

EL ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES: UN ESTUDIO COMPARATIVO

**Angel Calleja Tejedor
Luis de Nicolás Martínez**

Departamento de Psicología
UNIVERSIDAD DE DEUSTO

RESUMEN

En el presente artículo se exponen los resultados de una investigación llevada a cabo para comparar la efectividad de dos programas de entrenamiento en habilidades sociales (EHS). Se asignó aleatoriamente a 23 mujeres jóvenes, seleccionadas por sus déficits en habilidades sociales, a una de las tres condiciones experimentales: (A) procedimientos conductuales más terapia racional emotiva; (B) procedimientos conductuales; (C) grupo control en lista de espera. Los resultados indican que los tres grupos mejoran sus puntuaciones en cuestionarios de auto-informe de habilidad heterosocial (SHI-F) y de ansiedad social (SAD), mientras que en el de asertividad (CSES) sólo mejoran los grupos terapéuticos. En cuanto a la comparación entre los dos programas de entrenamiento, no se dan diferencias significativas entre ambos.

Palabras clave: ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES, HABILIDAD HETEROSOCIAL, ASERTIVIDAD, ANSIEDAD SOCIAL, TERAPIA RACIONAL EMOTIVA, MUJERES.

SUMMARY

In this paper we explain the results of a investigation intended for compared the effectiveness of two Social Skills Training (SST) programs. Twenty three young women with social skills deficits were assigned at random to (A) behavioral procedures and Rational Emotive Therapy, (B) behavioral procedures, or (C) waiting-list control group. Results point out that three groups improve questionnaires scores in Heterosocial Skills (SHI-F) and Social Anxiety (SAD), but only therapeutics groups improve in Assertiveness (CSES). Compared two SST programs, there are not significative diferences between them.

Key-Words: SOCIAL SKILLS TRAINING, HETEROSOCIAL SKILLS, ASSERTIVENESS, SOCIAL ANXIETY, RATIONAL EMOTIVE THERAPY, WOMEN.

1. INTRODUCCIÓN

El entrenamiento en habilidades sociales (EHS), ha sido considerada como la técnica de terapia de conducta de elección para aquellas personas que presentaban dificultades derivadas de un inadecuado comportamiento en situaciones sociales (Wolpe y Lazarus, 1966; Trower, Bryant y Argyle, 1978; Bellack, Hersen y Kazdin 1985; L'Abate y Milan, 1985; Hollin y Trower, 1986). No obstante, ha presentado resultados confusos y, a veces, contradictorios (Eisler y Frederiksen, 1980; Emmelkamp, F., 1983; Spence y Shepherd, 1983; Scott, Himadi y Keane, 1983; Hollin y Trower, 1986), y la discusión acerca de la necesidad o no de incluir el componente cognitivo aún no se ha zanjado (Curran, 1979; Curran y Monti, 1982; Bruch, 1981; Jacob y Cochran, 1982; Valerio y Stone, 1982; Spence y Shepherd, 1983; Carrasco, 1983; Caballo, 1988; Mersch y cols., 1989).

Dada esta situación, hemos considerado la oportunidad de realizar una investigación dirigida a responder a las dos cuestiones siguientes:

- (1) ¿Es el EHS una técnica efectiva para mejorar la competencia social?

(2) ¿El añadido de una estrategia de reestructuración cognitiva -en nuestro caso una variación de la terapia racional emotiva- incrementa la eficacia del EHS conductual?

Por otro lado, considerando que los rápidos cambios sociales están afectando de un modo particular a la población femenina, al verse obligada a cambiar sus roles tradicionales para enfrentarse con éxito a nuevas situaciones sociales, y que el EHS ha sido ampliamente empleado con dicha población (Rawlings y Carter, 1977; Galassi y Galassi, 1979; Linehan y Egan, 1979; MacDonald, 1982; Fry, 1983; Bleechman, 1984), decidimos que los sujetos de la investigación fuesen mujeres jóvenes.

Una vez elegida la población objetivo, seleccionamos aquel conjunto de habilidades sociales que pudiese ser considerado *básico* para que una joven pueda manifestar un comportamiento social adecuado. De entre las diferentes *habilidades sociales específicas* -conversación, hablar en público, asertividad, etc.- consideramos que, para este grupo de población, el conjunto *básico* debería incluir: habilidad para conversaciones de carácter social-informal, habilidad para relacionarse con el otro sexo y asertividad. Y construimos un programa de entrenamiento que:

- (a) incluyese conductas componentes de dichas habilidades.
- (b) fuese fácil de aplicar por parte de los terapeutas y de aprender y desarrollar por parte de los sujetos.
- (c) fuese breve, para garantizar el equilibrio costo-beneficios.

2. MÉTODO

Sujetos

Se seleccionaron 24 jóvenes universitarias, con edades comprendidas entre los 18 y 24 años, de entre las que se presentaron voluntarias para realizar un *programa de entrenamiento en habilidades sociales*, anunciado en la Universidad de Deusto.

Los criterios de selección consistieron en: (a) una entrevista individual estructurada, realizada por uno de los autores del presente trabajo; y (b) tener una puntuación dentro del criterio de selección en alguno de los tres cuestionarios de auto-informe: CSES, SAD, SHI-F (véase más adelante).

Previamente a la selección de los sujetos experimentales, los tres cuestionarios de auto-informe (CSES, SAD, SHI-F) elegidos como medidas de evaluación, se pasaron a una muestra formada por 77 jóvenes universitarias, obteniéndose las siguientes medias y desviaciones típicas: CSES (M=123.28; DT=21.74), SAD (M=9.80; DT=7.51), y SHI-F (M=73.19; DT=18.82).

Es interesante apuntar que nuestros valores del CSES y del SAD son muy similares a los obtenidos por Caballo (1986) con otra muestra de universitarias españolas: CSES (M=120.56; DT=20.56) y SAD (M=10.51; DT=6.77).

Se estableció como criterio de selección aquellas puntuaciones que superasen una desviación típica en base a los valores obtenidos en nuestra muestra, resultando para el cuestionario CSES, las puntuaciones iguales o inferiores a 101; para el cuestionario SHI-F, las puntuaciones iguales o inferiores a 54; y para el cuestionario SAD, las puntuaciones iguales o superiores a 17.

Diseño experimental

Se ha utilizado un diseño experimental multigrupo de medidas repetidas. Los 24 sujetos seleccionados, fueron distribuidos aleatoriamente en tres grupos:

Grupo A (N=8) sometido a un programa de EHS conductual clásico más una variación de la terapia racional emotiva.

Grupo B (N=8) seguiría un programa de EHS conductual clásico.

Grupo C (N=7) grupo control en lista de espera. En este grupo, en el postratamiento perdimos a un sujeto, por lo que quedó finalmente formado por 7 sujetos.

Las variables a evaluar son: asertividad, habilidad heterosocial, ansiedad social, y dimensiones cognitivas. Se llevaron a cabo 3 mediciones: pretratamiento, postratamiento -inmediatamente después de finalizado el entrenamiento- y seguimiento a los seis meses.

Medidas de evaluación

De entre las distintas medidas de evaluación posibles, nos decidimos por el empleo de cuestionarios de auto-informe, los cuales,

a pesar de sus limitaciones psicométricas, han sido ampliamente utilizados como medidas de selección de sujetos y de control de los efectos del tratamiento. De entre los disponibles, elegimos aquellos que, tras la revisión de la literatura, parecen contar con suficiente apoyo experimental: *la escala de auto-expresión para universitarios (CSES)* y *la escala de ansiedad y evitación social (SAD)*.

La escala de auto-expresión para universitarios (CSES), de Galassi, Delo, Galassi y Bastien, 1974 (versión de Caballo y Carrobles en Fernández Ballesteros y Carrobles, 1986), aporta información sobre aserción positiva y negativa y autonegación. Además, proporciona una visión general de la clase de personas -familia, desconocidos, autoridad, etc.- con las que el sujeto tiene dificultades especiales. Consta de 50 ítems a responder desde (0) "casi siempre" hasta (4) "casi nunca". Esta escala cuenta con el apoyo aportado por distintos autores (Galassi y cols., 1976; Gorecki y cols., 1981).

La escala de ansiedad y evitación social (SAD), de Watson y Friend, 1969 (versión de Kelly, 1987), evalúa la ansiedad (tensión o malestar subjetivo) del sujeto durante interacciones sociales, así como la tendencia a evitar tales interacciones. Consta de 28 ítems de "verdadero" o "falso". Cuenta con el apoyo de diversos trabajos (Hersen y Bellack, 1977; Arkowitz, 1977; Galassi y Galassi, 1979) como adecuada medida de ansiedad social y de ansiedad heterosocial.

Para medir la habilidad heterosocial, al no disponer de ningún cuestionario para mujeres, optamos realizar una adaptación del *inventario de interacciones heterosociales para varones (SHI)*, de Twentyman y McFall, 1975 (versión de Kelly, 1987), al que hemos denominado *SHI-F*. La pretensión del SHI-F era disponer de un instrumento que nos diese una idea de la capacidad del sujeto para manejarse en interacciones con el otro sexo, y que nos permitiese algún tipo de medida cuantificable para realizar las comparaciones pertinentes al estudio. Nuestro objetivo no ha sido crear una medida estandarizada, por lo que se carece de datos relativos a su fiabilidad y validez (Consideramos que si la medida resulta útil, este sería un trabajo a desarrollar en una investigación posterior). El SHI-F consta de 19 ítems a los que el sujeto debe responder según una escala desde (1) "sería incapaz de hacerlo" hasta (7) "sería capaz en todas las ocasiones".

Junto con estos tres cuestionarios de auto-informe, hemos empleado dos *cuestionarios de auto-evaluación* -uno en el postratamiento y otro en el seguimiento- creados por los autores del presente trabajo con dos objetivos: evaluar las dimensiones cognitivas y tener una valoración de los propios sujetos acerca de los cambios efectuados.

Entrenamiento

Se llevaron a cabo 10 sesiones de 90 min., con una periodicidad semanal. Las *conductas objetivo* comunes a ambos programas experimentales, fueron las siguientes:

(1) Conductas dirigidas a mejorar la *habilidad conversacional*, entendida como la capacidad para iniciar y mantener conversaciones informales con interlocutores semi/desconocidos: contacto ocular, fluidez verbal (libre información y auto-revelación), frases de refuerzo, y cómo iniciar conversaciones.

(2) Conductas dirigidas a mejorar la *habilidad heterosocial*, entendida como la habilidad conversacional con interlocutores del otro sexo con los que *cabría* una futura relación afectiva y/o íntima, pero cuyo objetivo principal se reduce a *hacer amigos*: conductas de la habilidad conversacional arriba descritas, y uso de las conductas de mirar y sonreír para facilitar el acercamiento del interlocutor.

(3) Conductas dirigidas a mejorar la *asertividad*, considerada como la capacidad de auto-expresión y auto-afirmación: expresión de opiniones (de acuerdo y desacuerdo), hacer y aceptar cumplidos, expresión de sentimientos positivos (agrado, afecto, etc.) y negativos (desagrado, enfado, etc.), manejo de las expresiones negativas de los otros (enfado, críticas), hacer peticiones (de favores, de cambios de conducta, etc.), y decir no.

Los *procedimientos de entrenamiento* empleados fueron:

(1) *Procedimientos conductuales* comunes a ambos programas: instrucción, ensayo de conducta, modelado, *feedback*, reforzamiento positivo y tareas para casa.

(2) *Procedimientos de reestructuración cognitiva*. En el programa cognitivo-conductual (Grupo A), a los procedimientos conductuales se añadió una estrategia de cambio cognitivo consistente en una

variación de la *terapia racional emotiva (TRE)*, de Ellis (1979, 1980, 1988). Se trabajó la discusión de 4 creencias erróneas (preferimos emplear este término al de irracionales) que, según pudimos comprobar, aparecen estrechamente relacionadas con los déficits en habilidades sociales en las mujeres, y que son las siguientes:

(a) Yo debo hacer todo lo posible para conseguir que nadie me desaprobe, se moleste, o se enfade conmigo. Dentro de esta creencia trabajamos también sobre los 4 tipos de cogniciones erróneas propuestas por Butler (1981):

- Auto-evaluaciones negativas (Soy aburrida, tonta, etc.)
- Auto-restricciones rígidas (No debería comportarme así)
- Anticipar consecuencias negativas (Se enfadará conmigo)
- Fácil auto-crítica (Siempre meto la pata)

(b) Los demás deberían tratarme con consideración y amabilidad.

(c) Las condiciones de mi vida deben presentarme fácilmente lo que yo quiero sin necesidad de esfuerzo por mi parte. Nos centramos en dos consecuencias derivadas de esta creencia: esperar a que los otros tomen la iniciativa y evitar todo lo que suponga tener que pasar por cierto grado de malestar.

(d) Los hombres no se interesan por mujeres no atractivas físicamente.

RESULTADOS

En la Tabla 1 pueden verse las medias y desviaciones típicas de los auto-informes en el pretratamiento. Los tres grupos son homogéneos antes del tratamiento en las variables CSES ($F_{(2,22)} = 0.34$; $p > 0.05$) y SHI-F ($F_{(2,22)} = 1.92$; $p > 0.05$), pero no lo son en SAD ($F_{(2,22)} = 2.79$; $p < 0.05$), siendo menores las puntuaciones del grupo control.

En cuanto a las dimensiones cognitivas, antes del tratamiento todos los sujetos (100%) de los 3 grupos expresaron tener "frecuentemente" pensamientos de temor a la desaprobación/rechazo, así como la tendencia a auto-evaluarse negativamente ("soy tonta", "no soy interesante", etc.). Además, el 78.26% de los sujetos expresaron, de manera espontánea, quejas relativas a lo que denominaban *un sentimiento de inseguridad*. El análisis de esta dimensión nos

indicó que se relacionaba con pensamientos de falta de confianza en la propias capacidades para manejarse y salir airosas de situaciones sociales ante la menor dificultad o contrariedad. Este sentimiento de inseguridad parece estar apoyado en pensamientos tales como "no voy a saber qué decir", "si se burla de mí me quedaré callada y será humillante".

TABLA 1.- Medias y desviaciones típicas

		GRUPO A	GRUPO B	GRUPO C
CSES (0-200)				
Pretto.	M	101.50	107.87	102.71
	DT	(16.26)	(14.95)	(17.72)
Postto.	M	118.62	120.37	109.42
	DT	(12.23)	(22.02)	(21.48)
Seguim.	M	130.25	133.75	110.00
	DT	(14.68)	(23.46)	(19.10)
SAD (0-28)				
Pretto	M	19.25	19.62	14.71
		(5.06)	(3.24)	(4.78)
Postto.	M	15.12	15.75	12.28
	DT	(3.94)	(7.66)	(4.60)
Seguim	M	12.12	14.00	10.57
	DT	(5.96)	(7.81)	(5.50)
SHI-F (0-133)				
Pretto.	M	51.75	51.87	61.57
	DT	(12.25)	(6.79)	(13.16)
Postto.	M	63.25	60.62	74.71
		(17.99)	(15.45)	(10.00)
Seguim	M	71.37	69.75	79.85
	DT	(20.59)	(15.72)	(13.78)
Nota: CSES: Escala de autoexpresión para universitarios; SAD: Escala de ansiedad y evitación social; SHI-F: Inventario de interacción heterosociales para mujeres; M: Valor de la media; DT: Valor de la desviación típica.				

El atractivo físico, era auto-evaluado como "bajo" por el 50% del grupo A y por el 0% del grupo B; y como "medio" por el 25% del grupo A y por el 75% del grupo B. La auto-evaluación "alto atractivo" era dada por igual porcentaje en ambos grupos (25%).

Análisis intragrupal

En la Tabla 1 también pueden verse las medias y desviaciones típicas de los auto-informes a lo largo del proceso de evaluación. Y en la Tabla 2, indicamos los diferentes valores estadísticos de las diferencias intragrupales para los tres momentos de evaluación.

Del análisis de estos resultados se desprende que:

El grupo cognitivo-conductual obtiene mejorías significativas, tanto postratamiento como seguimiento, en las variables CSES y SHI-F, mientras en SAD la mejoría es menor, resultando significativa sólo en la diferencia pretratamiento-seguimiento.

El grupo conductual obtiene mejorías significativas en el seguimiento en CSES y en la diferencia pretratamiento-seguimiento en SHI-F, no logrando una mejoría significativa en SAD en ninguna medición.

El grupo control no muestra cambios en la variable CSES, pero sí mejorías significativas en SAD y SHI-F.

Análisis intergrupala

En la Tabla 3 pueden verse los valores estadísticos correspondientes a las diferencias entre los tres grupos.

Teniendo en cuenta las diferencias entre el pretratamiento y el seguimiento, nuestros resultados indican que:

(1) Los grupos terapéuticos sólo son superiores al grupo control en la variable CSES/asertividad, no habiendo diferencias significativas entre los tres grupos en las variables SHI-F y SAD.

(2) No existen diferencias significativas entre los dos programas de entrenamiento, aunque sí se observa una tendencia a la superioridad en todas las variables en el grupo cognitivo-conductual.

TABLA 2.- Comparaciones intragrupo

	D	DT	EE	"t"
GRUPO A: Cognitivo-conductual				
CSES 1 - CSES 2	-17.12	14.07	4.97	-3.44*
CSES 2 - CSES 3	-11.62	7.11	2.51	-4.62**
CSES 1 - CSES 3	-28.75	15.89	5.61	-5.12**
SAD 1 - SAD 2	4.12	5.16	1.82	2.26
SAD 2 - SAD 3	3.00	4.14	1.46	2.05
SAD 1 - SAD 3	7.12	6.66	2.35	3.02*
SHI-F1 - SHI-F2	-11.50	9.07	3.20	-3.59**
SHI-F2 - SHI-F3	-8.12	8.04	2.84	-2.86*
SHI-F1 - SHI-F3	-19.62	12.32	4.35	-4.50**
GRUPO B: Conductual				
CSES 1 - CSES 2	-12.50	19.94	7.05	-1.77
CSES 2 - CSES 3	-13.75	11.97	4.23	-3.16*
CSES 1 - CSES 3	-25.87	23.71	8.28	-3.14*
SAD 1 - SAD 2	3.87	8.95	3.03	1.28
SAD 2 - SAD 3	1.75	2.86	3.03	1.27
SAD 1 - SAD 3	5.62	8.45	2.98	1.88
SHI-F1 - SHI-F2	-8.75	15.89	5.61	-1.56
SHI-F2 - SHI-F3	-9.12	11.05	3.90	-2.34
SHI-F1 - SHI-F3	-17.87	17.29	6.11	-2.92*
GRUPO C: Control				
CSES 1 - CSES 2	-6.71	9.37	3.54	-1.89
CSES 2 - CSES 3	-0.57	5.44	2.05	-0.28
CSES 1 - CSES 3	-7.28	8.15	3.08	-2.36
SAD 1 - SAD 2	2.42	1.90	0.71	3.38*
SAD 2 - SAD 3	1.71	1.49	0.56	3.03*
SAD 1 - SAD 3	4.14	2.91	1.10	3.76**
SHI-F1 - SHI-F2	-13.14	8.93	3.37	-3.89**
SHI-F2 - SHI-F3	-5.14	9.12	3.46	-1.49
SHI-F1 - SHI-F3	-18.28	11.44	4.32	-4.23**

Nota: D: Diferencia de medias; DT: Desviación típica; EE: Error estándar; "t" de Student; los números que siguen al nombre del cuestionario corresponden al momento de la medición; 1=pretratamiento, 2= postratamiento y 3= seguimiento;

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$

TABLA 3.- Análisis diferencial intergrupo

	D	IEE	"t"
GRUPO A - GRUPO B			
CSES			
Postto.	-1.75	8.80	-0.20
Seguim.,	-3.50	9.78	-0.36
SAD			
Postto.	-0.62	3.04	-0.21
Seguim.	-1.87	3.47	-0.54
SHI-F			
Postto.	2.62	8.37	0.31
Seguim.	1.62	9.16	0.18
GRUPO A - GRUPO C			
CSES			
Postto.	9.19	8.86	1.04
Seguim.	20.25	8.72	2.32*
SAD			
Postto.	2.83	2.20	1.29
Seguim.	1.55	2.97	0.52
SHI-F			
Postto.	-11.46	7.83	-1.46
Seguim.	-8.48	9.20	-0.92
GRUPO B - GRUPO C			
CSES			
Postto.	10.94	11.27	0.97
Seguim.	23.75	10.99	2.16*
SAD			
Postto.	3.46	3.33	1.04
Seguim.	3.42	3.54	0.97
SHI-F			
Postto.	-14.08	7.01	-2.01
Seguim.	-10.10	7.69	-1.31
Nota: D: Diferencia de medias; IEE= Incrementos error estándar; "t" de Student de las diferencias intergrupales; *p<0.05 **p<0.01			

TABLA 4.- Cambios en las dimensiones cognitivas

DIMENSIONES COGNITIVAS	GRUPO A	GRUPO B
REDUCIR TEMOR RECHAZO		
Postratamiento	87.5%	50.0%
Seguimiento	62.5%	25.0%
REDUCIR AUTO-EVALUACIONES NEGATIVAS		
Postratamiento	87.5%	25.0%
Seguimiento	75.0%	12.5%
REDUCIR SENTIMIENTO DE INSEGURIDAD		
Postratamiento	87.5%	50.0%
Seguimiento	75.0%	37.5%
INCREMENTO SENTIMIENTO DE IGUALDAD		
Postratamiento	100%	37.5%
Seguimiento	62.5%	50.0%
INCREMENTO ACTITUD ACTIVA		
Postratamiento	62.5%	37.5%
Seguimiento	62.5%	37.5%
MEJOR AUTO-EVALUACIÓN DEL ATRACTIVO FÍSICO		
Postratamiento	37.5%	0%
Seguimiento	12.5%	0%
TOMA DE CONCIENCIA DE LOS EFECTOS DEL COMPORTAMIENTO		
Postratamiento	75.0%	25.0%
Seguimiento	--	--

Por lo que se refiere a los cambios ocurridos en las dimensiones cognitivas, hay que señalar que, tras el entrenamiento, aparecen tres nuevas dimensiones: toma de conciencia de los efectos del propio comportamiento, sentimiento de igualdad, y actitud activa hacia las relaciones sociales. Estas dimensiones son expresadas espontáneamente por los sujetos en respuestas al *cuestionario de auto-evaluación* del seguimiento.

Como puede verse en la Tabla 4, en la que se indica el porcentaje de sujetos de los grupos terapéuticos que estiman haber experimentado cambios en las dimensiones cognitivas, hay una clara diferencia favorable a los sujetos del grupo cognitivo-conductual en todas las dimensiones, tanto en el postratamiento como en el seguimiento.

CONCLUSIONES

Respecto a la cuestión de la efectividad del "EHS" frente a "no tratamiento", en esta investigación sólo en la variable CSES/asertividad se da una diferencia significativa a favor de los grupos terapéuticos sobre el grupo control. En las variables SHI-F/habilidad heterosocial y SAD/ansiedad social, los grupos terapéuticos no alcanzan diferencias significativas con respecto al grupo control, aunque sí muestran una tendencia hacia la superioridad con el paso del tiempo.

El hecho de que el grupo control mejore sin tratamiento, es consistente con los resultados obtenidos por otros investigadores (Marziller y cols., 1976; Carmody, 1978; Gormally y cols., 1981; Van Dam-Baggen y Kraimaat, 1986), quienes también encontraron que sus grupos control mejoraban sin diferenciarse significativamente de los grupos que habían seguido un EHS. Los positivos resultados del grupo control en las medidas de habilidad heterosocial y ansiedad social, pueden estar relacionados con el hecho de que este era el grupo que partía de unas mejores puntuaciones en la variable ansiedad social. De modo que estos resultados apuntarían en dos direcciones:

(a) La existencia de una estrecha relación entre las variables ansiedad social y habilidad heterosocial, relación ya señalada por otros autores (Arkowitz y cols., 1975; Peterson y cols., 1981; Myszka y cols., 1986).

(b) Los limitados efectos del EHS para los problemas heterosociales, ya señalados también por Galassi y Galassi (1979).

La confirmación de esta relación requiere futura investigación, pero de ser cierta supondría que, para personas con déficits en habilidad heterosocial y con altos niveles de ansiedad social, el EHS

clásico (conductual o cognitivo-conductual) podría no ser la técnica de elección, precisando de un tratamiento más específico dirigido principalmente (o primeramente) a reducir la ansiedad social.

En nuestra opinión, un tratamiento de elección para estos casos sería la terapia de exposición. La práctica de citas propuesta por Arkowitz (1977), que puede considerarse como una forma de terapia de auto-exposición, parece haber obtenido buenos resultados, si bien ha sido utilizada principalmente con varones. Estos autores han apuntado que el EHS no añade nada a los efectos de la práctica de interacción, cuya efectividad radica en la reducción de la ansiedad condicionada por la habituación a los estímulos elicidores de la misma.

Más recientemente, Heimberg y cols. (1987), han incidido en esta línea, señalando que los cambios producidos por el EHS podrían estar más relacionados con las auto-exposiciones que los sujetos llevan a cabo al participar en estos programas -durante las sesiones y en las tareas para casa- que con los aprendizajes realizados en los entrenamientos.

Por otro lado, es en la variable asertividad, donde nuestros programas de EHS han dado sus mejores resultados, produciendo un incremento significativo en los grupos terapéuticos, y sin que se hayan producido apenas incrementos en el grupo control.

Es probable que los elementos componentes de la asertividad sean suficientemente complejos como para requerir de un aprendizaje de los mismos, al margen del grado de ansiedad social. De modo que, los sujetos con déficits asertivo podrían tener muy difícil mejorar su asertividad por sí mismos. Y esto, sería aún más difícil en el caso de las mujeres, pues ellas se encontrarían con un doble problema: la escasez de modelos asertivos femeninos y la tendencia del medio social a castigar determinados comportamientos asertivos cuando son realizados por mujeres (Kelly y cols., 1980; Rodríguez y cols., 1980).

De manera que las mujeres con baja a moderada ansiedad social podrían mejorar su habilidad heterosocial mediante auto-exposiciones a situaciones heterosociales, pero, al carecer de modelos asertivos femeninos tendrían mayores dificultades para aprender por sí mismas un adecuado repertorio de respuestas asertivas.

En otro aspecto, nuestros resultados parecen no concordar, en principio, con la hipótesis mantenida tradicionalmente desde Wolpe y Lazarus (1966), apoyando que la mejora en asertividad reduce la ansiedad social. Nuestros sujetos terapéuticos mejoran significativamente su asertividad, pero reducen poco su ansiedad social. Esto es así a corto plazo, pero sí se da una tendencia en la dirección de ir reduciendo la ansiedad social con el paso del tiempo.

Por lo que se refiere a la comparación entre el EHS cognitivo-conductual y el EHS conductual, en nuestro trabajo, la adición de una estrategia de reestructuración cognitiva (una variación de la TRE), a pesar de producir modificaciones positivas en varias dimensiones cognitivas, no parece potenciar significativamente la efectividad del EHS conductual, produciendo ambos programas unos efectos similares sobre las variables estudiadas.

Este resultado apoya los obtenidos por otros autores (Stravynski y cols., 1982; Carrasco, 1983; Carmody, 1978; y Wolfe y Fodor, 1977), quienes también encontraron que la adición de TRE no potenciaba la eficacia del EHS conductual.

Haciendo un resumen de los efectos comparativos que hemos encontrado entre ambos programas, se observa que el grupo cognitivo-conductual con respecto del conductual:

(a) Logra mejores resultados en las tres variables CSES, SAD, y SHI-F.

(b) Produce cambios en todas las dimensiones cognitivas en un mayor número de sujetos, siendo destacable que es el único que produce mejora en auto-evaluación del atractivo físico.

Por su parte, el grupo conductual con respecto del cognitivo-conductual se caracteriza porque:

(a) Un menor número de sujetos pasan por el estadio de conducta agresiva, o bien tal conducta no es auto-percibida de este modo, en su proceso de aprendizaje de la asertividad. Este dato se obtiene del *cuestionario de auto-evaluación* del seguimiento, en el que a la pregunta "¿Consideras que actualmente tu comportamiento es más agresivo que antes con algunas personas?", la respuesta es afirmativa en un 62.5% del grupo A, y sólo en un 25% del grupo B.

(b) Produce peores resultados en SAD/ansiedad social: dos sujetos mejoran sus puntuaciones SAD tras el tratamiento, y un sujeto que en el pretratamiento tenía una puntuación muy alta, la mantiene

sin modificar a lo largo de todo el proceso. En el grupo cognitivo-conductual todos los sujetos logran cierta mejoría en sus puntuaciones.

Para finalizar, a la vista de estos resultados y de otros existentes en la literatura del EHS que presentan cierto confusiónismo respecto a la efectividad de esta técnica, consideramos la conveniencia de llevar a cabo un cambio en la orientación del EHS como tratamiento de la incompetencia social sugiriendo tres líneas de acción:

(1) La necesidad de una más rigurosa selección de los sujetos mediante una más precisa clasificación diagnóstica, en vez de englobarlos indiscriminadamente bajo categorías demasiado amplias *-disfuncionales sociales, incompetentes sociales, con déficits en habilidades sociales-* como se ha venido haciendo, pues dentro de estos grupos pueden ocultarse individuos con características específicas que responderán desigualmente al EHS, y que podrían ser los causantes de los confusos resultados de las diferentes investigaciones.

(2) La necesidad de realizar entrenamientos en habilidades específicas más que entrenamientos globales.

(3) La necesidad de desarrollar intervenciones alternativas más efectivas para los sujetos con grados elevados de ansiedad social.

BIBLIOGRAFÍA

- Arkowitz, H.** (1977). Measurement and Modification of Minimal Dating Behavior. *Progress in Behavior Modification*, Vol. 5.
- Arkowitz, H.; Linchstein, E.; McGovern, K y Hines, P.** (1975). The Behavioral Assesment Of Social Competence in Males. *Behavior Therapy*, 6, 510-521.
- Bellack, A.S.; Hersen, M. y Kazdin, A.E.** (1985). *International Handbook of Behavior Modification and Therapy*. New York: Plenum Press.
- Bleechman, E.A.** (1984). *Behavior Modification with Women*. New York: Guilford Press.
- Bruch, M.A.** (1981). A Task Analysis of Assertive Behavior Revisted: Replication and Extension. *Behavior Therapy*, 12, 217-230.

- Butler, P.** (1981). *Self-Assertion for Women*. San Francisco: Hoper and Row Publisher.
- Caballo, V.E.** (1986). Evaluación de las habilidades sociales. En Fdez. Ballesteros y Carrobles (Eds.), *Evaluación Conductual. Metodología y aplicaciones*. Madrid: Pirámide S.A.
- Caballo, V.E.** (1988). *Evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales: una estrategia multimodal*. Tesis Doctoral. Madrid: Universidad Autónoma.
- Carmody, T.P.** (1978). Rational-Emotive, Self-Instructional and behavioral Assertion Training: Facilitating Maintenance. *Cognitive Therapy and Research*, 2, 241-252.
- Carrasco, I.** (1983). *Efectos de las técnicas de auto-instrucción y de la terapia racional emotiva en el entrenamiento en asertividad*. Tesis Doctoral. Madrid: Universidad Complutense.
- Curran, J.P.** (1979). Pandora's Box Reopened?. The Assesment of Social Skills. *Journal of Behavioral Assesment*, 1, 55-71.
- Curran, J.P. y Monti, P.M.** (1982). *Social Skills Training. A Practical Handbook for Assesment and Treatment*. New York: Guilford Press.
- Eisler, R.M. y Frederiksen, L.W.** (1980). *Perfecting Social Skills*. New York: Plenum Press.
- Ellis, A.** (1979). *The Intelligent Woman's. Guide to Dating and Mating*. USA: Lyle Stuart Inc.
- Ellis, A.** (1980). *Razón y emoción en psicoterapia*. Bilbao. Desclée de Brower, S.A.
- Ellis, A.** (1988). Desarrollando los ABC de la terapia racional-emotiva. En M. Mahoney y A. Freedman (Eds.), *Cognición y Psicoterapia*. Barcelona. Paidós.
- Emmelkamp, F.** (1983). *Failures in Behavior Therapy*. New York: John Wiley and Sons Inc.
- Fernández Ballesteros, R. y Carrobles, J.A.I.** (1986). *Evaluación conductual. Metodología y aplicaciones*. Madrid: Pirámide S.A.
- Fry, L.** (1983). Women in Society. En S. Spence y G. Shepherd (Eds.), *Developments in Social Skills Training*. London: Academic Press, Inc.
- Galassi, J.P. y Galassi, M.D.** (1979). Modification of Heterosocial Skills deficits. En A.S. Bellack y M. Hersen (eds), *Research and Practice in Social Skills Training*. New York: Plenum Press.
- Galassi, J.P.; Hollandsworth, J.P.; Raeccki, J.C; Gay, M.L.; Howe, M.R. y Evans, C.L.** (1976). Behavioral Performance in the Validation of an Assertiveness Scale. *Behavior Therapy*, 7, 343-347.
- Gorecki, P.R.; Dickson, A.L. y Ritzler, B.A.** (1981). Convergent and Concurrent Validation of four Measures of Assertion. *Journal of Behavioral Assesment*, Vol 3, N.2.

- Gormally, J.; Varvil-weld, D.; Raphael, R. y Sipps, G.** (1981). Treatment of Socially Anxious College Men Using Cognitive Counseling and Skills Training. *Journal of Counseling Psychology*, Vol. 28, N. 2, 147-157.
- Heimberg, R.G.; Montgomery, D.; Madsen, Ch.H. y Heimberg, J.S.** (1977). Assertion Training: A Review of the Literature. *Behavior Therapy*, 8, 953-971.
- Heimberg, R.G.; Dodge, C.S. y Becker, R.E.** (1987). Social Phobia. En L. Michelson y M. Ascher (Eds.), *Anxiety and Stress Disorders. Cognitive-behavioral Assesment and Treatment*. New York: Guilford Press.
- Hersen, M y Bellack, A.S.** (1977). Assesment of Social Skills. En A.R. Ciminero, A.S. Calhoun y H.E. Adams (Eds.), *Handbook of Behavioral Assesment*. New York: John Wiley and Sons Inc.
- Hollin, C.R. y Trower, P.** (1986). *Handbook of Social Skills Training*. Oxford: Pergamon Press.
- Jacobs, M.K. y Cochran, S.D.** (1982). The Effects of Cognitive Restructuring on Assertive Behavior. *Cogniyive Therapy and Research*, 6, 63-76.
- Kelly, J.A.** (1987). *Entrenamiento de las Habilidades Sociales*. Bilbao: Desclée de Brouwer, S.A.
- Kelly, J.A.; Kern, J.M.; Kirkley, B.G.; Patterson, J. y Keane, T.M.** (1980). Reactions to Assertive versus Unassertive Behavior: Differencial Effects for Males and Females and Implications for Assertivenes Training. *Behavior Therapy*, 11, 670-682.
- L'Abate, L. y Milan, M.A.** (1985). *Handbook of Social Skills Training and Research*. New York: John Wiley and Sons Inc.
- Linehan, M.M. y Egan, K.J.** (1979). Assertion Training for Women. En A.S. Bellack y M. Hersen (Eds.), *Research and Practice in Social Skills Training*. New York: Plenum Press.
- MacDonald, M.L.** (1982). Assertion Training for Women. En J.P. Curran y P.M. Monti (Eds.), *Social Skills Training. A Practical Handbook for Assesment and Treatment*. New York: Guilford Press.
- Marzillier, J.S.; Lambert, C. y Kellet, J.** (1976). A controlled evaluation of systematic desensitization of social skills training for socially inadequate psychiatric patients. *Behavior Research and Therapy*, 14, 225-238.
- McFall, R.M. y Twentyman, C.T.** (1973). Four experiments on the relative contribution of rehearsal, modeling and coaching to assertion training. *Journal of Abnormal Psychology*, 81, 199-218.
- Mersch, P.P.A.; Emmelkamp, P.M.G.; Bogels, S.M. y Van Der Sleen.** (1989). Social Phobia: Individual Response Patterns and the Effects of Behavioral and Cognitive Interventions. *Behavior Research and Therapy*, 27, 421-434.

- Myszka, M.T.; Galassi, J.P. y Ware, W.B.** (1986). Comparison of Cognitive Assessment Methods with Heterosocially Anxious College Women. *Journal of Counseling Psychology*, 33, 401-407.
- Peterson, J.; Fischetti, M.; Curran, J.P. y Arland, S.** (1981). Sense of Timing: A Skill Deficit in Heterosocially Anxious Women. *Behavior Therapy*, 12, 195-201.
- Rawlings, E.I. y Carter, D.K.** (1977). *Psychotherapy for Women. Treatment toward Equality*. Illinois, USA: Charles C. Thomas Publisher.
- Rodriguez, R.; Nietzel, M.T. y Berzins, J.** (1980). Sex Role Orientation and assertiveness among Female College Students. *Behavior Therapy*, 11, 353-366.
- Scott, R.R.; Himadi, W. y Keane, T.M.** (1983). A Review of Generalization in Social Skills Training: Suggestion for Future Research. *Progress in Behavior Modification*, Vol 15, 114-172.
- Spence, S. y Shepherd, G.** (1983). *Development in Social Skills Training*. London: Academic Press, Inc.
- Stravynski, A.; Marks, I.M. y Yule, W.** (1982). Social Skills Problems in Neurotic Outpatients. *Archives of General Psychiatry*, 39, 1378-1385.
- Trower, P.; Bryant, B. y Argyle, M.** (1978). *Social Skills and Mental Health*. London: Methuen and Co. Ltd.
- Valerio, H.P. y Stone, G.L.** (1982). Effects of Behavioral, Cognitive and Combined Treatments for Assertion as a Function of Differential Deficits. *Journal of counseling Psychology*, Vol. 29, N. 2, 158-168.
- Van Dam-Baggen, R. y Kraaimaat, F.** (1986). A Group Social Skills Training Program with Psychiatric Patients: Outcome, Drop-out Rate and Prediction. *Behavior Research and Therapy*, Vol.29, N.2, 161-169.
- Wolfe, J.L. y Fodor, I.G.** (1977). Modifying Assertive Behavior in Women: A Comparison of Three Approaches. *Behavior Therapy*, 8, 567-574.
- Wolpe, J. y Lazarus, A.A.** (1966). *Behavior Therapy Techniques: A Guide to the Treatment of Neuroses*. New York: Pergamon Press.