



# Apunts

## Apuntes de psicología en atención visual

### Tema 7: Comunicación y relaciones interpersonales

Marta Lupón Bas, Aurora Torrents Gómez, Lluïsa Quevedo Junyent

Assignatures: Psicologia i salut pública  
Psicologia en atenció visual

Titulació: Grau en Òptica i Optometria

Curs: 2n Quadrimestre 4t

Facultat d'Òptica i Optometria de Terrassa (FOOT)

Idioma: Castellà

2012



## **TEMA 7. COMUNICACIÓN Y RELACIONES INTERPERSONALES**

### **7.1. INTRODUCCIÓN**

En los primeros 7 segundos de contacto el cerebro humano puede crear hasta 11 opiniones diferentes sobre una persona basadas en lo que ésta dice (7%), el tono de voz (38 %), y el lenguaje corporal que usa (55 %). Así, el 93% de la información utilizada para crear una opinión sobre alguien se basa en la comunicación no verbal.

Este tema trata sobre la comunicación humana en sus dos vertientes: verbal y no verbal. La comunicación interpersonal es una excelente herramienta de trabajo que es necesario cultivar en toda profesión que requiere del trato con personas, como la de Óptico-Optometrista.

Además, se explicarán los principales sesgos cognitivos que cometemos los humanos en nuestra vida diaria, así como otros aspectos relacionados con la Psicología Social.

#### **7.1.1. Axiomas básicos de la comunicación humana**

Durante la década de los años 60 del siglo XX, un grupo de investigadores de la Universidad de Palo Alto (California) establecieron los siguientes axiomas básicos respecto la comunicación humana:

1. Es imposible no comunicar. Aunque no se emitan señales o se intente ignorar a alguien, siempre hay un intercambio informativo.
2. Toda comunicación presenta dos aspectos: el *contenido* y la *relación*. La comunicación verbal implica una significación manifiesta, pero también hay aspectos no verbales como las posturas, la mímica, etc. Los aspectos no verbales deben interpretarse según unos presupuestos culturales comunes, implícitos y sobreentendidos.
3. Los humanos utilizan dos formas de comunicación: digital y analógica. En la comunicación digital, la correspondencia entre lo que se expresa y la información asociada es arbitraria, exceptuando las onomatopeyas. Sabemos que “*mesa*” representa típicamente una tabla con cuatro patas, pero en otro idioma el mismo concepto se expresa con una palabra diferente (“*table*”). Contrariamente, en la comunicación analógica existe una gran relación entre los gestos empleados y su significado.
4. La naturaleza de una relación depende de la puntuación de las secuencias de comunicación entre interlocutores. Una conversación se basa en intercambios. Los niveles analógico y digital de la comunicación mantienen entre sí una relación llamada *puntuación*, que es una secuencia aparentemente lógica donde cada segmento de comunicación es consecuencia del segmento precedente. Es imposible no puntuar un mensaje porque todas las palabras son emitidas de una forma determinada y los silencios siempre tienen un significado, de acuerdo con el contexto. La puntuación de los dos niveles de la comunicación es congruente cuando las informaciones verbal y no verbal no entran en conflicto, y son incongruentes cuando se contradicen (como cuando se dice que sí pero la cabeza se mueve indicando que no).
5. Todo intercambio de comunicación es simétrico o complementario, según se base en la igualdad o en la diferencia. La relación simétrica pretende minimizar las diferencias, mientras que la complementaria tiende a potenciarlas. Cada interlocutor se sitúa en una de estas dos posiciones en un momento determinado, aunque puede modificarla continuamente, incluso con la misma persona. El acuerdo

sobre el tipo de relación que mantienen dos comunicantes nunca se establece de forma continua y se va redefiniendo en cada momento.

## **7.2. COMUNICACIÓN VERBAL EN LA ENTREVISTA TERAPÉUTICA**

La *entrevista terapéutica* es un tipo concreto de interacción entre paciente y terapeuta. La comunicación con efectos terapéuticos se caracteriza por la motivación que guía al entrevistador de ayudar a su interlocutor a resolver sus problemas, en este caso de tipo optométrico, sin abusar en ningún momento del propio poder ni obtener más ventajas personales que la de sus honorarios.

Por estructura de una entrevista se entiende el grado en que el entrevistador determina el contenido y el curso de la comunicación que establece con su interlocutor. La entrevista puede ser *directiva* o *no directiva*, en función del grado de estructuración de ésta. Cuando el objetivo es recoger la mayor cantidad de información específica se recomienda utilizar la entrevista directiva o altamente estructurada, ya que que el entrevistador obtiene más datos si mantiene un formato rígido que se asemeje a una encuesta en lugar de permitir que el paciente se exprese libremente. Por el contrario, si el objetivo fundamental de una entrevista terapéutica es potenciar la comodidad y disponibilidad del paciente, la entrevista debe ser no directiva.

En la entrevista directiva el terapeuta es claramente activo, da oportunidad al paciente de expresar sus actitudes pero también le propone acciones a realizar para favorecer cambios. Sin embargo, se debe ser cuidadoso con las entrevistas directivas porque a menudo intentamos corroborar nuestras hipótesis con las preguntas que hacemos, y esto puede conducirnos a una información sesgada.

Algunos ejemplos de técnicas directivas utilizadas por el especialista aparecen a continuación:

- Define la situación según los métodos de diagnóstico y tratamiento: “averiguaremos mediante algunas pruebas cuál es su problema visual y qué soluciones tiene”
- Indica el tema a tratar, permitiendo que el paciente lo desarrolle a su manera: “¿le importaría explicarme más cosas sobre los momentos del día en los que siente molestias en el ojo?”
- Escoge un tema y lo conduce para obtener una confirmación, una negación o más información: “¿con qué frecuencia sucede el lagrimeo?”
- Identifica un problema que sería beneficioso modificar, apoyándose en diagnósticos o presupuestos teóricos: “la dificultad se encuentra en que posiblemente la habitación donde estudia no está correctamente iluminada”
- Explica, comenta o da información sobre el tema que se trata: “a menudo las dificultades en la conducción se deben de a la existencia de miopía nocturna”
- Propone actividades concretas: “haga un descanso de 5-10 minutos en las tareas de cerca cada hora de trabajo”
- Trata de influir en la decisión del cliente: “me gustaría que lo probara otra vez, por favor”

En la entrevista no directiva las verbalizaciones del paciente son más extensas y numerosas que las del terapeuta. Éste interviene fundamentalmente cuando quiere mostrar al interlocutor que comprende sus sentimientos, actitudes y conductas, mientras refuerza las verbalizaciones del cliente. Algunos ejemplos de técnicas no directivas son:

- Definir la situación terapéutica en términos de responsabilidad del paciente para dirigir la entrevista, tomar decisiones, etc: “a veces hace falta explicar nuestros problemas para cumplir con el programa de entrenamiento para poder encontrar soluciones”

- Indicar con una intervención verbal que se ha comprendido un sentimiento o actitud: “usted está muy preocupado, está claro”
- Interpretar aquellos sentimientos o actitudes del paciente expresados implícitamente: “supongo que hubiera preferido no tener que llevar gafas”

Por supuesto, existen técnicas que pueden utilizarse tanto en entrevistas directivas como no directivas. Un ejemplo es mostrar acuerdo con el paciente, o animarlo.

La comunicación verbal que se desarrolla en una entrevista es diferente de las pautas habituales en una conversación cotidiana, especialmente en cuanto a la conducta verbal del especialista. El grado de experiencia profesional de un entrevistador se puede identificar atendiendo exclusivamente a su tendencia a responder a sus clientes del mismo modo a como lo hace con sus familiares y amigos, de forma que a mayor similitud se deduce una menor experiencia. Según Cormier y Cormier (1979), los 9 tipos de intervenciones verbales que deben evitarse son:

1. Temas de conversación intrascendentes: el tiempo, la política, deportes...
2. Manifestaciones que impliquen juicios, acusaciones, críticas o insultos.
3. Sermoneo: “usted debería...”
4. Expresiones de simpatía del tipo “estoy seguro que ahora que vendrás más a menudo” o “me entristece muchísimo lo que me dices”
5. Presionar, amenazar o discutir: “¡ya te lo dije!”, “si no lo haces, te arrepentirás”, “usted está completamente equivocado porque...”
6. Expresiones de intolerancia y rigidez como “la única manera de solucionar su problema es...” o “si continúa así sus problemas aumentarán”
7. Bombardear al paciente con muchas preguntas seguidas
8. Autorrevelaciones extensas: “lo que usted me dice me recuerda mi propia situación cuando...”
9. Intelectualización, hiperanálisis: “creo que su problema surgió porque usted no se preocupó del correcto desarrollo de su sistema visual cuando era joven”

### **7.3. TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN VERBAL PARA CONSEGUIR INFORMACIÓN**

A continuación se van a definir las principales técnicas de intervención verbal que pueden ser utilizadas para obtener información de los pacientes.

- **Clarificación:** pregunta que hace el terapeuta para comprobar si el paciente le ha entendido correctamente o para promover que éste hable más sobre algún aspecto. Son preguntas del tipo “¿quiere decir que...?”, “lo que trata de decir es que...” o “si lo he entendido bien, lo que quiere decir es que...”. Se aconseja utilizar esta técnica siempre que no se esté seguro de haber entendido el mensaje del paciente y para evitar el riesgo de formular hipótesis basadas en suposiciones erróneas. Se usa bastante en las primeras fases de las entrevistas.
- **Paráfrasis:** es un enunciado que repite el contenido cognitivo de lo que ha dicho el paciente. Esto ayuda a centrar la atención en el contenido conceptual del mensaje y también destaca los contenidos cognitivos del mensaje cuando se considera que no es adecuada la atención directa sobre los sentimientos. Sirve para evitar que el paciente se desborde por la expresión de sus sentimientos o cuando éste llora mucho y hace un gran despliegue emocional.

- *Reflejo*: el terapeuta recoge la parte afectiva del mensaje del cliente. Sirve para animar al paciente a hablar de sus sentimientos o para favorecer la toma de conciencia del paciente en relación con la naturaleza de los sentimientos que lo dominan o que son más frecuentes en él. El problema principal es que es difícil saber cuál es el momento más oportuno para utilizarlo.
- *Resumen*: un resumen es un conjunto de paráfrasis o reflejos donde se condensan los mensajes del paciente. El resumen puede ser cognitivo o emocional. Actúa como un feedback, enlaza elementos dispersos en varias comunicaciones del paciente, identifica temas comunes a una serie de enunciados e interrumpe divagaciones excesivamente largas. Se usa cuando se cierra una entrevista.
- *Autorrevelación*: el terapeuta comunica al paciente información sobre sí mismo. La autorrevelación facilita un clima de interacción relajado y propicio para la conversación y favorece que el paciente vea al optometrista sin el rol de experto, lo que incrementa la autorrevelación del paciente. Sin embargo, se aconseja una tasa moderada de autorrevelaciones, y el grado de intimidad de éstas nunca debe exceder ni en carga conceptual ni en carga emocional los contenidos expresados por el paciente.
- *Inmediatez*: es una descripción de las observaciones y sentimientos que experimenta el terapeuta en relación al paciente y/o con los problemas significativos de la relación entre los dos. Sirve para discutir con el paciente aspectos que habían sido implícitos hasta el momento. Se tiene que centrar en el aquí y el ahora. Tiene que formularse como una constatación y no entrar a discutir sobre lo que está sucediendo, deben enunciarse en primera persona (yo pienso que...) y se tiene que evaluar si el paciente está preparado para afrontar el contenido enunciado. Evitar la inmediatez puede querer decir que el terapeuta evita temas incómodos.
- *Sondeo*: pregunta referida directamente a los problemas del paciente. Se aconseja utilizar el sondeo cuando se tiene que identificar el problema.
- *Afirmación de la capacidad*: el entrevistador pone de manifiesto la capacidad del paciente para hacer una actividad concreta. Se usa para animar al paciente a hacer algo en casos en que no tiene confianza o iniciativa. Sólo se tiene que utilizar si el paciente ha manifestado su deseo de entrar en acción y cuando el terapeuta esté seguro de que el paciente tiene efectivamente la capacidad en cuestión. No son aconsejables las mentiras piadosas o las falsas esperanzas.
- *Confrontación*: el terapeuta pone de manifiesto incoherencias del discurso del paciente o de su conducta. Pueden ser incongruencias entre el mensaje verbal y no verbal, entre dos mensajes verbales o entre dos mensajes no verbales. Se pueden enunciar como: "Usted dice que... pero por otro lado..." La confrontación sólo debe describir hechos concretos (no imprecisos ni vagos) sin juzgarlos ni evaluarlos y, además, se debe utilizar sólo si existe un buen rapport entre terapeuta y paciente (confianza). La posible respuesta puede ser:
  - Negación → el paciente intenta desacreditar al terapeuta verbalmente o intenta convencer al terapeuta de que está equivocado. Además, trata de quitar importancia al tema o busca terceras personas que lo apoyen.
  - Confusión → si es auténtica, indica que la confrontación ha sido realizada de manera incorrecta, por lo que se debe aclarar el contenido.
  - Falsa aceptación → el paciente afirma verbalmente aceptar el contenido para evitar el impacto emocional que le ha causado. En realidad, no estaba preparado para afrontar la confrontación.
  - Aceptación auténtica → el paciente responde con deseo de examinar y modificar su conducta.

- **Interpretación:** el terapeuta ofrece una forma diferente de concebir el problema o una explicación de su conducta. Recoge aquello que no se manifiesta de una forma directa. Adopta la forma “me pregunto si...” o “quizás lo que pasa es...”. Se debe tener en cuenta que el hecho de que un paciente refunfuñe ante una interpretación no significa que sea errónea.
- **Instrucciones:** especifican el objetivo a lograr, los pasos a realizar, lo que se tiene que hacer y lo que no se tiene que hacer. Los pacientes siguen mejor las instrucciones cuando se asocian a consecuencias positivas. Por lo tanto, conviene reforzarlo mientras se emite el enunciado correspondiente con asentimientos de cabeza, sonrisas, etc. Son más útiles si sugieren y no ordenan: “pienso que sería útil que...” y los pacientes atienden mejor si antes de decirlas el entrevistador solicita expresamente su atención: “por favor, preste ahora mucha atención”.
- **Encuadre:** se predispone al paciente para que considere una situación o suceso desde una perspectiva determinada. Ayuda al paciente a comprender los objetivos generales y específicos del tratamiento y le motiva a someterse a un tratamiento concreto.
- **Información:** sirve para identificar alternativas y disipar mitos. Se tiene que utilizar cuando los datos de que dispone el paciente sean erróneos. Debe darse de manera comprensible, evitando la sobrecarga informativa y también las redundancias. Tiene que ser objetiva, sin ocultar aspectos desagradables o comprometidos y sólo se tiene que dar aquella información de la cual estemos completamente seguros.

#### **7.4. COMUNICACIÓN NO VERBAL EN LA ENTREVISTA**

Según diversos estudios, el 65-70% de la información transmitida en cualquier conversación llega preferentemente por el canal no verbal, por lo que en este apartado va a tratarse extensamente este tipo de comunicación.

##### **7.4.1. Características principales de la comunicación no verbal**

- a) Es la más importante desde el punto de vista comunicativo: si existe contradicción entre el mensaje verbal y el no verbal, atenderemos especialmente al no verbal.
- b) Es afectiva: es un lenguaje similar al de los primates y está muy influido por aspectos antropológicos y biológicos, lo que nos permite explicar que la mayoría de los humanos compartimos ciertos mensajes no verbales relacionados con estados emocionales básicos.
- c) Es inconsciente: es difícilmente controlable por la voluntad y el individuo no es consciente de lo que expresa gestualmente.
- d) Puede ser equívoca: admite múltiples interpretaciones en función del receptor, la cultura y la situación. No se puede analizar una expresión no verbal aisladamente, se tiene que enmarcar dentro del conjunto del resto de mensajes corporales emitidos. Parece que las mujeres son más habilidosas para descifrar y entender estos mensajes.

##### **7.4.2. Actos no verbales**

- **Emblemas:** actos no verbales con traducción verbal directa que pueden ser sustituidos por palabras. Se originan por aprendizaje social y su significado es muy reconocido por los miembros de un determinado entorno cultural, como mover las manos para despedirse o arrugar la frente para mostrar desaprobación.



**Figura 7.1.** Emblema que significa “silencio”.

- *Ilustradores:* movimientos directamente asociados al lenguaje verbal pero que, a diferencia de los emblemas, la palabra a la que van unidos no les aporta su significado. Los ilustradores enfatizan lo que se dice. Un ejemplo sería el mostrar con las manos la medida de un objeto (p.e. el tamaño de un pescado capturado). Son más frecuentes cuánto más seguro se encuentra el individuo y desaparecen ante escenarios que nos atemorizan. En general, los movimientos corporales que desempeñan un papel auxiliar en la comunicación no verbal son ilustradores.
- *Reguladores:* actos no verbales que regulan el flujo de la conversación entre personas. Son específicos de cada cultura y muy sutiles, por lo que pueden ser malinterpretados fácilmente, p.e. una afirmación con la cabeza puede querer decir que el interlocutor siga hablando o que él mismo quiere empezar a hablar.
- *Adaptadores:* manipulaciones con objetos o con el cuerpo. La persona los aprende durante la niñez para satisfacer necesidades corporales inmediatas pero, si en la edad adulta surgen situaciones similares a las que desencadenaron originariamente el adaptador, vuelven a utilizarse aunque de forma modificada y compatible con el entorno social, p.e. el repicar de los dedos o de un bolígrafo sobre la mesa, hurgarse la nariz, crujir los dedos, rodear el cuerpo con los brazos, etc.
- *Expresiones emocionales:* gestos faciales que expresan emociones. Individuos de diferentes culturas se ponen de acuerdo al clasificar expresiones sobre las 6 emociones básicas, a pesar de que puede haber discrepancias en la intensidad de la emoción, se trata de un lenguaje universal. Como se ha visto en el Tema 4, las emociones universales son: miedo, sorpresa, alegría, rabia o enfado, aversión o asco y tristeza.



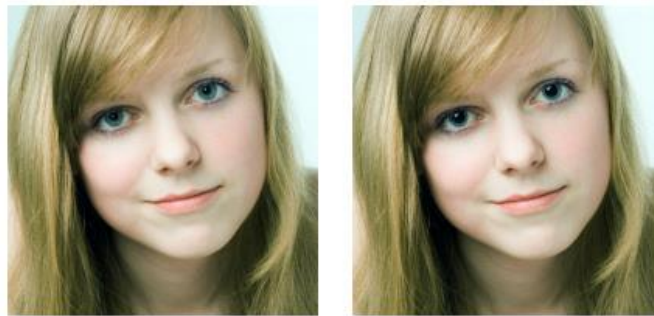
**Figura 7.2.** Expresiones emocionales universales. De izquierda a derecha y de arriba a abajo: miedo, sorpresa, alegría, rabia o enfado, aversión o asco y tristeza.

Podéis realizar el experimento de mostrar las 6 imágenes a algunas personas de vuestro entorno, con edades, niveles culturales/cognitivos, o procedencia cultural distintos, y comprobar que, efectivamente, las expresiones son universales.

### 7.4.3. Dimensiones de la conducta no verbal

a) **KINÉSICA**: la dimensión kinésica se basa en el estudio del movimiento corporal.

1. **Mirada**: el contacto ocular muestra deseo de comunicarse o interés. No mirar indica desinterés o disconformidad. Mirar de soslayo indica desconfianza. En situaciones que provocan ansiedad la persona suele mover rápido los ojos, parpadear o arrugar las cejas, mientras que el movimiento lento de los ojos indica reflexión sobre un tema. Diversos estudios subrayan que las personas que mienten u ocultan información sostienen la mirada menos del 30% del tiempo. Para entablar una buena relación es recomendable que la mirada se mantenga al menos el 60 o el 70% del tiempo y que se dirija a un imaginario triángulo entre los ojos y la nariz. Por otra parte, la dilatación pupilar indica interés hacia lo que tenemos delante, y se considera que motiva la atracción sexual (en la Edad Media algunas cortesanas italianas utilizaban belladona para dilatar sus pupilas y parecer más atractivas).



**Figura 7.3.** Pupilas normales y dilatadas. ¿Qué imagen os parece más atractiva?.

2. **Expresiones faciales**: una sonrisa indica bienestar, la depresión de la comisura bucal, a veces acompañada de mordiscos de los labios, significa tristeza. El abrir la boca sin hablar implica la supresión consciente de un bostezo, por lo que se asocia a sorpresa o fatiga. La contracción de los músculos faciales indica cólera o preocupación.
3. **Postura general del cuerpo**: la postura hacia adelante cuando estamos sentados indica apertura a la comunicación, mientras que la cabeza hacia atrás indica desconfianza. Sentarse rígidamente en el borde de la silla con las manos sujetando el asiento indica que el individuo quiere acabar la conversación. La flacidez extrema indica desinterés por el tema o falta de respeto hacia el interlocutor. Las posturas cerradas (brazos y/o piernas cruzadas) expresan desagrado o ansiedad, así como deseo de evitar la relación. Las posturas cómodas y relajadas implican apertura a la relación.
4. **Movimientos corporales**: el movimiento continuo cruzando y descruzando las piernas o los brazos indica ansiedad o desacuerdo. La frecuencia de ilustradores expresa relajación y apertura a la comunicación, mientras que el encogimiento de hombros indica ambivalencia o incertidumbre.

b) **TACTÉSICA**: la dimensión tactésica hace referencia al contacto corporal.

Hay personas que utilizan este recurso en su comunicación no verbal, de modo que tocan frecuentemente a sus interlocutores. La tactésica estudia la frecuencia, la intensidad, el contexto y la finalidad de estos contactos. Los pacientes con quienes más se utiliza el tacto son los más jóvenes. Sin embargo, hay que ser cautelosos porque muchas personas rehúsan ser tocadas al sentirse agredidas por ello. En general, los hombres son menos propicios a ser tocados y no se recomienda utilizar la tactésica en pacientes suspicaces o bajo un estado de confusión. El contacto físico es entendido y aceptado en forma diferente de un país a otro. Por ejemplo, en la cultura tailandesa tocar la cabeza de alguien es considerado un acto grosero e irrespetuoso.



Los estudios de Remland y Jones (1995) sobre la comunicación entre grupos de personas hallaron que el contacto físico no era tan utilizado en Inglaterra (8%), Francia (5%) o los Países Bajos (4%), en comparación con Italia (14%) o Grecia (12.5%).

c) **PROXÉMICA**: esta dimensión estudia las características espaciales de la interacción social. Un ejemplo son las distancias sociales en diferentes entornos. La distancia interpersonal se divide en distintas zonas:

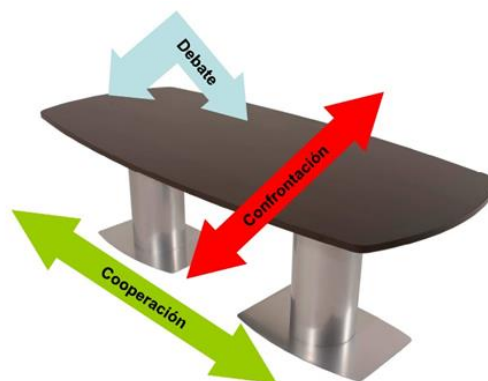
1. *Distancia íntima* (0-50cm): en esta zona se sitúan tan sólo las personas queridas y los familiares.
2. *Distancia personal* (50-125cm): es el espacio personal de cada uno, una especie de esfera protectora que nos gusta mantener entre nosotros y el resto de los individuos.
3. *Distancia social* (1,25-3,5m): es la distancia que se mantiene para trabajar en equipo o en relaciones sociales ocasionales.
4. *Distancia pública* (más de 3,5m): es la que nos gusta mantener con los desconocidos (p.e. al caminar por la calle).

Sin embargo, hay multitud de situaciones en las que no es posible respetar estas distancias, lo que causa incomodidad. Por ejemplo, puede incomodarnos que un desconocido se sitúe en nuestra distancia personal como si se tratase de una persona muy cercana o, por el contrario, que un familiar nuestro se mantenga alejado de nosotros y evite el acercamiento.



**Figura 7.4.** Situaciones en las que la distancia íntima (izquierda) y la distancia personal (derecha) no son respetadas.

La elección de postura (sentado o de pie) o el ángulo en que situamos el cuerpo para interactuar con otras personas son otros aspectos tratados en la dimensión proxémica. La figura 7.5 muestra la posición adoptada por dos interlocutores en una mesa, en función del tipo de diálogo que estén desarrollando.



**Figura 7.5.** Posición de dos interlocutores en una mesa, en función del tipo de diálogo que establecen.

c) **PARALINGÜÍSTICA**: la paralingüística estudia la manera en que las palabras son pronunciadas.

Son ejemplos de ello: el timbre, el tono de voz, el acento, las pausas silenciosas o con contenido (p.e. “¡ah!”), las alteraciones en la fluidez del lenguaje, el tartamudeo, la latencia de respuesta o la velocidad de vocalización (palabras por unidad de tiempo). Un tono de voz bajo, como un cuchicheo, indica dificultades para hacer revelaciones personales. El habla rápida y espasmódica se asocia a ansiedad, mientras que la lenta indica tristeza o preocupación. El tartamudeo, los silencios o los lapsus verbales ocurren cuando el tema de conversación produce intensa ansiedad.

Respecto a los estereotipos, los tonos de voz vivaces producen efectos positivos, la nasalidad produce desagrado sin asociarse a ninguna emoción específica y la guturalidad impresiona positivamente en el hombre, pero negativamente en la mujer, al producir sensación de escaso refinamiento cultural.

d) **ARTEFACTOS**: los individuos utilizan diversos artefactos para modificar su aspecto físico (como las joyas, el perfume, la ropa, las gafas de sol, el bigote o la barba). Ello también es informativo acerca de la reacción que el sujeto desea ejercer en las otras personas mediante su aspecto.

#### **7.4.4. Funciones principales de la comunicación no verbal**

La comunicación no verbal permite conocer la disposición básica del paciente. Podemos observar si ésta es:

- **Cooperadora**: es la habitual en los pacientes que han venido voluntariamente a ser visitados. Generalmente tienen una expectativa positiva, por lo que tienden a colaborar. Mantienen el contacto ocular acompañado por una sonrisa, su aspecto general es relajado, con predominio de posturas abiertas y cuando estrechan la mano lo hacen con energía. Su habla es atenta y existe sincronía entre optometrista y paciente.
- **Evitativa**: ocurre en algunos pacientes que no solicitan voluntariamente la visita. Evitan el contacto visual y prefieren mirar al suelo o a la pared, no estrechan la mano y si lo hacen es con escasa energía. Miran hacia su alrededor durante la conversación, principalmente hacia puertas y ventanas, como si planearan huir. Se sientan lejos del optometrista o se protegen con algún objeto del escritorio. Su posición en la silla, con las manos cogiendo el asiento y los pies en posición avanzada, sugieren que se levantarán en cualquier momento.
- **Agresiva**: es la que adoptan las personas que suelen venir para quejarse o para exigir algo. Su mirada es directa y mantenida más tiempo de lo normal, desafiante. La expresión es de enfado, con labios y mejillas apretados y la cabeza hacia adelante. Predominan las posturas con gran tensión muscular, como los puños cerrados. Su habla es rápida, a menudo en un tono elevado, y a ráfagas.
- **Indiferente**: esta actitud es la habitual en adolescentes que acuden a consulta a instancias de algún familiar. Esta actitud presenta signos de la conducta evitativa, pero la emoción que predomina no es la ansiedad sino el desinterés. Lo más característico es la postura indolente, como “apoltronado”, el contacto ocular es disperso, el tiempo de respuesta es alargado, con tendencia a silencios y respuestas con emblemas como encoger los hombros. En adultos, excepto si se trata de individuos antisociales, la postura no suele ser muy evidente.

Asímismo al observar la conducta no verbal podemos intuir si el paciente presenta algún tipo de malestar psicológico como la ansiedad o la depresión:

- **Ansiedad**: normalmente esta emoción va acompañada de un incremento de la velocidad de vocalización y de una disminución del tiempo de reacción. Pueden aparecer errores de pronunciación y, en los casos más extremos, tartamudeo. A nivel kinésico se observa una mirada con tendencia a la

movilidad y al pestañeo, ojos muy abiertos y sensación general de alerta. Mantiene el contacto visual pero menos tiempo del normal. Se incrementa la movilidad general del cuerpo con respiración superficial y frecuentes suspiros. El cuerpo se encuentra tenso y estirado, con predominio de las posturas rígidas y cerradas.

- *Depresión*: el habla es lenta y monótona, con un tiempo de reacción más largo del normal y diversos silencios. Desde el punto de vista kinésico se observa una mirada baja con evitación del contacto visual, el rostro inexpresivo y tendencia a la humectación de los ojos. Puede existir la denominada “máscara facial” consistente en la disociación entre la expresión triste de los ojos (difícilmente manipulable de forma voluntaria) y el gesto más alegre de la boca, más modificable. La cabeza y los brazos están caídos y los hombros hundidos.

A través de la observación de la conducta no verbal también podemos determinar si existe contradicción respecto el mensaje verbal. Como se ha mencionado anteriormente, la puntuación es la relación que mantienen entre sí el lenguaje verbal y el no verbal. Los seis tipos de relación que pueden mantener ambos lenguajes son los siguientes:

1. *Sustitución*: una conducta no verbal ocupa el lugar de la verbal. Se realiza mediante emblemas. Ejemplo: utilizar el puño cerrado con el pulgar hacia arriba para indicar “OK”.
2. *Repetición*: la conducta verbal y la no verbal emiten la misma información. Se realiza mediante emblemas. Ejemplo: decir adiós a alguien mientras se levanta la mano en movimiento, emblema universal de despedida.
3. *Acentuación*: los mensajes verbales se enfatizan con actos no verbales. Se utilizan ilustradores y expresiones de emociones. Ejemplo: expresar verbalmente que estamos hartos de alguien mientras levantamos la mano por encima de nuestra cabeza.
4. *Complementación*: una conducta no verbal complementa otra conducta verbal modificándola, finalizándola o elaborándola de alguna manera. Se utilizan ilustradores y expresiones emocionales. Ejemplo: ante la pregunta de cómo es nuestra relación con un compañero, a la respuesta verbal “bien” le añadimos un encogimiento de hombros, lo que implica que la relación no es del todo satisfactoria.
5. *Regulación*: la conducta no verbal contribuye a regular el flujo de la verbal. Se usan reguladores. Ejemplo: en una conversación en la calle, sabemos que la otra persona quiere acabar la charla cuando se separa de nosotros, deja de situar su cuerpo ante el nuestro y sus pies apuntan hacia afuera, como si tuviera que empezar a andar.
6. *Contradicción*: es una descalificación, los dos lenguajes expresan cosas diferentes. Un ejemplo es decir que todo va bien cuando la conducta no verbal denota depresión. Es el tipo de relación entre mensaje verbal y no verbal que más datos nos aporta. Las ocasiones en que más habitualmente los pacientes incurren en contradicción son a la hora de informar sobre el seguimiento de un tratamiento, de un régimen de adaptación de lentes de contacto o de una recomendación respecto hábitos de vida.

Finalmente, a partir de las claves de comunicación no verbal en una interacción podemos confirmar la fiabilidad del mensaje verbal. Los siguientes signos no verbales delatan la falsedad del mensaje verbal, por lo que es conveniente tenerlos en cuenta para saber si nuestro interlocutor está mintiendo:

- Evitar mantener el contacto visual.
- Usar menos ilustradores de los habituales.
- Usar gran cantidad de adaptadores al hablar.
- Presentar tensión y rigidez corporal y escasa expresividad facial.

- Tendencia a taparse parcialmente la cara con la mano, sobre todo la región de la boca.
- Habla lenta con tendencia a presentar lapsus, tartamudeo y carraspeos.

Por otra parte, los gestos que acompañan la veracidad de los contenidos verbales son muy inespecíficos y no resultan tan útiles como los que aportan indicios sobre la falsedad. Cuando alguien quiere convencer otro de que dice la verdad, tiende a mostrar espontáneamente la palma de las manos, expresión tradicional de sinceridad en la cultura occidental. Este gesto es muy usado por los políticos para transmitir una imagen de honradez y en los juicios para enfatizar la inocencia de alguien.



**Figura 7.6.** Gestos no verbales de las manos asociados a la veracidad del contenido verbal.

Si se detecta que el paciente miente o que se contradice, podemos registrar mentalmente el hecho sin decírselo para utilizarlo en otro contexto, o bien verbalizar la contradicción en un tono negociador, no impositivo, como, por ejemplo: “si prefiere no hablar de este tema, lo podemos dejar para otro momento” o “por su expresión parece que las cosas no le van todo lo bien que dice...”. También podemos pedirle al paciente qué significa la incongruencia dando por hecho que es cierta y que tiene un significado: “¿por qué le resulta tan difícil hablar de este tema?”

Asimismo, existen diversos momentos en los que estar atentos a los aspectos que se citan a continuación puede aportar información valiosa acerca de la veracidad del testimonio del paciente:

- *Expresiones micromomentáneas*: las personas somos incapaces de controlar la expresión facial durante los primeros microsegundos que pasan tras recibir una información con carga emocional. Es entonces cuando el sujeto manifiesta lo que realmente siente. Estas expresiones son difíciles de detectar a simple vista pero aportan gran información, por lo que conviene estar atento a las reacciones inmediatas de los pacientes.
- *Filtraciones*: las filtraciones son cambios que se producen en la comunicación no verbal con el deseo de engañar al interlocutor. En general, causan una disminución gestual en un canal no verbal (como la “cara de póker”) y un aumento en otro canal corporal (como un aumento del uso de adaptadores). Por ejemplo, preguntamos al paciente si ha realizado una limpieza mensual de sus lentes de contacto tal y como se le indicó en la última visita y nos responde que sí, pero su expresión facial es demasiado estática mientras que sus manos se tocan el cuello como si le costase tragar. El intento por controlar la expresividad facial cuando se pretende mentir causa ansiedad que se canaliza por otras vías. Los principales adaptadores son: retorcerse las manos, tocarse la oreja o la nariz, tocarse el vello de los brazos, repicar con los dedos o con el bolígrafo sobre la mesa, jugar con objetos en la mano (llaves, cigarrillos...), taconear, tocarse el cuello.

## **7.5. LA INTERACCIÓN DURANTE LA ENTREVISTA CON EL PACIENTE**

En este apartado se tratan los aspectos verbales y no verbales que son importantes en el establecimiento de una buena relación de trabajo entre paciente y terapeuta, denominada comúnmente *rapport*. Es importante que el paciente se sienta cómodo ante el terapeuta para hablar sin inhibiciones. Para ello, a lo largo de las fases en las que transcurre la entrevista conviene tener en cuenta los aspectos que se tratarán a continuación:

### **7.5.1. Primer contacto y recogida de datos**

- Si se dispone de tiempo, se recomienda leer previamente un resumen de la historia del paciente.
- Saludar cordialmente al paciente y a sus familiares, recordando su nombre.
- Se recomienda levantarse y dar la mano, manteniendo el contacto ocular y una sonrisa franca en el contexto de una postura corporal abierta.
- Hablar al paciente de usted y tutearlo sólo si nos lo pide. Si las edades de paciente y examinador son similares, se puede tutear pero siempre pidiendo permiso al paciente.
- Es recomendable que nos presentemos (nombre y titulación) y que hagan lo mismo las otras personas que pudieran estar presentes durante el examen.
- Mirar y atender sólo al paciente durante el primer minuto de entrevista. Es imprescindible dejar que sea él quien empiece a hablar: en argot psicológico, se dice que el paciente juega siempre con blancas. Conviene empezar con una pregunta abierta del tipo: “¿qué tal va todo?”. Si no hay más remedio que hacer algo en estos primeros instantes, avisar antes de hacerlo.
- Fijarse en la calidad del discurso: uso de metáforas, imágenes, etc. Esto permitirá que el optometrista se exprese de la misma forma, lo que favorecerá la empatía.
- Preguntar una cosa obvia al paciente (“usted tiene dos hijos, ¿verdad?”) y fijarse en sus gestos al responder. Captar estos gestos de afirmación servirá para detectar posteriormente si muestra acuerdo verbal con una indicación nuestra y si se acompaña de los gestos no verbales.
- Atender siempre a la comunicación no verbal.

La entrevista se puede estropear en los momentos iniciales si:

- no se mira al paciente. La carencia de atención al paciente a comienzos de la entrevista dificulta que éste se exprese libremente.
- se realiza algo mientras nos habla, como buscar datos en un fichero o utilizar un ordenador.
- hablamos nosotros, en lugar de escuchar.
- el ruido ambiental es elevado: teléfono, otros pacientes, gente que entra y sale del gabinete, etc.

### **7.5.2. Fase intermedia**

Conviene facilitar que el paciente exprese todo aquello que desee y, después, explicarle de forma realista lo que se va a realizar.

- p.e. Se realiza visita a una señora que refiere diversos problemas visuales y, además, comenta que su marido tampoco ve bien. Después de la explicación, el optometrista responde: “Bien, propongo una cosa. Primero le haremos unas pruebas visuales a usted y después buscaremos otro día y hora para que venga su marido en otro momento. Al final de la visita, si tenemos tiempo miraremos la presión del ojo, de acuerdo?”.

A veces el terapeuta se opone, critica o culpabiliza al paciente: “si hubiera hecho lo que le dije...”. Esto se denomina *antagonismo* y se usa como arma defensiva, especialmente en respuesta al paciente cuando éste considera que no mejora, que las lentes de contacto no le van lo bastante bien o cuando el terapeuta está cansado. La consecuencia suele ser la pérdida de adherencia a las instrucciones por parte del paciente, ya que éste desea inconscientemente que nuestros consejos fracasen. A pesar de esto, el antagonismo se puede utilizar para que el paciente reaccione, puesto que una crítica sincera puede motivar el cambio. Estas críticas deben formularse constructivamente, sin variar el tono de voz, manifestando las emociones con respeto y dejando la posibilidad de una salida airosa al paciente: “a mí me gustaría ayudarlo, pero veo que no ha seguido correctamente las pautas de limpieza de las lentes de contacto que le expliqué, y esto le perjudica. Quizás ahora no es el momento adecuado, pero en algún momento tendrá que valorar los riesgos que comporta para sus ojos el no hacer caso de las instrucciones”.

Es frecuente que, con la mejor de las intenciones, el terapeuta trate de tranquilizar al paciente: “ya verá como todo se soluciona”. Sin embargo, esto puede ser peligroso. El terapeuta debería tratar los problemas desde la perspectiva de afrontarlos y adaptarse a ellos sin buscar soluciones imposibles. Explorar las expectativas, creencias y miedos del paciente siempre será más tranquilizador que una optimista visión imposible.

Respecto a la manera de hablar, se recomienda mirar al interlocutor, acompañar el discurso con ilustradores, usar habla lenta y vocalizar correctamente. Se debe evitar la posición “de dictado” (figura 7.7), hablar en tono bajo, taparse la boca, no mirar suficientemente al paciente, estar a 45º respecto el interlocutor, cruzar los brazos o tener el cuerpo inclinado hacia atrás.



**Figura 7.7.** Posición de dictado adoptada por Mahmud Ahmadineyad (izquierda) y Didier Drogba (derecha).

Para facilitar el relato del paciente puede utilizarse:

- *Baja reactividad*: la reactividad es el tiempo que un interlocutor tarda en responder al otro. Si el examinador presenta una alta reactividad, interviene sin dejar al paciente que acabe de hablar. Se recomienda que la reactividad sea de unos dos segundos porque esto facilita el discurso del paciente. Tampoco conviene que este tiempo sea demasiado grande porque, en general, las personas nos sentimos incómodas si se producen silencios prolongados en nuestras interacciones.
- *Facilitación verbal o no verbal*: “continúe por favor” o gestos como un movimiento de cabeza ayudan a iniciar o proseguir una conversación.
- *Técnica especular*: hacer que el profesional esté en sintonía con el paciente: sonreír si el paciente ríe, presentar una actitud seria si el paciente está enfadado, etc.
- *Empatía verbal y no verbal*: gestos y frases que expresan comprensión sin prejuicios. Es una técnica que se tiene que formular de manera correcta para que no tenga efectos negativos ya que, por ejemplo, si a un paciente se le ha muerto un hijo y el terapeuta dice “entiendo cómo se siente” es posible que nos responda negativamente: “¡y usted que sabe!”. En este caso, sería mejor decir “entiendo que se sienta de este modo”.

Algunas técnicas que favorecen la elaboración de ideas, percepciones o emociones son:

- *Frases por repetición*: se trata de repetir una frase o palabra que centra la atención hacia un contenido concreto. Es una técnica sencilla y muy útil para que el paciente reflexione sobre ciertos aspectos de los que no se había dado cuenta, aunque no debe emplearse este recurso con excesiva frecuencia para que no parezca una burla o una recriminación. Ejemplo: si el paciente nos dice que ve peor por la tarde, nosotros repetimos “¿por la tarde?”.
- *Clarificación*: solicitar que se aclare algún aspecto: “¿qué entiende usted por...?” Se recomienda, al igual que antes, no abusar de este recurso para no dar la impresión de interrogatorio.
- *Señalamiento*: técnica potente que muestra al paciente emociones o conductas. “Veo que está preocupado”. Esto pone de manifiesto áreas de estrés, emociones o conductas.

En general, hay que tener en cuenta que, cuanto mayor sea el esfuerzo que hace el paciente en responder, más fiable será la información que proporcionará.

### 7.5.3. Fase final

Después de la exploración, el paciente esperará explicaciones sobre su estado y recomendaciones. A la hora de describir el problema detectado, conviene:

- Usar frases cortas.
- Utilizar vocabulario neutro, palabras de bajo contenido emocional. En la Tabla 7.1 se muestran algunos ejemplos de palabras emocionales y neutras utilizadas en el área de la medicina.

NEUTRAS	EMOCIONALES
Tumor	Cáncer
Permanente	Crónico
No se cura	Maligno
Nervioso	Neurótico
Apreensivo	Hipocondríaco

**Tabla 7.1.** Palabras neutras y emocionales del campo de la Medicina.

- Utilizar una dicción clara y una entonación adecuada: una persona que entona tiene cierta musicalidad y atrae la atención. Una voz monótona predispone a la pérdida de atención.
- Evitar palabras técnicas: traducir al lenguaje popular lo que se quiere decir, a pesar de que después se cite la palabra técnica: “usted tiene la vista cansada, lo que nosotros denominamos presbicia”.
- Complemento visual-táctil: utilizar gráficos de colores, diagramas o el tacto para explicar al paciente algún aspecto.
- Bidireccionalidad: permitir que el paciente participe, pudiendo interrumpir en cualquier momento: “¿conocía usted la miopía?”, “¿sabe qué es?”. Esta técnica permite conocer los prejuicios y expectativas de los pacientes sobre el diagnóstico y tratamiento y, así, será posible adaptar la información para que sea comprensible. También permite reconvertir ideas erróneas de los pacientes.
- Racionalidad: explicar el fundamento de la conducta propuesta: “las pastillas enzimáticas eliminan las proteínas de la lágrima depositadas en las lentes de contacto”.
- Ejemplificación: dar información mediante ejemplos de fácil comprensión: “tener astigmatismo quiere decir que la córnea, en lugar de ser redonda como un corte de naranja, se asemeja más a un corte de melón”.

Debe ser una técnica breve, clara y de escasa complejidad, sobre todo si se utiliza con gente mayor, niños o personas de poca cultura.

- Detallar las instrucciones y los cambios: explicar cuándo y cómo se deben realizar las medidas prescritas. La mayoría de los pacientes son incapaces de recordar más allá del 60% de la entrevista. Por eso, si hace falta, se recomienda proporcionar alguna instrucción por escrito.
- Asegurarnos de la comprensión de la información e instrucciones proporcionadas, evitando la sensación de examen o la infantilización: “¿lo ha entendido usted?” Conviene también percatarse de posibles déficits cognitivos del paciente que hagan inútil el esfuerzo de explicación. En este caso, hay que apoyarse en la familia.
- Evitar tener las manos en los bolsillos o bajo la mesa, no mantener contacto ocular suficiente, usar demasiados adaptadores o sonreír no sincrónicamente.

Finalmente, decir que como ópticos-optometristas tenemos el deber de esforzarnos en establecer una buena comunicación con nuestros pacientes y estar pendientes tanto de las claves verbales como no verbales que utilizamos nosotros y que utilizan ellos, pero ello no garantiza que realmente se establezca una buena comunicación terapéutica. Apuntamos algunas consideraciones a tener en cuenta y sobre las que reflexionar:

- Una correcta información no garantiza una conducta saludable por parte del paciente.
- Una persona no modifica sus hábitos de vida al decirle que son perjudiciales.
- Una persona que no hace caso a las recomendaciones no tiene por qué ser una persona mal informada.
- Muchas personas que han sido informadas correctamente manifiestan no haber recibido ninguna información sobre su problema.
- Se tiende a dar menos información a las personas de nivel socioeconómico bajo porque no suelen mostrar desacuerdo.

## **7.6. GESTIÓN DEL DESGASTE EMOCIONAL**

La práctica clínica da lugar a un desgaste emocional que comienza a ser evidente tras 5 años de ejercicio. Para evitar las reacciones emocionales de desgaste se recomienda reconocer las emociones negativas que la situación o la persona suscita en ese momento, metabolizarlas lo más prematuramente posible y desarticular la respuesta emocional negativa que pueda surgir, oponiéndole una creencia o pensamiento.

Un ejemplo puede ser el que se cita a continuación. Un paciente entra a la consulta del optometrista mientras tira sobre la mesa un estuche de lentes de contacto, a la vez que grita irritado (P paciente, O optometrista):

- p.e. P: “¡Estas nuevas lentillas que me prescribió por poco me dejan ciego!”  
 O: ¿Y cómo fue eso?  
 P: “Pues cuando llegué a casa tenía los ojos completamente rojos. Debería tener más cuidado antes de dar semejantes lentillas ¿no?”

Ante esta intervención, el optometrista nota una intensa emoción negativa, por lo injusto del ataque, y detecta que se está sintiendo arrastrado por la “sintonía negativa” del paciente. Lo correcto es reconocer esta emoción y oponer un pensamiento: “Si respondo a la agresividad con agresividad, cuando llegue a casa estaré nervioso y esta discusión afectará a mi vida privada; por consiguiente, debo mantenerme sereno”. Este pensamiento contrarresta la influencia del paciente y el profesional consigue mantener su propia sintonía emocional.



## 7.7. INTRODUCCIÓN A LA PSICOLOGÍA SOCIAL

Así como la Psicología (sin adjetivos) estudia y ayuda a la persona individual, la Psicología Social estudia las relaciones interpersonales y se preocupa para que éstas sean funcionales y positivas en el sentido de mejorar el bienestar de todos. No se debe confundir la Psicología Social con la Sociología. La Sociología estudia el comportamiento de los grupos y las organizaciones, mientras que la Psicología Social estudia el comportamiento de la persona dentro de los grupos y organizaciones, así como las interrelaciones que se establecen y la modificación, en un sentido positivo, tanto de los comportamientos como de las interrelaciones.

La Psicología Social trata muchos temas: la dinámica de grupos, la agresividad, el liderazgo, la amistad, etc. En esta asignatura sólo se tratarán superficialmente alguno de ellos, como son los procesos grupales y el altruismo, y los procesos atribucionales y sesgos.

### 7.7.1 Procesos grupales y altruismo

El comportamiento de algunas personas resulta muy sorprendente bajo determinadas circunstancias. Un ejemplo de ello es el síndrome de Estocolmo, según el cual personas que han sido víctimas de un secuestro o retenidas en contra de su propia voluntad desarrollan una relación de complicidad con quien les ha secuestrado. Otro ejemplo son las víctimas de las sectas, personas que padecen una alienación colectiva, política o social que las conduce a seguir un pensamiento único y sus consignas de conducta, perdiendo todo referente racional en sus acciones. La sorpresa que causaron estos comportamientos en los movimientos nazis de principios del siglo XX impulsaron el desarrollo de la Psicología Social: ¿por qué determinadas personas son capaces de tales comportamientos? ¿Qué hay que saber para ser y actuar como seres racionales y sociales y no como autómatas?

A pesar del desarrollo de la Psicología Social, existen comportamientos fascistas (autoritarios, agresivos y violentos) que se siguen produciendo en el siglo XXI. Sin embargo, en muchas ocasiones, las personas del grupo desconocen los mecanismos psicosociales que desencadenan sus propios comportamientos, mientras que sí son conocidos por los dirigentes del grupo, con lo cual la manipulación de comportamientos sociales resulta muy fácil. Así pues, es importante que todos conozcamos estos mecanismos para disfrutar de libertad de comportamiento y evitar la propia alienación y utilización.

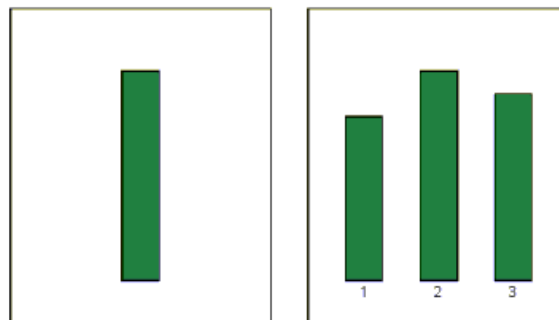
a) CONFORMIDAD CON EL GRUPO. El psicólogo humanista Abraham Maslow diseñó una pirámide para describir la jerarquía de las necesidades humanas (ver Tema 4, y figura 7.8). En su propuesta defiende que a medida que se satisfacen las necesidades más básicas (base pirámide), los seres humanos desarrollan necesidades y deseos más elevados (vértice pirámide).



Figura 7.8. Pirámide de Maslow.

Así, cuando las necesidades fisiológicas básicas están cubiertas (alimentación, etc) y las de seguridad (como tener una casa para no vivir en la calle), el siguiente peldaño de la pirámide está constituido por la necesidad de estimación, amor y pertenencia a grupo.

Esta necesidad instintiva de afecto es la que puede justificar el resultado de los experimentos de conformidad con el grupo de Salomon Asch. Se pidió a unos estudiantes que participaran en una “prueba de visión” aunque, en realidad, el experimento consistía en estudiar las condiciones que inducen a los individuos a permanecer independientes o a someterse a las presiones de grupo cuando éstas son contrarias a la realidad. Los participantes se reunían en una sala pero, de hecho, todos eran cómplices del experimentador excepto uno (el sujeto experimental verdadero). Se les preguntaba cuál era, a su juicio, la barra (1, 2 o 3) más parecida a la de muestra (situada a la izquierda), tal y como muestra la figura 7.9. La instrucción que seguían los cómplices era responder erróneamente que se trataba de la barra 3.



**Figura 7.9.** Barras del experimento de Asch.

Ante este hecho, algunos de los participantes verdaderos se mostraron molestos ante el hecho de quedar “en evidencia” si respondían correctamente, por lo que una proporción elevada de ellos (el 33%) se conformó con el punto de vista mayoritario de los otros si había al menos tres cómplices presentes. Cabe destacar que, si los cómplices no emitían un juicio unánime, era más probable que el sujeto verdadero disintiera. Asimismo, los sujetos que no estaban expuestos a la opinión de la mayoría no tenían ningún problema en dar la respuesta correcta.

b) OBEDIENCIA A LA AUTORIDAD. La obediencia a la autoridad está basada en el principio de jerarquía. Si no se respetase este principio, sería difícil que una sociedad funcionase, por lo que se ha convertido en uno de los pilares de las culturas. A nivel individual, la obediencia a la autoridad permite cierta protección al sujeto: el conocido argumento "sólo obedezco órdenes" protege de responsabilidades a los sujetos y disfraza de "sentido del deber" a posibles impulsos reprobables.

La causa de la obediencia es variable según las diferentes corrientes psicológicas. Así, el Psicoanálisis concluye que la causa de la obediencia está en el miedo a ejercer la libertad y en el miedo a la soledad. La Psicología Conductista postula que la obediencia es la conducta más reforzada desde la más tierna infancia, mientras que la desobediencia es la más castigada, por lo que se crea, poco a poco, algo similar a un reflejo condicionado hacia la obediencia. El enfoque de la Psicología Cognitiva pone el acento en las ideas irracionales consecuentes al sentimiento de culpa derivado del continuo castigo. En el terreno biologicista, la obediencia a la autoridad es considerada como una predisposición determinada genéticamente, aunque hay consenso en cuanto a que siempre, junto con la herencia biológica, hay participación del aprendizaje en toda conducta.

La necesidad de no ser rechazado por el grupo puede doblegar a los sujetos a la autoridad del mismo hasta extremos inhumanos y sádicos, como lamentablemente se ha visto en ocasiones en el comportamiento de algunos soldados hacia la población civil o en las torturas que reciben los prisioneros de algunas cárceles.

Como consecuencia del experimento de Asch, Stanley Milgram diseñó una investigación para evaluar la obediencia a la autoridad. El experimento consistió en que un sujeto experimental, de acuerdo con las "normas" recibidas por el experimentador, debía "castigar" mediante una descarga eléctrica los errores que cometiera un segundo sujeto, supuestamente experimental (en realidad era un cómplice) en un experimento de memoria. Las descargas aumentaban de voltaje cada vez que el sujeto se equivocaba. El experimentador informó de que en ningún caso las descargas podían causar la muerte del sujeto. Inicialmente, el experimentador provocaba descargas al cómplice que se equivocaba hasta tal punto que éste gritaba de dolor y pedía que lo sacaran de allí. Posteriormente, los voluntarios tomaban los mandos y aplicaban ellos mismos las descargas. Cuando preguntaban si podían abandonar su puesto, el experimentador les urgía a seguir en el experimento. El resultado fue que la mayoría (alrededor del 63 %) de los participantes llegó a aplicar la descarga máxima. En el transcurso de la pruebas, las reacciones de los voluntarios iban desde las risas nerviosas hasta la crispación o temblores. Pero, a pesar de ello, siguieron obedeciendo. Finalizados los experimentos, se informaba a los voluntarios de que no se dieron en ningún momento descargas reales al sujeto, puesto que éste era cómplice del experimentador. La sorpresa de la comunidad científica fue considerable, aunque las críticas se multiplicaron, tanto por posibles fallos en el diseño experimental como por la falta de ética que se desprendía de la situación humillante a la que se sometía a los voluntarios. Aún así, el experimento fue replicado en Europa y Australia, encontrándose porcentajes todavía más elevados de obediencia al experimentador, hasta alcanzar en algunos casos el 80 %.

Otro experimento criticado por sus defectos éticos fue el desarrollado por Philip Zimbardo en 1971. De forma aleatoria, seleccionaron un grupo de estudiantes que debían desempeñar el rol de guardias, mientras que otro grupo tenían que representar el rol de presos. A los guardias se les proporcionó uniforme y símbolos agresivos que ellos mismos habían escogido en un almacén militar (botas altas, cinturones gruesos con hebillas metálicas, gafas de espejo...). Los guardias asistieron a una breve reunión de orientación, pero no se les proporcionaron otras reglas explícitas aparte de la prohibición de ejercer la violencia física con los presos. Se les dijo que era su responsabilidad dirigir la prisión, lo que podían hacer de la forma que creyesen más conveniente. Los estudiantes que ejercían de presos no recibieron ninguna instrucción, pero fueron detenidos en sus casas y, en la prisión ficticia, vestidos con batas (sin ropa interior), una media de nylon en la cabeza y un brazalete en el tobillo. Rápidamente los guardias desarrollaron actitudes autoritarias, humillantes y agresivas hacia sus compañeros que representaban el papel de presos. Éstos, por contra, padecieron una caída radical de su autoestima, depresión y muchos otros síntomas psicósomáticos. El experimento se complicó tanto que Zimbardo tuvo que suspenderlo antes de completar la primera semana de las tres previstas. Pasados muchos años, cuando aquellos estudiantes ya eran personas maduras, la mayoría padres de familia, los citaron nuevamente: tanto los que ejercieron de guardias como los que ejercieron de prisioneros mantenían todavía secuelas psíquicas y comportamentales como consecuencia de aquella experiencia. El resultado del experimento demuestra la obediencia de la gente cuando se le proporciona una ideología legitimadora y un apoyo institucional. En otras palabras, se supone que fue la situación la que provocó la conducta de los participantes y no sus personalidades individuales. De esta forma, los resultados serían compatibles con los del experimento de Milgram.

La comunidad psicológica internacional ha prohibido que actualmente se realicen experimentos de este tipo.

c) **DISONANCIA COGNITIVA.** El concepto de disonancia cognitiva hace referencia a la tensión o disarmonía interna del sistema de ideas, creencias, emociones y actitudes (cogniciones) que percibe una persona al mantener al mismo tiempo dos pensamientos que están en conflicto, o por un comportamiento que entra en conflicto con sus creencias. El concepto fue formulado por primera vez en 1957 por el psicólogo norteamericano Leon Festinger, quien afirmó que *“las personas no soportamos mantener al mismo tiempo dos pensamientos o creencias contradictorias, y automáticamente, justificamos dicha contradicción, aunque para ello sea necesario recurrir a argumentaciones absurdas”*. La teoría de Festinger plantea que, al producirse esta incongruencia o disonancia de manera muy apreciable, la persona se ve automáticamente motivada para generar ideas y creencias nuevas que reduzcan la tensión hasta conseguir que el conjunto de sus ideas y actitudes tengan una cierta coherencia interna; es decir, la persona busca una autojustificación. Por ejemplo, en ocasiones las personas podemos vernos involucradas en acciones rechazables desde el punto de vista de nuestros valores y creencias, como guerras, muertes o torturas, lo que nos obliga a apelar a valores superiores que justifiquen nuestra actitud: la defensa de la Patria, evitar males mayores, etc.

Festinger llama cogniciones al conocimiento que una persona tiene sobre sus sentimientos, su conducta o su entorno. Son creencias, pues la persona las entiende como reales. Dos cogniciones son *irrelevantes* si no tienen que ver entre sí. Por ejemplo, el conocimiento de que fumar perjudica es irrelevante para el conocimiento de que es útil saber idiomas. Por su parte, las cogniciones *relevantes* pueden ser *consonantes* cuando al considerarlas aisladamente, de una se deriva la otra (*“sé que fumar perjudica y no fumo”*), y *disonantes*, cuando los elementos de conocimiento no concuerdan (*“sé que fumar perjudica pero fumo”*).

La magnitud de la disonancia es el grado de tensión psicológica asociado a la disonancia. Esta magnitud depende de dos factores: la proporción de cogniciones disonantes en relación a las cogniciones consonantes, y la importancia de cada una de estas cogniciones para la persona.

Así, es posible plantear que la magnitud de la disonancia (*D*, o *razón de la disonancia*) depende del número e importancia de las cogniciones disonantes con la conducta en cuestión (*Cd*) y del número e importancia de las cogniciones consonantes con la conducta en cuestión (*Cc*):

$$D = \frac{Cd}{Cd + Cc}$$

Aplicando esta razón de disonancia se deduce que, si se mantiene constante *Cc*, la disonancia será mayor al aumentar *Cd*, mientras que si se mantiene constante *Cd*, la disonancia será menor al aumentar *Cc*. Según esta teoría, la disonancia, al igual que sucede con el hambre o con la frustración, tiene un componente de activación fisiológica que produce sensaciones adversas, lo que motiva al cambio para buscar la coherencia y reducir tales sensaciones.

La disonancia puede reducirse de diferentes formas:

- Cambiando la conducta (*“dejo de fumar”*) o cambiando las creencias (*“fumar no es tan malo”*).
- Cambiando la importancia otorgada a los elementos, de forma que se considere que son más importantes las creencias que apoyan la conducta elegida (*“fumar me provoca placer”* vs. *“fumar daña mi salud”* o *“disfrutar de la vida es más importante que la salud”*).
- Buscando y añadiendo nuevas cogniciones que sean consonantes con la conducta elegida (*“tal persona con 65 años fuma y está muy sano”*; *“si prohíben el tabaco es por intereses políticos”*).

El modo más habitual para reducir la disonancia cognitiva es cambiar las cogniciones o actitudes y no la conducta en sí. El cambio en las cogniciones será más probable:

- Cuando la conducta disonante es ya inevitable.
- Cuando la conducta consonante es muy difícil de llevar a cabo para la persona.
- Cuando la conducta disonante es muy satisfactoria (salvo porque provoca disonancia).
- Cuando la conducta consonante supone grandes costes.
- Cuando la conducta disonante no está bajo el control de la persona.

El grupo social puede servir para reducir la disonancia cambiando la opinión propia de una persona que está en desacuerdo, de forma que acabe correspondiendo con el conocimiento de la mayoría. Sin embargo, hay que tener en cuenta algunas variables que afectan a la *magnitud* de la disonancia creada por el desacuerdo con los otros en el seno de un grupo: por un lado, a medida que existen elementos objetivos que son consonantes con la opinión o creencia propia, la expresión de desacuerdo en el seno del grupo producirá una magnitud menor de disonancia.

- p.e. Si la mayoría de miembros de un grupo opina que el calentamiento global del planeta no es un problema grave y que sus consecuencias serán ínfimas pero un sujeto posee abundante documentación científica sobre las consecuencias de este fenómeno, podrá expresar su desacuerdo con la opinión mayoritaria del grupo de forma justificada, lo que le causará un grado pequeño de disonancia.

Por otro lado, cuanto más grande sea el número de personas que sabemos que están de acuerdo con nuestra opinión, menor será la magnitud de la disonancia introducida por la expresión de desacuerdo de otra persona del grupo. Otro factor que influye en la magnitud de la disonancia es la importancia de los elementos cognoscitivos relacionados con ella, puesto que cuánto más importantes sean, más grande será la magnitud de la disonancia.

d) **CONDUCTA PROSOCIAL Y ALTRUISMO.** La *conducta prosocial* es aquella que se realiza voluntariamente con la finalidad de beneficiar a otros o por sus consecuencias sociales positivas. Algunos ejemplos serían trabajar como voluntario en una ONG, pagar impuestos o prestar ayuda en situaciones de emergencia. Por otra parte, si la conducta voluntaria implica algún coste para el emisor, se denomina *altruismo*. Para que un acto sea considerado altruista debe cumplir tres condiciones:

- que la conducta sea emitida voluntariamente
- que el receptor se beneficie de alguna forma con la acción del benefactor
- que el emisor el acto deba soportar algún coste para beneficiar al otro

Esta última condición es la que diferencia el altruismo de la conducta prosocial. Así, una conducta voluntaria que suponga un beneficio para otro será prosocial, pero sólo será altruista si, además, implica algún coste para el autor. Toda conducta altruista es prosocial, aunque no toda conducta prosocial es altruista (tabla 7.2).

<b>CONDUCTAS PROSOCIALES</b>	<b>CONDUCTAS ALTRUISTAS</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hacer algo por alguien sabiendo que obtendremos algún beneficio.</li> <li>• Revelar nuestra identidad cuando llevamos a cabo algún tipo de ayuda.</li> <li>• Llevar a cabo acciones peligrosas calculando los beneficios.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hacer algo por alguien sin esperar nada a cambio.</li> <li>• Ocultar nuestra identidad cuando llevamos a cabo algún tipo de ayuda.</li> <li>• Arriesgar la vida, espontáneamente, por un grupo o persona.</li> </ul>

**Tabla 7.2.** Comparación entre conductas prosociales y altruistas.

Las personas que ejecutan estas conductas pueden obtener recompensas internas en forma de autosatisfacción, autoestima, etc. Este hecho es deseable, puesto que éstas son impulsoras de la conducta altruista, siempre positiva.

Las teorías sobre la conducta prosocial se basan fundamentalmente en los siguientes planteamientos:

- Existe en los seres humanos un sentimiento natural de benevolencia, de simpatía y humanidad opuesto al propio interés, llevándonos a actuar en favor de los otros (postura de Confucio, Hume, Rousseau o Schopenhauer).
- El fundamento de la moral es actuar de acuerdo con un imperativo racional y categórico. Esta idea se formula como una exigencia, que Kant denomina «el imperativo categórico» o, en términos más generales, la Ley Moral. Su versión más conocida dice así: «obra sólo según la máxima que quieras que se convierta en una ley universal». Un ejemplo de uso de imperativo categórico para un sujeto sería ayudar a los demás, ya que se trata de una acción que desearía también para consigo mismo. Del mismo modo, un sujeto no puede querer como ley universal el prometer en falso y, por lo tanto, la máxima de prometer en falso está moralmente prohibida. En definitiva, se resalta el papel de la razón en la base del comportamiento altruista. El enfoque cognitivo se centra en el razonamiento moral, en lo que las personas piensan cuando deciden si un comportamiento es correcto o no, por lo que postulan que el ser humano encuentra razones para ejecutar la conducta altruista.
- El fundamento de la moral es el egoísmo. Es la postura defendida por Hobbes, quien afirma que los seres humanos son originalmente egoístas y precisan de grandes controles sociales porque, en condiciones naturales, sólo buscan su interés. La preocupación por los otros se basa en los beneficios que la acción prosocial aporta.
- Según la teoría psicoanalítica tradicional, no existen originalmente motivaciones altruistas y, si las personas realizan conductas aparentemente altruistas, lo hacen motivadas por sentimientos de culpa, por tendencias autodestructivas o para resolver conflictos internos.

Así pues, en la historia hay dos tradiciones: una dice que el altruismo es parte de la naturaleza humana porque las personas están motivadas afectiva o racionalmente para actuar a favor de los otros, mientras que la otra afirma que no se puede hablar de altruismo, ya que la auténtica motivación es el interés propio.

Según la teoría del aprendizaje, las conductas prosociales son aprendidas a través de los mecanismos de condicionamiento clásico y operante. Las personas aprenderán a comportarse prosocialmente si este tipo de conducta se recompensa de manera continua.

Para la corriente etológica, orientada a descubrir y explicar los recursos conductuales que han permitido la adaptación de cada especie a su ambiente, el comportamiento altruista puede considerarse una manifestación de las estrategias eficaces para la supervivencia que forman parte del potencial genético del ser humano. Las conductas altruistas no son exclusivas de los humanos: hormigas, abejas, cebras, pingüinos, babuinos, etc, muestran conductas en las cuales los individuos pueden llegar a morir por el bien del resto del grupo.

### **7.7.2. Procesos atribucionales y sesgos**

Los procesos de atribución son el conjunto de explicaciones que las personas aportan sobre la conducta social (lo que la propia persona hace y lo que hacen los otros miembros de la sociedad o del grupo) y se relacionan con las causas percibidas sobre los acontecimientos, que no siempre coinciden con las causas reales. Las descripciones/percepciones de un mismo suceso pueden variar según el individuo observador y, en ocasiones,

revelan prejuicios sociales. Las atribuciones tienen consecuencias en los planos cognitivo y emocional, e influyen en las expectativas y en la conducta de las personas.

#### a) TEORÍAS ATRIBUCIONALES

- *Teoría de la psicología ingenua de la acción (Heider)*. Según ella, las personas utilizan el sentido común para explicar las conductas, valorando dos aspectos: las características personales y las características ambientales (como la dificultad de la tarea). Según lo que tenga más peso, las personas realizan una atribución situacional (externa o ambiental) o una atribución personal (interna o disposicional). Un ejemplo sería el de un sujeto que obtiene un 10 en un examen y atribuye a sus capacidades el resultado (“he estudiado mucho y me lo sabía todo muy bien”): se trataría de una atribución interna. Sin embargo, el profesor atribuye el resultado a que el examen era demasiado fácil, dado que muchos estudiantes han obtenido la misma nota. Ello sería un ejemplo de atribución externa o situacional.
- *Teoría de las inferencias correspondientes (Jones y Davis)*. Esta teoría representa una tentativa de conceptualizar cómo los individuos realizan inferencias sobre las intenciones de las personas y también sobre su carácter. Se utiliza el comportamiento de los otros para inferir rasgos o características que los acompañan de una situación a otra y que permanecen básicamente estables en el tiempo. Sin embargo, en muchas ocasiones el comportamiento de los sujetos no es libremente escogido sino que responde a demandas externas, como el caso de una cajera de un supermercado que no acepta un cheque. Aunque se podría inferir que esa persona es desconfiada, su comportamiento puede simplemente responder a las políticas de la empresa. Para solucionar este aspecto, las personas focalizamos nuestra atención en las acciones que proporcionan mayor información, que son las siguientes:
  1. Conductas que parecen haber sido escogidas libremente (para atribuir intención, el observador debe creer que el actor conocía las consecuencias de su acción y tenía la capacidad para llevarla a cabo).
  2. Conductas que producen efectos no comunes (para saber por qué un comprador escoge la leche A en lugar de la B, el principio de los efectos no comunes indica que todas aquellas características comunes a A y B no aportarán ninguna información destacada a la hora de responder a la pregunta: serán sólo los aspectos diferenciales de ambas marcas de leche los que servirán para elegir, como el precio o la capacidad del envase).
  3. Conductas de baja deseabilidad social (el comportamiento de las personas ejecutando estas conductas permite hacer más inferencias correspondientes).
- *Teoría de covariación (Kelley)*. Esta teoría explica la atribución causal de los sucesos cuando disponemos de diversas informaciones referidas al sujeto. Concretamente, según esta teoría, las personas atendemos a tres dimensiones de la conducta denominadas consenso, distintividad, y consistencia. El *consenso* se refiere a la similitud de comportamientos entre distintas personas ante un estímulo o situación determinada. La *distintividad* hace referencia a si la conducta del individuo es similar ante cualquier tipo de estímulo o situación, o no. Finalmente, la *consistencia* tiene que ver con si el comportamiento de la persona es similar ante el mismo estímulo o situación, en otras circunstancias y momentos. En función de los tres factores, las personas atribuiremos la causa de los sucesos al sujeto, al estímulo o a las circunstancias.

p.e. Al volver del trabajo, vemos como nuestro vecino Juan le da una patada a un perro callejero.

La tabla 7.3 muestra las combinaciones posibles entre consenso, distintividad y consistencia que nos permitirán determinar la causa de tal conducta.

PATRÓN 1	Bajo consenso	Nadie más pega a ese perro	<b>Atribución a la PERSONA</b>  <i>Juan es una persona que no da buen trato a los perros</i>
	Baja distintividad	Juan pega a otros perros	
	Alta consistencia	Juan pega a ese perro a menudo	
PATRÓN 2	Alto consenso	Todos pegan a ese perro	<b>Atribución al ESTÍMULO</b>  <i>Aunque a Juan no le desagradan los perros, pega a éste porque otros lo hacen</i>
	Alta distintividad	Juan no pega a otros perros	
	Alta consistencia	Juan pega a ese perro a menudo	
PATRÓN 3	Bajo consenso	Nadie más pega a ese perro	<b>Atribución a las CIRCUNSTANCIAS</b>  <i>Juan ha pegado al perro porque le ha intentado morder</i>
	Alta distintividad	Juan no pega a otros perros	
	Baja consistencia	Juan no pega a ese perro normalmente	
PATRÓN 4	Bajo consenso	Nadie más pega a ese perro	<b>Atribución a la PERSONA por el ESTÍMULO</b>  <i>Aunque a Juan no le desagradan los perros, pega a éste porque no lo soporta</i>
	Alta distintividad	Juan no pega a otros perros	
	Alta consistencia	Juan pega a ese perro a menudo	

**Tabla 7.3.** Combinación de consenso, distintividad y consistencia y atribución correspondiente, según la teoría de la covariación de Kelley.

Según la teoría de la covariación de Kelley, los sujetos actuamos como científicos principiantes buscando la covariación entre consenso, distintividad y consistencia. Parece que la distintividad es la variable más importante, mientras que el consenso es la menos relevante en el proceso de atribución.

b) **SESGOS ATRIBUCIONALES.** Como se ha visto, las personas atribuyen las causas de los comportamientos que muestran los demás y ellas mismas al propio sujeto (internas) o a la situación (externas). En general, las personas tendemos automáticamente a hacer atribuciones que nos favorecen o interesan, de forma que no son considerados todos los factores y, por lo tanto, el resultado final está sesgado. A continuación se presentan algunos de los sesgos atribucionales más conocidos:

- **Sesgo de tendencia confirmatoria o profecía autocumplida:** es el proceso según el cual se selecciona sólo la información que confirma las expectativas previas. Por ejemplo: si un profesor piensa que en clase hay algunos alumnos más interesados en lo que explica (expectativas), les prestará más atención y, así, buscará confirmar lo que piensa, es decir, que están más interesados.
- **Sesgo de tendencias egocéntricas:** consiste en sobrevalorar nuestra contribución en un éxito respecto a la de los otros. Nos atribuimos la mayor parte de la responsabilidad de una causa positiva. El profesor del ejemplo anterior, ante unos buenos resultados en los exámenes puede pensar que se



explica muy bien, sin tener en cuenta en su valoración que los alumnos a lo mejor han estudiado mucho, o que ha puesto un examen muy fácil.

- *Sesgo de error fundamental de atribución*: es la tendencia general a dar más importancia a las causas disposicionales del individuo que a las causas situacionales. Esto puede ocurrir porque a nivel perceptivo se esté más pendiente de la persona que de la situación y también porque, a nivel cultural y social, se tiende a pensar que vivimos en un mundo “justo” donde “cada uno tiene lo que se merece”. Por ejemplo, hay quien piensa que los indigentes lo son porque “algo habrán hecho para llegar a estos extremos: es su responsabilidad”.
- *Falso consenso*: el falso consenso se produce cuando creemos que nuestra opinión es compartida por los demás. En un experimento se pidió a un grupo de estudiantes que llevaran una pancarta por el campus defendiendo una causa determinada. Los que aceptaron llevarla estimaron que el 60% del resto de estudiantes también estarían dispuestos a llevar la pancarta, mientras que los que rechazaron llevarla estimaron que sólo un 33% del resto de estudiantes querrían hacerlo.
- *La apelación a la novedad (argumentum ad novitatem)*: es una falacia lógica que sostiene que una idea es correcta o mejor simplemente por ser más moderna. Un ejemplo podría ser la atribución de veracidad a la información hallada en Internet.
- *Efecto Bandwagon o efecto de arrastre*: Es la tendencia a hacer (o creer) cosas porque muchas otras personas hacen (o creen) esas cosas.
- *Deformación profesional*: Es la tendencia a mirar las cosas de acuerdo con las convenciones surgidas de la propia profesión, obviando cualquier otro punto de vista más amplio.
- *Efecto de cesión*: Es la tendencia de las personas a dar más valor a algo tan pronto como lo poseen.
- *Ilusión del control*: Es la tendencia del ser humano a creer que puede controlar o al menos influir en las consecuencias o resultados que claramente no puede controlar ni influir.
- *Defensa de status*: Cuando una persona se considera con cierto status tenderá a negar y a defenderse de cualquier comentario que lo contradiga, incluso recurriendo al autoengaño.

### **c) Estilos atribucionales**

Un estilo atribucional es una pauta estable y habitual de los sujetos a responder a cuestiones sobre causalidad. No es un sesgo temporal sino estable y consistente en cada persona. Básicamente hay dos estilos atribucionales:

- *Estilo atribucional egótico o egoprotector*: las cosas que han salido bien se atribuyen a una causa interna, pero si se trata de fracasos se atribuyen a una causa externa (p.e. “he aprobado” o “me han suspendido”). Este estilo atribucional es un medio para buscar aprobación social y para aumentar la autoestima y aparece menos frecuentemente en sujetos depresivos. Para que funcione el estilo egótico los resultados negativos de las acciones deben atribuirse a causas plausibles y creíbles (no a un influjo divino, por ejemplo), deben ser difíciles de contradecir, no tiene que ser probable que el sujeto

pase por la misma situación en un futuro y la persona no debe aparentar falsa modestia ante los otros porque, si se nos “ve el plumero”, la aceptación social puede quedar frustrada.

- *Estilo atribucional insidioso*: Seligman realizó un famoso experimento en el que unos perros debían realizar un aprendizaje de evitación de una situación aversiva (una descarga eléctrica) mediante la ejecución de una conducta concreta (pulsión de una palanca) ante un estímulo (luz) que anunciaba el castigo inminente. Dividió a los perros en dos grupos: los que pulsando la palanca se libraban del castigo y los que no podían evitar del castigo mediante ninguna conducta. El resultado de este experimento fue que en los perros del segundo grupo que sufrían el castigo con independencia de su conducta (pulsión o no de la palanca) se desarrolló un estado de pasividad y una posterior dificultad para aprender relaciones de contingencia entre las conductas y los refuerzos derivados de ella. A este experimento se le denomina de *indefensión aprendida*. Basándose en estos resultados, el mismo autor propuso que existen tres dimensiones de juicio en las atribuciones: interna/externa (causa situada en sí mismo o en factores externos), global/específica (la causa de la conducta afecta solamente a una situación o a varias) y estable/inestable (la atribución persiste en el tiempo o no).

El estilo insidioso se caracteriza porque, en caso de éxito, se realiza una atribución externa, específica e inestable, mientras que en caso de fracaso se hace una atribución interna, global y estable. El estilo insidioso es, por lo tanto, típico de los sujetos depresivos que presentan déficits motivacionales (tienen dificultad para iniciar acciones), cognitivos (dificultad para adquirir nuevos aprendizajes), emocionales (humor depresivo, que es un estado emocional poco intenso pero prolongado en el tiempo) y baja autoestima. Es decir, en el perfil depresivo se produce una sobregeneralización de conclusiones negativas globales a partir de sucesos concretos y específicos, una maximización de la importancia de los sucesos negativos y una minimización de las experiencias positivas.

## BIBLIOGRAFÍA

- Davis, F. *La comunicación no verbal*. Alianza Editorial, 2010
- Poyatos, F. *La comunicación no verbal II. Paralenguaje, Kinésica e Interacción*. Ediciones Istmo, (1994)
- Mínguez-Vela, A. *Comunicación global*. Editorial ESIC (1999)
- Rojí, M.B. *La entrevista terapéutica. Comunicación e interacción en Psicoterapia*. UNED (1997)
- Jiménez, F. *La práctica del consejo psicológico*. ECU (2004)
- Othmer, E., Othmer, S.C. *La entrevista clínica. Tomo II: El paciente difícil*. Masson (2003)
- Santos, M. *Obediencia a la autoridad. Algunas aportaciones desde la Psicología*. Cuadernos África, América Latina, "Militarismo global, antimilitarismo y desobediencia global", nº 39 (2003)
- Moñivas, A. *La conducta prosocial*. Cuadernos de trabajo social, 9: 125-142 (1996)
- Moscovici, S. *Psicología Social II. Pensamiento y vida social. Psicología social y problemas sociales*. Paidós (1985)
- Sabucedo, J.M., D'Adamo, O., García Beaudoux, V. *Fundamentos de Psicología Social*. Siglo Veintiuno Editores (1997)
- Polaino-Lorente, A. (Dir). *Fundamentos de Psicología de la Personalidad*. Rialp (2003)