Caballo, V. E., Del Prette, Z. A. P., Monjas, I., & Carrillo, G. (2006). **La evaluación de las habilidades sociales en la vida adulta.** In: V. E. Caballo (Org.), *Manual para la evaluación cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos* (pp.*401-42*0). Madrid: Pirámide.

La evaluación de las habilidades sociales en la vida adulta 20

VICENTE E. CABALLO[1]
ZILDA DEL PRETTE[2]
MARÍA INÉS MONJAS CASARES[3]
GLORIA B. CARRILLO[4]

1. INTRODUCCIÓN

Los problemas de inadecuación social son muy frecuentes hoy día en la sociedad occidental. La importancia que esta sociedad concede a las relaciones sociales y la falta de un aprendizaje sistemático para el funcionamiento habilidoso en esta área hacen que la interacción social de muchas personas sea inadecuada, conflictiva y/o productora de malestar y ansiedad. No parece que este panorama vaya a cambiar a corto plazo. Es más, es probable que las nuevas tecnologías de comunicación a través de Internet (tipo *chat*) ahonden aún más en este inadecuado funcionamiento social. De la misma forma que otros tipos de materias se están introduciendo progresivamente en las escuelas (por ejemplo, normas de tráfico), sería también de gran importancia introducir conocimientos teóricos y prácticos sobre el funcionamiento de las relaciones interpersonales. Con esto es probable que evitásemos muchos de los problemas asociados a la inadecuación social.

Las habilidades sociales constituyen un elemento básico para el desarrollo y mantenimiento de las relaciones interpersonales. En cualquier caso, todos dependemos de la mucha o poca habilidad social que pongamos en práctica en las diferentes situaciones para interaccionar con los demás. Y, a la hora de trabajar en el campo de las habilidades sociales, uno de los aspectos fundamentales con que nos vamos a encontrar es su evaluación. Este tema es relativamente complicado y no parece que hayanos mejorado mucho desde que, en el año 1979, Curran planteara los problemas que conlleva la evaluación de las habilidades sociales con el sugerente título de «¿Se ha vuelto a abrir la caja de Pandora? La evaluación de las habilidades sociales» *(Pandora's Box reopened? The assessment of social skills)*. El presente capítulo es un intento de ofrecer al profesional de la salud mental material práctico para evaluar las habilidades sociales de individuos adultos. La evaluación de los niños y de los adolescentes (en sus primeros años de adolescencia) se encuentra en otro capítulo de este mismo libro.

2. OBJETIVOS DE LA EVALUACIÓN

Antes de llevar a cabo un programa de intervención sobre cualquier problema, tendremos que evaluarlo y, en función de dicha evaluación, decidir que existe el problema. Muchos de los pacientes que acuden a terapia debido a un problema psicológico presentan dificultades en sus relaciones interpersonales y, en gran medida, no manifiestan unas habilidades sociales adecuadas. La evaluación de éstas constituye, entonces, un requisito indispensable para el desarrollo de un programa de tratamiento eficaz. Dicha evaluación se

[1] Universidad de Granada (España).
[2] Universidad de San Carlos (Brasil).
[3] Universidad de Valladolid (España).
[4] Fundación VECA (España).

© Ediciones Pirámide

llevará normalmente a cabo a lo largo de cuatro períodos: 1) antes del tratamiento (línea base); 2) durante el tratamiento; 3) después del tratamiento, y 4) en el período de seguimiento. En el primero se lleva a cabo un amplio análisis conductual para determinar los problemas que tiene el paciente en el campo de las habilidades sociales. Es frecuente también evaluar las cogniciones que pudieran interferir con la expresión de la conducta socialmente habilidosa, tales como ideas poco racionales, autoverbalizaciones negativas, expectativas poco realistas, etc. A lo largo del tratamiento es conveniente analizar de qué manera se van modificando las conductas del sujeto, así como sus cogniciones desadaptativas y el modo en que el paciente va considerando su propio progreso. Todo ello nos permitirá averiguar si hemos escogido el camino correcto o si, por el contrario, es necesario cambiar el tipo de intervención que estamos llevando a cabo. La evaluación durante el tercer período nos dará una idea de la mejoría del paciente, tanto a nivel conductual como a nivel cognitivo, y la evaluación en la cuarta y última etapa nos servirá para explorar el grado en que el paciente ha mantenido los cambios e, incluso, si ha seguido progresando con el transcurso del tiempo. Durante el período de tratamiento, y después de él, tenemos que investigar igualmente si el paciente está generalizando lo aprendido en las sesiones a la vida real, punto crucial para poder considerar a un tratamiento como eficaz.

Aunque es frecuente que los pacientes que lleguen a terapia acudan por multitud de problemas que no suelen ser expresados en forma de dificultades interpersonales, muchas veces un análisis sistemático del/de los problema/s indica que el área de las relaciones interpersonales está profundamente afectada. En otras ocasiones, los pacientes pueden informar de problemas de interacción social, pero habitualmente se relatan de forma global, impresionista, pero poco cuantificable y operacionalizable. En la tabla 20.1 se presenta una posible especificación de las dificultades sociales del paciente, desde comportamientos más molares hasta componentes más concretos y moleculares y, por lo tanto, más fácilmente objetivables.

3. ASPECTOS BÁSICOS A EVALUAR

A la hora de la evaluación de la conducta interpersonal y, por lo tanto, de las habilidades sociales, solemos conseguir una medida de la habilidad social global del paciente. Esto se puede conseguir a través del autoinforme de éste (por ejemplo, por medio de cuestionarios), de la entrevista o de la información proporcionada por personas cercanas al sujeto. Pero normalmente nos interesa más la habilidad social del sujeto en áreas específicas, llamémoslas dimensiones de las habilidades sociales. En la tabla 20.2 podemos ver las principales dimensiones consideradas habitualmente en el campo de las habilidades sociales.

El funcionamiento del paciente en estas dimensiones o clases de conducta nos proporcionará una idea de la amplitud de las dificultades en las relaciones sociales. El análisis funcional nos dará información sobre cuándo, cómo, dónde, con quién tiene problemas de interacción social el paciente. Utilizaremos las técnicas de evaluación que consideremos convenientes para obtener la información relevante al caso (véase más adelante). No obstante, frecuentemente tendremos que descomponer esos comportamientos sociales poco habilidosos en elementos moleculares, más específicos, a la hora de modificar las clases de conducta que producen malestar en el paciente. Esos elementos moleculares los podemos clasificar en respuestas conductuales, cognitivas y fisiológicas. Seguidamente nos detendremos con más detalle en algunos de estos componentes de la conducta interpersonal, y por ende, de las habilidades sociales.

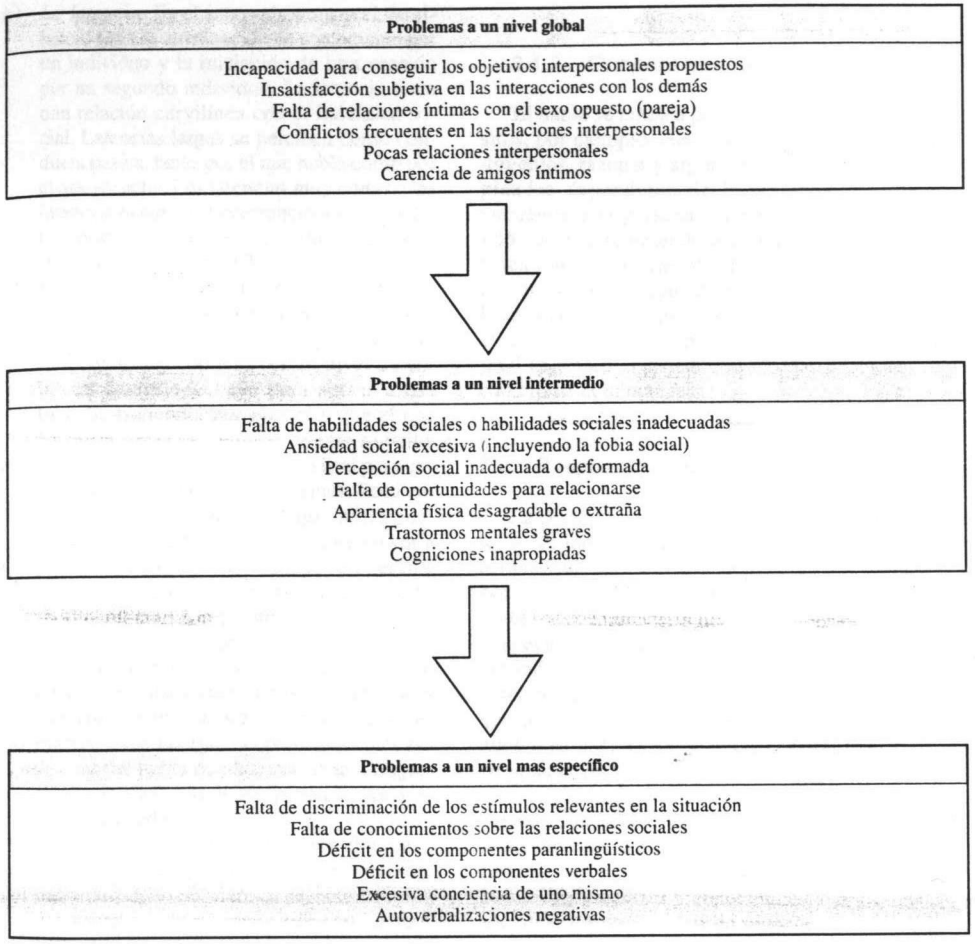
3.1. Respuestas conductuales

El enfoque molecular está íntimamente unido al modelo conductual de la habilidad social. La conducta interpersonal se divide en elementos componentes específicos. Estos elementos son medidos de una forma altamente objetiva (por ejemplo, número de sonrisas y número de segundos de contacto ocular), con lo que podríamos considerar que dichas medidas son altamente fiables y tienen

© Ediciones Pirámide

TABLA 20.1

Escala de especificidad de la conducta a la hora de la evaluación



una buena validez aparente. No obstante, no debemos olvidar que estas medidas también tienen sus problemas, especialmente en lo que se refiere a su grado de representatividad con respecto a la conducta global real. Dentro de los componentes conductuales, podemos hablar de componentes no verbales, componentes paralingüísticos (aunque estos últimos son también no verbales) y componentes

© Ediciones Pirámide

TABLA 20.2

Principales dimensiones de las habilidades sociales (tomado de Caballo, 1997)

Hablar en público.
Iniciar y mantener conversaciones.
Defensa de los propios derechos.
Expresión justificada de molestia, desagrado o enfado.
Expresión de amor, agrado y afecto.
Hacer peticiones.
Rechazar peticiones.
Hacer cumplidos.
Aceptar cumplidos.
Expresión de opiniones personales, incluido el desacuerdo.
Petición de cambio de conducta del otro.
Disculparse o admitir ignorancia.
Afrontar las críticas.

verbales. Los principales componentes conductuales de las habilidades sociales son los siguientes (Caballo, 1997):

3.1.1. *Elementos no verbales*

a) *Mirada/contacto ocular.* La mirada se refiere a mirar a otra persona a, o entre, los ojos o a la mitad superior de la cara (Cook, 1979), mientras que el contacto ocular se refiere a la mirada mutua, es decir, a mirarse a los ojos al mismo tiempo
b) *La expresión facial.* La cara es el principal sistema de señales para mostrar las emociones, además de ser el área más importante y compleja de la comunicación no verbal y la parte del cuerpo que más cerca se observa durante la interacción.
c) *La postura corporal.* La postura que adopta una persona refleja, en buena medida, la actitud de esa persona hacia los otros presentes (aparte de las convenciones culturales que gobiernan la situación). La *orientación corporal* también es importante en la interacción social y se refiere al grado en que los hombros y las piernas de un sujeto se dirigen hacia, o se desvían de, la persona con quien se está comunicando.
d) *Los gestos.* Son estímulos visuales que comunican alguna información al observador. Son básicamente culturales y se utilizan para toda una serie de propósitos diferentes. Están muy relacionados con la actividad verbal.
e) *Distancia/proximidad.* El grado de proximidad o distancia expresa, con bastante claridad, la naturaleza de las interacciones, aunque siempre hay que tener en cuenta la cultura en la que éstas se producen, dada la gran relación que existe con las normas (implícitas) de una cultura. El contacto físico sería la proximidad extrema y suele ser una señal que constituye la puerta de entrada a la intimidad.
f) *La apariencia física.* Se refiere al aspecto exterior de una persona, y aunque el *atractivo físico* es uno de los aspectos que más contribuye a la apariencia física, hoy día se puede transformar casi por completo dicha apariencia física.

3.1.2. *Elementos paralingüísticos*

Los elementos paralingüísticos acompañan a los elementos verbales transportando mensajes en el área vocal («cómo» se dice en oposición a «lo» que se dice). Algunas señales vocales son capaces de comunicar mensajes por sí mismas: llorar, reír, silbar, bostezar, suspirar, etc. Otras vocalizaciones se encuentran muy relacionadas con el contenido verbal, incluyendo el volumen, el tono, el timbre, la claridad, la velocidad, el énfasis y la fluidez, los «umhs» y «ehs», las pausas y las vacilaciones (Wilkinson y Canter, 1982). Las señales vocales pueden afectar drásticamente al significado de lo que se dice y a cómo se recibe el mensaje. La misma frase dicha en varios tonos de voz o con determinadas palabras enfatizadas puede transmitir mensajes muy diferentes. Los elementos paralingüísticos raramente se emplean aislados. El significado transmitido es normalmente el resultado de una combinación de señales vocales y conducta verbal y es evaluado dentro de un contexto o una situación determinados. Algunos de los componentes paralingüísticos más

© Ediciones Pirámide

importantes dentro del campo de las habilidades sociales con los siguientes:

a) *La latencia.* Es el intervalo temporal de silencio entre la terminación de una oración por un individuo y la iniciación de otra oración por un segundo individuo. La latencia tiene una relación curvilínea con la habilidad social. Latencias largas se perciben como conducta pasiva, tanto por el que habla como por el que escucha. Las latencias muy cortas o las latencias negativas (interrupciones) se perciben normalmente como conducta agresiva (Booraem y Flowers, 1978).
b) *El volumen de voz.* La función más básica del volumen consiste en hacer que un mensaje llegue hasta un potencial oyente y el déficit obvio —y común— es un nivel de volumen demasiado bajo para servir a esa función, haciendo, por ejemplo, que el que habla sea ignorado o que el oyente se irrite.
c) *La entonación.* La entonación sirve para comunicar sentimientos y emociones. Poca entonación, con un volumen bajo, indica aburrimiento o tristeza. Un patrón que no varía puede ser aburrido o monótono. Se percibe a la gente como más dinámica y extravertida cuando cambia el tono de su voz a menudo, durante una conversación.
d) *La fluidez/perturbaciones del habla.* Las vacilaciones, falsos comienzos y repeticiones son bastante normales en las conversaciones diarias. Sin embargo, las perturbaciones excesivas del habla pueden causar una impresión de inseguridad, incompetencia, poco interés o ansiedad.
e) *El tiempo de habla.* La duración del habla se refiere al tiempo que se mantiene hablando el individuo. El tiempo de conversación del sujeto puede ser deficitario por ambos extremos, es decir, tanto si apenas habla como si habla demasiado. Lo más adecuado es un intercambio recíproco de información.
f) *Claridad, velocidad,* etc. Algunas personas farfullan la palabras, hablan arrastrándolas, chapurrean o hablan a borbotones, mientras que otras hablan demasiado lento o demasiado rápido, produciendo problemas de aburrimiento o de falta de comprensión.

3.1.3. *Componentes verbales*

El habla se emplea para una variedad de propósitos, por ejemplo, comunicar ideas, describir sentimientos, razonar y argumentar. Las palabras empleadas dependerán de la situación en que se encuentre una persona, su papel en esa situación y lo que está intentando lograr. Los elementos verbales son menos generalizables a distintas situaciones que los otros tipos de respuestas conductuales. Ejemplos de componentes verbales son el contenido de humor de una conversación, las preguntas con final abierto o con final cerrado, las peticiones de cambio de conducta, etc.

3.2. Respuestas cognitivas

La percepción y la evaluación cognitiva por parte de un individuo de las situaciones, estímulos y acontecimientos momentáneos están determinadas por un sistema persistente, integrado por abstracciones y concepciones del mundo, incluyendo los conceptos que tiene de sí mismo. Las cogniciones del individuo pueden ayudar u obstaculizar su actuación social. Algunos de los elementos cognitivos que se han evaluado y considerado en el entrenamiento en habilidades sociales se pueden encontrar en la tabla 20.3.

A pesar de que parece clara la importancia de las cogniciones en buena parte de los problemas de interacción social, es necesario el desarrollo de procedimientos para evaluar autoverbalizaciones, expectativas, creencias y conocimientos de las reglas sociales. La posibilidad de evaluar estos componentes cognitivos en diferentes clases de respuesta nos podría dibujar un mapa de los elementos cognitivos asociados a cada habilidad social específica. Pero, por ahora, tenemos escasos instrumentos para evaluar las diferentes cogniciones de los sujetos en situaciones interpersonales.

© Ediciones Pirámide

TABLA 20.3

Algunos de los principales elementos cognitivos considerados en la evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales

Conocimiento de la conducta habilidosa apropiada.
Conocimiento de las costumbres sociales.
Conocimiento de las diferentes señales de respuesta.
Saber ponerse en el lugar de la otra persona.
Capacidad de solución de problemas.
Percepción social o interpersonal adecuada.
Estereotipos inadecuados*.
Creencias poco racionales*.
Expectativas de autoeficacia.
Expectativas positivas sobre las posibles consecuencias de la conducta.
Sentimientos de indefensión o desamparo*.
Autoinstrucciones adecuadas.
Autoobservación apropiada.
Autoevaluaciones manifiestamente negativas de la actuación social*.
Fracaso para discriminar acciones apropiadas y eficaces de las no eficaces*.
Patrones patológicos de atribución y fracaso social*.
Autoverbalizaciones negativas*.
Patrones de actuación excesivamente elevados*.
Falta de autoestima*.
Esquemas desadaptativos sobre otras personas y uno mismo*.
Atribuciones internas del funcionamiento social inadecuado*.

* Cogniciones negativas.

3.3. Respuestas fisiológicas

Las respuestas fisiológicas de los sujetos han sido escasamente empleadas en el área de la evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales. Así sucedía hace casi dos décadas (Caballo, 1988) y la situación no ha cambiado en nuestros días. Algunas de las respuestas fisiológicas más utilizadas en el campo de las habilidades sociales se pueden encontrar en la tabla 20.4 (Caballo, 1997).

Sin embargo, hay que resaltar la sorprendente falta de resultados significativos con respecto a la inclusión de elementos fisiológicos dentro de la investigación de las habilidades sociales. Un dato que parecía prometedor en los años ochenta (por ejemplo,

TABLA 20.4

Algunas de las respuestas fisiológicas más utilizadas en el campo de la evaluación y el entrenamiento de las habilidades sociales

Tasa cardíaca.
Presión sanguínea.
Diastólica.
Sistólica.
Flujo sanguíneo.
Respuestas electrodermales.
Respuestas electromiográficas.
Respiración.
Tasa respiratoria.

Beidel et al., 1985; Dayton y Mikulas, 1981), como era la «rapidez en la reducción de la activación», en función de la cual los sujetos de alta habilidad social tardaban menos en reducir su activación (medida por la tasa cardíaca o el volumen de sangre) que sujetos de baja habilidad social, no ha sido corroborado por investigaciones posteriores. Teniendo en cuenta la poca importancia de las variables psicofisiológicas en el terreno de las habilidades sociales, parecía imponerse un cambio en la forma de investigación de dichas variables en su relación con el desarrollo de la conducta social.

3.4. Aspectos ambientales

La conducta interpersonal tiene lugar en un ambiente físico, ambiente que muchas veces tiene una influencia determinante en ella. Hay un gran rango potencial de factores psicológicos, socioculturales, arquitectónicos, geográficos, etc., que afectan a las relaciones de una persona con su entorno. Fernández-Ballesteros (1986) propone los siguientes tipos de variables ambientales: físicas, sociodemográficas, organizativas, interpersonales o psicosociales y conductuales.

Entre las *variables físicas* se han propuesto el color, la temperatura y la humedad, la luz, el ruido, la música, el gusto y olor y las personas. Así, por ejemplo, la conducta social que tiene lugar bien en un ambiente muy iluminado, bien en uno con poca luz, puede ser muy diferente. En un estudio se pidió a los sujetos que pasaran cierto tiempo en una habitación completamente a oscuras con otras personas desconocidas. Sus interacciones sociales fueron muy diferentes de las que tuvieron lugar con otros sujetos en una experiencia similar, pero en una habitación bien iluminada. Los sujetos de la habitación oscura alcanzaron un alto nivel de intimidad con relativa rapidez. Hablaron fácilmente sobre temas importantes con los compañeros que no veían y hasta un 90 por 100 de ellos realizó alguna forma de contacto físico, con frecuencia de naturaleza claramente sexual. Esta poderosa influencia de la *oscuridad* sobre las interacciones sociales parece deberse a que un estado anónimo e invisible ayudaba a la gente a perder algunas de sus inhibiciones asociadas a la luz diurna y hacía que estuviese más preparada para buscar el contacto humano íntimo (Gergen, Gergen y Barton, 1973). Aparentemente, expectativas y normas sociales poderosas pueden desbaratarse fácilmente por medio de algo tan simple como apagar las luces (Forgas, 1985). Este mismo autor habla de algunos estudios en los que la *música* de fondo puede influir de forma significativa en el grado en que se siente interés por una persona. Así, en un estudio, la presencia de una música que gustaba a los sujetos hacía que el agrado por otra persona fuese mayor que sin música y, sobre todo, considerablemente mayor que con la presencia de música que no gustaba a los sujetos.

Las *variables organizativas* también pueden influir en el comportamiento social. Así, existen ambientes con un escaso nivel de organización como, por ejemplo, un parque, un jardín o una playa, mientras que otros contextos tienen un entramado organizativo muy elaborado, como, por ejemplo, cualquier empresa. Esta diferencia en el nivel de estructuración puede hacer que la persona se comporte de forma más o menos inhibida, más o menos habilidosa.

© Ediciones Pirámide

3.5. Otros aspectos que inciden en el comportamiento interpersonal

Algunos problemas psicológicos pueden influir en la expresión adecuada de la conducta social. Así, por ejemplo, la ansiedad condicionada puede ser un obstáculo para que un individuo se comporte de forma socialmente habilidosa. Los problemas fisiológicos también pueden tener un impacto sobre el comportamiento social. Por ejemplo, un individuo con Parkinson o con tartamudez puede evitar muchas situaciones sociales o no expresarse de forma socialmente habilidosa debido a estas cuestiones.

Es posible que algunos factores temperamentales puedan influir en la mayor o menor rapidez con que se adquieren las habilidades sociales. Hay sujetos que parecen tener un procesamiento de los estímulos ambientales más rápido y eficiente, lo que podría ayudar a que se dieran cuenta de forma más rápida y eficaz de las variables o estímulos clave del entorno que dan pistas para un comportamiento social adecuado en la situación. Por otra parte, los sujetos con un sesgo temperamental, como es la inhibición conductual, pueden tener más problemas para relacionarse y practicar las habilidades sociales ya desde la infancia que los sujetos con el sesgo temperamental opuesto, el de la desinhibición conductual. Algo parecido podría suceder con la introversión/extraversión.

4. MÉTODOS DE EVALUACIÓN

Los métodos de evaluación de las habilidades sociales son numerosos y variados. No obstante, la evaluación de esta área ha sido siempre un tema complicado y difícil. Como en la mayoría de los problemas psicológicos, un análisis funcional de la conducta del paciente es algo necesario desde la primera sesión de evaluación. La importancia de la relación entre la conducta y sus consecuencias y los patrones únicos que pueden provenir de determinadas clases de relaciones exigen una búsqueda cuidadosa de los elementos que desencadenan y mantienen las conductas sociales inadecuadas.

© Ediciones Pirámide

Seguidamente describiremos algunas de las técnicas de evaluación más utilizadas en el campo de las habilidades sociales. La información obtenida por medio de estas medidas estará al servicio de la ecuación conductual del análisis funcional. Dicho análisis nos sugerirá qué estrategias de evaluación deberemos emplear con el paciente concreto que haya acudido a consulta.

4.1. La entrevista centrada en las habilidades sociales

La entrevista se convierte, frecuentemente, en la principal herramienta de análisis conductual y, en la práctica clínica, suele ser un instrumento indispensable. La entrevista conductual es directiva y está centrada en la investigación de informaciones concretas específicas y pertinentes. El paciente es la mejor, y a veces la única, fuente de información sobre su experiencia interpersonal y sobre los pensamientos y emociones asociados con esa experiencia. La entrevista es la estrategia más conveniente para la obtención de esa información: la historia interpersonal y datos observacionales informales. Se pueden identificar también a través de la entrevista las situaciones sociales específicas problemáticas para el paciente, las habilidades necesarias para la actuación apropiada en cada situación, los factores antecedentes y consecuentes que controlan la conducta poco habilidosa, así como especificar si el individuo posee las conductas sociales adecuadas, determinar qué otros instrumentos de evaluación serán necesarios para completar la evaluación conductual y conocer la evaluación subjetiva del paciente sobre su actuación social, lo que puede considerarse como una variable de control interna.

Como sucede con todas las entrevistas clínicas, aquellas que se centran en la conducta de la persona con los demás, dependen, en buena parte, del establecimiento de una buena relación. La atmósfera debería ser relajada y amigable y el entrevistador, mientras que se concentra en la conducta real, tendría que ser sensible a la persona como un todo. Puesto que la mayoría de los pacientes empezarán a hablar inicialmente sobre problemas personales en términos de ansiedad, depresión, infelicidad conyugal, etc., en vez de hablar sobre su poca habilidad al enfrentarse a las relaciones sociales, es importante que el entrevistador estructure la entrevista alrededor de las relaciones interpersonales específicas del paciente.

La información histórica puede suministrar indicios importantes sobre el desarrollo de los problemas actuales si el paciente siempre actuó de manera poco eficaz, si al ir creciendo tenía frecuentes problemas de relación con sus iguales, etc. El propósito de la historia interpersonal no es procurar al paciente una introspección de sus problemas interpersonales, sino determinar más específicamente la naturaleza y el grado de sus habilidades y responsabilidades interpersonales. Puede proporcionar también datos al terapeuta de la clase de modelos de conducta interpersonal a los que ha estado expuesto y la naturaleza del refuerzo interpersonal que ha recibido para mantener varios aspectos de su conducta social, tanto adaptativos como no adaptativos. La entrevista proporciona también al psicólogo clínico una oportunidad para observar al paciente interactuar; después de todo, es un encuentro interpersonal. La fluidez y el contenido del habla, su postura, expresión facial, contacto ocular, gestos, etc., son una valiosa fuente de información que no debería pasarse por alto. Estas observaciones pueden especificar conductas problema de las que el paciente no se da cuenta.

La parte central de la entrevista tiene que centrarse en la conducta social actual del paciente. La especificación de los antecedentes y consecuentes de diferentes conductas interpersonales problemáticas, así como su operacionalización según datos cuantitativos (y cualitativos), es fundamental para el tratamiento. No tenemos que fijarnos solamente en las respuestas manifiestas, sino también en las posibles cogniciones mediadoras que pueden intervenir en la expresión de una conducta socialmente inadecuada. Otras variables, como las expectativas del paciente, su motivación para cambiar y las modificaciones que le gustaría lograr, deberían también analizarse a lo largo de la entrevista.

Un formato de entrevista que se puede seguir para estos fines es la «Entrevista dirigida para habilidades sociales» (Caballo, 1997), que constituye una entrevista semiestructurada centrada en la evaluación de las diferentes dimensiones de las habilidades sociales (véase CD- Rom que acompaña al libro).

© Ediciones Pirámide

4.2. Medidas de autoinforme de las habilidades sociales

Los cuestionarios, inventarios o escalas de autoinforme se han utilizado profusamente tanto en la investigación como en la práctica clínica de las habilidades sociales. La utilización de este tipo de medidas puede sernos de gran ayuda. En la investigación nos permite evaluar una gran cantidad de sujetos en un tiempo relativamente breve, con una importante economía de tiempo y energía. Permite también explorar un amplio rango de conductas, muchas de ellas difícilmente accesibles a una observación directa, y esos instrumentos pueden rellenarse con gran facilidad. En la práctica clínica, es útil para obtener una rápida visión de las dificultades del paciente, sobre las que poder indagar posteriormente. Puede servirnos, igualmente, como una sencilla medida objetiva pre-pos-tratamiento y como un medio de llegar a una descripción objetiva de la subjetividad de un individuo.

La idea básica que subyace a estas medidas parece ser generalmente la misma: conseguir una muestra representativa de las respuestas de un sujeto a un conjunto de temas supuestamente seleccionados a partir de un área común de situaciones interpersonales. Invariablemente se obtiene una puntuación total única proveniente de la suma de las respuestas del sujeto a todas esas situaciones. La asignación a los individuos de una única puntuación resumen lleva implícita la suposición de que las contestaciones del sujeto a todos los ítems están influidas por un factor común —el nivel general de habilidad social de una persona— y que la estimación más válida y fiable del verdadero nivel de competencia de ese individuo es el nivel medio de habilidad social evidenciado a lo largo de todos los ítems (situaciones). No obstante, mucho más útil que el nivel de habilidad social general es el nivel de habilidad del sujeto en diferentes dimensiones de las habilidades sociales. Algunos cuestionarios miden también esas dimensiones (por ejemplo, la EMES-M; Caballo, 1987).

Seguidamente, describiremos brevemente algunos de los cuestionarios de evaluación de las habilidades sociales que nos parecen más interesantes para el psicólogo clínico.

1. «Escala multidimensional de expresión social-parte motora» (EMES-M; Caballo, 1987)

Esta escala se compone de 64 ítems. Cada ítem puede puntuar desde 4 («siempre o muy a menudo») hasta 0 («nunca o muy raramente»). A mayor puntuación, mayor habilidad social.

En un estudio que abordaba algunas características psicométricas de la escala (Caballo, 1993), con la participación de 673 sujetos de diferentes universidades españolas, se obtuvo una media de 140,57 y una desviación típica de 29,77. El alfa de Cronbach para la consistencia interna fue de 0,92, y la fiabilidad test-retest, de 0,92.

El análisis factorial de la EMES-M obtuvo los siguientes 12 factores (Caballo, 1993): 1) iniciación de interacciones; 2) hablar en público/enfrentarse con superiores; 3) defensa de los derechos de consumidor; 4) expresión de molestia, desagrado, enfado; 5) expresión de sentimientos positivos hacia el sexo opuesto; 6) expresión de molestia y enfado hacia familiares; 7) rechazo de peticiones provenientes del sexo opuesto; 8) aceptación de cumplidos; 9) tomar la iniciativa en las relaciones con el sexo opuesto; 10) hacer cumplidos; 11) preocupación por los sentimientos de los demás, y 12) expresión de cariño hacia los padres. Cada uno de estos factores podría considerarse como una clase de respuesta o dimensión de las habilidades sociales. También se han obtenido la media y la desviación típica de cada uno de dichos factores (Caballo, 1993), lo que permite trabajar de una manera más específica con distintas clases de conducta de las habilidades sociales (véase CD-Rom para una descripción completa de la escala).

2. «Escala de autoexpresión universitaria» (*College Self-Expression Scale, CSES;* Galassi, Delo, Galassi y Bastien, 1974)

La CSES consta de 50 ítems que puntúan de 0 («casi siempre o siempre») a 4 («nunca o muy raramente»). De ellos, 21 ítems están expresados positivamente y 29 negativamente (se invierte la puntuación). Los autores señalan que la escala intenta medir

© Ediciones Pirámide

tres clases de conductas: expresión positiva, expresión negativa y la consideración negativa sobre uno mismo. Al emplear esta escala con una muestra de 843 estudiantes de distintas universidades españolas, Caballo y Buela (1988b) encontraron un coeficiente de fiabilidad test-retest de 0,87 y una consistencia interna de 0,89. El análisis factorial de la «Escala de autoexpresión universitaria» que se obtuvo con la muestra anterior arrojó los siguientes once factores (Caballo y Buela, 1988b): 1) expresión de molestia, desagrado, disgusto; 2) hablar en clase; 3) defensa de los derechos de consumidor; 4) afrontamiento de problemas con los padres; 5) expresión de sentimientos positivos hacia el sexo opuesto; 6) hacer cumplidos/expresar aprecio; 7) defensa de los derechos ante los amigos/compañeros de habitación; 8) capacidad para decir «no»; 9) temor a la evaluación negativa; 10) preocupación por los sentimientos de los demás, y 11) pedir favores a los amigos

Se han encontrado también moderadas aunque significativas correlaciones entre las puntuaciones en la CSES y evaluaciones conductuales de la habilidad social general (Green et al., 1979; Skillings et al., 1978). Caballo y Buela (1988a), empleando muestras españolas (n = 65), encontraron también que la CSES correlacionaba positivamente de forma significativa ($p < 0,01$) con elementos conductuales tales como la mirada (0,37), el volumen de la voz (0,40) y el tiempo de habla (0,37), evaluados según su adecuación, y negativamente ($p < 0,01$) con el número de pausas (–0,34). Todos estos elementos conductuales fueron evaluados durante el desarrollo de una situación análoga de interacción extensa entre sujetos experimentales y un aliado del sexo opuesto (véase el CD-Rom para una descripción completa de la escala).

3. «Inventario de asertividad de Rathus» (*Rathus Assertiveness Schedule, RAS;* Rathus, 1973)

El RAS fue la primera escala para medir la habilidad social («asertividad») desarrollada de una manera sistemática. Consta de 30 ítems, pudiendo puntuar cada uno de ellos desde +3, «muy característico en mí, muy descriptivo», hasta –3, «muy poco característico en mí», sin incluir el 0. Hay 17 ítems en los que se invierte el signo y luego se suman las puntuaciones de todos ellos. Una puntuación positiva alta indica una alta habilidad social, mientras que una puntuación negativa alta indica una baja habilidad social. Algunos autores (por ejemplo, Heimberg y Harrison, 1980) han señalado que esta escala, más que las demás, tiende a confundir aserción y agresión.

En general, se ha encontrado buena fiabilidad test-retest (de 0,76 a 0,80) y una alta consistencia interna (de 0,73 a 0,86) (véase Beck y Heimberg, 1983 para una revisión). Se ha informado también sobre la correspondencia entre puntuaciones del Rathus y la actuación conductual (Burkhart et al., 1979; Futch y Lisman, 1977; Green et., 1979; Heimberg et al., 1979). Estos estudios han descrito correlaciones de bajas a moderadas entre las puntuaciones en el Rathus y la representación de papeles breves. Se han construido, a partir de esta escala, algunas versiones como la RAS-M de Del Greco et al. (1981) para una población adolescente y la SRAS de McCormick (1985) para sujetos con un nivel de lectura bajo, como pueden ser los pacientes psiquiátricos, en general, y pacientes moderadamente retrasados.

4. «Escala de autoexpresión para adultos» (*Adult Self Expression Scale, ASES;* Gay, Hollandsworth y Galassi, 1975)

Esta escala es muy similar en formato y contenido a la CSES, de donde proceden muchos de sus ítems, y se dirige a la población adulta. Tiene un nivel de lectura más sencillo que la CSES (Andrasik et al., 1981) y sería la escala a escoger para evaluar las habilidades sociales con sujetos adultos en general. Es notablemente específica respecto a las dimensiones conductual y de personas. Las clases de comportamiento que mide incluyen el expresar opiniones personales, el rechazar peticiones poco razonables, el tomar la iniciativa en las conversaciones y al tratar con los demás, expresión de sentimientos negativos, defensa de los derechos legítimos, expresión de sentimientos positivos y petición de favores a los demás. Consta de 48 ítems que se puntúan igual que la CSES, de 0 a 4. La fiabilidad test-retest hallada va de 0,88 a 0,91.

© Ediciones Pirámide

5. «Inventario de aserción» (*Assertion Inventory, AI;* Gambrill y Richey, 1975)

El AI se desarrolló para recoger tres tipos de información con respecto a la conducta asertiva: el grado de malestar experimentado en situaciones sociales determinadas, la probabilidad estimada de que una persona lleve a cabo una conducta asertiva específica y las situaciones en las que a una persona le gustaría ser más asertiva. Los ítems pueden clasificarse en varias categorías de aserción positiva y negativa: 1) rechazo de peticiones; 2) expresión de limitaciones personales, como admitir ignorancia sobre un tema; 3) iniciación de contactos sociales; 4) expresión de sentimientos positivos; 5) recibir críticas; 6) expresar desacuerdo; 7) aserción en situaciones de servicio, y 8) dar retroalimentación negativa. El AI consta de 40 ítems, pudiendo responderse a cada uno de ellos según la ansiedad experimentada, por una parte, y, por la otra, según la probabilidad de realizar esa conducta (evaluadas por separado en escalas de 5 puntos). La fiabilidad test-retest obtenida ha sido de 0,87 para la opción de malestar y de 0,81 para la opción de probabilidad de respuesta.

4.2.1. *Medidas de cogniciones relacionadas con las habilidades sociales*

Algunas medidas de autoinforme evalúan pensamientos o cogniciones relacionados con el comportamiento socialmente habilidoso de los invididuos. A continuación presentamos algunas de estas medidas.

1. «Escala multidimensional de expresión social-parte cognitiva» (EMES-C; Caballo, 1987)

Esta escala consta de 44 ítems que intentan medir la frecuencia (desde 4 = «siempre o muy a menudo» hasta 0 = «nunca o muy raramente») de una serie de pensamientos negativos relativos a diversas dimensiones de las habilidades sociales. Los datos psicométricos de la EMES-C arrojan una media de 102,10 y una desviación típica de 22,11 (Caballo y Ortega, 1989). El coeficiente de fiabilidad test-retest obtenido ha sido de 0,83, y la consistencia interna de la escala (alfa de Cronbach), de 0,92. La validez concurrente de la EMES-C hallada empleando la FNE («Temor a la evaluación negativa», *Fear of Negative Evaluation;* Watson y Friend, 1969), la SAD («Escala de evitación y ansiedad social», *Social Anxiety and Distress Scale;* Watson y Friend, 1969) y el ATQ («Cuestionario de pensamientos automáticos», *Automatic Thoughts Questionnaire;* Hollon y Kendall, 1980) como criterios se refleja en las siguientes correlaciones: FNE (0,58), SAD (0,57), ATQ-F (0,49) y ATQ-I (0,48).

2. «Test de autoverbalizaciones asertivas» (*Assertiveness Self-Statement Test, ASST:* Schwartz y Gottman, 1976)

La ASST se diseñó para ser administrada inmediatamente después de que los sujetos representasen situaciones simuladas breves que requerían conducta de rechazo. Emplea una escala de 5 puntos (1 = muy raramente; 5 = muy a menudo) relativa a la frecuencia con la que el sujeto experimentó 16 autoverbalizaciones positivas que facilitarían la conducta de rechazo y 16 autoverbalizaciones negativas que la inhibirían. Se ha obtenido una consistencia interna de 0,74 (Bruch, 1981). Es una de las medidas de autoinforme cognitivas que más se ha utilizado en la literatura de las HHSS. Solamente evalúa autoverbalizaciones referidas a la dimensión específica de rechazo de peticiones. Esto tiene la ventaja de su concreción a una sola clase de respuesta y, por consiguiente, un mayor nivel de predicción, y la desventaja de su falta de generalización a otras clases de respuestas.

En la tabla 20.5 se presentan algunos otros cuestionarios para la evaluación de las habilidades sociales, incluyendo algunos que evalúan cogniciones (véase el capítulo sobre fobia social en el primer volumen del presente manual [Caballo, 2005] para la descripción de otros cuestionarios de interés para el tema que nos ocupa).

© Ediciones Pirámide

TABLA 20.5

Algunos otros cuestionarios para la evaluación de las habilidades sociales

Nombre del cuestionario	Autor(es)
«Escala de asertividad de Wolpe-Lazarus» (*Wolpe-Lazarus Assertiveness Scale, WLAS*)	Wolpe y Lazarus (1966)
«Inventario de situaciones interpersonales» (*Interpersonal Situation Inventory, ISI*)	Goldsmith y McFall (1975)
«Inventario de interacciones heterosexuales» (*Survey of Heterosexual Interactions, SHI*)	Twentyman y McFall (1975)
«Cuestionario de citas y asertividad» (*Dating and Assertion Questionnaire, DAQ*)	Levenson y Gottman (1978)
«Escala-Inventario de la actuación social» (*Social Performance Survey Schedule, SPSS*)	Lowe y Cautela (1978)
«Inventario de situaciones sociales» (*Social Situations Inventory, SSI*)	Trower, Bryant y Argyle (1978)
«Inventario de relaciones personales» (*Personal Relations Inventory, PRI*)	Lorr y More (1980) Lorr y Myhill (1982)
«Cuestionario Matson para la evaluación de habilidades sociales con jóvenes» (*Matson Evaluation of Social Skills with Youngters, MESSY*)	Matson, Rotatori y Helsel (1983)
«Inventario de conducta asertiva, de Del Greco» (*Del Greco Assertive Behavior Inventory, DABI*)	Del Greco (1983)
«Escala sobre conducta interpersonal» (*Scale for Interpersonal Behavior, SIB*)	Arrindell et al. (1990)
Medidas cognitivas de utilidad en la evaluación de las habilidades sociales	
«Test de autoverbalizaciones en la interacción social» (*Social Interaction Self-Statement Test, SISST*)	Glass, Merluzzi, Biever y Larsen (1982)
«Temor a la evaluación negativa» (*Fear of Negative Evaluation, FNE*)	Watson y Friend (1969)

Además de los inventarios estructurados y semiestructurados, expuestos anteriormente, diseñados para medir cogniciones sociales [gran parte de las cuales se incluirían dentro de lo que Glass y Merluzzi (1981) denominan *métodos de reconocimiento*], pueden sernos útiles también los *métodos de recuerdo* (Glass y Merluzzi, 1981), cuyo representante más importante sería la «anotación de pensamientos» (*Thought-listing,* Cacioppo y Petty, 1981; Parks y Hollon, 1988). Este procedimiento consiste esencialmente en que los sujetos anoten, después de realizar una tarea (social, en nuestro caso), los pensamientos:

a) Que estén provocados por el estímulo o situación estimular presentados.
b) Que sean generales sobre el tema de la comunicación o problema interpersonal.
c) Que se les hayan ocurrido mientras anticipaban y/o atendían a la situación estimular.

© Ediciones Pirámide

Un método similar al de la «anotación de pensamientos» podría ser el de «anotación de imágenes», en el que, ante el afrontamiento de una situación social, el sujeto describe la(s) imagen(es):

a) Que estén provocadas por el estímulo o situación estimular presentados.
b) Que sean generales sobre el tema de la comunicación o problema interpersonal.
c) Que se le hayan ocurrido mientras anticipaban y/o atendían a la situación estimular.

Un tercer tipo de métodos, similares a los anteriores, son los *métodos de recuerdo con ayuda de estímulos* (Glass y Merluzzi, 1981), de los cuales el más empleado ha sido la «anotación de pensamientos con ayuda del vídeo». Este procedimiento implica grabar la conducta del sujeto en una situación real o simulada (generalmente problemática), volviendo luego a pasar la grabación al individuo, pidiéndole que recuerde los pensamientos (y/o sentimientos y/o imágenes) experimentados mientras se encontraba en la situación original. Este tipo de estrategias puede verse como un intento de hacer que los sujetos reexperimenten la misma secuencia de sucesos cognitivos e informen de ellos concurrentemente en vez de retrospectivamente.

4.3. La evaluación por los demás

Un método de evaluación útil, pero poco empleado, consiste en las evaluaciones del sujeto por sus amigos y conocidos. En cierta manera, a veces se pueden considerar estas evaluaciones como una forma de observación directa en el ambiente real, empleando como evaluadores a individuos que forman parte del contexto social del sujeto. Sin embargo, estas evaluaciones están limitadas por el hecho de que los iguales observan sólo una parte pequeña, y limitada, de la conducta social del sujeto y están abiertas a la posibilidad de sesgo, si tratan de presentar una buena imagen de él. Se ha evaluado, por ejemplo, la habilidad social de estudiantes universitarios por compañeros de habitación y por miembros de su curso, se ha empleado la observación del cónyuge para medir la interacción de la pareja, etc.

Una forma más indirecta de este método suele presentarse en las entrevistas conjuntas del paciente y otra(s) persona(s) significativa(s) de su ambiente con el terapeuta. A veces la descripción del paciente de su conducta levanta sospechas respecto a su precisión y, si es posible, se puede solicitar la presencia de alguna otra persona que esté presente cuando tiene lugar la conducta. Si hay desacuerdo entre las descripciones de ambos, se discute conjuntamente hasta que se llegue a un acuerdo sobre el comportamiento que ha ocurrido en la situación determinada. Estas entrevistas proporcionan también al clínico evidencias más objetivas de cómo reciben e interpretan los demás las respuestas sociales del paciente.

4.4. El autorregistro

Cuando el observador y el observado son una y la misma persona, el procedimiento se denomina generalmente autoobservación o autorregistro (Cone, 1978). El observador escribe en un diario, marca una tarjeta, graba en una casete, una agenda electrónica, etc., al mismo tiempo que ocurre la conducta. El autorregistro es un método para observar y registrar la conducta tanto manifiesta (pública) como encubierta (cogniciones). Se puede pedir a los pacientes que registren los antecedentes y/o los consecuentes (manifiestos y/o encubiertos) que acompañan a la conducta de interés. Se puede hacer también que los pacientes estimen su habilidad y la satisfacción de sus conductas. Una de las ventajas del autorregistro, como técnica de evaluación, es que permite el acceso a datos que, de otra manera, no estarían fácilmente disponibles. Obviamente, las percepciones y cogniciones internas de un individuo sobre los acontecimientos socioambientales no están sometidas a escrutinio público. Igualmente es difícil de obtener también datos sobre la interacción social diaria de un individuo, excepto por medio de procedimientos de autoinforme altamente estructurados.

El autorregistro se emplea frecuentemente tanto en la investigación como en la práctica clínica de las habilidades sociales. Así, los pacientes registran información sobre las citas, las personas con las que interactuan, quién inició el contacto social, la cantidad de tiempo que están con otras personas, tareas realizadas en grupo, etc.

© Ediciones Pirámide

El terapeuta puede conservar los autorregistros del paciente para examinar mejor si las interacciones sociales del individuo en el contexto real han cambiado a lo largo de la intervención. En algunos aspectos, es posible que sea la medida más significativa que se puede obtener de la eficacia del tratamiento, puesto que proporciona datos conductuales relativamente específicos del ambiente natural y, excepto en los casos en que sea posible observar directamente la conducta social del paciente fuera del lugar de entrenamiento, puede ser la mejor fuente de información disponible sobre el cambio de la conducta real.

Por otra parte, el paciente suele rellenar semanalmente la(s) hoja(s) de autorregistro antes, durante y/o después del entrenamiento en habilidades sociales y en ella(s) se refleja la frecuencia de las dimensiones conductuales que nos interesa evaluar, así como las situaciones sociales problemáticas, los antecedentes y consecuentes de la conducta manifiesta y la especificación de esa conducta. La(s) hoja(s) de autorregistro pueden emplearse también como un medio de control de las tareas para casa que se le asignan al paciente. Asimismo, el autorregistro puede actuar, en ocasiones, como un autorrefuerzo de la conducta que se está registrando, produciendo un incremento o disminución de ésta en la dirección deseada.

Para evaluar con más precisión los pensamientos e imágenes disfuncionales del paciente podemos emplear el método del *muestreo al azar de los pensamientos* (Genest y Turk, 1981), en donde el sujeto suele llevar un generador de intervalos al azar electrónico, que emite un zumbido de vez en cuando, señalando de esta forma el momento en que el individuo tiene que hacer un registro de las cogniciones que están pasando por su cabeza o que acaban de pasar. Un método algo diferente es la *evaluación cognitiva en la vida real* (Last, Barlow y O'Brien, 1985), en la que el sujeto lleva consigo un pequeño casete, una agenda electrónica o un reproductor de MP3 al que va unido un diminuto micrófono de solapa en el que se registran los pensamientos y/o imágenes que pasan por la cabeza del individuo antes, durante (si es posible) o después de una interacción social.

4.5. Medidas conductuales

Puesto que la habilidad social se da a conocer por medio de respuestas manifiestas, la observación conductual sería la estrategia de evaluación más lógica. La evaluación conductual se ha empleado en una gran parte de los trabajos sobre habilidades sociales, tanto de investigación como clínicos. En algunos de estos últimos, se ha intentado que el terapeuta observe la conducta del sujeto en situaciones reales, pero, con frecuencia, esto es muy difícil, si no imposible. Por una parte, puede no haber mucho que observar: la falta de habilidad social implica generalmente una baja frecuencia de conducta habilidosa. Por otro lado, los efectos reactivos del observador podrían ser tan poderosos como para socavar los posibles resultados. A causa de los problemas con la observación directa en el contexto real, la evaluación conductual de las habilidades sociales ha confiado en buena medida en las interacciones simuladas. Este tipo de interacciones puede sufrir diversas variaciones. Las situaciones pueden presentarse por medio de un magnetófono o ser representadas en vivo por un colaborador. Las pruebas de situaciones *discretas* requieren una única respuesta, mientras que las pruebas de interacción *extensa* implican una secuencia de interacciones entre el sujeto y el colaborador. Otras pruebas que podríamos llamar de interacción *semiextensa* incluyen varias contestaciones del colaborador que pueden estar bien predeterminadas de antemano o bien seguir, dentro de un rango limitado, las respuestas del sujeto a evaluar. En su forma menos estructurada, se le puede pedir al individuo que converse simplemente con la otra persona en el laboratorio o en la clínica con el fin de evaluar la actuación del sujeto en un primer encuentro. Éste puede ser informado de que la otra persona es un colaborador o, por el contrario, puede haber cierta forma de engaño, de modo que el sujeto no lo sepa.

En las situaciones simuladas, las respuestas son generalmente grabadas en vídeo, lo que permitirá posteriormente evaluar las conductas verbales y no verbales, así como la ansiedad y habilidad social globales manifestadas en esas situaciones. Un instrumento que se puede utilizar para la evaluación de diferentes componentes moleculares del comportamiento de la persona en evaluación es el «Sistema de evaluación

© Ediciones Pirámide

conductual de la habilidad social» (SECHS) (Caballo, 1997), por medio del cual se puntúa en una escala de 1 a 5 la adecuación de una serie de conductas verbales y no verbales específicas.

4.5.1. *Pruebas estructuradas de interacción breve y semiextensa*

Denominadas también «pruebas de representación de papeles» (o de *rol-play*), estas estrategias de observación directa han sido las más ampliamente utilizadas en la investigación sobre las habilidades sociales. La mayoría de las pruebas de interacción breve constan de tres partes:

1. Una descripción detallada de la situación particular en la que se encuentra el sujeto.
2. Un comentario, hecho por el compañero de escena, dirigido al individuo evaluado.
3. La respuesta del sujeto al compañero.

La conducta del sujeto, en respuesta al comentario hecho por el colaborador, se graba en vídeo (el método más frecuente) o en casete y después se analiza en función de una serie de componentes verbales (por ejemplo, petición de nueva conducta, preguntas con final abierto) y no verbales (por ejemplo, contacto ocular, expresión facial, volumen de voz), además de ciertas características molares (por ejemplo, habilidad social, ansiedad social, atractivo físico).

Se han construido distintas pruebas de situaciones breves en la investigación de las habilidades sociales. En la tabla 20.6 se pueden ver algunas de estas pruebas.

4.5.2. *Pruebas semiestructuradas de interacción extensa*

Algunas de estas pruebas han sido denominadas, a veces, «interacciones reales planeadas», «interacciones naturales» e, incluso, «interacciones en vivo», aunque no tienen lugar en la vida real. Estas estrategias comprenden una variedad de encuentros simulados que se diseñan como situaciones parale-

las o similares a situaciones que ocurren normalmente en la vida real. Los formatos empleados han variado. El más parecido a lo que constituye una situación de la vida real es la estrategia de la «sala de espera», donde se coloca a un sujeto en una sala de espera con un colaborador experimental que el sujeto cree que es otro paciente o sujeto experimental. A la persona bajo observación se le puede dar alguna excusa, como que el experimento se está retrasando y tiene que esperar un poco o simplemente puede pensar que la otra persona es también un paciente. Luego, la interacción que tiene lugar entre el sujeto y el colaborador se toma como una muestra de la conducta del sujeto en una situación de «conversación social». La conducta del sujeto bien se observa a través de un espejo unidireccional o, más frecuentemente, se graba en vídeo, siempre de forma que el sujeto no se de cuenta dé que está siendo observado o grabado.

Un formato ligeramente diferente del anterior consiste en presentar a dos personas (una de ellas el sujeto experimental o paciente y la otra un colaborador) y asignarles la tarea de que mantengan una conversación durante un tiempo determinado. El colaborador es presentado al sujeto experimental o paciente como otro individuo en su misma condición y se graba en vídeo la interacción. El sujeto puede ser informado, o no, de que la situación va a ser registrada en vídeo. Un tercer formato consiste en informar por adelantado al sujeto de la naturaleza de la tarea y darle instrucciones para que actúe «como si» la interacción fuese real, grabándola en vídeo.

Las interacciones semiestructuradas han variado considerablemente. La duración ha ido desde 1 minuto y medio hasta 15 minutos, aunque la conducta puede cambiar en diferentes puntos de la interacción. Sin embargo, un período de 4 a 5 minutos ha sido la duración más típica de esta clase de interacciones. Se ha instruido a los evaluadores para que respondan de una manera cálida o bien neutral, que hagan comentarios después de pausas de silencio que van de 5 a 60 segundos y que ofrezcan sólo comentarios específicos o bien que sean espontáneos. Las limitaciones que se imponen a la conducta del colaborador reducen de alguna manera la espontaneidad de la interacción, pero aseguran también que

© Ediciones Pirámide

TABLA 20.6

Algunas pruebas estructuradas de interacción breve

Nombre del cuestionario	Autor(es)
«Test de situación» *(Situation Test, ST)*	Rehm y Marston (1968)
«Prueba de la situación grabada» *(Taped Situation Test, TST)*	Rehm y Marston (1968)
«Test conductual de representación de papeles» *(Behavioral Role Playing Test, BRPT)*	McFall y Marston (1970)
«Test conductual de representación de la aserción» *(Behavioral Role-Playing Assertion Test)*	McFall y Lillesand (1971)
«Situaciones interpersonales grabadas en cinta» *(Tape Recorded Interpersonal Situations)*	Goldstein et al. (1973)
«Test conductual de asertividad-revisado» *(Behavioral Assertiveness Test-Revised, BAT-R)*	Eisler, Hersen y Miller (1975)
«Test de representación de papeles de la conducta interpersonal» *(Interpersonal Behavior Role-Playing Test, IBRT)*	Goldsmith y McFall (1975)
«Muestra de la aserción de mujeres universitarias» *(College Women's Assertion Sample)*	MacDonald et al. (1975)
«Test para la evaluación de la conducta de citarse» *(Dating Behavior Assessment Test)*	Glass, Gottman y Shmurak (1976)
«Test de asertividad para niños» *(Behavioral Assertiveness Test for Children)*	Bornstein et al. (1977)
«Test conductual de la expresión de cariño» *(Behavioral Test of Tenderness Expression, BTTE)*	Warren y Gilner (1978)
«Prueba de adecuación heterosocial» *(Heterosocial Adequacy Test, HAT)*	Perry y Richards (1979)
«Test de interacción social simulada» *(Simulated Social Interaction Test, SSIT)*	Curran (1982)
«Medidas conductuales de la conversación» *(Behavioral Conversational Measures)*	Haemmerlie y Montgomery (1982)
«Test de situaciones conductuales» *(Behavioral Situations Test)*	Barrios (1983)
«Test de interacción social simulada-modificado (SSIT-M)»	Caballo (1987), basado en Curran (1982)

la conversación no estará dominada por el compañero. Si ocurriese esto, no sería posible evaluar las habilidades sociales del sujeto bajo evaluación.

4.6. Registros psicofisiológicos

Los registros psicofisiológicos han sido muy poco empleados en la evaluación de las habilidades sociales. La disfunción conductual puede aparecer en los sistemas de respuesta fisiológico, motor o cognitivo. Aunque estos tres sistemas son considerados normalmente como bastante independientes, los cambios en un sistema pueden afectar posteriormente a otro. A pesar del énfasis de la literatura conductual sobre la importancia de la «triple vía de evaluación», pocas investigaciones sobre las habilidades sociales han empleado medidas fisiológicas.

© Ediciones Pirámide

4.7. Selección de las conductas más relevantes y de los instrumentos de medida

A la hora de evaluar las habilidades sociales de un paciente, debemos delimitar aquellas áreas o dimensiones en las que tiene problemas. Esto lo podemos hacer a través de cuestionarios y de la entrevista centrada en las habilidades sociales (véase el CD-Rom). Si tenemos dudas del informe del paciente sobre su propio comportamiento, podemos intentar obtener otras perspectivas de él a través de personas importantes de su entorno, como amigos íntimos, pareja, familiares cercanos, etc. Una vez especificadas las dimensiones problemáticas de la conducta social del paciente, deberemos averiguar si las dificultades se encuentran en aspectos emocionales (como una ansiedad excesiva), en factores cognitivos (como pensamientos negativos de anticipación o percepción inadecuada de los estímulos relevantes del entorno), en elementos moleculares inadecuados (que determinan una manifestación poco hábil en la situación social) o en una mezcla de varios de estos factores. El autorregistro, la entrevista y la representación de papeles nos pueden ayudar en esta empresa, de forma que lleguemos a un análisis funcional del comportamiento social inadecuado que nos diga si son los aspectos relativos a las variables emocionales, a las cogniciones y/o a las conductas moleculares lo que está fallando en el individuo e impidiéndole que se comporte de forma socialmente habilidosa. Algunos de estos factores son más fáciles de evaluar que otros, ya sea por la misma naturaleza de la variable en sí o porque disponemos de más instrumentos para medirla. En cualquier caso, la evaluación debe adoptar un formato multimodal, con la utilización de distintos métodos de evaluación y diferentes fuentes de información.

5. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS FUNCIONAL DE UN PROBLEMA DE HABILIDADES SOCIALES

a) Descripción del caso

Se analiza el caso de Elvira, una mujer de 36 años de edad. La paciente estuvo casada desde el año 1985 hasta el 1999. Tras su separación, pasó dos años fuera del domicilio conyugal, al que después regresó. De esta relación tiene un hijo de 17 años. Elvira es la menor de cinco hermanos y siempre ha estado sobreprotegida por sus padres y hermanos mayores. Actualmente trabaja con su ex marido, y actual pareja, en un comercio propio. En la primera entrevista expresó su falta de ilusión en todos los ámbitos de su vida y que no sabía por qué se encontraba así. A nivel social relataba tener problemas, comentó sus dificultades para comunicarse con amigos, clientes y familia. Cuando se encontraba en una situación que requería comunicación, no sabía qué hacer o decir y permanecía callada sin decir o hacer nada, no sabía enfrentarse a los problemas cotidianos intentando, siempre que podía, evitarlos. Los años que Elvira ha estado casada ha sufrido malos tratos físicos y psicológicos por parte de su marido, motivo principal por el que se separó. Aunque los malos tratos no se volvieron a dar, Elvira decía que su relación no marchaba bien, no tomaba decisiones rutinarias por miedo y evitaba discutir con su ex marido sobre temas cotidianos.

b) Análisis funcional

El análisis funcional del caso de Elvira está presentado esquemáticamente en la figura 20.1. La información obtenida proviene de la aplicación de diversos métodos (entrevistas, autorregistros, representación de papeles y autoinformes) empleados frecuentemente en el ámbito clínico y de los que ya se ha hecho mención.

Antecedentes

Entre los estímulos antecedentes o desencadenantes del comportamiento problemático de Elvira nos encontramos con acontecimientos tales como los momentos en que Elvira tiene que interactuar o hablar por teléfono con algún cliente delante de su pareja, situaciones de conflicto cotidianas con su familia, reunirse con sus amigas, a las que percibe más inteligentes que ella, que su pareja le diga que es muy aburrida y determinadas situaciones sociales, como participar en una conversación y expresar una opinión.

© Ediciones Pirámide

Organismo

Otras variables que se ha identificado como influyentes en el problema actual de Elvira, pero que quedan fuera del alcance de la intervención, han sido la convivencia con un modelo de padres sobreprotectores, que ha limitado su independencia y el desarrollo de algunas habilidades necesarias, como, por ejemplo, tomar decisiones por sí misma. Por otro lado, el comportamiento agresivo de su marido en el pasado, imponiendo opiniones, lo que se debe y no se debe hacer, etc., ha impedido el aprendizaje adecuado de comportamientos asertivos y, por ende, saludables.

Respuestas

Uno de los problemas nucleares de Elvira es que «no habla en situaciones sociales», se queda callada y no interacciona. Este comportamiento global está mediado con frecuencia por el temor a provocar un conflicto o por cogniciones derrotistas del tipo «no sirvo para nada», «no tengo nada interesante e importante que decir» y acompañado por síntomas físicos tales como pesadez en los párpados, sensación de atragantamiento, jaquecas, cansancio, caída del pelo, etc. Elvira tenía un gran temor a que se llegara a desencadenar un conflicto mayor, que no sabría como resolver. Esto le producía una serie de síntomas físicos (pesadez en los párpados, somnolencia, jaquecas), llegando a pasarse días enteros acostada en la cama y sin ganas de levantarse. Diariamente se «bloqueaba» en las situaciones sociales, y permanecía callada sin hacer ni decir nada porque, de ese modo, podía minimizar el impacto que suponía entrar en conflicto sobre cualquier tema cotidiano, pensando, además, que las decisiones que pudiera tomar no iban a ser valoradas ni tenidas en consideración.

Consecuentes

Parece que Elvira aprendió a funcionar prioritariamente por refuerzo negativo, abundando las conductas de evitación que hacían que disminuyese la ansiedad (y los síntomas físicos) generada por los conflictos interpersonales (con marido, hermanos, hijo, clientes) y los problemas en general. Para Elvira, enfrentarse a un problema supone un elevado nivel de malestar que intenta minimizar manteniéndose al margen y actuando, principalmente, en función de los demás. Elvira evita numerosas actividades sociales o las realiza con muy poca frecuencia, tales como hablar por teléfono con sus hermanos, hablar sobre un tema con sus amigas, dar su opinión en una reunión, salir con amigos, etc.

El modelo de análisis funcional propuesto recoge un número de variables o aspectos de la conducta cuya incidencia (en diferente medida y combinación) parece ser relevante para explicar el problema de no hablar en situaciones sociales que padece Elvira (véase la figura 20.1, que representa un modelo del análisis funcional realizado con este caso).

6. DIRECTRICES FINALES PARA UNA EVALUACIÓN SISTEMÁTICA

Una vez detectada la posibilidad de problemas importantes en la conducta social de un paciente después de las primeras entrevistas generales y en el intento de realizar una evaluación sistemática de su comportamiento social, podemos utilizar una serie de instrumentos de evaluación que nos delimitarán el problema y nos ayudarán a realizar un análisis funcional que explique las dificultades sociales del paciente y nos dirijan el camino para la intervención apropiada.

La utilización de una entrevista enfocada en situaciones sociales, como la «Entrevista dirigida para habilidades sociales», junto con algún cuestionario específico enfocado en aspectos conductuales, como la «Escala multidimensional de expresión social-parte motora» (EMES-M), o cognitivos, como la «Escala multidimensional de expresión social-parte cognitiva» (EMES-C) o el «Temor a la evaluación negativa» (FNE), pueden ser de utilidad para determinar las áreas o dimensiones de las habilidades sociales en las que el paciente tiene dificultades y algunas cogniciones negativas relacionadas.

© Ediciones Pirámide

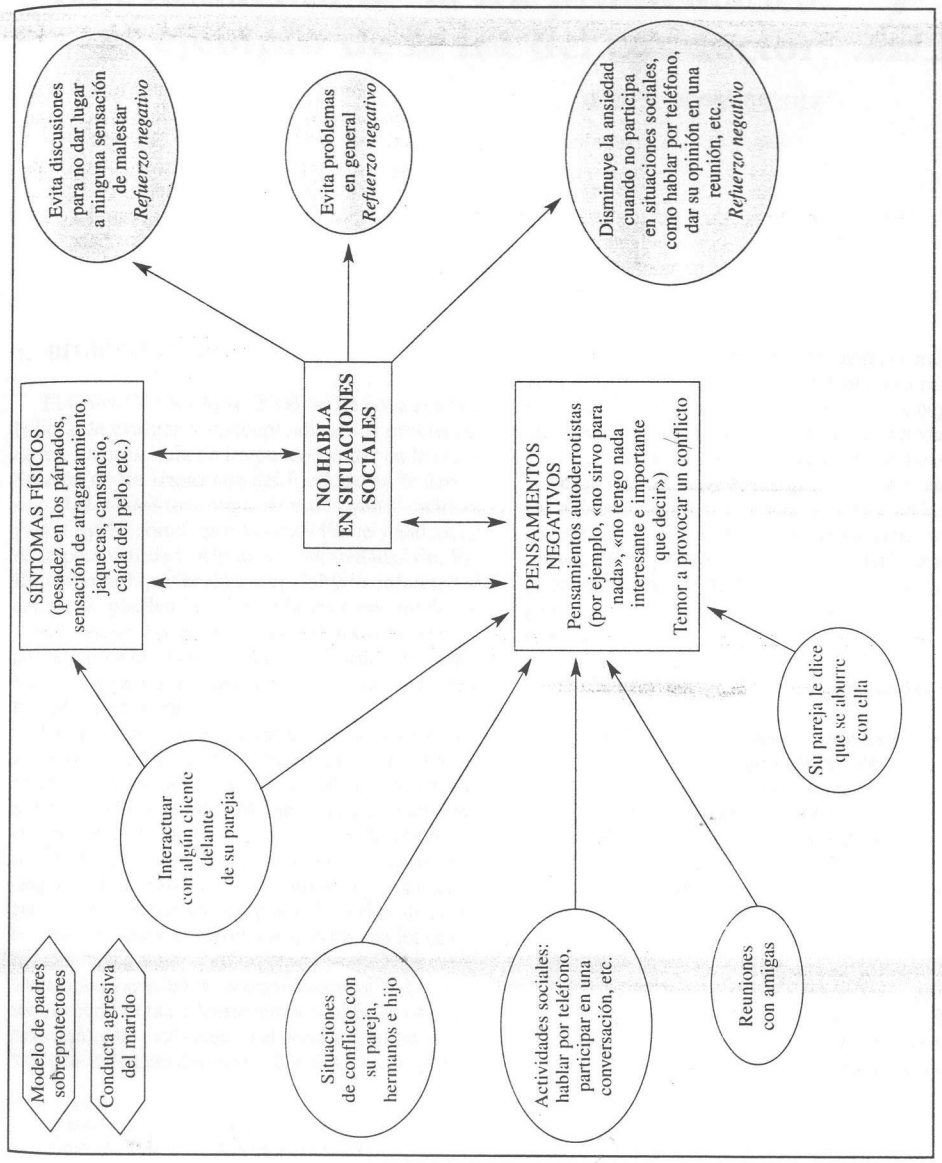


Figura 20.1.—Modelo gráfico del análisis funcional del caso de Elvira.

© Ediciones Pirámide

El empleo de hojas de autorregistro desde las primeras sesiones para la evaluación de determinadas situaciones sociales de la vida real del paciente también nos puede dar una idea de cómo funciona a nivel social. Si a pesar de la utilización de los instrumentos de evaluación anteriores seguimos con problemas para realizar el análisis funcional del caso, podemos intentar conseguir información de personas cercanas al paciente y/o grabarlo en una situación de sala de espera con la colaboración de un ayudante. Si disponemos de microcámara de vídeo, podría también utilizarse para grabar al sujeto en la vida real interaccionando en las situaciones problemáticas, auque para ello el terapeuta o algún ayudante deberán disponer del tiempo suficiente para acompañar al paciente en la vida real.

En resumen, deberíamos llegar a una formulación clínica del caso que nos explique qué factores están provocando y manteniendo el problema y que nos sirva de base para la planificación de una intervención correctora. Los instrumentos de evaluación que utilicemos serán aquellos que sean necesarios para conseguir la información que nos hace falta a la hora de rellenar los distintos apartados del análisis funcional y poder hacer la formulación clínica del caso.

CONCLUSIONES

A lo largo de este capítulo hemos revisado toda una serie de estrategias de evaluación de las habilidades sociales. El terapeuta que trate de examinar la eficacia de una intervención seleccionará varias clases de medidas para utilizarlas en la evaluación de los pacientes antes, durante y después del tratamiento, incluyendo la etapa de seguimiento. La entrevista, los autoinformes, el autorregistro y las situaciones simuladas nos pueden proporcionar datos útiles tanto para la planificación del tratamiento como para evaluar su eficacia. Nuestros esfuerzos actuales deberían centrarse en la investigación de temas de evaluación en vez de en temas de tratamiento. Galassi, Galassi y Fulkerson (1984) y Galassi, Galassi y Vedder (1981) apuntan que entre las necesidades de evaluación más apremiantes se encuentra el desarrollar una taxonomía de respuestas interpersonales y de clases de situaciones, identificar los criterios para la actuación competente o socialmente habilidosa y aislar los componentes verbales y no verbales que conforman la actuación habilidosa en esas situaciones. La identificación de variables cognitivas que median la conducta en situaciones interpersonales representa otro tema importante de interés. Finalmente, la construcción de instrumentos de evaluación más válidos y fiables que evalúen de forma más precisa conductas sociales de la vida real parece ser otra de las necesidades más apremiantes de este campo, así como la utilización de las nuevas tecnologías (minicámaras de vídeo para grabar la conducta del paciente en la vida real, utilización de agendas electrónicas para los autorregistros o la grabación de pensamientos en la vida, real, etc.).

NOTA: Este trabajo ha sido realizado en parte por la ayuda recibida del Ministerio de Ciencia y Tecnología al proyecto de referencia BSO2003-07029/PSCE y cofinanciado por el Fondo Europeo de Desarrollo Regional (FEDER).

© Ediciones Pirámide

La evaluación de la ira problemática: el ejemplo de la ira del conductor[1]

21

JERRY L. DEFFENBACHER[2]

1. INTRODUCCIÓN

El DSM-IV-TR (APA, 2000) es de poca ayuda a la hora de evaluar y conceptualizar los problemas de ira. La presencia de ira puede ayudar en la clarificación de los trastornos del Eje I, como la depresión mayor o los trastornos de estrés postraumático, y en el Eje II, como los trastornos límite y antisocial de la personalidad. Algunas enfermedades del Eje III, como la hipertensión esencial y la enfermedad coronaria, pueden implicar a la ira como un factor contribuyente. Sin embargo, no hay trastornos en los que la ira sea la característica definitoria y tenga que estar presente para el diagnóstico. Es decir, no hay trastornos de la ira.

Existe un marcado contraste con otros trastornos que son definidos, en gran medida, por sus características emocionales, como la ansiedad y los trastornos del estado de ánimo. Por ejemplo, si un individuo experimenta una depresión crónica moderada o una ansiedad y preocupación poco realistas, entonces el diagnóstico de distimia o de trastorno por ansiedad generalizada puede ser apropiado. No existe diagnóstico paralelo para la persona que sufre una ira crónica moderada o a que con frecuencia le encoleriza toda una amplia variedad de acontecimientos. Si una persona experimenta un fuerte temor y evita las situaciones sociales de evaluación o el conducir, entonces parece que el diagnóstico sería el de fobia social y fobia específica, respectivamente. Sin embargo, si una persona experimenta fuertes reacciones de ira en exactamente las mismas situaciones, no existe una categoría diagnóstica similar de trastorno de ira situacional.

La ausencia de trastornos de la ira en nuestros sistemas diagnósticos no significa que la gente no sufra de problemas emocionales con base en la ira y que estos problemas no merezcan nuestra atención conceptual, clínica y empírica. En otro lugar (Deffenbacher, en prensa; Eckhardt y Deffenbacher, 1996) se ha alegado que una serie de trastornos con base en la ira sean definidos por:

1. El tipo de acontecimientos desencadenantes:
   - *a*) Desencadenantes no identificables o cuando la ira no guarda proporción con la provocación presentada.
   - *b*) Desencadenantes múltiples, variados.
   - *c*) Situación(es) específica(s) asociada(s) a un tema común.
   - *d*) Estímulo(s) estresante(s) psicosocial(es) identificable(s).
2. Si la agresión es o no una parte significativa del cuadro clínico. El separar los problemas de ira por la presencia/ausencia de la agresión es importante por dos razones. En primer lugar, reconoce que algunos indivi-

[1] Capítulo traducido por V. E. Caballo.
[2] Colorado State University (Estados Unidos).

© Ediciones Pirámide