Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Sistema de Información Científica

Carmen Gloria Hidalgo, Nureya Abarca

Desarrrollo de habilidades sociales en estudiantes universitarios

Revista Latinoamericana de Psicología, vol. 22, núm. 2, 1990, pp. 265-282,
Fundación Universitaria Konrad Lorenz
Colombia

Available in: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80522205

Revista Latinoamericana de Psicología,
ISSN (Printed Version): 0120-0534
revistalatinomaericana@fukl.edu
Fundación Universitaria Konrad Lorenz
Colombia

How to cite | Complete issue | More information about this article | Journal's homepage

www.redalyc.org
Non-Profit Academic Project, developed under the Open Acces Initiative

Aquaforest TIFF Junction Evaluation

REVISTA LATINOAMERICANA DE PSICOLOGIA
1990 VOLUMEN 22 — Nº 2 265-282

DESARROLLO DE HABILIDADES SOCIALES EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS [1]

CARMEN GLORIA HIDALGO * Y NUREYA ABARCA
Universidad Católica de Chile

The present work was designed to assess a program aimed to the development of social skills in a group of Chilean University students with difficulties in assertiveness. Three self-report questionnaries (IBS, of Mauger & Adkinson, 1978; SAD, of Watson & Friend, 1969; CSES, of Galassi & Galassi, (1974) applied to 300 randomly chosen university students were used to select 45 subjects with difficulties in assertiveness. These subjects were submitted to the following baseline measurement 1) Self-report test; 2) Behavioral assessment in "refusing demands" situations; 3) Physiological Test (Galvanic Skin Resistence GSR). The 45 subjects were randomly assigned to 3 groups: Experimental Group (EG), subjected to baseline measurement and treatment; Control Group 1 (CG1), subjected to baseline measurement and no treatment; Control Group 2 (CG2), subjected to self report tests and no treatment. Treatment consisted of 14 sessions of 2 hours per week oriented to develop cognitive-behavioral strategies and to diminish social anxiety. Results: The EG experienced significant changes in self report questionnaries whereas neither CG 1 nor CG 2 showed such changes. Behavioral assessment and GSR were unable to discriminate the changes evidenced by self-report questionnaries in the EG. These results show some difficulties of behavioral assessment. However, the results of self report tests and the qualitative analysis of data show the efficacy of treatment.

Key words: assertiveness training, University students, behavioral assessment, Chile.

---

1 Esta investigación fue financiada por la Dirección de Investigaciones de la Universidad Católica de Chile. El trabajo fue presentado al XXII Congreso Interamericano de Psicología, Buenos Aires (Argentina), julio de 1989.

* Dirección: Carmen Gloria Hidalgo, Escuela de Psicología, Pontificia Universidad Católica de Chile, Vicuña Mackenna 4860, Santiago, Chile.

Aquaforest TIFF Junction Evaluation

En el hombre existe una tendencia natural a establecer relaciones con otros seres humanos. Es por tanto, fundamental que la persona posea las habilidades sociales necesarias para tener relaciones interpersonales satisfactorias. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) define la Salud Mental como la capacidad de establecer relaciones interpersonales armoniosas.

Las habilidades sociales constituyen un conjunto de complejos comportamientos interpersonales que dependen en gran medida de factores de aprendizaje (Michelson 1983, Bellack y Morrison, 1982).

Ladd y Mize (1983) entienden las habilidades sociales como las capacidades para organizar cogniciones y conductas en un curso de acción integrado, dirigido hacia metas sociales o interpersonales culturalmente aceptadas.

Se ha demostrado que la conducta social también está fuertemente determinada por la cultura. Tiene características idiosincráticas propias de un grupo social y de una cultura. (Abarca e Hidalgo, 1989).

El período de la adolescencia es una etapa del desarrollo en que el joven debe encarar múltiples tareas que implican relaciones interpersonales diferentes de las de la infancia y debe desarrollar habilidades para resolver problemas sociales de una manera independiente. Los adolescentes deben hacer amigos(as), aprender a conversar, participar en diferentes grupos de actividades extracurriculares, tener un grupo de pares al que se sienta integrado e identificado y aprender comportamientos heterosexuales. La timidez, ansiedad heterosexual, ansiedad social, dificultades en la solución de problemas sociales y falta de asertividad, son problemas específicos que se han citado a menudo en los adolescentes. (Christoff y cols., 1985; Furnham, 1986). En Chile el porcentaje de jóvenes universitarios que presentan problemas de relaciones interpersonales constituye un 37,3% (Abarca e Hidalgo, 1989).

Debido a la complejidad del comportamiento social existen serias dificultades para su adecuada medición y evaluación. Se han construido múltiples escalas de medición, generales y específicas que intentan evaluar diversas áreas o dimensiones del comportamiento social (Galassi y Galassi, 1979). Por otro lado, en las habilidades sociales están involucrados diversos sistemas de respuesta (motores, cognoscitivos y fisiológicos) lo que obliga a realizar mediciones multidimensionales. Actualmente hay acuerdo en que una adecuada metodología de evaluación de la conducta social debe incluir diversos instrumentos que apunten primero a los distintos niveles de respuesta y segundo a las múltiples áreas de comportamiento asertivo (Fernández y Carrobles, 1981).

Aquaforest TIFF Junction Evaluation

La incorporación de mediciones conductuales en situaciones de interacción plantea además la cuestión del posible efecto de interacción de la medición con la variable independiente, planteando así otro problema metodológico en la investigación.

Para responder al problema de déficits en las habilidades sociales se han diseñado diversos programas de tratamiento. Se ha recomendado el entrenamiento en destrezas sociales para pacientes esquizofrénicos, alcohólicos, depresión, conflictos matrimoniales, desviaciones sexuales, neurosis histérica, fracaso heterosexual y timidez (Galassi y Galassi, 1979; Bellack y Morrison, 1982).

En la extensa literatura sobre el tema, se plantean diversos *modelos explicativos* de la etiología de la falta de habilidades sociales.

Un primer modelo plantea que el déficit de habilidades sociales se debería a una *falta de aprendizaje* de los componentes motores, verbales y no verbales necesarios para lograr un comportamiento social competente. La persona carece de un repertorio conductual y/o usa respuestas inadecuadas porque no las ha aprendido o ha aprendido inadecuadamente. (Curran, 1977). El entrenamiento dirigido a la adquisición de conducta social es el enfoque terapéutico que responde a este modelo. Se orienta a enseñar las habilidades conductuales requeridas mediante los procedimientos de ensayo conductual, modelaje, práctica de respuestas e instrucciones del terapeuta, (Twentyman y McFall, 1975); retroalimentación y refuerzo social (Bellack y Hersen, 1982).

El modelo de *inhibición de respuesta* plantea que la persona tiene las habilidades necesarias en su repertorio, pero que están inhibidas o distorsionadas por ansiedad condicionada a las situaciones sociales. (Wolpe, 1958). Las técnicas de tratamiento están dirigidas específicamente a la reducción de la ansiedad: desensibilización, ensayo conductual, entrenamiento asertivo.

Desarrollos posteriores han planteado el modelo de *inhibición mediatizada,* cuyo planteamiento básico es una inhibición mediada por diversos procesos cognitivos: evaluaciones cognoscitivas distorsionadas (Riso, 1987), expectativas y creencias irracionales (Ellis, 1980), autoverbalizaciones negativas e inhibitorias (Schwart y Gottman, 1976), autoinstrucciones inadecuadas (Meichenbaum, 1977), estándares perfeccionistas y autoexigentes de evaluación (Alden y Caple, 1981), expectativas respecto a las consecuencias de las conductas asertivas (Eisler, Frederick y Peterson, 1978). Este modelo plantea como necesario para el cambio la reestructuración cognitiva, a través de diversas técnicas conductuales y cognitivas tales como terapia racional emotiva de Ellis, (1980), cambios atribucionales (Girodo, 1978), entrenamiento en autoinstrucciones y en resolución de problemas (Mi-

Aquaforest TIFF Junction Evaluation

chenbaum, 1977), generación de expectativas de autoeficacia (Bandura, 1977).

Un cuarto modelo explicativo atribuye la falta de habilidad social a *fallas en la discriminación* de las situaciones específicas en que un comportamiento social es adecuado o no. La persona debe tener un conocimiento no sólo de la respuesta adecuada, sino también de cómo y cuándo esa conducta puede emitirse. Es una habilidad de "leer el ambiente social". Esta habilidad se denomina percepción social. La persona con una buena percepción social ha aprendido a interpretar adecuadamente las señales y mensajes del emisor. Morrison y Bellack (1981) plantean que hay personas que presentan dificultades para identificar estímulos interpersonales no-verbales y que personas poco asertivas muestran déficits en percepción social. MacDonald (1975) sugiere que el fracaso en responder asertivamente puede ser el resultado de una percepción incorrecta de la conducta asertiva como una expresión de hostilidad. Las técnicas de modelaje, instrucción y retroalimentación pueden ser efectivos componentes de un programa de tratamiento. Un buen complemento son los medios audiovisuales (Dowrick, 1986; Abarca e Hidalgo. 1989 b).

Ninguno de estos modelos por sí sólo es capaz de explicar las diversas y complejas dificultades en las relaciones interpersonales. (Riso, 1987). Se ha demostrado que el modelo de inhibición condicionada como el de déficit de respuesta, que fueron los predominantes en la década del 60, son insuficientes para explicar los factores que determinan el comportamiento asertivo (Schwartz y Gottman, 1975; Rimm y Master, 1979; Galassi y Galassi, 1976). Los modelos cognitivos incorporan aspectos fundamentales en la conducta social. Se postula que las habilidades sociocognitivas están a la base del ajuste social y que tendrían un papel fundamental en el desarrollo e integración social adecuados (Ladd y Mize, 1983).

El desarrollo actual permite establecer que la comprensión de las habilidades sociales y de la conducta asertiva requiere de una explicación de multicausalidad donde se integran factores cognitivos, motores y autonómicos (Riso, 1987; Fernández-Ballesteros y Carrobles, 1981).

La literatura proveé de numerosos reportes de programas de entrenamiento en habilidades sociales o de conducta asertiva que son efectivos (Rimm y Masters, 1979). Las investigaciones más recientes concluyen que el enfoque conductual-cognitivo y el enfoque cognitivo representan la orientación predominante entre las terapias más efectivas.

Los programas de entrenamiento asertivos más efectivos son *en grupo,* ya que simulan una situación social más cercana a la realidad,

Aquaforest TIFF Junction Evaluation

que proveé modelos naturales y un ambiente propicio para el refuerzo social (Rimm y Masters, 1979). Sin embargo, las personas pueden tener déficits específicos en ciertas áreas de relaciones interpersonales y no en otras, por lo tanto un programa grupal debe ser capaz de posibilitar un trabajo conjunto, que abarque los problemas más típicos de un grupo particular, sin descuidar los aspectos individuales.

Todo lo expuesto explica por qué un programa de desarrollo de habilidades sociales o un entrenamiento asertivo, debe integrar un conjunto de técnicas terapéuticas, que permitan adquirir conductas en déficits, eliminar la ansiedad social, modificar procesos cognoscitivos interferentes y desarrollar la percepción social.

Por otra parte, el fuerte componente cultural de la conducta social obliga a considerar dicho aspecto, por lo cual se hace necesario diseñar y evaluar programas para la realidad chilena y latinoamericana (Abarca e Hidalgo, 1989 a).

El objetivo de este trabajo fue diseñar y evaluar un programa grupal de desarrollo de habilidades sociales, en jóvenes universitarios chilenos, que presentaban déficits de asertividad.

METODO

Sujetos

A 113 universitarios que presentaban problemas de habilidades sociales según test de autoreportes IBS de Mauger y Adkinson (1978) y SAD de Watson y Friend (1969), se les ofreció la posibilidad de participar en un taller de Desarrollo de Habilidades Sociales. De éstos 34 jóvenes, 17 hombres y 17 mujeres, fueron distribuidos al azar en 3 grupos. La muestra quedó conformada por un Grupo Experimental (GE, N = 12) y dos Grupos Controles (GC 1, N = 11 y GC 2, N = 11). Del grupo experimental sólo un hombre desertó del Taller.

Instrumentos

Se usaron los siguientes instrumentos:

— *Test de autoreportes,* especialmente traducidos y adaptados a Chile. Se puntuaron según las pautas reportadas por los autores.

IBS: Interpersonal Behavior Survey. Inventario de Comportamiento Interpersonal (ICI) *; Mauger Firestone, Hernández y Hook, (1978).

* Estos tests fueron adaptados al Castellano por los autores de este artículo.

Aquaforest TIFF Junction Evaluation

SAD: Social Avoidance and Distress Scale (SAD); Watson y Friend, (1969). Escala de Evitación Social (SAD) *.

FNE: Fear Negative Evaluation (FNE); Watson y Friend, (1969). Temor a la Evaluación Negativa (TEN) *.

SISST: Social Interaction Self-Statement Test (SISST); Glass y cols., (1982). Autoafirmaciones en Interacción Social (AIS) *.

Este test tiene una escala de afirmaciones positivas (AIS+) y una escala de afirmaciones negativas (AIS—).

— *Prueba Conductual*: el Grupo Experimental (GE) y el Grupo Control 1 (GC 1) se sometieron a una situación de interacción seminatural, con asistencia de un confederado. Se eligieron dos situaciones homólogas: pedir prestado el Carnet de Biblioteca y pedir cambiar el turno de entrevista. Ambas situaciones constituían interacciones con desconocidos del mismo sexo, en que el confederado hacía una petición factible, pero con posibilidades de consecuencias personales negativas. Se eligió esta área en base a un estudio previo (Abarca e Hidalgo, 1989 a). Esta prueba conductual se daba en un contexto "seminatural" ya que simulaba una sala de espera, para una entrevista. El confederado tenía un guión relativamente estructurado: hacía la petición y podía insistir en ella hasta tres veces, recurriendo a argumentos previamente estipulados. Por Ej.: "préstamelo, si es un rato corto...", o "no seas mala persona".

En las mediciones post-tratamiento se usó la misma sala y se recurrió a la situación homóloga a la que inicialmente se realizaba en el pre-test de cada sujeto.

Estas situaciones fueron grabadas en video, a través de un espejo unidireccional y con una cámara camuflada. Posteriormente, estas grabaciones fueron editadas de modo que su duración fuera estándar entre 1, 5 y 3 minutos.

Puntuación: 2 tipos de medición; una cualitativa que consistió en una apreciación global de la situación observada por 5 jueces, indicando cuál de las dos interacciones (pre-post) de cada sujeto, presentadas en el video, mostraba un comportamiento más asertivo.

Una evaluación cuantitativa que consistió en evaluar a través de una escala de rango que definía los niveles 0-2 y 4 para 4 dimensiones: conducta no verbal, conducta verbal, contenidos y actitud. El puntaje fluctuaba entre 0 y 16.

— *Medición Fisiológica*: se registró la respuesta dermogalvánica (R. D. G.) de la piel mediante un instrumento de biofeedback. Se les pedía a cada sujeto que eligiera *una* situación interpersonal entre cuatro alternativas, especialmente ansiosa o estresante para él.

Aquaforest TIFF Junction Evaluation

Se ponían los electrodos en los dedos, se indicaba que cerrara los ojos, y un investigador comenzaba a inducir en la imaginería la situación ansiógena.

Se registró la RDG al comienzo de la imaginería y cuando la persona estaba relajada. La segunda medición registraba el nivel más alto de respuesta dermogalvánica de la piel durante la imaginería (entre 30" y 60").

— *Mediciones Cualitativas*:

A. En el Grupo Experimental durante el tratamiento, al final de cada sesión se les entregaba un formulario que contenía tres preguntas: ¿qué fué lo que más les gustó de la sesión?, ¿qué fué lo que menos les gustó de la sesión? y ¿qué fué lo más significativo de la sesión? Ellos respondían ésto en su casa y era comentado al inicio de la sesión siguiente.

B. A los tres meses de terminado el tratamiento se le administró al Grupo Experimental y Control 1 el *Cuestionario Cualitativo de Seguimiento*. Eran tres preguntas abiertas, con el objeto de evaluar la calidad de las relaciones interpersonales posteriores al tratamiento, según la percepción de los participantes:

Diseño

Se utilizaron tres grupos. Un grupo experimental que fue sometido a tratamiento (aplicación de la variable independiente) y dos grupos controles. Estos grupos controles diferían en las mediciones a que fueron sometidos.

Se realizaron mediciones pre, post y de seguimiento, realizando comparaciones entre los grupos, siguiendo el diseño experimental de la Tabla 1.

Procedimiento

Cada persona de los 113 sujetos detectados con problemas de relación, fue motivada personalmente para participar en el taller, dándole información respecto a los resultados obtenidos en el ICI y SAD. Posteriormente se les citó individualmente y se les administraron los tests de autoreporte (SAD, TEN, AIS) y la prueba fisiológica. Luego se les asignó al azar a uno de los tres grupos. Posteriormente se hizo la prueba conductual con excepción del grupo control 2.

TABLA 1

	MEDICION PRE	TRATAMIENTO	MEDICION POST	FOLLOW-UP
Grupo Experimental (G. E.)	Tests Autoreporte ICI* SAD TEN AIS Prueba Conductual Medición Fisiológica RDG	SI	Tests Autoreporte ICI* SAD TEN AIS Prueba Conductual Medición Fisiológica RDG	Tests Autoreporte SAD TEN AIS Cuestionario Cualitativo
Grupo Control (GC 1)	Tests Autoreporte ICI* SAD TEN AIS Prueba Conductual Medición Fisiológica RDG	NO	Tests Autoreporte ICI* SAD TEN AIS Prueba Conductual Medición Fisiológica RDG	Tests Autoreporte SAD TEN AIS
Grupo Control (CG 2) **	Tests Autoreporte ICI SAD TEN AIS	NO	Tests Autoreporte ICI SAD TEN AIS	NO

* El test ICI fue administrado previamente para la selección de esta muestra, y no se volvió a repetir en el momento de las mediciones pre-tratamiento.

** El GC 2 no fue sometido a la Prueba Conductual (PC). Justamente el objetivo de este grupo control fue detectar un posible efecto de esta medición en los resultados, ya que constituye una experiencia de interacción social.

A los designados para el grupo experimental se les explicó la importancia de asistencia al taller. A los grupos controles se les planteó que su grupo comenzaría más adelante por incompatibilidad horaria. Todos fueron informados que se les pagaría por participar en la investigación.

El tratamiento se llevó a cabo en 12 sesiones grupales semanales de una hora y media cada una. Fueron conducidas por las dos investigadoras, grabadas en video y observadas por dos ayudantes. En

Aquaforest TIFF Junction Evaluation

cada sesión se hacía una breve evaluación de la sesión anterior y se trabajaba en función de objetivos previamente determinados para cada sesión, permitiéndose cierta flexibilidad dependiendo de las necesidades del grupo.

Los principales objetivos del programa fueron:

1. Reconocer las distintas áreas y dimensiones de la inhibición social y de la falta de habilidades sociales.
2. Aprender a reconocer y especificar sus dificultades.
3. Importancia y características de la comunicación verbal y no verbal.
4. Discriminación de conducta agresiva-asertiva-inhibida.
5. Expresión legítima de rabia.
6. Expresión de emociones.
7. Integración a distintos grupos.
8. Aprender a decir que no.
9. Estrategias para la resolución de conflictos interpersonales.
10. Autoexposición y reciprocidad interpersonal.
11. Relajación muscular.
12. Autoestima.

Se usaron en algunas oportunidades grabaciones de video para señalar características de las interacciones, entregar retroalimentación a los participantes, evaluar progresos, etc.

Una vez terminado el tratamiento se hicieron las evaluaciones correspondientes a los tres grupos. Tres meses después los estudiantes fueron citados para mediciones de autoreporte y cuestionario cualitativo.

RESULTADOS

Evaluación Cuantitativa

El análisis de los datos obtenidos en los cuestionarios de autoreporte (AIS, SAD y TEN) mostró diferencias significativas entre las mediciones pre y post del Grupo Experimental (grupo con tratamiento) (Ver figuras 1, 2 y 3). En los Grupos Control (GC 1 y GC 2) no se observaron diferencias significativas entre estas mediciones, en ninguno de los cuestionarios. Esto significa que el cambio observado puede atribuirse sólo al efecto del tratamiento y no al hecho de ser sometido a distintas mediciones.

Específicamente en el test AIS el Grupo Experimental mostró una diferencia significativa ($t_{(11)} = 4.49$; $p \leqslant 0.001$) entre las mediciones pre y post tratamiento, en lo que se refiere a cogniciones de tipo negativo (AIS—). No se observó una diferencia significativa en las cogniciones de tipo positivo (AIS+). (Figura 1).

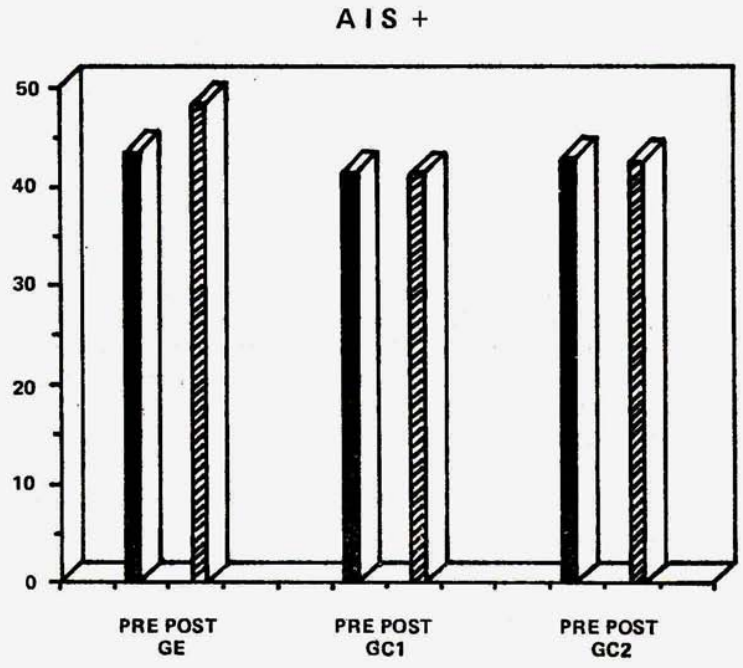
Aquaforest TIFF Junction Evaluation

Estos resultados indican que el tratamiento logró modificar las autoinstrucciones e ideas negativas, disminuyendo su incidencia. Los aspectos cognitivos positivos aumentaron levemente sin llegar a una diferencia significativa.

El análisis del test SAD mostró una diferencia significativa ($t_{(11)} = 4.23$; $p \leqslant 0.001$) entre las mediciones pre y post tratamiento del Grupo 1, (Figura 2). El tratamiento logró disminuir significativamente la ansiedad social y/o temores asociados a situaciones interpersonales.

El análisis del test TEN mostró una diferencia significativa ($t_{(11)} = 3.324$; $p \leqslant 0.005$) entre las mediciones pre y post tratamiento del Grupo 1. (Figura 3). Es decir, el tratamiento disminuyó las ideas irracionales, las expectativas anticipatorias y la ansiedad frente a evaluaciones negativas.

El análisis estadístico del test ICI mostró diferencias significativas entre las mediciones pre y post en las escalas de Asertividad Empírica General y Rechazo de Peticiones, tanto en el Grupo Experimental como en los Grupos Controles. Es decir, habría un com-



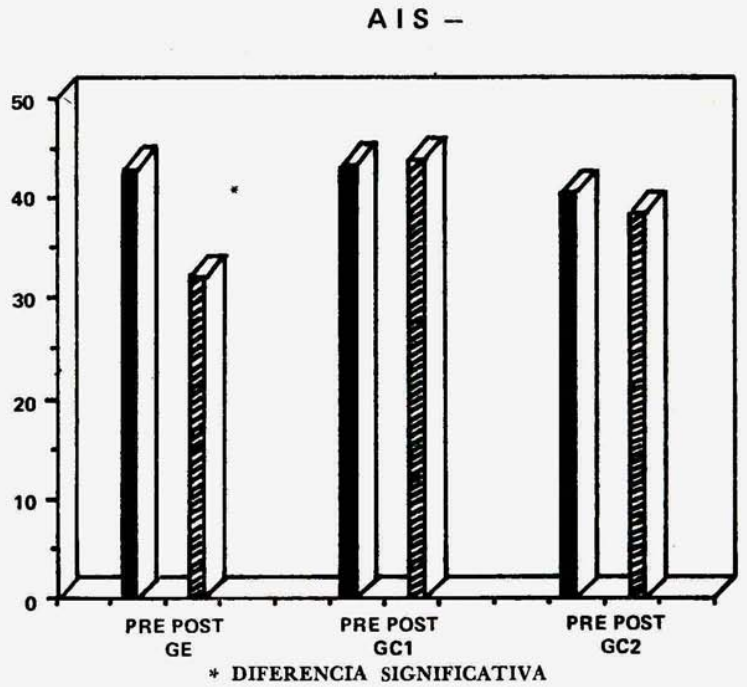
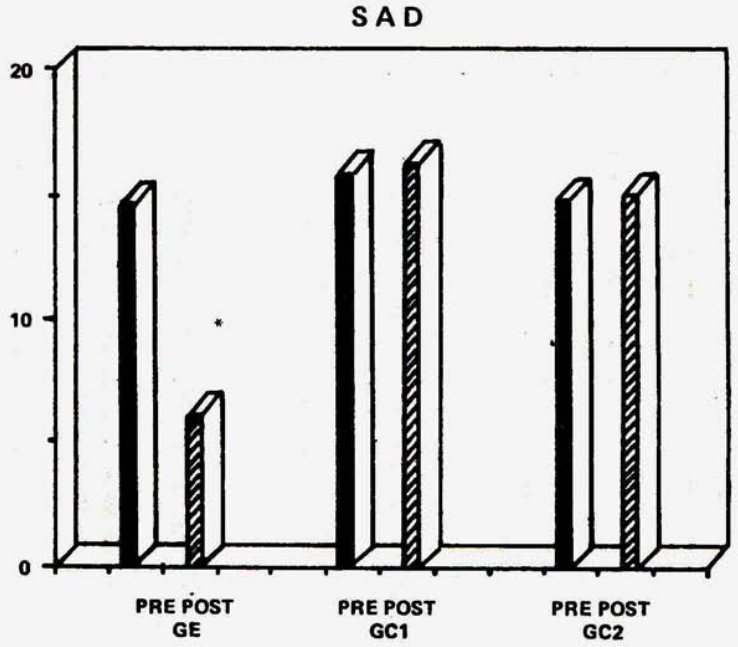


FIGURA 1. Comparación de los resultados del test de Autoafirmaciones en Interacción Social, AIS (+) y AIS (–) en grupo experimental (GE) y grupos controles (GC).

portamiento general similar en los 3 Grupos, por lo que este test no muestra un efecto de cambio debido al tratamiento.

Los resultados de la prueba conductual a través de la evaluación de jueces, tanto en los aspectos cuantitativos como cualitativos, no discriminaron entre las mediciones pre y post tratamiento en ninguno de los grupos. Las evaluaciones de los 5 jueces no mostraron diferencias significativas entre los tres grupos en el post tratamiento. También se hicieron distintos análisis de la confiabilidad interjuez y tampoco hubo resultados significativos.

Por otro lado, se analizaron las grabaciones de la prueba conductual tomando mediciones objetivas (Tiempo de Latencia, Número de Palabras) que tradicionalmente han usado otros autores (Rehm y Marston, 1968; Arkowitz, Lichenstein, Govern y Hines, 1975). El análisis estadístico de estas mediciones no mostró diferencias significativas entre el Grupo Experimental y los Grupos de Control.



* DIFERENCIA SIGNIFICATIVA

FIGURA 2. Comparación de los resultados en el tests. Escala social (SAD), pre y post-tratamiento, en grupo experimental (GE) y grupos controles (CG).

En la medición llevada a cabo tres meses después de realizado el tratamiento (seguimiento) se pasaron los tres test AIS, SAD y TEN a los sujetos que se presentaron a esta medición (50% de sujetos Grupo Experimental; (50% de sujetos Grupos Control). El análisis de los datos obtenidos no mostró diferencias significativas entre ambos grupos.

Evaluación Cualitativa

A. En el Grupo Experimental, en siete de las sesiones de tratamiento se les pidió a los participantes que hicieran una evaluación cualitativa al término de la sesión, por escrito y en forma personal. En el análisis de las respuestas se destaca lo siguiente:

1º ¿Qué fué lo que más te gustó de la sesión?

— Tomar conciencia de los diversos matices de las relaciones interpersonales y la importancia de la comunicación no verbal.

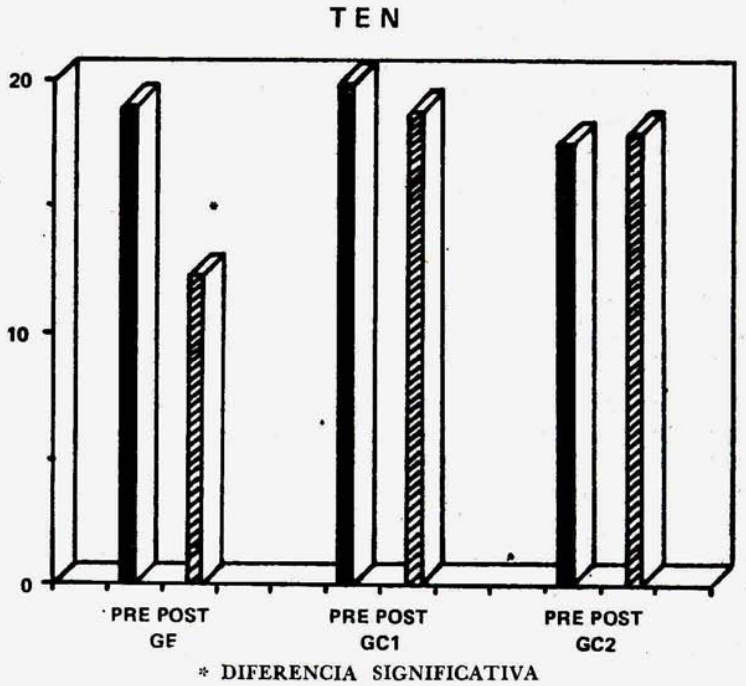


FIGURA 3. Comparación de los resultados en el tests. Temor a la Evaluación Negatica TEN, pre y post-tratamiento, en grupo experimental (GE) y grupos controles (GC).

— Sentirse en un grupo, apoyado, acogido e irse integrando progresivamente.
— Participar activamente a través de ejercicios y juego de roles.

2º ¿Qué fué lo que menos te gustó de la sesión?

— Hay una alta proporción de respuestas. NADA les disgustó.
— Varios aluden a la incomodidad física de la sala y la temperatura.
— Se destaca que en algunas sesiones los preámbulos son largos, que se demora en llegar al tema central y cierta confusión de ideas.
— Aparecen autocríticas de algunos participantes: enojo consigo mismo por no haber participado o por no haber expresado una opinión.
— Algunos reclaman que no se hiciera siempre relajación y que faltaba tiempo para hacer más ejercicios.

3º ¿Qué fué lo más significativo de la sesión?

Aquaforest TIFF Junction Evaluation

— El poder ver sus propios problemas desde otra perspectiva y otros contextos.
— Tomar conciencia de sus limitaciones y posibilidades de cambio. Ej.: reciprocidad en relaciones interpersonales; importancia del lenguaje corporal y gestual.
— Importancia de la autoestima. Además fue para todos importante vivir una experiencia en que el proceso del grupo fue mostrando dinámicas interpersonales significativas.
— Se destaca también el reconocimiento y la modificación de varias ideas irracionales.

B. El cuestionario cualitativo de seguimiento fue respondido solamente por el 54% de los sujetos, por lo cual los resultados deben ser interpretados con cautela.

Los cambios señalados por los sujetos como más importantes se relacionan básicamente con la dimensión de expresión de sentimientos, tanto positivos como negativos; la expresión de ideas y habilidades para conversar y mayor confianza en sí mismos.

En lo que se refiere al mantenimiento de los cambios logrados en el taller, las respuestas indican que estos cambios se mantienen. Cinco de ellos indicaron que los cambios habían aumentado. Una persona reportó un efecto de deterioro inmediato al término del taller, pero una posterior recuperación y efectos más amplios y positivos a la fecha del seguimiento. Nadie planteó estar peor que tres meses antes.

Al preguntárseles si habían tenido experiencias interpersonales significativas post-tratamiento, cinco de siete plantearon experiencias de relaciones heterosexuales, algunos con dificultades en la conquista o noviazgo o término de relaciones de pareja. Una persona planteó serias dificultades por la separación de sus padres y una problemas interpersonales por dificultades para ingresar a la vida laboral. La pregunta tendió a interpretarse como experiencias interpersonales negativas.

DISCUSION

En resumen, los resultados muestran que el programa grupal de desarrollo de habilidades sociales en jóvenes universitarios tuvo un efecto significativo de cambio positivo.

Este cambio fue medido a través de tests de autoreporte dirigidos a distintos factores de las habilidades sociales. Específicamente se produjo una variación en el área emocional, observándose disminución de la ansiedad social. En el área cognitiva, una disminución de las ideas irracionales y de las expectativas anticipatorias negativas ante situaciones conflictivas.

Aquaforest TIFF Junction Evaluation

Es importante destacar la sensibilidad al cambio que presentaron los instrumentos de autoreporte empleados, ya que son de fácil administración y sencillos de interpretar.

El test de autoreporte ICI en cambio, no mostró diferencias significativas, lo cual creemos se debe a su forma de dar resultados a través de un perfil interpersonal, con numerosas escalas. Al no entregar un solo puntaje, las diferencias significativas requieren de cambios muy marcados en áreas específicas. Por otro lado las mediciones pre en el ICI se hicieron mucho tiempo antes de iniciado el tratamiento y en un contexto distinto que las otras mediciones de autoreporte.

Los resultados positivos concuerdan con el cambio detectado a través de las mediciones cualitativas sesión a sesión, de cada uno de los sujetos del Grupo Experimental, con las observaciones clínicas de los investigadores en el transcurso del taller y con los resultados del cuestionario cualitativo de seguimiento. Las personas reportan cambios en la conducta en cuanto a una mayor frecuencia de interacciones personales y de mejor calidad.

Sin duda, lo más terapéutico son *los ejercicios* que se realizaban en cada sesión. Se confirma que la acción propia es más didáctica que el contar, explicar o interpretar por parte de los terapeutas.

Si no se observó lo mismo en la Prueba Conductual y en la Medición Fisiológica, esto es un reflejo de las dificultades que estos instrumentos presentan y no de una falta de efectividad del programa.

Nuestra hipótesis con respecto a los resultados de la Prueba Conductual es que ésta tiene el problema de estandarización propio de las situaciones que intentan ser análogas a las situaciones naturales.

Más aún, las situaciones que se elaboraron en la Prueba Conductual no tuvieron la dificultad de "rechazo de una petición" que nosotros esperábamos. A los sujetos les era muy sencillo aceptar la petición propuesta por el confederado debido a una "idiosincrasia universitaria particular", razón por la cual no discriminó entre los tres grupos de sujetos.

En cuanto a la medición fisiológica, el aparato de medición de la RDG utilizado no fue lo suficientemente sensible para detectar diferencias individuales.

Las mediciones tomadas en la etapa de seguimiento merecen un comentario aparte, ya que no todos los sujetos llegaron a esta etapa, por lo que los resultados van a tener el sesgo de la muestra obtenida.

En la etapa de seguimiento los sujetos del Grupo Experimental y los sujetos de los Grupos Control no se diferencian significativa-

Aquaforest TIFF Junction Evaluation

mente en los test de autoreporte. Esto podría indicar que el efecto del tratamiento es transitorio o bien que los sujetos del Grupo Control que llegan a esta medición tenían una mayor motivación al cambio o un mejor nivel de habilidades sociales.

En cuanto al Cuestionario Cualitativo de Seguimiento, observamos que aquellos sujetos que contestaron el cuestionario percibieron efectos muy positivos, que se mantienen o mejoran. El déficit del programa según estos resultados fue no haber profundizado más respecto a las relaciones cercanas de pareja y aspectos importantes asociados al inicio de la vida laboral.

Los resultados obtenidos en esta investigación, nos muestran la necesidad de seguir investigando en el área de la evaluación de las habilidades sociales para obtener mediciones que sean sensibles para detectar los cambios en sus diversas áreas y factores. Tratamientos que son efectivos según la evaluación clínica de los terapeutas y según la autopercepción del cliente no se reflejan en mediciones más conductuales y cuantitativas.

Específicamente se necesita investigar distintos tipos de evaluaciones conductuales, que nos permitan mediciones más objetivas y precisas.

RESUMEN

El presente trabajo tuvo como objetivo evaluar un programa grupal de desarrollo de habilidades sociales en universitarios chilenos que presentan díficits de asertividad. A través de tres cuestionarios de autoreporte aplicados a 300 estudiantes universitarios tomados al azar (IBS de Mauger y Adkinson, 1978; SAD de Watson y Friend, 1969; CSES de Galassi y Galassi, 1974), se seleccionaron 45 sujetos con dificultades en asertividad. Fueron sometidos a las siguientes mediciones basales: (1) Autoreportes (IBS, SAD, FNE, SISST); (2) Evaluación conductual en una situación de "rechazo de petición"; (3) Prueba Fisiológica (GSR). Los sujetos se distribuyeron al azar en tres grupos. GE (Grupo Experimental con mediciones basales y tratamiento); GC 1 (Grupo Control con mediciones basales, sin tratamiento); GC 2 (Grupo Control sólo pruebas autoreporte, sin tratamiento). El tratamiento consistió en 14 sesiones de 2 hrs/semanales destinadas a desarrollar estrategias cognitivo conductuales y de reducción de la ansiedad en situaciones sociales. Los resultados obtenidos después del tratamiento (GE) mostraron diferencias significativas entre las mediciones pre y post en los cuestionarios. SISST, SAD y FNE. En GC 1 y GC 2 no se obtuvieron diferencias significativas. La evaluación conductual y fisiológica no discriminó entre las mediciones pre y post tratamiento en ninguno de los grupos. Se discuten estos resultados según el tipo de mediciones y se postula la dificultad

Aquaforest TIFF Junction Evaluation

de desarrollar mediciones conductuales. Los resultados cuantitativos de autoreporte y los análisis cualitativos demuestran la efectividad del tratamiento.

REFERENCIAS

Abarca, N. e Hidalgo C. G. (1989 a). Evaluación psicométrica de habilidades sociales en jóvenes universitarios chilenos. *Revista Análisis del Comportamiento, 4,* 51-62.

Abarca, N., e Hidalgo, C. G. (1989 b). Taller de Habilidades Sociales. Video Educativo. PROMAV. Santiago: Universidad Católica de Chile.

Alden, L., y Cappe, R. (1981). Non assertiveness: Skill deficit or selective self-evaluation. *Behavior Therapy, 12,* 107-114.

Arkowitz, H., Lichtenstein, E., Govern, K., y Hines P. (1975). The behavioral assesment of social competence in males. *Behavior Therapy, 6,* 3-13.

Bandura, A. (1977). Self efficacy: Toward a unifyng theory of behavior change. *Psychologial Review, 84,* 191-215.

Bandura, A. (1979). *Social learning theory.* New Jersey: Prentice Hall.

Bellack, A. y Morrison, R. (1982). Interpersonal dysfunction. En A. J. Bellack, M. Hersen, y A. E. Kazdin (Eds.), *International handbook of behavior modification and therapy.* Nueva York: Plenum Press.

Christoff, K., Scott, O., Kelly, M. L., Schlundt, D., Baer, G., y Kelly, J. (1985). Social skills and social problem-solving training for shy young adolescents. *Behavior Therapy, 16,* 468-477.

Curran, J. (1977). Skills training as an aproach to the treatment of heterosexual social anxiety: A review. *Psychological Bulletin, 84,* 140-157.

Dowrick, W. P. (1986). *Social survival for children.* Nueva York: Brunner/Mazel.

Eisler, R. M., Frederiksen, L. W., y Peterson, G. L. (1978). The relationship of cognitive variables to the expression of assertiveness. *Behavior Therapy, 9,* 419-427.

Ellis, A. (1980). *Razón y emoción en psicoterapia.* Bilbao: Desclée de Brouwer.

Fernsterheim, H. (1972). Behavior therapy: assertive training in groups. En C. F. Sager, y H. Singer (Eds.). *Progress in group and family therapy.* Nueva York: Brunner/Mazzel.

Fernández-Ballesteros R., y Carrobles, J. A. (1981). *Evaluación conductual: metodología y aplicaciones.* Madrid: Pirámide.

Furnham, A. (1986). Social skills training with adolescents and young adults. En C. R. Hollin y P. Trower (Eds.). *Handbook of social skills training.* Oxford: Pergamon Press.

Galassi, M. D., y Galassi, J. P. (1978). Asertion: a critical review. *Psychoterapy; Theory Research and Practice, 15,* 16-28.

Girodo, M. (1986). *Cómo vencer la timidez.* Barcelona: Grijalbo.

Glass, C., Merluzzi, T. V., Biever, J. L., y Larsen, K. H. (1982). Cognitive assesment of social anxiety: development and validation of a self-statement questionnarie. *Cognitive Therapy and Research, 6,* 37-55.

Ladd, W. G., Mize, J. (1983). A cognitive-social learning model of social skill training. *Psychological Review, 90,* 127-157.

Mac Donald, M. L. Teaching assertion (1975). A paradigm for therapeutic intervention. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 12,* 60-67.

Aquaforest TIFF Junction Evaluation

Mauger, P. A., y Adkinson, D. R. (1980). *Interpersonal Behavior Survey*. Los Angeles: Western Psychological Services.

Michelson, L. (1983). *Social skills assessment and training with children: An empirically bases handbook*. Nueva York: Plenum Press.

Michenbaum, D. (1977). *Cognitive-behavior modification*. Nueva York: Plenum Press.

Morrison, R. L., y Bellack, A. S. (1981). The role of social perception in social skill. *Behavior Therapy, 12*, 69-79.

Rehm, L. P., y Marston, A. R. (1968). Reduction of social anxiety through modification of self-reinforcement: An instigation technique. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 32*, 565-574.

Rimm, D. C., y Master, J. C. (1979). *Terapia conductual*. México: Trillas.

Riso, W. (1987). La percepción social en la conducta asertiva. *Revista Análisis del Comportamiento, 2*, 285-295.

Schwart, M., y Gottman, J. M. (1976). Toward a task analysis of assertive behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 44*, 910-920.

Twentyman, C. y Mc Fall, R. M. (1975). Behavioral training of social skill in shy males *Journal of Consulting and Clinical Psychology 43*, 384-395.

Watson, D., y Friend, R. (1969). Measurement of social-evaluative anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 33*, 448-457.

Wolpe, J. (1958). *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Stanford University Press, California.