



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

“EVALUACIÓN DE UNA INTERVENCIÓN EN EL ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES VÍA INTERNET”

INFORME DE PRÁCTICAS

Que para obtener el grado de:
Licenciado en Psicología

PRESENTA

Fares Uriel Moreno Silva

Directora de Informe
Dra. Georgina Cárdenas López

Revisor
Dr. Juan José Sánchez Sosa

México, D.F., Ciudad Universitaria, Septiembre 2009



Facultad de Psicología

TESIS CON FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

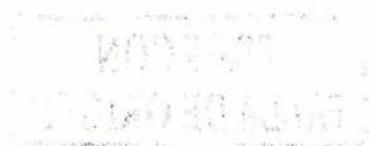
Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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



UNAM. 227
2009

M -
TPs.



Paty: Gracias por cuidarme y entregarme tu amor a manos llenas que ha impulsado mi vida siempre a ser feliz cada día, por enseñarme a confiar y creer en mí.

Vicky: Gracias por ser como una hermana para mí y por ser parte importante en mi vida.

Marcia: Gracias por tu cariño y por ser una amiga incondicional.

Isabel: Gracias por tu apoyo y por ser mi ejemplo de fortaleza y nobleza.

Vania: Gracias por estar conmigo, por tu complicidad y por todos los momentos juntos.

A mis amigos:

Diego: Gracias por ser un verdadero AMIGO, por tu fidelidad, por todas las experiencias que vivimos juntos, por escucharme y entenderme.

Oli: Gracias por compartir y traer a mi vida momentos de profunda felicidad y dejarme ver que los sueños se hacen realidad.

Ximena y Nayeli: Gracias por su maravillosa amistad, por todas las risas, locuras, angustias que no cambiaría jamás y que le dan un sentido más a mi vida.

Alejandra, Raquel y Dante: Gracias por ser parte importante en mi vida, en la que sin su amistad no podría haber vivido muchos momentos inolvidables para mí.

Lore: Gracias por estar ahí cuando lo necesitaba, tu orientación, tus consejos y sobre todo por tu amistad.

Agradecimientos

A la Universidad Nacional Autónoma de México por dejarme ser parte de la mejor casa de estudios de la que pude haber pertenecido.

A la Facultad de Psicología por ser mi segunda casa en todo este tiempo.

Al Laboratorio de Enseñanza Virtual y Ciberpsicología por permitirme pertenecer a ese espacio de aprendizaje y ser el promotor de este trabajo.

A la Dra. Georgina Cárdenas por sus excelentes recomendaciones, por su apoyo, orientación, confianza y por ser una influencia para seguir creciendo intelectualmente.

Al Dr. Juan José Sánchez Sosa por sus valiosos consejos y aportaciones para este trabajo.

A la Mtra. Laura Somarriba por su apoyo, recomendaciones y aliento para seguir adelante, tanto a nivel profesional como personal.

A mis sinodales, el Dr. Samuel Jurado, el Lic. Jorge Álvarez por dedicarme parte de su tiempo y experiencia.

A los miembros del Laboratorio de Enseñanza Virtual y Ciberpsicología por su aliento, compañía y por todo el tiempo juntos.

A mi familia:

Mamá: Gracias por ser la muestra más clara en mí de lo que es el Amor, por todo tu interés, preocupación, entrega y fuerza a lo largo de toda mi vida y por tu apoyo incondicional en mi trayectoria profesional. Te dedico este trabajo porque es algo que sin tu apoyo no hubiera podido hacer.

Papá Rodolfo: Gracias por ser el mejor ejemplo que podría tener, por enseñarme los valores esenciales para ser un hombre de bien y por ser el motor para seguir siempre adelante.

Mamá Isabel: Gracias por enseñarme el valor de la vida, por ser clave fundamental en mi carrera y por ser la luz que ilumina mis caminos más oscuros y embellece los más preciados.

Levi: Gracias por ser el hermano que cualquier otro quisiera, por tu cariño y por ser mi amigo fiel y por todas las vivencias juntos.

Israel: Gracias por cuidarme, por tus consejos y por dejarme compartir contigo momentos de diversión y aprendizaje.

I N D I C E

1. Introducción.....	1
1.1. Problemática abordada.....	2
1.2. Justificación.....	5
1.3. Objetivos generales.....	8
2. Antecedentes.....	9
2.1. Habilidades Sociales (HS).....	9
2.1.2 Introducción.....	10
2.1.3 Conceptos.....	12
2.1.4 ¿Cómo se adquieren las H.S.?.....	13
2.2 Componentes básicos de las H.S.....	14
2.2.1 Componentes no verbales.....	15
2.2.2 Componentes paralingüísticos.....	19
2.2.3 Componentes verbales.....	20
2.3 Déficit Interpersonal.....	22
2.3.1 Consecuencias del Déficit interpersonal.....	22
2.4 Entrenamiento en Habilidades Sociales (EHS).....	23
2.4.1 Elementos básicos del EHS.....	24
2.4.2 Características de los EHS.....	25
2.4.3 Técnicas utilizadas para el EHS.....	25

3. Psicoterapia Vía Internet.....	29
3.1 ¿Qué es?.....	29
3.2 Ventajas y desventajas.....	29
3.3 Tipos de comunicación.....	31
3.4 Candidatos a terapia en línea.....	33
3.5 La efectividad de la Psicoterapia Vía Internet.....	32
3.6 Modelo Cognitivo Conductual en la Psicoterapia en Línea.....	33
3.7 Experiencias Similares.....	34
4. Programa de Entrenamiento en Habilidades Sociales Vía Internet.....	37
4.1 Finalidades.....	37
4.2 Participantes (Población) Destinataria.....	38
4.3 Espacio de trabajo.....	39
4.4 Fases por las que discurrió el procedimiento.....	39
4.5 Material e Instrumentos.....	40
4.6 Medición (Mecanismos de evaluación).....	41
Resultados.....	48
Discusión y Conclusiones.....	57
Referencias Bibliográficas.....	60
Anexos.....	63

INTRODUCCIÓN

En el Laboratorio de Enseñanza Virtual y Ciberpsicología de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México, y dentro del proyecto de "Psicoterapia en Línea: una propuesta de formación profesional" en donde se desarrollaron las prácticas profesionales, se dio terapia a pacientes con motivos de consulta de ansiedad y depresión de leve a moderada; al brindarles terapia, se percató de una constante situación que tenían la mayoría de los pacientes que se atendieron dentro de esta modalidad de terapia, la gran mayoría presentaban además de su problemática principal, dificultades al momento de relacionarse e interactuar de manera apropiada con otra u otras personas, lo cual generó el interés en investigar acerca del tema en Habilidades Sociales (HS) y cómo es que se da el déficit en ellas, surgiendo la interrogante ¿es posible desarrollar un programa en entrenamiento en habilidades vía Internet?

Al analizar la experiencia de brindar terapia psicológica a pacientes que optaron por la modalidad de terapia en línea, se observó que los pacientes atendidos tenían de cierta manera una carencia de habilidades que le permitieran desenvolverse de manera socialmente hábil. Por tanto se contempló este aspecto para desarrollarlo un poco más e investigar al respecto, para poder aportar al programa de Psicoterapia en Línea, una forma más de intervenir y dar respuesta a la interrogante planteada en un principio acerca del desarrollo de un programa de entrenamiento en habilidades sociales vía Internet.

1.1 Problemática abordada

El vivir con los demás es un arte que puede aprenderse no sólo para caer bien, sino porque la integración social es un factor clave del bienestar emocional. Existen diversos problemas psicológicos (depresión, ansiedad, fobia social, etc.) que últimamente han tenido más auge en el mundo; en donde uno de los problemas fundamentales que está inmerso en ellos, es la carencia o déficit de Habilidades Sociales por lo que resulta el entrenamiento en HS la piedra angular para el éxito en los tratamientos de los trastornos anteriormente mencionados. En este trabajo se utilizó como sinónimos de HS, destrezas sociales y habilidades interpersonales.

Diversas enfermedades ocasionadas por trastornos mentales van en aumento, conforme las estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en 13 años estos padecimientos estarán ubicados en el segundo lugar a escala mundial. Datos oficiales estiman que del total de la población en México de 105 millones de habitantes, entre el 10 y el 12 por ciento, padecen alguna enfermedad ocasionada por trastornos mentales. La enfermedad de la mente puede ser derivada de una psicosis, depresión, bipolaridad, ansiedad, estrés, pánico, fobia social, alimentación o adicciones, entre otras causas.

Al momento de estar en interacción con otras personas, lo que alguien hace tiene consecuencias en los demás (emocional, física o cognitivamente) quienes a su vez pueden castigar, reforzar o eliminar dicha conducta, dependiendo de cómo sea interpretada por cada persona; esta interpretación se va procesar de acuerdo a las estructuras cognitivas, niveles de exigencia y valores personales.

Las personas que tienen pocas destrezas sociales se pueden caracterizar porque no van al cine, no participan en clase, no expresan opiniones en su trabajo o escuela, les cuesta trabajo decir a familiares y amigos cómo se sienten y si tienen algún problema,

no expresan sus sentimientos y emociones fácilmente, se burlan de ellos, no tiene amigos, no les gusta trabajar en equipo, no van a fiestas o reuniones, etc.

Las personas con déficit social muchas veces realizan autoevaluaciones pobres y distorsionadas, pueden tener errores de procesamiento de la información, en cuanto a percibir selectivamente los aspectos negativos o dificultades de una situación dada. Las personas con *déficit en habilidades sociales* experimentan aislamiento social, timidez, depresión y una baja autoestima, como consecuencia de percibirse a sí mismas como incompetentes socialmente. Cuando las habilidades sociales son apropiadas, el resultado es un mayor sentido de autoeficacia, es decir poder actuar de manera adecuada en una situación, además de un mayor reforzamiento social positivo, tanto a corto como a largo plazo.

Según un estudio realizado en México por la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (2000) cuya población eran personas entre 18 y 65 años de edad, que tenían un hogar fijo y que vivían en áreas urbanas, reflejó que el 28.6% de la población presentó algunos de los 23 trastornos de la CIE alguna vez en su vida, el 13.9% lo reportó en los últimos 12 meses y el 5.8% en los últimos 30 años. Por tipo de trastornos los más frecuentes fueron los de ansiedad (14.3% alguna vez en su vida) seguido por los trastornos de uso de sustancias (9.2%) y los trastornos afectivos (9.1%). Las fobias específicas fueron las más comunes (7.1% alguna vez en su vida), seguidas por los trastornos de conducta (6.1%), la dependencia del alcohol (5.9%), la fobia social (4.7%) y el episodio depresivo mayor (3.3%).

Los tres principales trastornos para las mujeres fueron las fobias específicas y sociales, seguidas del episodio depresivo mayor. Para los hombres, la dependencia al alcohol, los trastornos de conducta y el abuso del alcohol (sin dependencia).

Un individuo con *déficit en sus habilidades sociales* tiene mayores probabilidades de confrontar problemas emocionales con dificultades en su competencia social. Ello lo hace más vulnerable por las frustraciones de necesidades como seguridad, aceptación, realización, y por provocar que la persona obtenga menos reforzamiento social en general, lo que además de afectar la satisfacción de necesidades también daña su autoestima (la disminuye) y su sentimiento de identidad. (Zaldívar 1994).

En la investigación sobre el déficit social se ha visto que éste, es uno de los determinantes que causa una baja autoestima; la persona crea una imagen desvalorada de sí misma a partir de las relaciones y la retroalimentación que hacen las otras personas y de lo que ella interprete de sus propias experiencias.

El modelo de autoeficacia de Bandura (1997) propone que las experiencias de fracaso y logro de objetivos constituyen una importante fuente de información para determinar la autoestima junto con la observación de la conducta de otros y la comparación social.

Otro trastorno es la Ansiedad Social, que es definida como la respuesta de miedo, temor o ansiedad ante situaciones de interacción social. La ansiedad social surge fundamentalmente en una interacción interpersonal, frente a la percepción de una situación de evaluación de la competencia o habilidad global, para un comportamiento interpersonal exitoso. La ansiedad social afecta a personas de todas las edades y de todas las culturas.

Hay diferentes manifestaciones de la ansiedad social, y el problema por lo general empeora con el tiempo; este tipo de ansiedad puede estar relacionada a una situación específica, como la de hablar en público, pero también por otra parte, puede presentarse de forma generalizada y afectarle en situaciones diarias en todos los niveles de funcionamiento.

Uno de los aspectos que ha ido en aumento dentro de los motivos de consulta manifestados por los pacientes, que acuden al Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila" de la Facultad de Psicología de la UNAM, según el reporte anual 2007, es el de habilidades sociales con un 4.71% de la población atendida, le antecede Autoestima con 4.66%, Manejo de emociones con 3.97% y Duelo con un 3.39%. Es claro entonces, que es un tema que no debe pasar desapercibido para el tratamiento terapéutico.

Dado lo citado anteriormente sobre la consecuencia del déficit en habilidades sociales, podemos ver que varios trastornos mentales están asociados con una carencia de habilidades sociales que le impiden a la persona poder comportarse y relacionarse con otras personas; luego entonces se podría deducir que a las personas que se observe que su padecimiento es provocado o está asociado con este déficit, y si se entrena en habilidades sociales, el resultado va hacer, que obtengan las herramientas que le permitan relacionarse de manera adecuada según su contexto y así la disminución o extinción de su problemática.

Aunado a lo anterior, el área de salud mental se ha ido incorporando a las nuevas tecnologías debido a su empleo masivo y facilidades que brinda para poder ocuparse de los diversos tipos de problemas de salud mental y han trabajado en cómo intervenir en ellos; una de las intervenciones que han surgido en los últimos años es, la de Psicoterapia vía Internet, teniendo una gran demanda por parte de los usuarios de esta vía, que se ha interesado por facilitar a las personas el acceso a una terapia de manera mas rápida.

1.2 Justificación

Se considera que se debe de tratar el tema de las Habilidades Sociales como una propuesta de intervención hacia la comunidad, de carácter sanador que puede resultar muy provechoso no sólo para la población mexicana, sino para poblaciones que se caractericen también porque la gran parte del tiempo estén en constante contacto con

otras personas, intercambiando información de todo tipo y en todos los ámbitos (escolar, laboral o social).

Normalmente el tema de habilidades sociales es tratado en forma presencial, con grupos de personas, casi siempre adolescentes y niños, para entrenarlos en habilidades que les permitan mejorar en determinadas conductas, sin embargo en la información documentada del Entrenamiento en Habilidades Sociales (EHS) se observa que son pocos los tratamientos que se dedican a entrenar habilidades sociales de forma individual y estructurada y hasta ahora no se contaba con algún *entrenamiento de este tipo y a distancia*, que además permita dotar de habilidades que favorezcan, mejoren, beneficien la comunicación y comportamiento interpersonal.

El entrenamiento de habilidades sociales es sin duda esencial para mejorar la vida social de la persona, ya que va a depender de estas habilidades su éxito social, es decir, que la persona va a poder establecer relaciones interpersonales favorables sin caer en problemáticas que puedan desencadenar obstáculos para ellas.

Es en este contexto que en el presente reporte se instrumentó y evaluó un programa de intervención en habilidades sociales para conocer si la modalidad de Psicoterapia Vía Internet es viable y eficaz en el tratamiento de estas habilidades con población mexicana.

Este trabajo resultará un aporte significativo a la labor destinada hacia la sociedad, ya que precisamente a los pacientes que se les dificulten las interacciones sociales, tengan dificultades para transmitir sus ideas o no sepan como manifestar sus pensamientos, sentimientos, emociones, etc. a otras personas y que aunado a esto, no cuenten con el tiempo para trasladarse a un consultorio o centro que tenga algún taller que les pudiera ayudar a dotarse de habilidades sociales; puedan tener una posibilidad de terapia individual y a distancia, para dar asistencia a su situación y que resulte benéfico para ellos.

Si incorporamos las nuevas tecnologías que están ayudando a rehabilitación conductual y la utilizamos en este caso para el entrenamiento en Habilidades Sociales, usando la Psicoterapia vía Internet, se podría mejorar y ampliar las redes de apoyo con las que cuenta el paciente, mediante la adquisición de destrezas que le permita relacionarse satisfactoriamente.

La información documentada acerca de la efectividad del tratamiento en habilidades sociales por medio de las Psicoterapia vía Internet es escasa, sin embargo, hay investigaciones que mencionan que el Internet puede ser beneficioso en el desarrollo de la comunicación y habilidades sociales. Parks y Floyd (1996) (citado por www.research.ibm.com/journal/sj/384/dryer.htm-128k) encontraron que en el Ciberespacio la gente aprende y prueba sus habilidades sociales. Algunos participantes, por ejemplo, divulgan que sus "identidades en línea" les permiten superar la timidez que sienten en la interacción personal. Los individuos tímidos expresan que el Internet provee en ellos la oportunidad de relacionarse con otros en línea, mientras que al mismo tiempo se observa una mejoría en sus habilidades y en su confianza social, favoreciendo sus interacciones sociales.

Tomando en cuenta lo dicho anteriormente, si el Internet promueve día a día el desarrollo de habilidades sociales y permite a las personas saber como poder interactuar con otras fuera de la red, entonces la comunicación que ahí se maneja puede tener consecuencias enormes para la sociedad y el bienestar personal, si es que se maneja de un modo adecuado y monitoreado sólo por expertos en el ramo del comportamiento.

1.3 Objetivos generales

El principal objetivo del presente trabajo es instrumentar y evaluar un programa de entrenamiento en habilidades sociales vía Internet.

Otro objetivo es que el paciente que participe en el Programa de Entrenamiento en Habilidades Sociales Vía Internet (PEHSVI) mejore sus habilidades de interacción social con el fin de poder interactuar de forma eficaz y bajar sus niveles de ansiedad ante situaciones interpersonales.

A manera general contribuirá al desarrollo de este campo, el contar con un estudio controlado que informe de la efectividad del entrenamiento en habilidades sociales bajo la modalidad de tratamiento vía Internet.

En lo particular, aportará a la Psicoterapia vía Internet, un programa de entrenamiento en habilidades sociales, adaptado y evaluado que permitirá ampliar los servicios psicológicos que este programa ofrece.

ANTECEDENTES

2.1 HABILIDADES SOCIALES

Introducción

El hombre es un ser social por naturaleza por lo que requiere de su entorno para desarrollarse de forma integral, necesita conocer y dominar Habilidades Sociales (HS) que le permitan establecer relaciones satisfactorias con otras personas de forma eficaz, ya que el interactuar con otros, implica poner en juego dichas habilidades de un modo específico, socialmente aceptable y recíprocamente beneficioso.

En épocas pasadas la función social de las personas era muy clara, de acuerdo al papel definido que tenían que seguir cada quien, en cambio en la sociedad contemporánea el ritmo de vida que se lleva es distinto y más complejo, ya que depende del sistema en el que nos estemos desarrollando, lo cual exige que podamos funcionar de distintas maneras de forma simultánea, lo que hace que tengamos que desarrollar más capacidad y habilidad social.

Se ha podido constatar que si un individuo no sabe comportarse de forma habilidosa en su trato con los demás, no tiene que buscarse otro trabajo más <<solitario>> para funcionar mejor simplemente tiene que aprender habilidades sociales (Caballo, 1991) esto no sólo para una competencia de tipo laboral si no va, desde el conseguir nuevos amigos, tener un noviazgo o una buena relación con los padres (o hijos) y a través del grado de habilidad social que tengamos será en gran parte nuestra forma de comportamiento.

Hoy en día, el desempeño de cualquier rol profesional exige conocer y dominar, además de capacidades conceptuales y técnicas, un conjunto de habilidades sociales que permitan al profesional crear una relación eficaz y satisfactoria con los demás: sus compañeros y clientes o usuarios (Caballo, 1995).

Las habilidades sociales no son una característica de la persona, sino de la conducta de ésta, y que como cualquier otro comportamiento son susceptibles de aprendizaje. Además no son patrones rígidos de comportamiento, sino reglas de actuación útiles en diferentes situaciones y contextos. Luego el desarrollo de las habilidades sociales exige el conocimiento de aquellos procesos implicados en su adquisición (Gil, 2000).

Algunos autores dicen que las habilidades sociales son repertorios de comportamientos que presentamos en nuestra vida cotidiana y que contribuyen en forma decisiva para alcanzar buenos resultados en nuestras relaciones interpersonales. Cuanto mayores sean nuestras habilidades sociales y cuanto mayor sea la coherencia de nuestros comportamientos respecto a lo que pensamos y sentimos, y con los valores que defendemos, mejor será la evaluación externa que recibiremos en cuanto a nuestra competencia social (Gil, 1998).

El comportamiento social constituye un aprendizaje continuo de patrones cada vez más complejos que incluyen aspectos cognitivos, afectivos, sociales y morales que se van adquiriendo a través de un proceso de maduración y permanente con el medio social (Hidalgo y Abarca, 2000).

Conceptos

Caballo (1995) menciona que hoy en día las habilidades sociales han sido definidas por diversos autores que han enfatizado diferentes aspectos de las mismas sin llegar a un acuerdo explícito. Meichenbaum, Butler y Grudson afirman que es imposible desarrollar una definición consistente de competencia social puesto que ésta es parcialmente dependiente del contexto social cambiante.

La habilidad social por tanto se debe considerar dentro de un marco cultural determinado donde hay un patrón determinado que varía de acuerdo a la cultura, la edad, el sexo, la clase social, etc.

A continuación se mencionaran algunas definiciones que nos ofrecen algunos autores:

- "Un conjunto de conductas emitidas por un individuo en un contexto interpersonal que expresa los sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de ese individuo de un modo adecuado a la situación, respetando esas conductas en los demás, y que generalmente resuelve los problemas inmediatos de la situación mientras minimiza la probabilidad de futuros problemas" (Caballo, 1986).
- "Aquellas conductas aprendidas que ponen en juego las personas en situaciones interpersonales para mantener reforzamiento del ambiente" (Jeffrey, 2002).
- "La capacidad de ejecutar aquellas conductas aprendidas que cubren nuestras necesidades de comunicación interpersonal y/o respondan a las exigencias y demandas de las situaciones sociales de forma efectiva" (Gil, 1998).
- "El conjunto de conductas que un individuo manifiesta en sus relaciones con los demás, a través de las cuales expresan sus sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos, pero de un modo adecuado a la situación, y respetando, al mismo tiempo, esas conductas en los demás" (Martínez, 1997).

- Las habilidades sociales son consideradas como “comportamientos o pensamientos que son instrumentales para resolver conflictos, situaciones o tareas sociales. Estos comportamientos valorados y reforzados socialmente influyen además, beneficiosamente, en el desarrollo social a largo plazo, proporcionando aceptación y estima por parte de los agentes sociales” (Luca, 2001).

La mayoría de estas definiciones se enfocan principalmente en tres aspectos fundamentales: uno que tiene que ver con el contexto interpersonal, otro con el respeto de las conductas de los demás y uno con el objetivo al cual la habilidad social está orientada ya sea material, afectivo, sentimental u algún otro.

En el presente reporte se adopta la definición de Caballo (1993) ya que retoma estos aspectos fundamentales.

Todas las definiciones antes mencionadas tienen una visión comprensiva de lo que se entiende por habilidades sociales teniendo en cuenta, por supuesto, que cada una resalta unos u otros aspectos dependiendo de la orientación teórica subyacente.

Las habilidades sociales, para la mayoría de los autores, comprenden determinado tipo de respuestas tales como iniciar y mantener una conversación, hacer y rechazar peticiones, expresar sentimientos positivos o negativos, etc. que van dirigidos a diferentes tipos de personas como amigos, familiares, personas de autoridad, niños, etc. y en contextos determinados como en el trabajo, la escuela, la casa, lugares públicos, entre otros.

Cada una de estas habilidades sociales son importantes y útiles, dependiendo de las veces que la persona se encuentre en un mismo contexto donde sea necesaria esta habilidad es decir, las personas van a poner en práctica determinadas habilidades

sociales, para poder lograr sus propósitos en la situaciones en las que se encuentra normalmente.

Las relaciones interpersonales que establece una persona juegan un papel primordial en la adquisición de reforzamientos sociales y económicos. Las personas que escasean de apropiados comportamientos sociales van a experimentar asilamiento o rechazo de la misma sociedad

¿Cómo se adquieren las Habilidades Sociales?

En las lecturas que existen sobre la adquisición de las habilidades sociales se ha demostrado que se van a ver influidas en gran medida por el ambiente en el cual se desarrollan, lo que ocurra dentro de este ambiente antes, durante y después de cualquier conducta, va formando la manera de comportarse y la forma de ser de la persona.

Durante la primera infancia el ambiente más cercano al niño lo configuran la familia y la escuela, por lo que ambos constituyen los agentes más influyentes y determinantes de su proceso de aprendizaje, sin quitar importancia a los factores genéticos y hereditarios que intervienen en la configuración del carácter y la personalidad de los individuos, lo fundamental en el comportamiento viene dado por el ambiente, ya que en él se generan la mayor parte de los aprendizajes (Ballester y Dolores 2002). Los niños observan a sus padres, a otros adultos o a otros niños interactuando e imitan lo que ellos hacen.

El ambiente se puede variar y modificar con el objeto de adquirir conductas que no se han aprendido todavía, y/o desaprender otras que no son adecuadas, que perjudican al propio individuo y a los demás. Es decir, a las conductas sociales, y por tanto, las habilidades sociales se aprenden.

Algunos de los procesos de aprendizaje por los que habitualmente se adquieren las habilidades sociales según Rodríguez (citado por Monjas, 1993) son:

1.- *Enseñanza directa*. Las habilidades sociales se transmiten por medio de instrucciones, dando la información de lo que es una conducta adecuada en una determinada situación. "No hables con la boca llena" o "lávate las manos antes de comer" son típicos ejemplos.

2.- *Modelado o aprendizaje por medio de modelos*. Los niños observan a sus padres, a otros adultos o a otros niños interactuando e imitan lo que ellos hacen. Es el llamado aprendizaje por observación o vicario. Se educa con lo que se dice, con lo que hacemos y fundamentalmente con lo que somos. Entre los adultos está muy arraigada la costumbre de indicar a los demás lo que tienen que hacer pero sin compromiso de cumplirlo uno mismo. Tirar colillas o papeles al suelo, cruzar sin mirar la calle o interrumpir cuando está hablando otro, son conductas que se imitan con facilidad.

3.- *Práctica de conducta*. En este proceso la mejor forma de aprender es practicando. Aunque se les explique a los niños lo que se debe de hacer y vean a los adultos haciéndolo, hasta que lo ensayen ellos mismos no sabrán si son capaces de actuar adecuadamente. La consolidación y generalización de las conductas se logra practicando en distintos contextos, en diferentes momentos y ante distintas personas.

2.2 Componentes básicos de las Habilidades Sociales

Las habilidades sociales son comportamientos complejos en donde están inmersos muchos componentes importantes. Ballester y Dolores (2002) mencionan que al momento en que tratamos de que los demás tengan en cuenta una queja debemos de ser concientes de que no sólo tenemos que escoger con cuidado las palabras que vamos a decir (componentes verbales) si no que también lo que va influir directamente para nuestro éxito, como el tono y la actitud que empleemos (componentes no verbales). Este tipo de componentes, verbales y no verbales, van a estar presentes

durante el proceso de comunicación y van a contribuir en todo el proceso de las interacciones sociales.

Existen diferencias entre los componentes verbales y no verbales. El lenguaje no verbal es continuo y difícil de controlar, ya que se produce de forma inconsciente. Los errores en este ámbito son interpretados como que la persona se halla perturbada emocionalmente. Y por último, su aprendizaje tiene lugar de forma indirecta e informal. El lenguaje verbal, por su parte, es discreto y puede controlarse fácilmente; se tiene plena consciencia de él mientras se está utilizando; los errores en él se interpretan como una falta de educación y se aprenden de forma directa y formal. (Ballester y Dolores, 2002).

Componente no verbal

Es uno de los componentes más importantes dada la dificultad que supone su control. Efectivamente, podemos decidir qué decimos y qué no, pero aun cuando optamos por no hablar, seguimos emitiendo, mensajes y en esta medida, aportando información sobre nosotros mismos; constituyendo además, la base sobre la que nos formamos una impresión acerca de los demás.

La comunicación no verbal ocurre cuando se utilizan recursos del propio cuerpo, excluyéndose la vocalización. El llamado comportamiento no verbal está siempre presente en las relaciones cara a cara, exista o no un intercambio verbal. (Del Prette y Del Prette 2002).

La comunicación no verbal nos sirve de diversos modos. En ocasiones nos permite enfatizar un aspecto de nuestro discurso, y a veces nos permite reemplazar las palabras (por ejemplo, una mirada puede indicarnos si un comportamiento es correcto o no). Pero también a veces contradice lo que estamos diciendo, como cuando aceptamos una tarea verbalmente mientras nuestra actitud indica claramente que estamos fastidiados.

Los aspectos culturales también modulan la expresión facial de nuestras emociones en donde influye el control de las expresiones que cada cultura genera. Algo semejante ocurre con los gestos, que también son eminentemente culturales. Las manos son la parte del cuerpo más visible y expresiva después de la cara.

A continuación Ballester y Dolores (2002) describen cada uno de estos componentes:

- *Expresión facial:* es importante que la expresión facial concuerde con el mensaje verbal, de lo contrario, ante la ambigüedad, el oyente se queda con la información no verbal. Por ejemplo, si mostramos miedo en nuestra expresión al tiempo que emitimos un mensaje verbal asertivo, es probable que obtengamos aquello que prevendríamos.
- *Mirada:* una gran parte de las interacciones humanas depende de miradas recíprocas. La mirada da información acerca de la actitud del interlocutor, pero sobre todo sirve como apoyo al habla (nos mostramos más persuasivos cuando miramos más al tiempo que hablamos).
- *Sonrisa:* es un componente clave para iniciar una interacción en la medida de que expresa una actitud favorable creando un buen clima. Pero no sólo es importante en el inicio de una interacción. A lo largo de la conversación resulta apropiado utilizarla con el objeto de asegurar al otro que se le comprende, que se comparte su punto de vista, e incluso para facilitar que el otro se pueda expresar mejor. Concluir una conversación mostrando una expresión excesivamente seria puede hacer pensar al otro que se estaba deseando acabar, lo que generara en el interlocutor dudas de la credibilidad del resto de la interacción.

- *Postura corporal:* el modo en que nos movemos, caminamos y en general, nuestra postura cuando estamos de pie o sentados ofrece mucha información a los demás de nosotros mismos. Inclinarsse hacia delante indica interés, cruzar o descruzar las piernas puede indicar coqueteo o por el contrario, nerviosismo, etc. además, los cambios posturales contribuyen al flujo de la conversación, señalando que se pretenden tomar o ceder la palabra, por ejemplo.
- *Gestos:* se trata de acciones, con un claro componente cultural que tienen sentido en la medida en que son vistas por el interlocutor. Tienen un objetivo claramente informativo y son muy dependientes del contexto social. Se realizan con las manos, y, en menor medida también con la cara y añaden énfasis al mensaje verbal.
- *Apariencia personal:* la cara, el pelo, las manos y la ropa son los principales aspectos en los que se basan los juicios relativos al atractivo físico. Son elementos que pueden ser importantes en un primer momento, pero que van perdiendo importancia a medida que prospera la relación.
- *Proximidad:* el grado de proximidad expresa la naturaleza de la relación y varía según el contexto, con su importante componente cultural. Por ejemplo, los árabes toleran y gustan de una mayor proximidad en la interacción social que llega a irritar a personas de otras culturas. Tampoco es comparable el grado de proximidad aceptable ante un extraño o ante una persona significativa (familiar cercano, amigo o pareja).

En este sentido se ha de subrayar la importancia de ciertos aspectos como la edad (el acercamiento a niños está mucho más permitido y en general mejor visto que a personas mayores) y el sexo. El acercamiento entre mujeres está mejor visto que el

acercamiento entre los hombres, con escasas excepciones, como las expresiones de júbilo de los deportistas en momentos de euforia, por ejemplo, cuando un futbolista mete un gol, concluyen Ballester y Dolores (2002).

Según el análisis que hace Edward Hall (1959) sobre el tema existirían distintas zonas:

- o Distancia íntima (0-50 cm): En esta se sitúan las personas amadas y familiares.
- o Distancia personal (50-125 cm): Es el espacio personal de cada uno; una especie de esfera protectora que se mantiene con el resto de los individuos.
- o Distancia social (1,25-3,5 m): Distancia que se usa para trabajar en equipo o en relaciones sociales ocasionales.
- o Distancia pública (Más de 3,5 m): Distancia que se mantiene con los desconocidos (por ejemplo: al caminar por la calle).

Hay situaciones en las que no se respetan estas distancias o la persona se sitúa en una distancia que no le corresponde, entonces las personas se pueden sentir incomodas. Esto se produce en los dos sentidos, tanto si un desconocido se sitúa en la distancia personal como si una persona muy cercana (p. ej. un novio o novia) se mantiene alejado y evita el acercamiento.

Los déficit o errores en los componentes no verbales, como se ha señalado, provocan un impacto emocional negativo en el interlocutor, así como un juicio de éste relativo a la manera de ser de la persona. Sin embargo, hay que subrayar que muchas ocasiones los individuos no son conscientes de ello y, por tanto, atribuyen sus fracasos, cuando éstos ocurren, a otro tipo de componentes de lo que sí tenemos un registro. En estos casos, se sienten responsables persistiendo, de este modo, en una "actitud" inapropiada.

Componentes paralingüísticos

Estos componentes son aspectos que acompañan al habla, se trata de componentes de los que el individuo no suele ser consciente, como el volumen, el tono, a la fluidez y la velocidad, en ocasiones el objetivo es transmitir un mensaje con claridad, pero la ansiedad de no ser capaces de hacernos entender o el temor a aburrir, por ejemplo, hacen que hablemos atropelladamente o más rápido de lo adecuado. Aun cuando el contenido sea apropiado, el objetivo no se consigue, la atribución que los sujetos hacen de ese fracaso casi siempre recae sobre otros aspectos internos e incontrolables, lo que indica que, o bien se es consciente de que los componentes paralingüísticos juegan un papel importante en el control que ejercemos sobre las interacciones, o bien uno no se siente capaz de controlarlos (Del Prette, Del Prette, 2002).

Los elementos paralingüísticos raramente se emplean aislados. El significado transmitido es normalmente el resultado de una combinación de señales vocales y conducta verbal y es evaluado dentro de un contexto o situación determinados.

A continuación se explica cada uno de estos componentes paralingüísticos:

- *El volumen:* tiene como objetivo asegurarse de que el mensaje llega al oyente, pero un volumen excesivamente alto puede indicar agresividad, mientras que un volumen muy bajo, actitud temerosa. Los cambios en el volumen son aconsejables: facilitan que se preste atención, pues enfatizan los aspectos importantes.
- *El tono:* una misma verbalización puede contener mensajes muy diferentes en función de la entonación con que se pronuncie, por lo que se trata de un componente fundamental. Un claro ejemplo es la ironía, una misma frase puede ser un cumplido o una burla según el tono empleado, en ocasiones, este

componente deja traslucir la vertiente más sincera cuando existe discrepancia entre el mensaje verbal, y lo que en realidad nos gustaría decir.

- *La fluidez*: el habla entrecortada por dudas o vacilaciones, si bien es bastante frecuente, puede dar impresión de inseguridad, algo semejante ocurre con la utilización de las muletillas o de palabras sin sentido, otro aspecto implicado en la fluidez es el uso que se haga de los silencios. Tan inconveniente es abusar de ellos (provoca aburrimiento) como pretender llenar el tiempo con expresiones de relleno; ya que puede detonar ansiedad.
- *La velocidad*: está directamente relacionada con los silencios que se acaban de mencionar. Hablar muy rápido puede entorpecer la comprensión del mensaje y puede indicar ansiedad en unos casos o vehemencia en la defensa de lo que está implicando en otros, mientras que hablar muy despacio puede hacer que se pierda el hilo.

Componentes verbales

La conversación es la herramienta por excelencia que utilizamos las personas para interactuar con los demás. Existen algunas investigaciones que permiten establecer ciertos criterios de corrección o idoneidad en el uso y control de los aspectos implicados en la conversación. A continuación Ballester y Dolores (2002) comentan algunos de los principales resultados:

- *Duración del habla*: se considera socialmente competentes a las personas que hablan más del 50% del tiempo. Los que hablan más del 80% son considerados por los demás como dominantes y descorteses, mientras que quienes hablan sólo un 20% del tiempo de la conversación se les considera fríos y poco atentos. Es conveniente establecer un ritmo de intercambio en el que se asuma aproximadamente el 50% del peso de la interacción, sin monopolizar en forma

de monólogo la conversación, pero sin caer tampoco en la postura pasiva de escuchar sin enriquecer y agilizar el intercambio.

- *Retroalimentación*: quien habla precisa información de forma intermitente, pero regular, para educar su discurso al interlocutor. Necesita saber si se le entiende, si se le cree, si está aburriendo... se ofrece retroalimentación con la mirada y, en general, con la actitud, aspectos que ya se han mencionado, siendo, desgraciadamente, muy frecuente recibir más bien poca retroalimentación en las conversaciones, lo que genera inseguridad. A veces, la retroalimentación se ofrece en un momento inadecuado, por ejemplo, interrumpiendo sin esperar una pausa apropiada, lo que genera perplejidad y la sensación de que lo que se desea, fundamentalmente es ser escuchado y no tanto escuchar.
- *Las preguntas*: no sólo sirven para obtener información, permiten expresar interés, facilitar el inicio de una conversación y posteriormente prolongarla o acortarla. Así mientras las preguntas generales del tipo "¿cómo estas?" pueden servir para iniciar una conversación, otras más específicas, como "¿Qué pensaste al verlo después de tanto tiempo?" incitan al interlocutor a que proporcione información sobre sí mismo. En ambos casos se trata de preguntas abiertas, es decir, preguntas que no se pueden contestar de una sola forma como un "sí" o con un "no". Por el contrario las preguntas cerradas (por ejemplo: ¿te gusta ir al cine?) reducen las posibilidades de expresión del interlocutor y obligan a quien las plantea a asumir prácticamente toda la responsabilidad del curso y duración de la conversación.
- *Habla egocéntrica*: en ocasiones, tal vez por miedo al silencio, hay personas que tienden a tomar las riendas por completo de la conversación con verdaderos monólogos que parecen más dirigidos a ellos mismos que a su interlocutor, no parecen prestar atención a la retroalimentación que se les da, haciendo que quienes les escuchan se sientan excluidos de la interacción.

2.3 Déficit interpersonal

En muchas ocasiones las personas se "detienen al hablar" y no saben pedir un favor, les cuesta ir solos a realizar actividades sencillas, no pueden comunicar lo que sienten, no saben resolver situaciones con los amigos, o con la familia, puede ocurrir que no tengan amigos. Todas estas dificultades subyacen a la carencia de habilidades sociales. Se podría añadir muchas otras, todas aquellas que tengan que ver con las relaciones difíciles con los otros.

Existen dos modelos que explican la inhabilidad social en la infancia y que puede repercutir en la vida adulta de la persona: uno es el modelo de déficit y el otro el modelo de interferencia (Monjas, 2000).

Según el modelo de *déficit de habilidad o repertorio conductual*, los problemas de competencia social se explican porque el sujeto no cuenta con las conductas y habilidades necesarias para actuar en una determinada situación interpersonal, el sujeto no sabe porque nunca ha aprendido. Puede ocurrir también que el sujeto no tenga el conocimiento del comportamiento deseable en un contexto determinado.

Existen distintas explicaciones de por qué el sujeto no dispone de las habilidades interpersonales, por ejemplo, inadecuada historia de reforzamiento, ausencia de modelos apropiados o carencia de estimulación de aprendizaje.

Bajo la *Hipótesis de interferencia*, también llamada *déficit de ejecución*, se afirma que el sujeto tiene, o puede tener en su repertorio, determinadas habilidades, pero no las pone en juego porque factores emocionales, cognitivos y/o motores interfieren con su ejecución.

Entre las variables interferentes (que bloquean o interfieren la adquisición y/o actuación de las habilidades sociales) se encuentran: pensamientos depresivos, pobre habilidad

de solución de problemas; inadecuadas habilidades para ponerse en el lugar de la otra persona, bajas expectativas de autoeficacia, ansiedad, miedo, comportamiento agresivo, comportamiento motor (puede ser inadecuado por estar ausente, ser significativamente deficitario o excesivo en intensidad, duración o frecuencia), atribuciones inexactas, autoafirmaciones negativas, creencias irracionales (por ejemplo, exageraciones), déficit en percepción y discriminación social, expectativas negativas, indefensión, pensamientos de autoderrota y frustración.

2.4 Entrenamiento en Habilidades Sociales

La dinámica actual exige a los individuos la capacidad y habilidad para integrarse a las diversas tareas y roles que desempeñan en la vida diaria. Por esta razón es indispensable contar con habilidades sociales apropiadas, con el fin de adaptarse a todas las situaciones posibles.

Entrenar habilidades sociales es importante, ya que las conductas que manifiesta una persona en una situación de interacción social están orientadas a conseguir determinados objetivos, que en caso de ser adecuados, le permitirán obtener las consecuencias deseadas, pero si no es así habrá que soportar las consecuencias negativas de la no consecución de sus objetivos, como aquellas derivadas del malestar que suelen provocar en los demás las conductas socialmente poco hábiles.

El entrenamiento en habilidades sociales se puede definir como un enfoque general de la terapia dirigido a incrementar la competencia de la actuación en situaciones críticas de la vida o como un intento directo y sistemático de enseñar estrategias y habilidades interpersonales a los individuos con la intención de mejorar su competencia interpersonal individual en clases específicas de situaciones sociales (Caballo, 1991).

Elementos Básicos del entrenamiento en habilidades sociales

A continuación se describirá brevemente los elementos que considera Caballo (1991) en el entrenamiento de las habilidades sociales, donde se enseñan conductas específicas, se practican y se integran en el repertorio conductual de la persona. Concretamente se emplean procedimientos tales como las instrucciones, el modelado, el ensayo de la conducta, tareas para casa, procedimientos cognitivos, la retroalimentación y el reforzamiento.

1. *Reducción de la Ansiedad*: Normalmente esta reducción se consigue de forma indirecta, es decir, llevando a cabo la nueva conducta más adaptativa que, supuestamente, es incompatible con la respuesta de ansiedad (Wolpe, 1958 citado por Caballo 1986). Si el nivel de ansiedad es muy elevado, se puede emplear directamente una técnica de relajación o desensibilización sistemática.
2. *Reestructuración Cognitiva*: En donde se intenta modificar valores, creencias, cogniciones y/o actitudes del sujeto. Las técnicas aplicadas son Terapia Racional Emotiva, Autoinstrucciones, etc.
3. *Entrenamiento en Soluciones de Problemas*: En donde se enseña al sujeto a percibir concretamente los "valores" de todos los parámetros situacionales relevantes para procesar, seleccionar o enviar una comunicación interpersonal objetiva.

Características de los entrenamientos en habilidades sociales

Las características principales que diferencian a los entrenamientos de habilidades sociales de otro tipo de intervenciones son las siguientes (Gil, 2000):

- Están orientados hacia la ampliación de los repertorios de conducta que tienen los sujetos, lo que conlleva el desarrollo de habilidades nuevas y conductas alternativas.
- Se basan en la colaboración activa de las personas que participan en los entrenamientos, lo que presupone su intención de cambiar, así como la aceptación y comprensión del procedimiento.
- Más que técnicas terapéuticas para problemas psicológicos, se consideran procedimientos psicoeducativos de formación.
- Sus múltiples e incuestionables ventajas, especialmente referidas a la existencia de una amplia evidencia sobre su eficacia, así como a la posibilidad de realizarse en grupo lo que, lejos de disminuirla, suele potenciar esta eficacia.

Técnicas usadas para la intervención en Habilidades Sociales

En los programas de entrenamiento en Habilidades Sociales hay una constante en las técnicas más usadas para su incremento. A continuación se mencionan cada una de ellas:

Role-playing o ensayo conductual: Consiste en enseñar al cliente como afrontar comentarios o conductas específicas de otras personas, esta técnica se ha usado para permitir la práctica de respuestas asertivas cuando ha de enfrentarse con conductas poco razonables de otros. (Jeffrey; 2002, p. 41).

Según Riso constituye "la principal técnica de adquisición y/o reforzamiento de conductas sociales, además sirve como herramienta de diagnóstico y evaluación" (Hidalgo; 1991, p. 40). Se usa frecuentemente solicitando a los participantes que actúen situaciones cercanas.

Modelado o imitación: Consiste en exponer al sujeto a modelos en vivo o filmados, que realicen los comportamientos requeridos (Michelson et al.; 1987, p. 52). Michelson et al., afirma que pueden acentuarse los efectos de esta técnica proporcionando variados modelos que llevan a los comportamientos objeto de aprendizaje. Agrega que los comportamientos exhibidos por el modelo debieran ser múltiples para entregar una variada gama de respuestas a quién lo observa. Otro elemento importante es la cercanía o parecido del modelo con el observador. A este respecto, Michelson et al. dice que cuando el observador se percibe como similar al modelo, los efectos de esta técnica se intensifican.

Relajación: La técnica de relajación esta basada en los postulados de Wolpe (1958), los cuales señalan que la respuesta de relajación es antagónica a la respuesta ansiosa. La incorporación de esta técnica a los entrenamientos de habilidades sociales, se debe al hecho que muchas personas experimentan un nivel elevado de ansiedad frente a situaciones sociales tales como iniciar una conversación, hablar en grupo, etc.

Existen diversas modalidades de relajación. Una de ellas es la relajación progresiva de Jacobson (1938). Su objetivo es reducir la tensión a través de la concentración y relajación progresiva muscular. Puede ser aplicada focalmente (limitándose a un grupo de músculos) o en forma general (actuando sobre todo el cuerpo). Al hacer estos ejercicios en forma repetida el estado de reposo se automatiza como una actitud corporal.

Se ha enfatizado el uso de la relajación como una técnica de autocontrol o de enfrentamiento al estrés (Goldfried, 1977). Una vez que la persona domina esta técnica, es capaz de autoinducirse un estado de reposo que le proporciona mayor control de su conducta y le permite enfrentar mejor las situaciones interpersonales que son provocadoras de ansiedad en la vida diaria.

Reestructuración cognitiva: Consiste en un conjunto de técnicas dirigidas a modificar los desajustes cognitivos, tales como creencias irracionales (Ellis, 1974). La utilización de esta técnica en los entrenamientos de habilidades sociales tiene el propósito de desarrollar un sistema de creencias que valoren tanto los derechos personales como los de los demás, reconocer y remplazar cogniciones inadecuadas y desarrollar habilidades cognitivas que faciliten el desenvolverse más asertivamente.

Para lograr que el paciente se desenvuelva de manera asertiva Hidalgo y Abarca mencionan que se deben de efectuar los siguientes pasos:

- a. Identificar las situaciones en las que existe dificultad para expresar asertividad, en forma específica, clara y precisa.
- b. Identificar los pensamientos presentes en las situaciones interpersonales.
- c. Descubrir los sistemas de creencias asociadas a aquellas situaciones interpersonales.
- d. Detener el proceso cognitivo que está en la base (procesamiento de la información).
- e. Utilizar técnicas conductuales y cognitivas (modeling, ensayo conductual, exposición in vivo, auto instrucciones, distanciamiento, contrastación empírica, automonitoreo, etc.) para modificar ya sea los pensamientos, los esquemas y supuestos más profundos, y los mecanismos de procesamiento de la información.

Tareas para casa: El mandar tareas para casa es un buen entrenamiento porque la mayoría de las nuevas habilidades necesitan ser practicadas repetidamente y ser llevadas a cabo en lugares diferentes, implica un mayor autocontrol por parte del individuo y en definitiva supone ir transfiriendo lo aprendido en consulta al ambiente real del individuo.

Las tareas para casa deben de elaborarse y acordarse junto con el paciente; deben de ser detalladas y deben de tener una alta probabilidad de éxito para que éste no se frustre, ya que los éxitos pueden mejorar en gran medida la motivación e implicación de los pacientes en el tratamiento. El paciente debe de llevar un registro de las tareas con los éxitos, nivel de ansiedad, dificultades experimentadas, etc.

Retroalimentación y reforzamiento de la actuación: Cuando se está practicando una determinada conducta se informa de las partes correctas e incorrectas de la misma. Se ha de insistir siempre en lo correcto, aunque no se han de eludir los aspectos mejorables ("lo has hecho bien, sólo te ha faltado..."). La retroalimentación va acompañada del refuerzo social positivo de manera general la ejecución del participante. Debe dirigirse a las conductas positivas, ser contingente y discriminando y tener en cuenta las características de personalidad del individuo (Riso, 1998).

Solución de problemas: la finalidad de estrategias es proveer a los participantes del conjunto de habilidades cognitivas de resolución de problemas interpersonales que median la calidad de la adaptación social. La literatura ha mostrado que constituye un factor importante en el éxito del ajuste social (D'Zurilla. 1988).

Técnicas de imaginiería: algunos entrenamientos en Habilidades Sociales incluyen este tipo de técnicas debido a que se ha visto que las imágenes pueden facilitar la toma de contacto de sentimientos, emociones o experiencias del pasado. Mediante el trabajo con imágenes la persona puede integrar estos sentimientos de manera que pueda acercarse a la resolución de conflictos (Cornejo y Baranda, 1983).

3. PSICOTERAPIA VÍA INTERNET

¿Qué es?

Desde el inicio de esta modalidad de psicoterapia vía Internet, han surgido diferentes definiciones una que la describe "refiriéndose a un profesional graduado y entrenado en la salud mental (psicólogo, psiquiatra, psicoterapeuta) intercambiando mensajes con un paciente sobre una base sistemática, con o sin honorarios. (Cutre, 1996).

Otra definición que propone Suler (2000; citado por Patoni, M. 2003) sobre "ciberterapia" es la que la describe como un medio psicoterapéutico mediado por comunicación a través de la computadora, diseñado, facilitado o prescrito por un profesional en la salud mental.

Ventajas y desventajas de la modalidad de tratamiento

A continuación se enlistan algunas ventajas y desventajas de la modalidad señaladas por Cárdenas, Serrano, Patoni y Flores en el 2005; empezaremos con mencionar algunas de las ventajas de la terapia en línea; una de ellas es la invisibilidad del terapeuta que puede favorecer la confidencialidad y la auto revelación. El paciente puede verse así menos tenso, avergonzado o atemorizado si tiene la percepción de que su problema psicológico al exponerse cara a cara en una psicoterapia de corte clásico puede provocar el rechazo del psicólogo.

Otra ventaja es que son consultas sencillas, aclaraciones, asesoramiento y consejo psicológico que pueden llevarse a cabo con toda efectividad mediante el correo electrónico o Chat.

Una respuesta clara y acertada, acompañando manuales o guías de interés puede ser un modo adecuado de orientar al paciente sobre su problema.

De aquí que surja otra ventaja la cual indica que con el uso del Internet se pueden echar mano de las diferentes paginas Web que puedan ser valiosas y proporcionar mayor información al paciente sobre su situación.

Sin embargo existen también desventajas en este tipo de terapia; una de ellas es que se pierde la comunicación no verbal. Otra desventaja es que hay ausencia de espontaneidad y naturalidad. Difícil de establecer en una intervención de chat escrito. Además de la dificultad en la evaluación del paciente. Cuanto más se conoce del paciente, más datos se tienen para identificar los problemas que se presentan.

Tipos de comunicación en la terapia en línea

La comunicación en psicoterapia en línea, puede ser sincrónica y asincrónica. La comunicación sincrónica es donde el paciente y el terapeuta están sentados al mismo tiempo en su computadora, actuando recíprocamente, como por ejemplo el chat, la video conferencia o el teléfono por Internet. La comunicación asincrónica, es donde el terapeuta y el paciente no están sentados al mismo tiempo en sus computadoras, es decir que existe una diferencia en el horario en el que la interacción ocurre; como en el caso del E-mail.

Hoy en día, algunos psicólogos ya ofrecen una combinación de psicoterapia vía Internet con psicoterapia presencial, aceptando que este medio de comunicación puede ser más útil en algunos casos o con algunos pacientes (Jacobs, Christensen, Snibbe, Dolezal-Wood, Huber y Poltrok, 2001; citado por Patoni, R. 2003).

¿Quiénes son candidatos a la psicoterapia vía Internet?

De acuerdo con Bermejo (1999), un tratamiento psicológico vía Internet puede llevarse a cabo de forma exitosa en los siguientes casos:

- El paciente tiene dificultades para acudir al consultorio de un profesional.
- El trastorno del paciente le impide inicialmente acudir al consultorio del psicólogo.
- En caso de dificultad para trasladarse o asistir.
- Si el paciente desea mantener el anonimato.
- Si el trastorno que presenta no le incapacita para seguir instrucciones a distancia en cuanto a la aplicación de estrategias y técnicas de cambio terapéutico.
- Muestra la facilidad de comunicación por esta vía y capacidad de concreción a la hora de intercambiar información con el terapeuta sobre su problema.
- Si aun pudiendo acudir al psicólogo cerca de su lugar de residencia opta por este medio por considerarse familiarizado con él y dispone de recursos personales suficientes para abordar sus problemas con apoyo psicoterapéutico a distancia.
- Si el trastorno o trastornos presentados no tiene la consideración de graves o muy graves.

La efectividad de la psicoterapia vía Internet

Las investigaciones que se llevaron a cabo con la intervención por Internet mostraron que la efectividad de la psicología vía Internet es igual a la de una terapia presencial, aun después de haber transcurrido varios meses de la intervención, es decir en el seguimiento, estos estudios parecen indicar que son altamente efectivos para problemas específicos y con ciertas características, tal es el caso del estudio denominado "Interapy": The effects of a short protocolled treatment of posttraumatic stress and pathological grief through the Internet ("Interapy": Efectos de un tratamiento de protocolo breve para estrés post- traumático y duelo patológico a través de Internet, 2000; citado por Patoni, R. 2003).

En la actualidad Internet es un instrumento valioso para llevar a cabo sesiones de tratamiento psicológico a distancia mediante el empleo de las opciones de intercambio de información que actualmente la Red pone a disposición de sus usuarios.

Los fenómenos generados por las Tecnologías de Información y Comunicación (TIC) plantean nuevos retos para las sociedades debido a que las transformaciones tecnológicas han provocado cambios en la sociedad relacionados con las formas de trabajo y las maneras de interacción y comunicación entre los diversos sectores sociales. Al mismo tiempo Internet facilita cada vez más el acceso a la información en un entorno global reduciendo los límites y el espacio-tiempo a gran velocidad con el propósito de facilitar el acceso y la recuperación de información que requiere la sociedad de nuestro tiempo.

Es evidente que las tecnologías de la información y comunicación han propiciado cambios significativos y constituyen la base material de la sociedad de la información. Posiblemente por ello el concepto referido intenta explicar que este tipo de sociedad contempla características distintivas que la hacen diferente a otros grupos sociales.

El término sociedad de la información ha sido usado para describir sistemas socioeconómicos en los que existe un alto empleo de ocupaciones relacionadas con la información y su difusión a través de tecnologías. Asimismo se presenta una alta demanda social de información y su rápida difusión a través de tecnologías de vanguardia, en este contexto, el sector de información constituye una parte fundamental en la estructura de la fuerza laboral.

En este sentido se percibe que Internet plantea nuevos fenómenos de estudio a las disciplinas y a la investigación debido entre otros aspectos; a las transformaciones tecnológicas operadas en el campo de las telecomunicaciones y la computación ya que éstas han generado cambios en las sociedades respecto a las formas de aprendizaje, a los requerimientos laborales, las posibilidades de interacción y comunicación de amplios sectores sociales y las posibilidades de acceder a la información en un mundo global. (<http://www.revista.unam.mx/vol.5/num8/art50/art50.htm>)

Modelo Cognitivo Conductual en la Psicoterapia vía Internet

La terapia psicológica por Internet es básicamente de tipo cognitivo-conductual ya que como ésta, emplea tareas que se deben realizar en casa, permiten que el paciente desarrolle habilidades para el manejo de sus cogniciones, conductas y emociones; además que este tipo de intervención se preocupa por el estado (o problema) actual del paciente y busca cómo intervenir en el momento. Y que por medio del uso de la computadora, podría facilitar este proceso de envío de tareas.

El abordaje cognitivo-conductual facilita la aplicación de estrategias desde la distancia, al menos alguna de ellas. Los procedimientos comportamentales orientados a la reducción del estrés (y manejo de ansiedad) pueden aplicarse por medio del envío de anexos en los correos electrónicos o chats (la desensibilización sistemática, la exposición, etc.).

Experiencias similares

A continuación, se realiza una pequeña revisión de algunos estudios e investigaciones, (<http://www.psicologiaonline.com/ciopa2001/actividades/17/index.html>) que se han centrado en elementos y factores asociados a la eventualidad de la computadora, Internet y/o el correo electrónico como herramienta terapéutica:

- En un trabajo de Allen (1995) se analizó la actitud de los empleados hacia el sistema de correo electrónico interno de la Cadena Pública de Radio/Televisión Estadounidense (Public Broadcasting Services PBS), se encontró que la comunicación vía E-mail producía un impacto positivo en el ámbito laboral y aumentó el sentimiento de integración laboral, hallándose diferencias en la actitud de empleados y empleadas. Ellas percibieron mayor facilidad, utilidad, eficiencia y efectividad en el empleo del e-mail organizacional. Actualmente, la introducción del e-mail se está generalizando ampliamente en el ámbito laboral, profesional y empresarial, convirtiéndose en un formato de comunicación cada vez más utilizado respecto del correo ordinario.
- Baron (1998) explora la naturaleza de la comunicación por e-mail. Variedades, propiedades, cuestiones, cualidades, etc. Revisa el carácter lingüístico del lenguaje hablado y escrito y finalmente propone un modelo configurando el correo electrónico como una modalidad lingüística diferenciada.
- Clark (1998) explora la práctica emergente de las citas en chat por parte de jóvenes y adolescentes, mediante entrevistas, observación participante, estudios, etc. Concluye que este tipo de relaciones son un reflejo del "mundo real", con adherencia a determinadas normas, pero con diferencias importantes en cuanto a aspectos relacionados con la confianza en los demás y la intimidad (mayor confianza e intimidad en la comunicación por chat).

- Las ventajas y desventajas de la comunicación médico-paciente por correo electrónico (en el ámbito de la psiquiatría) y el crecimiento y popularidad que están experimentando en U.S.A. son motivo de debate y estudio por Rothchild (1997).
- Un interesante estudio de Walther (1996) hace hincapié en la importancia relevante de lo que el ha bautizado como interacción hiperpersonal ("hyperpersonal interaction"), discutiendo los fundamentos para la integración de aspectos impersonales e interpersonales de la comunicación mediada por ordenador (internet, chats, correo electrónico, etc...) introduciendo una nueva perspectiva (comunicación hiperpersonal) más allá de la comunicación interpersonal y/o impersonal, con principios, características y procesos que le son propios.
- Incluso algo tan sorprendente como la prevención del suicidio por email ha sido motivo de investigación e intervención por parte de Wilson y cols (1998) quienes fundamentaron su trabajo en un contexto/actividad de "consueing", discutiendo las ventajas de una intervención en crisis mediada por correo electrónico con ejemplos del estilo de modificación requerido por este medio de comunicación para manejar este problema.
- Schneider (1999) ha realizado interesantes investigaciones en el área de la comunicación terapéutica a distancia. Una de ellas consistió en comparar tres distintas formas de comunicación psicoterapéutica: 1. presencial 2. sólo audio 3. audio y video. Concluyó que cualquiera de las tres condiciones era significativamente mejor que el no tratamiento. Asimismo, no encontró diferencias significativas entre las tres formas de intervención. Los niveles de confort durante las condiciones "tecnológicas" 2 y 3, aumentaron conforme aumentaba la exposición a estas condiciones, mejorando en esos casos los resultados terapéuticos (los individuos que no se hallaron cómodos en esas condiciones mejoraron poco de sus problemas). Finalmente, ocurrieron más abandonos durante las condiciones 2 y 3 respecto de la primera. En otra investigación Schneider (1999) buscó relaciones entre su "Distance

Communication Comfort Scale" y el "Neo-Five Factors Inventory" (NEO-PI) hallando a) correlaciones entre puntuaciones en extraversión, amabilidad, y conciencia con el "consejo cara-a-cara" y b) correlaciones entre extraversión y el "consejo-por-video". Con base en estos resultados, ¿Cabe pensar que la "psicoterapia virtual" puede ser más aceptada dependiendo del "rasgo" de personalidad de un individuo?

- Un estudio que utilizó el programa PAPS para el entrenamiento en Habilidades Pro-social para jóvenes con historia de calle fue el desarrollado por Cárdenas, Hernández, Vite y Meza en el 2003; donde aplicaron el programa a siete jóvenes de 16 a 21 años de edad, dos hombres y cinco mujeres con historia de calle, bajo rendimiento académico y disfunción familiar donde al aplicar el (PAPS) se obtuvo como resultado que los comportamientos disfuncionales informados por los sujetos en los tres escenarios disminuyeran después de la intervención.

1. PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

Finalidades

La relevancia de contar con un Programa de Entrenamiento en Habilidades Sociales Vía Internet, es brindar y ofrecer un tratamiento especializado que entrene en destrezas sociales a usuarios de la modalidad de Terapia en Línea y logren así adquirir e incorporar en su repertorio personal, habilidades interpersonales que le ayuden al momento de relacionarse con otras personas; además de las ventajas que tiene el hecho de tomar una terapia en línea, como los costos, el traslado, la accesibilidad, etc. Para los terapeutas de Terapia en Línea, les ayudará el contar con una alternativa y guía en la que se puedan basar al momento de que se presente algún paciente con dificultades interpersonales. Finalmente el impacto social será el que exista un menor número de personas con déficit social y mayor número de personas con éxito social, a medida que se lleven a cabo este tipo de entrenamientos en habilidades sociales.

La principal finalidad de este trabajo, fue instrumentar y evaluar un programa de Entrenamiento en Habilidades Sociales para un usuario de la modalidad de tratamiento vía Internet, que tuviera como motivo de consulta problemas de habilidades sociales.

Otra de las finalidades fundamentales de este trabajo fue evaluar si las habilidades sociales se pueden tratar a través de la Psicoterapia vía Internet y ayudar a los pacientes con déficit en habilidades sociales a confiar en este tratamiento. Además que el terapeuta pueda establecer que ante situaciones diversas en donde el paciente presente problemas de interacción social, el uso de este programa de entrenamiento, tenga resultados favorables para el paciente y por tanto para la terapia.

Participantes (Población destinataria)

Esta investigación estuvo dirigida a pacientes canalizados por del Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila" de la Facultad de Psicología a la modalidad de Psicoterapia vía Internet, que cumpliera con los siguientes criterios de inclusión:

- a) Ser mayores de edad.
- b) Tener un nivel mínimo de secundaria.
- c) Que su motivo de consulta fuera presentar dificultades en sus relaciones sociales.
- d) No estar bajo otro tratamiento psicológico o farmacológico.
- e) Que en el inventario de Depresión y Ansiedad de Beck sus puntuaciones indiquen un nivel máximo de "moderado".
- f) Que en la Entrevista semiestructurada para la evaluación de las Habilidades Sociales de Caballo presentaran dificultades en sus Habilidades Sociales.

Para fines de esta investigación sólo se utilizó a una paciente debido a que al momento de realizar el informe, solamente ella cumplió con los requisitos de inclusión y por tanto fue a la cual se le aplicó el PEHSV. Los datos de esta paciente fueron:

Nombre: Paciente X

Edad: 20 años

Sexo: Femenino

Escolaridad: Universitaria

Ocupación: Estudiante de Psicología

Estado civil: Soltera

Motivo de consulta: Presentó dificultades de expresividad y de sus relaciones sociales.

No tomaba ningún tipo de medicamentos.

Inventario de Beck para Ansiedad: registró una puntuación de 7, lo cual indica un nivel de ansiedad leve.

Inventario de Beck para Depresión: registró una puntuación de 5, lo cual indica un nivel de depresión mínima.

Espacio de Trabajo

Laboratorio de Enseñanza Virtual y Ciberpsicología en el edificio "B" de la Facultad de Psicología, UNAM; equipado con computadoras con acceso a Internet, cámara web, micrófono, audífonos, bocinas y el Software del Servicio (Plataforma para Psicoterapia en línea).

Fases por las que discurrió el reporte de prácticas profesionales

TIEMPO ACTIVIDADES	DICIEMBRE	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO
Búsqueda de bibliografía	X					
Establecer objetivos	X					
Elaboración del programa de entrenamiento		X				
Validación de los instrumentos de evaluación a través de expertos		X				
Atención terapéutica		X				
Intervención Terapéutica		X	X	X	X	X
Realización del reporte de Prácticas profesionales					X	
Análisis de los resultados obtenidos						X
Informe de resultados						X

Hipótesis

A través del tratamiento Cognitivo Conductual Vía Internet, y de la instrumentación del Programa de Entrenamiento en Habilidades Sociales Vía Internet (PEHSVI) los niveles del déficit en habilidades sociales de la paciente disminuirán.

Variables

Variable independiente: Modelo de tratamiento Cognitivo-Conductual para el Entrenamiento en Habilidades Sociales en la Psicoterapia vía Internet.

Variable dependiente: Evaluación de indicadores psicológicos correspondientes al déficit de habilidades sociales e índices de mejoría medidos con la Escala multifactorial de expresión social parte motora y cognitiva e inventarios de Beck para ansiedad y depresión.

Materiales, instrumentos y recursos del programa de intervención

Se utilizarán los siguientes instrumentos:

- Audífonos
- Computadora con conexión a Internet
- Bocinas y micrófono
- Software (Microsoft Office)
- Programas de mensajería con acceso libre (Messenger Hotmail, Yahoo)
- Software del Servicio (Plataforma para Psicoterapia en línea)
- Teléfono

Medición (Mecanismos de Evaluación)

- 1) Ficha de identificación: para conocer los datos generales de la paciente (edad, sexo, etc.).
- 2) Motivo de consulta: conocer cuáles eran los principales síntomas que aquejaban a la paciente y partir de ello enfocar el tratamiento.
- 3) Historia clínica: Es el registro completo realizado de forma confidencial a todo tipo de paciente que atendemos por primera vez; en donde establecemos un diálogo de tal forma que se entienda, conozca y comprenda al enfermo, generando así una relación médico-paciente de considerable valor terapéutico.
- 4) Se utilizó la entrevista semiestructurada para la evaluación de las Habilidades Sociales (Caballo, 1997). (ver anexo 1)
- 5) Se aplicó el Inventario de Beck para depresión y ansiedad,
- 6) Se aplicó la Escala Mutidimensional de expresión social-parte motora y cognitiva (Caballo 1997) antes y después del tratamiento. Estas escalas fueron validadas, sólo del lenguaje para la población y cultura mexicana, a través de jueces de expertos, los cuales consideraron apropiada su aplicación. (ver anexo 2 Y 3)

Para la instrumentación de este programa de intervención, fue necesaria la validación de los instrumentos que miden las habilidades sociales, por lo cual se recurrió a la validación por expertos de los instrumentos. El grupo de expertos estuvo integrado por 12 jueces que analizaron la pertinencia y la logística de cada uno de los reactivos de la Escala Mutidimensional de Expresión Social-parte motora (EMES-M) y la Escala Mutidimensional de Expresión Social-parte cognitiva (EMES-C) las cuales se utilizaron para medir las habilidades sociales de la paciente y las cuales sólo se adaptaron al lenguaje de la cultura mexicana debido a que ya habían sido validadas al español.

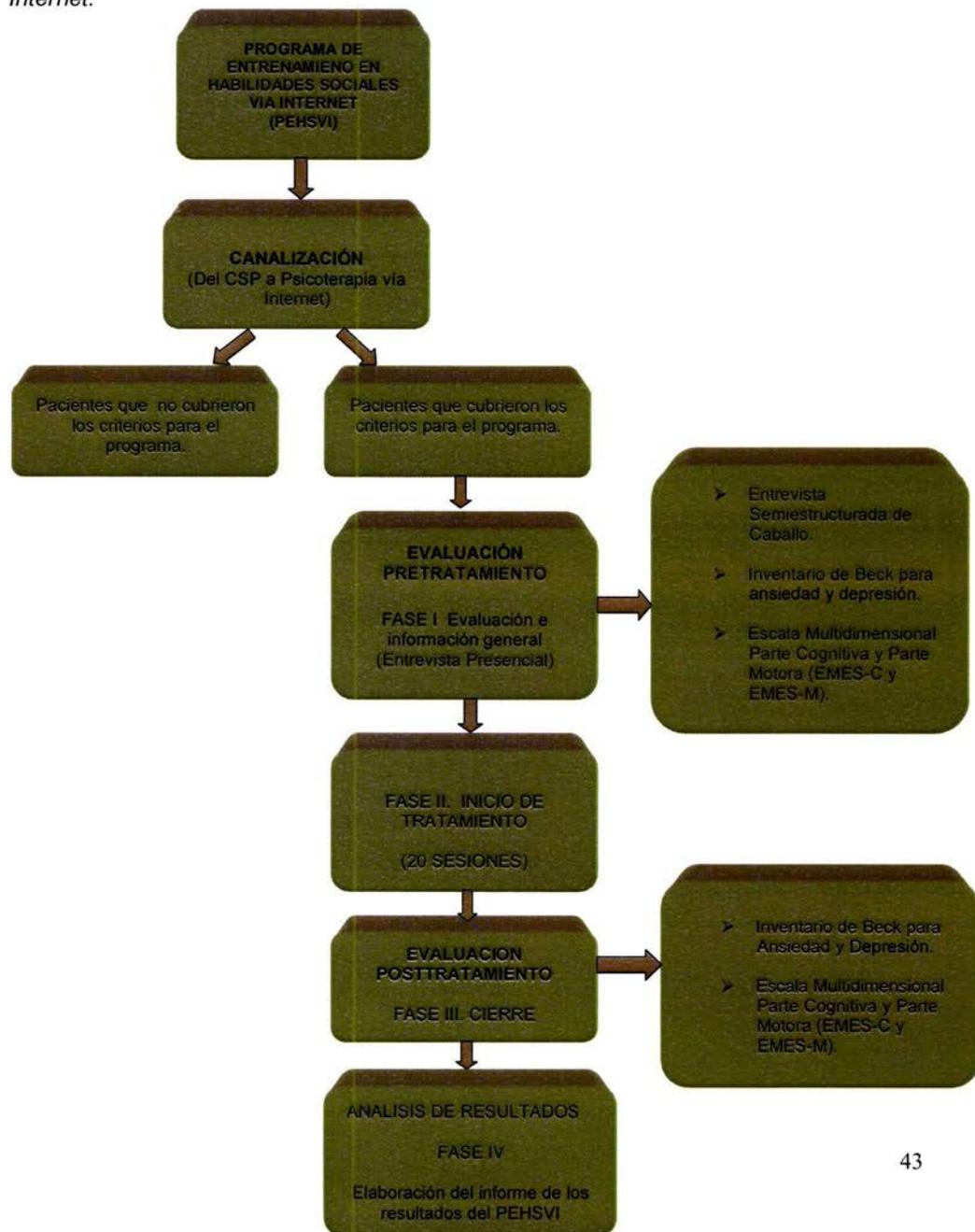
La validación de las escalas tuvieron los siguientes resultados: para la escala EMES-C, los jueces acordaron que 7 de los 44 reactivos que componen esta escala, era pertinente modificarlos. Los reactivos que se modificaron fueron el 1, 4, 13, 21, 22, 35 y

38. Una vez modificados los expertos decidieron que para los reactivos 4, 13, 21, 22 y 35 los cambios hechos, eran pertinentes. Para los reactivos 1 y 38 decidieron que era preferible modificar algunas palabras de su contenido. Esto quiere decir que de los 7 reactivos modificados en esta escala sólo 2 sufrieron modificaciones.

Por lo que se refiere a la escala EMES- M, se modificaron 11 de los 64 reactivos que la componen, éstos fueron: 1, 8, 9, 33, 34, 35, 44, 52, 57, 58, 59 y 64. A las modificaciones realizadas a estas preguntas, los jueces decidieron que sólo 2 tenían que cambiar algo de su construcción, y que para los otros 8 reactivos, eran adecuados los cambios.

Dado estos resultados de la validación por expertos, se utilizaron estos instrumentos para evaluar las habilidades sociales de la paciente, ya que se creyeron que la mayoría de los reactivos que componían los instrumentos, eran convenientes para la cultura mexicana.

Fases por las que discurrió el Programa de Entrenamiento en Habilidades Sociales Vía Internet:



A continuación se describe de manera más explícita las fases antes mencionadas:

EVALUACIÓN PRETRATAMIENTO

FASE I. Evaluación e información general (Entrevista Presencial)

- La paciente conoció todo lo relacionado con su terapia: la modalidad, costos, horarios, duración y se aclararon dudas respecto al tratamiento.
- Se realizó la presentación del terapeuta con la paciente y se aplicó la entrevista semiestructurada de Caballo (1986).
- Se verificó qué habilidades sociales estaban menos desarrolladas en la paciente.
- Se le explicó qué es lo que se iba a tratar y la importancia que tenía.
- Se le dio y explicó los autoregistros, que tenía que llenar durante dos semanas antes de empezar el tratamiento (línea base) (ver anexo 4 y 5).

FASE II. SESIONES DE TRATAMIENTO

- Sesión 1: *Presentación y análisis del caso*. Se aclararon dudas respecto a cómo se va a llevar a cabo la terapia vía Internet, se hizo una breve exposición del programa que se iba a desarrollar, además de esto, se le explicó qué son las habilidades sociales, por qué vamos a entrenarlas y por qué la persona se vuelve poco hábil socialmente. Se informó a la paciente de los resultados obtenidos en la evaluación pretratamiento. Posteriormente se analizaron cuáles áreas resultaron más afectadas.
- Sesión 2: *Tema Asertividad*. Se le explicó a la paciente las tres formas distintas de comportarse: a) agresiva, b) pasiva y c) asertiva. Se le dieron varios ejemplos hasta que al paciente le quedara clara la diferencia entre cada una de estas formas de actuar. Al final de la sesión se le pidió de tarea que identificara cuál de las formas antes mencionadas, era la que prevalecía en su comportamiento diario y ante qué situaciones y cómo las manejaba.
- Sesión 3, 4 y 5: *Tema: Comunicación verbal y no verbal*. Se revisó la tarea de la sesión pasada y se comenzó a trabajar con las áreas específicas en las que se tenía dificultades, analizando por qué la paciente no se comporta de forma asertiva en determinadas situaciones. Se explicó la comunicación verbal y no verbal además de la representación de lo que la paciente hacía normalmente en

las distintas situaciones, enseñándole a observar conductas no verbales y verbales, incidiendo en la importancia de las mismas (mirada, postura, tono de voz, fluidez verbal, etc.). Aprendió las conductas adecuadas para la intervención a nivel no verbal y verbal. Las tareas de estas sesiones fueron que la paciente pusiera en práctica lo visto en ellas, identificando aspectos verbales y no verbales y tratara de ponerlos en práctica de manera asertiva al momento de relacionarse con otras personas, especialmente en situaciones o personas con las que tuviera más dificultades.

- Sesión 6: *Tema: Relajación*. Se revisó la tarea de la sesión pasada, con el propósito de ver ante qué situaciones sus niveles de ansiedad eran más permanentes. Se le enseñó cómo reducir niveles de ansiedad, mediante la técnica de Relajación Muscular Progresiva, con respiración diafragmática, en la que se pedía a la paciente que tensara y relajara sistemáticamente varios grupos de músculos, y discriminara las sensaciones provocadas por la tensión y la relajación. La tensión de los músculos era de 5 a 7 segundos. La secuencia de la relajación fue descendente, es decir se empezó por la cara (incluyendo ojos, luego nariz, luego boca) cuello, hombros, brazos, manos, pecho, abdomen, nalgas, piernas y pies.
- Sesión 7, 8 y 9: *Tema: Creencias Irracionales*: Se le explicó la técnica necesaria para modificar pensamientos negativos y cómo sustituirlos por otros más asertivos, esto con el objetivo de crear y promover estrategias útiles para afrontar con éxito las situaciones que requirieran intervenciones en público. Las tareas en estas sesiones era que la paciente identificara que ideas irracionales estaban implícitas al momento de relacionarse con otras personas o realizar alguna actividad en público. Se analizaba dentro de las sesiones, algunas ideas de la paciente, para dejar en claro como revertir las creencias irracionales. Se combinaron técnicas como la de Creencias Irracionales, Modelado y Relajación, para estas sesiones.
- Sesión 10, 11 y 12: Se continuó con en el aprendizaje de nuevas alternativas para responder de forma asertiva ante distintas situaciones de interacción social (en especial en las que tenía más dificultades, ejemplificando sobre ellas mismas). Se repasó cómo era una conducta asertiva, por qué es tan difícil ser asertivos y cuáles son los derechos asertivos. (cuestionario de asertividad y lista de derechos de Bourne).

- Sesión 13: Se trabajó el cómo iniciar, mantener y terminar conversaciones con personas del mismo sexo y del sexo opuesto. Se mencionó la importancia que tiene el iniciar y mantener una conversación. También se practicó lo entrenado en sesiones anteriores. Siempre se dio importancia a la retroalimentación positiva. La técnica que se usó para dejar más claro lo visto en la sesión fue la del Role playing.
- Sesión 14: La paciente conoció la habilidad para hablar con personas de autoridad o adultas, se mencionó las ventajas y desventajas que tiene el hacerlo y se ejemplificó. Técnicas usadas: modelado y role playing.
- Sesión 15 y 16: La paciente entrenó en la expresión y recepción de conductas de afecto y en dar y recibir cumplidos. La paciente practica de forma encubierta la conducta que se va a llevar a cabo como la forma de preparar la representación de papeles. Se le explicó lo que es un cumplido y se le explicó y ejemplificó las ventajas y desventajas de hacerlo. Técnicas usadas: modelado y role playing.
- Sesión 17: Se le enseñó la habilidad para pedir favores y la expresión de quejas, su importancia y utilidad. Técnicas usadas: modelado y role playing).
- Sesión 18 y 19: Se fomentaron y reforzaron algunas habilidades solicitadas por la paciente como la habilidad para decir "NO" y hablar en público, se pusieron en práctica las estrategias aprendidas anteriormente para iniciar y mantener conversaciones con el fin de mejorar las habilidades heterosociales. (relajación, creencias irracionales, asertividad y las técnicas de disco rayado y Banco de niebla).

FASE III. EVALUACION POST-TRATAMIENTO

- Sesión 20: CIERRE: Se mandaron las evaluaciones postratamiento; segunda aplicación de los cuestionarios de Beck para ansiedad y depresión y de las escalas EMES-C y EMES-M.
- Se hizo la devolución de los resultados obtenidos, del avance del comportamiento, la comparación de las conductas poco hábiles antes y después del tratamiento.

- Se le pidió a la paciente que mencionara cómo se sentía antes y al final de la terapia, qué le dejó, qué aprendió y cuáles eran las áreas que necesitaba continuar practicando, y se le dio reforzamiento positivo y aspectos de mejora.

TOTAL DE SESIONES: 20

Nota: En todas las sesiones se dejaron tareas a la paciente que tuviera que ver con exposición a la situación que se le dificultaba, siempre y cuando se considerara que ya estaba preparada para realizarla.

RESULTADOS

De acuerdo con los objetivos planteados en un principio en este estudio, se estableció la instrumentación y evaluación de un Programa de Entrenamiento en Habilidades Sociales Vía Internet para conocer si este tipo de modalidad de terapia y la aplicación de este programa de intervención, puede tener éxito al momento de abordar a pacientes con problemas de habilidades sociales.

Una vez listos los instrumentos y diseñado las fases por las cuales discurría el Programa de Entrenamiento, se aplicó a la paciente el Programa de Entrenamiento en Habilidades Sociales Vía Internet.

Ya finalizada la aplicación del Programa de Entrenamiento, se obtuvieron los siguientes resultados pre y post de las escalas EMES-C y EMES-M, del cuestionario de Beck para ansiedad y depresión. Además se calcularon los puntajes del grado de ansiedad manifestado por la paciente semanalmente ante situaciones sociales y el grado de satisfacción con las conductas realizadas en cada una de éstas situaciones, a partir del autorregistro semanal de la paciente.

Las puntuaciones de las evaluaciones pretratamiento y postratamiento para cada una de las escalas de los cuestionarios utilizados para la evaluación, y los resultados obtenidos se muestran en las tablas siguientes:

Tabla 1: Diferencia de medias entre la evaluación pre y postratamiento referidas a las doce variables del cuestionario EMES-C, en donde a mayor puntaje menos habilidad en dicha variable.

VARIABLES	MEDIAS		PUNTAJE MAXIMO POR ELEMENTO
	PRE	POST	
EMES C-1 Temor a la expresión en público y a enfrentarse con superiores	29	22	44
EMES C-2 Temor a la desaprobación de los demás al expresar sentimientos negativos y al rechazar peticiones	9	6	20
EMES C-3 Temor a hacer y recibir peticiones	9	8	16
EMES C-4 Temor a hacer y recibir cumplidos	8	5	16
EMES C-5 Preocupación por la expresión de sentimientos positivos y la iniciación de interacciones con el sexo opuesto	11	8	20
EMES C-6 Temor a la evaluación negativa por parte de los demás al manifestar conductas negativas	7	5	16
EMES C-7 Temor a una conducta negativa por parte de los demás en la	9	5	16

expresión de conductas positivas			
EMES C-8 Preocupación por la expresión de los demás en la manifestación de sentimientos	10	6	16
EMES C-9 Preocupación por la impresión causada en los demás	8	4	16
EMES C-10 Temor a expresar sentimientos positivos	6	5	16
EMES C-11 Temor a la defensa de los derechos	3	2	8
EMES C-12 Asunción de posibles carencias propias	6	2	8
Total de las medias	PRE: 115	POST: 78	176

Como se puede ver en la tabla anterior, la paciente al inicio del tratamiento obtuvo en la escala que mide los aspectos cognitivos, una media de 115 y en la evaluación final una media de 78 de 176 que puede tener de máximo, esto nos indica que los pensamientos de la paciente cambiaron significativamente después de la aplicación del PEHSVI.

Tabla 2: Diferencia de medias entre la evaluación pre y postratamiento referidas a las doce variables del cuestionario EMES-M, en donde a mayor puntaje menos habilidad en dicha variable.

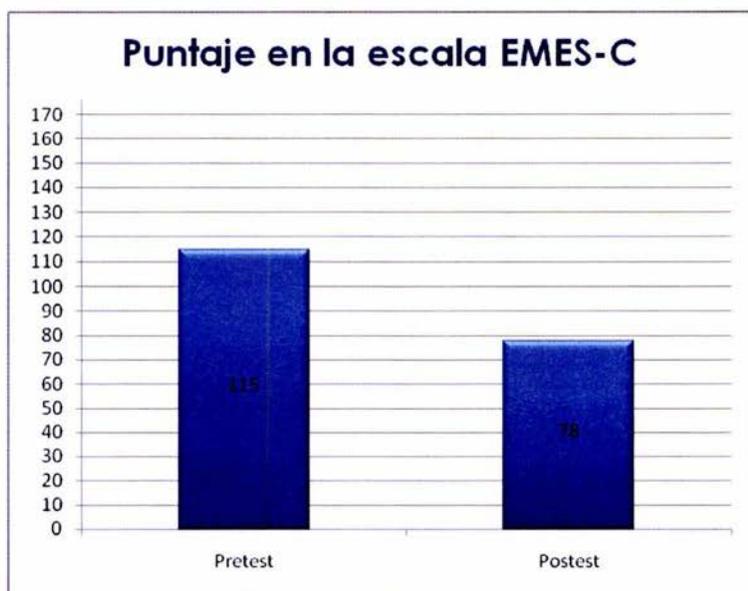
VARIABLES	MEDIAS		PUNTAJE MAXIMO POR ELEMENTO
	PRE	POST	
EMES M-1 Iniciación de interacciones	23	12	40
EMES M-2 Hablar en público/enfrentarse con superiores	19	13	40
EMES M-3 Defensa de los derechos de consumidor	6	6	16
EMES M-4 Expresión de molestia, desagrado, enfado	9	8	20
EMES M-5 Expresión de sentimientos positivos hacia el sexo opuesto	9	4	20
EMES M-6 Expresión de molestia y enfado hacia familiares	7	5	16
EMES M-7 Rechazo de peticiones provenientes del sexo opuesto	6	3	12
EMES M-8 Aceptación de cumplidos	8	5	16

EMES M-9 Tomar la iniciativa en las relaciones con el sexo opuesto	0	0	12
EMES M-10 Hacer cumplidos	5	1	12
EMES M-11 Preocupación por los sentimientos de los demás	4	4	8
EMES M-12 Expresión de cariño hacia los padres	4	2	4
Total de las medias	PRE: 100	POST: 63	256

En la tabla anterior, la paciente al inicio del tratamiento obtuvo en la escala que mide los aspectos físicos, una media de 100 y en la evaluación final una media de 63 de un máximo de 256 que puede obtener, esto indica que los aspectos físicos de la paciente cambiaron significativamente después de la aplicación del PEHSVI.

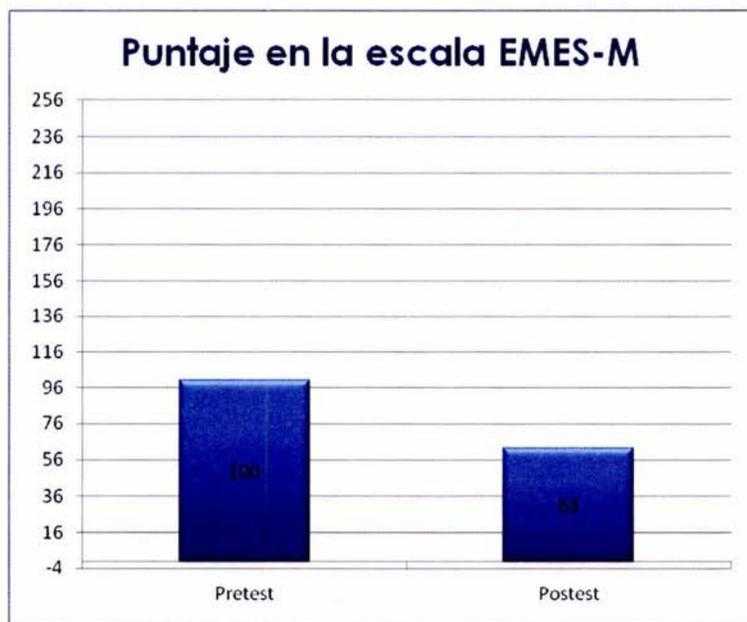
A continuación se muestra de forma grafica los puntajes pre y post de las escalas EMES-C y EMES-M.

Grafica 1. En esta grafica se sitúan los puntajes antes y después de la aplicación del Programa de Entrenamiento en Habilidades Sociales Vía Internet. Se puede observar claramente el decremento del puntaje en la EMES-C, que tiene que ver con los aspectos cognitivos de la paciente ante situaciones sociales.



Grafica 1. Puntaje antes y después de la EMES- C. (N=1)

Grafica 2. En esta grafica se sitúan los puntajes de la EMES- M antes y después de la aplicación del Programa de Entrenamiento en Habilidades Sociales Vía Internet. Se puede observar claramente el decremento del puntaje en la EMES-M, que tiene que ver con los aspectos motrices de la paciente que tienen que ver con situaciones sociales.



Grafica 2. Puntaje antes y después de la EMES- M (N=1)

A continuación se presentan los resultados de los niveles de ansiedad reportados por la paciente semanalmente ante las situaciones de interacción social temidas, así como el grado de satisfacción con la conducta manifestada ante situaciones sociales, reportadas en el Autorregistro semanal de la paciente y que se muestran en las graficas 3 y 4, que corresponden desde el periodo de la línea base; lo reportado durante y al final del tratamiento, y que reflejan la evolución y la tendencia semanal de la paciente.

Grafica 3. En esta grafica se muestra los niveles de ansiedad reportados en el autoregistro, de las dos semanas de la línea base y de las 20 sesiones del tratamiento. La paciente evaluaba su ansiedad del 0 al 100 (donde 0 era nada de ansiedad y 100 demasiada) ante diversas situaciones diarias por cada semana de lo que duró el tratamiento, y se sacó un promedio semanal de acuerdo a las puntuaciones señaladas por el paciente.



GRAFICA 3. Niveles de ansiedad durante la línea base y a lo largo de las sesiones de tratamiento(N=1)

En la grafica anterior, se puede ver claramente el decremento de la ansiedad ante las situaciones semanales reportadas por la paciente, de la línea base en comparación con las semanas de tratamiento. Se puede notar que en las ultimas 4 semanas de tratamiento el índice bajo de ansiedad era más constante. Dado estos resultados se deduce que la aplicación del Programa de Entrenamiento tuvo implicaciones en el comportamiento y la toma de decisiones de la paciente, quien mejoró de manera significativa en dichos aspectos.

Grafica 2. En esta grafica se muestra los niveles de satisfacción con la conducta emitida reportada en el autoregistro, de las dos semanas de la línea base y de las 20 sesiones del tratamiento. La paciente evaluaba su satisfacción con su conducta en una escala del 0 al 10 (donde 0 era muy poca y 10 era mucha satisfacción) ante diversas situaciones diarias en las cuales tuviera que aplicar las técnicas o procedimientos vistos en las sesiones de lo que duró el tratamiento, por lo que se sacó un promedio semanal de acuerdo a las puntuaciones señaladas por la paciente.



GRAFICA 2. Niveles de satisfacción de la conducta durante la línea base y a lo largo de las sesiones de tratamiento(N=1)

En la grafica anterior, se puede reflejar el aumento de la satisfacción de la paciente con su conducta a lo largo del tratamiento que refleja un aumento significativo en la última semana de la terapia en comparación con la línea base.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Los objetivos inicialmente propuestos se alcanzaron, a partir de la implementación y aplicación del Programa de Entrenamiento en Habilidades Sociales Vía Internet que tuvo como objetivo, dotar a la paciente de técnicas de afrontamiento al momento de sus interacciones sociales.

Se deduce a partir de los resultados de las escalas EMES-C y EMES-M, que la aplicación del Programa de Entrenamiento de Habilidades Sociales, pudo reducir los aspectos cognitivos y físicos de la paciente que provocaban que se desarrollara deficientemente en situaciones sociales y provocara así, un déficit en sus habilidades sociales, que aunque no eran demasiado altas, sí interfería directamente en la vida social de la paciente, a quien al finalizar dicha aplicación se mostraba más segura en su actuar diario y en su manera de expresarse dentro y fuera de las sesiones. Por lo tanto el cambio que se refleja entre la evaluación de cada una de las escalas pre y post es estadísticamente significativo.

El análisis de datos nos muestra significativas disminuciones en la incidencia de pensamientos negativos en casi todos los factores medidos por el cuestionario EMES-C. Estas mejorías son de mayor magnitud en pensamientos relacionados con el temor a hablar en público, enfrentarse con superiores, temor a la desaprobación de los demás y el temor a hacer y recibir cumplidos.

En lo que se refiere a las mejorías que tienen que ver con las conductas sociales de la paciente, es decir, los datos ofrecidos por el cuestionario EMES-M, aparecen mejorías en prácticamente todos los factores, destacando las relacionadas con situaciones de iniciación de interacciones, hablar en público, enfrentarse con superiores, aceptación de cumplidos y tomar la iniciativa en relaciones con el sexo opuesto.

En los totales de las medias de las dos escalas aplicadas (EMES-C y EMES-M), se refleja el grado de mejora de la paciente con respecto a los procesos cognitivos y motores que presentaba la paciente ante situaciones de interacción social. Por lo cual se puede decir que el tratamiento aplicado fue benéfico.

Además de la aplicación de las escalas mencionadas anteriormente, se procuró que se ajustaran a la población y cultura mexicana, ya que estas escalas fueron elaboradas para población española, por lo cual se validaron a través de jueceo de expertos, sólo en aspectos de lenguaje, ya que se contaba con datos de su confiabilidad y validez. Los jueces que analizaron y validaron los instrumentos acordaron que estas escalas podrían utilizarse en población mexicana dado que medía lo que pretendía medir, en este caso aspectos de las habilidades sociales.

Con respecto a los resultados pre y post de los inventarios de Beck para Ansiedad y Depresión; se notó la disminución del índice de ansiedad, de una ansiedad moderada a leve, y en los índices de depresión, permanecieron igual en leve, provocando como resultado la estabilidad de la paciente en estos estados. Esto reflejó un aspecto, que sería importante considerar para futuros estudios, que es el aplicar una escala de ansiedad rasgo y estado para poder analizar con más detalle, cuáles son los aspectos que provocan más ansiedad y cómo cambian al momento de la intervención.

En cuanto al objetivo de saber si la Psicoterapia vía Internet es funcional en estos casos en el tratamiento de habilidades sociales, se ha podido comprobar la disminución de la respuesta de ansiedad y aumento en destrezas sociales, como consecuencia de la aplicación del Programa de Entrenamiento en Habilidades Sociales Vía Internet; por lo cual este tipo de modalidad de terapia puede ser benéfica al momento de tratar problemas como el déficit en habilidades sociales.

Un aspecto importante que se observó al momento de la aplicación de la evaluación postratamiento con respecto de la evaluación pretratamiento, es que la paciente pudo enfrentarse a las mismas pruebas en dos ocasiones. En la primera ocasión desconocía

casi por completo, o al menos tenía un conocimiento muy breve, de qué eran las habilidades sociales, cómo son, cómo se pueden mejorar, y por tanto, un conocimiento poco claro de cómo eran sus propias habilidades sociales. En la segunda evaluación, tras haber realizado el programa, ya conoce muy bien qué son las habilidades sociales por lo menos teóricamente.

Este cambio en la información que la paciente tenía provocó, una mejoría en su capacidad de autoobservación, que a su vez provocaron cambios en la forma de percibir, interpretar y contestar a los ítems. Probablemente este aumento se deba a que la paciente en la fase postratamiento, al momento de contestar la prueba, lo hace de una manera más coherente y más ajustada a la realidad.

Otro aspecto importante que es necesario mencionar, es que el orden de las sesiones es recomendable ajustarlo de acuerdo a los resultados de las escalas que midan habilidades sociales, de tal forma que se cubran aquellas en donde los pacientes salgan con una menor habilidad y así se logren mejores resultados.

Podemos concluir que se ha comprobado las disminuciones de situaciones conflictivas y poco controladas por la paciente, en un ambiente de interacción social, tras la aplicación del Programa de Entrenamiento en Habilidades Vía Internet. Cabe mencionar que uno de los aspectos que favoreció el trabajo terapéutico con la paciente, fue el uso de la tecnología utilizada en las sesiones, por ejemplo el uso del audio en todas las sesiones, por lo que los resultados antes expuestos podrían sufrir cambios si sólo se utiliza el Chat en las terapias psicológicas de entrenamiento en habilidades sociales vía internet.

Es importante considerar que los resultados antes mencionados pueden variar debido a que sólo se aplicó el programa a una sola persona, por lo cual se recomienda que para futuras investigaciones se pueda aplicar a una mayor población.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aguilar, E. (1987). *Asertividad: Cómo ser tú mismo sin culpas*. Editorial Pax. México.

Ballester, R., Gil, M. (2002). *Habilidades Sociales*. Editorial Síntesis. Madrid.

Bourne, E. (1999). *The anxiety and phobia workbook*. E.U.A. Editorial New Harbinger publication INS. Tercera edición.

Caballo, V. (1991): *Manual de evaluación y entrenamiento de habilidades sociales*. Siglo veintiuno editores. Madrid.

Caballo, V (2006): *Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos*. Ediciones Pirámide. Madrid.

Cárdenas, G., Serrano, B., Patoni, R., Flores, L. (2005). *Psicoterapia en línea, manual del terapeuta*. Facultad de psicología. México.

Carrasco, T., Luna M. (2001). *Habilidades para la vida*. Paraninto. Madrid.

Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila". Facultad de Psicología UNAM.

Del Prette, Z., Del Prette, A. (2002). *Psicología de las habilidades sociales: Terapia y educación*. Editorial Manual Moderno. México.

Gil, F., León J. (2000): *Habilidades Sociales, Teoría, investigación e intervención*. Síntesis Psicológica. Madrid.

Hernández, L., Sánchez, K. (2004). *Evaluación de las habilidades Sociales en jóvenes universitarios que utilizan la Internet*. Tesis de licenciatura. Facultad de psicología. Universidad Nacional Autónoma de México.

Hernández, S., Fernández, C., Baptista, L. (2007). *Metodología de la Investigación*. Mc Graw Hill: México.

Hidalgo, C., Abarca, N. (2000). *Comunicación Interpersonal, Programa de Entrenamiento en Habilidades Sociales*. Alfaomega. Chile.

Jeffrey, A. (2002). *Entrenamiento de las habilidades sociales*. Desclée. Bilbao.

Madera, H., Sánchez, C. (2001). *Programa de Entrenamiento en Habilidades Sociales para la disminución de Fobia Social en Adolescentes*. Tesis de licenciatura. Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México.

Medina, Mora. et. al, (2003). *Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados de la encuesta de Epidemiología Psiquiátrica en México*. Salud Mental, agosto, año/vol. 26 numero 004. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. Distrito Federal, México. Pp1-16.

Monjas, I. (1993). *Programa de enseñanza de habilidades de interacción social para niños y niñas en edad escolar*. Valladolid. Trilce.

Monjas, I., Gonzales, B. (2000). *Las Habilidades sociales en el currículo*. Centro de Investigación y Documentación Educativa CIDE.

Patoni, M. (2003). *Psicoterapia vía Internet, su práctica, regulación e investigación: el caso de tabaquismo*. Tesis de licenciatura. Facultad de psicología. Universidad Nacional Autónoma de México.

Verdugo, M. (1989). *Los programas conductuales alternativos: I Habilidades Sociales*. MEPSA. Madrid.

Wolpe, J. (1993). *Práctica de la Terapia de la Conducta*. Editorial Trillas. México.

Direcciones electrónicas

Garduño, R. (2004) *La sociedad de la Información en México frente al uso del Internet*. [Versión electrónica] recuperado el 29 de octubre del 2006 en:

<http://www.revista.unam.mx/vol.5/num8/art50/art50.htm>

Islas, O. (2005) *Internet en México*. [Versión electrónica] Recuperado el 28 de octubre del 2006 en: <http://www.psicologia-online.com/ciopa2001/actividades/17/index.html>.

INEGI. (2007). *Estadísticas a propósito del día mundial de Internet. Biblioteca Digital del INEGI*. Recuperado 17 mayo del 2007, en:

<http://www.inegi.gob.mx/inegi/default.aspx?s=inegi&c=1777&pred=1>

Núñez, M. (2008) Competencias en habilidades sociales. *En Infomed Red de Salud de Cuba* (Recuperado del 12 de mayo de 2008 en: <http://saludparalavida.sld.cu/modules.php?name=News&file=article&sid=186>)

Taylor R. (2007) Habilidades sociales clave. *En Uncommon knowledge*. Recuperado del 5 de enero de 2008 en:

http://translate.google.com/translate?hl=es&sl=en&u=http://www.self-confidence.co.uk/social_skills.html&sa=X&oi=translate&resnum=2&ct=result&prev=/search%3Fq%3Dsocial%2Bskills%26hl%3Des%26sa%3DG

Cruz, A. (2005) La depresión, enfermedad del siglo XXI, afecta en México a 10 millones. Recuperado el 23 de mayo del 2008 en: <http://www.jornada.unam.mx/2005/02/23/a02n1cie.php>

www.research.ibm.com/journal/sj/384/dryer.htm-128k

ANEXOS

ANEXO 1

Proyecto PAPIME EN300104

“Psicoterapia en Línea: una propuesta de formación profesional”



ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA PARA LA EVALUACIÓN DE LAS HABILIDADES SOCIALES V. E. CABALLO, 1987

1. DATOS GENERALES

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Ocupación: _____ Estado civil: _____ N.º de hermanos: _____

N.º de hermanas: _____

¿Qué lugar ocupa entre los/as hermanos/as?

¿Con quién está viviendo actualmente?

2. DESCRIPCIÓN FÍSICA DEL PACIENTE

3. OBSERVACIÓN CONDUCTUAL DEL PACIENTE DURANTE LA ENTREVISTA (adecuación de diferentes elementos moleculares)

	Muy inapropiado/a		Normal			Muy apropiado/a	
Mirada	1	2	3	4	5	6	7
Expresión facial	1	2	3	4	5	6	7
Sonrisas	1	2	3	4	5	6	7
Postura corporal	1	2	3	4	5	6	7
Orientación	1	2	3	4	5	6	7
Gestos	1	2	3	4	5	6	7
Automanipulaciones	1	2	3	4	5	6	7
Volumen de voz	1	2	3	4	5	6	7
Tono e inflexión	1	2	3	4	5	6	7
Fluidez del habla	1	2	3	4	5	6	7
Tiempo de habla	1	2	3	4	5	6	7
Claridad	1	2	3	4	5	6	7
Contenido verbal	1	2	3	4	5	6	7
Sentido del humor	1	2	3	4	5	6	7
Apariencia personal	1	2	3	4	5	6	7

Elementos globales

	Muy bajo/a					Muy alto/a	
Habilidad Social	1	2	3	4	5	6	7
Ansiedad general	1	2	3	4	5	6	7
Atractivo físico	1	2	3	4	5	6	7

Comentarios generales sobre los aspectos anteriores:

4. DESCRIPCIÓN POR PARTE DEL PACIENTE DE LOS PROBLEMAS PRESENTES Y DE LOS OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO CON SUS PROPIAS PALABRAS

5. PRINCIPALES PROBLEMAS ADEMÁS DE LA INADECUACIÓN SOCIAL

6. EFECTOS DE LA DISFUNCIÓN SOCIAL SOBRE EL FUNCIONAMIENTO DIARIO DE LA PERSONA

7. MOTIVACIÓN PARA EL TRATAMIENTO

8 EVALUACIÓN DEL FUNCIONAMIENTO SOCIAL EN ÁREAS ESPECÍFICAS

8. Relaciones con el mismo sexo

¿Cuántos amigos/as íntimos/as tienes?

¿Tienes muchos/as amigos/as?

¿Cómo son estas relaciones?

¿Le es difícil conocer a gente nueva?

¿Cómo se comporta en esas ocasiones?

¿Cuánta gente nueva ha conocido en los dos últimos meses?

8.2. Relaciones con el sexo opuesto

¿Cuántos/as amigos/as íntimos tiene?

¿Tiene muchos/as otros/as amigos/as?

¿Cómo son estas relaciones?

¿Le es difícil conocer a gente nueva?

¿Cómo se comporta en esas ocasiones?

¿Con cuántas personas diferentes del sexo opuesto ha salido durante el último año?

¿Tiene problemas para conseguir una cita?

¿Cuántas veces ha tenido una cita en los dos últimos meses?

¿Con cuántas personas diferentes?

8.3. Capacidad para expresar sentimientos positivos y negativos hacia los demás

¿Tiene dificultad para expresar sentimientos positivos hacia los demás?

¿Cómo se siente al expresar esos sentimientos?

¿Qué piensa sobre la expresión de sentimientos positivos?

¿Cómo se comporta cuando los demás hacen que se sienta frustrado o enojado?

¿Expresa normalmente sus sentimientos de molestia a los demás?

¿Se muestra agresivo/a hacia los demás?

8.4. Defensa de los propios derechos

¿Hace valer sus derechos hacia los demás normalmente?

¿Cree que la gente se aprovecha de usted?

¿Hay algunas situaciones en las que le sea muy difícil defender sus derechos?

8.5. Manejo de críticas

¿Le critican frecuentemente?

¿Le afectan mucho las críticas?

¿Cómo reacciona a las críticas?

8.6. Hacer y rechazar peticiones

¿Puede, sin dificultad, pedir favores a los demás?

¿Hay situaciones en las que le es muy difícil pedir favores? ¿Qué piensa cuando va a pedir algo a alguien?

¿Tiene normalmente éxito en lo que pide?

¿Es capaz de resistir la presión de los demás para que se comporte de manera contraria a sus creencias?

¿Es capaz de rechazar peticiones poco razonables provenientes de amigos/as?

¿Y de superiores?

¿Qué piensa que sucedería en el caso de rechazar peticiones poco razonables con esas personas?

¿Cómo negocia los problemas con miembros de su familia?

¿Y con sus amigos/as?

¿Y en las relaciones laborales?

8.7. Hacer y recibir cumplidos

¿Tiene problemas para hacer cumplidos a otra persona?

¿Y para mostrar aprecio a alguien que ha hecho algo por usted?

¿Cómo reacciona a los cumplidos?

8.8. Interacción con figuras de autoridad

¿Le causan temor o ansiedad las figuras con autoridad?

¿Es capaz de enfrentarse con una figura de autoridad?

¿Cómo se comporta al relacionarse con una persona con autoridad?

¿Qué piensa cuando tiene que relacionarse con un superior?

8.9. Interacción con miembros de la familia

Relación con hermanos y hermanas en el pasado

En el presente

Relación con los padres en el pasado

En el presente

¿Qué piensa de su familia?

8. 0. *Interacciones con compañeros/as de trabajo y/o clase*

¿Cómo son las relaciones con sus compañeros/as de trabajo/clase?

¿Cómo le gustaría que mejoraran?

8. 1 *Situaciones de grupo*

¿Cómo se comporta en una situación de grupo?

¿Habla normalmente en una situación de grupo?

¿Teme lo que piensen las otras personas del grupo cuando habla usted?

8. 2. *Situaciones de hablar en público*

¿Le es difícil hablar en público?

¿Le impide la ansiedad hablar en público?

Si tuviera que hablar en público, ¿qué pensamientos le vendrían a la cabeza?

8. 3. *Iniciación de interacciones sociales*

¿Tiene dificultades en iniciar conversaciones?

¿Y en mantenerlas?

¿Cómo inicia conversaciones con sus iguales?

Grado de ansiedad antes de iniciar una conversación (1-10)

¿Qué piensa cuando va a iniciar una conversación?

8. 4. *Mantenimiento y desarrollo de interacciones sociales*

¿Qué hace para desarrollar y mantener una amistad con personas del mismo sexo?

¿Y del sexo opuesto?

¿Le duran mucho sus amistades?

¿Qué importancia tiene para usted el mantenimiento de relaciones sociales?

8. 5. *Expresión de opiniones*

¿Suele expresar sus opiniones?

¿Entienden los demás normalmente lo que les quiere comunicar?

9. ESTIMACIÓN SUBJETIVA DE SU HABILIDAD SOCIAL (1-10). DE SU ANSIEDAD SOCIAL (1-10)

10. COGNICIONES DISFUNCIONALES RELACIONADAS CON EL FUNCIONAMIENTO SOCIAL

11. CONOCIMIENTO SEXUAL, EXPERIENCIAS Y TEMORES

12. SITUACIÓN DE VIDA ACTUAL CON REFERENCIA ESPECIAL A CONTACTOS SOCIALES POTENCIALES

13. DESCRIPCIÓN DE UN DÍA TÍPICO CON REFERENCIA PARTICULAR A CONTACTOS SOCIALES

14. EMPLEO ACTUAL Y SITUACIÓN EDUCATIVA

15. INTERESES Y ACTIVIDADES DE OCIO AGRADABLES

16. OBSTÁCULOS PARA EL FUNCIONAMIENTO SOCIAL EFECTIVO

17. HISTORIA

17.1. *Descripción del período de comienzo de las dificultades sociales (anotar si las dificultades ha sido crónicas)*

17.2. *Educación*

17.3. *Historia laboral*

17.4. *Antecedentes familiares*

17.5. *Antecedentes de salud*

17.6. *Descripción del período de mejor funcionamiento social*

17.7. *Descripción del período de peor funcionamiento social*

ANEXO 2

Proyecto PAPIME EN300104

“Psicoterapia en Línea: una propuesta de formación profesional”



ESCALA MULTIDIMENSIONAL DE EXPRESIÓN SOCIAL PARTE COGNITIVA EMES-C Caballo, 1987

Nombre:	
Fecha:	Edad:
Sexo:	Edo. Civil:
Escolaridad:	Ocupación:

El siguiente inventario se ha diseñado para proporcionar información sobre algunos pensamientos que puedes tener de vez en cuando. Por favor, contesta a las preguntas poniendo una X en la casilla apropiada, de 0 a 4, según tu propia elección:

- 4: Siempre
- 3: Habitualmente o Frecuentemente
- 2: Algunas veces
- 1: Raramente
- 0: Nunca

1. Temo llamar la atención de forma negativa en una reunión de grupo, aunque con ello exprese mis opiniones personales.	0	1	2	3	4
2. Si un superior me molesta, me preocupa el tener que decírselo directa y claramente.	0	1	2	3	4
3. Temo expresar opiniones personales en un grupo de amigos/as por miedo a parecer incompetente.	0	1	2	3	4
4. Pienso que si no estoy seguro/a de lo que voy a decir es mejor que no inicie una conversación porque podría «regarla».	0	1	2	3	4
5. Me preocupa que al expresar mis sentimientos negativos justificados hacia los demás pueda con ello causarles una mala impresión.	0	1	2	3	4



6. Temo la desaprobación de mis amigos/as si me enfrento con ellos/as cuando se están aprovechando de mí.	0	1	2	3	4
7. Me preocupa el empezar una conversación con mis amigos/as cuando sé que no se encuentran de humor.	0	1	2	3	4
8. Pienso que es preferible ser humilde y minimizar los cumplidos que me hagan mis amigos/as que aceptarlos y poder causar una impresión negativa.	0	1	2	3	4
9. El hacer cumplidos a otra persona no va con mi forma de ser.	0	1	2	3	4
10. Cuando cometo un error en compañía de mi pareja temo que él/ella me critique.	0	1	2	3	4
11. Temo hablar en público por miedo a hacer el ridículo.	0	1	2	3	4
12. Me importa bastante la impresión que cause a los miembros del sexo opuesto cuando estoy defendiendo mis derechos.	0	1	2	3	4
13. Me preocupa hacer el ridículo cuando defiendo mis derechos personales ante mis padres.	0	1	2	3	4
14. He pensado que los demás tenían de mí una opinión desfavorable cuando expresaba opiniones contrarias a las de ellos/as.	0	1	2	3	4
15. Cuando un superior me critica injustamente, temo enfrentarme con él/ella porque puedo fallar al defenderme.	0	1	2	3	4
16. He pensado que es responsabilidad mía ayudar a la gente que apenas conozco, simplemente porque me lo hayan pedido.	0	1	2	3	4
17. Temo expresar cariño hacia mis padres.	0	1	2	3	4
18. Me preocupa hablar en público por temor a lo que los demás puedan pensar de mí.	0	1	2	3	4
19. Si hago un cumplido a una persona del sexo opuesto, me preocupa notablemente hacer el ridículo.	0	1	2	3	4
20. He estado preocupado/a sobre qué pensarían las otras personas de mí, si defiendo mis derechos frente a ellos.	0	1	2	3	4
21. Cuando expreso mi enojo por una conducta de mi pareja, temo su desaprobación.	0	1	2	3	4
22. Pienso que no es agradable recibir cumplidos y que la gente no debería decirlos tan seguido.	0	1	2	3	4
23. He pensado que si una persona del sexo opuesto rechaza una cita para salir conmigo, me está rechazando a mi como persona.	0	1	2	3	4
24. Me preocupa notablemente el iniciar conversaciones con desconocidos cuando	0	1	2	3	4

no hemos sido presentados.					
25. Pienso que, si me hacen un cumplido, lo más conveniente es pasarlo por alto y hacer como si no me hubiera dado cuenta.	0	1	2	3	4
26. Me preocupa que el mantener una conversación con una persona del sexo opuesto tenga que depender de mí.	0	1	2	3	4
27. Me importa mucho hablar en público por miedo a parecer incompetente.	0	1	2	3	4
28. Temo rechazar las peticiones que provienen de mis padres.	0	1	2	3	4
29. Me importa mucho el expresar desacuerdo ante personas con autoridad cuando ello podría suponer una opinión desfavorable.	0	1	2	3	4
30. Me preocupa lo que puedan pensar mis amigos/as cuando expreso mi afecto hacia ellos/as.	0	1	2	3	4
31. Me preocupa lo que piense la gente de mí si acepto abiertamente un cumplido que me han hecho.	0	1	2	3	4
32. He pensado que una persona a la que conozco poco no tiene el derecho de pedirme algo que me cueste hacer.	0	1	2	3	4
33. Si hago peticiones a personas con autoridad, temo su desaprobación.	0	1	2	3	4
34. He pensado que alguien que hace peticiones poco razonables sólo puede esperar malas contestaciones.	0	1	2	3	4
35. Pienso que el halagar o hacer cumplidos a un extraño no puede ser nunca una manera de empezar a conocer a esa persona.	0	1	2	3	4
36. Me preocupa notablemente que mi pareja no me corresponda siempre que le expreso mi cariño.	0	1	2	3	4
37. He pensado que si me enfrento a las críticas de mis amigos/as probablemente dé lugar a situaciones violentas.	0	1	2	3	4
38. Me importa mucho que al halagar a los demás alguien piense que soy un/a <<barbero/a>>.	0	1	2	3	4
39. El rechazar hacer lo que mi pareja me ha pedido es una forma segura de sentirme luego culpable.	0	1	2	3	4
40. Me preocupa hablar en público por miedo a hacerlo mal.	0	1	2	3	4
41. Temo que la gente me critique.	0	1	2	3	4
42. Me preocupa notablemente que al expresar sentimientos negativos hacia el sexo opuesto pueda causarles una mala impresión.	0	1	2	3	4
43. Si pido favores a personas que no	0	1	2	3	4

conozco o conozco muy poco, temo causarles una impresión negativa.					
44. Me preocupa mucho expresar sentimientos de afecto hacia personas del sexo opuesto.	0	1	2	3	4

ANEXO 3

Proyecto PAPIME EN300104

“Psicoterapia en Línea: una propuesta de formación profesional”



ESCALA MULTIDIMENSIONAL DE EXPRESIÓN SOCIAL PARTE MOTORA (EMES-M) Caballo, 1987

Nombre:	
Fecha:	Edad:
Sexo:	Edo. Civil:
Escolaridad:	Ocupación:

El siguiente inventario ha sido construido para proporcionar información sobre la forma como actúas normalmente. Por favor, contesta a las preguntas poniendo una X en la casilla apropiada, de 0 a 4, según tu propia elección:

- 4: Siempre (91 a 100 por 100 de las veces)
3: Habitualmente o Frecuentemente (66 a 90 por 100 de las veces)
2: De vez en cuando (35 a 65 por 100 de las veces)
1: Raramente (10 a 34 por 100 de las veces)
0: Nunca (0 a 9 por 100 de las veces)

Responde aparte, en la hoja de respuestas. Tu respuesta debe reflejar la frecuencia con que realizas el tipo de conducta descrito en cada pregunta.

1. Cuando personas que apenas conozco me halagan, intento minimizar la situación, quitando importancia al hecho por el que soy halagado.	0	1	2	3	4
2. Cuando un vendedor se ha tomado una molestia considerable en enseñarme un producto que no me acaba de satisfacer, soy incapaz de decirle que «no».	0	1	2	3	4
3. Cuando la gente me presiona para que haga cosas por ellos, me resulta difícil decir que «no».	0	1	2	3	4
4. Evito hacer preguntas a personas que no conozco.	0	1	2	3	4
5. Soy incapaz de negarme cuando mi pareja me pide algo.	0	1	2	3	4

6. Si un/a amigo/a me interrumpe en medio de una importante conversación, le pido que espere hasta que haya acabado.	0	1	2	3	4
7. Cuando mi superior o jefe me irrita, soy capaz de decirselo.	0	1	2	3	4
8. Si un amigo/a a quien he prestado 100 pesos parece haberlo olvidado, se lo recuerdo.	0	1	2	3	4
9. Me resulta fácil hacer que mi pareja se sienta bien, halagándola.	0	1	2	3	4
10. Me aparto de mi camino para evitar problemas con otras personas.	0	1	2	3	4
11. Es un problema para mí mostrar a la gente mi agrado hacia ellos.	0	1	2	3	4
12. Si dos personas en un cine o en una conferencia están hablando demasiado alto, les digo que se callen.	0	1	2	3	4
13. Cuando un atractivo miembro del sexo opuesto me pide algo, soy incapaz de decirle que «no».	0	1	2	3	4
14. Cuando me siento enojado con alguien lo oculto.	0	1	2	3	4
15. Me reservo mis opiniones.	0	1	2	3	4
16. Soy extremadamente cuidadoso/a en evitar herir los sentimientos de los demás.	0	1	2	3	4
17. Cuando me atrae una persona que no me han presentado, intento de manera activa conocerla.	0	1	2	3	4
18. Me resulta difícil hablar en público.	0	1	2	3	4
19. Soy incapaz de expresar desacuerdo a mi pareja.	0	1	2	3	4
20. Evito hacer preguntas en clase o en el trabajo por miedo o timidez.	0	1	2	3	4
21. Me resulta fácil hacer cumplidos a una persona que apenas conozco.	0	1	2	3	4
22. Cuando alguno de mis superiores me llama para que haga cosas que no tengo obligación de hacer, soy incapaz de decir que «no».	0	1	2	3	4
23. Me resulta difícil hacer nuevos amigos/as.	0	1	2	3	4
24. Si un/a amigo/a traiciona mi confianza, expreso claramente mi disgusto a esa persona.	0	1	2	3	4
25. Expreso sentimientos de cariño hacia mis padres.	0	1	2	3	4
26. Me resulta difícil hacerle un cumplido a un superior.	0	1	2	3	4
27. Si estuviera en un pequeño seminario o reunión y el profesor o la persona que lo dirige hiciera una afirmación que yo considero incorrecta, expondría mi propio	0	1	2	3	4

punto de vista.					
28. Si ya no quiero seguir saliendo con alguien del sexo opuesto, se lo hago saber claramente.	0	1	2	3	4
29. Soy capaz de expresar sentimientos negativos hacia extraños si me siento ofendido/a.	0	1	2	3	4
30. Si en un restaurante me sirven comida que no está a mi gusto, me quejo de ello al mesero.	0	1	2	3	4
31. Me cuesta hablar con una persona atractiva del sexo opuesto a quien conozco sólo ligeramente.	0	1	2	3	4
32. Cuando conozco a una persona que me agrada, le pido el teléfono para un posible encuentro posterior.	0	1	2	3	4
33. Si estoy enojado con mis padres, se lo hago saber claramente.	0	1	2	3	4
34. Expreso mi punto de vista aunque sea mal visto.	0	1	2	3	4
35. Si alguien ha hablado mal de mí o me ha atribuido hechos falsos, le busco enseguida para poner los puntos claros.	0	1	2	3	4
36. Me resulta difícil iniciar una conversación con un extraño.	0	1	2	3	4
37. Soy incapaz de defender mis derechos ante mis superiores.	0	1	2	3	4
38. Si una figura con autoridad me critica sin justificación, me resulta difícil discutir su crítica abiertamente.	0	1	2	3	4
39. Si un miembro del sexo opuesto me critica injustamente, le pido claramente explicaciones.	0	1	2	3	4
40. Dudo en solicitar citas por timidez.	0	1	2	3	4
41. Me resulta fácil dirigirme y empezar una conversación con un superior.	0	1	2	3	4
42. Con buenas palabras hago lo que los demás quieren que haga y no lo que realmente querría hacer.	0	1	2	3	4
43. Cuando conozco gente nueva, tengo poco que decir.	0	1	2	3	4
44. Hago como si no pasara nada cuando alguien se mete delante de mí en una fila.	0	1	2	3	4
45. Soy incapaz de decir a alguien del sexo opuesto que me gusta.	0	1	2	3	4
46. Me resulta difícil criticar a los demás incluso cuando está justificado.	0	1	2	3	4
47. No sé qué decir a personas atractivas del sexo opuesto.	0	1	2	3	4
48. Si me doy cuenta de que me estoy enamorando de alguien con quien salgo, expreso estos sentimientos a esa persona.	0	1	2	3	4

49. Si un familiar me critica injustamente, expreso mi enojo espontánea y fácilmente.	0	1	2	3	4
50. Me resulta fácil aceptar cumplidos provenientes de otras personas.	0	1	2	3	4
51. Me río de las bromas que realmente me ofenden en vez de protestar o hablar claramente.	0	1	2	3	4
52. Cuando me halagan, no sé qué responder.	0	1	2	3	4
53. Soy incapaz de hablar en público.	0	1	2	3	4
54. Soy incapaz de mostrar afecto hacia un miembro del sexo opuesto.	0	1	2	3	4
55. En las relaciones con mi pareja, es ella/él quien lleva el peso de las conversaciones.	0	1	2	3	4
56. Evito pedir algo a una persona cuando ésta se trata de un superior.	0	1	2	3	4
57. Si un pariente cercano y respetado me estuviera molestando, le expresaría claramente mi malestar.	0	1	2	3	4
58. Cuando el encargado en una tienda atiende a alguien que está detrás de mí, llamo su atención al respecto.	0	1	2	3	4
59. Me resulta difícil hacer cumplidos o halagar a un miembro del sexo opuesto.	0	1	2	3	4
60. Cuando estoy en un grupo, tengo problemas para encontrar cosas sobre las que hablar.	0	1	2	3	4
61. Me resulta difícil mostrar afecto hacia otra persona en público.	0	1	2	3	4
62. Si un vecino del sexo opuesto, a quien he estado queriendo conocer, me para al salir de casa y me pregunta la hora, tomaría la iniciativa para empezar una conversación con esa persona.	0	1	2	3	4
63. Soy una persona tímida.	0	1	2	3	4
64. Me resulta fácil mostrar mi enojo cuando alguien hace algo que me molesta.	0	1	2	3	4

ANEXO 4

Proyecto PAPIME
EN300104

*“Psicoterapia Vía Internet: Una Alternativa para la
Formación de Habilidades Clínicas y de Terapia a
Distancia”*



HOJA DE AUTORREGISTRO DE LA FRECUENCIA DIARIA DE DIVERSAS CLASES DE CONDUCTA (Caballo, 1987)

Nombre: _____ Semana: _____ al _____
Días

CLASES DE CONDUCTA	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
Iniciar conversaciones							
Mantener conversaciones							
Hablar en público							
Hacer cumplidos							
Aceptar cumplidos							
Pedir favores							
Rechazar peticiones							
Defender los derechos							
Expresión de afecto							
Expresión de opiniones							
Expresión de desagrado							
Afrontamiento							

ANEXO 5

Proyecto PAPIME
EN300104

*"Psicoterapia Vía Internet: Una Alternativa para la
Formación de Habilidades Clínicas y de Terapia a
Distancia"*



HOJA DE AUTORREGISTRO MULTIMODAL PARA EMPLEAR EN LA EVALUACION DE LAS HABILIDADES SOCIALES (Caballo, 1987)

Nombre: _____ Periodo: _____

Hora y día en que ocurrió	Situación	Evaluación de la ansiedad (0-100)	Pensamientos	Conducta social manifestada	Respuesta de los demás	Satisfacción con el resultado (1-10). Lo que te gustaría haber hecho

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

ANEXO 5

Proyecto PAPIME
EN300104

*"Psicoterapia Vía Internet: Una Alternativa para la
Formación de Habilidades Clínicas y de Terapia a
Distancia"*



HOJA DE AUTORREGISTRO MULTIMODAL PARA EMPLEAR EN LA EVALUACION DE LAS HABILIDADES SOCIALES (Caballo, 1987)

Nombre: _____ Periodo: _____

Hora y día en que ocurrió	Situación	Evaluación de la ansiedad (0-100)	Pensamientos	Conducta social manifestada	Respuesta de los demás	Satisfacción con el resultado (1-10). Lo que te gustaría haber hecho