje de respuestas para la opción Asertiva, Agresiva, Tímida y otra, en la evaluación de Juego de Roles conducta verbal durante la etapa de Postet.

TABLA No. 5

Porcentaje de conductas No Verbales en el
Juego de Roles en pretest y postest.

SUJETOS	PRETEST	POSTEST
1	I: 36.9%	I: 80.5%
	II: 15.3%	II: 75.8%
	III: 30.7%	III: 80.7%
2	I: 23.2%	I: 79.3%
	II: 20.7%	II: 82.5%
	III: 29.5%	III: 85.3%
3	I: 31.5%	I: 82.3%
	II: 15.2%	II: 91.0%
	III: 25.8%	III: 87.5%
4	I: 40.7%	I: 95.2%
	II: 25.6%	II: 83.5%
	III: 30.2%	III: 77.8%
5	I: 22.7%	I: 94.3%
	II: 10.3%	II: 72.7%
	III: 15.2%	III: 94.6%
6	I: 33.5%	I: 34.7%
	II: 17.2%	II: 22.5%
	III: 24.6%	III: 30.2%

Continuación Tabla No. 5

7	I: 27.5%	I: 30.6%
	II: 15.3%	II: 27.5%
	III: 25.7%	III: 28.3%
8	I: 36.8%	I: 45.8%
	II: 21.5%	II: 36.2%
	III: 15.4%	III: 21.5%
8	I: 23%	I: 28.0%
	II: 10.4%	II: 38.5%
	III: 29.5%	III: 40.4%
10	I: 40.7%	I: 65.4%
	II: 25.7%	II: 30.1%
	III: 30.7%	III: 45.0%

I: CONTACTO VISUAL

II: MOVIMIENTOS FACIALES Y CORPORALES

III: CARACTERISTICAS DE LA VOZ.

Tabla No. 5 Muestra del porcentaje de respuestas no verbales en la evaluación del juego de roles en Pretest y Postest.

TABLA No. 6

INVENTARIO DE ASERTIVIDAD DE RATHUSPRETEST Y POSTEST

SUJETOS	PRETEST	POSTEST
1	33%	80%
2	43%	85%
3	45%	92%
4	30%	100%
5	40%	95%
6	43%	50%
7	40%	43%
8	33%	40%
9	25%	56%
10	40%	65%

Tabla No. 6

Muestra del porcentaje de respuestas asertivas en el Inventario de Asertividad de Rathus en el pretest y postest.

TABLA No. 7P I RPRETEST Y POSTEST

SUJETOS	PRETEST	POSTEST
1	40%	80%
2	35%	90%
3	50%	100%
4	49%	80%
5	39%	90%
6	30%	40%
7	40%	43%
8	49%	60%
9	29%	45%
10	50%	65%

Tabla No. 7 Muestra del porcentaje de respuestas asertivas o pensamientos racionales en el P I R en el pretest y el posttest.

TABLA No. 8INVENTARIO DE ASERTIVIDAD DE GAMBRILL Y RICHEYPRETEST Y POSTEST

SUJETOS	PRETEST	POSTEST
	GI/PR	GI/PR
1	47/27	90/82
2	35/17	85/90
3	40/32	80/85
4	35/25	100/95
5	43/29	95/97
6	32/27	40/31
7	24/15	28/29
8	35/18	50/29
9	38/24	40/32
10	35/17	39/24

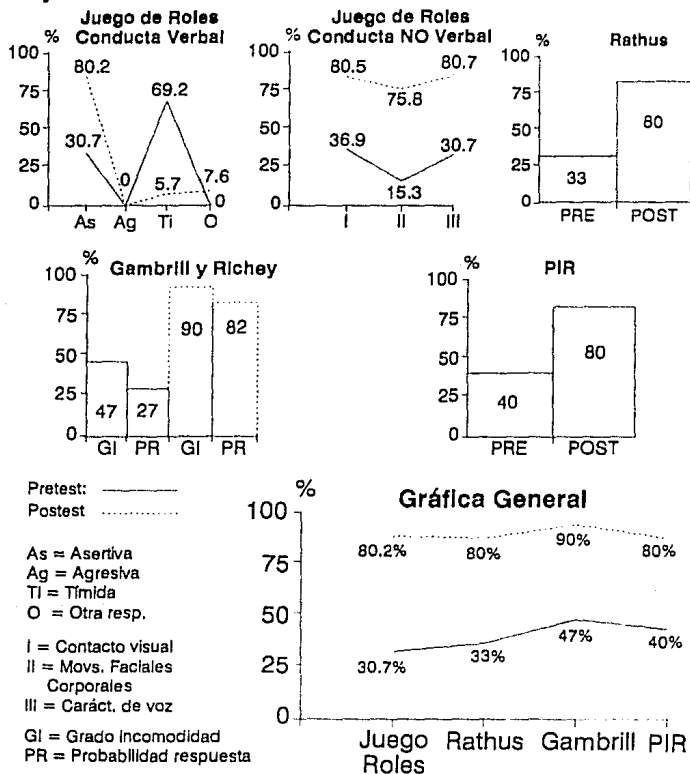
GI: Grado de incomodidad

PR: Probabilidad de respuesta

Tabla No. 8 Muestra del porcentaje de respuestas asertivas en el Inventario de Asertividad de Gambrill y Richey.

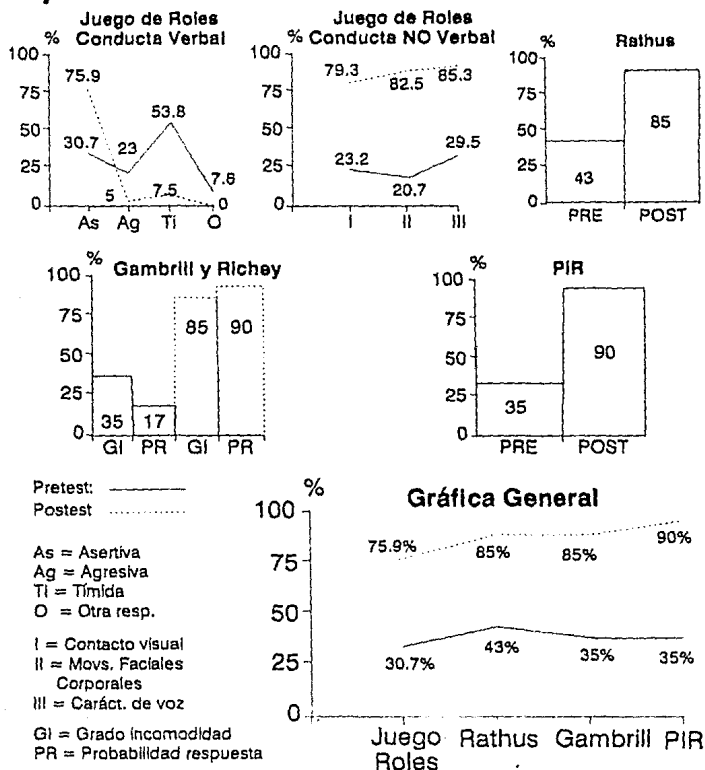
"EVALUACIONES DE PRETEST Y POSTEST"

Sujeto 1



Gráfica No. 1.- Muestra porcentajes de respuesta para sujeto 1 en la etapa de pretest y posttest en evaluaciones verbales y no verbales.

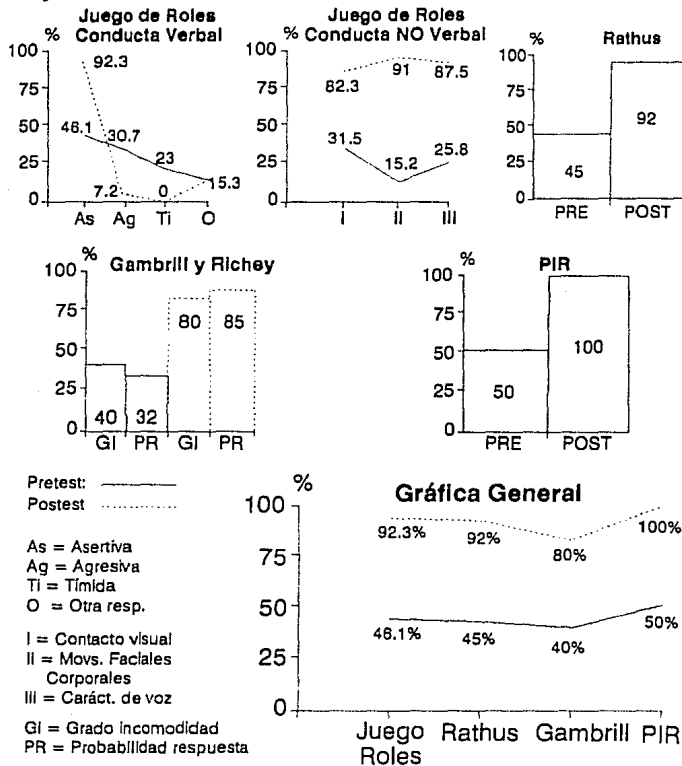
"EVALUACIONES DE PRETEST Y POSTEST" Sujeto 2



Gráfica No. 2.- Muestra porcentajes de respuesta para sujeto 2 en la etapa de pretest y posttest en evaluaciones verbales y no verbales.

"EVALUACIONES DE PRETEST Y POSTEST"

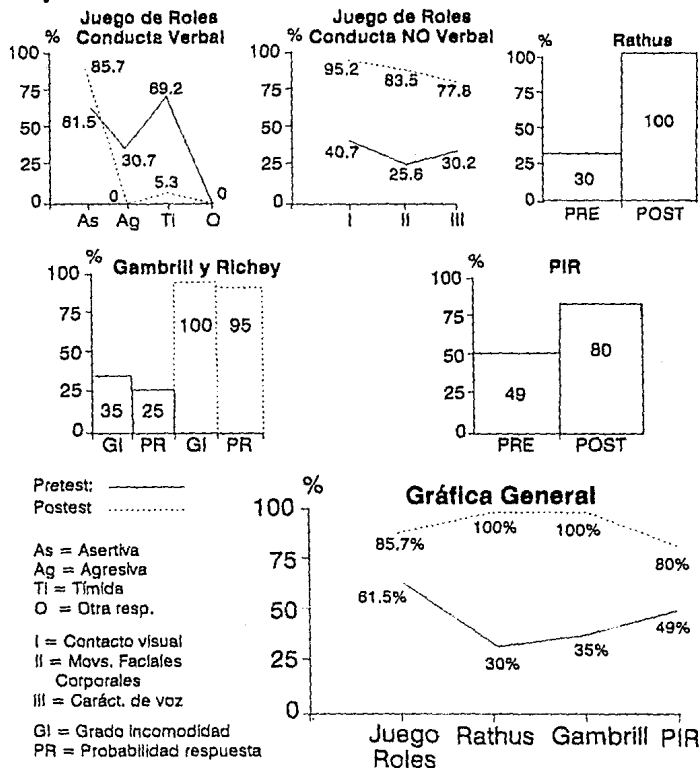
Sujeto 3



Gráfica No. 3.- Muestra porcentajes de respuesta para sujeto 3 en la etapa de pretest y posttest en evaluaciones verbales y no verbales.

"EVALUACIONES DE PRETEST Y POSTEST"

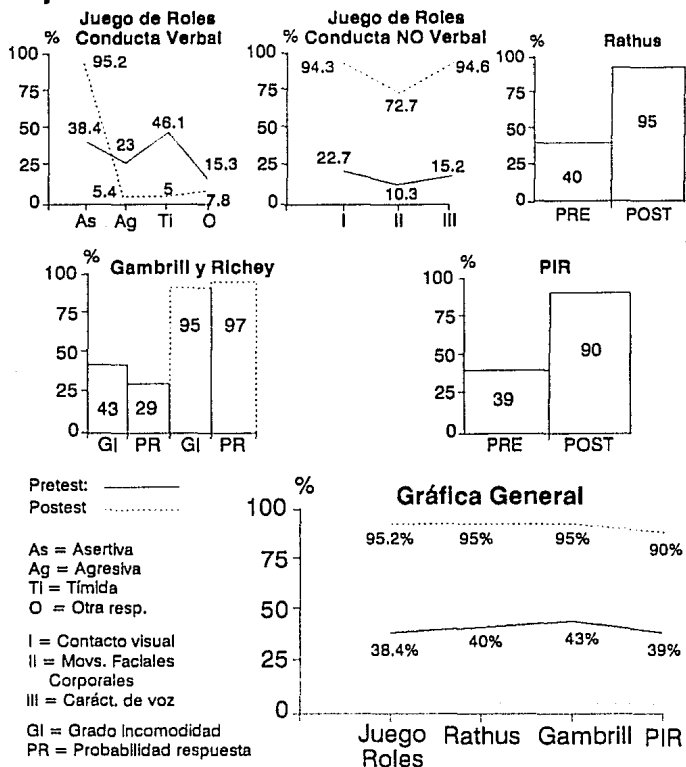
Sujeto 4



Gráfica No. 4.- Muestra porcentajes de respuesta para sujeto 4 en la etapa de pretest y posttest en evaluaciones verbales y no verbales.

"EVALUACIONES DE PRETEST Y POSTEST"

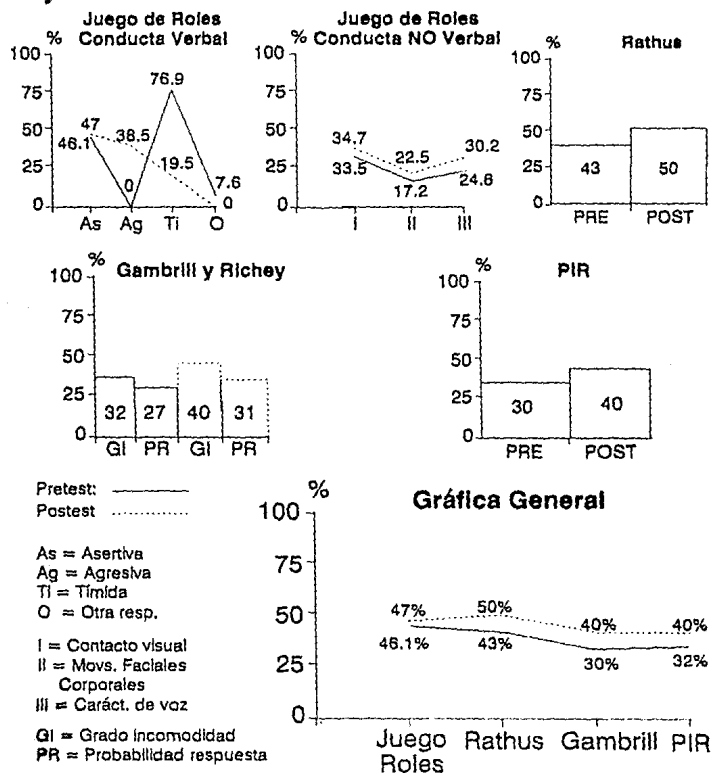
Sujeto 5



Gráfica No. 5.- Muestra porcentajes de respuesta para sujeto 5 en la etapa de pretest y posttest en evaluaciones verbales y no verbales.

"EVALUACIONES DE PRETEST Y POSTEST"

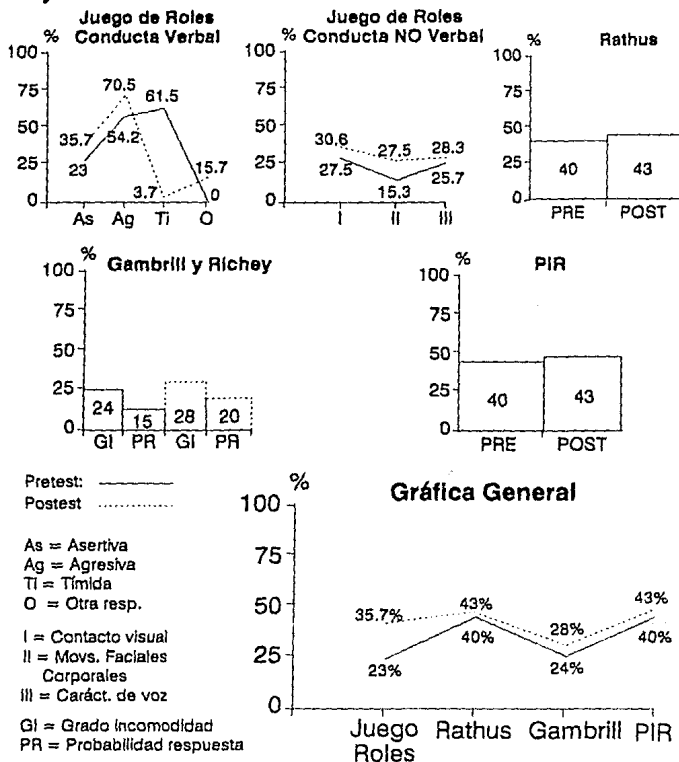
Sujeto 6



Gráfica No. 6.- Muestra porcentajes de respuesta para sujeto 6 en la etapa de pretest y posttest en evaluaciones verbales y no verbales.

"EVALUACIONES DE PRETEST Y POSTEST"

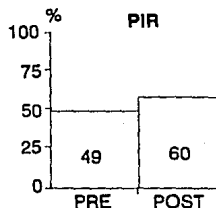
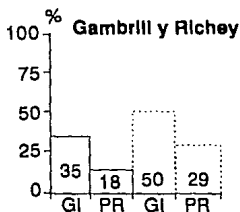
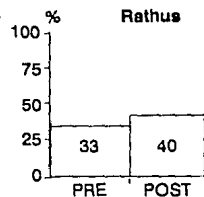
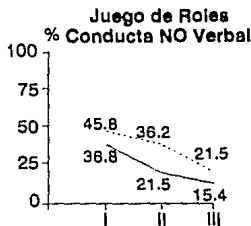
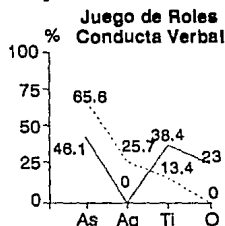
Sujeto 7



Gráfica No. 7.- Muestra porcentajes de respuesta para sujeto 7 en la etapa de pretest y posttest en evaluaciones verbales y no verbales.

"EVALUACIONES DE PRETEST Y POSTEST"

Sujeto 8

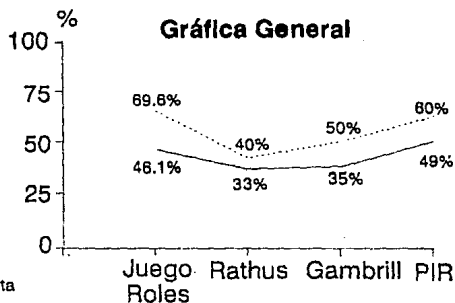


Pretest: ———
Posttest: ·····

As = Asertiva
Ag = Agresiva
TI = Tímida
O = Otra resp.

I = Contacto visual
II = Movs. Faciales Corporales
III = Caráct. de voz

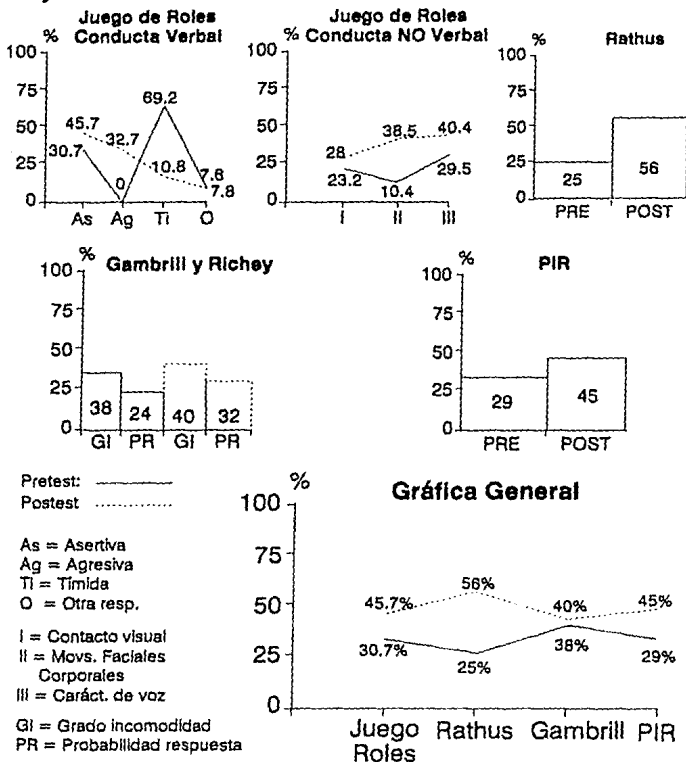
GI = Grado Incomodidad
PR = Probabilidad respuesta



Gráfica No. 8.- Muestra porcentajes de respuesta para sujeto 8 en la etapa de pretest y posttest en evaluaciones verbales y no verbales.

"EVALUACIONES DE PRETEST Y POSTEST"

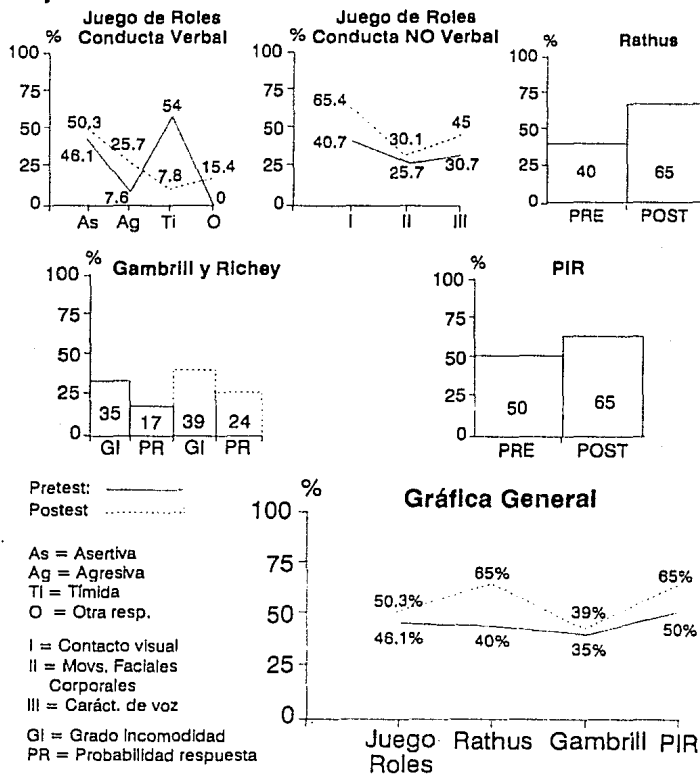
Sujeto 9



Gráfica No. 9.- Muestra porcentajes de respuesta para sujeto 9 en la etapa de pretest y posttest en evaluaciones verbales y no verbales.

"EVALUACIONES DE PRETEST Y POSTEST"

Sujeto 10



Gráfica No. 10.- Muestra porcentajes de respuesta para sujeto 10 en la etapa de pretest y posttest en evaluaciones verbales y no verbales.

BIBLIOGRAFIA

ARREDONDO INES.

"Río Subterráneo"

Editorial Joaquín Mortiz, S. A. México, D. F. 1986

BARTOLOME, H. E.

"Manual de Terapia Racional Emotiva"

Documento de uso interno de la Clínica Unversitaria de Salud Integral (CUSI) de la ENEP Iztacala, México, Inédito, s/fecha.

BROTHERS, JOYCE

"La mujer, el amor y el matrimonio"

Edit. Grijalho, México, 1989

CARRASCO, N.J.L.

"Terapia Cognoscitiva Conductual para establecer Conducta Asertiva"

Tesis de licenciatura, Carrera de Psicología, ENEP Iztacala México, 1985, 143, págs.

CASTELLANOS, ROSARIO

"El Eterno Femenino"

Edit. F.C.E. México, 1975

CASTRO, LUIS

"Diseño Experimental sin estadísticas"

Edit. trillas, México, 1977

CONNEL COWAN, DR. Y MELVIN KINDER, DR.

"Las mujeres que los hombres aman, las mujeres que los hombres abandonan"

Editorial Javier Vergara, México, 1988

DELGADO SENIOR, F.

"La Terapia de la conducta y sus aplicaciones clínicas"

Edit. Trillas, México, 1983

EGAN, GERARD

"El orientador experto. Un modelo para la ayuda sistemática y la relación Interpersonal"

Grupo Editorial Iberoamérica, México, 1981

EISLER, R. M.

"The behavioral assessment of social skills"

En Hersen, M.; Bellack, A. S.

Behavioral assessment: a practical handbook

Oxford, Pergamo Press, 1976 pp. 369-395

ELLIS, A.

"Psicoterapia Racional"

En Millon, T.

"Psicopatología y Personalidad"

Edit. Interamericana, México, 1974

ELLIS, A. Y ABRAHMS, E.

"Terapia Racional Emotiva"

Edit. Pax, México, 1980

ELLIS, A. Y HARPER, R.

"A Guide to Rational Living"

Lyle Stuart, Nueva York, 1968

FENSTERHEIM, H. Y BAER, J.

"No diga sí cuando quiera decir no"

Edit. Grijalbo, México, 1983

FEZLER, W. Y FIELD, S. A.

"La mujer que lo da todo... y aún así se siente culpable"

Editor Javier Vergara, México, 1987.

FIELDER, D. Y ROY, R. L.

"On the decision to be assertive"

Journal of Consulting and Clinical Psychology

1978, Vol. 46 No. 3 pp. 537-546

FORWARD, S.

"Cuando el amor es odio"

Edit. Grijalbo, México, 1985

FREEDMAN, A. M. KAPLAN, H. I. Y SADOCK, B.J.

"Compendio de psiquiatría"

Editores Salvat, S. A. España, 1980

GAMBRILL, E. Y RICHEY, CH.

"It's up to you developing assertive social skills"

Ed. Les Femmes Publishing, Millbrae, Cal., 1976

GONZALEZ PINEDA, FRANCISCO

"El Mexicano Su Dinámica Psicosocial"

Edit. Pax, México, 1966

JAKUBOWSKY-SPECTOR, P.

"Assertive training for women"

Colloquium presente of Southern Illinois University

Carbondale, Illinois, April, 1973

JAKUBOWSKY-SPECTOR, P.

"Facilitation the growth of women trough assertive training"

The Counseling pshychologist, 1973

KANFER, P. H. Y PHILLIPS, J. S.

"Principios de aprendizaje en la terapia del comportamiento"

Edit. Trillas, México, 1976

KORTT, F.

"Entrenamiento Asertivo" en
Técnicas Terapéuticas aplicadas a la conducta"

Edit. Monte Avila, México, 1976

MANUAL DE HABILIDADES SOCIALES.

Documento de uso interno de la Clínica Universitaria de la Salud Integral (CUSI) de la ENEP Iztacala, UNAM

México, 1983, Inédito

MAULTSBY JR., M. C. Y HENDRICKS, A.

"Esto es pensamiento racional"

"Tú y tus sentimientos"

"El ABC de como sentirse mejor"

Psychiatry Out-Patient Clinic University of Kentucky Medical Center, Lexington, Kentucky, 1964

MC FALL, R. M. Y TWENTYMAN, C. R.

Four experiments on the relative contributions of rehearsal modeling and coaching to assertion training.

"Journal of abnormal psychology

1973, 81, 199-218

NORWOOD, R.

"Las mujeres que aman demasiado"

Editor Javier Vergara, México, 1986

ORIOI A. ANTONIO Y VARGAS, A. FRANCISCO

"El Mexicano, Raíces de su Mexicanidad"

Edit. I.P.N., México, 1985

PICHOT, P.

"Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales"

(D.S.M. III)

Edit. Masson, S. A. México, 1986

RAMIREZ, SANTIAGO

"El Mexicano, Psicología de sus Motivaciones"

Edit. Pax México, 1966

RIBES, I.E.

"El conductismo reflexiones críticas"

Edit. Fontanella, Barcelona, España

Breviarios de conducta humana, NO. 24 Cap. 5 y 6, 1982

RICCI, B., Y CORTESI, D.

"Comportamiento no verbal y comunicación"

Edit. Gustavo Gili, Barcelona, 1980

RICH, A. R. Y SCHROEDER, H. E.

"Reserarc issues in assertiveness training"

Psychological Bulletin

Vol. 83, No. 6, 1976, pp. 1081-1096

RIMM, D. C. Y MASTERS, J. C.

"Terapia de la conducta, técnicas y hallazgos empíricos"

Edit. Trillas, México, 1987

SMITH, J.M.

"Si puedo decir no"

Edit. Grijalbo, México, 1989

SMITH, J. M.

"Cuando digo no, me siento culpable"

Edit. Grijalbo, México, 1983

TROWER, P. YARDLEY, K.: BRYANT, B. M. Y SHAW, P.

The treatment of social failure: a comparison of anxiety-reduction and skills-acquisition procedures on two social problems.

Behavior modification

1978, Vol. 2, 1 pp. 41-59

WOLPE, J.

"Práctica de la terapia de la conducta"

Edit. Trillas, México, 1988