



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS PROFESIONALES

**Programa de Terapia Racional Emotivo Conductual y
Asertividad para fortalecer la
Autoestima en el Psicólogo en formación**

TESIS

Que para obtener el título de
Licenciada en Psicología

P R E S E N T A

Anabel Fuentes Calderón

DIRECTOR DE TESIS

Dr. Samuel Jurado Cárdenas

REVISORA

Dra. Mariana Gutiérrez Lara

SINODALES

Mtra. Alma Mireya López Arce Coria

Dra. Paulina Arenas Landgrave

Dra. María Cristina Pérez Agüero



Ciudad Universitaria, Cd. Mx., 2017



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a la Universidad Nacional Autónoma de México, mi UNAM, por permitirme ser parte de ella, por enriquecerme y enorgullecerme día a día por la enorme labor que realiza en pro del desarrollo de la ciencia, la cultura y la humanidad, por México; por brindarme la oportunidad de cursar el nivel medio superior en la ENP 5, José Vasconcelos, su hermosa Facultad de Coapa y haberme cambiado la vida desde el primer día que pisé una de sus aulas. Por darme la oportunidad de estudiar esta noble profesión, Psicología, en su más hermoso campus, Ciudad Universitaria, mi hogar; por haberme otorgado la oportunidad de realizar estudios en el extranjero, en la Universidad Pública de Navarra, España, y con ello fortalecer y reafirmar mi identidad como mexicana comprometida con mi hacer profesional y personal, por permitirme tener una educación académica de excelente nivel al contar con extraordinarios profesores en la Facultad de Psicología, por mostrarme que hay mucho por aprender y hacer, por mantener mi deseo de crecimiento constante.

A mis papás: Rosa María y Leonardo, por su amor, su comprensión, su confianza, su guía y su apoyo incondicional, por sus exigencias, por enseñarme que siempre puedo esforzarme un poco más, por saber que soy motivo de que se sientan orgullosos y que sepan que sus esfuerzos han valido la pena, por hacer de mí una persona honesta y responsable, por hacerme una mujer fuerte y sensible a la vez para afrontar así las dificultades propias de la vida, por mostrarme que la familia siempre está ahí.

A mis hermanas: Hilda, Aimeé, Brenda y Monserrat, porque sé que cuento con su apoyo para seguir siempre adelante, así como ellas cuentan conmigo, por nuestra peculiar manera de demostrarnos cuánto nos queremos y celebrar nuestros éxitos, por compartir nuestras hazañas y alegrías pero también nuestros fracasos y tristezas, porque seguro la vida con hermanas es más divertida.

A los tres ángeles que sé que en todo momento me acompañan, mis abuelitos: mamá Sara, abuelita Gelita y papá Rafa, porque me enseñaron lo enriquecedor que es aprender de los más grandes, porque siempre estuvieron ahí demostrando su infinito amor por los suyos, porque saber de los logros de sus nietas siempre los alegraban y enorgullecían, porque siempre buscaron la forma de hacernos sentir de lo mejor, porque los abuelos siempre son consentidores y amorosos, no saben cuánto lamento que se hayan ido tan pronto, los llevo en todo momento en mi corazón.

Estoy infinitamente agradecida al Dr. Samuel Jurado Cárdenas, mi director de tesis, a quien admiro profundamente y quien se convirtió en mi guía desde el momento en que tuve la dicha de asistir a sus clases, quien me permitió observar los extraordinarios cambios que puede generar la psicología en la vida de las personas, y despertó en mí el interés por la Psicología Cognitivo Conductual, quien con su profesionalismo y honestidad me mostró la importancia de conducirse con responsabilidad, ética y pasión por la Psicología. Gracias Dr. por guiarme en la realización de este proyecto, por brindarme su apoyo y confianza para dar lo mejor de mí, porque con ello contribuyó a que disfrutara cada parte de este proceso, por permitirme aprender de usted, de sus excelentes conocimientos profesionales y al mismo tiempo permitirme conocer su excepcional calidad humana.

Gracias a mi revisora, la Dra. Mariana Gutiérrez Lara, por sus cuestionamientos, observaciones y sugerencias que fueron de gran ayuda en la realización de este proyecto, por el tiempo dedicado. A mis sinodales: Mtra. Alma Mireya López Arce Coria, Dra. Paulina Arenas Landgrave y Dra. María Cristina Pérez Agüero, por dedicar tiempo para la revisión de mi trabajo, porque sus comentarios, observaciones y sugerencias enriquecieron enormemente este trabajo.

Anabel Fuentes Calderón

ÍNDICE

RESUMEN	6
INTRODUCCIÓN	7
CAPÍTULO 1: TERAPIA RACIONAL EMOTIVO CONDUCTUAL	9
1.1 ¿Qué es la Terapia Cognitivo Conductual?	9
1.2 ¿Qué es la Terapia Racional Emotivo Conductual?	11
1.3 Modelo ABC de la TREC	14
1.3.1 Acontecimientos activantes	16
1.3.2 Creencias: Creencias o ideas racionales e irracionales	17
1.3.3 Consecuencias: emociones desagradables apropiadas y perturbadoras	22
1.3.4 Debate, cuestionamiento	24
1.3.4.1 Estilos de debate	26
1.4 Terapia de grupo cognitivo conductual	28
1.5 Metodología de grupos de terapia cognitivo conductual	31
CAPÍTULO 2: ASERTIVIDAD	34
2.1 ¿Qué es la asertividad?.....	34
2.2 Asertividad y Autoestima	36
2.3 Tipos de Conducta	41
2.3.1 Conducta No asertiva	41
2.3.2 Conducta Agresiva	43
2.3.3 Conducta Asertiva	45
2.4 TREC y Asertividad	47
2.5 Derechos Humanos Básicos	51
2.6 Entrenamiento en Habilidades Sociales (EHS).....	53
2.7 Componentes de las Habilidades Sociales.....	55
2.7.1 Componentes conductuales de las Habilidades Sociales	56
2.7.1.1 Comunicación no verbal	57
2.7.1.2 Componentes paralingüísticos.....	61
2.7.1.3 Componentes verbales	65
2.8 Técnicas de relajación y reducción de ansiedad.....	65

2.9 Solución de Problemas.....	67
2.9.1 Modelo de Solución de Problemas	68
CAPÍTULO 3: AUTOESTIMA	75
3.1 ¿Por qué es importante el estudio y trabajo de la Autoestima?	75
3.2 ¿Qué es la Autoestima?	77
3.3 Características de una baja Autoestima	81
3.4 Características de una adecuada autoestima.....	83
3.5 Efectos de una sana autoestima	84
Planteamiento del problema y justificación	88
Preguntas de investigación	88
Objetivo general	89
Objetivos específicos	89
Hipótesis	90
Variables	91
Diseño de investigación	94
MÉTODO	95
Participantes	95
Escenario	95
Instrumentos	95
Materiales	97
Procedimiento	98
RESULTADOS	101
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	113
SUGERENCIAS Y LIMITACIONES	120
REFERENCIAS	121
ANEXO 1: Formatos de trabajo para los participantes	124

RESUMEN

Contribuir al desarrollo humano, calidad de vida y bienestar social de los mexicanos, es punto central de la misión de la Facultad de Psicología de la UNAM, por lo que se busca formar de manera integral a los profesionales de esta disciplina, por tal motivo, se creó y aplicó un Programa de Terapia Racional Emotivo Conductual y Asertividad para el fortalecimiento de la Autoestima en el Psicólogo en formación, con el objetivo de incrementar su conducta Asertiva y Autoestima y disminuir sus Ideas Irracionales causantes de perturbaciones emocionales. Participaron 30 estudiantes y egresados de la Licenciatura en Psicología elegidos a través de un muestreo no probabilístico, accidental por cuota; con un diseño de investigación de tipo cuasiexperimental, con un solo grupo. Los datos se analizaron por medio de la prueba t para muestras relacionadas comparando los puntajes preprueba y posprueba, asimismo se calculó la d de Cohen para determinar el Tamaño del Efecto. Se observaron diferencias estadísticamente significativas tanto en el test de Asertividad de Gambrill y Richey (1975), como con respecto a las Ideas Irracionales en el test de Registro de Opiniones de Davis, Mckay y Eshelman (1988), por su parte, el test de Autoestima de Rosenberg (1965) no mostró diferencias estadísticamente significativas, lo que permitió concluir que el programa contribuyó al incremento de la Asertividad, así como a la disminución de las Ideas Irracionales, mientras que la Autoestima permaneció en los mismos niveles.

Palabras clave: Asertividad, Autoestima, Ideas Irracionales, Terapia Racional Emotivo Conductual.

INTRODUCCIÓN

De acuerdo a lo expuesto por el Consejo Técnico de la Facultad de Psicología de la UNAM, en la Propuesta de modificación al plan y programa de estudios de la licenciatura en psicología realizada en el 2008, uno de los puntos centrales de la misión de la Facultad de Psicología de la UNAM es contribuir al desarrollo humano, calidad de vida y bienestar social de los mexicanos, para lo cual, su comunidad académica busca formar de manera integral y responsable a los profesionales de la psicología.

Asimismo, estudios realizados en dicha Facultad, han arrojado información respecto a las características de la población estudiantil que ingresa, cursa y egresa de la Licenciatura, la cual ha llevado a la conclusión de que es importante apoyar no sólo el desarrollo académico, sino también el desarrollo personal del estudiante a lo largo de su trayectoria en la Facultad, por lo que se han propuesto una serie de programas y acciones en esta dirección. El desarrollo personal del psicólogo, es uno de los objetivos particulares de dicha formación, el cual considera, entre otros aspectos, el respeto en el ejercicio profesional a las normas éticas, científicas y sociales, en un marco de tolerancia, compromiso social y responsabilidad, buscando siempre favorecer la calidad de vida de las personas y el bienestar común; puesto que el Psicólogo egresado deberá atender necesidades y problemas de salud mental, bienestar emocional y rehabilitación neurológica, de índole educativa, organizacional y de procesos psicosociales y culturales (Consejo Técnico de la Facultad de Psicología de la UNAM, 2008).

El Psicólogo deberá desarrollar actitudes que favorezcan el establecimiento de relaciones interpersonales adecuadas, así como la promoción de formas de relación, organización e interacción profesional; habilidad para integrar diversos puntos de vista y resolver conflictos. Asimismo deberá desarrollar valores, como lo son el respeto a las diferencias y la pluralidad, el compromiso y tolerancia; manifestar y promover el bien común, la calidad de vida y el bienestar psicológico de los individuos y la sociedad. Motivo por el cual se considera de crucial importancia que sea él mismo, el Psicólogo, el primer y principal factor de bienestar psicológico, buscando fortalecer en él, un comportamiento equilibrado, en el que existe coherencia entre sus normas, principios y valores profesionales y personales y su forma de conducirse; puesto que como menciona Rojas (2002), llegar a ser una persona libre, independiente, con una cierta madurez y equilibrio es la meta hacia la que debemos dirigir nuestros esfuerzos, como personas.

Por lo expuesto anteriormente, este proyecto tiene como objetivo principal, la creación de un Programa de Terapia Racional Emotivo Conductual y Asertividad enfocado al fortalecimiento de la Autoestima del psicólogo en formación; contribuyendo así a su desarrollo personal como parte fundamental del desarrollo profesional del Psicólogo; ya que al hablar de asertividad hablamos de autoestima, considerándose de manera sencilla, que la asertividad es la conducta, la expresión de la autoestima (Fabrai, 2009).

CAPÍTULO 1: TERAPIA RACIONAL EMOTIVO CONDUCTUAL

1.1 ¿Qué es la Terapia Cognitivo Conductual?

El término terapia cognitivo conductual se refiere a las terapias que incorporan tanto intervenciones conductuales, es decir, intentos directos de disminuir las conductas y emociones disfuncionales modificando el comportamiento, como intervenciones cognitivas, esto es, aquellas que buscan disminuir las conductas y emociones disfuncionales modificando las evaluaciones y los patrones de pensamiento del individuo. Tanto las intervenciones conductuales como las cognitivas, se basan en la suposición de que un aprendizaje anterior está produciendo actualmente consecuencias desadaptativas y que el propósito de la terapia consiste en reducir el malestar o la conducta no deseada desaprendiendo lo aprendido o proporcionando experiencias de aprendizaje nuevas que sean más adaptativas (Lega, Caballo & Ellis, 1997).

Las terapias cognitivo conductuales comparten los siguientes supuestos:

- Los individuos responden a las representaciones cognitivas de los acontecimientos ambientales y no a los acontecimientos en sí mismos.
- El aprendizaje está mediado cognitivamente; asimismo la modificación de las cogniciones puede generar cambios en las emociones y en la conducta.
- La cognición media la disfunción emocional y conductual, es decir, la cognición afecta a las emociones y a la conducta y viceversa.

- Tanto los procedimientos cognitivos como los conductuales para generar el cambio, son deseables y pueden integrarse en las intervenciones.

Las terapias cognitivo conductuales sostienen que el cambio de los síntomas tiene lugar una vez producido el cambio cognitivo; el cual se origina a través de una serie de posibles intervenciones, incluyendo la práctica de nuevas conductas, el análisis de patrones erróneos de pensamiento y la enseñanza de un diálogo con uno mismo más adaptativo, asimismo el mantenimiento posterior de las ganancias se relaciona con los cambios cognitivos (Ellis, 1999).

Las terapias cognitivo conductuales incorporan diversos procedimientos conductuales y cognitivos en su aplicación a los distintos problemas, Mahoney y Arnkoff (1978, citados en Lega, Caballo & Ellis, 1997) proponen tres principales clases de técnicas cognitivo conductuales de acuerdo a los procedimientos empleados:

1. Reestructuración cognitiva: se refiere a las terapias en las que se supone que los problemas emocionales son una consecuencia de pensamientos desadaptativos, por lo tanto, sus intervenciones tratan de establecer patrones de pensamiento más adaptativos.
2. Habilidades de afrontamiento: se refiere a las terapias que tratan de desarrollar un repertorio de habilidades para ayudar al paciente a afrontar de manera más adaptativa una serie de situaciones estresantes.

3. Solución de problemas: se refiere a las terapias que constituyen una combinación de los dos tipos anteriores y que se centran en el desarrollo de estrategias generales para tratar de solucionar un amplio rango de problemas personales.

De acuerdo a la clasificación anterior, la Terapia Racional Emotivo Conductual de Albert Ellis, conocida por sus siglas como TREC, es una terapia de reestructuración cognitiva (Lega, Caballo & Ellis, 1997).

1.2 ¿Qué es la Terapia Racional Emotivo Conductual?

Las terapias cognitivo conductuales constituyen en la actualidad una de las opciones más poderosas en la intervención psicológica sobre diversos trastornos mentales. La TREC fue la primer terapia cognitivo conductual en desarrollarse, son numerosas sus aplicaciones a distintos problemas (Caballo, 1995).

Ellis (1962, citado en Caballo, 1995) refiere que la TREC se basa en la idea de que tanto las emociones como las conductas son producto de las creencias de un individuo, es decir, de su interpretación de la realidad. La meta principal de la TREC es asistir a la persona en la identificación de sus pensamientos irracionales o disfuncionales y ayudarle a reemplazar dichos pensamientos por otros más racionales o efectivos, que le permitan lograr con más eficacia metas de tipo personal, como sentirse satisfecho, el ser feliz, establecer relaciones con otras personas, etcétera, Ellis y Becker (1982, citados en Caballo, 1995).

La TREC se cuestiona por qué las personas crean sus propios problemas y qué se puede hacer al respecto, ofrece un método científico de pensamiento racional para ayudar a las personas a disminuir sus problemas emocionales y llevar una vida más placentera y satisfactoria. Un aspecto central de la TREC es su filosofía de vida, por lo que uno de sus principales objetivos es conseguir un profundo cambio filosófico en los individuos que afecte a sus emociones y conductas presentes y futuras. Además de la importancia de la filosofía de vida, la TREC incluye una visión humanista del hombre, aceptándolo de forma incondicional con sus limitaciones, y enfocándose especialmente en sus experiencias, valores y su potencial de autorrealización (Ellis, 1999).

La TREC busca que los individuos adquieran filosofías que resalten el interés por sí mismo, la autodirección de su comportamiento, la inclinación por lo social, la tolerancia hacia él y hacia los demás, la aceptación de la incertidumbre, la flexibilidad, el pensamiento científico, el asumir riesgos y un compromiso con estos intereses vitales; sostiene que si las personas logran adquirir esta perspectiva filosófica, raramente se ocasionarán a sí mismos problemas emocionales actuales y futuros (Lega, Caballo & Ellis, 1997).

La TREC supone que existen dos tendencias básicas en el ser humano:

- a) La facilidad con que las personas, a menudo tienden a polarizar rápidamente sus deseos personales o sociales hasta exigencias rígidas, absolutistas e inflexibles.

- b) Las personas tienen, asimismo, el potencial para desarrollar las habilidades necesarias que le permitan identificar, cuestionar o debatir estas exigencias y si así lo desean cambiarlas.

Es por ello, que el modelo terapéutico de la TREC, hace responsable al paciente de su forma de pensar, sentir y comportarse y no así a su pasado o a otras personas. Es importante resaltar que este modelo no pasa por alto la importancia del medio ambiente en el aprendizaje, ni cuestiona su influencia en la adquisición de ideas y emociones inapropiadas; sin embargo, rechaza el concepto de que, debido a su pasado, la persona está condenada a pensar, actuar y sentir de manera irracional sin que tenga control sobre ello (Lega, Caballo & Ellis, 1997).

Por consiguiente, de acuerdo con Ellis (1975, citado en Caballo 1995), el modelo del ABC (A: Acontecimiento, B: Creencias por su nombre en inglés, Beliefs y C: Consecuencias) utilizado por la TREC para explicar los problemas emocionales y determinar la intervención terapéutica para ayudar a resolverlos, tiene como eje principal la forma de pensar del individuo; la manera cómo interpreta su ambiente y sus circunstancias, y las creencias que ha desarrollado sobre sí mismo, sobre otras personas y sobre el mundo en general.

Si estas interpretaciones o creencias son ilógicas, poco empíricas, y dificultan la obtención de las metas establecidas por el individuo, reciben el nombre de irracionales. Esto no significa que la persona no razone, sino que razona mal, ya que llega a conclusiones erróneas. Si, por el contrario, las interpretaciones o

inferencias del individuo están basadas en datos empíricos, y en una secuencia científica y lógica entre premisas y conclusiones, sus creencias son racionales, ya que el razonamiento es correcto y la filosofía básica de esa persona es funcional (Ellis, 1982, citado en Caballo, 1995).

1.3 Modelo ABC de la TREC

La TREC examina las inferencias sobre uno mismo, sobre los demás y sobre el mundo en general, asimismo examina la filosofía básica del individuo, en la cual se basan estas inferencias (Ellis & Dryden, 1987, citado en Caballo, 1995). El marco filosófico de la TREC se basa principalmente en la premisa de que “la perturbación emocional no es creada por las situaciones sino por las interpretaciones de esas situaciones” (Epicteto, siglo I d. C., citado en Caballo, 1995, p. 477).

La TREC considera el modelo ABC para conceptualizar los problemas psicológicos de las personas, asimismo incorpora los factores D y E a éste. De acuerdo con Lega, Caballo y Ellis, 1997 el modelo ABC-DE de la TREC funciona de la siguiente manera:

- **A, Acontecimiento activante:** se refiere al acontecimiento o situación, este acontecimiento es interpretado por el individuo, es la descripción de la situación problemática; da respuesta a las preguntas: ¿Qué sucedió? y ¿Cómo percibió la persona lo sucedido?

- **B, Creencias** (por su nombre en inglés, Beliefs): se refiere a las ideas, evaluaciones e interpretaciones del Acontecimiento activante; si las creencias son funcionales, lógicas y empíricas, se consideran creencias “racionales” rB; si, por el contrario, las creencias son disfuncionales, carecen de una evidencia que las sustente, son inflexibles y dificultan el funcionamiento eficaz del individuo, se consideran creencias “irracionales” iB, responde a la pregunta ¿Cómo evaluó el individuo lo sucedido?
- **C, Consecuencias:** el individuo interpreta los Acontecimientos (A), desarrollando una serie de Creencias (B), a partir de estas creencias desarrolla las Consecuencias (C); es decir, las Consecuencias (C) resultan de la interpretación o Creencias (B) sobre el Acontecimiento (A); las consecuencias pueden ser emocionales Ce y/o conductuales Cc. Las Consecuencias que resultan de las Creencias racionales rB; son Consecuencias emocionales y/o conductuales deseables, Ced y/o Ccd; por lo contrario, las consecuencias que resultan de las Creencias irracionales iB, son Consecuencias emocionales y/o conductuales indeseables, Cei y/o Cci.
- **D, Debate:** refutación o cuestionamiento de las creencias irracionales; se refiere al método principal para reemplazar una Creencia irracional iB por una Creencia racional rB, básicamente es una adaptación del método científico a la vida cotidiana, método por medio del cual se cuestionan

hipótesis y teorías para determinar su validez. El debate o cuestionamiento utiliza estrategias cognitivas, emocionales y conductuales.

- **E, Efectos:** se refiere a los efectos que el debate o cuestionamiento de las creencias irracionales tiene sobre el paciente, estos efectos son a nivel cognitivo, emocional y conductual.

Los individuos acuden normalmente a terapia porque se sienten mal, porque tienen problemas emocionales, es decir, porque tienen algún tipo de problema, consecuencia (C) y consideran que esto se debe a algún acontecimiento (A) sin embargo, la terapia se centrará en el sistema de creencias del individuo (B), para identificar las creencias irracionales iB, las cuales se pondrán a discusión o debate (D) para obtener los efectos (E) deseados, es decir creencias racionales (efectos cognitivos), sentimientos apropiados (efectos emocionales), conductas deseables (efectos conductuales) (Ellis & Grieger, 1981).

1.3.1 Acontecimientos activantes

Puede considerarse que los acontecimientos que perturban a las personas contienen tres elementos básicos, los cuáles dan respuesta a las siguientes preguntas: ¿qué sucedió?, ¿cómo percibió el individuo lo que sucedió? y ¿cómo evaluó el individuo lo que sucedió?, sin embargo, en realidad los dos primeros elementos sí son aspectos del acontecimiento en sí mismo y el tercer elemento se refiere al sistema de creencias del individuo. La TREC hace una distinción entre la realidad objetiva o confirmable y la realidad percibida; la realidad percibida, se

refiere a la realidad conforme la describen los pacientes y cómo ellos creen que es; por su parte, la realidad confirmable u objetiva se refiere al consenso social de lo que sucedió, es decir, si muchos observares fueron testigos del acontecimiento y lo describen de la misma manera, estaríamos obteniendo una realidad confirmable (Lega, Caballo & Ellis, 1997).

1.3.2 Creencias: Creencias o ideas racionales e irracionales

Hay dos clases de sistemas de creencias, Creencias Racionales rB y Creencias Irracionales iB (por su nombre en inglés, Beliefs), ambas son evaluaciones de la realidad, subjetivas, y no descripciones o predicciones de la misma; las personas pueden tener ambos tipos de pensamientos al mismo tiempo; uno de los objetivos de la TREC es ayudar a las personas a distinguir entre las rB y las iB así como que las personas se cuestionen sus iB y las reemplacen por rB, es decir que adopten una filosofía más racional.

Creencias irracionales:

- Son inconsistentes en su lógica
- Son inconsistentes en la realidad empírica
- Son absolutistas y dogmáticas
- Producen emociones perturbadoras
- No nos ayudan a conseguir nuestros objetivos

Ellis sugiere que para discriminar las creencias irracionales podríamos buscar los “debería” y los, “tendría que”, estas palabras claves pueden ser indicios de una

filosofía absolutista y exigente, sin embargo debe tenerse cuidado puesto que a menudo son utilizadas de forma inocente; cuando estas palabras representan un imperativo, como si fuera un dogma moral, implicando que “tiene que” ocurrir necesariamente cierto acontecimiento, podemos entonces considerar que se trata de una filosofía absolutista y exigente, es cuando estamos hablando entonces de ideas irracionales, sin olvidar que el terapeuta deberá discriminar esto de acuerdo al contexto del paciente y a su estado emocional.

Para la TREC, la causa principal del trastorno psicológico es la evaluación irracional y poco funcional que hacen las personas sobre sí mismos, sobre los demás y sobre el mundo que los rodea; esta evaluación es conceptualizada, percibida a través de exigencias absolutistas, es decir de los “debo” y “tengo que” dogmáticos, rígidos, incuestionables sobre uno mismo, sobre los demás o la vida en general, en lugar de tratarse de concepciones o percepciones probabilísticas o preferenciales, en las cuales la persona crea expectativas sin añadirle características rígidas, absolutistas, de dogma. Los “debo” y “tengo que” absolutistas del pensamiento de las personas, sólo sirven para sabotear o dañar sus objetivos y propósitos básicos, puesto que generan emociones y conductas que dificultan o bloquean la obtención de los mismos (Ellis & Grieger, 1981).

La TREC agrupa los “debo” y “tengo que” en 3 áreas:

1. Tengo que actuar/funcionar muy bien/perfectamente; causando sentimientos de depresión, ansiedad y culpa.

2. Usted debe de tratarme/comportarse conmigo muy bien/perfectamente; generando ira y conductas pasivo agresivas o violentas.
3. La condiciones generales de mi vida tienen que ser muy buenas/ cómodas/ fáciles, lo que genera sentimientos de lastima por sí mismo y problemas de autodisciplina.

De acuerdo con Lega, Caballo y Ellis (1997) de estos tres tipos de exigencias absolutistas, es decir de “debo” y “tengo que”, se derivan a su vez, tres **conclusiones irracionales nucleares**, creencias evaluadoras de los acontecimientos: **tremendismo, baja tolerancia a la frustración y condenación.**

1. Tremendismo: es la tendencia a resaltar en exceso lo negativo de un acontecimiento, percibiéndolo como malo en más de un 100%, se trata de una conclusión exagerada proveniente de la creencia de que “esto no debería ser tan malo como es”.
2. Baja tolerancia a la frustración: es la tendencia a exagerar lo insoportable de una situación calificándola como insufrible, puesto que la persona considera que no puede experimentar ninguna felicidad bajo ninguna circunstancia, si esta situación se presenta o amenaza con presentarse en su vida, o por otra parte, deja de ocurrir o amenaza con dejar de ocurrir, según sea el caso.
3. Condenación: es la tendencia a evaluar como mala la esencia humana, la valía de sí mismo y/o de los demás, esto como resultado de la conducta individual, puesto que la persona considera que dicha conducta

compromete su valor como persona, ya sea de hacer algo que no “debe” hacer o de no hacer algo que “debe” hacer; esta misma condena puede aplicarse también al mundo o a la vida en general, cuando estos no le proporcionan a la persona lo que cree merecer.

De las exigencias absolutistas, es decir de los “debo” y “tengo que” se derivan también la mayor parte de los elementos del pensamiento distorsionado e irracional como la sobregeneralización, la abstracción selectiva, la personalización, el razonamiento emocional, etcétera. Sin embargo, aunque se descubran o identifiquen muchos de los pensamientos ilógicos mencionados, la intervención terapéutica se centra especialmente en las tres **conclusiones irracionales nucleares**, puesto que se considera que son las que conducen a las perturbaciones emocionales; es por esto que el terapeuta buscará mostrar a sus pacientes como esas conclusiones provienen generalmente invariablemente de sus “debo” y “tengo que”, los cuales pueden abandonar renunciando a sus demandas absolutistas sobre sí mismos, sobre los demás y sobre el mundo; asimismo alientan habitualmente a los pacientes para que tengan deseos y preferencias fuertes y persistentes en lugar de exigencias absolutistas, y que eviten los sentimientos de abandono, aislamiento y falta de implicación, Ellis y Dryden (1987, citados en Lega, Caballo & Ellis, 1997).

A continuación, se muestran en la Tabla 1, algunas de las diferencias más comunes entre pensamientos o creencias racionales e irracionales:

Tabla 1. Diferencias comunes entre los pensamientos racionales e irracionales.

Pensamientos Irracionales- iB	Pensamientos Racionales- rB
1.- Es horrible, espantoso.	Es un contratiempo, una contrariedad.
2.- No puedo soportarlo.	Puedo tolerar lo que no me gusta.
3.- Soy un(a) estúpido(a).	Mi comportamiento fue estúpido.
4.- Es un(a) imbécil.	No es perfecto(a).
5.- Esto no debería ocurrir.	Esto ocurre porque es parte de la vida.
6.- No tiene derecho.	Tiene derecho a hacer lo que le parezca, aunque preferiría que no hubiese sido así.
7.- Debo ser condenado.	Fue mi culpa y merece sanción pero no tengo que ser condenado.
8.- Necesito que él (ella) haga eso.	Quiero/deseo/preferiría que él (ella) haga eso, pero no necesariamente debo conseguirlo.
9.- Todo sale siempre mal.	A veces, tal vez frecuentemente, las cosas salen mal.
10.- Cada vez que ensayo, fallo.	A veces fracaso.
11.- Nada funciona.	Las cosas fallan con más frecuencia de lo que desearía.
12.- Esto es toda mi vida.	Esto es una parte muy importante de mi vida.
13.- Esto debería de ser más fácil.	Desearía que fuese más fácil pero, a menudo, lo que me conviene es difícil de lograr.
14.- Debería de haberlo hecho mejor.	Preferiría haberlo hecho mejor, pero hice lo que pude en ese momento.
15.- Soy un fracaso.	Soy una persona que a veces fracasa.

(Lega, Caballo & Ellis, 1997).

1.3.3 Consecuencias: emociones desagradables apropiadas y perturbadoras

Las personas normalmente acuden a terapia porque tienen problemas emocionales, son entonces las consecuencias emocionales lo que hace que las personas acudan a terapia, hay pacientes que claramente pueden explicar sus emociones sobre ciertos acontecimientos activantes, en los casos en los que las personas no expresan sus sentimientos, una vez que ha descrito el acontecimiento activante, el terapeuta normalmente pregunta ¿y cómo se siente?; asimismo, son varias las maneras de inferir la presencia de ciertos estados emocionales: empleando señales del comportamiento del paciente, entendiendo las consecuencias emocionales típicas de situaciones frecuentes de la vida real y por medio de la deducción a partir de la teoría racional emotivo-conductual, es decir, si se conoce el sistema de creencias del paciente se pueden inferir emociones específicas (Lega, Caballo & Ellis, 1997).

Es importante tener en cuenta que no todas las emociones son inapropiadas o son conductas objetivo para el cambio; la teoría de la TREC no considera que las emociones sean indeseables, de hecho las considera importantes en la vida y hace la distinción entre emociones que sirven de ayuda y emociones dañinas. Una emoción dañina o perturbadora obstaculiza la capacidad de las personas en su intento de alcanzar sus objetivos, de disfrutar, y puede tener como resultado un comportamiento auto degradante, asimismo, algunas emociones son dañinas también a nivel fisiológico, como la ansiedad.

De esta manera, una emoción desagradable puede considerarse apropiada o puede ser perturbadora, por ejemplo, aunque es apropiado que una persona se sienta triste cuando tiene una pérdida, si la tristeza se prolonga por mucho tiempo y es debilitante, ésta se convierte en un objetivo de intervención terapéutica, así entonces la tristeza, considerada una emoción desagradable o negativa apropiada se convierte en una emoción negativa perturbadora.

La distinción entre las emociones negativas perturbadoras y no perturbadoras o apropiadas es uno de los aspectos con mayor utilidad de la teoría de la TREC, aunque presenta dificultades para establecer una definición operacional. La distinción entre consecuencias o emociones negativas perturbadoras y no perturbadoras, son de gran ayuda para plantear los objetivos de la TREC: transformar el sufrimiento, es decir, las emociones negativas perturbadoras, en emociones que aunque sean negativas sean apropiadas y adaptativas.

De acuerdo con Caro (1997) podemos distinguir entonces entre **emociones negativas apropiadas o saludables** y **emociones negativas perturbadoras o perjudiciales** como se muestra en la Tabla 2 a continuación:

Tabla 2. Emociones negativas apropiadas y perturbadoras (Caro, 1997).

Emociones negativas	
Apropiadas/Saludables	Perturbadoras/Perjudiciales
Preocupación	Ansiedad/Pánico
Tristeza	Depresión
Enojo/Irritación	Ira/Rabia
Remordimiento/Pesar	Culpa
Frustración	Vergüenza

Una vez que se ha identificado y reconocido la emoción perturbadora, la persona debe plantearse si desea seguir manteniendo dicha emoción o cambiarla, lo saludable será buscar cambiar la emoción negativa perturbadora por la emoción negativa apropiada o adaptativa. El objetivo de la TREC es cambiar las consecuencias (Caro, 1997).

1.3.4 Debate, cuestionamiento

Como se ha mencionado, la TREC se basa en la idea de que tanto las emociones como las conductas son producto de las creencias de un individuo, es decir, de su interpretación de la realidad, asimismo, la meta principal de la TREC es asistir a la persona en la identificación de sus pensamientos irracionales o disfuncionales y ayudarlo a reemplazarlos por otros más racionales o efectivos, que le permitan lograr con más eficacia sus metas personales, Ellis y Becker (1982, citados en Caballo, 1995).

Para tal efecto, la TREC utiliza dos tipos de técnicas: las preferenciales, desarrolladas exclusivamente dentro de este modelo terapéutico como son el debate o cuestionamiento, las tareas para casa, ejercicios emotivos, entre otras, y las generales, las cuales son técnicas de otros sistemas que se adaptan a la teoría de la TREC, a continuación se ahonda en el Debate.

Debate o cuestionamiento, es una técnica de la TREC cuyo propósito es enseñar al paciente a utilizar el método científico para analizar pensamiento irracional. Una vez que se logran diferenciar las ideas irracionales de las racionales, el Debate es

utilizado para cuestionar las Ideas Irracionales iBs; por medio del debate se discute el sistema de creencias irracionales del paciente, dicho debate puede ser de naturaleza cognitiva, conductual o por medio de la imaginación. En el Debate los pacientes se enfrentan a sus filosofías irracionales y se les pide que las examinen parte por parte para que vean si éstas tienen sentido y utilidad. Es un proceso lógico y empírico en el que se ayuda al paciente a que se detenga y piense con el objetivo básico de ayudarlo a internalizar una nueva filosofía menos dogmática y rígida, y más como percepciones probabilísticas o preferenciales, a este objetivo básico de la TREC se le conoce como solución elegante, y pretende que esta nueva filosofía se refleje en expresiones como: “Sería una gran contrariedad si no lo consigo, pero puedo soportarlo; simplemente puedo fallar y eso no es tan terrible” (Lega, Caballo & Ellis, 1997, p. 49).

El Debate o cuestionamiento constituye el centro de la TREC y se compone de dos estrategias básicas en las que se ayuda al paciente a:

1. Examinar y cuestionar su forma actual de pensar.
2. Desarrollar nuevos y más funcionales modos de pensamiento.

Por tal motivo, los terapeutas de la TREC buscan debatir las manifestaciones cognitivas disfuncionales que pueden ser de tres tipos: a) Pensamientos automáticos, b) Creencias irracionales evaluativas y c) Creencias irracionales nucleares o esquemas, aunque generalmente prefieren trabajar en un principio al nivel de las Creencias irracionales evaluativas y de las Creencias irracionales

nucleares puesto que se considera que los pensamientos automáticos surgen de los esquemas cognitivos nucleares.

Debate empírico o inferencial: tiene como objetivo las inferencias y los pensamientos automáticos referidos por el paciente; los errores cognitivos implicarán probablemente errores de inducción en donde los pacientes llegan a conclusiones de sobregeneralización basadas en datos insuficientes.

Debate filosófico: es el debate o cuestionamiento de las ideas irracionales o esquemas subyacentes de las personas.

El debate permite a las personas desarrollar la habilidad de pensar de forma científica, recabando evidencias empíricas para corroborar sus hipótesis; es por esto, por lo que la TREC favorece el estilo de debate socrático, uno de los cuatro estilos básicos de debate utilizados por los terapeutas: didáctico, chistoso o juguetón y revelador de sí mismo (Caballo, 1995).

1.3.4.1 Estilos de debate

- **Estilo socrático:** su meta principal es el cuestionamiento de las ideas irracionales a través de preguntas enfocadas hacia su falta de funcionalidad, de lógica e inconsistencia empírica, busca animar al paciente a pensar por sí mismo en lugar de aceptar el punto de vista del terapeuta en forma automática; implica principalmente hacer cuestionamientos, pero también puede incluir breves explicaciones con la finalidad de corregir errores en el punto de vista del paciente.

- **Estilo didáctico:** el terapeuta utiliza explicaciones didácticas, por ejemplo para explicar porque cierta idea irracional es autodestructiva, y porque su alternativa racional podría ser más productiva; en distintas etapas del proceso terapéutico pueden ser necesarias explicaciones de tipo didácticas, es de suma importancia que el terapeuta se asegure de que el paciente ha comprendido el significado de lo que le ha dicho, esto lo puede hacer solicitando al paciente que le explique con sus propias palabras lo que ha entendido.
- **Estilo chistoso/juguetón:** el uso del humor puede ser una técnica terapéutica muy eficaz, la exageración de una idea irracional de forma graciosa, por ejemplo, puede funcionar de forma paradójica y ayudar al paciente a ver lo poco empírico e irracional de lo que se está diciendo a sí mismo; es importante tener presente que para poder llevar a cabo este estilo de debate deben existir ciertas condiciones como son una buena relación entre el terapeuta y el paciente, que el paciente tenga sentido del humor y que la intervención graciosa sea dirigida al pensamiento irracional del paciente y no al paciente.
- **Estilo revelador de sí mismo:** su propósito es permitir al paciente que se enfrente a su propia irracionalidad basándose en qué; el terapeuta también ha experimentado un problema similar, el terapeuta en alguna época también pensó de manera irracional, el terapeuta reemplazó dicha manera irracional de pensar por una racional y pudo solucionar su problema. Este

estilo ayuda a disminuir el énfasis en las diferencias entre terapeuta y paciente y facilita que el terapeuta sea tomado como modelo (Lega, Caballo & Ellis, 1997).

1.4 Terapia de grupo cognitivo conductual

Para Caballo (1995) probablemente la primera aplicación de las técnicas cognitivo conductuales en grupo fue la terapia racional emotiva, alrededor de 1955, Ellis desarrolló la TREC individual y casi inmediatamente empezó a aplicarla en grupos.

Hollander y Kazaoka (1988, citados en Caballo 1995) definen la terapia de grupo conductual como: "Cualquier intento, por parte de una persona o personas, para modificar la conducta de, dos o más personas que se reúnen como grupo, por medio de la aplicación sistemática de procedimientos validos empíricamente, dentro de un marco que permita la recogida de datos relevantes para la evaluación del impacto de esos procedimientos sobre los miembros del grupo como individuos y sobre el grupo como un todo" (p. 819).

La terapia de grupo cognitivo conductual, aplica los principios y técnicas de la terapia individual a los grupos, combina los supuestos y procedimientos de ésta con los procesos utilizados en la terapia de grupo, es así como cualquier técnica desarrollada para la terapia cognitivo conductual individual puede utilizarse en la terapia de grupo.

La terapia en el formato grupal, ofrece ciertas ventajas, por ejemplo, proporciona la oportunidad de observar las interacciones de los pacientes y al mismo tiempo darles retroalimentación de esas interacciones; permite examinar sus sistemas de creencias y conductas, en especial las interpersonales. Asimismo, una terapia de grupo es un lugar ideal para aprender a relacionarse y a interactuar con otras personas de formas diferentes, en un contexto seguro para practicar nuevas conductas (Caballo, 1995).

Asimismo, cuando se lleva a cabo una terapia de grupo por medio de la TREC, el paciente pondrá en práctica el modelo de la TREC en sí mismo y en los demás, la retroalimentación vendrá tanto del terapeuta como de otros miembros del grupo. El paciente podrá observar que personas con situaciones problemáticas similares a la suya obtienen progresos como resultado del trabajo terapéutico y que él también tiene la posibilidad de obtener resultados favorables. Favorece el aspecto didáctico de la TREC al poner en práctica la discusión de sus técnicas y temas específicos (Ellis & Abrahms, 2005).

Como se ha mencionado, la terapia de grupo cognitivo conductual, tiene como base los fundamentos de la terapia cognitivo conductual individual, por ejemplo la Terapia Racional Emotivo Conductual de Ellis, la Terapia Cognitiva de Beck, la Terapia Multimodal de Lazarus y la Terapia de Valoración Cognitiva de Wessler y Hankin Wessler, asimismo, algunas de las terapias de grupo cognitivo conductual se basan en diversos modelos, como son:

- Modelo educativo de terapia: en este modelo, la tarea del terapeuta reside en enseñar y la tarea del paciente consiste en aprender o reaprender nuevas conductas y creencias más adaptativas, ya que de acuerdo con Corsini (1988, citado en Caballo 1995) las personas desadaptadas, es decir que presentan un comportamiento disfuncional, no están enfermas, sino que son ignorantes, no saben qué hacer. La terapia es entonces un método de aprendizaje, sobre uno mismo, sobre los demás y sobre la vida.

El modelo educativo es utilizado generalmente en los enfoques cognitivos “racionalistas” (Mahoney, 1986, citado en Caballo, 1995) en los cuales, se supone que la descripción incorrecta de la realidad y las inferencias erróneas sobre la misma constituyen la fuente de las perturbaciones emocionales. Un enfoque racionalista supone que la conducta y la emoción son resultados directos del procesamiento cognitivo, en el que las cogniciones sirven como mediadoras entre los estímulos y las respuestas.

- Modelo actitudinal de terapia: es utilizado generalmente en los enfoques cognitivos “constructivistas”, (Mahoney, 1986, citado en Caballo, 1995) los cuales son menos educativos, el interés se centra en la utilidad de la versión de la realidad que tiene la persona; es un enfoque alternativo en el que la persona crea una representación subjetiva de la realidad. La base de este modelo son las actitudes, las cuales constan de tres componentes: conocimiento, afecto y acción, los cuales se consideran mutuamente interdependientes; el cambio en uno de los componentes produce un

cambio en los otros dos, en este enfoque, la tarea del terapeuta de grupo no es la educación, sino el cambio de actitudes (Caballo, 1995).

1.5 Metodología de grupos de terapia cognitivo conductual

No hay un proceso único en la terapia de grupo cognitivo conductual, sin embargo, Hollander y Kazaoka (1988, citados en Caballo, 1995) describen un proceso general:

- Formación del grupo: la consideración más importante en la selección de los miembros es la similitud de los mismos; cuando se tratan problemas específicos, es recomendable que los participantes sean parecidos, en cambio cuando se afrontan temas generales, no es necesaria esta selección.
- Establecer normas para compartir emociones y experiencias: es importante desarrollar la cohesión del grupo, ya que ésta será de beneficio para el grupo, puesto que la cohesión del grupo se demuestra cuando hay un elevado porcentaje de contacto ocular con el que habla, un elevado porcentaje de interacciones paciente-paciente, y una alta frecuencia de autorrevelación, a la vez que los mensajes negativos provienen de un número pequeño de miembros del grupo. Para generar y desarrollar la cohesión de grupo, existen diversos procedimientos, como el modelado de conductas, la representación de papeles, entre otros.

- Establecer un marco cognitivo conductual: el terapeuta proporciona un encuadre general de los principios que rigen este tipo de terapia a los miembros del grupo, lo cual puede llevarse a cabo por medio de la instrucción directa o el aprendizaje a través de las experiencias; el mensaje fundamental debe ser que los pensamientos están implicados en el afecto y en la acción y que por medio de la comprensión y modificación de los propios pensamientos habrá también una modificación del afecto y de las acciones, asimismo, se deben establecer expectativas positivas sobre el proceso de cambio y el propio potencial para el mismo.
- Establecer y practicar un modelo para el cambio: una vez que se ha establecido la necesidad de descubrir y corregir las propias cogniciones y valoraciones, el terapeuta muestra al grupo cómo se lleva a cabo; el terapeuta asigna tareas para casa a los miembros del grupo para que pongan en práctica lo que han aprendido en la sesión, esto con el fin de transferir los efectos del tratamiento al mundo real, de esta manera, se espera que el paciente comprenda y obtenga una nueva visión de la vida, posteriormente que actúe de nuevas maneras, más apropiadas y más satisfactorias, y como consecuencia de esto, se sentirá bien con respecto a sí mismo (Caballo, 1995).

Como se ha mencionado en este capítulo, las terapias cognitivo conductuales proporcionan experiencias de aprendizaje más adaptativas, la reestructuración cognitiva busca establecer patrones de pensamiento más eficaces que permitan

lograr metas personales como la satisfacción y el establecimiento de relaciones personales favorables; asimismo, la terapia de grupo es un medio ideal para aprender a relacionarse e interactuar con otros en un contexto seguro, fomentar nuevas conductas facilitando así poner en práctica lo aprendido en sí mismo y en los demás, por tales motivos se considera que este tipo de terapia, TREC en formato grupal, es el medio idóneo para desarrollar la conducta asertiva, dado que ésta busca que los individuos resalten el interés por sí mismos al mismo tiempo que desarrollan una inclinación por lo social, esta filosofía de la TREC se relaciona estrechamente con el concepto de Asertividad, el cual se presenta en el siguiente capítulo.

CAPÍTULO 2: ASERTIVIDAD

2.1 ¿Qué es la asertividad?

El concepto de asertividad está relacionado con el concepto de habilidades sociales, hay autores que los utilizan como sinónimos; ambos son conceptos que surgen a mediados del siglo XX, se originan dentro del ámbito específico de la terapia conductual, los dos conceptos han ido evolucionando y hoy en día su alcance es más amplio. Las habilidades sociales se han hecho extensivas a toda la población, puesto que la inteligencia interpersonal o social se considera en la actualidad una de las competencias básicas para el establecimiento de relaciones favorables, positivas y armoniosas con los otros. La asertividad, por su parte, se orienta hacia la comunicación efectiva y afectiva a la vez, y se relaciona con la capacidad de generar sentimientos agradables y la práctica de valores tan esenciales para la convivencia como la empatía, la honestidad, la libertad, la responsabilidad, el respeto, entre otros (Bach & Flores, 2010).

En el campo de las habilidades sociales han habido notables dificultades para definir lo que constituye una conducta socialmente habilidosa; Meichenbaum, Butler y Grudson (1981, citado en Caballo, 1995) señalan que es imposible desarrollar una definición consistente de competencia social puesto que ésta es parcialmente dependiente del contexto cambiante. Por tal motivo la habilidad social debe considerarse dentro de un marco cultural determinado, asimismo los patrones de comunicación varían ampliamente entre culturas e incluso dentro de

una misma cultura, dependiendo de diversos factores como lo son la edad, el sexo, la clase social y la educación; motivos por los cuales se ha dificultado contar con una definición comprensiva del constructo de las habilidades sociales. Sin embargo, a pesar de las dificultades que eso representa, se ha hecho el intento de ofrecer una definición que refleje de forma más apropiada lo que se entiende por conducta socialmente habilidosa.

La conducta asertiva es ese conjunto de comportamientos emitidos 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, 1993, citado en Lega, Caballo & Ellis 1997, p. 98).

El término asertividad, es amplio y un tanto complejo, Wolpe (1958, citado en Bach & Flores, 2010) fue el primero en definirla, refiriéndose a la asertividad como: “la expresión abierta de amistad, afecto y otros sentimientos no ansiosos” (p. 253). Posteriormente a este término se le ha ido dando un sentido más restrictivo; en esta misma línea podemos mencionar a Salter, quien relaciona la asertividad con la expresión emocional adecuada, afectiva, responsable y respetuosa (Bach & Flores, 2010).

Alberti y Emmons (1978, citado en Bach & Flores, 2010) definen la asertividad como: “una conducta que capacita a una persona para actuar de acuerdo a sus propios intereses, defenderse sin ansiedad, expresar cómodamente sentimientos honestos o ejercer sus derechos personales sin violar los derechos de los demás” (p. 254), es en este momento donde es considerada por primera vez la capacidad de ejercer los propios derechos respetando al mismo tiempo los derechos de los otros, lo que posteriormente será una constante en la mayoría de las definiciones.

Lazarus (1971, citado en Bach & Flores, 2010) define la asertividad como: “defender los derechos personales y expresar los pensamientos, emociones y creencias de manera directa, honesta y apropiada, que no viole los derechos de otra persona” (p. 254); relaciona la asertividad con la libertad emocional, la cual implica ser capaces de reconocer y expresar cada estado afectivo.

Para Gülle (2005, citado en Bach & Flores, 2010) la asertividad es “la expresión de los propios intereses, creencias, opiniones y deseos de manera honrada, tranquila, sin sentimiento de culpa y sin perjudicar ni agredir los deseos, intereses o derechos de los otros” (p. 255).

2.2 Asertividad y Autoestima

La asertividad ha estado siempre relacionada directamente con la autoestima, en este sentido podemos mencionar a algunos autores, en diversas épocas, que en su definición hacen referencia clara al respecto:

Fensterheim (1975, citado en Bach & Flores, 2010) define la asertividad como “la acción de mostrarse uno mismo, de afirmarse” (p. 254), relacionándola de esta manera con la autoestima.

Seligman y Kelly (1979, citados en Bach & Flores, 2010) la definen como “una habilidad orientada al desarrollo de la autoestima y la autoconfianza” (p. 254); puesto que una persona asertiva se comunica abierta y francamente, cree en sí misma y es capaz de responder a una crítica sin agredir porque su autoestima es adecuada.

Linehan (1984, citado en Caballo, 1995) identifica tres aspectos favorables de la conducta asertiva en las personas, entre los que se encuentra la autoestima: eficacia en el objetivo, eficacia en la relación y eficacia en el autorrespeto. La eficacia en el objetivo se refiere a la capacidad de lograr los objetivos de la respuesta asertiva. La eficacia en la relación se refiere en la capacidad para mejorar o mantener la relación con la otra persona en la interacción. La eficacia en el autorrespeto se refiere a la capacidad de mantener la autoestima de la persona asertiva.

Shuler (1998, citado en Bach & Flores, 2010) considera que son aspectos clave del comportamiento asertivo: definir claramente el propio objetivo o postura de acuerdo a los propios valores, ser capaz de dar a conocer esa postura a terceros y de defenderla sin agresividad, teniendo en cuenta que los demás podrán no

compartir dicha postura; así como atreverse a decir no, y solicitar expresamente lo que se desea.

Para Fabrai (2009), la asertividad es la capacidad de autoafirmarse, de expresar lo que sentimos y pensamos aunque las circunstancias no sean favorables, de no enmudecer por miedo a no gustar, de decir "Sí" y de decir "No" de acuerdo con nuestras convicciones y deseos. Es una conducta activa, directa y clara, tan respetuosa con las demás personas como con nosotros mismos. Es un término muy cercano a autoestima y seguridad personal, sin embargo, éste tiene una dimensión social, porque no se trata solamente de autopercepción sino de conducta, de lo que decimos y hacemos en público, en nuestra interacción con otras personas; siendo así, la autoestima y la seguridad personal, la base de la asertividad.

Para Bach y Flores (2010) la asertividad tiene que ver con la necesidad de cuidarnos y protegernos unos a otros, con el deseo de generar confianza y cercanía a través de la comunicación, surge de la firme voluntad de contribuir al bien común a partir de la mejora propia, de construir un entorno sucesivamente más afable y placentero. Es una actitud necesaria para el buen funcionamiento de las relaciones interpersonales, para que ésta exista, es necesaria la empatía y la consideración hacia el otro. Implica escuchar, conocer y considerar los deseos, opiniones y preferencias propios y de quienes nos rodean; atender no sólo los sentimientos que otras personas desencadenan en nosotros con sus palabras y sus actos, sino también atender los sentimientos que uno mismo desencadena en

los demás. La actitud asertiva demanda un verdadero sentido ético y estético de la vida y las relaciones personales.

Castanyer (2009) define la asertividad como la capacidad de afirmar los derechos propios, sin dejarse manipular y sin manipular a los demás, asimismo la considera como la expresión de una sana autoestima. Sitúa a la asertividad muy cerca de la autoestima, considerándola una habilidad que está estrechamente ligada al respeto y cariño a uno mismo y por consiguiente a los demás. Desde esta perspectiva podemos considerar entonces que la asertividad sirve para aumentar el respeto por sí mismo y por los demás, mejorar las relaciones personales y en consecuencia, contribuir al aumento de la autoestima. Asimismo refiere que el que una interacción nos resulte satisfactoria depende de que nos sintamos valorados y respetados, y esto, a su vez, no depende tanto del otro, sino de que poseamos una serie de habilidades para responder correctamente y una serie de convicciones o esquemas mentales que nos hagan sentirnos bien con nosotros mismos.

La asertividad está relacionada al bienestar propio y de los demás, puesto que tiene que ver con la calidad de las relaciones que mantenemos con quienes nos rodean; hace referencia a la capacidad de comunicarnos de un modo honesto y respetuoso, para favorecer un intercambio positivo con los otros, nuestra forma de comunicarnos, así como los efectos y repercusiones que ésta tiene sobre nuestras relaciones y nuestro bienestar. Las buenas relaciones con los demás, constituyen la base de la sensación de plenitud y felicidad vital, por eso es de gran importancia

cuidarlas, el signo positivo o negativo de la suma de todas las interacciones que mantenemos con los demás, por ejemplo en el trabajo o en la escuela, determina no sólo nuestra satisfacción o insatisfacción y nuestra sensación de bienestar o malestar, sino también nuestro nivel de rendimiento. Nuestra satisfacción depende de la calidad de nuestras relaciones y la calidad de nuestras relaciones depende del grado de asertividad, afecto y empatía que seamos capaces de desarrollar. Los otros nos influyen y nosotros influimos en los otros, por lo que es necesario que asumamos una actitud responsable y asertiva hacia nosotros mismo, nuestras acciones y hacia los demás (Bach & Flores, 2010).

Castanyer (2009) pretende que la asertividad sea un camino hacia la autoestima, hacia la capacidad de relacionarse con los demás de igual a igual, no estando ni por encima ni por debajo. Sólo quien posee una alta autoestima, una autoestima adecuada, quien se aprecia y valora a sí mismo, podrá relacionarse con los demás en el mismo plano, reconociendo a los que son mejores en alguna habilidad, pero no sintiéndose inferior ni superior a otros. Desde este punto de vista, considera entonces que la persona no asertiva, tanto si es retraída como si es agresiva en su trato con los demás, en su conducta, no cuenta con una autoestima alta, adecuada, por lo que siente la necesidad imperiosa de ser valorada por los demás.

2.3 Tipos de Conducta

Fabrai (2009) considera que la conducta es un continuo, en un extremo del cual está la *No asertividad*, denominada también como sumisión, subordinación o timidez, y en el otro extremo la *Agresividad*, pasando por todos los términos medios en el centro de los cuales se ubica la *Asertividad*.

Castanyer (2009) desde una perspectiva cognitivo-conductual define la conducta como “el conjunto de comportamientos, pensamientos y emociones, etcétera, que posee una persona en las situaciones a las que se enfrenta” (p. 11). Asimismo delimita las características que presenta cada estilo de conducta: No asertiva, Agresiva y Asertiva, y describe cómo funcionan dichas conductas a través de tres dimensiones de la misma: comportamiento externo (observable), patrones de pensamiento, sentimientos y emociones. A continuación se describen los tres tipos de conducta mencionados:

- Conducta no asertiva.
- Conducta agresiva.
- Conducta asertiva.

2.3.1 Conducta No asertiva

La conducta No asertiva se caracteriza por la violación de los derechos propios, la persona presenta dificultades para expresar honestamente sus sentimientos, pensamientos y opiniones, permitiendo así que sus derechos sean violados por los demás. La persona expresa sus pensamientos y sentimientos de una manera

autoderrotista, con falta de confianza o con disculpas, lo que facilita que los demás no hagan caso a sus opiniones. El objetivo de la conducta No asertiva es evitar conflictos a toda costa. La persona No asertiva puede manifestar malestares psicosomáticos como dolor de cabeza y úlceras, ésta es una forma de manifestar la tensión que sufren por no externar su opinión ni sus preferencias (Lega, Caballo & Ellis, 1997).

La persona No asertiva presenta pérdida de autoestima, en ocasiones pérdida del respeto y aprecio de las demás personas, puede generar sentimientos de culpa o superioridad en los demás, quienes pueden tener la constante sensación de estar en deuda con la persona No asertiva o con la capacidad de aprovecharse de esa persona. Pueden presentar repentinos estallidos de agresividad, los cuales suelen ser incontrolados, ya que son el resultado de una acumulación de tensiones y hostilidad y no son manifestados con habilidad social (Castanyer, 2009).

- **Comportamiento externo:** se caracteriza generalmente por un volumen de voz bajo, mirada hacia abajo, gestos desvalidos, postura hundida, evitación de la situación, juega con las manos, niega importancia a la situación. Inseguridad para saber qué hacer y decir; postura tensa, incómoda, frecuentes quejas de terceros, por ejemplo: no me comprende, es un egoísta, se aprovecha de mí, entre otras (Caballo, 1995).

- **Patrones de pensamiento:** la persona No asertiva considera que con su comportamiento evita molestar u ofender a los demás, piensa que lo que ella sienta, piense o desee no importa, lo que en realidad importa es lo que los demás sientan, piensen o deseen. Piensan que es necesario ser querido y apreciado por todo el mundo; constantemente tienen la sensación de ser incomprendidos, manipulados, no tomados en cuenta (Castanyer, 2009).
- **Sentimientos y emociones:** sensación de desamparo, depresión, imagen pobre de sí mismo, tensión, soledad, sensación de pérdida del control, constantemente se siente enfadado, no se gusta a sí mismo ni a los demás (Caballo, 1995).

2.3.2 Conducta Agresiva

La persona que presenta una conducta Agresiva defiende en exceso sus derechos e intereses personales, la expresión de sus pensamientos, sentimientos y opiniones es inapropiada, frecuentemente deshonesto, violando los derechos de las otras personas. El objetivo de la conducta Agresiva es vencer y dominar, forzando a la otra persona a perder, asegurando la victoria por medio de la humillación y la degradación buscando que las personas se vuelvan débiles y menos capaces de defender sus derechos y expresar sus necesidades (Lega, Caballo & Ellis, 1997).

Las personas con conducta Agresiva, sufren una serie de consecuencias por su forma de comportamiento, generalmente rechazo o huida por parte de los demás, conducta de círculo vicioso por forzar a los demás a ser cada vez más hostiles y así aumentar ellos cada vez más su agresividad. No todas las personas Agresivas lo son realmente en su interior, la conducta Agresiva y desafiante es muchas veces una defensa por sentirse excesivamente vulnerables ante los “ataques” de los demás o bien es una falta de habilidad para afrontar situaciones que producen tensión. Otras veces responde a un patrón de pensamiento rígido o a convicciones muy radicales.

Es muy común también el estilo pasivo-agresivo: la persona callada y No asertiva en su comportamiento externo, pero con grandes dosis de resentimiento en sus pensamientos y creencias. Al no dominar una forma Asertiva o Agresiva para expresar estos pensamientos, las personas pasivo-agresivas utilizan métodos sutiles e indirectos como las ironías, sarcasmos, indirectas, etcétera, es decir, intentan que la otra persona se sienta mal, sin haber sido ellos, aparentemente, los culpables, lo que se debe claramente, a una falta de habilidad para afrontar las situaciones de otra forma, de forma adecuada (Castanyer, 2009).

- **Comportamiento externo:** la conducta Agresiva puede expresarse de manera directa o indirecta, la agresión verbal directa incluye ofensas verbales, insultos, amenazas, volumen de voz elevado, comentarios hostiles o humillantes; la agresión verbal indirecta incluye el sarcasmo, comentarios rencorosos, murmuraciones maliciosas, etcétera. La persona

Agresiva presenta contacto ocular retador, cara tensa, manos tensas, postura que invade el espacio del otro (Lega, Caballo & Ellis, 1997).

- **Patrones de pensamiento:** piensa que ahora sólo él importa, y que lo que el otro piense o sienta no le interesa; piensan que si no se comportan de esta forma, son excesivamente vulnerables; sitúan todo en términos de ganar-perder; pueden darse las creencias de que hay gente mala y vil que merece ser castigada y/o que es horrible que las cosas no salgan como a él le gustaría que salieran (Castanyer, 2009).
- **Emociones y sentimientos:** tiene una imagen pobre de sí mismo, siente culpa, frustración, tensión, soledad, sensación de pérdida del control, enfado frecuente, no le gustan los demás (Caballo, 1995). Presentan ansiedad creciente, sensación de incompreensión, baja autoestima, este es el motivo por el cual buscan defenderse todo el tiempo; enfado cada vez más constante que se extiende a cada vez más personas y situaciones; consideran que cuentan con honestidad emocional puesto que expresan lo que sienten y no engañan a nadie (Castanyer, 2009).

2.3.3 Conducta Asertiva

La conducta Asertiva se caracteriza por “la expresión directa de los propios sentimientos, necesidades, derechos legítimos u opiniones sin amenazar o castigar a los demás y sin violar los derechos de esas personas” (Lega, Caballo & Ellis, 1997, p. 99). El objetivo de la asertividad es la comunicación clara, directa y

no ofensiva de las propias necesidades y opiniones, el respeto y la intervención clara, así como propiciar el camino para el compromiso cuando los derechos y necesidades de las personas se enfrenten.

Las personas Asertivas cuando discuten, se orientan más hacia las soluciones en las que todas las personas afectadas ganan y ninguna pierde, es decir hacia las soluciones que buscan la satisfacción de todas las personas implicadas en la situación o problema, hacia un resultado sin perdedores ni ganadores. Sin embargo, la conducta Asertiva en una situación, no siempre tiene como resultado la ausencia de conflicto entre las partes (Fabrai, 2009).

Es posible encontrar a personas que se asemejen al “ideal” de persona Asertiva, y podremos intentar, por medio de las técnicas adecuadas, acercarnos lo máximo posible a este modelo, sin olvidar que éste será un trabajo arduo y complejo que debe ser constante. La conducta Asertiva podrá tener como consecuencias en el entorno y la conducta de los demás, diversas actitudes favorables, como el frenar o desarmar a la persona que les ataque, aclaran equívocos y generalmente los demás se sentirán respetados y valorados (Castanyer, 2009).

- **Comportamiento externo:** contacto ocular directo, nivel de voz adecuado, habla fluida, gestos firmes, postura erguida, cómoda, relajación corporal, manos sueltas, muestra honestidad, verbalizaciones positivas, da respuestas directas a la situación (Caballo, 1995). Expresión de sentimientos tanto positivos como negativos, defensa sin agresión, tiene la

capacidad de hablar de propios gustos e intereses así como de discrepar abiertamente de los puntos de opinión de los demás, capacidad de pedir aclaraciones, de decir “no”; sabe aceptar sus errores (Castanyer, 2009).

- **Patrones de pensamiento:** conocen y creen en sus derechos y en los derechos de los demás, muestran respeto a sí mismos y a los demás, buscan llegar a acuerdos, generalmente sus convicciones son racionales, es decir funcionales, lógicas y empíricas (Lega, Caballo & Ellis, 1997).
- **Sentimientos y emociones:** cuentan con buena autoestima, no se sienten inferiores ni superiores a los demás, encuentran satisfacción en sus relaciones con los otros, sienten respeto por sí mismos, tienen la sensación de control emocional y seguridad personal (Fabrai, 2009).

2.4 TREC y Asertividad

De acuerdo con Caballo (1986, citado en Caballo, 1995) la conducta asertiva es el conjunto de comportamientos de una persona, es la expresión de sentimientos, opiniones, deseos y derechos de esa persona de un modo adecuado a la situación. Este conjunto de comportamientos se desarrolla en un contexto interpersonal, en el cual la persona es capaz de respetar esas conductas en los demás, la conducta asertiva generalmente resuelve los problemas inmediatos de la situación al mismo tiempo que disminuye la probabilidad de problemas futuros.

No hay una única manera de comportarse asertivamente, sino una serie de estrategias diferentes que pueden variar de acuerdo con el individuo y el contexto.

Así, dos personas pueden comportarse de un modo totalmente distinto en una misma situación, o la misma persona actuar de manera diferente en dos situaciones similares, y ser consideradas dichas respuestas como igual de eficaces. La probabilidad de que ocurra una respuesta asertiva en cualquier situación concreta está determinada por factores ambientales, variables de la persona y la interacción entre ambos; por tal motivo, una adecuada conceptualización de la conducta asertiva implica la especificación de tres componentes de la misma: una dimensión conductual, tipo de comportamiento; una dimensión subjetiva, es decir las variables cognitivas; y una dimensión situacional, el contexto ambiental. De esta manera es importante considerar que diferentes situaciones requieren conductas y cogniciones diferentes (Lega, Caballo & Ellis 1997).

La asertividad debe considerarse dentro de un marco cultural determinado, puesto que los patrones de comunicación varían ampliamente entre culturas e incluso dentro de una misma cultura, asimismo dependerá de diversos factores como la edad, el sexo, la clase social, la educación, entre otros. La conducta de la persona estará también determinada por sus actitudes, valores, creencias, cogniciones y su estilo propio y único de interacción (Caballo, 1995).

En gran medida, la falta de asertividad proviene con frecuencia de pensamientos irracionales e incorrectos, que carecen de una evidencia que los sustente, pensamientos disfuncionales, reacciones emocionales desproporcionada o errónea, y de patrones de comportamiento habitualmente disfuncionales. La

etiqueta que le solemos poner a nuestras acciones emocionales ante las situaciones es producto de nuestras suposiciones y evaluaciones consecuentes y automáticas. Por ejemplo, nos sentimos ansiosos o deprimidos porque nos convencemos de que no sólo es desafortunado y molesto, sino que es terrible y catastrófico cuando fracasamos en una tarea importante o nos rechaza una persona que nos importa. De igual manera sentimos hostilidad porque creemos que los que se comportan de forma desconsiderada, incorrecta o descortés, no deberían actuar de ningún modo de esa forma (Lega, Caballo & Ellis 1997).

La ideología racional emotivo conductual sostiene que no hay razones válidas para que la gente se vuelva histérica, violenta o trastornada; defiende la expresión de sentimientos apropiados como la pena, el desagrado o la molestia; sin embargo considera que el hecho de experimentar emociones como la culpa, la depresión la ira o el desamparo le añaden a las situaciones una idea irreal de que las cosas “deberían” ser diferentes, en lugar de mantener una posición más razonable de que las cosas serían mejor si fueran diferentes (Lange & Jakubowski, 1976, citados en Lega, Caballo & Ellis 1997).

Las conductas No asertiva y Agresiva, pueden mantener una serie de creencias poco racionales que favorecen estos estilos de comportamiento. Por su parte, el comportamiento Asertivo se compone de un conjunto de habilidades que el sujeto aprende con el transcurrir de la vida. (Caballo, 1993, citado en Lega, Caballo & Ellis 1997).

Estas habilidades se pueden agrupar por dimensiones o clases de conducta que representan distintas áreas del comportamiento interpersonal. Algunas de estas áreas son las siguientes (Caballo, 1995):

1. Iniciar y mantener conversaciones
2. Hablar en público
3. Expresión de amor, agrado y afecto
4. Defensa de los derechos personales
5. Pedir favores
6. Rechazar peticiones
7. Hacer cumplidos
8. Aceptar cumplidos
9. Expresión de opiniones personales, aun cuando se trate de desacuerdos
10. Expresión justificada de molestia, desagrado o enfado
11. Disculparse o admitir ignorancia
12. Petición de cambios en la conducta del otro
13. Afrontamiento de las críticas

Las creencias poco racionales que la gente tiene en estas dimensiones del comportamiento asertivo son diferentes dependiendo de la dimensión concreta de que se trate.

2.5 Derechos Humanos Básicos

Para el desarrollo de las Habilidades Sociales, conocida por sus siglas como HHSS, es importante construir un sistema de creencias que se fundamenten en el respeto por los propios derechos personales y por los de las demás personas. Bower y Bower (1976, citados en Caballo, 1995) señalan que los derechos humanos provienen de la idea de que todos somos creados iguales, en un sentido moral, motivo por el cual, todos los seres humanos debemos tratarnos mutuamente como iguales.

Un derecho humano básico, para las HHSS, “es algo que uno considera que toda gente tiene en virtud de su existencia como seres humanos” (Caballo, 1995, p.413). La premisa central del Entrenamiento en Habilidades Sociales, (EHS), es humanista, puesto que busca no producir estrés innecesario en las demás personas y apoyarlas en su autorrealización.

Los derechos humanos son la base de la sana relación de los seres humanos con los demás, ya que nos permiten expresar nuestro propio yo, nuestro yo individual; muchas personas pueden temer demostrar sus sentimientos de amor y comprensión hacia los demás porque no saben cómo reaccionarían si son rechazados, piensan incluso que no podrían reaccionar frente a este rechazo, en estos casos, en cambio, si consideran que serán capaces de resolver algunas dificultades asertivamente, su temor a demostrar sentimientos de afecto disminuirá.

De acuerdo con Jurado (1997), los derechos humanos más importantes son los siguientes:

1. Nadie puede manipular mis emociones o mi comportamiento si yo no lo permito. Es mi derecho juzgar en última instancia lo que soy y lo que hago. Tengo derecho a juzgar mi propio comportamiento, mis pensamientos, mis acciones y a asumir la responsabilidad de mis actos y sus consecuencias.
2. Tengo derecho a no dar razones o excusas para justificar mi comportamiento.
3. Tengo derecho a asumir o no la responsabilidad de buscar soluciones para los problemas de los demás.
4. Tengo derecho a cambiar de opinión.
5. Tengo derecho a cometer errores y a responsabilizarme de ellos.
6. Tengo derecho a aceptar que desconozco algo.
7. Tengo derecho a no intervenir en los problemas de los demás a menos que soliciten mi ayuda y yo desee ayudarlos.
8. Tengo derecho a actuar, en ocasiones, contra la lógica.
9. Tengo derecho a manifestar que no he entendido algo.
10. Tengo derecho a decir que algo no me interesa.

2.6 Entrenamiento en Habilidades Sociales (EHS)

Si bien como se ha mencionado, los conceptos de Asertividad y HHSS están estrechamente relacionados, hay autores que los utilizan como sinónimos, dichos conceptos se originan dentro del ámbito específico de la terapia conductual y ambos han ido evolucionando con el paso del tiempo, hoy en día su alcance es más amplio y en la actualidad las HHSS son consideradas una de las competencias básicas para el establecimiento de relaciones favorables, positivas y armoniosas con los otros, por tal motivo es que al hablar de éstas, hablamos de inteligencia interpersonal o social, de esta manera podemos entonces considerar que la Asertividad forma parte de las HHSS, puesto que se orienta hacia la comunicación tanto efectiva como afectiva y se relaciona con la capacidad de generar sentimientos gratos, practicar los valores esenciales para la convivencia como son la empatía, la honestidad, la libertad, la responsabilidad, el respeto, entre otros (Bach & Flores, 2010).

De acuerdo con Caballo (1995), el EHS puede definirse como un enfoque general de terapia dirigido a incrementar o mejorar la actuación del individuo en situaciones críticas de la vida; tiene como objetivo enseñar estrategias y habilidades interpersonales a los individuos para mejorar su competencia interpersonal individual en clases específicas de situaciones sociales, suele concentrarse en el aprendizaje de un nuevo repertorio de respuestas. Asimismo, el proceso del EHS implica cuatro elementos principales:

1. Entrenamiento en habilidades, en el cual se enseñan conductas específicas, las cuales se practican y se integran al repertorio de conductual del sujeto; se incluyen procedimientos como las instrucciones, el modelado, el ensayo de conducta, la retroalimentación y el reforzamiento. El entrenamiento en habilidades específicas es el elemento básico del EHS, e incluso puede ser el único procedimiento empleado en el EHS.
2. Reducción de la ansiedad en situaciones sociales problemáticas, se busca que esta reducción de ansiedad se consiga al llevar a cabo la nueva conducta más adaptativa la cual se considera es incompatible con la respuesta de ansiedad, es decir de forma indirecta, de no ser así, se busca la reducción de la ansiedad empleando de manera directa alguna técnica de relajación o la desensibilización sistemática.
3. Reestructuración cognitiva, con el objetivo de modificar creencias, valores, cogniciones y actitudes del sujeto, cuando el individuo adquiere una nueva forma de conducta, ésta modifica sus cogniciones, en esos casos la reestructuración cognitiva tuvo lugar de manera indirecta; por otra parte, la incorporación de procedimientos cognitivos al EHS es habitual, empleando por ejemplo aspectos de la terapia racional emotiva, autoinstrucciones, etcétera.
4. Entrenamiento en solución de problemas, en el cual se le enseña al individuo a percibir correctamente los valores de los parámetros de situaciones relevantes, a procesar esos valores para generar respuestas viables, seleccionar una de esas respuestas y emitirla de manera que

incremente la probabilidad de obtener el objetivo deseado en la comunicación/interacción interpersonal. Aunque el entrenamiento en solución de problemas no siempre se incluye en el EHS este suele encontrarse presente de forma implícita.

2.7 Componentes de las Habilidades Sociales

Para Caballo (1993), la concepción conductual de la habilidad social enfatiza generalmente dos niveles de análisis: un nivel molar, el cual se refiere a un tipo de habilidad general como lo es la asertividad, la capacidad de actuar efectivamente en entrevistas laborales, la capacidad de actuar efectivamente en público, entre otras, un segundo nivel es el molecular, el cual se refiere a los componentes de la respuesta como lo son el contacto ocular, el volumen de la voz, la postura, etcétera. El enfoque molecular está íntimamente unido al modelo conductual de la habilidad social, la conducta interpersonal se divide en elementos componentes específicos, sin embargo, el estudio de esta es más complejo puesto que el impacto social de cierta habilidad está determinado por un complejo patrón de respuestas que tienen lugar en conjunción con las de la otra persona en interacción, y no por el número de segundos de contacto ocular o por el número de perturbaciones del habla, etcétera.

En los últimos años se han comenzado a analizar las habilidades sociales de forma sistemática en un esfuerzo por determinar con precisión qué elementos de la respuesta conductual son críticos; algunos autores han seleccionado los

elementos componentes de la conducta habilidosa desde una perspectiva de la psicología social, basándose concretamente en los estudios realizados en el campo de la comunicación interpersonal, estudios experimentales que han mostrado la importancia de determinados elementos verbales y no verbales en el campo de la interacción social. En general se ha observado un mayor énfasis en los componentes conductuales de las HHSS aunque no se deben dejar de lado los componentes cognitivos y fisiológicos de las mismas.

2.7.1 Componentes conductuales de las Habilidades Sociales

Una clasificación, de los componentes más utilizados de las HHSS, obtenida por Caballo (1988, citado en Caballo, 1993) a través de la revisión de diversos estudios e investigaciones de las HHSS que emplearon componentes conductuales realizados entre los años de 1970 y 1986, es la siguiente:

- a) Componentes no verbales: mirada/contacto ocular, sonrisa, gestos, expresión facial, postura, apariencia personal, entre otros.
- b) Elementos paralingüísticos o vocales: la voz, tiempo de habla, perturbaciones del habla, fluidez.
- c) Componentes verbales: iniciar una conversación, retroalimentación, contenido general de la conversación, etcétera.
- d) Componentes mixtos, compuestos por los anteriores: afecto, tomar y ceder la palabra, saber escuchar, entre otros.

Asimismo podemos encontrar que los elementos más utilizados como componentes de las HHSS han sido: la mirada o contacto ocular, las cualidades de la voz, el tiempo de conversación, y el contenido no verbal de la misma.

La conducta tanto verbal como no verbal, es el medio por el que las personas se comunican con los demás, ambas constituyen los elementos básicos de la habilidad social.

2.7.1.1 Comunicación no verbal

La comunicación no verbal, es inevitable en presencia de otras personas, incluso cuando la persona decide no hablar o ser incapaz de comunicarse verbalmente, puesto que todavía sigue emitiendo mensajes sobre sí mismo a los demás por medio de su cara y cuerpo. Los mensajes no verbales con frecuencia son también recibidos de forma no consciente; las personas se crean impresiones de los demás a partir de su conducta no verbal sin saber identificar qué es lo agradable o lo irritable de la persona, a menos que la conducta sea fácilmente identificable.

Los mensajes no verbales tienen varias funciones, pueden reemplazar a las palabras, pueden repetir lo que se está diciendo, enfatizar un mensaje, regulan la interacción, e incluso el mensaje no verbal puede contradecir al mensaje verbal; lo cual raramente es hecho de forma intencional, pero la expresión facial o un movimiento de las manos pueden revelar los verdaderos sentimientos, los cuales se han negado en el contenido verbal del mensaje, esto se debe a que de acuerdo con diversos investigadores, las señales visuales son interpretadas de manera

más fiable y precisa que las auditivas; es decir que los juicios tienden a hacerse sobre las bases de las percepciones visuales en lugar de las auditivas cuando se presenta un canal de información diferente, asimismo, los mensajes verbales con el contenido apropiado pueden ser estropeados por señales no verbales contradictorias, por tal motivo, las señales no verbales tienen que ser congruentes con el contenido verbal para que un mensaje socialmente habilidoso sea transmitido de forma precisa, se considera incluso, que la manera en que se expresa un mensaje socialmente adecuado es mucho más importante que las palabras que se usan, asimismo se ha señalado que las conductas no verbales provocan normalmente conductas no verbales recíprocas, Caballo (1993).

Son muchos los componen no verbales de las HHSS, entre los cuales podemos encontrar:

- **La mirada:** este elemento no verbal es fundamental en la evaluación conductual de las HHSS, se define como “el mirar a otra persona en o entre los ojos”, es decir en la mitad superior de la cara, la mirada mutua implica que se ha hecho “contacto ocular” con otra persona; la mirada es tanto un canal de comunicación (receptor) como una señal (emisor), es decir que indica que estamos atendiendo a los demás y a su vez se emplea en la percepción de las señales no verbales de los demás; se utiliza para abrir y cerrar los canales de comunicación y es de gran importancia para regular y manejar los turnos de palabra.

- **La expresión facial:** la cara es el principal sistema de señales para mostrar las emociones, es también el área más importante y compleja de la comunicación no verbal y la parte del cuerpo que se observa más de cerca durante la interacción. La expresión facial juega varios papeles en la interacción social, como son mostrar el estado emocional, proporciona retroalimentación continua al respecto del contenido de un mensaje como si es que se está comprendiendo, si se está sorprendido, de acuerdo, etcétera; indica actitudes hacia los demás; puede funcionar como metacomunicación, es decir que modifica o comenta lo que se está diciendo o haciendo al mismo tiempo.

La consideración de la expresión facial en las HHSS es de suma importancia, puesto que se considera incluso que si una persona adopta una expresión facial durante un periodo de su interacción, su estado de ánimo cambiará hacia la emoción expresada. Alberti y Emmons (1978, citados en Caballo, 1993) señalan que las conductas habilidosas requieren una expresión facial que esté de acuerdo con el mensaje.

- **Las sonrisas:** el sonreír constituye un vínculo precario pero vital entre los seres humanos; la sonrisa es la emoción más habitualmente utilizada para ocultar otra, actúa como lo contrario de todas las emociones negativas como son el temor, ira, disgusto, entre otras, forma parte de los saludos convencionales y es requerida en la mayoría de los intercambios sociales corteses; asimismo constituye la expresión facial más fácilmente

reproducibles a voluntad. Conger y Farrell (1981, citados en Caballo, 1993) encontraron que las sonrisas estaban positivamente correlacionadas con las evaluaciones de la habilidad social. Gambrill y Richey sugieren que sonriamos más a menudo ya que esto puede tener un gran impacto sobre la calidad de nuestros intercambios, una sonrisa puede suavizar un rechazo, comunicar una actitud amigable y al mismo tiempo animar a los demás a que devuelvan la sonrisa, Gambrill y Richey (1985, citados en Caballo, 1993).

- **La postura corporal:** la cual depende tanto de convencionalismos culturales como de la actitud de la persona hacia los otros presentes. Las personas suelen imitar las posturas corporales de los demás, asimismo, se señala que siempre que dos personas compartan un mismo punto de vista, suelen compartir también una misma postura, a esto se le llama posturas congruentes; las posturas no congruentes pueden emplearse para establecer distancias psicológicas o afectivas. La posición del cuerpo y de los miembros, la forma como una persona se sienta, cómo está de pie y cómo se pasea, reflejan sus actitudes y sentimientos sobre sí misma y su relación con los otros.
- **Los gestos:** se refiere a cualquier acción que envía un estímulo visual a un observador, los gestos son básicamente culturales; las manos y en menor grado la cabeza y los pies pueden producir una amplia variedad de gestos, los cuales son usados para una serie de propósitos diferentes; los gestos

se constituyen en un segundo canal de gran utilidad por ejemplo para la sincronización y la retroalimentación, asimismo son muy eficaces para ilustrar los objetos o acciones que son difíciles de verbalizar. La actividad verbal y la gestual pueden relacionarse de diversas maneras, por ejemplo, la gestual puede apoyar y amplificar la verbal o bien puede contradecirla; también, el mensaje gestual puede ser completamente independiente del verbal. Después de la cara, las manos son la parte del cuerpo más visible y expresiva.

- **El contacto físico:** es el tipo más básico de conducta social, así como la forma más íntima de comunicación; es la puerta de entrada a la intimidad y permanece como el último lazo entre las personas, aún después de que la palabra ha fallado; el contacto corporal, es de todos los canales de comunicación, el más reservado, vigilado y el menos utilizado, de todas las conductas de comunicación, el tacto es la más primitiva, directa e intensa. Diferentes grados de presión así como puntos de contacto pueden señalar ciertos estados emocionales, como miedo, actitudes interpersonales, deseo de intimidad, etcétera, Caballo (1993).

2.7.1.2 Componentes paralingüísticos

El área paralingüística se refiere al “cómo”, la forma del mensaje, en oposición a lo que se dice, el contenido del mensaje, algunas señales vocales son capaces de comunicar mensajes por sí mismas, como llorar, reír, silbar, bostezar, suspirar, etcétera; otras vocalizaciones se encuentran muy relacionadas con el contenido

verbal, como lo son el volumen, el tono, el timbre, la claridad, la velocidad, el énfasis, la fluidez, las pausas y las vacilaciones o muletillas. Las señales vocales pueden afectar drásticamente el significado de lo que se dice y de cómo se percibe el mensaje; incluso, la misma frase dicha en varios tonos de voz o con determinadas palabras enfatizadas puede transmitir mensajes diferentes. Un mensaje puede ser menos importante e incluso contradicho por el tono de voz con que se dice.

Existen tres aspectos importantes de la vocalización:

- a) El sonido como medio básico de comunicación
- b) El sonido que comunica sentimientos, actitudes y aspectos de la personalidad
- c) El sonido que da énfasis y significado al hablar

Asimismo, la gente se forma juicios de los demás a partir de sus señales vocales, de esta manera, las personas con un tono de voz variado probablemente son juzgadas como dinámicas y extrovertidas, mientras que las personas con un habla lento y monótono son juzgadas como frías perezosas y retraídos, Argyle (1975, citado en Caballo, 1993).

El significado transmitido de un mensaje, es normalmente el resultado de una combinación de señales vocales y conducta verbal y es evaluado dentro de un contexto o una situación determinados.

Entre los elementos paralingüísticos más importantes podemos encontrar:

- **La latencia:** es el intervalo de tiempo en silencio entre la terminación de una oración por una persona y la iniciación de otra oración por un segundo individuo. La latencia tiene una estrecha relación con la habilidad social, las latencias largas son percibidas como conducta pasiva por parte de ambos participantes; latencias muy cortas, negativas o interrupciones se perciben normalmente como una conducta agresiva.
- **El volumen:** su función básica es hacer que un mensaje llegue hasta un oyente, el déficit más común es un nivel de volumen demasiado bajo para cumplir con dicha función. Un volumen de voz bajo puede indicar sumisión o tristeza, mientras que un volumen de voz alto muestra seguridad, dominio, extraversión y/o persuasión; sin embargo, el hablar demasiado alto también puede tener consecuencias desagradables o negativas, puesto que puede sugerir agresividad o ira y las personas pueden alejarse o evitar encuentros futuros. Un volumen de voz moderado tiene a indicar agrado, actividad, alegría. Asimismo, los cambios en el volumen de voz son de suma importancia, puesto que pueden emplearse en una conversación para enfatizar puntos, por lo contrario, una voz que varía poco en volumen no suele ser tan interesante de escuchar.
- **El tono y la inflexión:** sirven para comunicar sentimiento y emociones, la misma frase puede transmitir diversos mensajes cambiando simplemente el tono, las mismas palabras pueden comunicar esperanza, afecto, sarcasmo, ira, excitación o desinterés dependiendo de la variación del tono. Poca

entonación con volumen bajo generalmente indica aburrimiento o tristeza, un patrón que no varía puede ser aburrido o monótono; por otro lado, el cambio de tono y la inflexión de la voz a menudo en una conversación, permite que se le perciba al emisor como una persona dinámica y extrovertida. Para Mehrabian, el tono de voz contribuye ligeramente menos que la expresión facial pero incluso mucho más que el contenido de la conversación, a las impresiones de las actitudes interpersonales.

- **La fluidez:** las perturbaciones excesivas del habla pueden causar una impresión de inseguridad, incompetencia, poco interés o ansiedad; de manera general se consideran tres clases de perturbaciones del habla: la presencia de muchos periodos de silencio, el empleo excesivo de palabras de relleno o muletillas, y las repeticiones tartamudeos, pronunciaciones erróneas, omisiones y palabras sin sentido.
- **El tiempo del habla:** se refiere al tiempo que se mantiene hablando el individuo, el tiempo de conversación puede ser inadecuado en ambos extremos, es decir, ya sea que hable poco o que hable demasiado, siendo lo más adecuado un intercambio equitativo de información. El compartir un tiempo igual de habla permite a los demás ver a esa persona como agradable, al mismo tiempo que transmite un agrado por los demás. La duración del habla está relacionada con la asertividad, la capacidad para enfrentarse a situaciones sociales, etcétera. Asimismo, el tiempo de habla junto con la mirada mantienen una relación muy elevada con la habilidad social global, Caballo (1993).

2.7.1.3 Componentes verbales

El habla se emplea para una gran variedad de propósitos como el comunicar ideas, describir sentimientos, razonar, argumentar, entre otros. Las palabras que se empleen para dicho propósito dependerán de diversos factores como son, la situación en que se encuentre la persona, su papel en esa situación y lo que desea realizar o lograr. Las situaciones son variadas, desde las informales íntimas hasta las más formales, variando asimismo en términos de la cantidad de habla aceptables. El rol o papel de la persona es de suma importancia, además del estilo personal. Otra variante es el tema o contenido del habla, pudiendo ser personal, impersonal, concreto o abstracto. Puede tratar sobre asuntos internos del hablante, sus pensamientos, sentimientos, actitudes u opiniones, etcétera; o de asuntos externos, como la organización del lugar de trabajo, entre otros, Caballo (1993).

2.8 Técnicas de relajación y reducción de ansiedad

Son diversas las técnicas empleadas para lograr un estado de relajación y reducir la ansiedad, entre las cuales se encuentran la Respiración diafragmática y la Imaginería, mismas que se explican a continuación:

- a) **Respiración diafragmática o profunda:** la ansiedad con frecuencia es acompañada de una respiración superficial y rápida, la cual origina una reducción de bióxido de carbono en la sangre, lo que genera una sensación de mareo y aturdimiento, a su vez estos síntomas pueden desencadenar

angustia o desvanecimiento; el objetivo del reentrenamiento de la respiración es evitar dicha hiperventilación mediante inhalaciones y exhalaciones lentas, controladas y relajantes, puesto que no es posible experimentar ansiedad (respirando con rapidez) y estar relajado (respirando con calma) al mismo tiempo.

El reentrenamiento en respiración facilita que esta sea relajada, puesto que los ejercicios llevados a cabo combinan tanto la profundidad como el control de la respiración; la profundidad se refiere a usar sobre todo el diafragma para lograr aspiraciones lentas y profundas; esta técnica se enseña a través del modelado del procedimiento, el cual consiste en colocar una mano en la parte superior del pecho y la otra sobre el diafragma (es decir, arriba del ombligo), se muestra cómo durante la inhalación, la mano sobre el diafragma se eleva más que la mano sobre la parte superior del pecho; la inhalación y la exhalación son lentas y prolongadas; se instruye a la persona a continuar respirando de esta manera tranquila y relajada durante aproximadamente cinco minutos, es importante que con frecuencia se practique la técnica con y sin ayuda de las manos en un ambiente controlado para que una vez que la persona la domine, aprenda a utilizarla cuando se sienta ansiosa, como un medio de disminución de la ansiedad (Nezu, Maguth & Lombardo, 2006).

b) Imaginería: la imaginería, visualizaciones o imágenes guiadas son estrategias conductuales de manejo del estrés y reducción de ansiedad que destacan el empleo de la propia imaginación; estas estrategias fomentan

sentimientos de relajación al hacer que los individuos elaboren imágenes placenteras en la mente, asimismo, al proporcionar una inducción que implica diversos estímulos para los cinco sentidos (vista, olfato, tacto, gusto y oído) el terapeuta aumenta la sensación de relajación.

Estas estrategias consisten en que con ayuda del terapeuta el paciente cree una imagen muy vívida, esto con una voz sedante y detalles que guíen e intensifiquen la experiencia sensorial; el terapeuta solicita al paciente que practique la creación de “un lugar seguro” con el propósito de inducir un estado de relajación cuando así sea necesario, fuera de las sesiones. Las visualizaciones también sirven para aumentar la motivación al crear escenas futuras de afrontamiento exitoso con situaciones estresantes o de vivir sin una sintomatología negativa o disfuncional (Nezu, Maguth & Lombardo, 2006).

2.9 Solución de Problemas

La TREC considera que el déficit en Solución de Problemas es una parte de suma importancia en la perturbación de las personas tanto emocional como conductual, puesto que, considera que el hecho de que los individuos se tomen las adversidades de la vida demasiado en serio, y que su preocupen exageradamente por los problemas de la vida, hace que con frecuencia salten a soluciones erróneas, poco efectivas e inadecuadas para el nivel de sus dificultades; por este hecho, los terapeutas suelen discutir con sus pacientes las maneras mejores y más apropiadas de resolver sus problemas. Derivado de lo anterior, la TREC

utiliza métodos de resolución de problemas, asimismo, busca y exhorta a enseñar a las personas a descubrir, debatir, y actuar contra sus creencias irracionales, a la vez que idean mejorar las soluciones a los problemas prácticos que se les presenten en la vida (Caro, 1997).

El modelo de solución de problemas de salud mental, se sustenta en dos principales premisas, por un lado, los seres humanos son considerados activos solucionadores de problemas, esto se debe a sus complejas capacidades cognitivas y a las demandas sociales; y por el otro, el ajuste psicológico que llevan a cabo los seres humanos se relaciona con la destreza en la solución de problemas tanto interpersonales como intrapersonales. D'Zurilla y Nezu, (1982, citados en Caballo, 1995). Asimismo, son ciertas habilidades conductuales y cognitivas, las responsables de mediar tanto las reacciones emocionales como el ajuste psicológico general.

Por lo anterior, se considera que la capacidad general de solución de problemas comprende a su vez una serie de habilidades específicas, organizadas en cinco procesos que interactúan entre sí, cada uno de estos procesos contribuye a la solución eficaz del problema.

2.9.1 Modelo de Solución de Problemas

A continuación, se muestra el modelo de Solución de Problemas de acuerdo con Caballo (1995):

1.-Orientación hacia el problema

Es el conjunto de respuestas implicadas en comprender y reaccionar a las situaciones problemáticas reales o percibidas, representan las reacciones cognitivas, afectivas y conductuales inmediatas de una persona cuando se enfrenta por primera vez a una situación problemática; es un proceso motivacional que puede facilitar o dificultar la puesta en práctica de la solución de problemas, este proceso, ayuda a los individuos a;

- a) Identificar y reconocer de manera correcta los problemas cuando estos ocurren.
- b) Hacer propia la filosofía de vida que les permita percibir los problemas como normales e inevitables, a la vez que consideran que la solución de problemas es un medio viable para afrontarlos.
- c) Ser capaces de percibirse eficaces para llevar a cabo satisfactoriamente la solución de problemas.
- d) Evitar lleva a cabo hábitos de respuestas automáticas basados en experiencias anteriores o situaciones similares.

El objetivo de este proceso consiste en facilitar la adopción de una tendencia positiva hacia los problemas de la vida, aumentando así la motivación para involucrarse en el resto de las tareas del modelo de solución de problemas.

2.-Definición y formulación del problema

El objetivo es evaluar la naturaleza de la situación problema e identificar un conjunto de objetivos o metas realistas deseadas. Las tareas de este proceso de definición y formulación de problemas son las siguientes:

- a) Búsqueda de toda la información disponible sobre el problema, así como de todos los hechos con que se cuenta.
- b) Descripción de los hechos con que se cuenta, de manera clara.
- c) Diferenciar entre la información relevante y la no relevante, así como los hechos de manera objetiva de las inferencias, suposiciones o interpretaciones subjetivas, no comprobadas.
- d) Identificar los factores y las circunstancias que hacen que la situación sea una situación problemática.
- e) Establecer, de forma realista, una serie de objetivos en la solución del problema.

Este proceso busca enseñar a las personas a recabar información, utilizar el lenguaje correcto y separar los hechos reales de las inferencias y suposiciones. Las personas aprenden a dar respuesta a cinco preguntas específicas: quién, ¿quién está implicado en el problema?, ¿quién es el responsable del problema?; qué, ¿qué estoy sintiendo con respecto a este problema?, ¿qué sucederá si soluciono este problema, etcétera; dónde, ¿dónde ocurre el problema?; cuándo, ¿cuándo inició el problema?, por qué, ¿por qué ocurrió el problema?, entre otras.

Al definir y formular problemas, se enseña a las personas a plantear los objetivos específicos que les gustaría alcanzar, alentándolos a establecer éstos de manera realistas y realmente alcanzables, lo cual a su vez permite identificar dos tipos generales de objetivos, por un lado, los centrados en el problema: aquellos relacionados con los cambios reales del problema, éstos son relevantes en caso de que las situaciones puedan ser cambiadas, y por el otro lado, los centrados en la emoción: los cuales tratan de reducir o minimizar el impacto del malestar asociado al experimentar un problema, se relacionan con situaciones que no pueden ser cambiadas (Caballo, 1995).

3.-Generación de alternativas

El objetivo de este proceso es generar que se cuente con tantas soluciones alternativas al problema, como sea posible, para con esto aumentar la probabilidad de identificar las más eficaces. Se enseña a las personas a utilizar tres reglas generales del torbellino de ideas:

- a) Principio de cantidad: según este principio, cuantas más ideas alternativas se produzcan, mayor será la probabilidad de que se generen opciones eficaces o alternativas de mayor calidad.
- b) Principio del aplazamiento del juicio: sugiere que es necesario eliminar el juicio sobre la calidad o eficacia de las ideas o alternativas, con lo que se podrá producir una lista exhaustiva, generando así mayor número de alternativas.

- c) Principio de la variedad: se busca que las personas piensen en un amplio rango de soluciones posibles a través de una variedad de estrategias o tipos de enfoques.

4.-Toma de decisiones

Implica identificar un amplio rango de consecuencias potenciales que podrían suceder si alguna de las alternativas, de como solución del problema, se pusiera en práctica. Lo que nos lleva a realizar una lista de resultados específicos anticipados de la solución, incluyendo los efectos a corto y a largo plazo, así como las consecuencias tanto personales como sociales; este análisis permitirá considerar si la alternativa de solución es eficaz, es decir, si se caracteriza por contar con una cantidad máxima de consecuencias positivas y una cantidad mínima de consecuencias negativas, es decir el costo/beneficio.

En este proceso se enseña a las personas a estimar por un lado, la probabilidad de que determinada alternativa sea realmente eficaz para alcanzar el objetivo; y por el otro, a estimar la probabilidad de que la persona sea realmente capaz de llevar a cabo la alternativa de solución de manera óptima.

Una vez que la persona ha llevado a cabo este análisis, y sólo cuenta con un pequeño número de ideas consideradas potencialmente satisfactorias, se le alienta a que se cuestione diversos aspectos, como la cantidad de información con que cuenta, la definición correcta del problema, si los objetivos son realistas, entre otros; lo que probablemente genere que la persona regrese a los procesos

anteriores del modelo de solución de problemas. Si por el lado contrario, son identificadas diversas alternativas satisfactorias, se sugiere que se incluya una combinación de opciones de afrontamiento potencialmente eficaces (Caballo, 1995).

5.-Puesta en práctica de la solución y verificación

Comprende llevar a cabo la aplicación de las opciones o alternativas de solución elegidas, asimismo, implica vigilar cuidadosamente los resultados reales de la solución y la valoración de estos. Una vez que se llevó a cabo la puesta en práctica de la solución elegida, se anima a las personas que vigilen las consecuencias en la vida real que surgieron como resultado de la solución aplicada. Lo anterior mediante la utilización de autorregistros que incluyan tanto evaluaciones conductuales del resultado de la solución llevada a cabo, como evaluaciones de sus propias reacciones emocionales a estos resultados y el grado en que éstas corresponden con las consecuencias consideradas con anticipación durante el proceso de toma de decisiones.

Si la comparación de las consecuencias finales con las consideradas anteriormente es satisfactoria, se anima a la persona a que se proporcione algún tipo de autorrefuerzo; si por el contrario, esta comparación no es satisfactoria, se alienta a la persona para que lleve a cabo el plan de contingencias establecido con anterioridad o a que inicie nuevamente los diversos procesos del modelo de solución de problemas (Caballo, 1995).

Puesto que, como se ha visto a lo largo de este capítulo, la Asertividad es una conducta de suma importancia para el buen desarrollo interpersonal del hombre, que favorece tanto la percepción de sí mismo como la de los demás, y es asimismo una habilidad orientada a la autoestima y la autoconfianza, se considera que el entrenamiento de la conducta asertiva favorece el desarrollo y fortalecimiento de la autoestima, la cual, como se describe en el siguiente capítulo, es de crucial importancia para el desarrollo personal del ser humano, siendo una fuente de motivación que influye de manera positiva sobre nuestra conducta favoreciendo que ésta sea más adaptativa a las adversidades que se nos puedan presentar a lo largo de la vida.

CAPÍTULO 3: AUTOESTIMA

3.1 ¿Por qué es importante el estudio y trabajo de la Autoestima?

Aunque el tema autoestima es aparentemente un tema sobre el cual “ya todo el mundo sabe”, y lo importante que ésta es, es de suma importancia tener presentes las razones por las cuales este tema es de gran relevancia, y el porqué del estudio científico de un tema popular (Mruk, 1999).

El promover el estudio y trabajo de la autoestima es de gran importancia, puesto que entre sus funciones podemos destacar el que nos proteja de las situaciones del medio en que nos desenvolvemos y que nos exponen a evaluaciones y autoevaluaciones constantes; la autoestima es una fuente de motivación que influye de manera positiva sobre nuestra conducta, permite que el malestar emocional que puede causar la crítica, el rechazo, los fracasos, las pérdidas o cualquier acontecimiento adverso, negativo o estresante sea menor y nuestra respuesta a éstos sea más adaptativa (Bermúdez, 2000).

Mruk (1999) refiere como mínimo cinco razones que sugieren el estudio científico de la autoestima:

1. Se debe recordar a la población que el fenómeno de la autoestima es un fenómeno mucho más complejo de lo que parece a primera vista.
2. Las implicaciones prácticas de la autoestima: la autoestima parece estar relacionada con la salud mental positiva y el bienestar psicológico;

asimismo, se ha demostrado repetidas veces que la autoestima y la salud psicológica se relacionan con consecuencias psicológicas favorables en diversas situaciones psicológicas; el vínculo entre autoestima y conducta incluye fuertes relaciones entre la autoestima y el alto funcionamiento de la persona, el ajuste personal, el control interno, la probabilidad de resultados terapéuticos favorables, el ajuste positivo a la edad y a la vejez, la autonomía, etcétera.

3. La baja autoestima se relaciona con ciertos fenómenos negativos, como las enfermedades mentales; tal relación se ha observado en diversos estudios desde hace ya varios años. Coopersmith (1967, citado en Mruk 1999) refiere que ya en 1959 se advertía que las personas que solicitan ayuda psicológica expresan con frecuencia sentimientos de inadecuación, falta de valía y ansiedad asociada a la baja autoestima. Asimismo, Skager & Kerst (1989, citado en Mruk 1999) encontraron conexión entre la falta de autoestima y la depresión, el suicidio, las relaciones conflictivas, ciertos trastornos de personalidad y muchas otras condiciones.
4. El concepto de autoestima es particularmente importante porque permite estudiar varias dimensiones del ser humano; por ejemplo, se considera que la autoestima es la clave de la conducta normal, anormal e incluso óptima.
5. La autoestima ha alcanzado un significado social muy importante, por lo que es crucial la comprensión del rol que desempeña la autoestima en

diversos temas sociales. La dimensión social de la autoestima incluye el examen de las relaciones entre la autoestima y los principales problemas sociales contemporáneos como el abuso de sustancias, el embarazo adolescente, el fracaso escolar y la delincuencia.

El bienestar de la sociedad depende del bienestar de sus ciudadanos, muchos problemas, si no todos los que plagan la sociedad, tienen sus raíces en la baja autoestima de aquellas personas que configuran la sociedad (Mecca, 1989, citado en Mruk, 1999).

3.2 ¿Qué es la Autoestima?

Izquierdo (2003) define la autoestima como “la visión más profunda que cada cual tiene de sí mismo” (p.123). Asimismo refiere que cuando esta visión es una aceptación positiva de la propia identidad es porque está sustentada en la conciencia de la valía personal y de las capacidades propias. Menciona también que la autoestima se estructura a partir de la autoconfianza, del sentimiento de la propia competencia y del respeto y la consideración que se tiene a sí mismo, al igual que Branden (1994, citado en Branden, 2001), el cual se describe más adelante. Por lo tanto, la autoestima refleja un juicio de valor que todos formulamos al enfrentar los desafíos que se nos presenta a lo largo de nuestra existencia. Considerada como actitud, la autoestima es la forma habitual de percibirnos, de pensar, de sentir y de comportarnos en relación con nuestro ser. Puesto que se genera en la interacción con el prójimo, la autoestima implica el

autoconocimiento, además de cierto sentido de seguridad y de pertenencia, del dominio de la comunicación y de la satisfacción de saberse útil y valioso para los demás (Izquierdo, 2003).

De acuerdo con Rosenberg (1965, citado en Rosenberg, 1973) la autoestima es la evaluación que generalmente mantiene el individuo sobre sí mismo, expresando una actitud de aprobación o desaprobación y que indica la manera en que el individuo se cree capaz, significativo, exitoso y merecedor.

Para Carl Rogers (1994, citado en Izquierdo, 2003) “la autoestima constituye el núcleo básico de la personalidad” (p. 124); por su parte, Markus y Kunda (1986, citados en Izquierdo, 2003) consideran que la autoestima desempeña un papel importante en la regulación de la conducta de las personas, ya que actúa como mediador en la toma de decisiones, influye en la elección de objetivos y es determinante en el establecimiento de planes de acción.

Por su parte, Branden (1994, citado en Branden, 2001) define la autoestima como “la experiencia de ser competente para enfrentarse a los desafíos básicos de la vida, y de ser dignos de felicidad” (p. 14); asimismo la autoestima consiste en dos componentes principales:

- a) Considerarse eficaces, confiar en la capacidad de uno mismo para pensar, aprender, elegir y tomar decisiones correctas, y por extensión, superar los retos que la vida nos presenta y producir cambios favorables.

- b) El respeto por uno mismo, la confianza en el derecho a ser feliz, y por extensión, la confianza en que las personas son dignas de los logros, del éxito, de la amistad, el respeto, el amor y la realización que aparezcan en sus vidas.

La eficacia y el respeto hacia uno mismo constituyen el pilar doble sobre el que se establece una autoestima sana, si falla una de las dos partes, la autoestima se ve afectada. El modo en que las personas se experimentan a sí mismas influye sobre cada momento de su existencia; su autoevaluación es el contexto básico dentro del que actúan, reaccionan y se enfrentan a los retos de la vida. La manera en que las personas reaccionan a los acontecimientos dependerá de quiénes son y quiénes creen que son, o por el grado de competencia y dignidad que creen poseer. De todos los juicios que los seres humanos emitan en su vida, ninguno será más importante que el que emitan sobre sí mismos (Branden, 2001).

La satisfacción de la necesidad de autoestima producirá sentimientos de autoconfianza, valía personal, capacidad y suficiencia, de ser necesario y útil para el mundo. Por otra parte, la insatisfacción de esta necesidad, producirá sentimientos de inferioridad, de debilidad y desamparo, los cuales a su vez pueden producir otros sentimientos desfavorables o disfuncionales (Maslow, 1987).

Las personas que manifiestan una confianza realista en sí mismos, en su mente y valores, que se sienten seguras, tienden a experimentar el mundo como algo

accesible a ellos, reaccionan adecuadamente a los desafíos y las oportunidades que se les presentan a lo largo de su vida; la autoestima capacita y motiva, inspirando a las personas a conseguir cosas a la vez que les permite sentir placer y orgullo por los logros obtenidos, les permite experimentar satisfacción. Cuanto más sólida sea la autoestima de una persona, mejor abastecida estará para luchar frente a la adversidad tanto en su vida personal como en su carrera profesional; sus deseos, intereses y ambiciones, en cuanto a lo que espera experimentar en la vida, a nivel emocional, intelectual, creativo y espiritual serán asimismo más sólidos y más altos (Branden, 2001).

Por otro lado, la baja autoestima, se ha considerado como un factor que facilita el riesgo de consumo de drogas y de alcohol; se relacionan con una autoestima baja: niveles de ansiedad altos, depresión, inseguridad, dependencia, soledad, poca estabilidad emocional, hipersensibilidad a la crítica, pasividad, entre otros (Bermúdez, 2000).

Las personas con autoestima elevada y adecuada, tenderán a relacionarse de una forma más abierta, honesta y correcta con los demás, lo cual refuerza un autoconcepto positivo; están más dispuestas a fomentar las relaciones que les hacen crecer como persona, evitando a su vez las relaciones nocivas, perjudiciales. Cuanto más saludable sea la autoestima de una persona, más inclinada se sentirá a tratar a los demás con respeto, benevolencia, buena voluntad y justicia, puesto que el respeto por uno mismo, constituye la base del respeto por los demás (Branden, 2001).

3.3 Características de una baja Autoestima

Hay y Clemens (1996 y 1991, citados en Izquierdo, 2003) mencionan que en las personas que presentan baja autoestima, podremos encontrar algunas de las siguientes características:

- Sensación de inutilidad, de ser innecesario, de no tener importancia.
- Pérdida del entusiasmo por la vida, incapacidad para disfrutar.
- Tristeza y melancolía permanentes.
- No aceptación de la apariencia física.
- Sienten que no tienen amigos, temen desagradar y perder la estima y aceptación de los demás.
- Son hipercríticos consigo mismos y viven en constante estado de insatisfacción.
- Están convencidos de no ser muy inteligentes y se consideran inferiores a los demás.
- Son hipersensibles: sienten que la menor crítica los hiere y los agrede.
- Padecen indecisión crónica por temor a equivocarse.
- En ellos predomina la desesperanza, la apatía, la sensación de derrota y el abandono total.
- Se sienten incapaces de hacer las cosas por sí mismos.
- Sufren culpabilidad neurótica y se autocondenan cuando comenten errores.

- Presentan un perfeccionismo obsesivo, el cual los conduce a un desmoronamiento anímico cuando las cosas no salen como ellos esperaban.
- Los agobia el pesimismo, la depresión y una visión global negativa en la que se incluyen a sí mismos.

Izquierdo (2003) destaca en los jóvenes, por ejemplo, dos principales tipos de personas que presentan baja autoestima: por un lado, las personas que se infravaloran, es decir que tienen una valía personal muy baja, con una imagen irreal de sí mismos y que permanecen pasivos, su talento se interrumpe o detiene, no muestran un desarrollo adecuado, objetivos personales ni logros, su vida se torna vacía por miedo a realizar el esfuerzo necesario para llenarla, puesto que por ese miedo, rehúyen la responsabilidad de asumir su autorrealización. Por el otro lado están aquellas personas que en el fondo creen que todo lo que hacen es irreprochable, la menor crítica los derrumba y sólo escuchan a quienes los alaban, no hacen frente a sus limitaciones y se refugian en un sueño de perfección, viven el papel de un personaje ideal y están convencidos de que los que no los ven así están equivocados, no aceptan su imperfección y temen romper la imagen ideal que se han forjado de sí mismos, lo que aparentemente los exime de la responsabilidad de asumir su autorrealización; en ambos casos, las personas rehúyen a la responsabilidad de asumir su autorrealización.

3.4 Características de una adecuada autoestima

Entre las características de las personas que se encuentran en proceso de crecimiento o autorrealización, con un nivel de autoestima adecuado, Izquierdo (2003) señala las siguientes:

- Aceptación de sí mismo, aceptación de sus sentimientos con mayor plenitud.
- Percepción clara y eficiente de la realidad. Mayor flexibilidad en su percepción. Planteamientos de objetivos realistas.
- Apertura a las experiencias nuevas, creatividad.
- Integración, cohesión y unidad de la personalidad. Confianza en sí mismo.
- Espontaneidad, expresividad y vitalidad. Expresión espontánea de sentimientos y opiniones.
- Identidad firme, sentimientos de autonomía y de unicidad; objetividad, independencia y trascendencia. Busca ser sincero consigo mismo.
- Capacidad de fusión de lo concreto con lo abstracto.
- Gran capacidad amorosa, relaciones interpersonales profundas. Aceptación de los demás.
- Código moral propio.
- Se siente atraído por la libertad de ser uno mismo, sin temor ante la responsabilidad que esto implica.

- Asume la dirección de sí mismo de manera responsable, elige libremente y aprende de las consecuencias de sus actos.
- Búsqueda ocasional de la soledad para llevar a cabo un encuentro consigo mismo.
- Tendencia a preocuparse por los problemas de los demás y no sólo por los propios.
- Sentido del humor sano.

Izquierdo (2003) considera que el perfil de las personas con un nivel adecuado de autoestima y que se encuentran en proceso de crecimiento y autorrealización, no es sólo un perfil que parezca inalcanzable, sino que en realidad sí es posible funcionar de manera plena cuando la persona supera constantemente los obstáculos que se le presenten y los comportamientos autodestructivos.

3.5 Efectos de una sana autoestima

Branden (2001) menciona que la baja autoestima es el común denominador en la mayoría, si no en todas, las variantes de angustia personal. Refiere que la baja autoestima constituye un factor causal que predispone a las personas a experimentar problemas psicológicos, a la vez que es también una consecuencia de los mismos, es decir, que los problemas que se manifiestan como una autoestima pobre también contribuyen significativamente al constante deterioro de la misma; de aquí la importancia de contribuir a potenciar la autoestima.

La autoestima contribuye de un modo esencial al proceso vital, es indispensable para el desarrollo normal y sano del ser humano, tiene valor de supervivencia; sin una autoestima positiva, sana, adecuada, el crecimiento psicológico se interrumpe, se detiene o deteriora. Una autoestima adecuada funciona en la práctica, del día a día de los seres humanos, como el sistema inmunológico de la conciencia, de la razón, ofreciendo una mayor resistencia, fuerza y capacidad de renovar y regenerar; es por todo esto, que la autoestima puede entonces considerarse como una necesidad humana básica.

Alcántara (1993, citado en Izquierdo, 2003) resalta entre los efectos positivos que se derivan de un desarrollo adecuado de la autoestima los siguientes:

- Favorece el aprendizaje: la adquisición de nuevos conocimientos está sujeta a nuestras actitudes básicas; de éstas depende que se generen motivaciones más intensas en lo que a atención y concentración se refiere.
- Ayuda a superar las dificultades personales: cuando una persona cuenta con una alta autoestima está mejor capacitada para afrontar los problemas, adversidades y los fracasos que se le presenten, ya que dispone de la confianza y motivación necesarias para reaccionar de manera adecuada buscando la solución de las situaciones problemáticas y la superación de los obstáculos.

- Fundamenta la responsabilidad; a mediano y largo plazo, sólo es constante y responsable la persona que tiene confianza en sí misma, que conoce sus aptitudes, lo que se le facilita y lo que se le dificulta, comprometiéndose asimismo con sus objetivos.
- Desarrolla la creatividad: únicamente a partir de la confianza en sí mismo, en la originalidad y en las propias capacidades, puede surgir la creatividad de la persona.
- Estimula la autonomía: ayuda a las personas a ser autónomas, más seguros de sí mismos, a encontrar la identidad propia, a partir de lo cual, cada persona va eligiendo sus objetivos y metas a alcanzar, decide qué actividades y conductas le resultan significativas y asume la responsabilidad de conducirse a sí mismo y de su autorrealización.
- Posibilita una relación social saludable: el respeto y el aprecio a sí mismo son sumamente importantes para lograr una adecuada relación con las demás personas, puesto que el respeto por uno mismo es la base del respeto a los demás.

Gozar de una alta autoestima produce en la persona un sentimiento saludable de competencia, capacidad y valía; permite reconocer nuestras aptitudes y actitudes más favorecidas, y al mismo tiempo estar consciente de las desfavorecidas para así realizar el esfuerzo necesario para el desarrollo y mejora de éstas. En el caso de no conseguirlo de inmediato, no nos causará una gran perturbación, frustración

o incluso infravalorarnos, la persona sigue intentando mejorar, centrándose más en lo positivo que se ha de desarrollar que en lo negativo que se ha de corregir (Izquierdo, 2003).

Planteamiento del problema y justificación

Dentro de la misión la Facultad de Psicología de la UNAM resalta entre los puntos centrales, contribuir al desarrollo humano, calidad de vida y bienestar social de los mexicanos, para lo cual, la comunidad académica busca formar de manera integral y responsable a los profesionales de la Psicología; es por tal motivo que se considera la necesidad de integrar algún tipo de formación adicional a la formación curricular, que facilite el crecimiento personal, que ayude a fomentar y preservar la estabilidad psicológica del psicólogo en formación, por lo que se creó y aplicó un Programa de Terapia Racional Emotivo Conductual y Asertividad para el fortalecimiento de la Autoestima en el Psicólogo en formación, ya que éstas, tanto la Asertividad como la Autoestima se consideran de suma importancia para el ser humano, pues cuanto más sólida sea la Autoestima de una persona, mejor equipada estará para luchar frente a la adversidad tanto en su vida personal como en su carrera profesional.

Preguntas de investigación

1. ¿Existe un incremento en la Asertividad del psicólogo en formación después de participar en el Programa de Terapia Racional Emotivo Conductual y Asertividad?
2. ¿Existe un incremento en la Autoestima del psicólogo en formación después de participar en el Programa de Terapia Racional Emotivo Conductual y Asertividad?

3. ¿Existe un decremento en las Ideas Irracionales del psicólogo en formación después de participar en el Programa de Terapia Racional Emotivo Conductual y Asertividad?

Objetivo general

El objetivo del presente proyecto fue la creación y aplicación de un Programa de Terapia Racional Emotivo Conductual y Asertividad para el fortalecimiento de la Autoestima en el Psicólogo en formación, así como probar la eficacia del mismo.

Objetivos específicos

- a) Que el psicólogo en formación incremente su Asertividad mediante su participación en un Programa de Terapia Racional Emotivo Conductual y Asertividad.
- b) Que el psicólogo en formación incremente su Autoestima mediante su participación en un Programa de Terapia Racional Emotivo Conductual y Asertividad.
- c) Que el psicólogo en formación disminuya sus Ideas Irracionales mediante su participación en un Programa de Terapia Racional Emotivo Conductual y Asertividad.

Hipótesis

Hipótesis de investigación:

- a) Existe un incremento en las puntuaciones de Asertividad del psicólogo en formación después de participar en el Programa de Terapia Racional Emotivo Conductual y Asertividad.
- b) Existe un incremento en las puntuaciones de Autoestima del psicólogo en formación después de participar en el Programa de Terapia Racional Emotivo Conductual y Asertividad.
- c) Existe un decremento en las puntuaciones de Ideas Irracionales del psicólogo en formación después de participar en el Programa de Terapia Racional Emotivo Conductual y Asertividad.

Hipótesis estadísticas:

- a) Existen diferencias estadísticamente significativas en los puntajes obtenidos en el *Test de Asertividad de Gambrell y Richey* antes y después de participar en el Programa de Terapia Racional Emotivo Conductual y Asertividad.
- b) Existen diferencias estadísticamente significativas en los puntajes obtenidos en el *Test de Autoestima de Rosenberg* antes y después de participar en el Programa de Terapia Racional Emotivo Conductual y Asertividad.
- c) Existen diferencias estadísticamente significativas en los puntajes obtenidos en el *Test Registro de opiniones* de Davis, Mckay y Eshelman antes y

después de participar en el Programa de Terapia Racional Emotivo Conductual y Asertividad.

Hipótesis alternas:

- a) No existen diferencias estadísticamente significativas en los puntajes obtenidos en el *Test de Asertividad de Gambrill y Richey* antes y después de participar en el Programa de Terapia Racional Emotivo Conductual y Asertividad.
- b) No existen diferencias estadísticamente significativas en los puntajes obtenidos en el *Test de Autoestima de Rosenberg* antes y después de participar en el Programa de Terapia Racional Emotivo Conductual y Asertividad.
- c) No existen diferencias estadísticamente significativas en los puntajes obtenidos en el *Test Registro de opiniones* de Davis, Mckay y Eshelman antes y después de participar en el Programa de Terapia Racional Emotivo Conductual y Asertividad.

Variables

A. Variable independiente:

Programa de Terapia Racional Emotivo conductual y Asertividad para fortalecer la Autoestima en el Psicólogo en formación.

Definición conceptual: Programa de Terapia Racional Emotivo Conductual y Asertividad para fortalecer la autoestima en el estudiante de psicología a través de diversas técnicas de la Terapia Racional Emotivo Conductual y del entrenamiento Asertivo.

Definición operacional: técnicas propias de la Terapia Racional Emotivo Conductual y entrenamiento en Asertividad. El programa constó de ocho sesiones de dos horas cada una, en las cuales se realizaron diversas dinámicas para favorecer la integración grupal en un ambiente de confianza y respeto, se llevó a cabo la enseñanza de diversos conceptos como lo son: la TREC, la reestructuración cognitiva, el modelo ABC- DE, técnicas de relajación, tipos de conducta, asertividad y autoestima, derechos humanos básicos y el modelo de solución de problemas; los cuales se revisaron a través de técnicas expositivas, lluvia de ideas, actividades en equipo, aprendizaje experiencial, entre otras, siempre ejemplificando y realizando diversos ejercicios prácticos para el entendimiento y entrenamiento de los mismo (ver Anexo 1).

B. Variables dependientes:

1. Asertividad

Definición conceptual: “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, 1993, citado en Lega, Caballo & Ellis 1997, p. 98).

Definición operacional: puntuación obtenida en el *Test de Asertividad de Gambrill y Richey (1975)*, validado para población mexicana por Guerra (1996).

2. Autoestima

Definición conceptual: de acuerdo con Rosenberg (1965, citado en Rosenberg, 1973) la Autoestima es la evaluación que generalmente mantiene el individuo sobre sí mismo, expresando una actitud de aprobación o desaprobación y que indica la manera en que el individuo se cree capaz, significativo, exitoso y merecedor.

Definición operacional: puntuación obtenida en el *Test de Autoestima de Rosenberg (1965)*, validado para población mexicana por Jurado, Jurado, López y Querevalú (2015).

3. Ideas Irracionales básicas

Definición conceptual: la Terapia Racional Emotivo Conductual-TREC se basa en la idea de que tanto las emociones como las conductas son producto de las creencias de un individuo, es decir, de su interpretación de la realidad Ellis (1962, citado en Caballo, 1995). Hay dos clases de

sistemas de Ideas o Creencias, Ideas Racionales e Ideas Irracionales, ambas son evaluaciones de la realidad, subjetivas, y no descripciones o predicciones de la misma. Las Ideas Irracionales son Inconsistentes en su lógica y en la realidad empírica, absolutistas y dogmáticas, no ayudan a las personas a conseguir sus objetivos, producen emociones perturbadoras. (Lega, Caballo & Ellis, 1997).

Definición operacional: puntuación obtenida en el Test *Registro de opiniones* de Davis, Mckay y Eshelman (1988), validado para población mexicana por Jurado (2009).

Diseño de investigación

El diseño de investigación de este proyecto es de tipo cuasiexperimental, de Preprueba-posprueba con un solo grupo (Hernández, Fernández & Baptista, 2006).

MÉTODO

Participantes

30 estudiantes y egresados de la Licenciatura en Psicología, elegidos a través de un muestreo no probabilístico, accidental por cuota, de los cuales 8 fueron hombres y 22 mujeres, con una edad promedio de 27 años; 25 de ellos solteros y 5 casados o en unión libre.

Escenario

Aulas en la Facultad de Psicología de la UNAM.

Instrumentos

1. Test de **Asertividad de Gambrill y Richey** (1975) validado para población mexicana por Guerra (1999); evalúa el nivel de asertividad, consta de 40 reactivos que presentan situaciones de interacción social, ya sea con extraños, conocidos, amigos, compañeros de trabajo, etcétera; así como de situaciones personales que implican la toma de decisiones. Es una escala de tipo Likert de 5 puntos. Consta de dos sub escalas, *Grado de Incomodidad-GI* y *Probabilidad de Respuesta PR*.

Grado de Incomodidad-GI: evalúa el malestar que la persona experimenta en ciertas situaciones, siendo 1 Nada y 5 Demasiado, por lo tanto, a mayor puntaje en la sub escala GI, el Grado de Inconformidad que la persona experimenta es mayor.

Probabilidad de Respuesta-PR: evalúa la probabilidad de que la persona actúe si realmente se le presenta la situación, la probabilidad de presentar la conducta asertiva, siendo 1 Siempre lo haría y 5 Nunca lo haría, por lo tanto, a menor puntuación en la sub escala PR, la Probabilidad de Respuesta es mayor, es decir, existe una mayor probabilidad de actuar de manera asertiva.

Características psicométricas: el inventario cuenta con un coeficiente de consistencia interna de 0.9221. El índice de homogeneidad de la estructura interna, el coeficiente Alfa de Cronbach es de 0.9247. Con lo que se afirma que el inventario es confiable (Guerra, 1996).

2. Test de **Autoestima de Rosenberg** (1965), validado para población mexicana por Jurado, Jurado, López y Querevalú (2015), evalúa el nivel de autoestima, consta de 8 afirmaciones acerca de pensamiento e ideas sobre sí mismo. Es una escala tipo Likert de 4 puntos, donde 1 es Muy de acuerdo y 4 Muy en desacuerdo.

Características psicométricas: todos los reactivos mostraron capacidad discriminativa mediante la prueba *t*. La escala cuenta con una confiabilidad por Alfa de Cronbach de .79, por lo tanto se considera que es una prueba válida y confiable para su uso en estudiantes de la Ciudad de México (Jurado, Jurado, López & Querevalú, 2015).

3. Test **Registro de Opiniones** de Davis, Mckay y Eshelman (1988), validado para población mexicana por Jurado (2009), evalúa pensamientos irracionales, es una escala de auto reporte que consta de 100 reactivos, los cuales tienen como propósito poner de manifiesto las ideas irracionales básicas de Albert Ellis, las cuales contribuyen de forma encubierta al estrés e infelicidad. Los reactivos cuentan con dos opciones de respuesta, De Acuerdo y En Desacuerdo.

Características psicométricas: posee una estructura interna homogénea y consistente, cuenta con un nivel de confiabilidad de KR-20 de .95, es una prueba válida para población mexicana (Jurado, 2009).

Materiales

- Presentación en Power Point de los diversos temas
- Carta descriptiva del Programa con las actividades por sesión
- Formatos de trabajo para los participantes (Anexo 1)
- Hojas blancas y de colores
- Marcadores, plumas y lápices
- Fichas de trabajo, etiquetas
- Plastilina
- Cinta adhesiva

Procedimiento

1. Se llevó a cabo la revisión bibliográfica de las diversas técnicas utilizadas para el entrenamiento de la Asertividad y Habilidades Sociales, así como de la Terapia Racional Emotivo Conductual.
2. Se eligieron la metodología y las técnicas cognitivo conductuales a utilizar en el Programa.
3. Se elaboró la Carta descriptiva del Programa de Terapia Racional Emotivo Conductual y Asertividad para fortalecer la Autoestima en el psicólogo en formación, en la cual se describen los objetivos del mismo, así como los temas a revisar en cada una de las sesiones, especificando las técnicas, dinámicas y materiales a utilizar, incluyendo los tiempos considerados para cada actividad, a continuación se mencionan los temas comprendidos en cada sesión:
 - Sesión 1: Presentación general del programa, evaluación inicial, presentación y expectativas de los participantes, establecimiento de normas grupales, actividades adicionales para casa.
 - Sesión 2: ¿Qué es la TREC?, el ABC de la TREC, acontecimientos, creencias y consecuencias, Ideas irracionales, búsqueda de Ideas racionales, actividades para casa.
 - Sesión 3: Revisión de los principios básicos de la TREC, modelo ABC e Ideas racionales e irracionales, Debate y Efectos, ¿Qué es el debate?, técnicas de debate, análisis del estado de ánimo,

entrenamiento en relajación, técnica de respiración diafragmática, actividades adicionales para casa.

- Sesión 4: ¿Cómo puedo modificar mi estado de ánimo?, emociones desagradables perturbadoras y emociones desagradables apropiadas, reforzamiento de la técnica de respiración diafragmática, ¿Qué es la Asertividad?, actividades adicionales para casa.
- Sesión 5: Conducta Asertiva, pasiva y agresiva, adoptando un estilo de conducta asertivo, Asertividad Racional Emotivo Conductual, Asertividad y Autoestima, actividades adicionales para casa.
- Sesión 6: repaso del tema Asertividad, Derechos humanos básicos, practicando la conducta Asertiva: verbal y no verbal, ¿Cómo identificar derechos personales?, técnica de respiración diafragmática e imaginación, actividades adicionales para casa.
- Sesión 7: Reforzando mis derechos personales, ¿Cómo afronto mis problemas?, Solución de Problemas, Entrenamiento en Solución de Problemas, Entrenamiento en Habilidades Sociales, actividades adicionales para casa.
- Sesión 8: Recapitulación del Entrenamiento en Habilidades Sociales, presentación del cierre general del programa, evaluación final, TREC, Asertividad y Autoestima, cierre del programa.

Durante las sesiones se utilizaron Formatos de trabajo para los participantes, como material de base para realizar los diversos ejercicios prácticos para el entendimiento y entrenamiento de los mismo (Anexo 1).

4. Se realizó la convocatoria de los participantes por medio de la publicación de carteles en espacios públicos de la Facultad de Psicología de la UNAM, así como en una página de Facebook de la misma facultad.
5. Se llevó a cabo la inscripción de los participantes al programa y se solicitaron las aulas requeridas en la Facultad de Psicología de la UNAM para llevar a cabo las sesiones.
6. Antes de iniciar el Programa de Terapia Racional Emotivo Conductual y Asertividad para fortalecer la Autoestima en el psicólogo en formación se aplicaron los test: Asertividad de Gambrill y Richey (1975), Autoestima de Rosenberg (1965), Registro de Opiniones de Davis, Mckay y Eshelman (1988).
7. Se llevó a cabo el Programa de Terapia Racional Emotivo Conductual y Asertividad para fortalecer la Autoestima en el psicólogo en formación, el cual consta de 8 sesiones de 2 horas cada una.
8. Una vez finalizado el Programa, se llevó a cabo la calificación de los instrumentos utilizados, y posteriormente el análisis de los datos.

RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados de acuerdo con los datos obtenidos de la muestra con una $N=30$, todos los participantes estudiantes o egresados de la licenciatura en Psicología, de los cuales 8 fueron hombres y 22 mujeres, con edad promedio de 27 años. Los datos se analizaron mediante la prueba t y posteriormente con la d de Cohen para determinar el Tamaño del Efecto.

La d de Cohen es un estadístico que permite estimar el “Tamaño del Efecto” de un tratamiento, considera los siguientes rangos de efecto:

De 0.12 a 0.2 Efecto pequeño

De 0.2 a 0.5 Efecto medio

De 0.5 a 0.8 Efecto alto

Mayor a 0.8 Efecto muy alto

1. Asertividad

Se observa una disminución después del tratamiento, en el valor de la sub-escala Grado de Incomodidad del test de Asertividad de Gambrill y Richey, siendo la media preprueba= 106.87, $DS= 26.29$ considerándose así como un Grado de Incomodidad promedio y la media posprueba= 76.43, $DS= 20.24$ siendo esta inferior al promedio (Guerra, 1996).

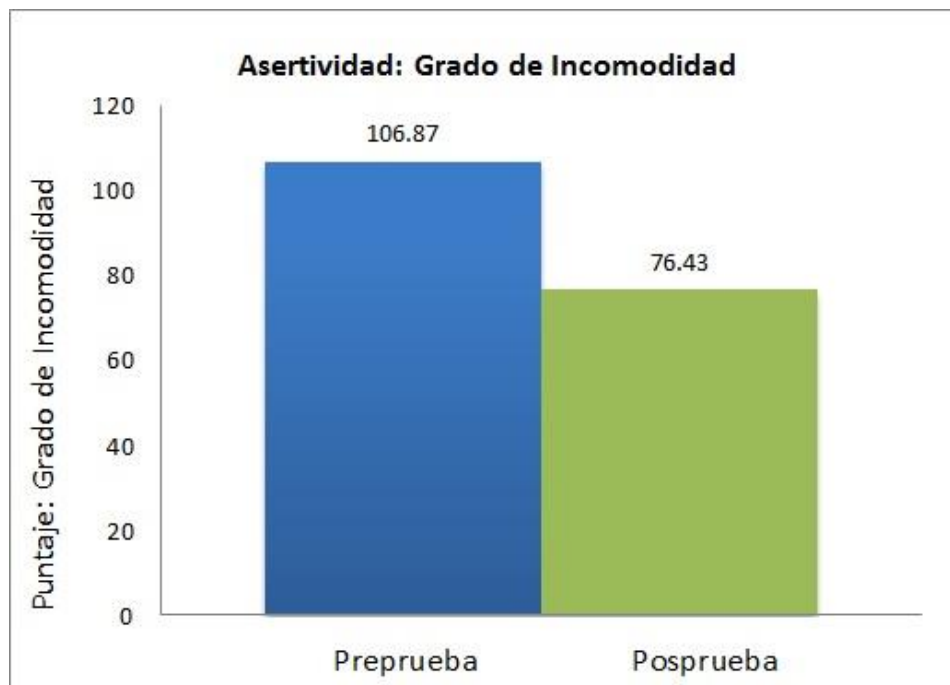


Figura 1. Comparación del Grado de Incomodidad (Asertividad) entre las medias grupales: previa al tratamiento y posterior al tratamiento.

La sub-escala Grado de Incomodidad obtuvo un valor de $t = 7.698$, 29 gl, $p > .000$, lo cual muestra una diferencia estadísticamente significativa.

Asimismo la d de Cohen arroja un valor de 1.32, lo cual muestra una diferencia estadísticamente significativa considerándose el Tamaño del "Efecto Muy grande".

Lo anterior refiere que existen diferencias significativas posteriores a la aplicación del programa en el Grado de Incomodidad o malestar subjetivo que experimentan los sujetos ante ciertas situaciones que implican actuar asertivamente como: rechazar

peticiones, mantener una opinión diferente a los demás, expresar sentimientos tanto negativos como positivos, etcétera. (Guerra, 1996).

Se observa una disminución después del programa, en el valor de la sub-escala Probabilidad de Respuesta del test de Asertividad de Gambrill y Richey, siendo la media preprueba= 94.73, DS= 22.35 considerándose así como una Probabilidad de Respuesta promedio y la media posprueba= 76.70, DS= 17.79 siendo esta superior al promedio (Guerra, 1996).

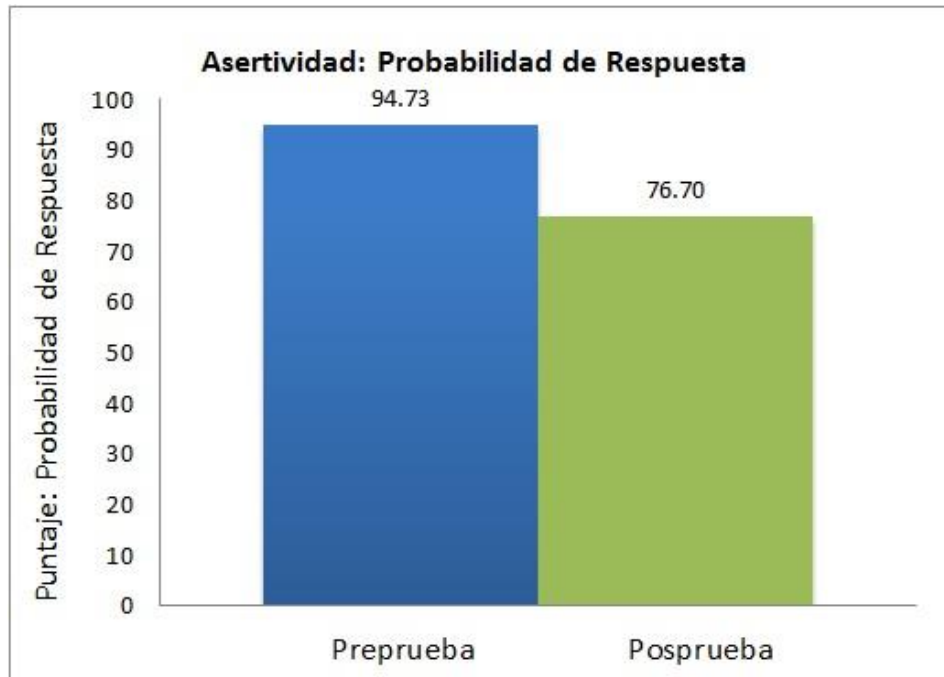


Figura 2. Comparación de la Probabilidad de Respuesta (Asertividad) entre las medias grupales: previa al tratamiento y posterior al tratamiento.

La sub-escala Probabilidad de Respuesta obtuvo un valor de $t = 5.394$, 29 gl, $p > .000$, lo cual muestra una diferencia estadísticamente significativa.

La d de Cohen arroja un valor de 0.91, lo cual muestra una diferencia estadísticamente significativa considerándose el Tamaño del “Efecto Muy Grande”.

Lo anterior refiere que existe una diferencia estadísticamente significativa posterior a la aplicación del programa en La Probabilidad de Respuesta, es decir en la probabilidad de presentar una conducta asertiva si realmente se le presenta la situación, siendo 1 Siempre lo haría y 5 Nunca lo haría, por lo tanto, a menor puntuación en la sub escala PR, la Probabilidad de Respuesta es mayor, es decir, existe una mayor probabilidad de actuar de manera asertiva.

Lo anterior refiere que en las situaciones que demandan una conducta Asertiva, se observó una disminución en el Grado de Incomodidad y un aumento en la Probabilidad de Respuesta posteriores a la aplicación del programas, asimismo en el Inventario de Asertividad de Gambrill y Richey de manera general, puesto que en la evaluación previa al programa el promedio de los participantes se ubicó en el nivel de “No definidos como asertivos o no asertivos” (GI Promedio y PR Promedio) mientras que en la evaluación posterior el promedio de los participantes se ubica en el nivel de “Asertivo” (GI Inferior al Promedio y PR Superior al Promedio) (Guerra, 1996).

2. Autoestima

Se observa un ligero incremento después del programa, en el valor de la media en el Inventario de Autoestima de Rosenberg, siendo la media preprueba= 23.73, DS= 5.68 considerada como Autoestima Baja y la media posprueba= 24.27, DS=2.664 siendo asimismo considerada como Autoestima Baja (Jurado, Jurado, López & Querevalú, 2015).

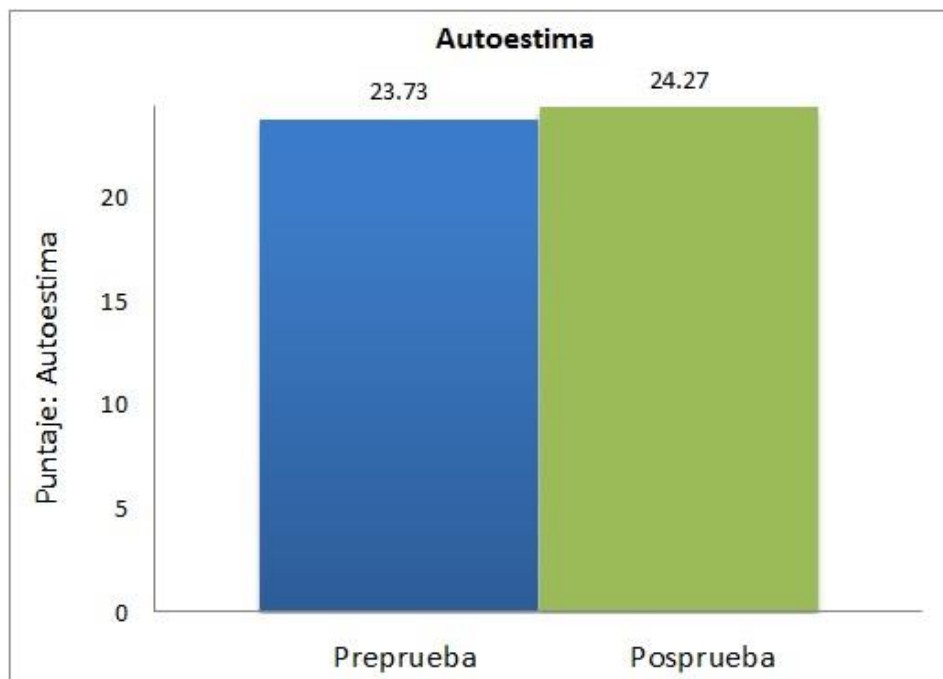


Figura 3. Comparación entre las medias grupales en Autoestima: previa al tratamiento y posterior al tratamiento.

La escala de Autoestima de Rosenberg obtuvo un valor $t = .64$, 29 gl, $p > .52$, lo cual no muestra una diferencia estadísticamente significativa.

Sin embargo, la d de Cohen arroja un valor de 0.12, lo cual muestra una diferencia estadísticamente significativa considerándose el Tamaño del “Efecto Pequeño”.

3. Ideas Irracionales

Se observa una disminución después del programa, en el valor de la escala de Registro de Opiniones, siendo la media preprueba=41.53, DS= 10.52 y la media posprueba=34.57, DS= 8.04.

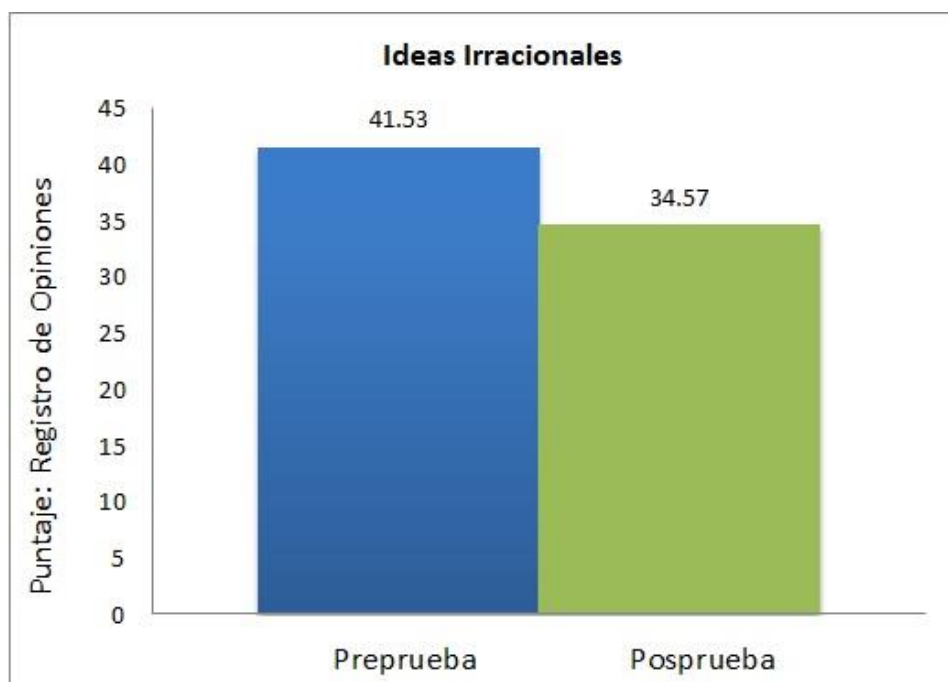


Figura 4. Comparación de las Ideas Irracionales (Registro de Opiniones) entre las medias grupales: previa al tratamiento y posterior al tratamiento.

La escala Registro de Opiniones obtuvo en su totalidad un valor de $t = 5.36$, 29 gl, $p > .000$, lo cual muestra una diferencia estadísticamente significativa.

La d de Cohen arroja un valor de 0.76, lo cual muestra una diferencia estadísticamente significativa considerándose el Tamaño del “Efecto Grande”.

Lo anterior refiere que existe una disminución significativa posterior a la aplicación del programa con respecto a las Ideas Irracionales, puesto que entre más alto es el puntaje en la escala, la persona está más dispuesta a utilizar o mantener Ideas Irracionales.

Asimismo se compararon los resultados de cada una de las diez Ideas Irracionales del Registro de Opiniones las cuales se refieren a las ideas irracionales básicas de Albert Ellis, mismas que contribuyen de forma encubierta al estrés e infelicidad (Jurado, 2009).

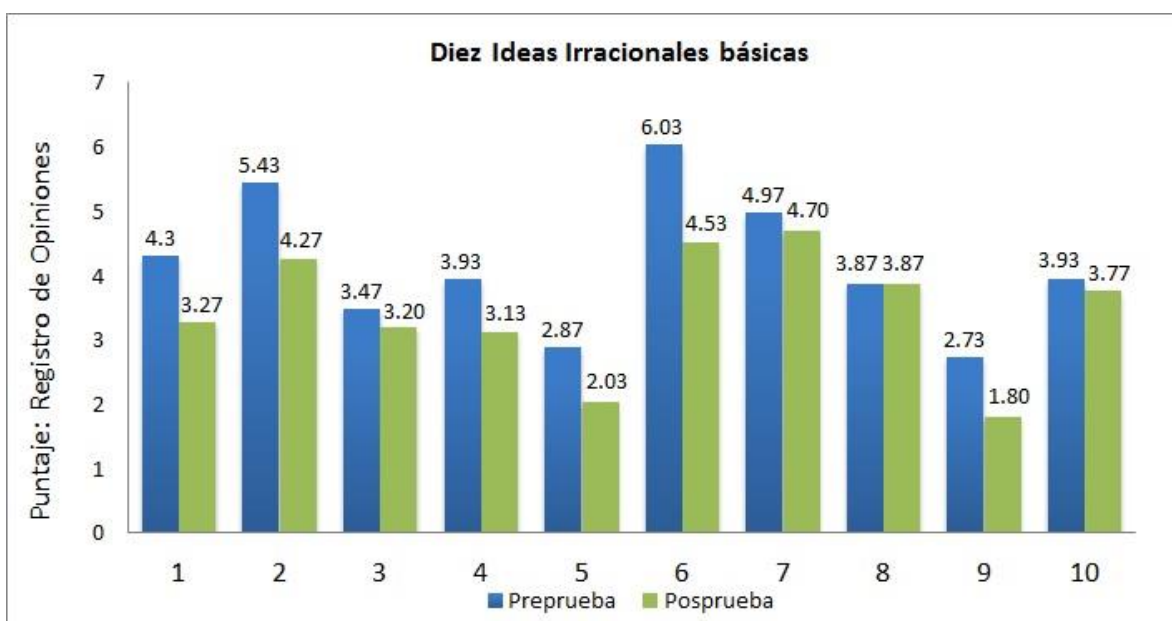


Figura 5. Comparación de las diez Ideas Irracionales básicas entre las medias grupales: previa al tratamiento y posterior al tratamiento.

La **Idea Irracional 2**, la cual se refiere a que se “Debe ser indefectiblemente competente y casi perfecto en todo lo que emprende”, mostró una disminución después del programa en el valor de la escala de Registro de Opiniones, siendo la media preprueba= 5.43, DS= 1.35 y la media posprueba= 4.27, DS= 1.20. Obtuvo un valor de $t = 5.88$, 29 gl, $p > .000$, lo cual muestra una diferencia estadísticamente significativa. La d de Cohen arroja un valor de 0.92, lo cual muestra una diferencia estadísticamente significativa considerándose el Tamaño del “Efecto Muy Grande”. Lo anterior refiere que existe una disminución significativa posterior a la aplicación del programa con respecto a la Idea Irracionales 2, lo que implica que los participantes mostraron estar menos dispuestos a mantener la idea irracional referente a que se debe ser indefectible, competente y casi perfecto en todo lo que se hace.

Las Ideas Irracionales 4, 5, 6 y 9, mostraron asimismo una disminución después del programa, las cuales se mencionan a continuación:

Idea Irracional 4: “Es horrible cuando las cosas no van como uno quisiera que fueran”; con una media preprueba= 3.93, DS= 1.61 y una media posprueba= 3.13, DS= 1.38. Obtuvo un valor de $t = 2.44$, 29 gl, $p > .021$, lo cual muestra una diferencia estadísticamente significativa. La d de Cohen arroja un valor de 0.54, lo cual muestra una diferencia estadísticamente significativa considerándose el Tamaño del “Efecto Grande”. Lo anterior refiere que existe una disminución significativa posterior a la aplicación del programa con respecto a la Idea Irracionales 4, lo que implica que los participantes mostraron estar menos

dispuestos a mantener la idea irracional referente a que es horrible que las cosas no salgan como uno desean.

Idea Irracional 5: “Los acontecimientos externos son la causa de la mayoría de las desgracias de la humanidad, la gente simplemente reacciona según cómo los acontecimientos inciden sobre sus emociones”; con una media preprueba= 2.87, DS= 1.75 y una media posprueba= 2.03, DS= 1.54. Obtuvo un valor de $t = 1.87$, 29 gl, $p > .071$, lo cual muestra una diferencia estadísticamente significativa. La d de Cohen arroja un valor de 0.52, lo cual muestra una diferencia estadísticamente significativa considerándose el Tamaño del “Efecto Grande”. Lo anterior refiere que existe una disminución significativa posterior a la aplicación del programa con respecto a la Idea Irracional 5, lo que implica que los participantes mostraron estar menos dispuestos a considerar que los acontecimientos externos son los causantes de las reacciones de las personas, puesto que estas interfieren en sus emociones.

Idea Irracional 6: “Se debe sentir miedo o ansiedad ante cualquier cosa desconocida, incierta o potencialmente peligrosa”; con una media preprueba=6.03, DS= 2.53 y una media posprueba = 4.53, DS= 2.47. Obtuvo un valor de $t=3.77$, 29 gl, $p > .001$, lo cual muestra una diferencia estadísticamente significativa. La d de Cohen arroja un valor de 0.61, lo cual muestra una diferencia estadísticamente significativa considerándose el Tamaño del “Efecto Grande”. Lo anterior refiere que existe una disminución significativa posterior a la aplicación del programa con respecto a la Idea Irracional 6, lo que implica que los participantes mostraron estar

menos dispuestos a mantener la idea referente a que se debe sentir miedo o ansiedad ante cualquier situación o cosa desconocida, incierta o que parezca peligrosa.

Idea Irracional 9: “El pasado tiene gran influencia en la determinación del presente”, con una media preprueba= 2.73, DS= 1.72 y una media posprueba=1.80, DS= 1.15. Obtuvo un valor de $t = 2.72$, 29 gl, $p > .011$, lo cual muestra una diferencia estadísticamente significativa. La d de Cohen arroja un valor de 0.65, lo cual muestra una diferencia estadísticamente significativa considerándose el Tamaño del “Efecto Grande”. Lo anterior refiere que existe una disminución significativa posterior a la aplicación del programa con respecto a la Idea Irracionales 9, lo que implica que los participantes mostraron estar menos dispuestos a mantener la idea irracional referente a la importancia que el pasado tiene en el presente.

La **Idea Irracional 1** la cual refiere que “Para un adulto es absolutamente necesario tener el cariño y la aprobación de sus semejantes, familia y amigos”, mostró una disminución después del programa, en el valor de la escala de Registro de Opiniones, siendo la media preprueba= 4.30, DS= 2.38 y la media posprueba=3.27, DS= 1.72. Obtuvo un valor de $t = 2.86$, 29 gl, $p > .008$, lo cual muestra una diferencia estadísticamente significativa. La d de Cohen arroja un valor de 0.5, lo cual muestra una diferencia estadísticamente significativa considerándose el Tamaño del “Efecto Mediano”. Lo anterior refiere que existe una disminución posterior a la aplicación del programa con respecto a la Idea

Irracionales 1, lo que implica que los participantes mostraron estar menos dispuestos a mantener la idea referente a la necesidad de tener el cariño y aprobación de los demás.

Las Ideas Irracionales 3 y 7, mostraron menor disminución después del programa, las cuales se mencionan a continuación:

Idea Irracional 3: “Ciertas personas son malas, viles y perversas y deberían ser castigadas”.

Idea Irracional 7: “Es más fácil evitar los problemas y responsabilidades de la vida que hacerles frente”.

Las Ideas Irracionales 8 y 10, no mostraron cambios significativos después del programa, las cuales se mencionan a continuación:

Idea Irracional 8: “Se necesita contar con algo más grande y más fuerte que uno mismo”; con una media preprueba= 3.87, DS= 1.52 siendo del mismo valor la media posprueba = 3.87, DS=1.45. Obtuvo un valor de $t = .00$, 29 gl, $p > 1.00$, lo cual no muestra una diferencia estadísticamente significativa. La d de Cohen arroja un valor de 0.0, lo cual de igual modo no es estadísticamente significativo. Lo anterior muestra que la Idea Irracional 8 se mantuvo igual después de la aplicación del programa, lo que implica que los participantes no mostraron cambios, manteniendo la idea irracional referente a que es necesario contar con algo más grande y fuerte que uno mismo.

Idea Irracional 10: “La felicidad aumenta con la inactividad, la pasividad y el ocio indefinido”; con una media preprueba= 3.93, DS= 1.61 y una media posprueba=3.77, DS= 1.59. Obtuvo un valor de $t = .542$, 29 gl, $p > .592$, lo cual no muestra una diferencia estadísticamente significativa. La d de Cohen arroja un valor de 0.1 lo cual de igual modo no es estadísticamente significativo. Lo anterior muestra que la Idea Irracional 10 se mantuvo igual después de la aplicación del programa, lo que implica que los participantes no mostraron cambios, manteniendo la idea irracional referente a que la felicidad aumenta con la inactividad y el ocio.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El objetivo de la presente investigación fue evaluar si la aplicación de un Programa de Terapia Racional Emotivo Conductual y Asertividad incrementa la Autoestima y la conducta Asertiva en el psicólogo en formación, asimismo si dicho programa contribuye a la disminución de las Ideas Irracionales, puesto que se considera que éstas favorecen de forma encubierta el estrés e infelicidad, buscando así contribuir al óptimo desarrollo personal del psicólogo en formación, considerando que tanto la conducta asertiva como la autoestima son la base fundamental del desarrollo personal y profesional del Psicólogo.

De acuerdo con los datos obtenidos de la muestra con una N=30, todos los participantes estudiantes o egresados de la licenciatura en Psicología, se concluyó que: el programa contribuyó al incremento de la Asertividad de los participantes, puesto que se observó una disminución en el Grado de Incomodidad y un aumento en la Probabilidad de Respuesta posteriores a la aplicación del programa, el promedio inicial de las puntuaciones de los participantes se ubicó en el nivel de *No definidos como asertivos o no asertivos* (Grado de Incomodidad Promedio y Probabilidad de Respuesta Promedio), mientras que en la evaluación posterior al programa, el promedio de los participantes se ubicó en el nivel de *Asertivo* (Grado de Incomodidad Inferior al Promedio y Probabilidad de Respuesta Superior al Promedio).

Es así entonces que el Grado de Incomodidad o malestar que experimentan las personas ante ciertas situaciones que implican actuar asertivamente, como son rechazar peticiones, mantener una opinión diferente a los demás, expresar sentimientos tanto negativos como positivos, etcétera, disminuyó de manera importante después de participar en el programa, pasando así de un Grado de incomodidad Promedio a un Grado de incomodidad Inferior al Promedio. La Probabilidad de Respuesta de los participantes, es decir la probabilidad de presentar una conducta asertiva si realmente se presenta la situación, incrementó, esto es que existe una mayor probabilidad de actuar de manera asertiva por parte de los participantes después de participar en el programa, siendo en un inicio la Probabilidad de Respuesta Promedio y posteriormente Superior al Promedio.

La Autoestima por su parte, mostró un incremento pequeño después de la aplicación del programa, el valor de la prueba t mostró que no existen diferencias estadísticamente significativas, sin embargo la d de Cohen arroja como resultado un “Efecto Pequeño” del tratamiento, dicho resultado puede deberse al hecho de que la Autoestima es, de acuerdo con Rosenberg (1965, citado en Rosenberg, 1973) la evaluación que generalmente mantiene el individuo sobre sí mismo, expresando una actitud de aprobación o desaprobación y que indica la manera en que el individuo se cree capaz, significativo, exitoso y merecedor; considerándose así como un constructo más complejo, el cual involucra diversas dimensiones del ser humano y por tal complejidad tiende a ser más estable en el tiempo, implica el autoconocimiento, cierto sentido de seguridad y de pertenencia, dominio de la

comunicación y de la satisfacción de saberse útil y valioso para los demás, entre otras; desde esta perspectiva podemos considerar que este programa es de ayuda inicial en el proceso de la mejora de la autoestima a mediano plazo, puesto que mostró un incremento importante en la conducta asertiva, la cual como señalan Seligman y Kelly (1979, citados en Bach & Flores, 2010) es una habilidad orientada al desarrollo de la autoestima y autoconfianza, un camino a la autoestima (Castanyer, 2009); al mismo tiempo que se observó una disminución en las ideas irracionales, dimensiones trascendentales relacionadas estrechamente con la Autoestima.

Con respecto a las Ideas Irracionales, se observó una disminución importante después del programa en el valor de la escala de Registro de Opiniones, considerando un Tamaño del “Efecto Grande”, es decir, que los participantes mostraron estar menos dispuestos a conservar Ideas Irracionales de manera general. De manera particular se compararon también los resultados de cada una de las diez Ideas Irracionales del Registro de Opiniones las cuales se refieren a las Ideas Irracionales básicas de Albert Ellis.

La Idea Irracional 2: “Debe ser indefectiblemente competente y casi perfecto en todo lo que emprende”, fue la que mostró la mayor disminución, siendo el Tamaño del “Efecto Muy Grande” de acuerdo al cálculo de la d de Cohen, lo que implica que los participantes mostraron estar menos dispuestos a mantener dicha idea irracional. Esto es de suma importancia si recordamos que un aspecto central de la TREC es su filosofía de vida, la cual incluye una visión humanista del hombre,

aceptándolo de forma incondicional con sus limitaciones, y enfocándose especialmente en sus experiencias, valores y su potencial de autorrealización, busca resaltar el interés por uno mismo, la autodirección de su propio comportamiento, la inclinación por lo social, la tolerancia hacia uno mismo y hacia los demás, la aceptación de la incertidumbre, la flexibilidad, el pensamiento científico, el asumir riesgos y un compromiso con estos intereses vitales; sostiene también que si las personas logran adquirir esta perspectiva filosófica, raramente se ocasionarán a sí mismos problemas emocionales actuales y futuros

Las Ideas Irracionales 4, 5, 6 y 9, también mostraron una disminución después del programa, lo que implica que los participantes están menos dispuestos a mantener estas Ideas Irracionales, las cuales se refieren a las creencias que el ser humano ha desarrollado sobre el mundo en general, lo que sugiere que los participantes están más dispuestos a tomar responsabilidad sobre sus actos y no sólo considerarlos resultados del medio, dichas Ideas Irracionales son:

Idea Irracional 4: “Es horrible cuando las cosas no van como uno quisiera que fueran”; Idea Irracional 5: “Los acontecimientos externos son la causa de la mayoría de las desgracias de la humanidad, la gente simplemente reacciona según cómo los acontecimientos inciden sobre sus emociones”; Idea Irracional 6: “Se debe sentir miedo o ansiedad ante cualquier cosa desconocida, incierta o potencialmente peligrosa”; Idea Irracional 9: “El pasado tiene gran influencia en la determinación del presente”.

La Idea Irracional 1: “Para un adulto es absolutamente necesario tener el cariño y la aprobación de sus semejantes, familia y amigos”, mostró asimismo una disminución después del programa, es decir que existe una disminución posterior a la aplicación del programa con respecto a esta idea, lo que sugiere que los participantes mantienen en menor grado la necesidad de la aprobación de los demás.

Las Ideas Irracionales 3 y 7, mostraron una disminución menor después del programa; Idea Irracional 3: “Ciertas personas son malas, viles y perversas y deberían ser castigadas”; Idea Irracional 7: “Es más fácil evitar los problemas y responsabilidades de la vida que hacerles frente”.

Las Ideas Irracionales 8 y 10, no mostraron cambios significativos después del programa; Idea Irracional 8: “Se necesita contar con algo más grande y más fuerte que uno mismo”; Idea Irracional 10: “La felicidad aumenta con la inactividad, la pasividad y el ocio indefinido”; los participantes no mostraron cambios en estas ideas irracionales, manteniendo estas.

Es importante considerar que tanto la Asertividad como las Ideas Irracionales mostraron cambios favorables significativos después de la aplicación del programa, y que aun cuando los cambios en la Autoestima fueron menores, la experiencia clínica permitió observar importantes avances en la conducta de los participantes, lo que sugiere, como se ha mencionado anteriormente, que el programa promovió el interés de los participantes para continuar con el proceso de

autoconocimiento y desarrollo de habilidades personales, los cuales son la base de una sana Autoestima.

A manera de experiencia clínica, a lo largo del programa, se pudieron observar cambios importantes en la conducta de los participantes, quienes en su mayoría, en un principio se mostraron callados y retraídos, con dificultades para expresar sus ideas, deseos preferencias u opiniones y en el transcurrir de las sesiones fueron poniendo en práctica las técnicas revisadas en el programa, mostrando mayor apertura, externando sus deseos y opiniones y respetando y alentando a los demás a participar, compartiendo asimismo experiencias personales que sirvieron de ayuda para que el resto de los participantes iniciaran cambios en su comportamiento, reconociendo en sí mismos y en los demás los cambios cognitivos y conductuales favorables y como éstos a sus vez los impulsaban para continuar agregando conductas asertivas a su comportamiento.

Los participantes mostraron gran interés en el programa manifestando que era de suma importancia comenzar a trabajar “desde casa” refiriéndose a que el psicólogo es en sí mismo su instrumento de trabajo y por tal motivo su desarrollo personal es de gran importancia para el buen desempeño de su profesión, igualmente algunos participantes agradecieron la creación de un programa dirigido al psicólogo en formación, puesto que consideraron que les permitió desarrollar habilidades personales y a la vez adquirir conocimientos técnicos.

Algunos participantes manifestaron que el programa les había permitido darse cuenta que hay habilidades que les pueden ayudar a sentirse mejor consigo mismos y con los demás y externaron también un interés por continuar trabajando en su desarrollo personal.

Es por tales motivos que es pertinente atribuir los cambios resultantes tanto de las evaluaciones de los participantes como mediante la práctica clínica, a su participación en el programa y no meramente al paso del tiempo, ya que como se ha mencionado, a lo largo del programa se pudieron observar los cambios graduales en conductas, cogniciones y emociones de los participantes. Asimismo se considera que el tiempo entre la primera y segunda aplicación de las pruebas no causó mayor influencia en el resultado de las mismas puesto que el periodo entre las aplicaciones fue de cuatro semanas, mismo que se encuentra dentro del intervalo normalmente aconsejado (de dos a cuatro semanas) para investigar los efectos de la práctica en un test (Hulley & Cummings, 1993, citados en Serra & Peña, 2006).

SUGERENCIAS Y LIMITACIONES

Se sugiere que en proyectos posteriores se considere llevar a cabo el programa durante un mayor periodo de tiempo o en su caso incrementar el número de sesiones, puesto que en esta ocasión el programa se realizó durante cuatro semanas llevándose a cabo dos sesiones por semana, esto con la intención de que los cambios que vayan generando los participantes tanto en el incremento de sus conductas asertivas y la disminución de las ideas irracionales contribuyan a fortalecer su autoestima y sea posible observar cambios al evaluarla.

Dado que los participantes fueron tanto estudiantes como egresados de la licenciatura en Psicología, es importante tener en cuenta que las diferencias entre estos podrían ser mayores que si la muestra se compone sólo de estudiantes o egresados, puesto que las características tanto por desarrollo personal como por lo profesional difieren en mayor medida. Es por tal motivo que se sugiere que en lo sucesivo se considere llevar a cabo el programa ya sea únicamente para estudiantes o para egresados, lo que permitirá compartir mayor similitud entre las problemáticas que enfrentan los participantes y a su vez enfocar las actividades, y ejemplos de las sesiones del programa hacia las mismas.

Asimismo, se sugiere que en ocasiones posteriores, al reproducir el programa, se considere alguna medida que pueda ayudar a reducir el efecto de deseabilidad social inherente a los seres humanos, y el cual pudo haber estado presente en el este trabajo sin tener evidencia clara del mismo.

REFERENCIAS

- Bach, E. & Flores, A. (2010). *La asertividad para gente extraordinaria*. 4ª edición. Barcelona, España: Plataforma.
- Bermúdez, M. (2000). *Déficit de autoestima: evaluación, tratamiento y prevención en la infancia y adolescencia*. Madrid, España: Pirámide.
- Branden, N. (2001). *La psicología de la autoestima*. México: Paidós.
- Caballo, V. (1993). *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. España Editores, España: Siglo XXI.
- Caballo, V. (1995). *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. Valencia, España: Siglo XXI.
- Caro, I. (1997). *Manual de técnicas de psicoterapias cognitivas: estado de la cuestión y procesos terapéuticos*. Barcelona, España: Paidós.
- Castanyer, O. (2009). *La asertividad: expresión de una sana autoestima*. Bilbao, España: Desclee de Brouwer.
- Consejo técnico de la Facultad de Psicología de la UNAM. (2008). *Propuesta de modificación al plan y programa de estudios de la licenciatura en psicología para el sistema escolarizado y abierto*. México: UNAM.
- Davis, M., McKay, M. & Eshelman, E. (1988). *Técnicas de autocontrol emocional*. México: Ediciones Roca S.A.

- Ellis, A. (1999). *Una terapia breve, más profunda y duradera: enfoque teórico de la terapia racional emotivo-conductual*. Barcelona, España: Paidós.
- Ellis, A. & Abrahams, E. (2005). *Terapia racional emotiva: mejor salud y superación personal, afrontando nuestra realidad*. 2ª edición. México: Ed. Pax.
- Ellis, A. & Grieger, R. (1981). *Manual de terapia racional emotiva*. 7ª edición. Bilbao, España: Biblioteca de Psicología, Desclee de Brouwer.
- Fabrai, M. (2009). *Asertividad: para muchas mujeres y algunos hombres*. Barcelona, España: Octaedro.
- Guerra, M. (1996). *Estandarización de la Escala de Asertividad de Grambrill y Richey para población de la Ciudad de México*. Tesis de Licenciatura en Psicología, México: Facultad de Psicología, UNAM.
- Hernández, S., Fernández, C. & Baptista, L. (2006). *Metodología de la investigación*. México: Mc Graw Hill, 4ª edición.
- Izquierdo, C. (2003). *El mundo de los adolescentes*. México: Trillas.
- Jurado, D., Jurado, S., López, K. & Querevalú, B. (2015). *Validez de la escala de autoestima de Rosenberg en Universitarios de la ciudad de México*. Revista Latinoamericana de Medicina Conductual, Volumen 5 Número 1, págs. 18- 22.
- Jurado, G. (2009). *Validación y confiabilidad del instrumento Registro de opiniones basado en la Terapia Racional Emotiva*. Tesis de Licenciatura en Psicología, México: Universidad del Tepeyac.

Jurado, S., (1997). *Manual de Entrenamiento Asertivo*. México: Facultad de Psicología, UNAM y Dirección General de Asuntos del Personal Académico, DGAPA.

Lega, L., Caballo, V. & Ellis, A. (1997). *Teoría y práctica de la terapia racional emotivo-conductual*. España: Siglo Veintiuno de España Editores, S.A.

Maslow, A., (1987). *Motivación y personalidad*. Madrid, España: Ediciones Días de Santos.

Mruk, C. (1999). *Autoestima: investigación, teoría y práctica*. Bilbao, España: Desclee de Brouwer.

Nezu, A., Maguth, C. & Lombardo E. (2006). *Formulación de casos y diseño de tratamientos Cognitivo-Conductuales, un enfoque basado en problemas*. México: Manual Moderno

Rojas, E. (2002). *¿Quién eres?; de la personalidad a la autoestima*. México: Temas de hoy.

Serra, A. & Peña, J. (2006). *Fiabilidad test-retest e interevaluador del Test Barcelona*. Neurología de la conducta y demencias, Servicio de Neurología, Hospital de Mar, Barcelona, España, Volumen 21, Número 6, págs. 277-281.

ANEXO 1: Formatos de trabajo para los participantes



Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Psicología



PROGRAMA DE TERAPIA RACIONAL EMOTIVO CONDUCTUAL Y ASERTIVIDAD PARA FORTALECER LA AUTOESTIMA EN EL PSICÓLOGO EN FORMACIÓN

FORMATO 1.1

Expectativas de los participantes

1. ¿Qué espero del Programa?
2. ¿Qué espero del instructor/facilitador?
3. ¿Qué espero del grupo?
4. ¿Qué estoy dispuesto a aportar a este Programa?



PROGRAMA DE TERAPIA RACIONAL EMOTIVO CONDUCTUAL Y
ASERTIVIDAD PARA FORTALECER LA AUTOESTIMA
EN EL PSICÓLOGO EN FORMACIÓN

FORMATO 1.2

Identificar pensamientos asociados a emociones desagradables

1.-Situación ¿Quién?, ¿Qué?, ¿Cuándo?, ¿Dónde?	2.-Emociones ¿Cómo me sentía?, ¿Qué sentimientos identifico?	3.-Pensamientos automáticos/imágenes ¿Qué pasaba por mi mente cuando me sentí de esa manera?



PROGRAMA DE TERAPIA RACIONAL EMOTIVO CONDUCTUAL Y
ASERTIVIDAD PARA FORTALECER LA AUTOESTIMA
EN EL PSICÓLOGO EN FORMACIÓN

FORMATO 2.1

Búsqueda de pensamientos racionales, alternativos o equilibrados

4.-Evidencia que apoya el pensamiento automático ¿Qué evidencias tengo para creer/mantener este pensamiento?	5.-Evidencia que NO apoya el pensamiento automático ¿Qué evidencias tengo para NO creer/mantener este pensamiento?	6.-Pensamientos racionales, alternativos o equilibrados ¿Qué alternativas de pensamiento tengo?



Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Psicología



PROGRAMA DE TERAPIA RACIONAL EMOTIVO CONDUCTUAL Y ASERTIVIDAD
PARA FORTALECER LA AUTOESTIMA EN EL PSICÓLOGO EN FORMACIÓN

FORMATO 3.1

Estados de ánimo desagradables

1.-Estado de ánimo desagradable	2.-Pensamientos automáticos	3.-Emociones percibidas	4.-Pensamiento, racionales o adaptativos	5.-Emociones adaptativas



PROGRAMA DE TERAPIA RACIONAL EMOTIVO CONDUCTUAL Y
ASERTIVIDAD PARA FORTALECER LA AUTOESTIMA
EN EL PSICÓLOGO EN FORMACIÓN

FORMATO 4.1

Emociones desagradables perturbadoras y apropiadas

1.-Emoción	2.-Acontecimientos desencadenantes	3.-Qué tipo de pensamientos llevan a esta emoción
Depresión/Tristeza		Depresión:
		Tristeza:
Ira/ Enojo		Ira:
		Enojo:
Ansiedad/ Preocupación		Ansiedad:
		Preocupación:
Frustración/ Vergüenza		Frustración:
		Vergüenza:
Culpa/ Remordimiento		Culpa:
		Remordimiento:



PROGRAMA DE TERAPIA RACIONAL EMOTIVO CONDUCTUAL Y
ASERTIVIDAD PARA FORTALECER LA AUTOESTIMA
EN EL PSICÓLOGO EN FORMACIÓN

FORMATO 4.2
Situaciones sociales problemáticas

1.-Situación problemática Descripción ¿Qué?, ¿Quién?, ¿Cuándo?, ¿Dónde?	2.- ¿Cómo me siento? ¿Qué pienso? Conducta, comportamiento	3.- ¿Cómo me gustaría comportarme, cómo me gustaría actuar?



PROGRAMA DE TERAPIA RACIONAL EMOTIVO CONDUCTUAL Y
ASERTIVIDAD PARA FORTALECER LA AUTOESTIMA
EN EL PSICÓLOGO EN FORMACIÓN

FORMATO 5.1
Derechos Humanos Básicos

Los derechos humanos son la base para la saludable convivencia y sana participación de las personas en la interacción con otras. ¿Cuáles son los derechos humanos que consideras esenciales para las personas asertivas?

Derechos Humanos Básicos
Tengo derecho a:
Tengo derecho a:
Tengo derecho a:
Tengo derecho a:
Tengo derecho a:
Tengo derecho a:
Tengo derecho a:
Tengo derecho a:



PROGRAMA DE TERAPIA RACIONAL EMOTIVO CONDUCTUAL Y
ASERTIVIDAD PARA FORTALECER LA AUTOESTIMA
EN EL PSICÓLOGO EN FORMACIÓN

FORMATO 6.1
Identificando Derechos Personales

Elige y describe una situación problemática en la que te gustaría actuar asertivamente.

1. ¿Cuáles son los derechos personales que crees tener tú en esta situación?
2. ¿Qué es lo que hace difícil que respondas asertivamente en ésta y otras situaciones similares?
3. ¿Cómo responderías normalmente a esta clase de situaciones?
4. ¿Qué te gustaría decirle a la o las personas involucradas?
5. ¿Cómo te gustaría que esta o estas personas respondieran?
6. ¿Qué idea o pensamiento racional adaptativo, podrías considerar para que te ayudara a cumplir tus objetivos?



PROGRAMA DE TERAPIA RACIONAL EMOTIVO CONDUCTUAL Y
ASERTIVIDAD PARA FORTALECER LA AUTOESTIMA
EN EL PSICÓLOGO EN FORMACIÓN

FORMATO 6.2

Identificando Derechos Personales en Fantasía

1. Elige un derecho personal que te gustaría aceptar y poder llevar a cabo, anótalo:
-

2. Practica durante unos minutos la técnica de respiración diafragmática para lograr un estado de relajación.
3. Imagina que con facilidad puedes llevar a la práctica el derecho que has elegido
4. Imagina cómo cambiaría tu vida si aceptaras y pudieras llevar a la práctica ese derecho, ¿Cómo actuarías?, ¿Qué sientes acerca de tí mismo y de los demás?
5. Ahora imagina que has perdido ese derecho, que ya no lo tienes, ¿Cómo cambiaría tu vida de lo que era hace unos momentos?, ¿Cómo actuarías?, ¿Qué sientes acerca de tí mismo y de los demás?
6. Contesta las siguientes preguntas:

¿Cómo te sentiste cuando aceptaste ese derecho?

¿Cómo actuaste cuando tenías ese derecho?

¿Qué aprendizaje adquiriste en este ejercicio?



PROGRAMA DE TERAPIA RACIONAL EMOTIVO CONDUCTUAL Y
ASERTIVIDAD PARA FORTALECER LA AUTOESTIMA
EN EL PSICÓLOGO EN FORMACIÓN

FORMATO 7.1
Técnica de Solución de Problemas de las 5 Etapas

Etapa	Desarrollo
1. Orientación hacia el problema	
2. Definición y formulación del problema	
3. Generación de alternativas	
4. Toma de decisiones	
5. Puesta en práctica de la solución y verificación	



PROGRAMA DE TERAPIA RACIONAL EMOTIVO CONDUCTUAL Y
ASERTIVIDAD PARA FORTALECER LA AUTOESTIMA
EN EL PSICÓLOGO EN FORMACIÓN

FORMATO 7.2

Situaciones que me generan emociones desagradables

Emoción desagradable (tristeza, enojo, preocupación, vergüenza)/ Acontecimiento desencadenante	Respuesta automática	Respuesta asertiva