

UNIVERSITAT DE LES ILLES BALEARS

DEPARTAMENT DE PSICOLOGÍA

Habilidades sociales en enfermería:

Propuesta de un programa de intervención.

---

---

---

ANTONIA PADES JIMÉNEZ

2003

UNIVERSITAT DE LES ILLES BALEARS

DEPARTAMENT DE PSICOLOGÍA

Habilidades sociales en enfermería:

Propuesta de un programa de intervención

Memoria presentada por Antonia Pades Jiménez, dirigida por la Dra. Victoria A. Ferrer Pérez, para optar al grado de Doctora en Psicología.

Palma de Mallorca, diciembre de 2003.



**Universitat de les  
Illes Balears**

Dra. Dña. Victoria A. Ferrer Pérez, profesora titular de Psicología del área de Psicología Social del Departamento de Psicología de la Universitat de les Illes Balears.

INFORMA: que el trabajo de investigación “Habilidades sociales en enfermería: Propuesta de un programa de intervención”, ha sido realizado por Dña. Antonia Pades Jiménez bajo la dirección de la que suscribe. Y, una vez examinada la memoria, autoriza la presentación de este trabajo para aspirar al grado de Doctora en Psicología y para que pueda leerse, defenderse y calificarse en su momento.

Y para que conste, firma este informe en Palma de Mallorca a 15 de diciembre de dos mil tres.

Victoria A. Ferrer Pérez.

## Agradecimientos

*A los alumnos de enfermería por su entusiasmo, frescura, colaboración y atención.*

*A los profesionales asistenciales que de manera desinteresada participan a pesar de su cansancio.*

*A las alumnas colaboradoras, Maria del Mar Fernández y Maria del Mar Tomás, que sin ellas los datos se hubiesen perdido.*

*A todas mis maestras (enfermeras y psicólogas), ahora compañeras que me enseñan día a día.*

*A los míos, por su apoyo incondicional y cariño que han permitido que esto se llevará a cabo, Y*

*A la directora de este proyecto Dra. Victoria A. Ferrer, por su dedicación, entusiasmo y sobre todo por haber compartido conmigo todos esos “buenos y malos momentos”.*

## Índice.

	<b>Página</b>
<b>PRESENTACIÓN Y JUSTIFICACIÓN.</b>	1
<b>I. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.</b>	12
<b>1.- Las Habilidades Sociales Básicas.</b>	13
1.1.- Introducción.	13
1.2.- Orígenes históricos en el estudio de las habilidades sociales.	15
1.3.- Concepto de Habilidad Social.	18
1.4.- Principios teóricos subyacentes al estudio de las habilidades sociales.	25
1.5.- Los modelos teóricos explicativos.	26
1.5.1.- Modelo psicosocial básico de las habilidades sociales de Argyle y Kendon (1967)	27
1.5.2.- Modelo de Bandura (1987): Teoría del Aprendizaje Social.	29
1.5.3.- Modelos Interactivos o interaccionistas de las habilidades sociales.	32
1.5.3.1.- Modelo de McFall (1982).	36
1.5.3.2.- Modelo de Trower (1982).	41
1.6.- Componentes de las habilidades sociales.	46
1.6.1.- Componente conductual y verbal.	48
1.6.2.- Componente cognitivo.	51
1.6.3.- Componente fisiológico.	54
1.6.4.- Componente situacional o ambiental.	55
1.7.- Formación y mantenimiento de las habilidades sociales.	57
1.8.- Etiología de los déficits en habilidades sociales.	59
1.9.- Evaluación de las habilidades sociales.	62
<b>2.- El entrenamiento en habilidades sociales (EHS).</b>	77
2.1.- Introducción.	77
2.2.- El entrenamiento en habilidades sociales. Concepto.	77
2.3.- Características generales del entrenamiento en habilidades sociales.	80
2.4.- Pasos para desarrollar un entrenamiento en habilidades sociales: preparación y aplicación.	83
2.5.- Diferentes técnicas utilizadas en el entrenamiento en habilidades sociales.	89
2.6.- Variantes en el entrenamiento en habilidades sociales.	99
2.7.- Ámbitos de aplicación del entrenamiento en habilidades sociales.	100
2.8.- Peligros, críticas y sugerencias de mejora en el entrenamiento en habilidades sociales.	101
<b>3.- La aplicación del entrenamiento en habilidades sociales a profesionales sanitarios</b>	106
3.1.- Introducción.	106
3.2.- El entrenamiento en habilidades sociales en profesionales sanitarios/as.	111
3.3.- El entrenamiento en habilidades orientadas a la mejora de la relación entre el/la profesional de enfermería y el/la usuario/a.	114
3.3.1.- El entrenamiento en habilidades sociales para mantener una relación satisfactoria con el/la usuario/a.	114
3.3.1.1.- Habilidades sociales de carácter general.	116
3.3.1.2.- Habilidades sociales específicas o concretas.	122
3.3.2.- El entrenamiento para dotar al/la usuario/a con determinadas habilidades.	125
3.4.- El entrenamiento en habilidades orientados a la mejora de la relación con los/as profesionales del equipo.	126
3.5.- La aplicación de entrenamiento en habilidades sociales a profesionales de enfermería: Resultados empíricos.	129

<b>4.- A modo de resumen.</b>	142
<b>II. MÉTODO.</b>	145
<b>1.- Objetivos del estudio.</b>	146
<b>2.- Hipótesis.</b>	148
<b>3.- Diseño de la investigación.</b>	149
<b>4.- Características de la muestra.</b>	151
4.1.- Formación de la muestra: Criterios de inclusión y exclusión para los diferentes grupos.	151
4.2.- Descripción de la muestra de estudio.	153
4.2.1.- Descripción de la muestra de Alumnado.	155
4.2.1.1.- Descripción del grupo Alumnado con Intervención (AI)	157
4.2.1.2.- Descripción del grupo Alumnado Control (AC).	160
4.2.2.- Descripción de la muestra de Profesionales.	163
4.2.2.1.- Descripción del grupo Profesionales con Intervención (PI)	168
4.2.2.2.- Descripción del grupo Profesionales Control (PC).	172
4.3.- Comentarios en relación a las características de la muestra de estudio.	175
<b>5.- Descripción del programa de entrenamiento en habilidades sociales empleado.</b>	178
5.1.- Fase Inicial. Construcción de un Programa de entrenamiento en habilidades sociales diseñado para alumnos/as de enfermería.	178
5.2.- Programa de entrenamiento en habilidades sociales diseñado para alumnos/as de enfermería (EHS-ae).	181
5.3.- Programa de entrenamiento en habilidades sociales diseñado para profesionales de enfermería (EHS-pe).	203
<b>6.- Variables e instrumentos.</b>	214
6.1.- Variables estudiadas.	214
6.2.- Instrumentos.	216
<b>7.- Procedimiento.</b>	224
<b>8.- Análisis de datos.</b>	229
<b>III. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.</b>	230
<b>1.- Análisis descriptivo de las habilidades sociales en la muestra estudiada. Medida pre.</b>	230
1.1.- Análisis descriptivo de las habilidades sociales en el alumnado. Medida pre.	240
1.2.- Análisis descriptivo de las habilidades sociales en los/as profesionales. Medida pre.	249
<b>2.- Comparación de medias en habilidades sociales. Medida pre.</b>	249
2.1.- Comparación de medias en habilidades sociales entre el alumnado. Medida pre.	260
2.2.- Comparación de medias en habilidades sociales entre el alumnado según el momento en que se realizó la intervención. Medida pre.	262
	269

2.3.- Comparación de medias en habilidades sociales entre los/as profesionales. Medida pre.	272
2.4.- Comparación de medias en habilidades sociales entre los grupos con intervención y control. Medida pre.	
2.5.- Comparación de medias en habilidades sociales entre el alumnado y el colectivo de profesionales. Medida pre.	275
<b>3.- El efecto del entrenamiento en habilidades sociales. Comparación entre la medida pre y la medida post.</b>	275 302
3.1.- El efecto del entrenamiento en habilidades sociales en el alumnado.	327
3.2.- El efecto del entrenamiento en habilidades sociales en los/as profesionales.	327
<b>4.- Análisis de los percentiles obtenidos.</b>	338
4.1.- Análisis de los percentiles obtenidos para el alumnado.	351
4.2.- Análisis de los percentiles obtenidos para los/as profesionales.	365
<b>IV. CONCLUSIONES.</b>	396
<b>V. REFERENCIAS.</b>	
<b>VI. ANEXOS.</b>	397
<b>ANEXO I:</b>	418
<b>Memoria del EHS impartido durante el curso 1999-2000</b>	422
<b>ANEXO II:</b>	
<b>Memoria curso Entrenamiento en habilidades sociales. Hospital Son Dureta.</b>	
<b>ANEXO III:</b>	426
<b>“Escala Habilidades Sociales” EHS (Gismero, 2000) y cuestionario variables sociodemográficas, profesionales y académicas.</b>	428
<b>ANEXO IV:</b>	
<b>Parrilla de observación: Valoración de las habilidades de interacción.</b>	438
<b>ANEXO V:</b>	
<b>FOTOGRAFÍAS REALIZADAS DURANTE EL EHS-ae</b>	
<b>ANEXO VI:</b>	
<b>ÍNDICE DE FIGURAS, CUADROS, TABLAS Y GRÁFICAS.</b>	

## **Resumen**

Los/as profesionales de enfermería constituyen uno de los colectivos que sufre más altos niveles de estrés y burnout. Los efectos del estrés dependen de diferentes factores, entre ellos las habilidades, capacidades y recursos con los que cuente la persona (alumno/a y profesional) para hacer frente a las condiciones potencialmente estresoras. El dotar tanto al alumnado como a los profesionales de enfermería de herramientas útiles (Habilidades Sociales) para sentirse más seguros, buscar apoyo social y poder así paliar y prevenir la respuesta de estrés, ha sido lo que despertó el interés inicial por esta investigación.

El propósito general es evaluar la eficacia de un programa de entrenamiento en habilidades sociales (EHS), diseñado y dirigido a alumnos/as de tercer curso de enfermería (EHS-ae) de la Universitat de les Illes Balears y a profesionales de enfermería (EHS-pe) del área de primaria y especializada de Mallorca. Se espera que tras su aplicación a nivel general se produzca una mejora de la competencia social, aumentando la autoconfianza, y contribuyendo al desarrollo de habilidades sociales (HH.SS.) motoras y cognitivas tanto específicas como generales, orientadas al desempeño adecuado del rol profesional, así como preparar para una comunicación efectiva con el/la usuario/a, familia y equipo de trabajo.

Para ello, ha sido necesaria la evaluación de las habilidades sociales (HH.SS.) antes y después de la aplicación de los respectivos programas en ambos colectivos a través de la Escala de Habilidades Sociales (Gismero, 2000) y contar con grupos control para realizar comparaciones. Se trata de un diseño de grupo control con medidas pre y postratamiento en el que se estudian cuatro grupos (Alumnado con Intervención, Alumnado Control, Profesionales con Intervención y Profesionales Control).

La muestra total de estudio han sido 377 sujetos, 314 alumnos/as y 63 profesionales, con una edad media de 25,99 años (SD=9,05) y siendo el 74,3% mujeres. El Alumnado se divide en 282 sujetos (Alumnado con Intervención) y 82 (Alumnado Control). Los Profesionales con Intervención son 44 sujetos y 19 pertenecen al grupo Profesionales Control.

Los programas de EHS utilizados son de corta duración (tipo seminario) y contienen ejercicios estructurados y agrupados en diferentes categorías de respuesta, permitiendo flexibilidad y adaptándose a las características de ambos colectivos. La aplicación del EHS-ae se llevó a cabo, después de su pilotaje, durante los cursos 2000-2001, 2001-2002 y 2002-2003, y la del EHS-pe durante Febrero y Junio de 2002.

Los resultados obtenidos indican que sólo los sujetos sometidos a condiciones de entrenamiento (Alumnado) mejoraron su ejecución como lo demuestran las respuestas de la escala utilizada, incrementando sus HH.SS. El EHS-pe ha sido efectivo, positivo y adecuado en los Profesionales con Intervención para el Factor 1 (*Autoexpresión en situaciones sociales*) y para la puntuación Global.

Las conclusiones que se extraen es que parece ser que el EHS ha sido efectivo de manera significativa para el colectivo Alumnado con Intervención. Por lo que aún con las limitaciones que representa este formato seminario parece idóneo para poder incorporarlo dentro de la programación del currículo académico del profesional de enfermería. Los EHS son altamente prometedores después de analizar los resultados obtenidos, por la variedad de aplicaciones que tienen y por ser sugerentes procedimientos preventivos.

## **PRESENTACIÓN Y JUSTIFICACIÓN.**

Actualmente los profesionales de enfermería constituyen uno de los colectivos que sufre más altos niveles de estrés laboral y burnout, convirtiéndose esto en un problema que no sólo afecta a nivel individual sino también a nivel profesional, institucional y social (Gil-Monte y Peiró, 1997).

Muchos de los aspectos del ambiente laboral están fuera del control del personal sanitario, destacando en este sentido no sólo la efectividad de los cuidados o terapéutica en el problema de salud, sino también la falta de cooperación de los pacientes/clientes con la complicidad de familiares y amigos (Llor, 1995).

Gran número de profesionales sanitarios (principalmente de enfermería) manifiestan desilusión, irritabilidad y sentimientos de frustración; se enfadan y desarrollan actitudes suspicaces. Se vuelven rígidos, tercos e inflexibles. Asimismo, afloran síntomas de carácter psicosomático como mayor cansancio, dificultades respiratorias, problemas gastrointestinales, etc. (Guillém, 1998). Esta frustración y el creciente malestar, llevan en ocasiones a abandonar su puesto laboral por diversas razones relacionadas con sus condiciones de vida y de trabajo: la falta de aprovechamiento de sus conocimientos y aptitudes, la falta de participación en la unidad de trabajo, y la mala distribución de los recursos humanos y financieros en el sistema asistencial (Fernández, 2000; González, 1999; Llor, 1995).

Son frecuentes en estos/as profesionales las experiencias de estrés laboral y, como consecuencia de este estrés laboral crónico, el denominado síndrome de burnout, es decir, la *“presencia de sentimientos de agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización personal en el trabajo que pueden desarrollarse en algunas personas cuyo objeto de trabajo son personas en cualquier tipo de actividad”* (Maslach y Jackson, 1981). Más concretamente, estas autoras (Maslach y Jackson, 1986) señalaron que el síndrome de burnout puede ser definido *“como un síndrome tridimensional caracterizado por agotamiento emocional (sentimientos de estar emocionalmente agotado y exhausto debido al trabajo que el sujeto realiza), despersonalización (falta de sentimientos afectivos y respuesta impersonal hacia los receptores de los servicios, cuidados o tratamiento del profesional) y escasa realización personal en el trabajo (falta de sentimientos de competencia y realización exitosa en el trabajo que el sujeto realiza con las personas)”*.

Análisis más recientes (Maslach, Schaufeli y Leiter, 2001) sugieren que el agotamiento es la dimensión central y la manifestación más evidente de este síndrome y diferencian la existencia de agotamiento físico (baja energía, debilidad general y cansancio crónico con un aumento de la propensión a los accidentes y de la vulnerabilidad a las enfermedades), agotamiento emocional y agotamiento mental (con actitudes negativas hacia uno mismo, el trabajo y la vida en general).

Es importante remarcar que el estrés laboral y el burnout en profesionales de enfermería son relevantes en un doble sentido: Por un lado, por su posible relación con los trastornos de la salud individual de las enfermeras/os, en forma de enfermedad o falta de salud con alteraciones psicosomáticas (alteraciones cardiorrespiratorias, jaquecas, gastritis y úlceras, dificultad para dormir, mareos y vértigo,...), y por otro, por sus consecuencias negativas sobre la ejecución profesional y laboral (absentismo, insatisfacción y falta compromiso con la tarea). Ambos efectos son indeseables porque repercuten negativamente en la profesión enfermera y en la calidad de los cuidados que se ofrecen al usuario y familia. Además puede verse afectado el clima laboral donde se imparten los mismos (conflictos interpersonales e intergrupales), peligrando así el propio grupo y la institución (deterioro del rendimiento o calidad asistencial, rotación no deseada, abandono, etc.). Un aspecto importante que no se debe olvidar es la percepción interior que el individuo tiene acerca de las exigencias de su trabajo lo que le podría conducir también a un estado de burnout (Garcés de los Fayos, 1998). Esta percepción interior está relacionada con elementos como el sentimiento de competencia y de merecimiento (aspectos fenomenológicos de la autoestima) (Murk, 1998). Así, si la persona cuenta con capacidades, destrezas y habilidades se sentirá más segura y en consecuencia tendrá un autoconcepto positivo de sí misma. La autoestima y el autoconcepto vienen también determinadas por las relaciones y el feedback interpersonales que un individuo recibe a lo largo de su desarrollo (Pérez-Santamarina, 1999). Podemos entonces prever que si el profesional cuenta con habilidades sociales (HH.SS.) que faciliten estas relaciones interpersonales y si éstas son efectivas recibirá feedback de los otros, con el consiguiente efecto positivo sobre su autoconcepto y autoestima.

Resumiendo, las relaciones entre burnout y estrés son conflictivas, sobre todo en lo que se refiere a su génesis. Por un lado, la experiencia de estrés puede conducir, como

consecuencia, al síndrome de burnout y así lo avalan ciertos autores (Matteson e Ivancevic, 1987; Pines y Aronson, 1988). Pero esta relación no es suficiente ni necesaria, es decir, la experiencia de estrés no supone que el burnout será siempre una de sus consecuencias, habrá casos en que el estrés provocará burnout, pero otros en los que aparecerán otras consecuencias diferentes; por otro lado, al síndrome de burnout se puede llegar por caminos diferentes (Farber, 1983).

La acción de los estresores sobre las personas es influida por una serie de factores individuales, sociales y organizacionales que actúan modulando (aumentando o disminuyendo) sus efectos sobre el nivel de estrés o burnout (Manassero *et al.*, 2003). Entre los factores individuales podemos destacar algunos rasgos de personalidad como el patrón tipo A, la personalidad resistente, el locus de control, la autoestima, el autoconcepto, etc. Y algunos rasgos demográficos y profesionales (género, edad, nivel profesional, etc...). Entre los factores sociales, el más universalmente considerado es el denominado apoyo social o información procedente de las demás personas que actúan como soporte de la acción profesional (Sandín, 2003). Entre los factores organizacionales destacan el estilo de dirección, el nivel de participación, la toma de decisiones, las características y contenido del puesto, la implantación de los cambios, etc.

Podemos decir que existen algunos estresores crónicos para el profesional de enfermería como la sobrecarga de rol (ocurre cuando las demandas exceden las capacidades del individuo) o el conflicto entre roles (se producen cuando existen demandas incompatibles entre diversos roles, como por ejemplo, entre las demandas laborales y las familiares). Estos estresores suelen poseer un curso continuo, resultando improbable que tengan un final claro y posiblemente ejercen efectos más o menos específicos sobre la salud de los individuos y de los grupos (Sandín, 2003).

Es un hecho claro que los estresores no afectan por igual ni a todas las personas ni a todos los grupos. Un mismo tipo de suceso puede generar niveles elevados de estrés e importantes perturbaciones de la salud en unas personas pero no en otras. Se ha sugerido que los efectos del estrés dependen de la percepción del estresor, la capacidad del individuo de controlar la situación, la preparación del individuo para afrontar los problemas y de la influencia de los patrones de conducta. Las personas no sólo pueden

percibir de forma diferente las amenazas de las situaciones estresantes, sino que también emplean diferentes habilidades, capacidades y recursos, tanto personales como sociales (familia, amigos, etc.) para hacer frente a las condiciones potencialmente estresantes (Aneshensel, 1992; Brown y Harris, 1989; Cockerham, 2001; Kessler, 1997; Lazarus y Folkman, 1984; Mechanic, 1978; Miller, 1997; Pearlin, 1989; Pearlin, Aneshensel, Mullan y Whitlatch, 1995; Sandín, 1999; Thoits, 1983, 1995; Turner y Marino, 1994; Wheaton, 1996). Para explicar las diferencias entre las distintas personas en la adaptación al estrés, aparte de las características asociadas a la interacción entre la persona y la situación social estresante (por ejemplo, que el suceso fuera deseable o no deseable, que fuese esperado o inesperado, positivo o negativo, etc.), se han sugerido básicamente dos mecanismos, el afrontamiento del estrés y el apoyo social. Ambos están estrechamente relacionados entre sí; y, de hecho el apoyo social en realidad es una forma de recurso de afrontamiento (Thoits, 1995).

Así pues, el afrontamiento y el apoyo social se consideran mediadores de la respuesta del estrés, en el sentido de que median los efectos de los estresores sobre la respuesta (Pearlin, 1989). Sin embargo, parece ser que los profesionales de enfermería no suelen buscar apoyo social en situaciones de estrés, evitando la presencia de compañeros por miedo a ser criticados o tachados de incompetentes (Gil-Monte y Peiró, 1997).

El afrontamiento del estrés consiste en *todos los esfuerzos cognitivos o conductuales que emplea el sujeto para hacer frente a las demandas estresantes y/o al malestar emocional asociado a la respuesta del estrés* (Lazarus y Folkman, 1984, 1986). De acuerdo con Pearlin (1989), el afrontamiento, con independencia de cuál sea la naturaleza del estresor, sirve, bien para cambiar la situación de la que emergen los estresores, bien para modificar el significado de la situación para reducir su grado de amenaza, o bien para reducir los síntomas del estrés (Sandín, 2003).

Desde este punto de vista, el afrontamiento constituiría el elemento esencial que emplea el individuo para hacer frente al estrés, pudiendo dirigir su acción tanto a los estresores (tratando de eliminarlos o reducir su nivel de amenaza) como a sus propias respuestas físicas, psicológicas y sociales.

Por tanto, podríamos decir que las diferencias en las formas de afrontar el estrés no sólo nos proporcionan pautas para explicar las diferencias en la adaptación al estrés (respuestas a los estresores), sino que incluso es probable que el afrontamiento también tenga que ver con las diferencias que se dan entre los individuos en la mayor o menor exposición a los estresores (Pearlin, 1989; Thoits, 1995).

Resumiendo, el afrontamiento ha sido desglosado conceptualmente en diferentes términos, tales como las estrategias y los estilos de afrontamiento. En el primer caso se trata de formas de afrontamiento del estrés más específicas, tales como llevar a cabo acciones concretas para modificar las condiciones del estresor, tratar de controlar la tensión o buscar apoyo social. Los estilos de afrontamiento constituyen dimensiones más generales; son tendencias personales para llevar a cabo unas u otras estrategias de afrontamiento. Es cierto que existen disposiciones personales para responder al estrés más con unas estrategias que con otras. También es cierto que unos individuos cuentan con más recursos de afrontamiento que otros. Los recursos de afrontamiento son características personales y sociales en los que se basan las personas cuando tienen que hacer frente a los estresores (Pearlin y Schooler, 1978).

Además del apoyo social (el cual constituye un recurso de afrontamiento), se han señalado en la literatura científica, como hemos apuntado anteriormente, diferentes formas de recursos individuales de afrontamiento, tales como el locus de control, la percepción de control, la autoeficacia, la autoestima, el sentido del optimismo, etc. (Sandín, 2003). Parece indudable que todas estas variables personales pueden mediar las respuestas del estrés a través de su acción en los mecanismos de afrontamiento.

Por lo que se refiere al apoyo social, actualmente existe suficiente evidencia que sugiere su importante papel como factor protector de la salud en los individuos sometidos a situaciones de estrés, considerándolo como amortiguador de su efecto (Aneshensel, 1992), aun a sabiendas de que el apoyo social también puede ejercer efectos directos sobre la salud, esto es, potenciar la salud en sí misma (por ejemplo, un apoyo de tipo emocional puede facilitar la recuperación en un proceso de curación). Por consiguiente y de acuerdo con Sandín (2003), la influencia del apoyo social como protector ante el estrés y como potenciador de la salud hay que entenderla a la luz de las complejas interrelaciones que se establecen entre las propias demandas de apoyo y las

redes y estructuras sociales, incluyendo la clase social, el nivel económico, la pertenencia a grupos sociales, la aceptación del grupo, la adhesión a las actitudes y normas aprobadas por el grupo, etc.

Como señala Cockerham (2001) la pertenencia al grupo ayuda a los individuos a controlar la información relacionada con el estrés, así como también a incrementar a su nivel de autoestima y de resistencia a los efectos de éste.

Atendiendo a estos aspectos, y teniendo como referente el estudio previo sobre estrés laboral, realizado por Fornés (1992) en la Comunidad Balear sobre una muestra de 535 profesionales y estudiantes (294 Enfermeras, 183 Auxiliares y 58 Estudiantes de 3º curso de enfermería) que trabajaban en Unidades de Alto Riesgo y Bajo Riesgo de distintos hospitales palmesanos se realizó un trabajo descriptivo, cuyo propósito general fue intentar especificar la relación del burnout con diferentes variables sociodemográficas y laborales en una muestra de 126 profesionales de enfermería pertenecientes al Hospital Son Dureta de Palma de Mallorca (Pades, 2000). Para ello, y siguiendo la literatura consultada se partió inicialmente de la idea de que *“la categoría profesional en enfermería influye en la predisposición general al estrés y burnout, siendo éste mayor cuanto menor es la categoría”* (Fornés, 1993), hipotetizando que existirían diferencias significativas en el padecimiento de síndrome de estar quemado por el trabajo atendiendo a la distribución en las diferentes unidades asistenciales. Los resultados obtenidos en dicho trabajo coincidieron con la literatura consultada mostrando cómo diferentes variables sociodemográficas y profesionales influyen significativamente en el estrés laboral crónico o burnout.

Tomando como base estos resultados, se planteó una propuesta de intervención en HH.SS. con futuros profesionales de enfermería y con actuales profesionales, objeto del trabajo de investigación que aquí se presenta. Pensamos que el hecho de que el profesional de enfermería cuente con HH.SS. que le ayuden a incorporarse, a adaptarse e integrarse en el grupo profesional, a desarrollar sentimientos de pertenencia grupal, a buscar y solicitar apoyo social, puede contribuir a que se sienta más seguro, más competente y así prevenga, amortigüe y reduzca sus experiencias de estrés laboral crónico y burnout.

Cabe señalar que en los últimos años se han ido introduciendo algunas mejoras a nivel organizacional con objeto de mitigar el estrés en los/as profesionales de enfermería (Gil y León, 1998). Así por ejemplo, se ha considerado la necesidad de introducir programas de tipo formativo sobre el control del estrés que implican la adquisición de conocimientos sobre el tema y estrategias para afrontarlo. Como señalan Garza y cols. (1999), las instituciones de la seguridad social responsables de promover y proveer el bienestar de la población precisan del reconocimiento de aquellos factores productores de ansiedad y de estrés laboral, así como del desarrollo de estrategias operativas y programas de autocontrol que permitan al profesional afrontar las situaciones a que se someten durante su desempeño diario y así fomentar, mantener y mejorar la salud de sus trabajadores. Pero además, los intentos de intervención deberían contemplar otros aspectos y propuestas a diferentes niveles (Manzano, 2001).

Y siguiendo en esta línea, nos parece relevante la atención a los procesos cognitivos de autoevaluación de los profesionales y alumnos, y el desarrollo de estrategias cognitivo-conductuales que les permitan eliminar o mitigar la fuente de estrés, evitando esta experiencia, o neutralizando sus consecuencias negativas. Así, aún teniendo en cuentas sus posibles limitaciones, consideramos prometedor potenciar la formación en HH.SS. y búsqueda de apoyo social de los equipos de profesionales y futuros profesionales de enfermería, con el objetivo de facilitar la competencia social y prevenir, paliar o amortiguar la respuesta de burnout.

Retomando brevemente el tema del burnout o síndrome de quemarse por el trabajo cabe señalar que éste ha supuesto controversia en cuanto a su definición y modelos explicativos, medición, así como, a la secuencialidad del proceso. Por lo tanto, es fundamental unificar criterios sobre su conceptualización y medición, para poder garantizar el rigor metodológico y científico del tema y dar paso a estudios que nos ayuden a comprender mejor *"lo que nos está pasando a los profesionales de la salud que atendemos cada día a personas"*.

Es necesario, sin embargo, como señalan Gil-Monte y Peiró (1997), profundizar más en las vías de causación por las cuales ciertas variables inciden negativamente sobre los profesionales de la organización y generan la experiencia de quemarse por el trabajo.

Entre los aspectos en los que profundizar estarían, por ejemplo:

- Analizar en profundidad el efecto amortiguador y/o facilitador de las variables sociodemográficas y del apoyo social en el síndrome de burnout.

- Conocer y realizar un análisis factorial de los estresores laborales que estos profesionales identifican, siguiendo por ejemplo a autores como Reig y Caruana (1990), que realizan un análisis factorial de estresores laborales para profesionales de la salud, en una amplia muestra donde la mayoría eran enfermeras y el resto médicos. Sus conclusiones indican que el personal de enfermería puntúa más alto en estrés asociado al contacto con el dolor y la muerte, mientras que los médicos titulares alcanzan puntuaciones más elevadas en estrés relacionadas con aspectos carenciales por ejemplo: poco sueldo, falta de promoción.

- La valoración de las diferentes estrategias de afrontamiento con las que cuenta el profesional para manejar las situaciones evaluadas como estresoras.

Todo ello sería de gran utilidad y ayudaría sobre todo a comprender qué estímulos se identifican como estresores y con qué recursos cuenta el profesional de enfermería. Identificar los recursos con los que cuenta el profesional parece de suma importancia, teniendo en cuenta que si las estrategias de afrontamiento empleadas no son exitosas conllevan fracaso profesional y alteración en la calidad de las relaciones interpersonales con los sujetos hacia los que se destina el trabajo y con los compañeros. La presencia de actitudes negativas, de despersonalización como nueva forma de afrontamiento, así como la no implicación en los problemas del usuario, conlleva además actitudes de carácter disfuncional que se reflejan en los comportamientos emitidos como dar al usuario un trato humillante, irrespetuoso, incluso a veces vejatorio... que por supuesto reflejan el malestar del cuidador y que sería conveniente analizar para incidir sobre el cambio y mejora de los mismos (Aguilar *et al.*, 2000; Gala León *et al.*, 1995).

Resumiendo, podemos decir que diferentes variables del entorno organizacional y profesional pueden resultar estresores relevantes y desencadenantes del síndrome de quemarse por el trabajo, independientemente de la formación y entrenamiento de mecanismos individuales a los profesionales para paliarlo y prevenirlo, y por ello se

deben introducir cambios organizativos de protección, teniendo en cuenta que la organización, y sobre todo la de servicios, es responsable y debe velar por garantizar la seguridad y la salud de su bien más preciado, los recursos humanos con los que cuenta. Todo ello no sólo va a revertir a nivel organizacional, sino también a nivel social y del usuario, mejorando la calidad y ofreciendo cuidados psicosociales.

Pero, además de cambios de tipo organizacional, la información sobre mecanismos de afrontamiento, así como la formación tanto pregrado como postgrado de los profesionales sanitarios sobre su manejo, podría contribuir al objetivo último de dotar a este profesional de herramientas eficaces, no sólo para su propio cuidado, sino también para mejorar la relación entre paciente/cliente y familia, y demás miembros del equipo multidisciplinar. Ofrecer la posibilidad de mejorar la seguridad y la realización personal, disminuir el agotamiento emocional y aumentar la presencia de actitudes positivas y comportamientos no deshumanizados en los cuidados, sería el objetivo que la aplicación de estrategias individuales de afrontamiento al estrés pretende. En este sentido, el entrenamiento en recursos y HH.SS. (asertividad, comunicación, relajación, reestructuración cognitiva, técnica de solución de problemas...) dirigido también a los nuevos profesionales, ayudaría a prevenir el síndrome de estar quemado por el trabajo. Así pues, se mitigaría el estrés al que se ve sometido el personal de enfermería por carecer de este tipo de habilidades y/o recursos, cuando tiene que hacer frente a presiones grupales (como la de los familiares de los pacientes), manejar situaciones interpersonales conflictivas (como responder a las demandas emocionales de pacientes terminales) o defender sus competencias profesionales ante otros colectivos implicados en los Servicios de Salud (León y Jarana, 1990a, 1990b, León, Jarana y Blanco, 1991; León y Blanco, 1993; León *et al.*, 1995, 1997).

Por otra parte, tanto el apoyo social técnico como el apoyo social emocional ofrecido por los compañeros y supervisores parece que interviene también en la disminución de los sentimientos de quemarse por el trabajo, mientras que la ausencia de apoyo social puede ser considerada como un estresor laboral con importantes efectos sobre el síndrome. Por tanto, contar con HH.SS. necesarias para solicitar apoyo e información parece igualmente necesario para estos profesionales sanitarios.

Como resumen Loscertales y Gómez (1999), la necesidad de establecer en las situaciones de cuidados de salud unos cauces satisfactorios y eficaces con los procesos de comunicación interpersonal y profesional, y también buscar soluciones que puedan contribuir a minimizar e incluso prevenir futuros conflictos, enmarcaría el análisis de las HH.SS. que se requieren para el ejercicio de las profesiones sanitarias.

Además, al ser el hospital un potente agente estresante, es realmente muy importante desarrollar un estilo cognitivo o atribucional adecuado, propiciando o induciendo en las enfermeras expectativas de autoeficacia, y estilos de afrontamiento que les permitan defenderse de las acciones amenazantes para su propio “yo” (Manzano, 2001).

## **I. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.**

## **1.- Las Habilidades Sociales Básicas.**

### **1.1.- Introducción.**

El interés por las HH.SS. y la conducta asertiva se viene manifestando desde hace ya décadas, como muestra la amplia difusión y profusión de obras sobre el tema tanto teóricas como de divulgación (Gismero, 2000). Es un axioma bien conocido que los seres humanos somos “*animales sociales*” y que pasamos gran parte de nuestras vidas en interacciones cara a cara con otras personas y en diferentes escenarios sociales (Caballo, 2002). La mayoría de las horas en que estamos despiertos las pasamos en alguna forma de interacción social, ya sea interpersonal (de uno a uno) o a lo largo de una diversidad de grupos.

La comunicación interpersonal es una parte esencial de la actividad humana y máxima representante de las relaciones que establecemos con los otros. Sin embargo, esta comunicación en muchos momentos es escasa, frustrante e inadecuada. Antiguamente la vida era mucho más simple, si no más fácil. Había menos sistemas sociales, la movilidad social era menor y las relaciones eran relativamente más claras y fáciles. Los papeles que teníamos que seguir cada uno de nosotros estaban claramente definidos. Sin embargo, en la sociedad occidental actual, el ritmo de vida es más rápido, más difícil y más complejo, y las reglas cambian según el sistema en el que estamos trabajando en cada momento. A menudo nos obligan a funcionar en dos o más sistemas sociales de forma simultánea, y esto requiere una considerable destreza social (Ovejero, 1998).

Podemos decir pues, que el discurrir de nuestras vidas está determinado, al menos parcialmente, por el rango de nuestras HH.SS. (Caballo, 2002).

No es ningún secreto, como nos señalan algunos autores expertos en la materia (Caballo, 1993), que millones de personas en la sociedad occidental actualmente no son felices en su vida social, concluyendo que si son infelices en su vida social difícilmente lograrán ser felices en la vida en general.

A partir de algunos trabajos experimentales, autores como Fordyce (1980, 1981, 1984) propusieron los siguientes 14 fundamentos para ser más felices:

1. Ser más activo/a y mantenerse ocupado/a.
2. Pasar más tiempo en actividades sociales.
3. Ser productivo/a en un trabajo recompensante.
4. Organizarse mejor.
5. Dejar de preocuparse.
6. Disminuir las expectativas y las aspiraciones.
7. Desarrollar un pensamiento positivo y optimista.
8. Orientarse hacia el presente.
9. Conocimiento, aceptación e imagen buenos de uno/a mismo/a.
10. Desarrollar una personalidad sociable, extravertida.
11. Ser uno/a mismo/a.
12. Eliminar las tensiones negativas.
13. Las relaciones íntimas son muy importantes; y
14. Valorar y comprometerse con, la felicidad.

Si observamos detalladamente estos fundamentos podemos extraer que varios de ellos dependen claramente de nuestro comportamiento social, y que para lograr una mayor felicidad general tenemos que conseguir una mayor felicidad social. Para ello se precisa un conjunto de habilidades denominadas sociales.

Sin embargo, aunque el siglo XX ha sido testigo de notables logros con respecto al dominio de habilidades técnicas, parece ser que las habilidades para la mejora de las relaciones interpersonales y sociales se han olvidado (Ovejero, 1998). Incluso en las profesiones relacionadas con la salud, hasta hace poco el énfasis se seguía poniendo en la adquisición de competencia técnica más que de competencia social e interpersonal.

Pero no sólo es importante la competencia social a nivel laboral, sino también para hacer nuevos amigos, establecer una relación íntima con otra persona, o bien para llevarnos mejor con nuestros padres, amigos, hijos. El grado de habilidad social que poseamos en cada una de estas áreas específicas será, en buena medida, determinante de nuestro comportamiento en ellas. Como señala Kanfer (1989) (citado en el prólogo a la

obra de Goldstein *et al.*(1989) *Aprendizaje Estructurado para Adolescentes*) “... las escuelas, cada vez más, tienen que responsabilizarse de la enseñanza de los jóvenes, y no sólo en cuanto a las aptitudes académicas básicas, sino también enfrentándose con un conjunto de problemas sociales y personales”. Si trasladamos esto al colectivo que nos ocupa en este trabajo, el de los/as futuros/as profesionales de enfermería, podríamos decir que no solamente necesitamos aptitudes académicas, destrezas manuales a la hora de realizar procedimientos, sino también estrategias para manejar y enfrentarnos a problemas de tipo social y personal. La investigación sobre las HH.SS. constituye, así, un campo de estudio con enormes posibilidades de aplicación práctica, y prometedor para la formación de este colectivo que ejerce esa tarea tan compleja que es atender a personas necesitadas.

### **1.2.- Orígenes históricos en el estudio de las habilidades sociales.**

Como señala Gismero (2000), los orígenes históricos del estudio de las HH.SS. se remontan a los años 30. En esta época, según Phillips (1985), varios autores (especialmente en el ámbito de la psicología social) estudiaban la conducta social en niños bajo distintos aspectos, que actualmente podríamos considerar dentro de las HH.SS. Por ejemplo, nos encontramos con Williams (1935) estudiando el desarrollo social de los niños, que hoy día podríamos englobar dentro del término de asertividad (buscar aprobación, ser simpático, responsable, etc.). Murphy, Murphy y Newcomb (1937) distinguieron al trabajar con niños dos tipos de asertividad: una socialmente asertiva y otra socialmente molesta y ofensiva. Otros autores dentro de un enfoque mentalista (Jack, 1934; Page, 1936) explicaron la conducta social de los niños en función de variables internas, dando un papel secundario a las ambientales. Munné (1989) o Curran (1985) tras revisiones sobre el tema, comentan que algunos autores neofreudianos (Adler, 1931; Horney, 1945; Sullivan, 1953), también contribuyeron al desarrollo de un modelo más interpersonal del desarrollo de la personalidad y de las HH.SS. Aunque como comentan Kelly (1979), estos autores centran su terapia en una reconstrucción analítica interpretativa de las experiencias tempranas, dejando de lado la enseñanza de nuevas competencias sociales.

El estudio sistemático de las HH.SS. tuvo diferentes fuentes:

a) La primera y habitualmente considerada como la más importante, se inicia con Salter (1949), en su libro denominado *Conditioned reflex therapy* (Terapia de los reflejos condicionados), donde hizo referencia por primera vez al concepto de “personalidad excitatoria” (Carrasco, 1993), con una clara influencia de los estudios de Pavlov sobre la actividad nerviosa superior.

El trabajo de Salter fue continuado por Wolpe (1958) en su obra *Psychotherapy by reciprocal inhibition* (Psicoterapia por inhibición recíproca) siendo éste el primer autor en emplear el término “conducta asertiva” (para referirse a *la expresión de los sentimientos distintos a la ansiedad*), y más tarde por autores como Lazarus y Wolpe (Lazarus, 1966, 1971; Wolpe y Lazarus, 1966; Wolpe, 1969) quienes dieron nuevos impulsos a la investigación de las HH.SS. La denominación de entrenamiento asertivo se debe a Wolpe y Lazarus (1966) ya que Kelly y Lamparski (1985) empleó para el entrenamiento de las habilidades sociales, la técnica denominada del rol fijo consistente en una escenificación de un breve drama (Vallés y Vallés, 1996).

El libro de Alberti y Emmons (1970), *Your perfect right* (Está en su perfecto derecho), es el primero dedicado exclusivamente al tema de “la asertividad”. Podemos decir pues, que en esta década de los 70 aparecen numerosos estudios sobre los programas de entrenamiento efectivos para reducir los déficits de asertividad y HH.SS. Entre ellos estarían, por ejemplo, los de Eisler y cols., (1973a, 1973b, 1975), Goldstein y Kanfer (1981), Hersen y cols.,(1979a), Lange y Jakubowski (1976) y McFall (1982).

b) Por otra parte desde los años 50, aumentó el interés por el tema de las HH.SS. y su entrenamiento en el campo de la psicología social y del trabajo. Mayor atención aún que las habilidades de supervisión recibieron las de enseñanza y se plasmó lo que se ha llamado microenseñanza: la práctica programada de las habilidades necesarias para los profesores (Gil y Sarriá, 1985). A nivel educativo, también se ha estudiado la práctica de las HH.SS. en niños (Michelson *et al.*, 1987) y su relación con la autoestima, el rendimiento académico y el autoconcepto, o en el caso de padres y profesores o adolescentes (Goldstein *et al.*, 1989).

c) Otra fuente para el estudio científico y sistemático del tema está constituida por los trabajos de Phillips y Zigler (Phillips y Ziegler, 1961, 1964; Ziegler y Phillips, 1960, 1961, 1962) sobre la “competencia social” en adultos institucionalizados, donde se demostró que cuanto mayor era la competencia social previa de los pacientes menor era la duración de su estancia y más baja su tasa de recaídas.

d) Otra de las raíces históricas del movimiento para el estudio de las HH.SS. tuvo lugar en Inglaterra (Oxford) donde el concepto de “habilidad” era aplicado a las interacciones hombre-máquina, considerando que la analogía con estos sistemas implicaba características perceptivas, decisorias, motoras y otras relativas al procesamiento de la información. La aplicación del concepto de “habilidad” a los sistemas hombre-hombre dio pie a un copioso trabajo sobre HH.SS. (p.ej., Argyle, 1967, 1969, 1975; Argyle y Kendon, 1967; Argyle *et al.*, 1974 *a*, 1974*b*) en el que se incorporaba la importancia de las señales no verbales.

A la vista de estos apuntes, se puede decir, siguiendo a Caballo (2002), que la investigación sobre HH.SS. ha tenido un origen diferente en los EE. UU. y en Inglaterra, al igual que un énfasis distinto, aunque ha habido una gran convergencia en los temas, métodos y conclusiones entre ambos países. Furnham (1985) describió una panorámica de estas diferencias:

- a) Los americanos se han basado principalmente en los trabajos de Wolpe y Lazarus (1966), básicamente terapeutas de la conducta. Estos autores se centran en el enfoque clínico (problemas de esquizofrenia, delincuencia, alcoholismo...), el empleo del entrenamiento asertivo (considerando el déficit en conducta asertiva como un índice de inadecuación social), la preocupación por cuestiones metodológicas y de índole práctico, y el interés por variables situacionales. Por su parte, los europeos, y en particular el grupo de Oxford, se centran en un enfoque psicosocial, influidos por la psicología social de Argyle y con una clara influencia en el terreno laboral y organizacional (industria y educación). Los europeos consideran el déficit en conducta asertiva como carencia de amigos y dificultades para el desarrollo de relaciones de amistad (Trower, Bryant y Argyle, 1978).

- b) En EE.UU., el organismo es visto como reactivo a los eventos externos. Sin embargo los europeos contemplan al individuo respondiendo a lo interno (motivación, necesidades, metas).
- c) Los americanos se basaron en el paradigma del condicionamiento (aunque últimamente existe una clara influencia de lo cognitivo), en contra de los europeos siguieron al cognitivismo y con influencia del paradigma de la cibernética.
- d) El énfasis en el estudio de la asertividad se produce en la investigación norteamericana. Sin embargo, los europeos se centran más en la formación de amistades y el atractivo interpersonal, y proponen emplear el Entrenamiento en Habilidades Sociales (EHS) en el desarrollo de una amplia gama de HH.SS. El interés de estos últimos por el contexto tanto situacional como social y cultural es evidente.
- e) Los europeos se han centrado más en las conductas no verbales de la interacción social que en las verbales.

### **1.3.- Concepto de Habilidad Social.**

Hoy en día existe una cierta dificultad a la hora de definir lo que es una *conducta socialmente habilidosa*. Aunque de forma intuitiva o por sentido común podemos tener una idea de cuándo una persona se está comportando de forma competente en una situación social determinada, a la hora de dar una definición explícita y clara, surgen algunos problemas.

Como resume Caballo (2002), esos problemas son básicamente de tres tipos: En primer lugar, el gran número de investigaciones y publicaciones sobre el tema contribuye a generar confusión puesto que es habitual emplear términos diversos para referirse a un mismo concepto. Durante los años 1958-1978, el término que más se utilizó fue el de asertividad (en la literatura conductual). Después este término se va sustituyendo progresivamente por el de HH.SS.

En segundo lugar, se puede decir que es imposible desarrollar una definición consistente y única, puesto que la habilidad social depende del contexto social

cambiante (Meichenbaum, Butler y Grudson, 1981) Además, debe considerarse dentro de un marco cultural y también depende de factores de tipo personal, como la edad, el género, la clase social y la educación (Pérez-Santamarina, 1999). Si estas diferencias en cuanto al contexto cultural añadimos las diferencias individuales en capacidades cognitivas, actitudes y valores, podemos afirmar de acuerdo con Tower (1984), que no puede haber un criterio absoluto de habilidad social. De modo que una conducta considerada apropiada en una situación puede ser altamente inapropiada en otra, y viceversa. Por otra parte, el grado de efectividad dependerá de lo que desee lograr la persona en la situación particular. De hecho, en muchos casos los errores en la interacción social provienen de los objetivos, metas o expectativas que la persona o el individuo plantea en la situación social: esperamos que la respuesta de la interacción sea de un tipo determinado, que las personas actúen y respondan como nosotros quisiéramos o haríamos y ahí es cuando en definitiva nos equivocamos, cuando esperamos más de las situaciones y de las personas. En definitiva, el individuo trae a la situación sus propias actitudes, valores y creencias, capacidades cognitivas y un estilo único de interacción, por lo tanto no puede haber un criterio absoluto de habilidad social.

Y en tercer lugar, ha sido bastante habitual que mientras unas definiciones de habilidad hacían referencia a los contenidos de la conducta, otras se referían a sus consecuencias y otras incluso a ambos aspectos.

Hoy día, una revisión de las diferentes definiciones muestra que, tanto el contenido como las consecuencias de las conductas interpersonales, suelen estar presentes y ser tenidas en cuenta a la hora de definir la habilidad social.

Las definiciones relativas al contenido de las HH.SS. suelen considerar que este contenido está formado por la expresión de sentimientos, opiniones personales, emociones, etc.

Un ejemplo de este tipo de definición nos lo proporciona Blanco (1983): *“la capacidad que el individuo posee de percibir, entender, descifrar y responder a los estímulos sociales en general, especialmente a aquellos que provienen del comportamiento de los demás”*.

Las definiciones relativas a las consecuencias de las HH.SS para la persona que las ejecuta, suelen destacar entre esas consecuencias la posibilidad de obtener refuerzo social, tanto creando fuentes de refuerzo como evitando la pérdida de las ya existentes o evitando las posibilidades de castigo o de extinción. Entre estas definiciones estarían, por ejemplo, la de Libert y Lewinsohn (1973): “*capacidad para comportarse de una forma que es recompensada y de no comportarse de forma que uno sea castigado o ignorado por los demás*” (los conceptos de refuerzo y castigo son los que prevalecen en esta definición), o la de Kelly (1982) como “*conjunto de conductas identificables, aprendidas, que emplean los individuos, en las situaciones interpersonales, para obtener o mantener el reforzamiento de su ambiente*”, o la de Linehan (1984) “*la capacidad compleja para emitir conductas o patrones de respuesta que maximicen la influencia interpersonal y la resistencia a la influencia social no deseada (efectividad de los objetivos) mientras que al mismo tiempo maximiza las ganancias y minimiza las pérdidas en la relación con la otra persona (efectividad en la relación) y mantiene la propia integridad y sentido de dominio (efectividad en el respeto a uno mismo)*”, (se observa el carácter economicista de la definición), o Rich y Schoroeder (1976) “*la habilidad de buscar, mantener o mejorar el reforzamiento en una situación interpersonal a través de la expresión de sentimientos o deseos cuando esa expresión se arriesga a la pérdida de reforzamiento o incluso al castigo*”, o más recientemente, la de García Sáiz y Gil (2000): “*comportamientos aprendidos que se manifiestan en situaciones de interacción social, orientados a la obtención de distintos objetivos, para lo cual han de adecuarse a las exigencias situacionales*”. Muchas definiciones (García Sáiz y Gil, 1995; Kelly, 1987; Linehan, 1984; Rich y Schroeder, 1976) se han centrado pues más en el aspecto de efectividad, adecuación o satisfacción producida por la conducta ante una situación.

Pero el uso de las consecuencias como criterio también ha presentado muchas dificultades como nos recuerda Gismero (2000) en su revisión:

- a) si se define la conducta en función de que sea no efectiva, el criterio de si lo es o no tiene que ver con los objetivos, valores y punto de vista de quien la juzga;

- b) conductas no habilidosas (p.ej. decir una inconveniencia) o anti-sociales (p.ej. golpear a alguien), pueden de hecho ser reforzadas (Arkowitz, 1981; Schroeder y Rakos, 1983);
- c) además, hay que tener en cuenta que tras una conducta adecuada puede no obtenerse reforzamiento ya que éste, en última instancia, depende de que los demás lo den o no.

Tras algunas discusiones sobre la idoneidad de uno u otro tipo de definición, finalmente se llegó a la conclusión de que resultan más adecuadas aquellas que incluyen tanto aspectos relativos a contenido como a consecuencias. En buen ejemplo en este sentido nos lo proporciona la definición de Caballo (1987, 1993) quien propone una definición que resalta el concepto de expresión, aunque sin olvidar el de reforzamiento:

*“La conducta socialmente habilidosa es ese conjunto de conductas emitidas por un individuo en un contexto interpersonal que expresa los sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de ese individuo de un modo adecuado a la situación, respetando esas conductas a los demás, y que generalmente resuelve los problemas inmediatos de la situación mientras minimiza la probabilidad de futuros problemas”.*

Tras esta larga definición subyacen los principios humanistas de respeto a los demás y mejora, y por otro lado, la efectividad en la actuación social. Otra definición en esta línea nos la proporciona Gismero (1996) que entiende la conducta asertiva o socialmente habilidosa como:

*“el conjunto de respuestas verbales y no verbales, particularmente independientes y situacionalmente específicas, a través de las cuales un individuo expresa en un contexto interpersonal sus necesidades, sentimientos, preferencias, opiniones o derechos sin ansiedad excesiva y de manera no aversiva, respetando todo ello en los demás, que trae como consecuencia el auto-reforzamiento y maximiza la probabilidad de conseguir refuerzo externo”.*

Esta autora considera la conducta asertiva y las HH.SS. como términos equivalentes. Sin embargo, reniega del uso de términos como asertividad o persona asertiva, pues esto implicaría la aceptación de la existencia de un rasgo unitario y estable, suposición que

empíricamente se ha comprobado que no existe. Así, una persona puede mostrar habilidad en un tipo de conducta social y eso no significa que maneje eficazmente otro tipo de situación. Además, ni siquiera una misma clase de respuesta se muestra consistentemente a través de todas las situaciones (García Vera *et al.*, 1998).

Desde fechas más recientes el término de competencia social también se usa con frecuencia. Este término puede definirse siguiendo a Spitzberg y Cupach (1985) como: *“El proceso por el cual la gente se relaciona de forma eficaz o hábil con los demás”*. Otros autores la definen como *“la habilidad para conocer y tratar con el ambiente social de forma efectiva y adaptativa”* (Buck, 1991).

Fernández Ballesteros (1994) define el término competencia social como *“un constructo que abarca múltiples facetas relativas a la calidad de los logros de un individuo en el desempeño de sus distintos roles sociales y que resulta subsidiario del constructo más general de competencia personal”*.

En definitiva, podemos decir que tanto el término conducta socialmente habilidosa como el de competencia social suelen emplearse en general para hacer hincapié en la eficacia de la ejecución, mientras el de habilidad social suele emplearse para hacer énfasis en las capacidades específicas y/o comportamientos y procesos subyacentes a dicha ejecución. Así aunque no puede haber “criterios” absolutos, una conducta socialmente habilidosa sería *“aquella que posibilitara a un individuo relacionarse adecuadamente con las personas de su entorno”* (Gismero, 2000). También en esta misma línea, Monjas y cols. (1995) consideran que un individuo puede tener en su repertorio unas determinadas habilidades sociales, pero, para que su actuación sea competente, ha de ponerlas en juego en la situación específica. No es más hábil el que más conductas tenga, sino el que es más capaz de percibir y discriminar las señales del contexto y elegir la combinación adecuada de conductas para esa situación determinada.

Trianes, Muñoz y Jiménez (1997) matizan ciertas diferencias entre habilidades sociales y competencia social. Consideran las habilidades sociales como componentes de la competencia social, entendida esta como estructura cognitiva y comportamental, más amplia, que engloba habilidades y estrategias concretas y que está conectada con

otras estructuras motivacionales y afectivas dentro del funcionamiento psicológico personal.

En el trabajo que aquí se presenta, aun estando de acuerdo con los matices conceptuales introducidos por Gismero (2000) en la diferenciación entre competencia social y habilidad social y dado el objetivo propuesto, se emplearán de forma indistinta ambos términos, entendidos como: *“capacidades y comportamientos que garantizan la eficacia de la actuación de la persona ante la situación social determinada a la que se enfrenta”*, esto es, abordando tanto el análisis de las capacidades o habilidades como su eficacia.

En los estudios revisados hemos podido comprobar que se emplean diferentes términos para hacer referencia tanto a competencia como a las propias habilidades sociales, así por ejemplo se usa el de Habilidades Interpersonales (Pelechano, 1991b; Pelechano, 1996, 1999) definido como *“un patrón complejo de respuestas que llevan a una confianza y a un reconocimiento personal por parte de los demás y resultan eficaces para ejercer un autocontrol así como una inferencia (directa o indirecta) sobre los demás, con la utilización de medios y procedimientos socialmente admisibles”*.

Thorndike (1920) y Gresham (1988) emplean la expresión de Inteligencia Social definida como *“la capacidad de la persona para comprender e interactuar eficazmente con los objetos y acontecimientos interpersonales”*(citados por García Rodríguez, 1994; p.7).

El comportamiento adaptativo es otra denominación que ha venido empleándose para hacer referencia a *“las habilidades requeridas por el sujeto para funcionar independientemente en el entorno social”*, tal y como hemos visto que señala Monjas (1994).

Las habilidades de supervivencia es el término que emplean Cobb (1976) Rush (1979) y Monereo (1985) para hacer referencia a *“aquellas conductas consideradas como respetables y necesarias para la adquisición y permanencia de una persona en un contexto determinado (una escuela, un centro de trabajo, un grupo social, etc.)”* (citados en García Rodríguez, 1995).

Existen además de estas otras expresiones sinónimas cuyo contenido conceptual se puede homologar al de las habilidades sociales tales como: habilidades de interacción social, habilidades para la interacción, habilidades de relación interpersonal, conducta sociointeractiva, conducta interpersonal, relaciones interpersonales e intercambios sociales (Vallés y Vallés, 1996).

Otro problema que se plantea, cuando se trata el tema de la definición, es el de la diferenciación entre la conducta asertiva y la agresiva. Como señalan Alberti y Emmons (1970a, 1986) ambos constructos se usan a menudo de manera indiferenciada, un ejemplo de ello lo encontramos incluso en la escala de asertividad de Rathus (1973) (en el ítem 1: “Muchas personas parecen ser más agresivas y asertivas de lo que yo soy”), lo que ha llevado a generar ambigüedad en gran parte de la investigación y el trabajo clínico (DeGiovanni y Epstein, 1978). Evidentemente, conducta asertiva y conducta agresiva no son una misma cosa.

Una primera distinción entre la conducta asertiva, no asertiva y agresiva se puede hacer empleando un modelo bidimensional de la asertividad, donde una dimensión se referiría al tipo de expresión, manifiesta/encubierta y la otra dimensión al estilo de conducta, coercitiva/no coercitiva (el estilo de conducta coercitivo emplea el castigo y la amenaza para alcanzar el objetivo). En la “aserción” la conducta se expresaría de forma manifiesta y sin ejercer coacción sobre la otra persona, mientras que la conducta “agresiva” se expresaría de forma manifiesta, pero de modo coercitivo sobre la otra persona. En la “no aserción” o bien hay una falta de expresión de la conducta o se hace de forma indirecta, pero sin intimidar al otro. En la “agresión pasiva” la conducta se expresa de manera indirecta, pero coaccionando a la otra persona, es decir, se intenta controlar la conducta de la otra persona de manera indirecta o sutil (p.ej., una mirada amenazadora) (Caballo, 1993).

La tendencia actual considera a la asertividad como “*un comportamiento de expresión directa de los propios sentimientos, necesidades, derechos legítimos y opiniones sin amenazar o castigar a los demás y sin violentar los derechos de esas personas*” (Caballo, 2002). Es un concepto restringido o conjunto de conductas que se integran dentro de las habilidades sociales (Monjas *et al.*, 1995). Por lo que el término

habilidad social es un concepto más amplio que el de asertividad (Del Río y Pérez, 1993).

Para finalizar este apartado, podemos resumir las principales características de las HH.SS. que, según Caballo (2002) y de acuerdo con lo expuesto por Alberti (1977b), serían las siguientes:

- a) Se trata de una característica de la conducta, no de las personas.
- b) Es aprendida. La capacidad de respuesta tiene que adquirirse.
- c) Es una característica específica a la persona y a la situación, no universal.
- d) Debe contemplarse en el contexto cultural del individuo, así como en términos de otras variables situacionales.
- e) Está basada en la capacidad de un individuo de escoger libremente su acción.
- f) Es una característica de la conducta socialmente eficaz, no dañina.

Resumiendo, el uso explícito del término habilidades significa que la conducta interpersonal consiste en un conjunto de capacidades de actuación aprendidas. La probabilidad de ocurrencia de cualquier habilidad en cualquier situación social está determinada por factores ambientales, variables de la persona y la interacción entre ambos.

#### **1. 4.- Principios teóricos subyacentes al estudio de las habilidades sociales.**

El estudio de las HH.SS. se fundamenta en una serie de principios y conocimientos, establecidos y desarrollados en distintos marcos teóricos y disciplinas científicas, entre ellas: la Teoría del Aprendizaje Social, la Psicología Social y la Terapia de Conducta. Vamos a repasar brevemente la aportación de cada uno de ellos respecto al estudio de las HH.SS.:

1) En primer lugar, la Teoría de Aprendizaje Social de Bandura (1987) considera el comportamiento social como fruto de la interacción entre factores intrínsecos de la persona (procesos cognitivos y motivacionales) y factores extrínsecos (ambientales y situacionales). Los procesos importantes que influyen sobre ese comportamiento social

son: la historia de reforzamiento directo, la historia del aprendizaje observacional (el modelado), el feedback y el moldeamiento o perfeccionamiento de las habilidades, la cantidad de oportunidades para practicar las conductas, y el desarrollo de expectativas de ejecución positiva es decir, la anticipación de las consecuencias de las respuestas, la autoeficacia, las consecuencias de las respuestas y la autorregulación del comportamiento. Este autor ha argumentado que la persona, el ambiente y la conducta son variables fundamentales para comprender y predecir la actuación social adecuada.

2) En segundo lugar, la Psicología Social, nos aporta conocimientos sobre procesos psicosociales implicados y necesarios para el desarrollo de las HH.SS., como la percepción social, la atracción interpersonal, la comunicación no verbal, el desempeño de roles, etc.

3) Por su parte, la Terapia de Conducta proporciona un marco útil para el análisis funcional del comportamiento social, un conjunto de técnicas de probada eficacia y también rigor metodológico. Desde esta perspectiva, el propio Skinner ya hizo expresa mención al papel que desempeñan las cogniciones en la explicación del comportamiento humano al afirmar que: *“Una adecuada ciencia de la conducta debe considerar los eventos que se llevan a cabo dentro de la piel del organismo (...) como parte de la conducta misma”* (Skinner, 1963). Por otra parte, Mahaney y Kern (1983) también defendieron la tesis de que, si bien los eventos privados (los procesos cognitivos) no pueden ser objeto de estudio, desde un punto de vista psicológico, resulta perfectamente lícito considerarlos como factores intervinientes y reguladores de la conducta humana (García-Pérez y Magaz, 1997).

### **1.5.- Los modelos teóricos explicativos.**

A continuación se revisarán algunos de los modelos teóricos explicativos de las HH.SS. descritos en la literatura sobre el tema. Concretamente, se analizarán dos ejemplos de los modelos más clásicos, como el de Argyle y Kendon (1967) o el de Bandura (1987) y dos ejemplos de los denominados modelos interactivos o interaccionistas, el de McFall (1982) y el de Trower (1982).

### **1.5.1.- Modelo psicosocial básico de las habilidades sociales de Argyle y Kendon (1967).**

Como ya se ha comentado anteriormente, en Europa, aunque aparecen algunos precedentes en el estudio de la asertividad en los años 40, no es hasta los años 60 cuando el tema cobra especial importancia, y es a raíz de la aplicación en el ámbito industrial del enfoque del procesamiento de información, tomando como analogía la relación hombre-máquina, que se aplica a la relación hombre-hombre bajo la etiqueta de habilidad social.

En este sentido, Argyle y Kendon (1967) proponen un modelo explicativo del funcionamiento de las HH.SS. que incorpora esa analogía, cuyo elemento principal es el rol, en el que se integran, junto a las conductas motoras, los procesos perceptivos y cognitivos (Modelo psicosocial básico de la habilidad social). Así, las habilidades necesarias para que una persona utilice adecuadamente una herramienta o equipamiento (relación hombre-máquina) se hacen extensibles al empleo de habilidades que permitan a las personas establecer una eficiente relación de trabajo y profesional con los demás (analogía hombre-hombre).

Las semejanzas entre la interacción social y las habilidades motrices se representan como un circuito cerrado que incluye una serie de procesos:

- a) Fines de la actuación hábil: tratamos de alcanzar unos objetivos bien definidos.
- b) Percepción selectiva de las señales sociales de los demás. Un sujeto (A) observa las señales sociales de su interlocutor (sujeto B). Por ejemplo: El profesional de la salud (sujeto A) observa la expresión facial del paciente/cliente (sujeto B) cuando le comunica un diagnóstico.
- c) Procesos centrales de traducción, asignando una significación concreta a la información que reciben del otro. El primer sujeto (A) otorga una significación específica a esas señales del sujeto (B). Por ejemplo, el profesional de la salud (sujeto A) cree que el paciente/cliente (sujeto B) está abatido.

- d) Planificación: búsqueda y valoración de una/s alternativa/s de actuación que consideren eficientes en una situación determinada. El sujeto (A) planifica su actuación, contemplado distintas alternativas y valorando las ventajas y desventajas de cada una de ellas. Por ejemplo: El profesional de la salud (sujeto A) considera la posibilidad de dar ánimos al paciente/cliente, o recetarle un antidepresivo.
- e) Respuestas motrices o de actuación: El sujeto (A) ejecuta la alternativa que considera más adecuada a la situación. Por ejemplo: El profesional de la salud (sujeto A) resta gravedad al asunto y da ánimos al paciente (sujeto B).
- f) Feedback y acción correctiva: la actuación del sujeto (A) es a su vez una señal social para el sujeto (B), quien pondría en marcha todos los procesos anteriormente señalados proporcionando así información acerca de su acción inicial o dando por cerrado el circuito de interacción. Cualquier fallo dará lugar a un “cortocircuito” en el sistema, generando un comportamiento incompetente. Por ejemplo, el profesional de la salud (sujeto A) decide no hacer nada por tranquilizar al paciente/cliente (sujeto B), bien porque no se dio cuenta de la expresión de preocupación de aquel, o la consideró como algo normal, o no sabía qué hacer, o no se sentía con motivación suficiente para tranquilizarlo.
- g) El *timing* de las respuestas: Durante la interacción social los interlocutores deben sincronizar sus respuestas. Para lograr una sincronía adecuada será necesario que los interlocutores asuman el papel del otro, entre otras cosas, para que cada uno pueda anticipar cuándo va a ser necesario emitir una determinada respuesta y cómo puede ésta influir en el otro. Por ejemplo, el sujeto (A) comprende, interpretando la expresión facial del sujeto (B) que se siente angustiado y que debe hacer algo.

Este modelo es muy sencillo y práctico, y explica los déficit en HH.SS. como un error producido en algún punto del sistema que provocaría un cortocircuito en todo el proceso. Presenta una clara analogía entre las habilidades sociales y las motoras (Argyle, 1981a;1988). Es decir, sugiere que la noción de habilidad social implica una analogía con una gran variedad de habilidades de otro tipo, como las habilidades motoras utilizadas para escribir a máquina o conducir un coche (Argyle *et al.*, 1981; Argyle, 1994). Esto implicaría que, de igual forma que uno puede adquirir una habilidad

motora con el consiguiente entrenamiento, también podría adquirir una habilidad social. Esta analogía implica además que las HH.SS. pueden variar en función de la otra persona implicada y de la tarea en cuestión.

Siguiendo a García Saíz y Gil (2000) los fallos pueden deberse a distintos motivos:

- a) Desajuste en los objetivos de los sujetos, bien porque éstos sean incompatibles, inapropiados o inalcanzables.
- b) Errores de percepción, bajo nivel de discriminación, percepción estereotipada, errores de atribución causal, efectos de halo.
- c) Errores en la traducción de las señales sociales, fracaso al evaluar alternativas, no tomar decisiones o tardar en tomarlas, tomar decisiones negativas.
- d) Errores de planificación, no analizar las diferentes alternativas de actuación.
- e) Errores en la actuación, no saber que hacer, no poseer experiencia.

Este modelo precisaba de un desarrollo más completo y de revisiones teóricas y críticas con la sugerencia de nuevas propuestas de ampliación. De ahí que, se propusiera la inclusión de componentes cognitivos explicativos del comportamiento social y de las reglas sociales, actitudes, creencias, etc., que forman parte de planes de acción, así como la consideración de aspectos afectivo-emocionales, que también tienen una importante influencia en el comportamiento hábil (Pendleton y Furnham, 1980).

Estas y otras propuestas llevaron al desarrollo de modelos interactivos en los que, aparte de profundizar en cada uno de los dos conjuntos de factores (personales y ambientales), se otorga una importancia fundamental a la interacción entre ambos.

### **1.5.2.- Modelo de Bandura (1987): Teoría del Aprendizaje Social.**

Aunque Bandura no propone propiamente un modelo de HH.SS., su Teoría del Aprendizaje Social es, como ya se ha comentado anteriormente, de gran utilidad y relevante a la hora de comprender el comportamiento social (Calleja, 1994).

Genéricamente, bajo la denominación de Aprendizaje Social encontramos aquellas tentativas de explicar el comportamiento humano y aspectos de la personalidad haciendo referencia a principios extraídos del estudio experimental del aprendizaje (León y Medina, 1998). En esta línea, autores como Miller y Dollard utilizaron en su obra *Personalidad y psicoterapia*, publicada en 1950, la teoría del aprendizaje de Clark Hull para aclarar el desarrollo de la conducta humana normal y patológica. Dichos autores concedieron cierta atención a la imitación como factor socializador (Miller y Dollard, 1941). Pero no será hasta los célebres trabajos de Bandura y colaboradores sobre la agresión en niños (Bandura y Walters, 1978) cuando la imitación cobre importancia como unidad de análisis del comportamiento (León *et al.*, 1998).

En 1969, Bandura ya había descrito la influencia del aprendizaje observacional o vicario (que él denominó “modelado”) en la conducta social y demostrado su efecto a lo largo de un extenso número de estudios (Kelly, 1987). Para este autor, contrariamente a lo que sostenían Dollard y Miller (1941), la imitación tiene lugar sin ningún incentivo o refuerzo. Es más, demostró que dicho aprendizaje observacional o por imitación de un modelo se produce aun cuando la acción de este último es castigada (Bandura, 1987). No nos limitamos a imitar a la manera de los monos la conducta ajena, si no que extraemos reglas generales acerca del modo de actuar sobre el ambiente, y las ponemos en práctica cuando suponemos que con ellas podemos obtener el resultado deseado.

Así, Bandura sostiene que “*el funcionamiento psicológico se explica por una continua y recíproca interacción entre factores determinantes personales y ambientales*”(1987, p. 19).

En su modelo, este autor tuvo también en cuenta el papel de las expectativas de éxito o fracaso, incluyendo la autoeficacia o creencias de un individuo acerca de su posibilidad de actuar eficazmente para alcanzar lo que quiere. Por lo tanto, si bien es verdad que la conducta es controlada en gran medida por factores de origen externo, también es cierto que las personas pueden controlar su comportamiento mediante metas autoimpuestas y consecuencias generadas por ellas mismas (autorreforzamiento).

Desde este punto de vista, las HH.SS. se adquieren normalmente como consecuencia de varios mecanismos básicos de aprendizaje: consecuencias del refuerzo directo;

resultado de experiencias observacionales; efecto del feedback interpersonal; y conclusión del desarrollo de expectativas cognitivas respecto a las situaciones interpersonales (Kelly, 1987). Estos principios permiten estructurar el entrenamiento en habilidades sociales (EHS) de tal modo que cumpla una serie de condiciones: una, que sepamos qué conductas nos demanda la situación; dos, que tengamos la oportunidad de observarlas y ejecutarlas; tres, que tengamos referencias acerca de lo efectivo o no de nuestra ejecución; cuatro, que mantengamos los logros alcanzados; y, finalmente que las respuestas aprendidas se hagan habituales en nuestro repertorio de conducta (León *et al.*, 1998).

Así los elementos principales de la conducta social serían (León *et al.*, 1998):

- a) Los procesos perceptivos. Mediante la observación directa del individuo se adquiere información acerca del medio.
- b) Los procesos cognitivos reguladores. La persona prevee las consecuencias que tendrá su conducta y por ese motivo regula la conducta atendiendo a tales predicciones. Se contempla que la persona tiene unas expectativas que se han ido creando a partir de experiencias previas de refuerzo y castigo. A partir de estas expectativas decide la respuesta a emitir.
- c) El proceso de ejecución de la conducta.

Desde esta perspectiva, la incompetencia social podría ser explicada por la carencia de conductas adecuadas en el repertorio conductual del sujeto, bien por una socialización deficiente o bien por la falta de experiencias sociales pertinentes (lo que Trower y cols. (1978) denominan fracaso social primario) o también podría explicarse por la inhibición de las conductas requeridas en una situación interpersonal concreta, debida a presiones tales como la ansiedad condicionada a ciertos estímulos que configuran dicha situación, y expectativas negativas respecto a nuestra competencia social (León *et al.*, 1998).

En definitiva, este modelo incluye los mismos elementos propuestos por Argyle, con la diferencia de que él apuntaba sólo al proceso cognitivo de traducción, mientras que Bandura introduce el proceso de formación de expectativas acerca de las consecuencias que el sujeto obtendrá con su conducta. En un contexto más general, Bandura (1978) ha

argumentado que la persona, el ambiente y la conducta constituyen una importante contribución relativa a las variables fundamentales que tienen que ser consideradas para comprender y predecir la actuación adecuada.

### **1.5.3.- Modelos Interactivos o interaccionistas de las habilidades sociales.**

Los modelos interactivos o interaccionistas contemplan la competencia social como el resultado final de una cadena de procesos cognitivos y de conducta que se iniciaría con una percepción correcta de estímulos interpersonales relevantes, seguiría con el procesamiento flexible de estos estímulos para producir y evaluar posibles alternativas de respuesta, de las cuales se seleccionaría la mejor, y finalizaría con la expresión de la acción elegida (León y Medina, 2002).

Estos modelos se denominan interactivos a partir de Mischel (1973) que enfatiza el papel de las variables ambientales, características personales y la interacción entre ellas, para producir la conducta (Gil, 1991; Kirschner y Galassi, 1983; Trower, 1982). Así, Mischel cree que la personalidad debe ser evaluada en el contexto social, interactuando con otras “personalidades” en diferentes situaciones (Gilbert y Connolly, 1995).

Estos modelos interaccionistas son más complejos que los anteriormente expuestos, y ponen además énfasis en la interacción entre persona y situación, por lo que podemos decir que existen unos factores personales y ambientales o situacionales que tienen relevancia en el desarrollo de las HH.SS. Según esta posición, la interacción entre individuos y situaciones es inevitable. Esto implica que la persona sea un ser activo - intencional- que da un significado a las diferentes situaciones y que se ve envuelto en un feedback continuo con la situación. No obstante, como nos recuerda Calleja (1994), este enfoque interaccionista carece aún de suficiente apoyo experimental.

Sin embargo, vamos a describir los aspectos de la conducta social atribuibles a variables o factores personales y los derivados de la situación. Entre los factores personales encontramos (Pérez-Santamarina, 1999):

- a) Las capacidades psicofisiológicas y cognitivas. Es esencial que los sujetos posean las capacidades sensoriales y motoras necesarias, así como una adecuada activación (Welford, 1981). También son importantes capacidades cognitivas como la percepción social o interpersonal adecuada, la traducción y la planificación. Además en el procesamiento de la información se ven implicadas habilidades de solución de problemas, de evaluación de resultados potenciales, etc. A parte de estas facultades estarían los siguientes procesos: Información sobre las metas y motivaciones de la persona ante la situación, información sobre las reglas de interacción social tanto formales como informales y procesos de carácter motivacional y afectivo.
- b) Habilidades o competencias cognitivas. Dentro de las habilidades cognitivas nos encontramos con: la capacidad de conocer la conducta habilidosa apropiada, dar autoinstrucciones que regulan nuestro propio comportamiento, y autoreforzos o autorrecompensas que nos damos a nosotros mismos por el comportamiento socialmente hábil, las habilidades de empatía o de saber ponernos en el lugar del otro, la previsión de consecuencias tanto a corto plazo como a largo plazo, el desarrollo de expectativas realistas y conocer las costumbres sociales.
- c) Aspectos psicosociales. Entre las variables sociodemográficas figuran elementos como: la edad, el género, el nivel socioeconómico,..., hasta características derivadas de la pertenencia a determinados grupos o categorías sociales (raza, etnia, religión, grupos diversos de pertenencia, etc.). También se incluirán los procesos propios del desempeño de roles (capacidad de desempeñar un rol, de asumir el papel de los otros) (Argyle, 1981; Blanco, 1983).
- d) Autopresentación. Constituye una forma de influencia en las impresiones de los demás y suele cuidarse para mantener la autoestima, y por motivos profesionales (Argyle, 1983). La autopresentación se realiza de forma predominantemente no verbal, e incluye elementos como la vestimenta, el cuidado del peinado, la apariencia física,..., que pueden mejorarse a través del cuidado del atractivo físico (cuidado personal, dieta, etc.).
- e) Repertorio conductual. Es imprescindible que los sujetos cuenten con un repertorio conductual (verbal, no verbal y paralingüístico) lo suficientemente

amplio y flexible como para poder interactuar con muy diversos interlocutores a lo largo de diferentes situaciones.

Por otro lado, el medio social contiene toda una serie de variables o factores denominados situacionales. Entre ellos se encuentran los siguientes (Argyle, 1986; Calleja, 1994; Furham y Argyle, 1981; Gil, 1991; Pérez y Santamarina, 1999):

- a) Estructura de la meta. Atiende a los objetivos, los motivos y/o las necesidades de los sujetos que interactúan en una situación dada. Ejemplo: Un paciente que acude a la consulta de un médico para obtener la baja laboral, mientras que el médico lo que pretende es curarle. Vemos como ante esta situación social, los dos interlocutores tienen objetivos o motivos diferentes.
- b) Reglas y normas. Son productos culturales, convencionalismos aprendidos y aceptados y su incumplimiento puede provocar sanciones. El medio social contiene un sistema de reglas y normas que regulan parte de la conducta de las personas. Cada situación social tiene sus propias reglas que es preciso conocer y atender si queremos desenvolvernos con eficacia. Cuanto más limitadas y explícitas sean las reglas y normas que regulan una situación determinada, es decir, cuanto más estructurada sea una situación, más fácil le resultará a la persona desenvolverse en ella, ya que sólo precisará conocer esas reglas y poseer en su repertorio de conducta un número limitado de respuestas. Sin embargo, si la situación es poco estructurada, con reglas complejas o poco explícitas, a la persona no le bastará con poseer en su repertorio las conductas, sino que además, tendrá que ser capaz de combinarlas adecuadamente, y saber cómo, cuando y dónde ejecutarlas.
- c) Roles. Constituyen los papeles que las personas asumen en las distintas situaciones. Habitualmente los individuos son adscritos a estos roles o papeles sociales. Estos roles definen los derechos y deberes del individuo en esta situación determinada. Normalmente la persona ocupa diferentes roles que van a presionar hacia una dirección determinada su comportamiento social.
- d) Secuencias de conducta. Orden en el que se espera que transcurra cualquier rito social o encuentro (Hargie y Marshall, 1986, p.52).

- e) Conceptos. Vocabulario con un significado especial para cada tipo de situación, y que debe ser conocido y comprendido por las personas que participan en la misma (Gil, 1991, p.67).
- f) Repertorio de elementos. Acciones, palabras o sentimientos que deben mostrarse en cada situación.
- g) Cultura. Los valores culturales establecen criterios de valoración de los comportamientos socialmente hábiles. Existen diferencias culturales en el criterio de habilidad social.
- h) Condicionantes físicos. La iluminación, el ruido, la temperatura, la disposición espacial, etc., pueden facilitar o entorpecer el proceso de comunicación.

Las personas manifiestan quejas y déficit ante situaciones determinadas, particulares. El comportamiento hábil viene dado tanto por circunstancias relativas a la situación como por factores personales (significado psicológico de la situación para el sujeto, exposición selectiva a ciertas situaciones),... entendiendo la situación como el factor que determina la probabilidad de éxito-fracaso de la interacción, se puede considerar a la persona como el factor que determina la tendencia a triunfar o fracasar, en función de que posea y consiga emplear habilidades necesarias y adecuadas a la situación.

Resumiendo, estos modelos interactivos explican la influencia de la persona, la situación y la calidad de interacción en la conducta socialmente habilidosa. Entre los factores relativos a la persona tendríamos los procesos cognitivos explicativos del comportamiento social, los valores, actitudes y creencias y las emociones que influyen en la manifestación de las conductas sociales. Entre los factores relativos a la situación encontraremos los objetivos y las metas que queramos alcanzar, las reglas y normas, los roles, la secuencia de la conducta (el orden en que se espera que transcurra esta conducta en esta situación determinada), los condicionantes físicos de la situación, el repertorio de elementos (palabras, acciones, sentimientos que deben mostrarse en cada situación) Según estos modelos ambos elementos (persona y situación) interaccionan en un proceso dinámico y continuo.

En este trabajo se tomarán estos modelos interactivos como marco de referencia para entender y estudiar las HH.SS. y el EHS. Entre los modelos interactivos destacan por su relevancia los formulados por McFall (1982) y Trower (1982).

### **1.5.3.1.- Modelo de McFall (1982).**

McFall (1982) define a la competencia social como un juicio evaluativo general referente a la calidad o adecuación del comportamiento social de un individuo en un contexto determinado. Asimismo, afirma que la competencia social es una adecuación de una ejecución total de una persona a una tarea concreta. Este autor pone énfasis en la adecuación de las conductas sociales (Vallés y Vallés, 1996).

Debemos señalar que la gran aportación de McFall (1982) es separarse de la teoría integradora de competencia social y habilidades sociales, tal y como exponíamos anteriormente, al señalar el carácter global universal general de la competencia social y el carácter más específico de las habilidades sociales definidas como *“las capacidades específicas, innatas o adquiridas, que permiten a una persona ejecutar competentemente una particular tarea social”*.

Siguiendo a Schlundt y McFall (1985), este modelo puede ser resumido en la puesta en marcha de tres categorías de habilidades en sucesivos estadios:

Las habilidades de *descodificación* de los estímulos situacionales entrantes (*input*), implican la recepción de la información por los órganos de los sentidos, la identificación perceptiva de los rasgos estímulares importantes de la situación y la interpretación de estos rasgos dentro de un esquema de conocimiento existente en el sujeto gracias a su historia pasada, su motivación para lograr unos determinados fines u objetivos, etc.

En el estadio de *toma de decisiones*, sobre la base de la interpretación de la situación el sujeto deberá elaborar una proposición de respuesta que considere como la más efectiva y la menos costosa al afrontar la tarea estímulo. Este proceso de toma de decisiones implica el empleo de la transformación de la información y el uso de reglas

que asocian acciones específicas con circunstancias, almacenadas éstas en la memoria a largo plazo.

El estadio de la *codificación* de la secuencia del procesamiento de la información, implica la traducción de un programa de proposiciones de respuesta a una secuencia coordinada de conductas observables (ejecución). La ejecución de respuestas requiere también un proceso de retroalimentación en marcha, en el que la forma y el impacto de las conductas específicas se comparan con la forma y el impacto esperados, y se hacen ajustes sutiles con el fin de maximizar la correspondencia. Así, la ejecución (generación de secuencia de conductas) y la autoobservación (ajuste basado en la retroalimentación) son subcomponentes de las habilidades de codificación.

Es decir, las habilidades sociales se presentan como pasos orgánicos secuenciales, a través de los cuales el estímulo entrante –o tareas situacionales- se transforman en la respuesta- o realización de la tarea-, la cual será juzgada como competente o incompetente (Cobeña, 2001).

CUADRO 1.- Modelo de las HH.S. de McFall (1982) adaptado a las necesidades de la evaluación y el entrenamiento.

Historia Pasada	Motivación, Objetivos Tarea		
↓			
		Evaluación	Entrenamiento
Recepción Percepción Interpretación		¿Quién está en la escena? ¿Dónde tiene lugar la situación? ¿Qué dijeron los demás en la escena? ¿Quién quiere qué de quién? ¿Qué emociones se expresaron? Etc.	- Entrenamiento en percepción social. - Modificación de actitudes. - Técnicas de reestructuración cognitiva.
<b>Habilidades de decisión</b>			
Búsqueda de la respuesta Comprobación de la respuesta Selección de la respuesta Búsqueda en el repertorio Evaluación de su utilidad		-Definir derechos, responsabilidades y objetivos a corto y largo plazo. -Generar alternativas de respuesta. -Anticipar y evaluar las consecuencias a corto y largo plazo. -Escoger una respuesta.	-Entrenamiento en habilidades de solución problemas. -Entrenamiento en autoinstrucciones.
<b>Habilidades de codificación</b>			
Ejecución Autoobservación		Contenido verbal Componentes no verbales Contexto y ocasión Reciprocidad	-Entrenamiento en habilidades sociales. -Prácticas en vivo. -Técnicas de autocontrol.

(tomado de Caballo 2002, p.12)

Como se ha dicho anteriormente, en este modelo no se consideran a las habilidades y a las competencias como conceptos intercambiables. La competencia se emplea como un término evaluativo general que se refiere a la calidad o adecuación de la actuación total de una persona en una tarea determinada. Para ser evaluada como competente, una ejecución no necesita ser excepcional; solamente necesita ser adecuada. Las habilidades, sin embargo, son las capacidades específicas requeridas para ejecutar competentemente una tarea. Estas habilidades pueden ser innatas o pueden adquirirse por medio del entrenamiento y la práctica. Las habilidades son específicas y deberían determinarse en los términos más concretos posibles.

Esta diferenciación implica algo tan importante como la posibilidad de que la persona incompetente tenga algunas, aunque no todas, las habilidades que se requieren para ejecutar competentemente una tarea determinada.

El adjetivo Social que acompaña a competencia y a habilidades se emplea y se refiere al hecho de que el interés se centra en la conducta de una persona que tiene lugar desde una perspectiva social. La conducta social se conceptualiza sobre las bases de la reciprocidad e influencia mutua. Como hemos dicho anteriormente, se considera al individuo como un “agente” activo, es decir que busca, procesa información, genera observaciones y controla las acciones con el fin de lograr los objetivos (Trower, 1982, 1984; Trower y O’Mahoney, 1978).

Los problemas más frecuentes que puede encontrar el sujeto, a lo largo de las distintas fases en el desarrollo de las HH.SS. se resumen como sigue (Trower, 1984; Trower, Bryant y Argyle, 1978; Trower y O’Mahoney, 1978).

*1ª Fase. Motivación, objetivos, planes*

El fracaso en esta etapa puede ocurrir por varias razones:

Los objetivos pueden ser contradictorios.

Los objetivos pueden estar suprimidos o extinguidos.

Los objetivos se transforman a causa de su bloqueo.

Las habilidades cognitivas requeridas para la planificación pueden ser inadecuadas.

### **2ª Fase. *Habilidades de descodificación***

Las formas de fracaso de esta fase pueden ser las siguientes:

- Evitación perceptiva debido a la ansiedad.
- Bajo nivel de discriminación y precisión.
- Errores sistemáticos.
- Esteriotipos imprecisos o abuso de ellos.
- Errores de atribución.
- Efecto de halo.

### **3ª Fase. *Habilidades de decisión***

Los problemas en esta fase pueden deberse a:

- Fracaso en considerar alternativas.
- Fracaso en discriminar acciones eficaces y apropiadas de las no apropiadas.
- Tomar decisiones demasiado lentamente o no tomarlas de ningún modo.
- Fracaso en adquirir el conocimiento correcto para tomar decisiones.
- Tendencia a tomar decisiones negativas.

### **4ª Fase. *Habilidades de codificación***

Las dificultades en esta etapa pueden deberse, en el *primer paso*, a:

- Déficits en habilidades conductuales del repertorio del individuo.
- Ansiedad condicionada que bloquea la ejecución.
- Distorsiones cognitivas (referentes a algunas de las tres fases anteriores).
- Carencia de atractivo físico (especialmente cuando están implicadas las habilidades heterosociales).

En el *segundo paso*, pueden encontrarse problemas al dar retroalimentación (si es al recibirla implicaría la segunda fase), problemas como los siguientes:

- Carencia de retroalimentación, debido a la falta de habilidad, o retirarla por alguna determinada razón.
- Retroalimentación errónea o poco realista.

La mayor parte de la investigación en HH.SS., tanto en la evaluación como en el entrenamiento, se ha dirigido al estudio de esta cuarta fase, con el consiguiente olvido relativo de las anteriores. De ahí, la atención prestada a la medición de elementos

moleculares de las habilidades, tales como la mirada, variables de la voz, postura, etc. (Calleja, 1994).

Algunos estudios han intentado verificar algunas partes de este modelo. Entre ellos Robinson y Calhoun (1984) obtuvieron resultados correlacionales que parecen apoyar que una cadena de sucesos cognitivos precede a las respuestas que resuelven habilidosamente una interacción interpersonal y cualquier error en la cadena puede aumentar la probabilidad de una respuesta final poco habilidosa.

### **1.5.3.2.- Modelo de Trower (1982).**

El modelo de Trower y Wallace (1978) se basaba en los descubrimientos y paradigmas del procesamiento de la información y la comunicación para explicar el modelo de la conducta socialmente hábil.

Para Trower, Bryant y Argyle (1978) la conducta social se inicia y mantiene debido a una meta global, que se divide en una serie de submetas unidas mediante un plan de acción: el actor debe percibir primero las características relevantes de las situaciones interpersonales; trasladar estas percepciones a los posibles cursos de acción; decidir qué curso de acción es el más apropiado y, finalmente, ejecutar la acción elegida a través de una serie de respuestas motrices discretas. El feedback del medio se encarga de reiniciar el proceso.

Wallace y cols. (1978, 1980) de forma similar desarrollan un modelo en el que la respuesta eficaz en una interacción social es el resultado de una cadena de conductas que se inicia con una correcta recepción de los estímulos interpersonales relevantes, prosigue con un procesamiento flexible de esos estímulos, destinado a generar y evaluar posibles opciones de respuesta –de las que se elegirá la que se considere más adecuada–, y termina con la emisión de la opción elegida.

Así pues, Trower (1982) propone un modelo que considera a la persona como un sujeto activo que dirige su propia conducta hacia unas metas determinadas. La persona es vista como un agente racional que escoge medios con los cuales intentará satisfacer

estas metas. El individuo busca, procesa la información, genera y controla su acción atendiendo a estos objetivos previamente establecidos.

Este autor plantea la necesidad de tener en cuenta una serie de elementos: la capacidad de autocontrol de los eventos externos e internos, la capacidad de ejecución, la meta de dicha ejecución o auto-estándar y las representaciones cognitivas y funciones lógicas.

La atención consciente puede ser dirigida hacia el exterior (señales sociales) o hacia el interior del individuo (señales o feedback propioceptivo, experiencia pasada o presente, información codificada, actitudes, etc.).

Cuando la atención del sujeto se dirige hacia el medio, la información de los estímulos exteriores es procesada por él y clasificada en esquemas de reconocimiento. Tenemos por un lado un estímulo social, que nos informa de la situación y los procesos cognitivos que nos permiten hacer inferencias. Los esquemas guían la acción. Una de las principales funciones de los esquemas es permitir a la persona generar conductas de acuerdo a reglas sociales (Calleja, 1994).

En cambio, si la persona dirige su atención hacia el interior, la información es comparada con un esquema de reconocimiento, es decir comparada con un auto-estándar de actuación. Hay una serie de pruebas que incluyen el control interno y el externo, y la comparación con el auto-estándar. Este auto-estándar tiene un valor subjetivo como meta de conducta deseada que, si se alcanza, produce recompensas en el sujeto. De este modo el autocontrol y la comparación forman la esencia del proceso normal de la habilidad social. El proceso parece ser automático. Pero puede haber interrupciones si hay algo que impide que se produzca el proceso de comparación con el auto-estándar.

Si la evaluación de la situación permite una expectativa de éxito en el sujeto, éste actúa. Si la expectativa es desfavorable llevará a la selección de una nueva conducta o a la retirada de la situación. Si la persona se evalúa como incapaz de alcanzar su estándar y se autovalora de manera incompetente, tiene expectativas negativas de fracaso, se retirará con facilidad.

Las personas hábiles percibirán adecuadamente las señales de los demás y de la situación, de modo que dichas señales les guiarán hacia la conducta apropiada siguiendo las reglas sociales. Además variarán sus conductas de acuerdo a las diferentes situaciones en respuesta a las señales del medio y poseerán esquemas de las personas y de las situaciones, de modo que las inferencias sobre las señales serán justificadas.

Las personas no hábiles se perderán información crucial del medio. Pueden centrarse en señales erróneas y hacer inferencias inadecuadas, dando lugar a una conducta incompetente que será negativamente recibida y respondida por los otros. Además darán respuestas más rígidas y consistentes a través de las distintas situaciones, ya que en lugar de estar atentas a las señales sociales, están auto-centradas. Pueden atribuirse el fracaso a sí mismas como derivado de una negativa auto-disposición (timidez, introversión, etc.) que las incapacita para desarrollar un comportamiento socialmente eficaz.

En este modelo juega un papel importante el proceso cognitivo, que incluye inferencias relativamente válidas acerca de uno mismo, de los demás, y de las señales sociales, así como de los auto-estándares relativamente realistas. Si esto no ocurre, el sujeto genera expectativas de fracaso, y dirige sus percepciones e interpretaciones en base a sus negativas autoevaluaciones. El individuo tendrá suficiente conocimiento de hechos y de sus capacidades, y de las dificultades que le plantea o puede plantear la situación. La competencia social será evaluada por el sujeto (evaluación de autoeficacia) en base a éxitos y fracasos previos, y hará predicciones en relación a los éxitos y fracasos futuros (expectativas de autoeficacia).

La influencia de cogniciones erróneas es evidente, ya que influyen en la emisión de conductas inadecuadas que tienen como consecuencia el fracaso en la interacción. Desde este punto de vista, los procesos cognitivos forman parte de los componentes de las HH.SS., y se convierten en un problema para el EHS si éste sólo se centra en los componentes conductuales. Así pues, es necesario el uso de entrenamiento cognitivo que regule las inferencias e interpretaciones erróneas que influyen claramente en la adquisición y generación de las HH.SS. Como nos recuerda Trower (1982), en aquellos sujetos en que el problema parece consistir en que sus habilidades conductuales están obstaculizadas por fallos cognitivos y/o por un elevado grado de ansiedad social “*el*

*entrenamiento debería incluir el auto-control, la discusión lógica y refutación de erróneas inferencias y negativas evaluaciones, las cuales funcionan habitualmente, bloqueando tanto la adquisición como la generación de las HH.SS.”.*

En resumen, ambos modelos, el de McFall y el de Trower, intentan explicar la respuesta socialmente habilidosa desde un enfoque interaccionista donde aspectos de la persona, de la situación social y de la interacción entre ambas son fundamentales. Se considera al individuo, como un agente activo, es decir, busca y procesa la información genera observaciones y controla sus acciones con el fin de lograr sus objetivos. Se supera el modelo operante, en un esfuerzo común de McFall (1982) y Trower (1982), que es señalado por Schroeder y Rakos (1983) como trabajos interactivos.

El modelo McFall presenta la respuesta socialmente habilidosa como resultado final de una cadena de conductas que empezaría con una recepción correcta de los estímulos interpersonales, seguida de un procesamiento de éstos para generar y evaluar las posibles respuestas, terminando con la selección de la mejor y la emisión apropiada de ella. Da una visión amplia y completa de las diferentes habilidades que se ponen en marcha (habilidades de descodificación, decisión, codificación) antes de la emisión de la conducta social adecuada. Precisamente, la ventaja de este modelo es la presentación de esta emisión como un proceso amplio con diferentes fases. Al igual que el modelo de Trower, McFall hace hincapié en la importancia de la cadena de sucesos cognitivos que precede a las respuestas que resuelven habilidosamente una interacción interpersonal, de tal forma que condicionan la emisión de respuestas socialmente habilidosas.

Además, este autor (McFall, 1982) propone realizar un doble análisis al tratar las habilidades sociales (molar y molecular). En primer lugar debe considerarse el carácter molar que está dirigido a aspectos globales de la competencia social. Así por ejemplo, podemos hablar de habilidades de comunicación en tanto que enfoque molar. Sin embargo, debe abordarse también un análisis molecular que implica la comprensión de las conductas concretas o discretas (habilidades sociales) tales como, por ejemplo: habilidades verbales, no verbales (gestos, postura, etc.) Se puede decir que un conjunto de habilidades concretas (enfoque molecular) da lugar a una dimensión competencial en tanto que se formule un juicio evaluativo de la competencia social que posee el individuo (enfoque molar).

Por su parte, el modelo de Trower contempla al sujeto como un ser activo y racional que dirige su conducta a unas metas u objetivos previamente establecidos, que generan y controlan su acción. Los elementos que diferencian este modelo del anterior son la necesidad de tener en cuenta la capacidad de autocontrol de eventos externos (señales sociales) e internos (señales o feedback propioceptivo, experiencias pasadas, información codificada y actitudes), la meta u autoestándar, las representaciones cognitivas como esquemas mentales que guían la acción y las funciones lógicas.

El papel que juega el proceso cognitivo en este modelo es fundamental y está claramente identificado en las inferencias relativamente válidas acerca de uno mismo, de los demás y de las señales sociales, así como de los auto-estándares. El inconveniente del modelo de Tower es la dificultad en el reconocimiento de este auto-estándar o valor subjetivo como meta de conducta deseada por el sujeto. Otra discusión, se centra en torno a la consistencia o no de la persona en su comportamiento social, tema controvertido que también requiere de más investigación (Calleja, 1994).

Trower (1980, 1982, 1986) considera la necesidad de alejarse de una concepción en las habilidades discretas, sustituyéndola por otra más centrada en procesos que incluyan como componentes: la percepción y cognición sociales. Este autor ha criticado pues, los programas de EHS que enseñan sólo una lista de conductas competentes y en concreto centradas solamente en los elementos del componente conductual. Piensa que estos programas están abocados al fracaso porque se habrá dado poca generalización a partir de estos intentos y que el terapeuta debería enseñar un modelo generador de HH.SS. (habilidades cognitivas y conductuales, en lugar de centrarse solamente en elementos conductuales). La generación de conducta habilidosa requiere que un individuo se acerque a su repertorio de conductas componentes y las organice en secuencias nuevas según las reglas situacionales y sus propios objetivos y subobjetivos o guiones.

Para este autor piensa que el entrenador necesita evaluar y enseñar a los individuos habilidades de observación de acontecimientos tanto internos como externos, habilidades de actuación, objetivos y representaciones cognitivas de funciones lógicas. Al tratar a un sujeto debe conocer sus propósitos, percepciones, inferencias y procesos de evaluación. Necesita conocer las normas y reglas de la conducta social y comprender la estructura y la función del discurso social y de las situaciones sociales. Según él, el

terapeuta necesita vigilar y desafiar de manera lógica las inferencias no válidas y las evaluaciones negativas de los sujetos. Por otra parte, la conducta implica una indispensable interacción continua entre los individuos y las situaciones con que se encuentra. La conducta del individuo no sólo está influida por rasgos significativos de las situaciones con que se enfrenta sino que la persona selecciona también las situaciones en las que actúa, y por consiguiente afecta al carácter de esas situaciones. Esta acción recíproca de las personas y las situaciones para determinar la conducta constituye la esencia misma del modelo “interaccionista”, principal marco teórico en la investigación actual de las HH.SS. (Caballo, 2002).

Para finalizar este apartado relativo a los modelos cabe recordar que los cuatro rasgos esenciales de este interaccionismo moderno pueden resumirse como sigue (Caballo, 2002, p.308):

- a) La conducta real es función de un proceso continuo o una interacción multidireccional (retroalimentación) entre el individuo y la situación con que se encuentra.
- b) El individuo es un agente activo, intencional, en este proceso de interacción.
- c) En el lado de la persona dentro de la interacción, los factores cognitivos son los determinantes esenciales de la conducta, aunque los factores emocionales juegan un cierto papel.
- d) En el lado de la situación, el significado psicológico de ésta para el individuo es el factor determinante básico.

### **1.6.- Componentes de las habilidades sociales.**

La diversidad conceptual y terminológica que hemos visto en apartados anteriores se manifiesta también en lo relativo a los componentes de las HH.SS. Existen tantos componentes en sus contenidos como autores han desarrollado trabajos sobre el tema (Vallés y Vallés, 1996).

Así, por ejemplo, Lazarus (1973) fue uno de los primeros en establecer, desde la práctica clínica, como principales clases de respuesta o dimensiones de dichas

habilidades, las siguientes: conductual y verbal, cognitiva, fisiológica y situacional. Posteriormente, algunos autores tipifican esos contenidos en función de las habilidades que son necesarias en las interacciones sociales (Kelly, 1987; Monjas, 1994; Vallés y Vallés, 1996).

A la hora de estudiar estos componentes se ha enfatizado la posibilidad de hacerlo desde dos niveles de análisis: el molar y el molecular (Caballo, 2002), niveles de análisis comentados anteriormente al exponer el modelo de McFall y retomados ahora para explicar las categorías de análisis de las HH.SS., aunque este análisis ha sido una fuente de discusión en cuanto a qué evaluar en cada caso.

El enfoque *molar* incluye tipos de habilidad general, por ejemplo: la defensa de los derechos. Se supone que cada una de esas habilidades generales dependen del nivel y de una variedad de componentes *moleculares* de respuesta, como el contacto ocular, el volumen de voz, o la postura. Este enfoque molar prefiere evaluaciones generales, subjetivas.

El enfoque *molecular* está íntimamente unido al modelo conductual de la habilidad social. La conducta interpersonal se divide en componentes específicos, que pueden medirse de manera objetiva (p. ej., número de sonrisas y número de segundos de contacto ocular). Pero la cuestión más importante es que el impacto social está determinado no por el número de sonrisas o los segundos de contacto ocular, sino por un complejo patrón de respuestas que tienen lugar en conjunción con las de la otra persona en la interacción. De ahí que el análisis molecular será esencial para la investigación.

Sin embargo, autores expertos en la materia abogan por el uso de ambos enfoques o procedimientos (Caballo 1993, 2002; McFall, 1982).

Por otra parte, algunos autores señalan que la estrategia más útil sería un tercer enfoque que recogiera otros aspectos como los juicios globales (relevancia clínica) y las medidas moleculares (la especificidad metodológica). Este enfoque se denomina medición de *nivel intermedio* y habilidades de este nivel serían por ejemplo: la expresión facial, la postura, etc. Se debe decir que este nivel, como nos recuerda Calleja

(1994), ya se estaba estudiando y trabajando desde hace tiempo incluyéndolo dentro del nivel molecular (Alberti y Emmons, 1986; Chiauzzi *et al.*, 1985; Jerrelman *et al.*, 1986; Kelly, 1982; Rich y Schroeder, 1976; Spitzberg y Cupach, 1985).

En estas reflexiones sobre los niveles molar y molecular, casi siempre se tienen en cuenta los componentes conductuales de las HH.SS., que son observables. Este énfasis en la conducta observable es propio de la terapia de conducta y de la literatura sobre las HH.SS. Sin embargo, desde hace unos años se ha dado un progresivo auge a la consideración de la conducta encubierta, es decir, pensamientos, creencias, procesos cognitivos, etc., de los individuos (Kendall, 1983; Kendall y Hollon, 1981; Merluzzi, Glass y Genest, 1981).

Aún queda mucho por investigar sobre los componentes cognitivos de las HH.SS, y si nos situamos en el análisis de los componentes fisiológicos la situación es más delicada aún. Por un lado, los trabajos realizados sobre el tema son pocos y los resultados nada concluyentes. A continuación vamos a analizar los diferentes componentes de las HH.SS.

### **1.6.1.- Componente conductual y verbal.**

Como ya quedó claro al definirla, la habilidad social incluye un conjunto de conductas aprendidas (por tanto, conductas que pueden aprenderse y enseñarse) y como se ha comentado posteriormente, se ha intentado descomponer esta dimensión en elementos más simples, observables y cuantificados objetivamente (enfoque o nivel de análisis molecular).

En un estudio realizado por Caballo (1987) se revisaron 90 trabajos (realizados entre 1970 y 1986) para analizar los diferentes componentes de las HH.SS. y sus frecuencias, y se obtuvieron los siguientes resultados en relación a los componentes conductuales observados:

- a) Componentes no verbales (mirada/contacto ocular: 78%, sonrisas: 37%, gestos: 34%).

- b) Componentes Paralingüísticos (volumen voz: 43%, tiempo de habla: 37%, duración de la respuesta: 31% y tono de voz: 20%).
- c) Componentes verbales (peticiones de nueva conducta: 36%, contenido de anuencia: 28%, contenido de alabanzas: 14%, preguntas: 13%).
- d) Componentes mixtos más generales (afecto: 20%, conducta positiva espontánea: 8%, escoger el momento apropiado: 6%).

Así este autor establece una clasificación que incluye no solamente la frecuencia de este componente (conductual), sino también la de algunos componentes cognitivos y fisiológicos empleados en los estudios que revisó.

En cuanto a la dimensión verbal, Lazarus (1973) consideró que los sujetos con HH.SS. eran capaces de conversar en períodos de silencio de la interacción y eran más sensibles a la retroalimentación del otro. Según este autor entre los elementos de la dimensión verbal estarían:

- a) Capacidad de decir “no”.
- b) Capacidad de pedir favores y hacer peticiones.
- c) Capacidad de expresar sentimientos positivos y negativos.
- d) Capacidad de defender derechos.
- e) Capacidad de iniciar, mantener y terminar conversaciones.

Posteriormente la lista de estos elementos se ha completado dando cabida a los siguientes (Caballo, 1993):

- a) Hacer cumplidos.
- b) Aceptar cumplidos.
- c) Hacer peticiones.
- d) Expresar amor, agrado y afecto.
- e) Iniciar y mantener conversaciones.
- f) Defender los propios derechos.
- g) Rechazar peticiones.
- h) Expresar opiniones personales, incluido el desacuerdo.
- i) Expresión justificada de molestia, desagrado o enfado.

- j) Petición de cambios en la conducta del otro.
- k) Disculparse o admitir ignorancia.
- l) Afrontar las críticas.

Estas 12 dimensiones son las más básicas y a ellas se les debe añadir la habilidad de *solicitar satisfactoriamente un trabajo* y la *habilidad de hablar en público* (Caballo, 2002).

Cabe señalar que estas dimensiones se refieren únicamente a los contenidos verbales de la respuesta. Pero como es lógico, los componentes no verbales tienen tanta importancia como ellos ya que, además de ser importantes en sí mismos, pueden matizar el contenido verbal de la respuesta. Por ejemplo, el tono con el que se remarca una frase puede incluso cambiar su sentido de asertiva a agresiva, etc.

Los componentes no verbales (p. ej., contacto ocular, gestos, postura, distancia, etc.) y paralingüísticos (volumen de voz, tono, latencia, fluidez, etc.) están muy bien identificados en la literatura y han sido profusamente estudiados. Sin embargo, en este trabajo apenas vamos a referirnos a ellos puesto que, precisamente por su entidad, exceden el ámbito de este estudio.

La evaluación de los elementos conductuales de las HH.SS. se ha centrado normalmente en la frecuencia, presencia y duración de aquellos elementos que requería la conducta hábil, dejando de lado “cómo se integran, coordinan y adaptan a las respuestas del otro” (Kelly, 1987). Sin embargo, es importante, evaluar cómo se integran, cómo se sincronizan entre sí los elementos y cómo interaccionan con los componentes de la conducta de la otra persona, ya que los patrones de respuesta pueden sufrir alteraciones según distintas situaciones, diferentes dimensiones conductuales y según el momento en que tienen lugar (Kolotkin *et al.*, 1984). Así por ejemplo, el uso de la mirada/contacto ocular, que debe ser sincronizada, acompañada, completando y acompañando a la palabra hablada, en la conversación (contenido y fluidez), la calidad de la voz o los gestos con las manos, son los elementos más exhibidos por los sujetos evaluados como habilidosos socialmente.

En este sentido, por ejemplo Caballo y Buela (1988 *a*, 1988 *b*, 1989) encontraron que la mirada y las pausas de conversación y el tiempo de habla (entonación y fluidez) eran los tres elementos evaluados según cantidad/ frecuencia, que diferenciaban a sujetos de alta, baja y media habilidad social entre sí.

Resumiendo, el componente conductual de las HH.SS se ha dividido en elementos verbales y no verbales. Los elementos verbales se refieren al mensaje temático de lo que dice la persona y dentro de estos componentes se incluyen aspectos como ciertos elementos del habla (habla egocéntrica, instrucciones, preguntas, comentarios, charla informal, expresiones ejecutivas, costumbres sociales, estados emocionales y actitudes, mensajes latentes,...) y elementos de la comunicación (como duración del habla, retroalimentación, preguntas,...). Entre los elementos no verbales se incluyen: la mirada, la dilatación pupilar, la expresión facial, las sonrisas, la postura corporal, los gestos, la distancia (la proximidad, el contacto físico), la apariencia personal, los movimientos de cabeza y ciertos componentes paralingüísticos como la latencia, el volumen, el timbre, el tono del habla y la inflexión, la fluidez (perturbaciones al habla y otras señales vocales), el tiempo del habla, la claridad y la velocidad.

### **1.6.2.- Componente cognitivo.**

El análisis tradicional de las HH.SS. enfatizó los componentes conductuales, dejando de lado esta dimensión cognitiva hasta recientemente.

Actualmente parece estar claro que las situaciones y los ambientes influyen en los pensamientos, sentimientos y acciones de los individuos. La persona busca algunas situaciones y evita otras. El modo cómo selecciona las situaciones, los estímulos y acontecimientos, cómo los percibe y evalúa en sus procesos cognitivos forma parte de esta dimensión cognitiva y depende de los procesos cognitivos o expectativas de auto-eficacia percibida. El procesamiento y la percepción e interpretación pueden ser erróneos influyendo negativamente sobre la conducta desencadenando emociones negativas y conductas inadaptadas o inexistentes.

Podemos decir pues que los componentes conductuales tienen su correlato en el sistema de respuesta cognitivo y viceversa, las habilidades sociales de carácter conductual están mediatizadas por el proceso de pensamiento que se genera en la estructura neurológica del sistema nervioso (Vallés y Vallés, 1996). De hecho, ya Argyle y Kendon (1967) señalaron que las dificultades en la conducta social podrían estar originadas por factores cognitivos (distorsiones cognitivas) y éstos eran, asimismo situacionales y específicos.

Los elementos que forman parte de esta dimensión cognitiva son (Vallés y Vallés, 1996):

La *competencia cognitiva* formada por los conocimientos sobre HH.SS., habilidades como el uso de la empatía (saber ponernos en el lugar de otro) y la destreza en la solución de problemas, así como la capacidad de usar la conducta verbal y no verbal, al igual que entender su significado.

Las *estrategias de codificación y constructos personales* donde entrarían en juego aspectos como la atención, la interpretación, la percepción social e interpersonal, así como fenómenos de percepción, traducción y ejecución de conductas sociales. En este sentido, cabe recordar que la percepción social permite a las personas observar el entorno social y poder organizarlo, y para ello es necesario aprender a interpretar las reglas de funcionamiento así como las costumbres y las normas sociales.

Las *características personales*. Parece estar claro que diferentes personas pueden agrupar y codificar los mismos acontecimientos y conductas de maneras diferentes y atender selectivamente a las distintas clases de información. Existen diferencias individuales en relación a la motivación y metas que se esperan ante una situación social, y las personas pueden carecer de habilidades necesarias para conseguir estas metas o bien encontrarse con dos metas contradictorias que les generan incertidumbre y conflicto. Otro factor a tener en cuenta son las creencias y valores que las personas tenemos acerca de nosotros mismos, de los otros y del mundo social que nos rodea. Estas creencias están influenciadas por los procesos de socialización y funcionan como esquemas simplificadores de la realidad, regulan nuestras experiencias y lo que aprendemos (Kendall, 1983-citado en Vallés y Vallés, 1996). La percepción y la

conducta que emite la persona está claramente influenciada por sus creencias de modo que se puede ver distorsionada la percepción de la realidad y su influencia en el comportamiento social atendiendo a creencias erróneas o irracionales (Ellis, 1979, 1980).

Las *expectativas conducta-resultados* se refieren al pronóstico que una persona realiza en relación a la consecución de unos resultados ante una situación determinada. Las expectativas de autoeficacia se refieren a la seguridad que tiene una persona de poder realizar una conducta particular. Esto le permite valorarse como competente para manejar unas determinadas situaciones e incompetente para desenvolverse en otras (Caballo, 2002). Podemos decir que, las expectativas guían la selección (elección) de la respuesta óptima de entre las muchas que la persona es capaz de construir dentro de cada situación social. Si el sujeto cree que los resultados de su actuación no serán positivos, dejará de enfrentarse a la situación (inhibición) o bien emitirá conductas inadecuadas.

Ante una situación nueva, en ausencia de información sobre las expectativas conducta-resultados, la actuación de la persona dependerá básicamente de las expectativas conducta-resultados previos (experiencia) ante situaciones similares

Por otra parte, es probable que si la persona considera que las respuestas habilidosas le van a acarrear consecuencias negativas, éstas sean inhibidas o no aprendidas. A menudo los sujetos socialmente no habilidosos, ante el temor a la evaluación negativa de los demás, inhiben las conductas habilidosas (Bellack, Hersen y Turner, 1979b). Este último aspecto está relacionado con la auto-valoración o auto-estima: las personas tienden a hacer valoraciones sobre sí mismos. Cuando se autovaloran como competentes y dignos de elogio por los demás, se aprueban y esperan aprobación por parte de los otros. Por el contrario, cuando se consideran incompetentes y carentes de valor personal, tienden a esperar que los demás también les perciban sin valía y les rechacen (Calleja, 1994).

Las personas también poseen *valores* que ejercen una poderosa influencia sobre su comportamiento. Estos valores pueden tener su origen en profundas creencias religiosas o éticas. Así siguiendo el ejemplo propuesto por Calleja (1994), si una persona mantiene

la consideración ética de que las personas egoístas son repudiables, porque ponen por delante sus propios intereses, le será muy difícil llevar a cabo acciones que tengan por finalidad la propia satisfacción frente a las necesidades de otras. Este tipo de creencias puede ser un serio obstáculo para el desarrollo de la asertividad.

### **1.6.3.- Componente fisiológico.**

Los componentes fisiológicos de las HH.SS. son aquellas señales o variables corporales que se manifiestan como activación del sistema nervioso y demás aparatos respiratorios, digestivo, circulatorio, etc. (Vallés y Vallés, 1996). En este sentido, Caballo (2002) señala como variables fisiológicas que han formado parte de la investigación en HH.SS.: la tasa cardíaca, la presión sanguínea, el flujo sanguíneo, las respuestas electrodermales (conductancia de la piel), las respuestas electromiográficas (tensión-relajación muscular) y la respiración.

Aunque los estudios experimentales realizados sobre los componentes fisiológicos de las HH.SS no son concluyentes, parece ser que los sujetos de alta habilidad social tardan menos en reducir su activación (medida por la tasa cardíaca o el volumen de sangre) que los sujetos de baja habilidad social (Beidel, Turner y Dancu, 1985; Caballo, 2002; Dayton y Mikulas, 1981).

Sin embargo, tradicionalmente se han señalado una serie de problemas en el análisis de los componentes fisiológicos de las HH.SS. (Eisler, 1976 –citado en Caballo, 2002):

- a) No hay una relación necesaria entre la actividad fisiológica general y el autoinforme de estados emocionales específicos. Algunos sujetos pueden calificar su activación fisiológica en situaciones interpersonales como ansiedad, otros como excitación fisiológica o como ira.
- b) Algunos individuos pueden comportarse de manera altamente habilidosa bajo condiciones de gran activación fisiológica, mientras que otros pueden aparecer igual de habilidosos bajo condiciones de activación baja o moderada.

- c) Diferencias individuales en pautas de activación fisiológica en respuesta a situaciones interpersonales pueden conducir a pautas de conducta similares o diferentes dependiendo de cómo sean interpretadas por los individuos.
- d) De las medidas de todos los sistemas de respuesta, los indicadores fisiológicos parecerían estar entre los menos fiables con respecto a la predicción de las conductas sociales complejas.

En definitiva, más que un aumento en el volumen de investigación sobre este tema, lo que parece interesante es un cambio en la forma de investigar las variables fisiológicas relacionadas con el desarrollo de la conducta social, sobre todo teniendo en cuenta los avances tecnológicos para obtener registros fisiológicos a través de aparatos portátiles y métodos telemétricos que permiten que durante la evaluación el sujeto pueda seguir con su actividad habitual y desenvolviéndose en su medio natural (Caballo, 2002; Carroble, 1986).

#### **1.6.4.- Componente situacional o ambiental.**

Esta dimensión de las HH.SS. se refiere a las variables situacionales o ambientales que influyen claramente en la conducta social de la persona. Si tenemos en cuenta que las habilidades sociales son respuestas específicas a situaciones específicas, entonces su efectividad depende del contexto concreto de la interacción y de los parámetros que pueden concurrir en ella.

Según ya señaló Fernández Ballesteros (1986b), los tipos de variables ambientales a tener en cuenta son:

- a) Físicas: temperatura, contaminación, hacinamiento, construcción de edificios,...
- b) Sociodemográficas: género, edad, estado civil, situación de la estructura familiar, número de miembros en el hogar, familia, ocupación del cabeza de familia, lugar de nacimiento, ingresos personales, raza, lengua, religión,...
- c) Organizativas: variables que ordenan o normativizan el comportamiento de los habitantes en un determinado ambiente como parque, jardín, empresa,....

- d) Interpersonales o psicosociales: variables implicadas en las relaciones interpersonales pues las relaciones humanas suelen ser evaluadas en función del comportamiento externo de los sujetos (roles, liderazgo, estereotipos).
- e) Conductuales: tipos de conducta que se van a adoptar en un ambiente determinado como conductas motoras, fisiológicas o cognitivas.

En relación a los elementos del ambiente, podemos decir que los ambientes cálidos son aquellos lugares físicos agradables inductores de la comunicación personal. El entorno en el que se producen las interacciones sociales puede generar un cierto acogimiento o frialdad en el sentido psicológico, lo cual nos hace sentir más cómodos y relajados o, por el contrario, si el ambiente se percibe como frío nos hará sentir más tensos. Algunos elementos físicos como la combinación de color de las paredes de la estancia, cortinas, alfombras, mobiliario, etc. nos hacen sentir más o menos relajados en las situaciones de interacción social (Vallés y Vallés, 1996) y de ahí la necesidad de estudiarlos y modificarlos.

En resumen y como conclusión a este análisis de los componentes o dimensiones de las HH.SS. debemos recordar que la dimensión conductual ha sido la más estudiada por ser una de las más fácilmente cuantificables. Parece, sin embargo, que con la ayuda del vídeo, de instrumentos de medida cognitivos y de aparatos de registro fisiológico portátiles se puede lograr una mayor integración en la evaluación de los tres sistemas de respuesta dentro del área de las HH.SS, así como una útil aportación al campo del EHS, que puede contar además con las técnicas de modificación de conducta cognitiva y del biofeedback para tratar directamente los elementos cognitivos y fisiológicos.

Otro aspecto relativamente olvidado en la investigación de las HH.SS. es el análisis de las situaciones sociales. Para que una conducta sea socialmente eficaz deben tenerse en cuenta las variables que intervienen en cada situación en las que se exhibe la destreza social. El enfoque interaccionista que hemos presentado anteriormente y que será tomado como marco de referencia para el estudio de las HH.SS. en este trabajo, tiene en cuenta las variables de la persona (elementos cognitivos y fisiológicos), las variables de conducta (elementos conductuales) y las variables de la situación, así como su interacción, motivo por el cual este componente gana en relevancia.

### **1.7.- Formación y mantenimiento de las habilidades sociales.**

Como ya se comentó anteriormente, desde la teoría del aprendizaje social, las HH.SS. se entienden como capacidades y conductas aprendidas (Caballo, 1987, 2002; Kelly, 1987). Por lo que se refiere a su formación, podemos decir que existe un período crítico en la formación y adquisición de las HH.SS. que es la niñez (Bellack y Morrison, 1982).

Y, aunque no hay datos definitivos sobre cómo y cuándo se aprenden, parece ser que este proceso de formación de las HH.SS. está influido por una predisposición biológica y genética (temperamento o expresión de emociones) y por factores ambientales de tipo socioemocional donde el aprendizaje juega un papel relevante (Bandura, 1986; Meinchembaum, 1977; Mischel, 1981; Rotter, 1966).

Así, las primeras experiencias de aprendizaje podrían interaccionar con predisposiciones biológicas para determinar ciertos patrones relativamente consistentes de funcionamiento social en, por lo menos, algunos jóvenes y en, al menos, una parte significativa de la infancia (Morrison, 1990).

Por su parte Buck (1991) y Gilbert y Connolly (1995) consideran que el temperamento, definido como una disposición innata basada en mecanismos neurales y/u hormonales (Thomas *et al.*, 1970 citado en Buck, 1991), determina la naturaleza del ambiente socioemocional interpersonal en muchos aspectos (relaciones interpersonales), e influyen en el aprendizaje de las HH.SS., así como en las expectativas sociales que un individuo experimenta a través de una serie de sistemas complejos de feedback. El temperamento estaría implicado en la expresión e inhibición de la emoción, tendría importantes implicaciones sociales y emocionales, y colocaría los cimientos para el posterior desarrollo de la conducta social (Buck, 1991). El niño expresivo proporcionaría más información a los demás sobre su estado emocional/motivacional, obtendría más retroalimentación de los demás (al fomentar más expresión por parte de la otra persona) y tendería a crear un ambiente emocional más enriquecedor. Esto, a su vez, facilitaría el desarrollo de las HH.SS. y fomentaría la competencia social (Buck, 1991).

Bellack y Morrison (1982), por otra parte, consideran que la explicación más aceptable para el temprano aprendizaje de la conducta social la ofrece la teoría del aprendizaje social. El factor crítico sería entonces el modelado. Así, en el proceso de formación, el aprendizaje por observación de personas significativas (padres y cuidadores) sería fundamental en la adquisición de las HH.SS., sobre todo en la configuración del estilo de interacción, la conducta verbal y no verbal y las actuaciones sociales. Pero no sólo serían importantes los padres y cuidadores, sino también los iguales, especialmente durante la adolescencia y dado que las costumbres sociales, modas y estilos de vestir o el lenguaje, cambian durante la vida de la persona se tendría que continuar aprendiendo con el fin de seguir siendo socialmente habilidoso.

Así una vez adquiridas, estas habilidades se mantendrían o no dependiendo de los procesos de maduración y de las experiencias de aprendizaje en cuanto a éxitos y fracasos en las interacciones con los otros (Argyle, 1969).

Además, la oportunidad para practicar la conducta en una serie de situaciones y el desarrollo de las capacidades cognitivas serían otros de los procedimientos que parecen estar implicados en la adquisición de las HH.SS. (Trower, Bryant y Argyle, 1978).

Así pues, las HH.SS. en el adulto estarían relacionadas con la competencia social (efectividad), influida por el temperamento (expresión de emociones), las experiencias ante las situaciones, la situación y el momento. Desde este punto de vista, cuanto más experiencia tenga un individuo de una situación, más dependerá su conducta social de lo que el individuo haya aprendido a hacer en esa situación y menor será la contribución aparente del temperamento. Por el contrario, si la situación es nueva y no sabe mucho de ella, el temperamento sería el factor predictor más importante. En definitiva, las HH.SS. se aprenden, y en este proceso juega un papel fundamental la interacción entre factores intrínsecos a la persona y factores ambientales y situacionales (Caballo, 2002; García Vera *et al.*, 1998; McFall, 1982; Trower, 1982).

## **1.8.- Etiología de los déficits en habilidades sociales.**

Como se ha comentado en el apartado anterior, las HH.SS. se aprenden y existen unos períodos críticos en su formación (la niñez) donde procesos como la observación de modelos representativos del entorno, la enseñanza directa o el refuerzo y castigo en la interacción social son esenciales para la adquisición de las mismas. Por otra parte, existen diferencias individuales, de tal forma que ciertos individuos manifiestan dificultades en su comportamiento social con los otros.

Como señalan Wilson, Spencer y Kavanagh (1989) y Caballo (1993), para explicar las causas de estos déficits se han seguido diversos modelos. Algunos alegan déficits en las habilidades conductuales, otros inhibición de la respuesta por ansiedad condicionada y otros fallos de la discriminación perceptual y cognitiva o problemas cognitivo-evaluativos.

Así el punto de vista más tradicional considera que la incompetencia social se debe a que el sujeto carece en su repertorio conductual de ciertas habilidades necesarias para una ejecución competente, debido a que no las ha aprendido (ambientes carenciales) o bien a que no usa las habilidades de que dispone de forma apropiada, se bloquea por diversas causas (ansiedad), o porque las habilidades que tuvo han desaparecido de su repertorio en un momento determinado de sus vidas (pacientes psiquiátricos). La incidencia que puede llegar a tener el déficit en HH.SS. queda suficientemente reflejado en un estudio ya clásico, realizado por Ziegler y Phillips (1961), en el que estos autores comprobaron que el ajuste social que el paciente tenía antes de ser internado, fue mejor criterio predictor de su comportamiento en la Institución y de su posterior ajuste social, que el diagnóstico realizado, o incluso que el tratamiento recibido. No parece que exista duda de que el déficit en HH.SS. pueda ocasionar distintos problemas, y que la carencia de HH.SS. sea una característica definitoria de muchos trastornos emocionales y conductuales; pero no es menos cierto lo contrario; esto es, que un determinado problema puede redundar en una progresiva pérdida de HH.SS. (Gil, 1991).

A veces lo que ocurre es que el sujeto ha aprendido otras formas de relacionarse en el pasado que a corto plazo eran efectivas, de forma que está utilizando respuestas menos

apropiadas ante determinadas situaciones sociales determinadas (agresividad versus asertividad).

Los procesos de socialización son fundamentales, de tal forma que si ésta es deficiente o la persona no tiene experiencias sociales adecuadas se produce con mayor frecuencia incompetencia social. Las oportunidades para actuar con los miembros de la familia, con los compañeros de trabajo y con otras personas en lugares de ocio probablemente afectarán a la habilidad del individuo para interactuar con los demás. Cuando existen pocas oportunidades, el déficit en HH.SS., puede reflejar una falta de práctica, de posibilidad de aprender de los demás y/o de la confianza en la propia capacidad para afrontar la situación (Kelly, 1987). La ansiedad social que experimentan frecuentemente estos individuos es entendida como consecuencia de no saber comportarse eficazmente ante la situación, no recibir refuerzo de los otros e incluso ser castigados. Se asume que la ansiedad desaparecerá cuando el individuo aprenda a emitir comportamientos apropiados.

Desde este punto de vista, el objetivo del EHS es la adquisición de aquellas conductas que están ausentes en el repertorio del individuo, y que son necesarias para ejecutar un comportamiento social eficaz ante determinadas situaciones. No cabe analizar las causas que motivaron esta incompetencia, sino evaluar los déficits específicos del repertorio conductual del sujeto y enseñarle las conductas apropiadas.

Otra posible explicación apunta que los individuos pueden tener en su repertorio las habilidades necesarias, pero los altos niveles de ansiedad condicionada a estímulos externos inhiben su emisión. Sugiere que a través de experiencias aversivas o por medio del condicionamiento vicario, señales anteriormente neutras relacionadas con las interacciones sociales han llegado a asociarse con estímulos aversivos. Podemos decir pues, que las experiencias sociales previas con connotaciones aversivas han hecho que tales situaciones queden condicionadas a elicitar altos niveles de ansiedad y esta ansiedad bloquearía la conducta adecuada e incluso haría que el individuo evitara ciertas situaciones (Calleja, 1994).

En este caso, el tratamiento iría encaminado a eliminar la ansiedad condicionada, entendiéndose que, una vez reducida, el sujeto adoptará conductas adecuadas en futuras

situaciones. Las técnicas de elección serían: la relajación, desensibilización sistemática, técnicas conductuales y cognitivas.

Los fallos de discriminación en la percepción y a nivel cognitivo sería otra de las posibles explicaciones que los estudiosos sobre el tema plantean (Caballo, 1993; Gil y García Sáiz, 2000; León *et al.*, 1998). Se asume que la persona carece o usa de manera errónea sus habilidades perceptivas y cognitivas y ello hace que interprete el mundo social de manera distorsionada. A nivel perceptivo se pueden producir fallos de baja precisión para discriminar señales sociales, errores sistemáticos por convicciones erróneas, estereotipos inexactos que condicionen las relaciones humanas, errores en las atribuciones de la causalidad (considerarse siempre el culpable de los errores) o efectos de halo (por ejemplo, tender a percibir a los demás como superiores). A nivel cognitivo se pueden encontrar también errores que pueden actuar como inhibidores o causantes de la distorsión a nivel de la ejecución social, entre ellos: falta de destrezas en la solución de problemas (toma de decisiones) y no saber discriminar entre conductas adecuadas e inadecuadas ante una situación determinada. Desde este punto de vista, el objetivo del EHS será enseñar a percibir, discriminar e interpretar de manera correcta las señales sociales, y a planificar estrategias de solución de problemas.

Así pues, los fallos cognitivos-perceptivos pueden ser los causantes de que, aún teniendo el sujeto en su repertorio habilidades apropiadas, debido a una evaluación errónea de la situación se inhiba esta conducta o se eviten situaciones. Pero la evaluación también puede ser una auto-evaluación negativa acerca de uno mismo (pensamientos “autoderrotistas”) que hace que el sujeto sea incompetente socialmente, o esté temeroso de las posibles consecuencias de su conducta (García Vera *et al.*, 1998). Muchos sujetos incompetentes se preocupan en exceso por las evaluaciones que hacen o harán los otros acerca de su ejecución (Brunch, 198; Schwartz y Gottman, 1976), poseen una tendencia a realizar auto-evaluaciones negativas (Alden y Cappe, 1981; Heimberg *et al.*, 1983), hacen predicciones de consecuencias negativas para sus comportamientos (Kuperminc y Heimberg, 1983) o tienen creencias irracionales acerca de sí mismos y del medio social (Alden y Safran, 1978; Lohr y Bonge, 1982).

Las características personales con factores tales como la edad, el género, la cultura, el nivel socioeconómico, la apariencia física, el estilo de vestir o la forma de pintarse

pueden influir sobre la impresión que se crea en los demás (Caballo, 1993; Wilson, Spence y Kavanagh, 1989).

La falta de motivación para actuar apropiadamente en una situación determinada puede ser otro factor que explique la conducta socialmente inadecuada. Así, la falta de motivación haría que para el sujeto carecieran de valor reforzante las interacciones interpersonales. Puede también suceder que el individuo no esté seguro de sus derechos o no crea que tenga el derecho de responder apropiadamente.

Algunos autores enfatizan la solución en las cogniciones relativas a ciertas creencias irracionales (Ellis, 1979, 1980, 1988); otros proponen corregir las auto-verbalizaciones erróneas (Meichenbaum, 1987); y otros, se orientan hacia la toma de decisiones y solución de problemas (D’Zurilla y Goldfried, 1971; Goldfried y Goldfried, 1975).

Resumiendo, la incompetencia social puede deberse a diferentes causas y, en función de cuál o cuáles sean las causas consideradas se tienden a fijar unos u otros objetivos para el EHS. En cualquier caso, cabe señalar que en un EHS se deben tener en cuenta tanto las características individuales y personales como situacionales a la hora de diseñar y plantear el entrenamiento para que éste resulte efectivo. Siguiendo a Gil (1991) podemos decir que las HH.SS. abarcan la mayoría de las actividades humanas, de forma que ninguna población, problema o rol profesional se escapen de su ámbito de influencia (p.60).

### **1.9.- Evaluación de las habilidades sociales.**

Actualmente contamos con múltiples y variados procedimientos para la evaluación de las HH.SS. Sin embargo, hoy por hoy no existe aún un instrumento adecuadamente validado y con la suficiente validez y fiabilidad como para usarlo de manera universal.

Cuando trabajamos tratando de mejorar las habilidades sociales de una persona o colectivo, las técnicas de evaluación se aplican antes del tratamiento, durante, después y en el período de seguimiento. La evaluación durante el tratamiento y después nos dará

una idea del impacto del tratamiento tanto a nivel conductual como cognitivo. La última etapa nos sirve para explorar el grado de mantenimiento de los cambios conseguidos.

Autores como Caballo (1988) o Collins y Collins (1992), siguiendo las propuestas de Lazarus (1981), plantean la necesidad de evaluar categorías como: conductas, emociones, sensaciones, pensamientos, relaciones, imaginación, drogas (y estado fisiológico general) y ambiente.

A continuación se describen algunas de las técnicas de evaluación de las HH.SS. más frecuentemente empleadas, agrupándolas por categorías (Caballo, 2002):

1.- **El enfoque analíticoconductual**. Se han descrito varias etapas en la construcción de instrumentos de este tipo para evaluar las HH.SS. (Goldfried y D’Zurilla, 1969), entre ellas:

- a) Análisis de las situaciones. Identifican y describen las situaciones sociales a las que se debe someter el sujeto. Conocemos sobradamente el poder que algunos estímulos antecedentes y consecuentes a la conducta tienen sobre la misma. Una persona que presenta un déficit en HH.SS. puede expresarlo en un tipo de situaciones, pero no en otro (Ballester y Gil, 2002).
- b) Enumeración de las respuestas. Para cada situación problemática con una alta probabilidad de ocurrencia se dan una serie de respuestas. Esto proporciona información sobre la facilidad con la que puede resolverse estas situaciones.
- c) Evaluación de las respuestas. Para cada situación se determina el grado de efectividad de las acciones del sujeto.
- d) Desarrollo del formato de evaluación. Debería incluir las observaciones directas de las respuestas de los sujetos ante situaciones problemáticas en lugares sociales de la vida real. Pero esto no siempre es posible, de tal forma que se recurre a simulaciones de la situación problemática.
- e) Evaluación de la fiabilidad y validez del instrumento de evaluación. ¿Es útil?, ¿es válido?

2.- **El autoinforme**. Está compuesto por preguntas o afirmaciones referidas a situaciones de interacción social a las que el sujeto debe responder, indicando el ajuste

de su conducta con tales preguntas. Estas son las estrategias más utilizadas en evaluación de las HH.SS.

La utilización de escalas, cuestionarios e inventarios pueden ayudar tanto a la investigación como a la práctica clínica y permite evaluar a una gran cantidad de sujetos en un tiempo relativamente breve, con un importante ahorro económico de tiempo y energía, además de explorar múltiples conductas (Caballo, 2002).

El número de cuestionarios, inventarios y escalas empleados en la investigación sobre HH.SS. es excesivamente largo y su análisis complejo, desbordando su explicación y descripción detallada el objetivo de este trabajo. No obstante, se recoge a continuación un listado que incluye algunos de los inventarios más utilizados para medir: HH.SS., ansiedad social y aspectos cognitivos (Ballester y Gil, 2002, p.47-49).

### **Inventarios sobre HH.SS.**

- a) Escala de Asertividad de Wolpe-Lazarus (WLAS, “Wolpe-Lazarus Assertiveness Scale”, Wolpe y Lazarus, 1966).
- b) Inventario de Resolución de Conflictos (CRI, “Conflict Resolution Inventory”, McFall y Lillesand, 1971).
- c) Inventario de Asertividad de Rathus (RAS, “Rathus Assertiveness Schedule”, Rathus, 1973).
- d) Escala de Auto-expresión Universitaria (CSES, “College Self Expression Scale”, Galassi, Delo y Galassi y Bastien, 1974).
- e) Escala de Auto-expresión para Adultos (ASES, “Adult Self-Expression Scale”, Gay, Hollandsworth y Galassi, 1975).
- f) Inventario de Interacción Heterosexual (SHI, “Survey of Heterosexual Interactions”, Twentyman y McFall, 1975).
- g) Inventario de Situaciones Interpersonales (ISI, “Interpersonal Situation Inventory”, Goldsmith y McFall, 1975).
- h) Inventario de Aserción (AI, “Assertion Inventory”, Gambrill y Richey, 1975).
- i) Escala-Inventario de la Actuación Social (SPSS, “Social Performance Survey Schedule”, Lowe y Cautela, 1978).

- j) Inventario de Situaciones Sociales (SSI, “Social Situations Inventory”, Trower, Bryant y Argyle, 1978).
- k) Inventario de Asertividad-Agresividad de Bakker (BAAI, “Bakker Assertion-Agressiveness Inventory”, Bakker, Bakker-Rabdau y Breit, 1978).
- l) Cuestionario de Citas y Asertividad (DAQ, “Dating and Assertion Questionnaire”, Levenson y Gottman, 1978).
- m) Test Conductual de la Expresión de Ternura (BTTE, “Behavioral Test of Tenderness Express”, Warren y Gilner, 1978).
- n) Medida de la Búsqueda Asertiva de Trabajo (AJHS, “Assertive Job-Hunting Survey”, Becker, 1980).
- o) Inventario de Relaciones Personales (PRI, “Personal Relations Inventory”, Lorr y More, 1980).
- p) Escala de Retraimiento Social (SRS, “Social Reticence Scale”, Jones y Russell, 1982).
- q) Escala de Comportamiento Asertivo para Niños (CABS, Michelson y Wood, 1982).
- r) Cuestionario Matson para la Evaluación de HH.SS. (MESSY, “Matson Evaluation of Social Skills with Youngsters”, Matson, Rotatori y Helsel, 1983).
- s) Inventario de Conducta Asertiva de Del Greco (DABI, “Del Greco Assertive Behavioral Inventory”, Del Greco, 1983).
- t) Escala de Asertividad para Adolescentes (ASA, “Assertiveness Scale for Adolescents”, Lee, Hallberg, Slemon y Hasse, 1985).
- u) Inventario de Asertividad para enfermeras (NAI, “Nurses Assertiveness Inventory”, Michelson, Molcan y Poorman, 1986).
- v) Escala Multidimensional de Expresión Social-Parte Motora (EMES-M, Caballo, 1987).
- w) Escala de Habilidades Sociales (EHS, Gismero, 2000).

### **Inventarios sobre ansiedad social**

- a) Cuestionario Situacional (SQ, “Situational Questionnaire”, Rehm y Marston, 1968).

- b) Escala de Evitación y Ansiedad Social (SAD, “Social Avoidance and Distress Scale”, Watson y Friend, 1969).
- c) Inventario de Aserción (puntuación grado de malestar) (AI, “Asertion Inventory”, Gambrill y Richey, 1975).
- d) Inventario de Ansiedad Social (SAI, “Social Anxiety Inventory”, Richardson y Tasto, 1976).
- e) Inventario de Ansiedad Social Revisado (SAI-R, “Social Anxiety Inventory-Revised”, Curran, Corriveau, Monti y Hagerman, 1980).
- f) Escalas de Ansiedad de Interacción y de Ansiedad a Hablar en Público (IAAS, “Interaction and Audience Anxiousness Scales”, Leary, 1983).
- g) Cuestionario de Pensamientos de Ansiedad Social (SAT, “Social Anxiety Thoughts Questionnaire”, Hartman, 1984).
- h) Escala Multidimensional de Expresión Social-Parte Emocional (EMES-M, Caballo, 1987).

### **Inventarios cognitivos**

- a) Temor a la Evaluación Negativa (FNE, “Fear of Negative Evaluation”, Watson y Friend, 1969).
- b) Test de Creencias Irracionales (IBT, “Irrational Beliefs Test”, Jones, 1969).
- c) Test de autoverbalizaciones asertivas (ASST, “Assertiveness Self-statement Test”, Schwartz y Gottman, 1976).
- d) Cuestionario de Expectativas Generalizadas sobre los demás (GEOQ, “Generalized Expectations of Others Questionnaire”, Eisler, Frederiksen y Peterson, 1978).
- e) Escala Cognitiva de Asertividad (CSA, “Cognition Scale of Assertiveness”, Golden, 1981).
- f) Técnicas de Evaluación de la Resolución de Problemas Interpersonales (IPSAT, “Interpersonal Problem-Solving Assessment Technique”, Getter y Nowinski, 1981).
- g) Test de autoverbalización en la interacción social (SIST, “Social Interaction Self-Statement Test”, Glass, Merluzzi, Biever y Larsen, 1982).

- h) Lista de Autoverbalizaciones (SSC, “Self Statement Checklist”, Halford y Foddy, 1982).
- i) Test de Respuestas Cognitivas (CRT, “Cognitive Response Test”, Watkins y Rush, 1983).
- j) Cuestionario Personal (PQ, “Personal Questionnaire”, Shepherd, 1984).
- k) Escala Multidimensional de Expresión Social-Parte Cognitiva (EMES-C, Caballo, 1987).

En relación a estos inventarios, ya Furnham y Henderson (1984) tras revisar una parte importante de ellos señalaron: *“el análisis de contenido muestra que no se ha hecho sistemáticamente una categorización de situaciones en los distintos inventarios. A pesar del hecho de que los investigadores han subrayado y demostrado la especificidad de la conducta asertiva ..., se ha hecho muy poco para emplear estos hallazgos en el diseño de los cuestionarios de autoinforme”* (p.167).

De hecho, las medidas de autoinforme denotan en muchos casos la ausencia de criterio externo con el que validar estos inventarios.

Por otra parte, estas medidas intentan averiguar la conducta o cogniciones del sujeto en situaciones de la vida real. Para ello se describe una conducta o un pensamiento a un individuo y se le pide que señale con qué frecuencia realiza esa conducta o ha tenido ese pensamiento. A veces se le pide que compare su conducta con la de otras personas o que describa ciertos rasgos de su personalidad. Todo ello está sujeto a diversos errores por parte del que rellena la escala: En primer lugar, están los problemas ligados a la deseabilidad social, es decir, lo que una persona piensa de su conducta puede estar en clara discrepancia con su conducta real, de tal forma que manifestará lo que cree que agrada más al terapeuta o investigador. Por otra parte, la conducta y las cogniciones de un sujeto varían normalmente con las situaciones y con las personas. Las HH.SS. son altamente específicas a la situación, es decir, los individuos actúan y piensan de manera diferente en situaciones distintas, y las puntuaciones totales suelen enmascarar estas variaciones situacionales, lo cual puede ser útil para propósitos de selección poco finos (identificación de sujetos de alta y baja habilidad social), pero no se debería esperar que predijesen la conducta en situaciones específicas.

Otra limitación es que se le pide al sujeto que clasifique y limite las descripciones de su conducta o pensamientos en la vida real con una frase (un ítem), esto hace que la descripción pueda ser difícil de realizar debido a la complejidad cognitivo-conductual que ello comporta.

También pueden ocurrir sesgos de memoria al solicitar a la persona que se acuerde de qué pensamientos acaban de pasar por su cabeza, qué suele pensar o cómo actúa normalmente ante determinadas situaciones. Es posible que ciertos individuos sólo se acuerden de pensamientos o conductas favorables, mientras que otros sólo se acuerden de los desfavorables, puntuando de forma diferente.

Además, aunque se supone que cada ítem del inventario actúa como un estímulo estándar, sin embargo no provoca el mismo tipo de respuesta en cada sujeto. Un mismo pensamiento puede significar cosas muy diferentes para dos personas distintas. También los términos “frecuentemente”, “a menudo” “mucho”, etc. representan cantidades sustancialmente diferentes en los diversos individuos.

En ocasiones, al sujeto se le presentan situaciones a las que no se ha visto sometido nunca, por lo que no sabe cómo reaccionaría ante ellas y qué piensa ante las mismas.

Finalmente, se ha concluido que los inventarios conductuales no recogen los elementos moleculares de la conducta habilidosa (p.ej., contacto ocular, volumen de la voz, etc...) (Caballo, 2002).

A pesar de todos estos inconvenientes, este tipo de medidas han contado con el apoyo de la mayor parte de los investigadores. Así, podemos señalar entre otros a Trower (1982), quien afirma que: *“los auto-informes parecen ser uno de los mejores caminos para la obtención de los datos del individuo”*; o a Kelly (1987) que opina: *“Las escalas de auto-informe cubren un importante dominio a tener en cuenta durante la evaluación, a saber, la auto-descripción general que hace el sujeto de su competencia”*. Actualmente los autoinformes continúan siendo una de las formas más habitualmente empleadas para medir las HH.SS.

3.- **La entrevista.** Es una herramienta útil de análisis de la conducta social de la persona, de las posibles cogniciones mediadoras que pueden interferir en la expresión de una conducta socialmente adecuada, así como de variables como las expectativas, motivación para cambiar y las modificaciones que le gustaría lograr.

Su utilidad en la práctica clínica está demostrada y con ella se obtiene información sobre la historia interpersonal, observación directa de la conducta interpersonal, situaciones sociales específicas problemáticas para la persona, las habilidades necesarias para la actuación apropiada en cada situación, los factores antecedentes y consecuentes, así como la evaluación subjetiva de la persona sobre su actuación social.

Entre los factores o variables antecedentes y consecuentes de la conducta social que deben ser tomados en consideración en una entrevista se encuentran al menos los siguientes (Ballester y Gil, 2002):

- a) Factores sociales: como la atención y el refuerzo que se recibe de personas más o menos significativas.
- b) Factores cognitivos: como, las autoverbalizaciones anticipatorias que presenta un sujeto antes de enfrentarse a una situación, o de recriminación o auto-reproche con posterioridad a una conducta. Las creencias irracionales son el origen de muchas de estas autoverbalizaciones. Podríamos incluir aquí no sólo los pensamientos que tiene el sujeto que interactúa socialmente, sino también sus imágenes, las imágenes positivas o negativas que tiene el individuo acerca de la propia actuación social, y que pueden facilitar o inhibir sus interacciones.
- c) Factores físicos: como el consumo de alcohol o drogas, que con excesiva frecuencia se utilizan como un medio de facilitar o desinhibir ciertos comportamientos sociales; además de otros factores como el cansancio, la fatiga, la presencia de dolor e incluso los cambios hormonales, que pueden influir sobre el comportamiento.
- d) Factores afectivos: como la ansiedad, la depresión o la ira, entre otros, que pueden llevar al sujeto a evitar la interacción social, con el consiguiente efecto negativo sobre las HH.SS.

- e) **Habilidades cognitivas y conductuales:** como la presencia de sesgos atencionales o de una atención selectiva a ciertos estímulos de la interacción social, las habilidades para solucionar problemas, habilidades de autocontrol o el estilo atribucional del sujeto.

Aún con las limitaciones que caracterizan a cualquier entrevista (errores debidos al entrevistador, al entrevistado y a la propia situación de entrevista) se puede considerar ésta como un instrumento útil para generar hipótesis sobre la conducta social del sujeto. De hecho, la entrevista es especialmente relevante como método de evaluación de las HH.SS. porque, al fin y al cabo, se trata de una interacción social más, en la que el terapeuta puede no sólo escuchar el contenido de lo que el sujeto le comunica, sino también estar atento a la forma en que lo hace, es decir, observar el funcionamiento social del sujeto.

Los problemas de validez de la entrevista se deben tener en cuenta, ya que puede ser que la información recogida no sea representativa del comportamiento social general del sujeto.

Estos problemas se derivan de la limitada fiabilidad que tiene la propia percepción y el recuerdo del sujeto sobre su comportamiento y las limitaciones del entrevistador (como por ejemplo, atender a algunos aspectos formales de la comunicación y no a todos).

4.- **El autorregistro.** Cuando es la persona la que se observa a sí misma, el procedimiento se denomina autorregistro (Cone, 1978). Es un método para observar y registrar la conducta tanto manifiesta como encubierta (cogniciones, percepciones de los acontecimientos socioambientales,...). A veces también se le pide a los sujetos que marquen los antecedentes y consecuentes de esta conducta (tanto manifiestos como encubiertos). Los niveles de ansiedad, la satisfacción con las conductas y sus habilidades son también componentes a considerar.

Las amenazas más frecuentes a la validez del autorregistro son la falta de fiabilidad y la reactividad (Bellack, 1979a; Bellack y Morrison, 1982). La falta de fiabilidad se refiere a la inexactitud o inconsistencia de la observación o mantenimiento del registro,

mientras que la reactividad se refiere a un cambio en la conducta objetivo como función de la autoobservación. El cansancio por parte del sujeto hace que puedan perder detalles de las interacciones sociales y que dejen de registrarse. Por otro lado, pueden también modificar el número y naturaleza de las anotaciones en sus registros conforme pasa el tiempo.

Otra de las cuestiones como señala Kelly (1982) es que *“es probable que la percepción alterada por parte del paciente de las interacciones sociales, o de su propia actuación en esas interacciones, acompañe al entrenamiento en HH.SS., y pueda sesgar la precisión objetiva de los registros de la conducta”* (p. 118). A pesar de estas limitaciones el autorregistro es un método de evaluación útil sobre todo en los contextos clínicos (Caballo, 2002).

5.- **Medidas conductuales**. La evaluación conductual se ha empleado en una gran parte de las investigaciones sobre HH.SS. e incluye todos aquellos procedimientos de evaluación que consisten en la observación natural de la conducta real del sujeto en una interacción social. En ocasiones, esta observación directa por parte del terapeuta o entrenador en el entorno real de actuación es casi imposible o dificultosa, no solamente en cuanto a tiempo se refiere, sino también a los efectos reactivos de la presencia del terapeuta en la conducta del sujeto. Además, si la habilidad a registrar es compleja, es muy difícil llevarla a cabo por un solo observador (Calleja, 1994).

Para suplir esto se han utilizado estrategias como el uso de la técnica de la llamada telefónica, en la que un colaborador del evaluador llama al sujeto haciéndole peticiones poco razonables que pueden incluir, por ejemplo, suscribirse a un seguro o prestarle dinero, evaluándose la facilidad del sujeto para rechazar estas peticiones.

También se ha utilizado la evaluación de las interacciones familiares de manera que un observador vaya a casa del sujeto en momentos de interacción habitual, como puede ser la hora de comer, para observar la actuación del paciente.

En tercer lugar, cabe mencionar el uso de métodos naturalistas para evaluar las autoverbalizaciones espontáneas de niños que están jugando con sus iguales o con sus muñecos (Ballester y Gil, 2002).

También se ha recurrido al uso de la observación conductual de interacciones simuladas. Estos métodos se ven también afectados por el efecto reactivo de la observación y por las amenazas a la validez ecológica, es decir, los efectos de la conducta del sujeto no son los mismos en situaciones simuladas que en la vida real. Sin embargo, existen una serie de ventajas en las pruebas de interacción simulada (Caballo, 2002) entre ellas se incluyen las siguientes:

- a) Disminuyen el tiempo necesario para la evaluación comparada con la observación en situaciones naturales.
- b) Con ellas se evitan los posibles problemas éticos que puede suponer la observación de ciertas conductas en la vida real.
- c) Hay un mayor control sobre los estímulos que pueden afectar al sujeto.
- d) Facilita la representación de conductas con una baja tasa de ocurrencia en la vida real.

Las situaciones pueden presentarse por medio de un magnetófono o ser representadas en vivo. El uso del vídeo permite poder observar de forma repetida la conducta del sujeto, incluso poderla descomponer en los elementos moleculares que sean necesarios. Una cuestión compleja e importante es el tamaño de la unidad conductual a medir (molar versus molecular).

Así, por ejemplo, se puede decidir observar un amplio segmento de conducta, no en el sentido de duración de la observación, sino de la cantidad de elementos a observar. Esta modalidad de observación de unidades molares de conducta en la que se realiza una valoración global de las HH.SS. del sujeto tiene la ventaja de que se aproxima más a la situación criterio real en la que se despliega y es valorada por los demás la globalidad de la conducta social de la persona (Ballester y Gil, 2002).

La otra posibilidad es observar unidades más específicas o moleculares de la conducta. Así, por ejemplo, se observaría el número de veces que la persona inicia la conversación, el tiempo que la mantiene, la duración del contacto ocular, etc. En este caso se gana en especificidad de la información recogida y esta evaluación puede resultar más objetiva, aunque se pierde la semejanza con la situación real.

En un intento de recoger lo mejor de los dos enfoques, y de eliminar las desventajas, se han construido formatos de evaluación para las HH.SS. de “nivel intermedio”, es decir, formatos a mitad de camino entre las evaluaciones molares y las moleculares. Ejemplos de ello, son el “Behavioral Referenced Rating System of Intermediate Social Skill” (BRISS) de Wallander, Conger y Conger (1985) o el “Intermediate Level Social Skills Assessment Checklist” (ILSSAC), de Farell, Rabinowirz, Wallander y Curran (1985). En ambos instrumentos, las 11 habilidades de nivel intermedio exploradas son:

- a) Empleo de la cabeza.
- b) Empleo de la expresión facial.
- c) Empleo de los ojos.
- d) Empleo de los brazos y de las manos.
- e) Empleo del cuerpo y las piernas.
- f) Lenguaje.
- g) Emisión del habla.
- h) Estructura de la conversación.
- i) Contenido de la conversación.
- j) Estilo personal de conversación.
- k) Conducta dirigida hacia el compañero.

Otra alternativa frecuentemente empleada es el uso de “jueces” de evaluación entrenados para los sistemas de medición conductual de las HH.SS. Sin embargo, se ha visto necesario instruirlos en relación a qué conductas observar, hacer que practiquen la evaluación de vídeos, darles retroalimentación sobre la precisión de sus evaluaciones y que utilicen un protocolo estándar, todo ello es esencial para garantizar que esta evaluación sea rigurosa y fiable. Una crítica a este entrenamiento de jueces es que los investigadores pueden estar moldeándolos, por lo que se recomienda darles libertad de acción a la hora de evaluar, es decir, que evalúe a partir de su propio sistema de valores y no a partir de unos criterios preestablecidos. Pero si se emplean evaluadores sin entrenar, la selección de los mismos es crucial. Se requiere que estas personas sean representativas de aquellos individuos que estarían en posición de definir qué es una conducta habilidosa o no habilidosa en el ambiente natural, procedimiento que se ha denominado “validación social” (Kazdin, 1977).

Existen varias estrategias de observación conductual que se han empleado tradicionalmente en la evaluación de las HH.SS., entre ellas la observación *in vivo* de la conducta social en la vida real, las pruebas de observación estructuradas a través de role-playing o las pruebas de observación semiestructuradas o no estructurada en situaciones simuladas. A continuación se exponen las directrices generales de estas estrategias de observación conductual (Ballester y Gil, 2002, p.59-60):

a) Las observaciones *in vivo* de la conducta social de los sujetos pueden ser un método adecuado cuando:

- Los problemas del sujeto afectan a las relaciones con otras personas que se encuentran también en el ambiente observado.
- La situación *in vivo* se presta en sí a la observación porque la persona pasa un tiempo considerable en ella y puede ser observada entretanto.
- Las interacciones ocurren con frecuencia o al menos puede predecirse su aparición.

b) Las pruebas de observación estructuradas a través del role-playing resultan indicadas cuando el evaluador desea saber cómo responde el sujeto ante comentarios relativamente estructurados o discretos o ante la conducta de otra persona, como puede ocurrir en una situación en la que el paciente tiene problemas para ser asertivo con otra persona o en una entrevista de trabajo. Este procedimiento tiene ventajas e inconvenientes propios del laboratorio, habiendo sido muy criticadas porque restringe mucho al sujeto, el cual:

- se ve obligado a dar una respuesta rápida y breve, aún sabiendo que está siendo observado o grabado y ello comporta un aumento de ansiedad y riesgo de dar respuestas anómalas y poco realistas.
- debe responder a una situación de la que posee poca información.
- va a intentar dar una respuesta adecuada o de deseabilidad social, ello conlleva estrés añadido a la hora de responder o bien por el contrario puede resultarle más fácil responder a una situación sin riesgo real a diferencia de lo que sucede en la vida real.

Aún a pesar de estas limitaciones, el role-playing es más estructurado, requiere una rápida y breve respuesta del sujeto y hace que sea un método idóneo para la evaluación de las HH.SS., sobre todo en estudios de aserción.

c) Las pruebas de observación semiestructuradas o no estructurada en situaciones simuladas son útiles cuando lo que interesa saber no es la respuesta del sujeto ante comentarios o comportamientos específicos de otra persona, sino su comportamiento global en situaciones menos estructuradas; es el caso de una conversación cotidiana, conocer gente o concertar una cita.

Resumiendo, la observación natural es un método útil para evaluar conductas simples, y frecuencia y duración de ciertos comportamientos sociales, pero no tanto para evaluar habilidades complejas y la calidad de los comportamientos. Para subsanar estas dificultades se utilizan evaluaciones en situaciones de laboratorio, que pretenden ser similares a los encuentros *in vivo*. Estas medidas tienen todas las ventajas (situación estándar, posibilidad de ser registrada o grabada en vídeo, etc.) y todos los inconvenientes (situación rígida y artificial, reactividad de los sujetos) del laboratorio.

6.- **Registros psicofisiológicos.** Han sido relativamente poco utilizados en la evaluación de las HH.SS. 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. Las investigaciones sobre el empleo de medidas fisiológicas han sido más bien escasas y poco concluyentes como se comentó al hablar de la dimensión fisiológica de las HH.SS. Los que se han hecho se han centrado especialmente en la tasa cardíaca, la presión y el flujo sanguíneo, las respuestas electrodermales, la respuesta electromiográfica y la respiración. Al respecto de estas variables se han establecido distintas hipótesis de trabajo, por ejemplo, que los sujetos con escasas HH.SS. tienen una mayor lentitud en la reducción de la activación (tasa cardíaca, volumen de sangre) que los sujetos habilidosos.

Hoy por hoy, es importante incorporar cada vez más este tipo de datos acerca del funcionamiento social del individuo. Además, existe actualmente un desarrollo tecnológico en la instrumentación biomédica, tal que deja de lado los fallos de registro y

la dificultad que tenía la instrumentación empleada hasta ahora, y que es prometedora en el desarrollo de la investigación en este campo. También los avances para producir pequeños aparatos que permitan el registro sobre la marcha en situaciones de la vida real han contribuido al desarrollo de esta investigación.

Resumiendo, hemos visto que existen diferentes instrumentos para la evaluación de las HH.SS.: los autoinformes, la entrevista, el autorregistro, las situaciones simuladas y los registros psicofisiológicos. Sin duda todos ellos han contribuido a la obtención de datos útiles tanto para la planificación del tratamiento como para evaluar su efectividad. Sin embargo, la evaluación de las HH.SS. tiene serios problemas, como la dificultad de conceptualizarlas, los problemas técnicos y metodológicos a la hora de evaluar los comportamientos involucrados o la dificultad para valorar cómo influyen los procesos perceptivos y cognitivos en las mismas. Todo ello hace que en ocasiones se produzca información contradictoria en relación a las respuestas del individuo que evaluamos. El establecimiento de una batería multimodal para la evaluación de las HH.SS. sería la propuesta que algunos estudiosos del tema proponen para el avance en su estudio (Caballo, 2002).

## **2.- El entrenamiento en habilidades sociales (EHS)**

### **2.1.- Introducción.**

Como ya comentamos en el capítulo anterior, las HH.SS. son capacidades y conductas aprendidas y aunque el período más importante para su adquisición es la niñez, este aprendizaje puede darse a lo largo de toda la vida.

El aprendizaje de las HH.SS. y su mejora a través de la experiencia (es decir sin entrenamiento) se debe a procesos de ensayo y error. Ya McPhail, Ungold-Thomas y Chapman (1975) estudiaron el proceso de adquisición de HH.SS. durante la adolescencia detectando que aparecían formas diferentes con la edad. Los sujetos más jóvenes dieron muchas respuestas bruscas, agresivas y dominantes que se definieron como intentos “experimentales” de adquirir habilidades por ensayo y error para tratar las nuevas situaciones con que se enfrentan los adolescentes. Los más habilidosos eran los que usaban estrategias más adecuadas y sofisticadas, similares a los adultos.

Sin embargo, en ciertas circunstancias el proceso de adquisición de las HH.SS. no puede o no debe dejarse a la experiencia y los procesos de ensayo y error. Y es en estos casos donde entra en juego el EHS. Podríamos decir, siguiendo a Gil y García Sáiz (2000), que las HH.SS.: *“son capacidades aprendidas que pueden mejorarse a través de experiencias de aprendizaje adecuadas”*. Estas experiencias consisten fundamentalmente en observar a quienes ejecutan adecuadamente las conductas, practicarlas, corregirlas, ir perfeccionando las propias ejecuciones, recibir reforzamiento por las ejecuciones adecuadas, y practicar lo más posible en situaciones variadas y reales.

Como ya se ha comentado, las HH.SS. son entes dinámicas íntimamente unidas al espacio sociocultural donde se desarrollan las personas, y visiblemente marcadas por la especificidad situacional (Santolaya, 2002).

Así, las HH.SS. al tratarse de capacidades y comportamientos que muestran las personas en situaciones de interacción social, constituyen respuestas específicas a las exigencias que plantean las situaciones, lo que hace necesario desarrollar en las

personas repertorios flexibles y variados de conducta social, en vez de patrones rígidos y uniformes.

Este proceso de aprendizaje se desarrolla a veces, aunque no de forma sistemática, en la vida cotidiana de muchas personas, aunque habitualmente tales aprendizajes suelen ser azarosos y no consiguen que el individuo adquiriera las habilidades necesarias para su adecuada adaptación social. Pero este proceso también puede desarrollarse de forma ordenada y sistemática y, del mismo modo que las personas aprenden a conducir un vehículo adecuadamente y viajar de forma agradable y segura, muchas personas necesitan aprender o perfeccionar su conducción en el siempre difícil terreno de las interacciones con los demás (García Vera *et al.*, 1998).

## **2.2.- El entrenamiento en habilidades sociales. Concepto.**

Al igual que no hay una definición única y unánimemente aceptada del concepto de HH.SS., tampoco la hay para el EHS. Sí podemos decir que el EHS nace en el seno de la Terapia de Conducta y evoluciona con ella desde unos planteamientos puramente conductuales hacia los planteamientos cognitivo-conductuales actuales (Calleja, 1994).

Podemos definir el EHS como: *“Un intento directo y sistemático de enseñar estrategias y habilidades interpersonales a los individuos con la intención de mejorar su competencia interpersonal individual en clases específicas de situaciones sociales”* (Curran, 1985, p.122).

O también como *“Un conjunto de procedimientos orientados a la adquisición de las HH.SS.”* (Caballo, 1987).

Dicho en otras palabras, el EHS está integrado por *“un conjunto de técnicas cuya aplicación se orienta a la adquisición de aquellas habilidades que permitan a los sujetos mantener interacciones sociales satisfactorias en su ámbito real de actuación”* (Caballo, 1993).

Por tanto, el EHS implica que la persona (Caballo, 2002):

- a) Adquiera y llegue a dominar conductas de interacción en la secuencia correcta.
- b) Analice adecuadamente la situación social real.
- c) Reproduzca HH.SS. en momentos adecuados y ante las diferentes situaciones de la vida real de forma espontánea.

Argyle y Henderson (1985) profundizaron en este análisis y consideraron que el EHS podría incluir, entre otros, los siguientes elementos:

- a) Aprender habilidades de interacción (Comunicación Verbal y Comunicación No Verbal), y manejar secuencias de interacción como la negociación de desacuerdos.
- b) Aprender los hechos cotidianos sobre las relaciones y corregir ideas erróneas.
- c) Aprender las reglas informales de las relaciones.

Otros autores postulan que las seis premisas que subyacen al EHS (Curran, 1985; Ovejero, 1990) son las siguientes:

- a) Las relaciones interpersonales son importantes para el desarrollo y el funcionamiento psicológico.
- b) La falta de armonía interpersonal puede contribuir, o conducir, a disfunciones y perturbaciones psicológicas.
- c) Ciertos estilos y estrategias interpersonales son más adaptativos que otros estilos y estrategias para clases específicas de encuentros sociales.
- d) Estos estilos y estrategias interpersonales pueden especificarse y enseñarse.
- e) Una vez aprendidos estos estilos y estrategias mejorarán la competencia en situaciones específicas.
- f) La mejora en la competencia interpersonal puede contribuir o conducir a la mejoría en el funcionamiento psicológico.

Actualmente, el EHS se encuentra entre las técnicas más potentes y más frecuentemente utilizadas para el tratamiento de problemas psicológicos, para la mejora

de la efectividad interpersonal, y de la calidad de vida (Caballo, 2002; García Vera *et al.*, 1998; Gil y García Sáiz, 2000).

Así entendidos, los programas de EHS se fundamentan básicamente en los principios del aprendizaje y cuentan con la contribución de diversas disciplinas científicas. Además, estos programas, dadas las características de las HH.SS. deben atender tanto a la interacción entre factores intrínsecos a la persona, y factores ambientales, como a los distintos componentes (motores, cognitivos y fisiológicos) de éstas (García Vera *et al.*, 1998).

### **2.3.- Características generales del entrenamiento en habilidades sociales.**

Las características principales del EHS son las siguientes (Gil y García Sáiz, 2000):

En primer lugar, el modelo en el que se basan se orienta hacia la ampliación del conjunto de las capacidades y conductas adaptativas del sujeto, lo que conlleva el desarrollo de habilidades nuevas y conductas alternativas.

El EHS es importante ya que las conductas que manifiesta una persona en una situación de interacción social están orientadas a conseguir unos determinados objetivos (consecuencias deseadas). Y, si las conductas no son adecuadas, la persona tendrá que soportar tanto las consecuencias negativas de la no consecución de sus objetivos o metas, como aquellas derivadas del malestar que suelen provocar en los demás las conductas socialmente poco hábiles.

Como ya señalaron Libert y Lewinsohn (1973), cuando las conductas sociales que muestra una persona son positivas, es decir, resultan agradables, deseables y satisfactorias para esa persona (y para quienes le rodean), entonces se puede decir en términos generales que esas conductas son adecuadas; por el contrario, cuando la persona emite comportamientos que le acarrearán consecuencias desagradables o poco deseables para ella (o para los demás), es posible que sus conductas sociales sean inadecuadas. Se justifica pues la necesidad del EHS para lograr que la persona emita la

mayor cantidad posible de conductas sociales adecuadas (y la menor cantidad posible de conductas inadecuadas).

En segundo lugar, los sujetos son los agentes activos del cambio. Por lo tanto, el EHS se basa en la colaboración activa de las personas, lo que presupone su intención de cambiar, así como la aceptación y comprensión del procedimiento.

En tercer lugar, más que técnicas terapéuticas para problemas psicológicos, los EHS se consideran procedimientos psicoeducativos de formación, que pueden afectar a las habilidades de una persona en varios aspectos:

- Motivación: El EHS puede intentar modificar los objetivos o las metas que la persona persigue en la interacción social.
- Sensibilidad: Los entrenados pueden volverse más sensibles a los procesos de interacción social. Sobre todo parece ser que serán más sensibles a la comunicación verbal y no verbal de los otros.
- Traducción: En el EHS se puede enseñar qué respuestas dar a diferentes personas y situaciones, centrándose primero en la interpretación de las señales de los demás.
- Respuestas efectivas: El EHS enseña a dar respuestas hábiles.

En una sesión típica de EHS se enseña a los asistentes en qué consiste una conducta competente, se les da oportunidad de que ensayen lo que han visto, se les suministra una “retroalimentación” sistemática en relación a su rendimiento, y se les anima de varias formas para que utilicen sus nuevas habilidades en los ámbitos de la vida real.

Y en cuarto lugar, las ventajas de los EHS son múltiples e incuestionables, especialmente en lo referido a la existencia de una amplia evidencia sobre su eficacia, así como por la posibilidad de realizarlos en grupo, lo que potencia esta eficacia.

Esta eficacia se ha demostrado a nivel empírico en el tratamiento de una serie de trastornos psicopatológicos y conductuales (L’Abate y Milan, 1985). Así por ejemplo, podemos citar entre otros, los programas para personas con problemas de asertividad y depresión (Caballo, 1988); adultos con problemas de ansiedad social (Heimberg, 1989);

niños y adolescentes (Goldstein *et al.*, 1989; Michelson *et al.*, 1987; Ogilvy, 1994); adultos con retraso mental con problemas para encontrar empleo (Huang y Cuvo, 1997) o pacientes con esquizofrenia (Santolaya, 2002; Smith, Bellack y Liberman, 1996).

La eficacia de los EHS en el tratamiento de muy diversos problemas y poblaciones se debe fundamentalmente a dos factores (Gil y García Sáiz, 2000):

- a) La eficacia debida a la existencia de sólidos fundamentos teóricos y metodológicos que sustentan el EHS que, como ya hemos comentado en el capítulo anterior, se deben fundamentalmente a la influencia y aportaciones de las teorías del aprendizaje social, de la psicología social y de la modificación y terapia de conducta, que sin duda, dotan de un marco teórico rico al EHS (análisis funcional, técnicas de probada eficacia en terapia y modificación de conducta, marco teórico amplio para explicar procesos psicosociales implicados...).
- b) La eficacia debida a la selección adecuada de las condiciones de aplicación tanto en la planificación como de la ejecución de cada una de sus fases (preparación, adquisición y generalización).

Para concluir cabe comentar que las principales ventajas de los EHS frente a otros procedimientos tradicionales orientados a la adquisición y desarrollo de nuevas habilidades son las siguientes (Gil y García Sáiz, 2000):

- a) Resultan bastante familiares a los sujetos, al seguir los mismos principios de aprendizaje que para la adquisición de cualquier otra competencia, en contextos naturales y al emplearse técnicas simples.
- b) La duración es considerablemente breve.
- c) Poseen una terminología simple, sencilla y asequible para las personas no especializadas.
- d) Permiten una gran flexibilidad y versatilidad para adaptarlos a las diferentes personas, grupos y necesidades.
- e) La formación de los/as entrenadores es breve y sencilla.
- f) Sus resultados son, desde el principio, más positivos.

- g) Su estructura es clara, con pasos sistematizados y estructurados de antemano, lo que facilita que sean aplicados por distintos miembros del equipo de entrenamiento.

#### **2.4.- Pasos para desarrollar un entrenamiento en habilidades sociales: preparación y aplicación.**

Antes de iniciar el EHS resulta indicado tener en cuenta dos grandes fases claramente diferenciadas: una primera de **planificación** del entrenamiento y una segunda fase de **aplicación** o puesta en práctica.

La **planificación** es una fase muy próxima a la evaluación de las necesidades de formación y de entrenamiento. El objetivo de esta fase es establecer los objetivos específicos del entrenamiento, y delimitar las condiciones de su aplicación (García Vera *et al.*, 1998). Se deben tener en cuenta tanto las HH.SS. que se pretenden desarrollar, como las situaciones concretas en que se llevará a cabo el entrenamiento, y también el procedimiento de evaluación para determinar si los objetivos se han alcanzado.

Otro aspecto fundamental a tener en cuenta en esta fase se refiere a cómo conseguir los objetivos propuestos. Para dar respuesta a esto se comienza por definir cuáles serán las condiciones más adecuadas para aplicar el entrenamiento.

En definitiva, para llevar a cabo una adecuada planificación se deben contemplar: los déficits que presenta el/los individuo/s, la manifestación o no de problemas asociados o demandas por parte del grupo, el impacto que el inicio del EHS puede tener en el sujeto,..., y todo ello con el fin de diseñar un entrenamiento lo más personalizado posible dirigido bien al individuo o al grupo.

En la segunda fase de **aplicación** es donde se entrena a los sujetos. La puesta en práctica se desarrolla a su vez a través de tres etapas: la preparación, la etapa o fase de adquisición de habilidades o entrenamiento propiamente dicho; y una tercera fase de generalización de las conductas a la vida real (García Vera *et al.*, 1998).

En la fase de **preparación** se llevará a cabo una “puesta a punto” de las personas que van a participar en él. Así, el/la profesional que dirige el programa de entrenamiento debe informar de:

- a) Los principios básicos que guían todo el entrenamiento y sus técnicas.
- b) La necesidad de expresar los deseos de participar, conociendo las ventajas (materiales, personales, de relación social).
- c) El deseo de la participación activa del sujeto. En el caso de que haya sujetos que muestren miedos y ansiedades en relación con su participación en los grupos (en ocasiones fruto de experiencias negativas anteriores), resulta conveniente abordar directamente esos problemas antes de la intervención, dar información sobre el procedimiento concreto que se va a aplicar, llevar a cabo acuerdos para asegurar la participación y comenzar el entrenamiento con técnicas de representación de papeles donde los sujetos se van implicando cada vez más de forma progresiva.
- d) La necesidad de su colaboración en el entrenamiento de los demás.

También es importante comenzar por realizar un análisis de las situaciones sociales que las personas a entrenar debe afrontar en su vida real. Cuando hablemos más adelante de la aplicación del EHS a profesionales de enfermería, veremos cómo es necesario acotar los contextos sociales de interacción y los objetivos que pretendemos.

Por lo que se refiere a la **adquisición** de habilidades o entrenamiento propiamente dicho cabe señalar, en primer lugar, que conseguir el objetivo general de los EHS de adquirir aquellas habilidades que permitan a los sujetos mantener interacciones sociales satisfactorias en su ámbito real de actuación implica que los sujetos entrenados deban cumplir las siguientes características:

- a) Ser capaces de analizar las diferentes situaciones sociales, sus demandas y la adecuación del propio comportamiento a la situación.
- b) Adquirir y practicar los componentes de la habilidad social en adecuado orden sin ayuda ni supervisión.
- c) Reproducir las conductas hábiles adquiridas de forma espontánea en otros momentos y ambientes (generalización).

En relación al *contenido* de los EHS podemos decir, al igual que afirman diversos autores (Caballo, 2002; Gil y García Sáiz, 2000), que éste es un tema controvertido. Habitualmente las habilidades que se enseñan están basadas en la intuición, al margen de que tengan o no validez social, es decir, que los comportamientos aprendidos sean realmente capaces de mejorar las interacciones del sujeto.

Los EHS están integrados por diversos conjuntos de técnicas, cada uno de los cuales se orienta a la consecución de determinados objetivos particulares dentro de la estrategia general de aquéllos (la adquisición de conductas). Por lo tanto, al seleccionar las habilidades a entrenar conviene valorar su importancia social, su efectividad, y su valor para mejorar las interacciones (Michelson *et al.*, 1987), así como la planificación de estos objetivos y la aplicación de dichas técnicas de forma coordinada, siguiendo una determinada secuencia de intervención (Gil y García Sáiz, 2000).

Las *condiciones de aplicación* a tener en cuenta para alcanzar los objetivos planteados, se refieren a los siguientes aspectos (García Vera *et al.*, 1998):

- a) Contextos sociales que la/s persona/s deberá afrontar. A partir de la descripción de los contextos sociales se elaborarán las escenas para el entrenamiento (role-playing). Esta descripción debe ser detallada e incluir los interlocutores y demandas de la situación. En ocasiones incluso se recomienda que los propios sujetos a entrenar describan las escenas y situaciones que desean representar y que han podido o pueden presentarse. Esta estrategia favorece la generalización.
- b) Los criterios de éxito del entrenamiento, tanto en relación a las habilidades a entrenar como de los distintos elementos que se consideran componentes activos dentro de la eficacia del procedimiento. El establecimiento de criterios debe tomar como punto inicial y de referencia la evaluación inicial del sujeto o sujetos, para así determinar objetivamente si se ha producido un cambio beneficioso o no.
- c) Decisión de emplear un EHS único o un programa integrado. En cualquier caso los EHS son procedimientos muy potentes, y habitualmente son métodos mixtos en la práctica, es decir que incorporan también estrategias cognitivas. Por lo tanto, pueden tener importantes efectos no sólo en los

componentes conductuales, sino en los cognitivos y fisiológicos de las HH.SS.

- d) Aplicar el EHS a nivel individual o grupal. La aplicación en grupo tiene una serie de ventajas a nivel económico de tiempo y esfuerzo y los participantes pueden beneficiarse mutuamente del aprendizaje del comportamiento social. Sin embargo, el entrenamiento individual se adapta a las necesidades particulares y concretas de la persona. En párrafos posteriores analizaremos con más detalle las formas de aplicación de los EHS.
- e) Composición del grupo. Se aconseja formar grupos homogéneos que compartan las mismas inquietudes y necesidades. Sin embargo, en ocasiones pueden incorporarse sujetos veteranos que den testimonio de sus progresos y de las mejoras experimentadas, o familiares o amigos afectados e implicados en algunas situaciones entrenadas. En cambio, autores como Wilkinson y Canter (1982) consideraban que no existían reglas en este sentido.
- f) Las normas de funcionamiento del grupo deben establecerse antes de comenzar la aplicación del EHS, y comprometerse a respetarlas por parte de todos los miembros del grupo. Un ejemplo de ello podría ser los horarios de reuniones, el compromiso de colaboración, la realización de las tareas para casa, etc.
- g) El tamaño de los grupos de EHS se situará entre 8 y 12 (Alberti y Emmons, 1982; Alden y Cappe, 1981; Blumer y McNamara, 1985; Caballo y Carrobbles, 1988; Goldstein *et al.*, 1985, Haynes-Clements y Avery, 1984; Liberman *et al.*, 1975; Piccinin *et al.*, 1985; Rimm y Masters, 1974; Van Dam-Baggen y Kraaimaat, 1984; Wilkinson y Canter, 1982), cuando se trata de aplicación clínica. En el área formativa o psicoeducativa el grupo puede ser más numeroso llegando a estar entre 20-25 personas (Kelly, 1987).
- h) Los criterios de selección de los sujetos a entrenar deben quedar claros, una de las reglas de oro es que los sujetos tengan una decidida intención de cambio, es decir, que estén motivados a participar de manera activa, entendiendo los beneficios que ello supone. Otro criterio es que los participantes tengan las capacidades mínimas necesarias para comprometerse y comprender el procedimiento. Por último, un criterio habitual de selección es la mayor o menor homogeneidad de sus déficits, es decir la coincidencia en

áreas donde se puede trabajar esos comportamientos deficitarios o necesidades detectadas.

- i) Los criterios de selección del terapeuta o monitor del entrenamiento también deben considerarse. Uno de los criterios es que tengan habilidades para dirigir grupos, promuevan la participación y sean capaces de manejar conflictos interpersonales si aparecen. En relación al número de entrenadores o monitores, si el grupo es pequeño es suficiente la presencia de un entrenador. En ocasiones, si se entrenan grupos mayores se aconseja al menos dos monitores que garanticen la supervisión adecuada de todos los miembros del grupo. Así, esta actuación por parte de varios monitores o entrenadores permite enriquecer los entrenamientos y ofrecer un mayor y mejor control de las situaciones difíciles.
- j) La duración de las sesiones de entrenamiento no debe ser demasiado larga ya que pueden producir cansancio, y el espacio intersesiones debería ser suficiente para garantizar la puesta en escena en el entorno social real. Esta duración oscila, según los casos, entre los 30 y los 150 minutos (Caballo, 2002). Si las sesiones se plantean tipo seminario formativo, se debe tener la precaución de realizar pausas aproximadamente hacia los 45 minutos de sesión, en función de las tareas programadas, del número de miembros y de sus características. La duración total del entrenamiento es también muy variable según las circunstancias.
- k) Las técnicas a aplicar deben decidirse antes de iniciar el EHS. Las técnicas básicas que se utilizan son: instrucciones, modelado, ensayo conductual, retroalimentación, reforzamiento y estrategias de generalización.
- l) El material de apoyo necesario, incluye tanto equipamiento audiovisual (videoprojector, proyector de transparencias), como material previamente grabado en vídeo o audio empleado para moldear conductas, así como lecturas complementarias o autorregistros, etc.

En relación a las *formas de aplicación* del EHS, aunque este tipo de entrenamientos se llevaron a cabo inicialmente siguiendo un formato individual (Salter, 1949; Wolpe, 1958), se ha ido prestando cada vez más atención al formato grupal (Alberti y Emmons, 1970; Bower y Bower, 1976; Cotler y Guerra, 1976; Kelley, 1979; Lange y Jakubowski, 1976; Lazarus, 1968; Liberman *et al.*, 1975).

Como ya se enunció anteriormente, el EHS en formato grupal tiene una serie de ventajas (Caballo, 2002):

- a) El grupo ofrece una situación social ya establecida en la que los participantes pueden practicar con las demás personas. Los miembros suministran diferentes modelos, erradicando la idea de que el modelado por el terapeuta es la única forma “correcta”.
- b) El grupo procura a sus miembros una serie de personas a quienes conocer y un contexto de apoyo (posición similar a la suya).
- c) La situación social de interacción es real en vez de simulada (como ocurriría en un formato individual).
- d) El entrenamiento en grupo hace un uso más económico del tiempo del terapeuta y genera menos costes económicos para el sujeto.

Sin embargo, también el entrenamiento individual tiene algunas ventajas a considerar, especialmente en el área clínica, donde las características concretas de los casos pueden hacerlo recomendable. Así, este tipo de entrenamiento permite diseñar programas a la medida de las necesidades del sujeto; permite trabajar en un contexto de entrenamiento más controlado; e implica aplicar de forma intensiva todas las técnicas hasta alcanzar un nivel óptimo de ejecución, así como una constante reevaluación de la eficacia particular de los procedimientos que se están aplicando.

En ocasiones se combinan ambas modalidades lo cual resulta recomendable pues permite ofrecer simultáneamente las ventajas de los entrenamientos individuales y grupales (Caballo, 2002).

Por último la fase de **generalización** consiste en asegurar que las HH.SS. aprendidas en las sesiones de entrenamiento se apliquen en situaciones distintas a aquellas en las que se produjo el EHS (García Vera *et al.*, 1998).

## 2.5.- Diferentes técnicas utilizadas en el entrenamiento en habilidades sociales.

A lo largo de los apartados anteriores se ha comentado en distintas ocasiones que el EHS está integrado por un conjunto de técnicas. En este apartado realizaremos una somera revisión de las más comúnmente empleadas, cuyo resumen podemos ver en el cuadro siguiente (Caballo, 2002):

CUADRO 2.- Técnicas más comúnmente utilizadas en el EHS y objetivos de cada una de ellas.

Técnicas	Objetivos
- Instrucciones.	- Informar sobre las conductas adecuadas.
- Modelado.	- Hacer generalización de conductas adecuadas.
- Ensayo conductual.	- Práctica de estas conductas.
- Retroalimentación.	- Moldeamiento y mantenimiento de conductas exhibidas por el sujeto.
- Refuerzo.	- Moldeamiento y mantenimiento de conductas exhibidas por el sujeto.
- Estrategias y técnicas complementarias.	- Facilitar la generalización de las conductas aprendidas.

A) **Instrucciones.**- Se trata de dar explicaciones claras y concisas sobre las conductas a entrenar denominadas “conductas objetivo”. Su finalidad es guiar en la ejecución de respuestas específicas. Por lo general, se transmiten verbalmente.

Con las instrucciones se centra la atención de la persona en las conductas que tiene que identificar (al observar a los modelos), que tiene que ejecutar (en el ensayo), que van a ser objeto de evaluación, y que serán puestas en práctica en la vida real. En una palabra, las instrucciones no se dan sólo para suministrar a los sujetos información sobre la conducta social, sino también para proporcionar una base y una explicación razonada para los ejercicios y ensayos de conducta posteriores (Caballo, 2002).

Y deben incluir: información específica sobre los comportamientos adecuados, explicaciones claras y concisas de los mismos, empleando ejemplos si se precisa y razones que justifiquen la importancia de dichas conductas, así como la necesidad de ejecutarlas. Se debe tener en cuenta la necesidad de implicar a los participantes, para

ello se intenta que aporten ejemplos o argumenten la importancia de los nuevos comportamientos.

Para que las instrucciones sean más efectivas, la información que se transmite debe ser breve, expresada en frases cortas y sencillas, con un lenguaje inteligible y libre de tecnicismos innecesarios. Los conceptos claves se aconseja que se repitan y se enfatice en ellos (Caballo, 2002; Gil y García Sáiz, 2000).

Finalmente es importante remarcar, que las instrucciones se dan durante todo el entrenamiento, pero sobre todo al iniciar cada sesión y precediendo a la observación de modelos y ensayo de conductas.

B) **Modelado.**- Consiste en la exhibición por parte del “modelo” de las conductas que son objeto de entrenamiento, en presencia de los sujetos que son entrenados. Se puede definir como un aprendizaje por medio de la imitación. Esta última ha sido tratada en numerosas investigaciones, con distintos nombres: copia, aprendizaje por identificación, aprendizaje por observación, identificación, aprendizaje indirecto, conducta dependiente y, con más frecuencia, modelado.

La investigación ha demostrado que el modelado es una técnica efectiva y fiable, tanto por la rapidez con que se aprenden conductas nuevas, como por el fortalecimiento o atenuación de las conductas previamente aprendidas (Eisler, Hersen y Miller, 1973a; Friedman, 1971c; Hersen *et al.*, 1979a; O'Connor, 1972).

Sin embargo, el moldeado por sí sólo no es suficiente debido a que sus efectos positivos son de corta duración. Por ejemplo, en algunas investigaciones clásicas ya se observó que los ministros, que con el método del modelado aprendieron a ser más convincentes en sus intervenciones públicas, una vez transcurrido un breve período de tiempo dejaron de serlo (Perry, 1970). Similares resultados se obtuvieron en el moldeamiento de la empatía entre un grupo de enfermeras y de personal sanitario de un hospital (Sutton, 1970). Así pues, el hecho de observar lo que el modelo hace, enseña al alumno lo que tiene que hacer, pero éste también necesita la suficiente práctica para aprender cómo y por qué se debe comportar de determinada manera.

Tal y como señalaron Goldstein y cols. (1989), existen tres tipos de aprendizaje por medio del modelado:

- a) El aprendizaje por observación. Alude al aprendizaje de conductas nuevas que el sujeto nunca ha practicado.
- b) Efectos de inhibición y desinhibición. Incluye el aumento o disminución de conductas que el sujeto casi nunca ha llevado a cabo, bien debido a castigos o a otro tipo de reacciones negativas.
- c) Facilitación de conductas. Relacionada con el desempeño de conductas aprendidas con anterioridad que no son nuevas ni constituyen una causa para que se produzcan reacciones potencialmente negativas.

Por otra parte, los modelos pueden ser reales (por ejemplo, una persona experta en lo que pretendemos aprender) o simbólicos (por ejemplo, un vídeo en el que se muestra a un actor realizando las conductas que queremos aprender).

Los denominados “potenciadores del modelado” son un conjunto de circunstancias que han mostrado afectar significativamente el grado en que se da el aprendizaje por imitación y entre los que se encuentran (Gil y García Sáiz, 2000):

- a) Características del modelo: El modelado será más efectivo cuando el modelo a imitar (persona a imitar): aparezca como muy cualificada y con experiencia; tenga un status importante; controle las recompensas; sea del mismo género, tenga una edad similar y pertenezca a la misma clase social; sea simpático y amable; reciba recompensas positivas por lo que hace (consecuencias sociales o materiales). Es importante que se empleen varios modelos, con el fin de mostrar una diversidad de posibles estilos de actuación.
- b) Características de las situaciones a modelar: El modelado será más efectivo cuando la situación presente las conductas a imitar: con claridad y con precisión; gradualmente, de menor a mayor dificultad y complejidad, avanzando progresivamente; con las suficientes repeticiones que permitan su sobreaprendizaje; con la menor cantidad posible de detalles innecesarios (no deben aprenderse); empleando diferentes modelos en lugar de un solo; y enmarcando esas conductas en una secuencia de interacción que tenga sentido

propio. Es decir, el modelado debería abarcar secuencias de interacción completas, con sentido en sí mismas (de entre uno y tres minutos). Se deberán crear las condiciones óptimas para la observación, reduciendo todos aquellos estímulos distractores.

- c) Características del observador (adiestrado): La persona que observa al modelo debe saber que tiene que imitarlo; asumir una actitud similar y favorable hacia el modelo; tener simpatía o que le guste el modelo; y, lo más importante, ser recompensado por realizar las conductas observadas. Para ello se debe ofrecer la oportunidad de practicar y ensayar las conductas observadas de manera simultánea o inmediatamente después de la actuación del modelo.

Las etapas del modelado son: atención, retención y reproducción. Es imprescindible que la persona a entrenar preste atención a las situaciones que se le plantea y a las conductas objeto de entrenamiento. Posteriormente, para poder reproducir las conductas que ha observado, debe el sujeto recordarlas y retenerlas. La capacidad memorística de la persona aumenta cuando clasifica o codifica las distintas conductas. Este código recibe el nombre de “ensayo encubierto”, o sea la reproducción mental de las conductas presentadas. Sin embargo, lo mejor para favorecer la retención es la reproducción o representación práctica, punto crucial del entrenamiento, denominado representación de papeles o role-playing.

Los objetivos del modelado son: Adquirir nuevas conductas; modificar algunas de las conductas que el sujeto posea y sean inadecuadas, y proporcionar información para la ejecución de determinadas conductas (Verbal, No Verbal, Paralingüística).

En definitiva, esta técnica es ampliamente empleada y resulta muy útil y eficaz al abordar comunicación no verbal, paralenguaje y comportamientos complejos.

**C) Ensayo conductual o Role-playing.-** Fue definido como *“una situación en la que a un individuo se le pide que desempeñe un papel (se comporte de determinada manera), por lo general, no el de sí mismo, y, si éste es el caso, en un lugar distinto al habitual”* (Mann, 1956). A través de esta técnica se pretende que el sujeto tenga la oportunidad de practicar y ensayar las conductas apropiadas cuantas veces sea

necesario, hasta lograr un nivel de ejecución adecuado. El objetivo consiste en aprender a modificar modos de respuesta no adaptativos, reemplazándolos por nuevas respuestas (Caballo, 2002).

El ensayo conductual puede ser real (en la situación social o simulada) o encubierto (el sujeto debe imaginarse ejecutando dichas conductas). Este último resulta útil en aquellas situaciones de carácter muy personal o íntimo. Lo aconsejable suele ser emplear formas combinadas.

Como nos recuerdan algunos manuales sobre el tema (Caballo, 2002; Gil y León, 1998; Kelly, 1987), si una persona quiere aprender a nadar, no es suficiente que lea libros sobre el tema o que observe a otras personas, sino que debe tratar de hacerlo por sí misma. Pues bien, esta técnica proporciona un aprendizaje con conocimiento de los resultados o aprendizaje operativo.

Cabe resaltar que esta técnica exige una implicación activa por parte de la persona y constituye el núcleo central del EHS.

El éxito del ensayo conductual (cambio de conductas y actitudes) será más probable si la persona que representa el papel cuenta con la suficiente información sobre el contenido del papel a desempeñar y si ha prestado la atención necesaria a lo que podríamos llamar potenciadores. Estos incluyen: acuerdo por parte del sujeto en particular; compromiso con la conducta u opinión que va a simular; pasar de representaciones estructuradas a semiestructuradas hasta llegar a la improvisación; reiterar los ensayos para facilitar condiciones de sobreaprendizaje; y obtener recompensa, aprobación o reforzamiento por llevar a cabo la representación de las conductas. Es interesante variar contextos e interlocutores para incrementar la generalización de las respuestas.

La combinación de la técnica de modelado y de representación de papeles supone una mejora, ya que de este modo el sujeto sabe qué y cómo hacerlo (Goldstein *et al.*, 1989). Sin embargo, no es suficiente y se debe incluir un componente de motivación o incentivo (el procedimiento de retroalimentación).

D) **Retroalimentación.**- El objetivo es proporcionar información correcta y útil al sujeto acerca de las conductas objetivo exhibidas en el ensayo conductual o role-playing previo, con el fin de moldear (shape) dichas conductas y conseguir un nivel de ejecución lo más idóneo posible (Gil y García Sáiz, 2000). Así pues, la retroalimentación o feedback verbal se utiliza para atraer la atención, de manera constructiva y con tacto, hacia lo que el sujeto entrenado está haciendo mal y sugerir otros estilos de comportamiento, y para reforzar aquellos aspectos adecuados de su ejecución.

El feedback se proporciona al finalizar el ensayo conductual o role-playing y puede adoptar varias formas, en función del canal a través del cual se proporciona la información al sujeto (visual o verbal) y de quién sea la persona que la proporcione. En el primer caso, el sujeto recibe la información sobre cómo ha ejecutado la conducta a través de filmaciones de las escenas, y en el segundo caso a través de comentarios de las personas que estaban presentes durante los ensayos.

La retroalimentación puede proceder de otros miembros del grupo (discusión abierta, discusión en pequeños grupos, cuestionarios, listado de verificación del comportamiento), o puede proceder del/la entrenador/a que debe proporcionar una orientación experta acerca de las técnicas sociales efectivas y ser capaz de aumentar la sensibilidad frente a los aspectos más sutiles de interacción. Se debe destacar la importancia que tiene el refuerzo social, es decir, el elogio, la aceptación y el estímulo, ya que se ha comprobado su enorme influencia en la modificación de conducta.

En caso de emplear retroalimentación visual y verbal, la secuencia de aplicación más recomendable es (García Vera *et al.*, 1998):

- a) Tras el ensayo, se pide al sujeto que comente su actuación. El propio sujeto debe autoobservarse y evaluarse para así centrar su atención en su propio comportamiento. A esto se le denomina autorrefuerzo, es decir, la evaluación positiva que una persona hace de su propia conducta.
- b) Se ve la grabación en vídeo de su actuación.
- c) Se solicita el comentario de los miembros del grupo.
- d) Se realizan los comentarios pertinentes por parte del terapeuta (formador/a).
- e) Se pide de nuevo al sujeto que analice la actuación.

Resumiendo, los aspectos que caracterizan un feedback verbal efectivo son (Caballo, 2002; Gil y García Sáiz, 2000): su aplicación de forma inmediata después de los ensayos o role-playing; el hecho de que esté centrado en conductas concretas en número limitado cada vez, y sobre las que el sujeto tiene control; el uso de un lenguaje sencillo y comprensible (evitando el uso de tecnicismos); empezar por un análisis o valoración objetiva de la conducta, indicando el impacto personal que dicha conducta ha provocado, dejando para después una valoración más global; identificar las conductas que son susceptibles de perfeccionamiento, y señalar comportamientos alternativos y las sugerencias para mejorarlas; y, por supuesto, poner énfasis en los aspectos positivos de la ejecución.

E) **Refuerzo.**- En general, se ha definido como “*un suceso que sirve para aumentar la probabilidad de que se realice una determinada conducta*” (Goldstein *et al.*, 1989). El objetivo es proporcionar consecuencias positivas al sujeto cuando éste haya emitido la conducta adecuada y/o haya realizado alguna de las aproximaciones que se desean fortalecer. Se contribuye así al moldeamiento de conductas y a su mantenimiento.

A la hora de aplicar refuerzos es necesario tener en cuenta la historia individual y las necesidades actuales de los participantes. Esto significa que no basta con limitarse a elegir entre el reforzador material, el social (aceptación, reconocimiento por parte de los demás), o el autorrefuerzo (evaluación positiva que la persona hace de su propia conducta), sino que además hay que intercambiarlos entre sí en forma continua y sensible.

En términos generales, el tipo de refuerzo que se utiliza con más frecuencia es el social de tipo verbal (alabanzas, frases de reconocimiento y aprobación de las conductas del sujeto), si bien también en algunos casos (niños, pacientes psiquiátricos...) resulta necesario el refuerzo material (tales como comida o dinero).

Cabe recordar que el refuerzo social actúa como poderoso medio de control de conductas. Este refuerzo es aplicado habitualmente por el personal de enfermería por lo que su adecuado manejo en el contexto que nos ocupa en este trabajo es básico. Además estos profesionales enseñan a la familia cómo aplicarlo, recordando que los refuerzos positivos contribuyen a proporcionar un contexto facilitador de “apoyo social” y es uno

de los factores motivacionales más importantes para el seguimiento del tratamiento y los cuidados (Pades y Ferrer, 2002).

Podemos afirmar que hay una serie de aspectos que facilitan o inhiben los efectos de esta técnica. Como ya Bandura (1969) comentó: *“En muchas ocasiones las recompensas no se otorgan en base a la conducta que se quiere impulsar... Privilegios especiales, actividades, recompensas se dan, en general, según esquemas preconcebidos en lugar de tener en cuenta las necesidades reales de la práctica, y, en muchos casos, los refuerzos positivos recaen de manera contingente sobre las conductas inadecuadas”* (p.229-230).

Dado que los cambios conductuales son más efectivos (se consolidan y se posibilita su repetición) cuando el refuerzo es inmediato a la ejecución de la conducta objetivo (Gil y García Sáiz, 1993a) está claro que la relación contingente entre el rendimiento y el refuerzo debe reflejarse en los procedimientos de entrenamiento y ponerse lo suficientemente claro al sujeto a entrenar.

Por otra parte, atendiendo a la cantidad y calidad del mismo, cuanto mayor es la cantidad de refuerzos, más se intensifican sus efectos positivos, salvo algunas excepciones. Una de las limitaciones a esta premisa es que el aumento en cierto tipo de reforzadores incrementa el rendimiento y el aprendizaje, pero en cantidades demasiado pequeñas. Una vez adquirida la conducta, el rendimiento o exhibición tendrá una relación directa con la magnitud de las recompensas. Y también es importante recordar que para que el reforzamiento funcione debe ser válido, esto es, debe ser importante, deseable y adecuado a la situación y a la persona.

En el marco del EHS, una de las ocasiones propicias para reforzar las conductas es durante el ensayo conductual o role-playing.

**F) Estrategias de generalización y técnicas complementarias.-** La generalización consiste, como hemos dicho anteriormente, en asegurar que las HH.SS. aprendidas durante el entrenamiento se apliquen a situaciones distintas de éste. Para lograrlo es imprescindible que la persona continúe practicando los comportamientos entrenados en diferentes situaciones y con distintas personas. Así la investigación ya demostró que, en

un determinado contexto, la conducta que con mayor frecuencia se practicó es la que con mayor probabilidad tenderá a repetirse en el futuro, en caso de que aparezcan situaciones similares (Goldstein y Kanfer, 1981).

Como hemos ido viendo al comentar las diferentes técnicas que se emplean, el EHS suministra habilidades, información, conocimientos y el potencial para su aplicación exitosa. Pero es ante todo el refuerzo en la vida real el que decidirá lo que sucede en el lugar de aplicación y el que determinará si el aprendizaje adquirido tendrá una manifestación duradera, es decir, si formará parte del repertorio de conductas del sujeto.

Resumiendo, puede decirse que los objetivos pretendidos con las estrategias de generalización y técnicas complementarias son (León *et al.*, 1998):

- a) Mantener en el tiempo la conducta aprendida.
- b) Transferir lo aprendido a otros escenarios diferentes al de aprendizaje,
- c) Manifestar el comportamiento en situaciones interpersonales distintas a las ensayadas.
- d) Manifestar comportamientos relacionados o similares a los que se han aprendido.
- e) Manifestar el comportamiento ante personas diferentes a aquellas con las que ensayamos.
- f) Desarrollar en los sujetos capacidades cognitivas que les permitan analizar adecuadamente las situaciones reales con el fin de adaptar sus comportamientos a las mismas.

Entre las técnicas complementarias suelen citarse las siguientes:

**Estrategias aplicadas en ambiente real o “Tareas para casa”:** Consisten en realizar en la vida real algún cometido similar al efectuado en los entrenamientos. Las ventajas son que el sujeto sigue practicando las conductas y lo hace en contextos naturales; que practica todo tipo de conductas (tanto de las esferas privadas como íntimas); que elabora su propio estilo, adaptándolo a las situaciones en que se desenvuelve; y que desarrolla su autocontrol, al percibirse actuando por interés propio y consiguiendo cambios en el contexto real. Para que resulten eficaces se aconseja que las

tareas o actividades programadas sean elaboradas en colaboración con los propios sujetos para adaptarlas a sus necesidades, conocer de antemano las situaciones que van a afrontar para poder predecir las reacciones de los demás, así como elegir, sobre todo al principio, situaciones de alta probabilidad de éxito.

**Entrenamiento en T-group:** Se emplea para que los miembros de un determinado grupo estudien los procesos de interacción social que tienen lugar en él. Se aplica a trabajadores sociales, directores, enfermeras, médicos,...y, en general, personas que trabajan con otras personas.

Su objetivo es proporcionar más sensibilidad hacia lo que sucede en los encuentros sociales y hacia las reacciones emocionales de los demás, una conciencia más clara de cómo le ven a uno los demás y una aceptación de las virtudes del estilo democrático de comportamiento.

**Registro del comportamiento de otros:** Otro método consiste en instruir a los entrenados en varios aspectos del registro de la interacción y hacerles practicar en registrar el comportamiento de los otros entrenados (aprender a registrar aspectos como el número y duración de diálogos, duración del contacto ocular o la dirección de la mirada entre ellos, el número de errores al hablar, etc.). Algunas personas son imperceptivas porque no miran lo suficiente a las demás personas o porque no miran al lugar correcto en el momento adecuado, con esta práctica de registrar el comportamiento de los otros se mejoran también estas habilidades.

**Autoobservaciones:** Consiste en atender deliberadamente a la emisión de la propia conducta y registrarla a través de algún procedimiento previamente establecido (García Vera *et al.*, 1998). Esta técnica también se utiliza durante la aplicación del EHS aunque es durante el proceso de generalización donde cobra relevancia (De la Puente, Labrador y Arce, 1993).

## 2.6.- Variantes en el entrenamiento en habilidades sociales.

Como parte del EHS se pueden incluir también otras habilidades y técnicas principalmente cognitivas y cognitivo-conductuales que resultan de gran ayuda al aplicar cualquiera de las técnicas descritas anteriormente (EHS) puesto que la persona debe ser capaz de identificar señales sociales, discriminar situaciones, planificar su actuación, etc., y todo ello aumentará la eficacia del EHS.

Como resumen autores como Wilson, Spence y Kavanagh (1989), *“hay tantas variables que influyen sobre el funcionamiento social que un modelo explicativo de los factores determinantes se parecería a una telaraña”*(p.101). Consecuentemente, el proceso de EHS debería implicar, en su desarrollo completo, cuatro elementos de forma estructurada (Caballo, 2002).

- a) El **Entrenamiento en habilidades**, donde se enseñan conductas específicas que se practican y se integran en el repertorio de conductas del sujeto. Como hemos visto anteriormente en este entrenamiento se emplean técnicas tales como las instrucciones, el modelado, el ensayo de conducta, la retroalimentación o el reforzamiento. El entrenamiento en habilidades es el elemento más básico y específico del EHS.
- b) La **Reducción de la ansiedad** en situaciones sociales problemáticas. Normalmente esta disminución de la ansiedad se consigue de forma indirecta, es decir, llevando a cabo la nueva conducta más adaptativa, pero se puede emplear directamente una técnica de relajación y/o desensibilización sistemática si se considera necesario.
- c) La **Reestructuración cognitiva**, técnica que consiste en intentar detectar y modificar creencias, cogniciones o pensamientos y/o actitudes negativos del sujeto (Terapia racional emotiva, autoinstrucciones).
- d) El **Entrenamiento en solución de problemas**, donde se enseña al sujeto a percibir correctamente los elementos de la situación relevante o problemática, a definir el problema y a generar respuestas alternativas eficaces al problema, de entre las que se seleccionará la más prometedora, la que maximice los beneficios y reduzca los costes, garantizando así la probabilidad de alcanzar el objetivo (éxito de la interacción) que impulsó la comunicación

interpersonal. El entrenamiento en solución de problemas no se suele llevar a cabo de forma sistemática en los programas de entrenamiento de HH.SS., aunque generalmente se encuentra presente, de forma implícita, en ellos.

En resumen, un programa de EHS debe procurar un conjunto de habilidades cognitivas, emocionales, verbales y no verbales y existen datos empíricos que demuestran que la aplicación de estas técnicas incrementa la eficacia de los entrenamientos, especialmente en lo referente al problema de la generalización (Caballo, 2002).

## **2.7.- Ámbitos de aplicación del entrenamiento en habilidades sociales.**

Los EHS pueden aplicarse, como hemos visto anteriormente, a casi todo tipo de poblaciones y problemas, aunque los ámbitos de aplicación más relevantes son (Caballo, 2002):

a) Psicosocial: Dentro de este bloque se incluyen las denominadas “*habilidades prosociales*” (habilidades conversacionales, heterosociales, para el desarrollo de amistades, etc.), aquellas centradas en las relaciones familiares (comunicación y ajuste de parejas, educación/entrenamiento de padres e hijos, etc.), habilidades necesarias en diversos ciclos de la vida (adolescencia, tercera edad...), problemática de grupos sociales (mujeres, grupos minoritarios, marginales, etc.) o las necesarias para establecer relaciones eficaces en el ámbito comunitario (fomentar una vida independiente al sujeto, obtener trabajo, desarrollar actividades propias, eliminar conductas marginales (delincuencia), etc.).

b) Clínico: En este caso se trabaja básicamente con aquellas conductas implicadas en problemas de ansiedad social, timidez, soledad, consumo de alcohol y de drogas, interacciones sexuales inadecuadas, impedimentos físicos y/o mentales, depresión, esquizofrenia, autismo, personas con diabetes, anorexia, lesión medular, etc.

c) **Ámbito educativo:** El trabajo en este ámbito se focaliza al desarrollo de habilidades básicas, la mejora de las relaciones profesor-niño, evitar el consumo de sustancias tóxicas, el aislamiento social, las conductas agresivas, etc.

d) **Formación de profesionales:** El objetivo esencial del entrenamiento en este ámbito es la mejora de la interacción social en la actividad de profesionales de la enseñanza, directivos, mandos intermedios, supervisores, líderes políticos, profesionales de la salud, educadores sociales, etc. El tipo de rol desempeñado por estos profesionales hace cada vez más necesario y justificado este EHS (Alvárez, Gavara y Vidal, 2003; Caballo, 2002; Cabrera *et al.*, 1998; Ellis, 1980; Hargie y Marshall, 1986; León *et al.*, 1998; Marín y León, 2001; Ovejero, 1998; Pades y Ferrer, 2002).

## **2.8.- Peligro, críticas y sugerencias de mejora en el entrenamiento en habilidades sociales.**

Existen muy pocas **contraindicaciones** para el EHS, como tratamiento de elección. En todo caso podrían citarse las siguientes (Curran, 1985):

- a) El ambiente real del sujeto no toleraría el cambio en el nivel de competencia social de éste y trataría de impedir dicho cambio.
- b) Existen procedimientos más eficientes que podrían producir cambios más fácilmente en el nivel de competencia de los sujetos.
- c) El nivel motivacional o la capacidad intelectual de un sujeto son tales que no se beneficiaría del EHS.

Entre los posibles **peligros** del EHS estarían los siguientes (Caballo, 2002):

- a) Es posible que cuando las personas estén entrenadas para interactuar mejor, su comportamiento se vuelva más parecido al fingimiento. Sin embargo, aunque la autenticidad y sinceridad son atractivas, la civilización depende de la contención de muchos sentimientos interpersonales, en particular los agresivos, sexuales y

los de desaprobación y el tipo de comportamiento más efectivo y deseable no consiste necesariamente en la exteriorización directa de sentimientos internos.

- b) Se ha objetado que las personas entrenadas se volverán autoconscientes, difíciles y poco espontáneas en su comportamiento social. Sin embargo ya hemos comentado que la espontaneidad no es necesariamente positiva.
- c) Al ser entrenada, la comunicación no verbal podría perder su carácter de innato y de ambigüedad.
- d) En algunas situaciones sociales se crea el peligro de que las personas puedan ser “manipuladas” por los practicantes de las HH.SS.

Las **críticas** sobre determinados componentes de los EHS se refieren (Gil y García Sáiz, 2000) al criterio empleado para relacionar y combinar las técnicas entre sí (a veces apoyadas sólo en la intuición del autor); a la incorporación de técnicas cognitivas en unos procedimientos que se pretende que sean conductuales; o a la inclusión de determinadas técnicas conductuales que son en sí mismas técnicas específicas de tratamiento (como es el caso de la relajación).

Relacionado con lo anterior, actualmente se considera un “abuso” de los EHS algunas aplicaciones que se han hecho en estos últimos años y, además, el uso indiscriminado del término para incluir en ocasiones otras terapias (Caballo, 2002). No cabe duda de que en este breve pero denso período de tiempo, se han cometido errores y ligerezas, dando por supuesto demasiadas cosas, y empleando criterios poco rigurosos, nada laboriosos y muy asequibles al investigador, como lo son su propia intuición y la “validez aparente”. Ello ha contribuido a un cierto descrédito de estos procedimientos en los círculos científicos (Gil y León, 1998).

En cuanto al/la entrenador/a de grupos profesionales, una de las críticas más frecuentes es que en múltiples ocasiones éste/a desconocía el rol profesional propio del grupo de entrenamiento.

A la vista de estos peligros y críticas cabe proponer algunas **mejoras** en este tipo de entrenamientos. Entre ellas estarían las siguientes (Shepherd y Spence, 1983- citado en Gil y León, 1998):

- a) Necesidad de identificar y establecer las características del/la entrenador/a eficaz.
- b) Necesidad de tener en cuenta el contexto social.
- c) Reconocer adecuadamente la importancia de los procesos cognitivos en el EHS, sobre todo de la autoestima, las autoatribuciones, la indefensión aprendida, el aprendizaje social o el autoconcepto.
- d) Comprender claramente los mecanismos por los que se rigen estos entrenamientos.
- e) Utilizar criterios empíricos para seleccionar las conductas objetivo con el fin de garantizar así su relevancia social para los sujetos.

Dado que una parte importante de estas mejoras ya se han introducido en los EHS que se aplican en la actualidad, el panorama es prometedor (Caballo, 2002; Gil, Rodríguez y Alcover, 1995; Gil y León, 1998). Así, el EHS supone que, independientemente de por qué un sujeto no ha aprendido a manejar con éxito ciertas interacciones personales, puede aprender competencias conductuales más efectivas si se definen con claridad las competencias deseadas y si se aplican sistemáticamente los principios del aprendizaje para incrementarlas. Dado además que el entrenamiento exige que la persona practique y repase activamente nuevas respuestas ante las situaciones problemáticas, ésta se ve implicada activamente y de forma directa ante el programa de entrenamiento, en lugar de ser receptor/a pasivo/a de los consejos o interpretaciones del entrenador o terapeuta.

También se supone que, una vez que los sujetos han añadido nuevas habilidades a su repertorio interpersonal en la situación de entrenamiento, pueden aprender a generalizar o ampliar la manifestación de esas habilidades a las interacciones sociales del ambiente natural que antes resultaban problemáticas. Equipada con nuevas competencias, la persona conseguirá resultados más satisfactorios en las situaciones hacia las que se dirigió el tratamiento. Las contingencias de reforzamiento que tienen lugar en el ambiente natural (incluidas las reacciones más positivas por parte de los demás en situaciones interpersonales, el establecimiento de relaciones con otros, los sentimientos de satisfacción personal debidos a la mayor efectividad al expresar las propias creencias y el mayor éxito en la consecución de objetivos) pueden mantener, pues, las HH.SS. mejoradas y aprendidas a lo largo del entrenamiento. Tras manifestar habilidades más

adecuadas y recibir reforzamiento de los otros (del ambiente), la mayor confianza de la persona le permitirá exponerse a otras interacciones sociales distintas, lo cual aumenta las oportunidades de aprendizaje natural de otras competencias adicionales (Kelly, 1987).

Por otra parte, las ventajas de los EHS frente a procedimientos psicoterapéuticos tradicionales, la amplitud de sus aplicaciones, la progresiva incorporación de importantes conocimientos de disciplinas científicas orientadas al estudio de la interacción social (como sería el caso de la Psicología social) que han contribuido a elaborar un concepto de habilidad social y un modelo de funcionamiento, la incorporación de variables cognitivas y situacionales y el desarrollo de modelos “interactivos”, que cifran el éxito de una habilidad en función de un adecuado equilibrio entre factores personales y situacionales, amplían la comprensión del fenómeno y orientan de forma precisa la aplicación de unas técnicas de intervención potentes y útiles.

Como ya hemos dicho anteriormente, el EHS puede ser la estrategia de elección o bien un procedimiento importante de ayuda para la intervención sobre numerosos problemas o trastornos psicológicos dado que el comportamiento interpersonal es una parte importante de la vida humana, y cuando sale mal es causa de ineficacia, infelicidad y conflicto entre los individuos y los grupos.

Por ello, y aún a pesar de las dificultades y problemas indicados, los programas de EHS resultan procedimientos altamente prometedores, que utilizados con prudencia y destreza puede mejorar la competencia social de muchas personas (Caballo, 2002; Goldstein *et al.*, 1985; Liberman *et al.*, 1989; Phillips, 1978).

La consideración de los EHS como métodos psicoeducativos amplía aun más sus horizontes, de forma que no falta quien le otorgue un alcance prácticamente ilimitado y, en este sentido, su trascendencia ha sido calificada de “movimiento sociopolítico”, en el denominado libro profético de las habilidades sociales (Bagarazzi, 1985; Goldstein *et al.*, 1985; L’Abate y Milan, 1985).

Estos procedimientos de formación psicoeducativos, van dirigidos al aprendizaje de Habilidades nuevas, en el caso de que no existan en el repertorio conductual del sujeto, como al reaprendizaje, en el caso de que la anterior experiencia de aprendizaje haya sido inadecuada (Gil, 1991; Gil y León, 1998).

### **3.- La aplicación del entrenamiento en habilidades sociales a profesionales sanitarios/as.**

#### **3.1.- Introducción.**

Los factores psicológicos y psicosociales están directamente implicados en el desempeño de la función asistencial y en el resto de funciones del profesional de la enfermería, y lo están por varias razones (Rodríguez Marín, 1995):

- a) En primer lugar, podemos decir que el concepto de salud ha ido cambiando de forma vertiginosa desde principios del siglo XX, incorporando no sólo el marco de referencia biológico, sino también el psicológico y el social. La aparición de este nuevo concepto de salud se ha visto facilitada por diversos factores, y, sobre todo, por el aumento de las tasas de morbi-mortalidad por enfermedades crónicas frente a las infecciosas con el hallazgo del origen multicausal de éstas, que pone de relieve la importancia del comportamiento en su etiología.
- b) El hecho del enfermar humano es fruto de una cadena etiológica-patológica-multicausal en la que influyen de manera relevante los elementos y los factores psicosociales.
- c) La vivencia personal y subjetiva de la propia enfermedad es algo íntimamente ligado a los aspectos psicosociales del ser humano.
- d) La función asistencial del profesional de la enfermería implica una interacción humana y, como tal, psicosocial (donde intervienen procesos perceptivos, de categorización social con enjuiciamientos perceptivos, dinámica de roles, comunicación, procesos afectivos y motivacionales).
- e) La actuación del profesional de enfermería se desarrolla en un marco sistémico psicosocial: el marco hospitalario y/o el de atención primaria, con una serie de variables ambientales o contextuales que intervienen en la interacción ambiente–persona, y dentro de una dinámica de un grupo especial: el equipo sanitario.

- f) El propio personal sanitario es un actor importante en este “juego psicosocial” y como tal ha de poseer HH.SS., tanto generales como específicas.

De hecho, y más allá de esas consideraciones generales, son muchos los argumentos que justifican el uso de HH.SS. en los/as profesionales de la salud, y particularmente en el personal de enfermería. A continuación repasaremos brevemente algunos de esos argumentos.

La enfermera, al igual que el resto de personal sanitario, está en continuo proceso de interacción con el/la usuario/a receptor/a de sus cuidados. Una variable esencial e indiscutible para el éxito de estos últimos es el establecimiento de una relación interpersonal adecuada lo que redundará en una disminución del tiempo de hospitalización, en una mejora del proceso terapéutico y en una mayor satisfacción del paciente, lo cual, a su vez aumenta la autosatisfacción y autoestima de los/as profesionales sanitarios, y puede traducirse en un adecuado amortiguador del burnout o síndrome de estar quemado por el trabajo, como ya se comentó en las páginas iniciales de este trabajo. Por el contrario, una baja autosatisfacción y una baja autoestima correlacionan significativamente con un mal estado de salud mental y/o físico, hallándose entre los principales determinantes de burnout. Esa pérdida de autoestima puede venir agravada por los conflictos en la vida familiar y el ocio generadas por las características de la profesión enfermera, sus contenidos y demandas.

Aunque los/as profesionales de enfermería “*emplean gran parte de sus vidas profesionales en interacciones cara a cara*” (Ellis, 1980), y hacen de la interacción social el eje fundamental de su actividad, los cuidados (Gala-León, Lupiani, Díaz, Bas, González, Paublete *et al.*, 1999), parece que la comunicación que establecen con los/as pacientes/clientes y familiares, así como con el resto del equipo multidisciplinar es cada vez más escasa, frustrante e insatisfactoria. Suele decirse que el exceso de trabajo, la falta de tiempo, la desmotivación, el cansancio emocional, la despersonalización y otros factores del mismo tipo contribuyen a generar esta situación. Pero también la falta de HH.SS. en los futuros cuidadores y cuidadoras, puede contribuir a esos problemas de comunicación e interacción, en la no consecución de distintas metas profesionales y, además, ser una de las causas asociadas a la falta de seguridad en uno mismo/a, etc. Como ya sugirió Argyle (1969/1994), “*la gente que carece de suficientes HH.SS. tiene*

*dificultad para entablar y mantener relaciones*". De ahí que consideremos que la formación pre y postgrado de los/as alumnos/as y profesionales de la salud en estas materias puede ser de utilidad para completar sus conocimientos en relación a la persona y a la complejidad de su cuidado.

Además, para conseguir una interacción adecuada se precisará no solamente atender de forma integral al enfermo, sino capacitar a la enfermera para establecer una relación de ayuda adecuada con el/la usuario/a y familia a los que atiende. Para ello es esencial adaptar el modelo de cuidados dirigido a los aspectos psicosociales de los mismos. Y que la enfermera comprenda los principios de la "relación de ayuda", maneje de manera efectiva la comunicación, y además ejecute de forma adecuada las HH.SS. y técnicas de afrontamiento. Todo ello la ayudará a establecer unas relaciones humanas de calidad con el receptor de los cuidados y con diferentes miembros del equipo asistencial que le atienden, así como a prevenir y amortiguar el burnout, como hemos señalado.

Ahora bien, como sostienen Friedman y Di Mateo (1979) no se trata sólo de que el profesional de la salud trate al usuario/a como "persona", sino que debe asumir el hecho de que las relaciones interpersonales son una parte básica o fundamental del proceso de prevención, asistencia y evolución de la enfermedad y, consiguientemente, parte integrante de los cuidados que presta el personal de la salud y de enfermería. Podemos pues decir que *"toda relación terapéutica implica un proceso de interacción interpersonal"* (Rodríguez Marín, 1995) y por ello, la OMS (1972, 1977) ya enfatizó que todo el personal sanitario debe poseer una formación académica y profesional *"basada en un sólido conocimiento de las ciencias físicas, biológicas y psicosociales, (...) debiéndose reconocerse así mismo como un agente multiplicador de recursos humanos"*. Así pues, ignorar los factores psicosociales de este proceso sería no sólo un error ético o de cortesía, sino un error científico (Gala-León, Díaz y Bas, 1996).

Esta preocupación la muestra también la O.M.S. (1978), en su programa "Salud para todos en el año 2000", donde pide un esfuerzo dentro del ámbito sanitario a: los profesionales, para asumir el nuevo papel, los educadores, para redefinir los programas de acuerdo con estas directrices, y las instituciones, para que definan las competencias requeridas. Todo ello se concreta en el siguiente mensaje: *"El principal desafío para la enseñanza en el marco de la meta de Salud para Todos, consiste en indicar la*

*competencia y actitud exigidos al personal de salud, a fin de que funcione eficazmente en los programas de bajo costo y amplia cobertura" (OMS, 1986).*

De hecho, ya Hipócrates, en el s. IV a. C. (citado en León, Jarana y Ovejero, 1991, p.57), incidía en la importancia de la relación interpersonal cuando textualmente afirmaba: *“el paciente, aunque consciente de que su estado es peligroso, puede recuperar su salud a través de su satisfacción con la bondad del médico”*.

Así, desde esta visión integral, ya intuida por Hipócrates, del proceso salud-enfermedad, la interacción profesional de la salud-usuario/a se configura como un elemento esencial de dicho proceso.

En este mismo sentido, Poletti (1979) remarca las relaciones entre Enfermería y Psicología indicando que no existe una separación estricta entre las enfermedades físicas y los procesos psicológicos *“así se explica la imperiosa necesidad para cualquier profesional de enfermería de prestar una atención constante a la vida psíquica del enfermo y a su personalidad atendiendo a las perturbaciones que la enfermedad puede producir a la vida del paciente”*.

En este mismo sentido, Polaino-Lorente (2000) indica: *“Sin conducta no hay Enfermería posible ni atención a los pacientes, ni cuidado, ni asistencia a los enfermos. La conducta constituye un eje sobre el cual gira toda la intervención terapéutica asistencial y profesional del personal de Enfermería”*.

Evidentemente, esto no quiere decir que se reste importancia a los conocimientos y habilidades del personal de enfermería en otras áreas, ni a sus conocimientos y destrezas biotécnicos, sino que el manejo adecuado de la comunicación es un factor añadido, esencial en el rol sanitario, si tenemos en cuenta que, como ya hemos dicho, los cuidados deben ser integrales (Gala, Rodríguez y Jarana, 1995).

En este sentido, desde hace ya tiempo (Ribera, Cartagena y Reig, 1988) se viene insistiendo en que la preparación técnica de las enfermeras es adecuada, pero que su preparación “social”(la capacidad de recibir comunicación y responder a las ideas y a

las actividades de otros de modo que se promueva la participación de todos en una tarea común) ha sido desarrollada de un modo poco consistente.

De hecho, Foucault (1987) nos cuenta como el lema de la familia de Asclepiades - a la que pertenecía Hipócrates- era: “*El sanitario cura con el veneno, el cuchillo y la palabra*”...El veneno ha dado pie a la farmacopea, el cuchillo a la cirugía y la palabra, muchas de las veces se ha olvidado.

A modo de resumen puede decirse que, en aquellos casos, muy frecuentes, en los que el/la profesional de enfermería se enfrenta a cualquier situación complicada o difícil en su actuación, pueden darse dificultades a diversos niveles.

En primer lugar, por lo que respecta a *la evaluación de sus propios recursos*, se pueden producir notables incrementos en el nivel de activación del organismo, tanto por hipervaloración de los mismos (por ejemplo, el sujeto percibe que tiene capacidad para “hacer frente a todo” y se enfrenta con situaciones que claramente le sobrepasan), como por hipovaloración (por ejemplo, el sujeto se considera “incapaz” de resolver nada, por lo que se ve superado por acontecimientos cuya resolución está a su alcance). En ambos casos, podría ser de utilidad dotar al/la profesional de técnicas que posibiliten la definición operativa y objetiva de sus propios recursos de afrontamiento (ejemplo, reorganización cognitiva o entrenamiento en solución de problemas) (Labrador, Crespo, Cruzado y Vallejo, 1996).

En segundo lugar, a nivel de *procesamiento cognitivo*, pueden producirse fallos en el momento de selección y organización de la respuesta. De modo más específico, se pueden producir un desajuste en la valoración de las demandas situacionales y los propios recursos para hacer frente, que se manifiesta por respuestas inadecuadas o parciales de la situación, o por la incapacidad para decidir qué respuesta emitir (problema de toma de decisiones). En estos casos, habrá que incidir sobre la modificación de las respuestas cognitivas del sujeto y en el entrenamiento para alcanzar una evaluación objetiva de diversos aspectos situacionales y personales (recursos). Las técnicas más útiles para conseguir estos objetivos son aquellas que entrenan al sujeto en solución de problemas y las que se centran en la reestructuración cognitiva.

Y en tercer lugar, una vez seleccionada la respuesta a emitir con objeto de hacer frente a la situación estresante, se pueden producir *problemas en la propia emisión (o no emisión) de las conductas motoras*. Así, puede ocurrir que el sujeto no haga frente a la situación problemática con conductas que le permitan superarla, y esto hace que se mantenga su activación y que, además, se produzcan efectos colaterales negativos, como malestar emocional o indefensión ante esa situación (Labrador *et al.*, 1996). Si la situación se mantiene el problema se hará cada vez mayor, se sumarán al malestar producido por la situación en sí, los efectos señalados de aprendizaje de indefensión y de asociación de respuestas emocionales negativas.

Puede darse el caso de que el sujeto no emita la respuesta porque no dispone entre su repertorio conductual de respuestas adecuadas para enfrentarse a la situación (Caballo, 2002). En estos casos, se hace necesario que aprenda dichas conductas, para lo que se suelen utilizar procedimientos que impliquen técnicas de modelado (real o encubierto) y/o moldeado o aprendizaje de aproximaciones sucesivas, así como programas y técnicas de EHS (Caballo, 2002; Gil, Rodríguez y Jarana, 1995; Labrador *et al.*, 1996; León *et al.*, 1998).

De hecho, entre las aplicaciones más sugestivas del EHS se encuentran precisamente las orientadas a la formación de profesionales que hacen de la interacción social el eje de su actividad, como es el caso de los profesionales de la salud (Alvárez, Gavara y Vidal, 2003; Caballo, 2002; Ellis, 1980; Gil, Rodríguez y Jarana, 1995; Gil y León, 1998; Kelly, 1987; Labrador, 1996; León *et al.*, 1998; Marín y León, 2001; Ovejero, 1998; Pades y Ferrer, 2002) y entre ellos/as de los/as profesionales de enfermería.

A las particularidades del EHS en el caso de los/as profesionales de la salud dedicaremos este capítulo.

### **3.2.- El entrenamiento en habilidades sociales en profesionales sanitarios/as.**

En términos generales podemos decir que el aprendizaje del rol profesional integra el conocimiento y dominio de un conjunto de habilidades cognitivas (conocimientos sobre

la materia en cuestión) y técnicas (dominio de instrumentación y técnicas específicas), y de habilidades comunicativas y de interacción social (Hargie y Marshall, 1986).

En el caso específico de los/as profesionales sanitarios, como ya se ha comentado anteriormente, además de poseer capacidades conceptuales y técnicas propias de su perfil profesional, deben dominar un conjunto de HH.SS. que les permita crear una relación eficaz y satisfactoria tanto con los/as usuarios/as como con los/as propios/as compañeros/as (Ellis, 1980; Gil *et al.*, 1995), y les permitan, además, actuar como asesores o educadores (Criado *et al.*, 1993; Reina, 1996).

Como ya se ha indicado, son muchas las ventajas que se derivan de mantener relaciones eficaces en el trabajo, tanto para el/la profesional como para la organización en la que desarrolla su labor. A modo de resumen, podemos destacar las siguientes (León *et al.*, 1998):

En primer lugar, cuando los/as usuarios/as aprecian que el/la profesional es amable y atento con ellos/as, se sienten más satisfechos con su servicio y tienden a considerarlo “competente profesionalmente” para ayudarles a resolver sus problemas, lo que demuestran colaborando más y mejor con él, siguiendo sus prescripciones y consejos, y usando de un modo racional los recursos que la organización pone a su disposición. Por el contrario, la ausencia de HH.SS. puede provocar la insatisfacción del/la usuario/a y su desconfianza hacia las competencias técnicas del/la profesional.

En segundo lugar, una adecuada comunicación ayuda a evitar el estrés y las tensiones a las que se ve sometido el/la profesional cuando tiene que hacer frente a presiones grupales, manejar situaciones interpersonales conflictivas o coordinar sus esfuerzos con los de otros/as profesionales cuyas acciones complementan la suya.

En tercer lugar, cuando los/as profesionales que trabajan de forma conjunta y coordinada poseen HH.SS., la cohesión y la competencia grupal son mayores, lo que facilita el trabajo en equipo y evita la aparición de conflictos interpersonales y grupales.

Un aspecto importante a tener en cuenta es que la aplicación de los EHS a la formación de profesionales sanitarios exige comprender que éstos/as desarrollan su

labor en varios contextos de interacción, y muy especialmente en el contexto hospitalario y en el de atención primaria de salud, que generan exigencias distintas.

Así, la relación psicosocial entre profesional de la salud y usuario/a y su familia, se desarrolla y tiene un escenario primordial en el marco hospitalario y/o el de atención primaria, marcos sistemáticos donde tiene lugar la praxis sanitaria modulada por el entorno de ese sistema (contexto sociocultural del hospital y/o centro de salud) y por el propio sistema interno del mismo (tanto en sus aspectos organizativos y jerárquicos - formales e informales- como por su estructura de roles, canales de comunicación, relaciones inter e intragrupo... en suma, su subcultura). Este marco distinto al cotidiano genera problemas de adaptación y patrones específicos de respuesta ampliamente analizados por la Psicología de la Salud (Gil y León, 1998; Gordon, 1986; Pearlin, 1980).

En este sentido, otra variable importante que se da en este contexto, es la socialización laboral a la que se refiere Peiró (1986) como “el proceso mediante el cual el nuevo miembro aprende la escala de valores, las normas y las pautas de conducta exigidas por la organización a la que se incorpora”. Ello quiere decir que las actitudes y sentimientos generados por el propio contexto sanitario puede ser transmitidas entre los profesionales a través del mecanismo de modelado o aprendizaje por observación durante el proceso de socialización laboral (Guillém, 1998; Peiró, 1992; Peiró y Salvador, 1993).

Además, dentro de estos contextos los/as profesionales sanitarios/as tienen diferentes objetivos (Argyle, 1981; Caballo, 1988; Gil, León y Jarana, 1995; Gil y León, 1998; Pades y Ferrer, 2002).

Dadas estas particularidades, los programas de EHS pueden enfocarse básicamente hacia dos direcciones (García Vera *et al.*, 1998):

- a) Hacia la mejora de la relación del profesional de la salud con el/la usuario/a (paciente/cliente y familia).
- b) Hacia la mejora de la relación del profesional con el resto de los miembros del equipo.

A continuación comentaremos brevemente estos aspectos, centrándonos especialmente en el colectivo de profesionales de la salud o sanitarios objeto de nuestra atención: los/as profesionales de enfermería.

### **3.3.- El entrenamiento en habilidades orientadas a la mejora de la relación entre el/la profesional de enfermería y el/la usuario/a.**

El entrenamiento que se desarrolla en este sentido puede tener dos objetivos claramente diferenciados. Por una parte, puede pretender el establecimiento de una interacción satisfactoria y eficaz con el/la usuario/a, y, por otra, puede tener como fin dotar al/la usuario/a de determinadas capacidades, para que mantenga una línea de comportamiento coherente con la intervención realizada y pueda, además, instruir y capacitar a otras personas. En este último caso, el profesional se convierte en entrenador de HH.SS. (León *et al.*, 1998) .

#### **3.3.1.- El entrenamiento en habilidades sociales para mantener una relación satisfactoria y eficaz con el/la usuario/a.**

La consulta en atención primaria y la atención hospitalaria constituyen diferentes modelos de “encuentros sociales” a los que se pueden aplicar los conocimientos propios de la psicología social (teoría del rol, episodio, situación social, habilidad social, etc.) (Eiser, 1982; Gondra, 1985; Huici, 1985; Kessler *et al.*, 1985; Sanders y Suls, 1982).

Estos encuentros sociales están articulados en torno a la comunicación entre profesionales de la salud y paciente/cliente. Y, en este sentido, pueden darse problemas de comunicación e insatisfacción en esta área tanto por parte de unos/as como de otros/as. En el ámbito de los servicios sanitarios, son muchos los problemas que se originan cuando la comunicación es mala, apresurada e impersonal, como queda reflejado en la literatura al respecto (Gil *et al.*, 1995; Gil y León, 1998; León *et al.*, 1991; Peitchinis, 1982; Ribera *et al.*, 1988; Rodríguez Marín, 1995).

Concretamente, estas deficiencias en el proceso comunicativo podrían dar lugar a diferentes problemas a lo largo del proceso asistencial o de asesoramiento (Argyle, 1981; Gil y León, 1998; Huici, 1983; Ley, 1983; Maguire, 1986; Morales, 1985):

En la fase de recogida de información, se pueden observar déficits como los siguientes: uso de una mirada inadecuada, no prestar atención a la información verbal y no verbal relevante; no dar oportunidad a los/as usuarios/as para que expliquen las cosas como ellos quieren; evitar indagar el impacto psicológico y social de su problema; no analizar las percepciones erróneas del/la usuario/a; evitar comentarios sobre sentimientos; emplear múltiples preguntas a la vez; repetición de preguntas; no hacer síntesis o resúmenes de lo dicho por el/la usuario/a; no dejar al paciente/cliente y familia que responda de forma abierta y cómoda.

A la hora de ofrecer información se detectan ciertas carencias como el hecho de dar escasa información; el empleo de tecnicismos; dar explicaciones más escasas si los/as pacientes/clientes son de clase baja; no repetir la información, no realizar retroalimentación, etc.

Y, en la interacción en general, algunos de los déficits observados son: inicio brusco de la entrevista; su escasa duración; no explicar el motivo de la entrevista; no dar apoyo o tranquilizar, etc.

Además, a lo largo de todo el proceso comunicativo, las percepciones que poseen los/as profesionales de la salud en base a estereotipos pueden hacer que, más que tratar con personas, se trate con categorías sociales. Así, su comportamiento variaría en función de los tipos de paciente/cliente, los tipos de conductas, los tipos de enfermedad, los tipos de personalidad o los estilos de interacción (Rodríguez Marín, 1995).

Y finalmente, cabe recordar también que entre los factores que influyen en la comunicación están, por una parte, la ambigüedad y el conflicto de rol del profesional y, por otra parte, el hecho de ser un proceso bidireccional (Gil-Monte y Peiró, 1997; Peiró, 1992; Peiró y Salvador, 1993).

En definitiva, como ya señaló Eisenberg (1977), “*el paciente requiere tiempo, atención simpática e interés por él como persona*” (p.238) y cuando esta relación interpersonal adecuada no se da aparecen los problemas que pueden resumirse del modo siguiente (Gil *et al.*, 1995): la incomprensión de las explicaciones, los olvidos, la falta de adherencia o el abandono del tratamiento por parte del/la usuario/a/a; la falta de colaboración e insatisfacción, tanto del/la usuario/a como del profesional que le atiende generando posibles problemas de estrés en uno y otro caso; el retraso en la búsqueda de tratamiento y/o en la puesta en marcha de estrategias preventivas; etc. Además, hay que recordar que un elemento indefectiblemente unido a la comunicación y a la interacción con el/la profesional es la satisfacción del paciente que, a su vez, es un indicador final importante del éxito de la prestación (Hernández, 1995).

De hecho, los datos insisten en que la inadecuada comunicación profesional de la salud-usuario/a resulta en la práctica considerablemente frustrante e insatisfactoria (Ley, 1990), siendo considerada por los pacientes como el hecho más negativo de experiencias como la hospitalización (Pendleton y Hasler, 1990).

Para superar estas deficiencias parece sugerente el uso de un programa de EHS centrado en determinadas HH.SS., algunas de carácter general y otras específicas, que abarque tanto aspectos cognitivos (de pensamiento), como conductuales, y dirigido a futuros profesionales de la salud y a cuidadores.

A continuación revisaremos las HH.SS. generales y específicas que podrían incluirse en un programa de este tipo.

### **3.3.1.1.- Las Habilidades sociales de carácter general.**

Las HH.SS. de carácter general tienen como objetivo prepararse para la comunicación.

Dado que la comunicación interpersonal es un proceso en el que se integran distintas capacidades de respuesta (entre ellas, verbales, no verbales, perceptivas, cognitivas, etc.), para comunicarse de forma eficaz con los usuarios resulta importante que el

profesional de la salud reconozca, en primer lugar, una serie de concepciones erróneas (pensamientos erróneos) sobre su interlocutor/a o sobre la situación de interacción.

Algunos ejemplos de estos pensamientos erróneos serían los siguientes (Borrell, 1989; Gil y León, 1998): “Soy un desastre a la hora de afrontar los problemas emocionales de otras personas”, “No sirve para nada esforzarse”, “No puedo equivocarme”, “Tocar problemas personales, genera incomodidad al usuario”, “Esta situación es insoportable”, “No puedo ayudar a los demás en problemas que yo también padezco”, “Es difícil afrontar los problemas emocionales de otra persona”.

Estos pensamientos negativos suelen provocar emociones negativas que impiden la emisión de la respuesta apropiada. Tales mensajes, aun no diciéndolos, se expresan a través del comportamiento no verbal mediante los gestos, la postura, la expresión facial y provocan en el interlocutor (usuario y/o familia) emociones o estados de ánimo también negativos. Por ello resulta fundamental eliminar o minimizar el efecto de tales mensajes.

Una estrategia adecuada para modificar estos mensajes consistiría en transformarlos en otros que se adapten mejor a la situación. Para ello se podría seguir el siguiente procedimiento: 1) Determinar si el estado emocional es negativo, 2) analizar los pensamientos, con el fin de averiguar qué tipo de distorsión genera este estado emocional negativo y 3) una vez identificada la distorsión, transformar el pensamiento.

A continuación se presentan algunos ejemplos de pensamientos negativos y la forma de transformarlos

*CUADRO 3. Ejemplos de pensamientos negativos y transformación:*

**Distorsión**

**Transformación**

*Generalización*

De una situación particular se hace una ley.

Pensar en porcentajes y ser específico/a.

“En mi equipo nunca me hacen caso”

“Algunas veces me hacen caso, otras no”

*Culpabilidad*

Autocastigo.

Pensar desde el punto de vista de responsabilidad, aprender de los errores.

“La culpa del fracaso de no seguir este paciente/cliente con la dieta es mía.”

“Soy responsable de haber hecho o dicho...pero no de...”

*Negativismo*

Ver las cosas por el lado negativo, por el que no tienen solución.

No exagerar y relativizar.

“No soy un/a buen/a profesional”

“No soy tan buen profesional como otros para... Soy un/a buen/a profesional, sin embargo, hay cosas que los demás hacen mejor que yo”

*Personalización*

Pensar que lo que los demás hacen o dicen tiene que ver con uno/a mismo/a.

Comprobarlo y se podrá salir de dudas.

“Me miran como a un ser extraño, por ser la única enfermera de este servicio”

“¿Es cierta mi impresión de que me miran como a un ser extraño, por ser la única enfermera del equipo?”

*Hiperresponsabilidad*

Exceso de responsabilidad.

Pensar más en lo que desea que en lo que debería hacerse y contar más con los demás.

“Cuando yo no estoy nada funciona”

“Cuándo yo no estoy, las cosas no funcionan de la misma manera y desearía que no fuese así. Sin embargo, los demás también tienen que tener un margen para actuar a su modo”.

(tomado de Gil, León y Jarana, 1998, p.122)

Una vez afrontados sus diálogos interiores el/la profesional debe cuidar cómo dar los mensajes (habilidades comunicativas) En este sentido hay que recordar que importa tanto lo que se dice (conductas verbales), como la forma en que se dice (elementos paralingüísticos y no verbales que acompañan al mensaje).

En este sentido, revisaremos a continuación algunos de los elementos no verbales en la comunicación del profesional, tomando como base la exposición de León *et al.* (1998).

CUADRO 4. Elementos no verbales en la comunicación del profesional.

<i>Elementos</i>	<i>Características para una comunicación eficaz</i>	<i>Funciones</i>	<i>Observaciones</i>
Mirada.	Directa, horizontal y relajada.	Indica atención y sirve para percibir las señales no verbales del interlocutor.	Una mirada directa, pero intensa, fija y penetrante será interpretada como intimidatoria y agresiva.
Expresión facial.	Coherente con lo que se dice.	Indica el estado emocional, suministra información al otro acerca de si se comprende o no el mensaje, indica las actitudes hacia el mensaje o el interlocutor.	Se debe evitar mantener una expresión facial firme, inexpresiva o incoherente con lo que requiere en ese momento del rol profesional.
Sonrisa.	Debe ser franca, abierta, sincera y coherente con la situación y el contexto y sobre todo congruente con la comunicación verbal.	Invita a la comunicación, comunica una actitud amigable.	Evitar las sonrisas falsas e incoherentes.
Postura y orientación corporal.	Debe ser erecta, relajada y ligeramente inclinada hacia delante en la dirección del interlocutor.	Refleja las actitudes y sentimientos.	Se da una impresión negativa si la postura es excesivamente firme o relajada.
Gestos y movimientos de la cabeza.	Deben ser coherentes con el estado de ánimo y con lo que se dice, deben estar sincronizados con el mensaje verbal.	Clarifican, apoyan y refuerzan lo que se dice, indican las actitudes y el estado de ánimo.	Deben evitarse especialmente los movimientos estereotipados.
Distancia.	Debe mantener la distancia correspondiente y adecuada, según el tipo de relación (íntima, personal, social o pública).	A través de ella se indica la naturaleza de la comunicación.	Si por cualquier motivo hay que traspasar zonas (de una social a una personal o íntima), se debe tranquilizar al interlocutor.
Apariencia personal.	Debe ser cuidada, aseada y relacionada con el rol profesional que se desempeña.	La apariencia personal determina la impresión que se provoca en el interlocutor.	Evitar una apariencia desaliñada o descuidada ya que transmite inseguridad y falta de seriedad.
El habla.	Se deben decir las cosas de forma audible, fluida y clara.	El tono de voz y la fluidez muestran las actitudes y estados de ánimo. Hablar de forma clara, con un ritmo adecuado y en un tiempo apropiado, clarifica, apoya y refuerza lo que se dice.	Pensar en lo que se va a decir. Adaptar el tono de voz al contenido de lo que se desea decir. Asegurarse de que se le oye, evitar hablar lenta o rápidamente, y no titubear al hablar. No monopolizar la conversación.

(tomado de León *et al.*, 1998, p.123)

Para finalizar esta exposición sobre las HH.SS. generales de las que debe disponer el/la profesional se mencionarán algunas habilidades de conducta que actúan como facilitadoras de la comunicación, que inciden tanto en aspectos no verbales como verbales y que pueden resultar de utilidad a modo de guía general para afrontar distintas relaciones que tienen lugar entre el/la profesional de la salud y los/as usuarios siendo también aplicables a profesionales de enfermería (Costa y López, 1991; León *et al.*, 1998):

1. Elegir el lugar y el momento oportuno para asegurarse de que seremos escuchados.

a) Por lo que respecta al entorno físico, las condiciones óptimas para la comunicación son las siguientes:

- La disposición del espacio debe ser ordenada, ya que el desorden transmite imagen negativa de inseguridad y de incapacidad para resolver los problemas, así como sensación de incomodidad.

- El espacio debe ser cómodo y adaptado a la función que debe cubrir. Además, debe estar iluminado y ventilado, con adecuada temperatura y exento de ruidos. El uso de colores cálidos y tonos claros puede contribuir a crear un clima tranquilo.

b) En cuanto al momento, lo ideal es que tanto el/la profesional como su interlocutor/a se encuentren tranquilos/as y relajados/as, así se facilita la atención, la recepción y el procesamiento de información.

2. Demostrar que se escucha y entiende al/la interlocutor/a.

a) El/la interlocutor/a sentirá que es escuchado/a si no se le interrumpe cuando habla, se le mira y se apoya lo que dice con “síes activos” (que pueden ser expresiones del tipo “Sí”, “síga”, “claro”, “entiendo”, “desde luego”, etc.).

b) El/la interlocutor/a sentirá que le entienden si se reformula y valora lo que él/ella dice y se le da tiempo para preparar sus respuestas. Algunas técnicas de reformulación son:

- Reformulación “en eco”: Se trata de repetir lo último que ha dicho el interlocutor/a y tiene como objetivos estimularle a desarrollar lo que acaba de decir, obtener una información más precisa, comprobar y demostrar que se le ha comprendido.

- Reformulación resumen: Se trata de hacer una síntesis de la exposición del interlocutor/a. Pretende clarificar la discusión y estimular la aportación de informaciones nuevas.

- Reformulación selectiva: Se trata de resumir tan sólo algunos aspectos centrales de la exposición con el objeto de centrarse en el debate y eludir las dispersiones.

3. Seguir una secuencia ordenada a la hora de preguntar, desde lo general (preguntas abiertas) a lo específico o particular (preguntas cerradas)

4. Se recomienda hablar en primera persona y de forma directa, con un lenguaje positivo para transmitir confianza. Algunas sugerencias en este sentido son: emplear palabras y expresiones directas como: “opino”, “pienso”, “necesito”, “quiero”; evitar palabras o expresiones dubitativas, negativas, rotundas e impersonales; buscar los puntos de acuerdo con el interlocutor; reconocer los errores propios y formular los reproches o críticas de forma específica; asumir la responsabilidad de las respuestas; emplear el presente, un lenguaje preciso y corriente, y frases cortas.

5. Recordar que los verbos que se pueden considerar claves de la relación entre el/la profesional y el/la usuario/a son: Preguntar, aconsejar y proponer.

### **3.3.1.2.- Habilidades sociales específicas o concretas.**

En este apartado se analizarán algunas habilidades concretas relacionadas con determinadas actividades que, de forma general o puntual, deben realizar los/as profesionales de enfermería. En este sentido, el comportamiento más idóneo de los/as profesionales de enfermería que permite la identificación de habilidades específicas propias de estos/as profesionales se basa en lo siguiente:

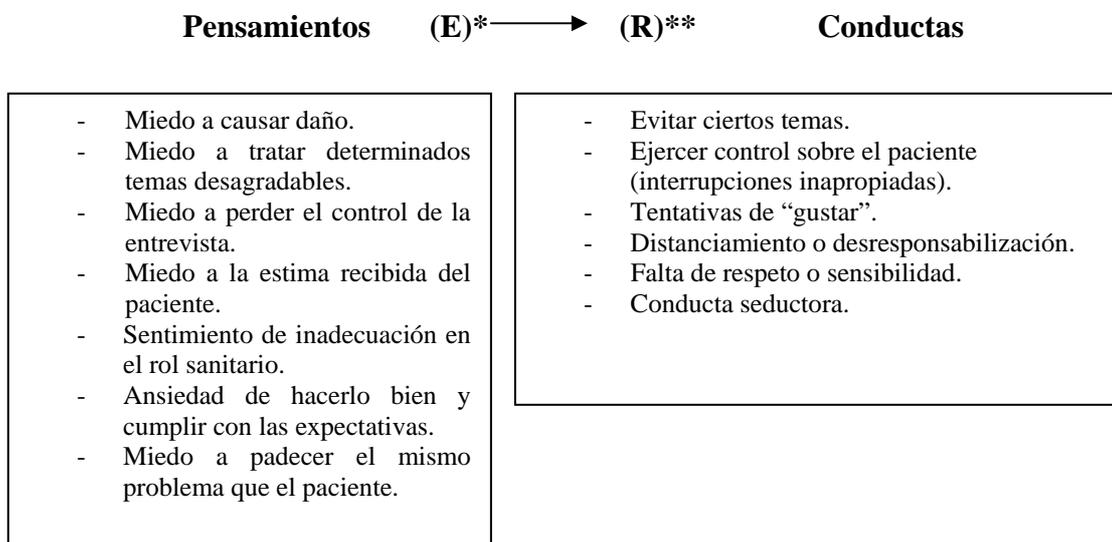
- a) La cualidad más importante es el “cuidado personalizado”.
- b) Se considera a un/a profesional de enfermería bueno/a si presta atención, y ofrece información inteligible y muestra ciertas cualidades psicológicas.
- c) La consulta de enfermería será buena si existe “competencia técnica” más “comunicación” (escuchar bien, informar y explicar de forma voluntaria e implicar al paciente/cliente y familia en la toma de decisiones).

Pendleton y cols. (1990) resumieron esta cuestión sugiriendo que hay un conjunto de habilidades que pueden ser empleadas para mejorar la relación entre profesionales de enfermería y usuarios/as que son: realizar preguntas, demostrar aceptación de ideas, adoptar contacto y postura física adecuada, establecer contacto ocular, asegurar comunicación verbal y no verbal compatibles, reforzar y dar ánimos.

En general, los programas de EHS incorporan tanto habilidades *cognitivas* como *conductuales* específicas.

Por lo que se refiere a las habilidades *cognitivas*, éstas se basan en la idea de que determinadas creencias pueden interferir negativamente en la percepción que el/la profesional sanitario/a tiene de la situación. Así por ejemplo, ciertos pensamientos desencadenan la puesta en práctica de ciertas conductas. Veamos algunos ejemplos (Borrell, 1989; Smith, 1984):

CUADRO 5.- Relación pensamientos distorsionados y sus consecuencias conductuales.



(tomado de Borrell, 1989; p.12)

(Nota: \* (E) significa Estímulo; \*\* (R) significa Respuesta).

De acuerdo con ello, el EHS tratará de desarrollar ciertas habilidades cognitivas orientadas a:

- a) Identificar señales y situaciones sociales.
- b) Discriminar los componentes.
- c) Planificar actuaciones (desarrollo y evaluación de alternativas).
- d) Solucionar problemas.
- e) Establecer empatía.

Por su parte, las habilidades *conductuales* específicas necesarias para los/as profesionales de enfermería incluirán los siguientes aspectos (Gil *et al.*, 1991):

En primer lugar, estarían aquellas habilidades orientadas a la realización de entrevistas, que incluyen saber escuchar, saber formular preguntas (abiertas-cerradas), realizar reformulaciones y síntesis, reflejar sentimientos, saber iniciar y concluir la entrevista (Bernstein, 1980; Hargie y Marshall, 1986; Pendleton y Hasler, 1990).

En segundo lugar, se incluirán habilidades para transmitir información y persuadir, incluyendo habilidades dirigidas a facilitar la comprensión del mensaje de salud, su recuerdo y su cumplimiento. Lo que se pretende es que el profesional desarrolle las habilidades necesarias para persuadir a los/as usuarios/as de que desarrollen determinadas acciones encaminadas a la solución de sus problemas (Costa y López, 1991; León *et al.*, 1998).

En tercer lugar, las habilidades conductuales específicas también incluyen las estrategias de negociación que exigen tener presentes determinadas estrategias para dialogar y enunciar problemas, la reconversión de ideas, el reconducir, el dirigir, el hacer paréntesis, la transferencia de responsabilidades, etc.

En cuarto lugar estarían las habilidades asertivas. La ausencia de habilidades asertivas viene acompañada de creencias como querer quedar bien con todos los pacientes/clientes, no negarse a ninguna petición, considerar vergonzoso cometer errores, considerar que es mejor no tocar temas íntimos, etc... Estas creencias producen ansiedad e inseguridad y efectos como la dificultad para elaborar ideas propias, evitar

la entrevista o que sea corta y dar la sensación de transmitir poca convicción sobre determinadas prescripciones (Borrell, 1989, pp.18-20). El entrenamiento en habilidades asertivas tendrá como objetivo controlar las situaciones de interacción a las que tiene que hacer frente día a día. Entre las técnicas para desarrollar estas habilidades encontramos la autorrevelación, el disco rayado, la oposición asertiva, el banco de niebla o el acuerdo viable (León *et al.*, 1998).

Y finalmente, entre las habilidades conductuales específicas a desarrollar por los/as profesionales de enfermería estarían también aquellas destinadas a afrontar situaciones conflictivas, esto es, saber negociar (Fisher y Brown, 1985), saber tranquilizar (Maguire, 1986), saber comunicar malas noticias (Borrell, 1989, p.148), saber rehusar una petición injustificada (Gil, 1991) o saber afrontar presiones (Gómez, 1996).

Otras habilidades como aquellas para reflejar sentimientos y significados, reformular, realización de resúmenes, realización de preguntas, dar ánimos, retroalimentación, hacer interpretaciones y abrirse a los demás también podrían añadirse a este amplio listado (Galvin, 1985; Gil, 1991, 1995; Gil y León, 1998).

### **3.3.2.- El entrenamiento para dotar al usuario/a con determinadas habilidades.**

Como parte de este objetivo se incluye no sólo dotar el/la usuario/a de un conjunto de habilidades que les permitan realizar conductas coherentes con el tratamiento recibido y adoptar estilos de vida saludables, sino también transmitir a sus allegados/as mensajes de salud recibidos, dar instrucciones y capacitar a su vez a personas a su cargo. Así los sujetos se implican en el cuidado de su propia salud y la de los suyos y hacen llegar mensajes de salud a la comunidad a la que no siempre puede acceder con facilidad el/la profesional de la salud (Gil *et al.*, 1995).

Para lograr este objetivo la tarea educadora del/la profesional de enfermería puede orientarse a la enseñanza de un concepto o de una habilidad. Es fundamental que el/la profesional de enfermería sepa dar instrucciones, sepa actuar como modelo, facilite el ensayo de conductas, sea capaz de administrar retroalimentación, dé información, aplique refuerzos y garantice medidas para que las conductas se generalicen

posteriormente a situaciones reales, además de dominar habilidades para conducir y dirigir grupos. Es decir, debe intentar dotar a los/as usuarios/as de un conjunto de habilidades que les permitan adoptar conductas saludables y formas de vida adecuadas al tratamiento o ayuda recibida y convertirse en agente de salud.

Estas acciones, de enseñanza, formación y capacitación del personal, constituyen objetivos prioritarios de los enfoques de la Salud Comunitaria y de la Educación para la Salud.

### **3.4.- El entrenamiento en habilidades orientadas a la mejora de la relación con los/as profesionales del equipo.**

Las relaciones interpersonales ocupan un papel crucial en el ámbito laboral, poniendo de manifiesto la importancia que tiene el que todos los miembros de las organizaciones, sobre todo las de servicios, con independencia de sus funciones y niveles, posean y hagan uso de las HH.SS. necesarias (Gil y León, 1998).

Por ejemplo, Herman (1977-citado en Gil, 1991) ya señaló que, en el caso de las enfermeras que trabajan en condiciones poco satisfactorias (subordinación, falta de responsabilidad, estrés), que generan insatisfacción y un elevado índice de rotación, se han propuesto programas específicos de EHS, que incidían especialmente en el desarrollo de habilidades asertivas como rehusar peticiones, solicitar cambio de trabajo, aceptar críticas, solicitar más información (cuando las órdenes no son claras) y dar y recibir afecto (al tratar con pacientes con dolor).

En términos generales, se puede decir que, desde el enfoque de las *relaciones humanas* de los años cincuenta al movimiento actual de *calidad de vida laboral*, se han venido desarrollando diversos enfoques y movimientos con matices diferentes, pero que coinciden básicamente en otorgar a las relaciones interpersonales un papel crucial en el ámbito del trabajo, poniendo de manifiesto la importancia que tiene el que todos los miembros de la organización posean y hagan uso de las HH.SS. correspondientes (Gil y León, 1998).

En el caso de los/as profesionales de enfermería, su integración en equipos multiprofesionales y su posición funcional y jerárquica en ellos exige el empleo de ciertas habilidades específicas para relacionarse tanto con personas de su misma posición, como con personas de posiciones superiores e inferiores.

En este sentido cabe comentar, en primer lugar, que existen creencias distorsionadas que dificultan esa integración como serían, por ejemplo (Borrell, 1989; León *et al.*, 1998): “Es preferible hacer todas las tareas, aunque no correspondan al perfil profesional de uno, a pedir colaboración a otros miembros del equipo”, “Debe evitarse derivar pacientes a otros profesionales de la salud”, “Lo mejor es pasar siempre desapercibido”, “Mejor adaptarse a un/a mal/al compañero/a que discutir con él/ella”, etc.

La forma de transformar las creencias distorsionadas, comentada en apartados anteriores, sería también útil en este caso.

En el caso de las relaciones jerárquicas descendentes cabría destacar la necesidad de poner en práctica aparte de las correspondientes habilidades asertivas, nuevos conjuntos de habilidades y conocimientos sobre las dinámicas de grupo como serían, por ejemplo (Hargie, 1986):

- a) Habilidades de dirección y supervisión: saber instruir, motivar a los demás, evaluar el desempeño, negociar, dar órdenes, orientarse a metas, ser sensible a los demás, aplicar medidas disciplinarias, etc.
- b) Habilidades específicas para dirigir grupos de trabajo: planificar (seleccionar objetivos y medios para lograrlos), organizar (asignar responsabilidades para la realización de tareas), dirigir (usar la propia influencia para motivar a los subordinados) y controlar (supervisar las actividades y realizar las oportunas correcciones). Ello implica el conocimiento de técnicas de Dinámica de Grupos.
- c) Habilidades para fomentar la participación: emplear HH.SS., poseer conocimientos y competencias específicas, ser buen comunicador, emplear técnicas participativas.

- d) Habilidades para delegar responsabilidades: saber trabajar con otros, entrenar a los colaboradores, saber tomar decisiones.
- e) Habilidades para dirigir reuniones: organizar contenidos y planificar el tiempo, ser buen comunicador, fomentar la participación, dirigir, reforzar y retroalimentar, planificar las tareas, delegar y tomar decisiones.
- f) Habilidades para mediar en conflictos intra e intergrupales: negociar, emplear HH.SS., ser sensible a los demás.

Como se puede observar, las HH.SS. necesarias para abordar todas estas tareas de forma eficiente incorporan diferentes competencias (conceptuales, técnicas y sociales) y son susceptibles del correspondiente adiestramiento a través de los EHS (Gil, 1991; Gil *et al.*, 1995, 1996; MaGuire *et al.*, 1986).

En el ámbito de la enfermería, tanto a nivel de formación como de práctica profesional, la gestión de competencias está adquiriendo en la actualidad una gran importancia, debido a los cambios que deben acometer las organizaciones y la propia disciplina para adaptarse a su entorno. Estos cambios requieren el establecimiento de formas organizativas flexibles, sustituyendo los sistemas tradicionales (basados en el análisis y valoración de los puestos de trabajo) por sistemas centrados en la gestión de competencias.

Las competencias son “*conocimientos, destrezas y habilidades*” (Ulrich, 1995) o “*características subyacentes de las personas que están relacionadas causalmente con actuaciones exitosas en un puesto de trabajo*” (Boyatzis, 1982), implican conocimientos, habilidades y actitudes, y constituyen un “saber hacer”.

Estas competencias representan una importante relación con el desempeño laboral; de hecho se transforman en conductas laborales eficientes. Así, las competencias, frente al concepto limitado de destreza, comprenden actividades no rutinarias ni programadas, se aplican a entornos complejos y variables, se extienden tanto a un amplio rango de situaciones como de tareas, están mediadas cognitivamente, y dependen de las personas (Kanungo y Misra, 1992).

En los últimos tiempos se han llevado a cabo numerosas taxonomías de competencias, bien genéricas bien centradas en distintos perfiles profesionales y entre ellas estaría la expuesta por Dalziel, Cubeiro y Fernández (1996) y recogida por Gil (1998) que propone la existencia de competencias de logro y acción, de ayuda y servicio, de influencia, gerenciales, cognitivas y de eficacia personal. En relación a las últimas, se identifican perfiles particulares en el caso de los profesionales de enfermería y a las competencias centradas en las relaciones interpersonales, en el manejo adecuado de los estilos de interacción y en la comunicación.(Gala-León, Lupiani, González, Martínez, Bas, Guillém *et al.*, 1997).

Resumiendo, podemos decir que actualmente se atribuye una singular importancia al empleo de HH.SS. adecuadas que permitan establecer relaciones interpersonales satisfactorias en el contexto laboral. Así, se están creando grupos de trabajo que definen de forma cuidadosa las capacidades y competencias necesarias para afrontar las condiciones actuales de cambio continuo, e incluso las consideran ya como un *sello cultural* (Dalziel *et al.*, 1996). En este marco, la identificación y entrenamiento de competencias interpersonales adquiere una gran relevancia en la aplicación de cualquier sistema de formación y gestión por competencias (Gil y León, 1998), y el caso de los/as profesionales de enfermería no es una excepción.

### **3.5.- La aplicación de entrenamiento en habilidades sociales a profesionales de enfermería: Resultados empíricos.**

El desempeño de la profesión de enfermería y las competencias que se requieren para su ejercicio difieren en los distintos países, así como en los diferentes contextos sociales donde se ejerce la práctica profesional. Tanto es así que hasta ahora cuando un/a profesional que había estudiado/trabajado en otro país (incluso de nuestro entorno más cercano) deseaba ejercer como enfermera/o en nuestro país debía pasar por un complejo proceso de homologación de su título que, en muchos casos, implica también una adaptación importante de sus competencias profesionales. Cabe suponer que el proceso de adaptación al espacio europeo de educación superior, actualmente en curso,

modificará esta disparidad, al menos en lo que a los países de la Unión Europea se refiere, pero por el momento las diferencias siguen siendo importantes.

Por todo ello y atendiendo a las situaciones a los que los alumnos y profesionales de enfermería españoles deben enfrentarse por el momento, se ha centrado este trabajo y el análisis de los estudios sobre el tema ya realizados básicamente en los llevados a cabo en nuestro país. Todo ello con el objetivo de que exista similitud entre los sujetos entrenados en este trabajo y los diferentes grupos presentados en la literatura, tanto en cuanto a características formativas, como al desempeño de las mismas funciones y al desarrollo de roles parecidos. Así también se garantiza la homogeneidad de las diferentes situacionales sociales que los sujetos entrenados tienen que afrontar durante su formación y ejercicio profesional (contexto hospitalario y de atención primaria).

Tras una búsqueda bibliográfica sobre el tema se ha hallado un pequeño número de estudios realizados con en profesionales de enfermería y alumnos/as españoles/as a los que se les aplica EHS a nivel psicoeducativo, bien como programa único o integrado, y, aunque los resultados de algunos de ellos no son concluyentes, todos ilustran y contribuyen a la consideración de los EHS como programas prometedores y útiles en la formación del profesional de la salud, tanto a nivel pregrado como postgrado.

A continuación se realiza una exposición de algunos de los más relevantes:

- a) *Entrenamiento en comunicación. Necesidad para enfermería* (Ribera, Cartagena y del Pozo, 1988).

Este trabajo de investigación no es propiamente de EHS. Sin embargo nos ha parecido relevante citarlo, ya que es el primero de los encontrados en remarcar la necesidad de dar formación a los/as profesionales de enfermería en temas como información, formación y entrenamiento en relaciones interpersonales.

La hipótesis de partida en este estudio era que el/la profesional de enfermería en el marco hospitalario está sometido de modo persistente a estresores y frustradores relacionados con las habilidades sociales.

La muestra de estudio la componían 58 DUE (Diplomadas Universitarias de Enfermería) del Hospital del INSALUD de Elche (Alicante) a las que se les aplicó la Escala de Frustradores Profesionales Específicos en el Hospital (Reig y Caruana, 1986).

Los resultados del análisis descriptivo detectaron que de los 20 estresores de la escala, 11 de ellos tenían relación directa con las relaciones interpersonales entre profesionales de la salud, enfermos-profesionales de la salud, y familiares-profesionales de la salud, y 6 estaban directamente relacionados de manera importante con problemas de comunicación y afectaban a la totalidad de profesionales de enfermería.

Como conclusiones, los/as autores/as identificaron la necesidad de tomar medidas para eliminar o disminuir la frustración derivada de las relaciones personales en el marco hospitalario y consideraron que un modo de afrontar esta problemática, era, en primer lugar, profundizar en el currículo de enfermería en el sentido de realizar entrenamientos en habilidades sociales como una parte importante en la formación integral del/la futuro/a profesional de la salud.

- b) *Entrenamiento en habilidades sociales: un método de enseñanza-aprendizaje para desarrollar la comunicación interpersonal en el área de enfermería* (León, Negrillo, Tirado, Herrera, Gómez y Cantero, 1993).

Estos/as autores/as perseguían en su estudio aportar un procedimiento de entrenamiento (EHS) que fuera útil en el área docente de enfermería para enseñar a los/as futuros/as profesionales las habilidades que le capacitan para establecer unas relaciones interpersonales productivas en su ámbito de trabajo, tanto con el paciente, como con los demás miembros del equipo de salud. Se formuló la hipótesis de que después de entrenar en HH.SS. a los/as alumnos/as de enfermería mejorarían sus capacidades de comunicación interpersonal.

La muestra la componían 16 estudiantes matriculados/as en primer curso de una Escuela Universitaria de Enfermería, durante el curso académico 90/91. Todos ellos/as fueron seleccionados/as por haber obtenido en la Escala Multidimensional de Expresión Social –EMES-(Caballo, 1989) una puntuación igual o superior a 34% (Puntuación que

indica que la persona requiere EHS). Se utilizó un diseño experimental de grupo control. Posteriormente se les aplicó un programa de EHS que incluía aceptación y oposición asertiva, capacidad para planificar, determinar las propias habilidades, establecer objetivos, concentrarse en la tarea apropiada para la obtención de dicho objetivo, tomar decisiones, y resolver conflictos interpersonales.

Los resultados obtenidos indicaron que sólo los sujetos sometidos a condiciones de EHS mejoraron su ejecución en el EMES. Por tanto, se corroboró la hipótesis de que el procedimiento experimental era eficaz para incrementar las HH.SS. de los sujetos expuestos al entrenamiento.

- c) *Entrenamiento en habilidades sociales a profesionales de salud (Jarana, 1988; León y Jarana, 1989, 1990a, 1990b, León, Jarana y Blanco, 1991)*

Estos/as autores/as afirman que los déficits que presentan los/as profesionales de la salud suelen tener su núcleo central en los elementos no verbales. Por ello, consideraron oportuno profundizar en el tema de la comunicación no verbal entre profesional sanitario y el enfermo.

A continuación y a modo de ejemplo del trabajo de este equipo, se describe el estudio: *Estrategias de evaluación e intervención: un caso práctico de entrenamiento en habilidades sociales a profesionales de la salud (León, Jarana y Blanco, 1991)*

El propósito de este trabajo era poner a prueba las hipótesis de que después de entrenar en HH.SS. al personal de enfermería se lograría una comunicación más efectiva.

Los integrantes de la muestra eran 21 profesionales de enfermería, que asistieron de forma voluntaria a un programa formativo (curso de reciclaje destinado a profesionales que trabajaban por primera vez en Centros de Planificación Familiar, lo que exigía el uso de nuevas competencias relacionadas con la Educación y Promoción de la Salud). A estos sujetos se les administró un cuestionario sobre la comprensión y satisfacción con la comunicación. Se les aplicó el EHS que partía de la concepción de las HH.SS. como

una clase de respuesta que tiene por objetivos: a) conseguir reforzadores, b) mantener o mejorar las relaciones con otros, y c) impedir el bloqueo de futuros reforzamientos. El EHS se apoyaba en técnicas como instrucciones, modelado, ensayo de conducta, retroalimentación y reforzamiento y se llevó a cabo en 2 sesiones de 5 horas de duración cada una. Posteriormente a la realización del programa de EHS, se solicitó a los usuarios que enjuiciasen la eficacia de la comunicación con el personal de enfermería.

Los principales resultados obtenidos revelan diferencias significativas entre los grupos de usuarios respecto a su grado de comprensión y satisfacción en la interacción con el personal de enfermería, de modo que el personal de enfermería que había recibido EHS logró una comunicación más efectiva con los usuarios por ellos atendidos. Las conclusiones apuntan pues, también en este caso, que el EHS es un buen procedimiento para mejorar la comunicación personal-usuario de los servicios de salud.

- d) *Efectos de un programa de entrenamiento en habilidades sociales al personal de enfermería sobre la satisfacción del paciente hospitalario en la atención recibida (Negrillo, 1995).*

Se trata de una investigación financiada por el Fondo de Investigación Sanitaria (FIS) realizada en la Escuela Universitaria de Enfermería Virgen del Rocío de Sevilla. El objetivo era determinar si el EHS al personal hospitalario era eficaz para aumentar la satisfacción del paciente con los cuidados recibidos.

La muestra eran 40 profesionales de enfermería del citado Hospital, a los que se les aplicó una Escala de Evaluación de Habilidades Sociales con el fin de equiparar los grupos respecto a las capacidades potenciales de aprendizaje social. A los pacientes atendidos por estos profesionales se les solicitó la cumplimentación de un cuestionario de satisfacción con la comunicación y atención recibida (antes del EHS).

El programa de EHS se aplicó en 10 sesiones (1 por semana) de 2 horas de duración, atendiendo a la secuencia del EHS clásico. Con posterioridad a la aplicación del EHS se aplicaron de nuevo los mismos instrumentos (Escala de Evaluación de HH.SS. a los profesionales y cuestionario de satisfacción a los pacientes).

Las conclusiones obtenidas fueron que el EHS era un buen procedimiento para mejorar la competencia social del personal de enfermería y que esto era válido tanto para el caso de las relaciones con los pacientes, como para las relaciones con otros profesionales sanitarios.

- e) *Habilidades sociales en profesionales de la salud en su relación con pacientes quirúrgicos (Cuñado, Gil y García, 1993).*

Este estudio propuso el empleo del EHS (centrado básicamente en habilidades de comunicación) y grupos de apoyo (familiares, amigos) para profesionales de la salud, con el fin de desarrollar un conjunto de habilidades adecuadas, teniendo en cuenta tanto el contexto como la información (y demandas) que aportan los pacientes.

La muestra estaba compuesta por 43 personas convalecientes de una operación quirúrgica en el Hospital Puerta de Hierro de Madrid, a quienes se les realizó una entrevista estructurada que incluía una serie de autoinformes aplicados verbalmente para medir ansiedad experimentada, preferencia de compañía y trato personalizado, conveniencia de exhibir determinadas conductas, conducta no verbal de los profesionales, atribución de la causa de recuperación (control externo y control interno), y grado de satisfacción general del paciente respecto al proceso completo.

Las conclusiones obtenidas después del análisis de los resultados fueron, por una parte, que resulta de gran relevancia conocer las percepciones, expectativas y temores que los pacientes tienen con respecto a la intervención quirúrgica, y, por otra, que es importante que ellos mismos sean capaces de identificar y evaluar las HH.SS. de los profesionales de la salud.

Además los resultados obtenidos mostraron que aspectos tan importantes como la ansiedad, la necesidad de compañía y trato personal, y la preferencia por ciertos comportamientos de carácter tanto comunicativo como emocional variaban según se abordase al paciente en un momento u otro del proceso quirúrgico.

En definitiva, en la medida en que se tengan en cuenta tanto los componentes de la situación social como el criterio de los pacientes, podrán diseñarse programas de formación basados en EHS que resulten eficaces y que alcancen amplias posibilidades de aplicación en este ámbito. Por tanto se trata de un trabajo que, más que analizar la efectividad de los EHS, analiza cuál debe ser su contenido.

f) *Habilidades Sociales del Profesional de la Salud (García Fernández, 1996).*

La autora de este trabajo explica las actividades de formación diseñadas y realizadas al personal de la Unidad de Agudos de Psiquiatría del Hospital Juan Ramón Jiménez de Huelva y los beneficios obtenidos tras la aplicación de los programas de EHS impartidos.

Estas actividades se centran en distintos aspectos de la comunicación como primera habilidad social.

Los cinco cursos realizados fueron evaluados de forma positiva y tuvieron una favorable acogida sobre todo por el personal de enfermería. El motivo para ello es, según la autora, que las habilidades sociales son una de las herramientas de trabajo que más fácilmente se desgastan en las Instituciones. Parece así oportuno recuperarlas a través del reciclaje que suponen estos cursos impartidos en grupos de 30 sujetos.

Una ventaja importante obtenida con este trabajo fue una mayor integración de la Unidad de Psiquiatría con el resto de Unidades del hospital, creando así, nexos de unión y relegando la posible imagen de Unidad Insular.

g) *Las Habilidades Sociales en la Salud: una herramienta necesaria para los cuidados de enfermería (Márquez, Carrasco, Baquero, Cardenas y Soriano, 1996).*

Los resultados y conclusiones de este trabajo se presentaron en forma de comunicación en el XIII Congreso Nacional de la Asociación de Enfermería de Salud Mental, celebrado en La Coruña en Mayo de 1996.

El estudio contempla la eficacia de talleres formativos sobre técnicas como Desensibilización Sistemática, Relajación, Reestructuración Cognitiva y EHS.

La muestra de estudio la componían grupos de 30 alumnos/as de enfermería de la Escuela Universitaria de Enfermería de Huelva.

Las conclusiones obtenidas se basaron en la evaluación de la satisfacción de los/as discentes en relación al entrenamiento, quienes manifiestan sentirse reforzados al aplicar las técnicas con ellos mismos (disminución de la ansiedad), con sus familiares o amigos y conseguir resultados positivos.

- h) *Informe: Necesidades de una formación específica en Habilidades Sociales (HH.SS.) y en técnicas de Comunicación (TT.CC) en los estudios de Enfermería (Gala León, Lupiani, Díaz, Bas, González, Paublete y Guillén, 1999).*

Aunque no es propiamente un estudio empírico al uso, este informe tiene gran relevancia para el tema que nos ocupa ya que analiza la situación de los estudios de enfermería, haciendo una revisión de los diferentes Planes de Estudio y los relaciona con la realidad de la práctica asistencial. Aboga por la incorporación de la formación en relaciones humanas de los/as profesionales de la salud al currículo universitario, y remarca la importancia del manejo por parte del alumno/a y profesional de enfermería de herramientas como la comunicación humana y los procesos de asertividad. El informe concluye diciendo que se necesita: *“Un/a profesional de la enfermería, resumiendo socialmente hábil, capaz de interactuar y comunicarse eficazmente, entablando una interrelación eficaz con sus pacientes y demás profesionales y convencido de la importancia de ello”*.

Estos mismos autores están actualmente realizando una investigación denominada *“Programa de formación en habilidades sociales (HHSS) y autoestima en el personal sanitario para paliar/prevenir el burnout y mejorar la capacidad de ayuda”* (Gala-León *et al.*, 1999 manuscrito no publicado).

Esta investigación tiene como objetivo prevenir/paliar el burnout en Personal Sanitario (de Medicina y Enfermería) en Centros de Atención Primaria y mejorar su capacidad de ayuda humana y terapéutica, mediante el aumento de los niveles de Habilidades Sociales/Asertividad y Autoestima y el Entrenamiento en Técnicas de afrontamiento al estrés.

La población diana fueron Profesionales de la Salud del Distrito de Atención Primaria Bahía-Vejer (600 profesionales repartidos en diferentes Centros de Salud y Ambulatorios) y la muestra fue de 70 sujetos (Grupo A experimental) elegidos de forma aleatoria y estratificada por género, profesión (Enfermería y Medicina), tipo de Centro (ambulatorio vs Centro de Salud) y ubicación del mismo (rural vs urbano). Se utilizó como grupo control (Grupo B) una muestra similar a la anterior. En suma, 140 sujetos. A ambos grupos se les aplicó una batería inicial constituida por las siguientes pruebas: Cuestionario de Burnout (MBA); Cuestionario de Estresores Laborales en Profesionales de la Salud de Reig y Caruana (1986), Cuestionario de Motivaciones Psicosociales y Escala de Asertividad de Rathus (1973). El grupo experimental fue subdividido en 4 grupos a los que durante una semana se aplicó el entrenamiento en las diferentes técnicas comentadas y al final de la intervención se aplicó la misma batería anteriormente descrita.

Hasta donde sabemos, los resultados de esta investigación no han sido aún publicados, si bien apuntan a la mejora de los parámetros evaluados en el sentido que indica la literatura al respecto.

- i) *Eficacia de un taller de entrenamiento en habilidades sociales en médicos de Atención Primaria (González et al., 1999)*

Aunque la muestra empleada en este trabajo estaba formada por médicos, nos parece relevante su comentario dada la similitud de los contextos de actuación y programa de entrenamiento en relación a los/as profesionales de enfermería.

El objetivo general de este trabajo era valorar la eficacia de un taller de EHS y de comunicación para la entrevista clínica. Se realizó un estudio antes-después a través de

un cuestionario de 12 preguntas sobre aspectos de “información”, “actitudes” y “distorsiones cognitivas”. En el seminario participaron 80 médicos de Atención Primaria a los que se les aplicó el cuestionario antes de realizar un taller y posteriormente a la impartición del mismo.

Los resultados obtenidos mostraron una mejora para el conjunto de las áreas de formación-información utilizados como criterios para valorar la adquisición de HH.SS. y de comunicación para la entrevista clínica.

La conclusión de este trabajo fue proponer un taller de EHS como procedimiento a utilizar en la formación continuada de los profesionales sanitarios de la Atención Primaria.

j) *Las Habilidades Sociales de los estudiantes de la diplomatura de enfermería (Ojeda et al., 2000)*

Los resultados de este estudio se presentaron como comunicación en las XXI Sesiones de Trabajo de la Asociación Española de Enfermería Docente: Valores e innovación en el umbral del Siglo XXI, su influencia en la práctica enfermera, celebrado en Sevilla en marzo de 2000.

El objetivo general de este trabajo era identificar qué HH.SS. tenían los/as alumnos/as de enfermería (de la Universidad de las Palmas de Gran Canaria) durante su formación pregrado que les permitieran desarrollar relaciones interpersonales eficaces en su futura vida personal.

El estudio era descriptivo y transversal, empleando una muestra de 231 estudiantes de enfermería. Las HH.SS. se evaluaron con el Inventario de asertividad de Rathus (1973) y el Inventario de asertividad de Gambrill y Richey (1975).

Las conclusiones de este trabajo sugerían la necesidad de identificar las HH.SS. de los estudiantes, futuros profesionales de enfermería, para que durante la formación pregrado se puedan planificar programas de EHS que mejoren sus capacidades de

comunicación interpersonal. Según estos/as autores/as, merece la pena que los/as docentes de enfermería profundicemos en la investigación sobre las HH.SS. de nuestros/as estudiantes, lo que sin duda permitirá que éstos/as avancen hacia una comunicación más eficaz con sus pacientes y con el resto de profesionales del equipo de salud.

k) *Las Habilidades Sociales en el ámbito sanitario (Alvárez, Gavara y Vidal, 2003).*

La idea central de este trabajo consistía en evaluar, a través de un cuestionario, las HH.SS. que jóvenes estudiantes de enfermería mostraban con el fin de detectar posibles alumnos/as poco habilidosos en sus relaciones interpersonales y trabajar con ellos más a fondo.

La muestra constaba de 248 alumnos/as de primero de enfermería y fisioterapia de la Universidad Cardenal Herrera CEU durante el curso académico 2001-2002. Las HH.SS. se evaluarán con el Inventario de Asertividad de Gambrill y Richey (GRAI) (Gambrill y Richey, 1975).

Los resultados mostraron que dos tercios de los/as alumnos/as evaluados/as no tenían un estilo de comportamiento asertivo puro; uno de cada tres alumnos/as de enfermería y fisioterapia puntuaban alto en ansiedad en la interacción con otros y mostraban una baja probabilidad de emitir respuestas asertivas.

Las conclusiones sugieren pues que alrededor de un tercio de los/as estudiantes de esta muestra serían candidatos/as a una intervención para la adquisición de habilidades sociales.

A modo de resumen, cabría señalar que, como hemos podido ver en los diferentes estudios descritos, el EHS es reconocido como un procedimiento sumamente prometedor. Y, aunque debido tanto a la heterogeneidad de las técnicas como a algunas deficiencias metodológicas, los datos disponibles no permiten alcanzar una conclusión

definitiva, atendiendo a los hallazgos experimentales obtenidos en alumnado y profesionales de enfermería, puede concluirse que:

- 1) El EHS parece un procedimiento adecuado para mejorar la competencia social en profesionales de enfermería.
- 2) En el currículo académico del/la profesional de enfermería, además de contemplar los métodos encaminados al desarrollo de habilidades técnico-sanitarias, se deberían incluir procedimientos que capaciten a la persona para establecer, mantener y mejorar sus relaciones interpersonales tanto con el/la paciente/cliente como con los/as otros/as profesionales del equipo multidisciplinar. Además parece ser que estos procedimientos podrían contribuir a evitar también el estrés al que se ve sometido el personal de enfermería por carecer de este tipo de habilidades cuando tiene que hacer frente a presiones grupales (como la de los familiares de los pacientes/clientes), manejar situaciones interpersonales conflictivas (responder a las demandas emocionales de pacientes/clientes) o defender sus competencias profesionales ante otros colectivos implicados en los servicios de Salud (León *et al.*, 1998). Además, otros procedimientos (como la reestructuración cognitiva, el entrenamiento en solución de problemas, la relajación y desensibilización sistemática o las técnicas para fortalecer la autoestima profesional) podrían, sin duda y aplicadas conjuntamente con el EHS, contribuir a que el alumnado y los/as profesionales de enfermería contasen con herramientas útiles y necesarias para establecer una interacción social satisfactoria y eficiente (Gala León *et al.*, 1998; Pades y Ferrer, 2002).

Por otra parte, los procesos de comunicación pueden ayudar al paciente y su familia durante el proceso de curación, ya que estas habilidades comunicativas son una herramienta terapéutica indispensable y básica para una relación de ayuda eficaz entre enfermera y el paciente (Cibanal *et al.*, 2003; Costa y López, 1991; Marín y León, 2001; Ribera, Cartagena y del Pozo, 1988).

En este sentido ya autores como La Monica *et al.* (1987) (-citado en Gala *et al.*, 1996) consideran que este tipo de entrenamiento favorecía una relación más

empática de la enfermera, lo cual conllevaría la reducción de niveles de ansiedad, depresión y hostilidad en los pacientes.

Es de resaltar que todos/as estos/as autores/as consideran que una perspectiva humanista dentro de los procesos de interacción descritos, iría unida a un beneficio terapéutico ya que bajo este enfoque, la enfermería tendría en cuenta tanto los sentimientos y percepciones de los pacientes como su enfermedad física (Gil Heredia, Camaño y Benavent, 2000).

#### 4.- A modo de resumen

La relación de ayuda constituye un tipo de intervención que va más allá de la aplicación de técnicas y conocimientos (Cibanal *et al.*, 2003). Como señala Chalifour (1994) “*se presupone una concepción unificada de la persona, de la ayuda y de la forma de hacer y de ser para procurar esta ayuda, y requiere, por parte de la enfermera, un buen conocimiento de sus referencias personales (valores morales, experiencias pasadas) y teóricas, sobre las cuales ella apoya sus observaciones, el sentido que ella les concede y las intervenciones que ella elige aplicar*”.

Y para conseguir una interacción adecuada se precisa no solamente atender de forma integral al paciente, sino capacitar a la enfermera a establecer una relación de ayuda adecuada con el usuario, familia y comunidad que atiende (Cibanal *et al.*, 2003). Para prestar estos cuidados integrales se precisa la adopción de un modelo que contemple esta visión holística del paciente, es decir los aspectos psicosociales de la atención.

En esta línea podemos decir que hoy día se están esbozando y poniendo en práctica nuevos modelos de relación asistencial y nuevas formas profesionales de prestar ayuda, cuyos objetivos pretenden atender y mejorar la salud del usuario/a, de forma integral, cuidando también del personal sanitario, tales como la “Relación de Ayuda” (Novel, 1995) y el “*Counselling*” (Bimbela, 1995), modelos que abogan por un adecuado manejo de las HH.SS. y de técnicas de afrontamiento y/o implementación de la autoestima (Gala León, 1996).

Sin embargo, parece que los/as profesionales de enfermería siguen en ocasiones esbozando los clásicos argumentos según los cuales “*no tienen tiempo para hablar con los pacientes*” (Huici, 1983; Ribera, Cartagena y Del Pozo, 1988) y únicamente interaccionan con ellos cuando realizan una praxis relacionada con el cuidado físico, evidenciando un nivel de habilidad social/asertividad escaso (Lupiani *et al.*, 1998)... Y es que las tareas de interacción no están funcionalmente reconocidas (Shevington, 1984).

Para corregir esta situación, los/as futuros/as profesionales y los/as profesionales en ejercicio, deberían comprender los principios de la relación de ayuda, manejar de

manera efectiva la comunicación, y además ejecutar de forma competente las HH.SS., atendiendo a todos los elementos o componentes (conductuales, cognitivos y fisiológicos) que les ayudarán a sentirse más seguros/as y a establecer unas relaciones humanas de calidad con las personas a las que atienden en los distintos contextos sociales de actuación.

Pero, la comunicación como proceso bidireccional que es, también debe ser abordada desde la perspectiva de los pacientes, y está claro que muchos no poseen HH.SS. El Personal de Enfermería debe así adoptar también el papel de “entrenador cultural” y/o formador en HH.SS., enseñando la subcultura sanitaria a quien la desconozca (Bochner, 1990). Pero para ello, claro está, han de ser formados.

Por ello, están proliferando propuestas de programas específicos de formación en HH.SS. para el personal sanitario con una alta eficacia ratificada y contrastada (Caballo, 2002; Carroll y Munroe, 1979; León *et al.*, 1991, 1998), incorporándose estos entrenamientos como parte de los programas oficiales de los currícula de los futuros Profesionales Sanitarios. Esto ya es usual en las Escuelas de Medicina y Enfermería Americanas y algo más anecdótico en Europa (salvo en Gran Bretaña) (Wakeford, 1990).

De todos modos, la situación (al menos en nuestro país) ha cambiado relativamente poco y los planes de estudio actuales no ayudan a modificarla. Así, la formación derivadas de los planes de estudio de los profesionales tradicionalmente encargados de los servicios de salud, está centrada en la formación de las habilidades técnicas, confiere a los profesionales una visión muy constreñida de lo “científico” y considera que estudiar aspectos psicológicos o variables sociales que influyen en el binomio salud-enfermedad no es suficientemente “científico”, cayendo de esta forma en una postura que reduce al ser humano exclusivamente a su aspecto biológico, lo que ciertamente no puede ser considerado como “científico” (León y Jarana, 1991).

Para finalizar esta breve presentación de este trabajo de investigación, cabe señalar que en algunos de los trabajos para la mejora de las HH.SS. revisados (como el de Gala León *et al.* 1999, manuscrito no publicado) se incluyeron como parte del EHS una serie

de ejercicios para el conocimiento y fortalecimiento de la autoestima personal y profesional.

La autoestima y autoconcepto es un componente básico de la persona que tiene influencia clara a nivel cognitivo, emocional, conductual y a nivel social. El poder tomar decisiones, comprometerse, responsabilizarse exige tener una adecuada opinión sobre uno mismo (Bilbao y García, 1996). Siguiendo a Coopernisth (1976) la autoestima se conceptualiza, en su forma más aceptada como “*la forma en la que el individuo se evalúa a sí mismo*”, delimitándose posteriormente las distintas dimensiones o subelementos del constructo que se conforma con un carácter multidimensional.

Asimismo, se ha demostrado la correlación existente entre la autoestima y otras muchas variables, tales como el “locus of control” interno y la adaptación general (Gondra, 1995), evidenciándose correlaciones negativas con la ansiedad, la depresión, el burnout y la indefensión (Oñate, 1989).

Por otra parte, desde los años 70 el constructo Autoestima/Autoconcepto es considerado un elemento nuclear en todas las teorías motivacionales (Domínguez y Gaviria, 1990) y todas las formulaciones de la Psicología del Trabajo y de la Psicología Social señalan la trascendencia de la autoestima (personal y profesional) en el rendimiento laboral, de modo que el éxito profesional pivota, en gran medida, sobre la autoestima (Epstein, 1983) (-citado en Gala León, 1996).

Además, una baja autoestima profesional correlaciona significativamente con un mal estado mental y/o físico, siendo uno de los principales determinantes del burnout profesional, puesto que el trabajo no es un hecho neutro, sino algo cargado de connotaciones y valencias psicosociales (Rodríguez Marín, 1995). Además también una baja autoestima tanto personal como profesional condiciona las expectativas de autoeficacia que el sujeto va a generar ante la situación social a la que va a enfrentarse.

Por todos estos motivos se considera relevante incorporar ejercicios para aumentar la autoestima personal en un programa de EHS.

## **II. MÉTODO.**

## **1.- Objetivos del estudio.**

El objetivo principal de esta investigación es evaluar la eficacia de un programa de EHS, diseñado para una muestra de alumnos/as y personal de enfermería (auxiliares y enfermeros/as).

De hecho, la importancia de la investigación estriba en evaluar la eficacia de este programa de entrenamiento sobre las capacidades y habilidades sociales en estos dos colectivos. Para ello, ha sido necesaria la evaluación de dichas capacidades antes y después de la aplicación del programa en cada colectivo (alumnado y personal de enfermería), y, además, contar con grupos control para realizar comparaciones.

El programa de EHS dirigido a alumnado de enfermería (EHS-ae), fue diseñado para alumno/as de tercer curso de la diplomatura de Enfermería, matriculados en la asignatura obligatoria “Relaciones Humanas en los Cuidados de Enfermería”, que se imparte en el segundo cuatrimestre del año académico (Febrero a Junio) en la Escuela Universitaria de Enfermería de la Universitat de les Illes Balears de Palma de Mallorca.

El programa de EHS dirigido a personal de enfermería (EHS-pe), constituye una adaptación del EHS-ae y diseñado para personal de enfermería (auxiliares de enfermería y diplomados/as universitarios/as de enfermería) que ejercen su profesión tanto en el área de atención primaria de salud (extrahospitalaria), como en el área de atención especializada (hospitalaria).

Ambos programas tienen como objetivo contribuir a mejorar la competencia social, aumentando la autoconfianza, mejorando la percepción de autoeficacia y contribuyendo al desarrollo de HH.SS. motoras y cognitivas tanto específicas como generales, orientadas al desempeño adecuado del rol profesional, así como preparar para una comunicación efectiva con el/la usuario/a, familia y equipo de trabajo.

En definitiva, cabe esperar que ambos programas generen una mejoría de todos los aspectos relacionados con la comunicación interpersonal e interacción social.

Se pretende con ello contribuir también a justificar la necesidad de incorporar de manera reglada este tipo de programas, tanto en los contenidos de los Nuevos Planes de Estudio de la Diplomatura de Enfermería, como en los Programas Formativos de Postgrado a nivel de Formación Continuada que desde las Instituciones se dirigen a profesionales de la salud, tanto a nivel hospitalario como de atención primaria.

Además, un objetivo futuro (aunque no evaluado en este trabajo) sería que ambos programas de EHS actuaran de manera preventiva, tanto en cuanto al estrés laboral como al burnout. Para ello y de manera psicoeducativa se pretende dotar tanto al alumno/a como al personal de enfermería de herramientas útiles que les proporcionen seguridad y destrezas para interactuar de manera exitosa y eficaz en los diferentes escenarios sociales a los que debe someterse (tanto durante sus prácticas clínicas, como durante la jornada laboral en sus puestos de trabajo).

Poder identificar, percibir y entender los “escenarios sociales” es fundamental para posteriormente ejecutar o emitir conductas socialmente adecuadas y efectivas. De hecho, para poder saber qué comportamiento es más efectivo ante una situación social determinada, la persona debe comprender y atender a los factores situacionales o ambientales, personales y a la interacción entre ambos.

Por ello, a nivel teórico y con intención formativa, antes de la aplicación del programa de EHS específico, se instruye tanto al alumnado como al personal de enfermería sobre las HH.SS., sus componentes, los modelos explicativos, los programas de entrenamiento en habilidades sociales (EHS), las técnicas que se aplican con más frecuencia, sus ámbitos de aplicación, sus ventajas y beneficios, así como sus peligros y críticas. Pero, como ya se dijo anteriormente, para mejorar las HH.SS. no basta con un adiestramiento únicamente teórico. Por ese motivo las HH.SS. básicas se practican mediante ejercicios y técnicas, y se acompañan de ejercicios dirigidos al fortalecimiento de la autoestima personal y profesional.

## **2.- Hipótesis.**

En base al objetivo propuesto, se formulan las hipótesis siguientes:

### **Hipótesis General.-**

Los programas de entrenamiento en habilidades sociales (EHS-ae y EHS-pe) en formato seminario teórico-práctico dirigido y aplicado de manera grupal a alumnos y profesionales de enfermería son efectivos para mejorar las habilidades sociales.

### **Hipótesis Específicas.-**

Hipótesis 1 a.-

Tras el EHS-ae, el alumnado que ha recibido intervención mostrará más habilidades sociales que antes del mismo.

Hipótesis 1 b.-

El alumnado que no haya recibido entrenamiento no mostrará cambios significativos en sus habilidades sociales entre los dos momentos en los que se realizó la medición.

Hipótesis 2 a.-

Tras el EHS-pe, los profesionales que han recibido intervención mostrarán más habilidades sociales que antes del mismo.

Hipótesis 2 b.-

Los profesionales que no han recibido entrenamiento no mostrarán cambios significativos en sus habilidades sociales entre los dos momentos en los que se realizó la medición.

### **3.- Diseño de la investigación.**

La primera fase de esta investigación consistió en el pilotaje de los programas de EHS a emplear. En concreto, el pilotaje del EHS-ae, se llevó a cabo durante el curso académico 1999-2000 (la memoria de las actividades realizadas figura como Anexo I en este trabajo) y el pilotaje de la adaptación EHS-pe tuvo lugar durante un curso que se impartió durante el mes de Febrero de 1999 en el Hospital Son Dureta de Palma de Mallorca al que asistieron enfermeras y auxiliares asistenciales. En estas aplicaciones no se evaluó la competencia social ni de los/as alumnos/as ni de los profesionales, pues el objetivo en esta primera fase era ensayar los ejercicios diseñados para estos programas de EHS, así la secuencia, la temporalidad, la aceptación por parte de alumnos/as y profesionales, y la evaluación de los/as participantes. A partir de estas aplicaciones se eliminaron algunos ejercicios, se incorporaron otros y se decidió cambiar el orden en la presentación de los mismos.

Tal y como señala Arnau (2002), en aquellas situaciones fuera del contexto del laboratorio en las que la aleatorización no es posible puesto que debemos trabajar con grupos ya formados o naturales que no pueden ser asignados aleatoriamente (como sería este caso en el que trabajamos con grupo clase) la mejor alternativa a la metodología experimental es la investigación cuasi-experimental.

De entre los diferentes tipos de diseños posibles en la investigación cuasi-experimental, descritos entre otros por Pereda (1987), en este caso se aplicó un diseño de grupo control no equivalente con medidas pre y postratamiento.

Los diseños de grupo control no equivalente son los más usados en las áreas educativa y social y en ellos se parte de grupos ya formados. Aunque es muy difícil asegurar la equivalencia de esos grupos, se debe procurar que sean los más similares y para comprobarlo se compararán las puntuaciones pretratamiento entre grupos (las de los dos grupos de alumnos/as por un lado y las de los dos grupos de profesionales por otro).

El procedimiento para el desarrollo de este diseño es el siguiente: Se toman dos grupos de sujetos formados naturalmente; se toma una medida pretratamiento en ambos

grupos; se aplica el tratamiento al grupo experimental; se toma en ambos grupos una medida postratamiento; se realiza el análisis de datos. En nuestro caso se aplicó este diseño a los grupos de estudiantes por una parte y a los grupos de profesionales por otra.

Así pues, el diseño de esta investigación es un diseño de grupo de grupo de control no equivalente con medidas pre y postratamiento en el que se estudian cuatro grupos (alumnado con intervención, alumnado sin intervención, profesionales con intervención y profesionales sin intervención).

Tabla 1.- Diseño de la investigación.

Grupo:	Composición	Medida pre	Tratamiento	Medida post
1	N	Ya <sub>1</sub>	a <sub>1</sub>	Yd <sub>1</sub>
2	N	Ya <sub>2</sub>	a <sub>0</sub>	Yd <sub>2</sub>
-----				
3	N	Ya <sub>3</sub>	a <sub>2</sub>	Yd <sub>3</sub>
4	N	Ya <sub>4</sub>	a <sub>0</sub>	Yd <sub>4</sub>

Grupo 1: Alumnado con Intervención (AI)

Grupo 2: Alumnado sin intervención o Alumnado Control (AC)

Grupo 3: Profesionales con Intervención (PI)

Grupo 4: Profesionales sin intervención o Profesionales Control (PC)

Tratamiento a<sub>1</sub>: EHS-ae.

Tratamiento a<sub>2</sub>: EHS-pe.

#### **4.- Características de la muestra.**

A continuación se procederá a describir la muestra estudiada en esta investigación. Por ello, en primer lugar se comentarán los criterios empleados para su inclusión y a continuación se analizarán sus características tanto para el conjunto de la muestra como para las submuestra de alumnado y profesorado.

##### **4.1.- Formación de la muestra: Criterios de inclusión y exclusión para los diferentes grupos.**

La muestra de **Alumnado con Intervención (AI)** está formada por alumnos/as de tercer curso de enfermería matriculados en la asignatura obligatoria “Relaciones Humanas en los Cuidados de Enfermería” (incluidos aquellos/as alumnos/as repetidores de años anteriores) en los cursos 2000-2001, 2001-2002 y 2002-2003.

A estos/as alumnos/as se les informó sobre la aplicación, objetivos, contenidos y ventajas del programa de EHS como parte práctica de la citada asignatura y se les solicitó su participación voluntaria en el seminario “Entrenamiento en Habilidades Sociales”.

A aquellos alumnos/as que eligieron no participar se les dió como opción alternativa para completar las actividades prácticas de la asignatura, la realización voluntaria de un trabajo monográfico sobre el tema de Relaciones Humanas en los Cuidados de Enfermería. El número total de alumnos/as que eligieron esta opción alternativa fue de 8 en el curso académico 2000-2001, 3 en el curso 2001-2002 y 5 alumnos en el curso 2002-2003. Finalmente, la muestra de Alumnado con Intervención estuvo compuesta por 232 alumnos/as.

La muestra de **Alumnado Control (AC)** está formada por alumnos/as de primer curso de enfermería matriculados en la asignatura “Entrevista Clínica” (asignatura optativa) y alumnos de segundo curso de enfermería matriculados en la asignatura obligatoria “Atención de enfermería al drogodependiente”, incluidos aquellos alumnos/as repetidores de años anteriores. Cabe señalar que estos alumnos ya han

realizado las prácticas clínicas correspondientes a primer y segundo curso de la diplomatura de enfermería, tanto en áreas especializadas (Hospital) como en áreas de atención primaria (Centros de Salud), condición que les equipara a los alumnos del grupo Intervención en relación a las prácticas clínicas y, por tanto, a las posibilidades de interacción social con pacientes y sus familias. Esta muestra incluyó finalmente un total de 82 alumnos/as.

Aquellos/as alumnos/as de estas asignaturas que no se encontraban presentes en clase durante la administración del instrumento (tanto en el precontrol como en el postcontrol), que manifestaron su deseo de no participar en esta investigación como grupo control, o cuyos cuestionarios estaban erróneamente cumplimentados quedaron fuera de la muestra de Alumnado Control.

La muestra de **Profesionales con Intervención** (PI) está formada por todos/as los/as profesionales de enfermería (auxiliares de enfermería y enfermeras/os), seleccionados previa preinscripción, y que acudieron a participar como discentes en los Seminarios Formativos “Entrenamiento en Habilidades Sociales” organizados desde el Área de Investigación y Formación Continuada del Hospital Son Dureta y provenientes de éste y otros Hospitales de la isla de Mallorca (área especializada) y desde el Área Formativa de la Gerencia de Atención Primaria de Palma de Mallorca (área de primaria). El número máximo por grupo era de 26 sujetos, intentando que fuese siempre un número par. A estos/as profesionales se les informaba sobre la realización de la investigación y se solicitaba su participación voluntaria en la misma. Finalmente, la muestra estuvo compuesta por todos/as los/as profesionales participantes en ambos seminarios que iniciaron el seminario, aceptaron colaborar en la investigación y completaron su participación. Esta muestra incluyó finalmente un total de 44 profesionales.

La muestra de **Profesionales Control** (PC) está formada por aquellos/as profesionales de enfermería (auxiliares de enfermería y enfermeras/os) que estuvieran trabajando en el área especializada o de atención primaria de salud, y que acudieran a la actividad formativa “Curso de Entrevista Clínica” impartida durante 40 horas en el Hospital Psiquiátrico de Palma de Mallorca a profesionales de éste y de otros hospitales de la isla (área especializada), durante el mes de Febrero del 2003, e impartido por la misma profesora. Esta muestra incluyó finalmente 19 sujetos.

Aquellos/as profesionales inscritos en la actividad formativa que no se encontraban presentes en clase durante la administración del instrumento (tanto en el Precontrol como en el Postcontrol), que manifestaron su deseo de no participar en esta investigación como grupo control, o cuyos cuestionarios estaban erróneamente cumplimentados quedaron fuera de la muestra de Profesionales Control.

#### 4.2.- Descripción de la muestra de estudio.

Tras seleccionar a los sujetos según los criterios comentados anteriormente, se obtuvo una muestra total de 377 sujetos, de los cuales la muestra total de alumnos/as es de 314 y la muestra total de profesionales de 63 personas. Como ya se ha comentado, la muestra de alumnos/as se subdivide a su vez en Alumnado con intervención (n=232) y Alumnado control (n=82) y la muestra de profesionales se divide a su vez en dos submuestras, profesionales con intervención (n=44) y profesionales control (n=19).

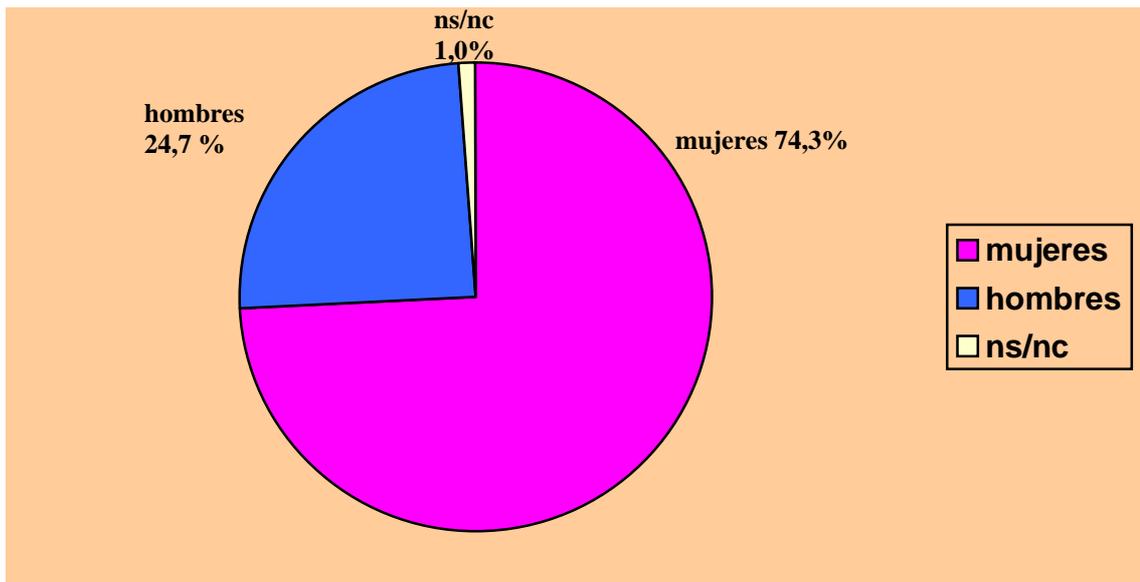
Tabla 2.- Descripción de la muestra. Tamaño muestral.

<b>Muestra</b>	<b>Grupo Intervención</b>	<b>Grupo Control</b>	<b>TOTAL</b>
ALUMNADO	232	82	314
PROFESIONALES	44	19	63
TOTAL	276	101	377

A continuación se realizará una descripción de las características sociodemográficas y profesionales tanto de la muestra en su conjunto como diferenciada en alumnado (tanto en conjunto como de las submuestras alumnado intervención y control) y profesionales (tanto en conjunto como de las submuestras profesionales intervención y control).

Como descripción general puede decirse que para toda la muestra (n=377) la media de edad se sitúa en 25,99 años (SD=9,05). Y respecto a su distribución por género, la muestra está constituida por un total de 93 hombres y 280 mujeres (Figura 1), mientras 4 sujetos no se identifican en relación a esta variable.

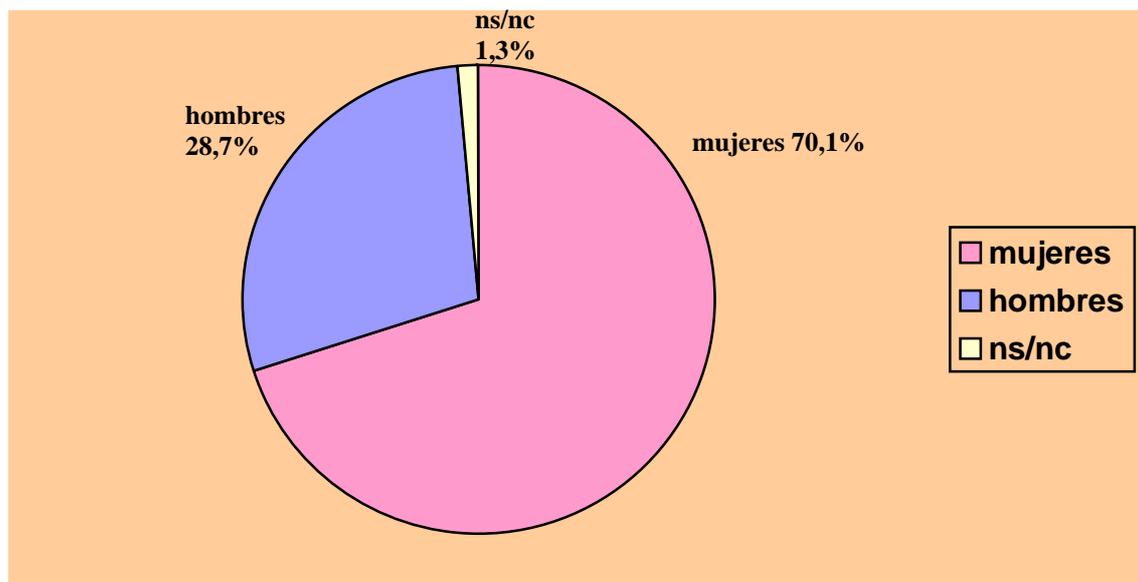
Figura 1. Distribución de la muestra total por género.



#### 4.2.1.- Descripción de la muestra de Alumnado.

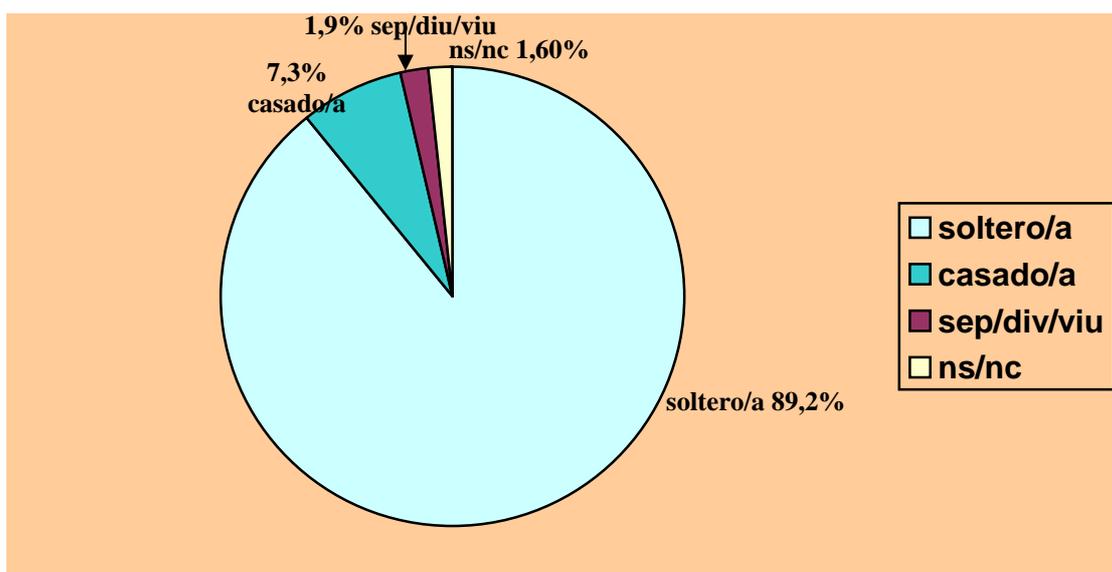
La muestra de Alumnado (n=314) tiene una edad media de 22,84 años (SD=4,83). Atendiendo a su distribución por género, la muestra está compuesta por 90 hombres y 220 mujeres (4 sujetos no contestan a esta pregunta) (ver Figura 2).

Figura 2. Distribución de la muestra de Alumnado por género.



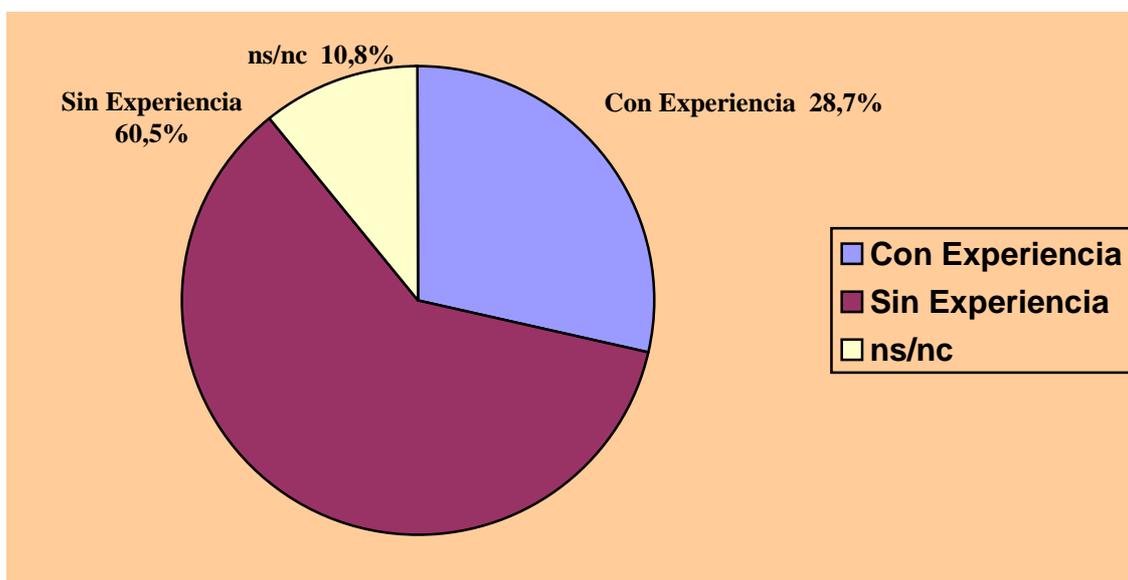
En relación al estado civil, 280 alumnos/as estaban solteros/as, 23 casados/as, 6 separados/as, divorciados/as y/o viudos/as y el resto (5) no contestan a esta cuestión (ver Figura 3).

Figura 3. Distribución de la muestra de Alumnado por estado civil.



En relación a la experiencia en área sanitaria previa al ingreso en los Estudios de Enfermería, 90 tenían experiencia y 190 alumnos no tenían experiencia previa, el resto no sabe/no contesta a esta cuestión (ver Figura 4).

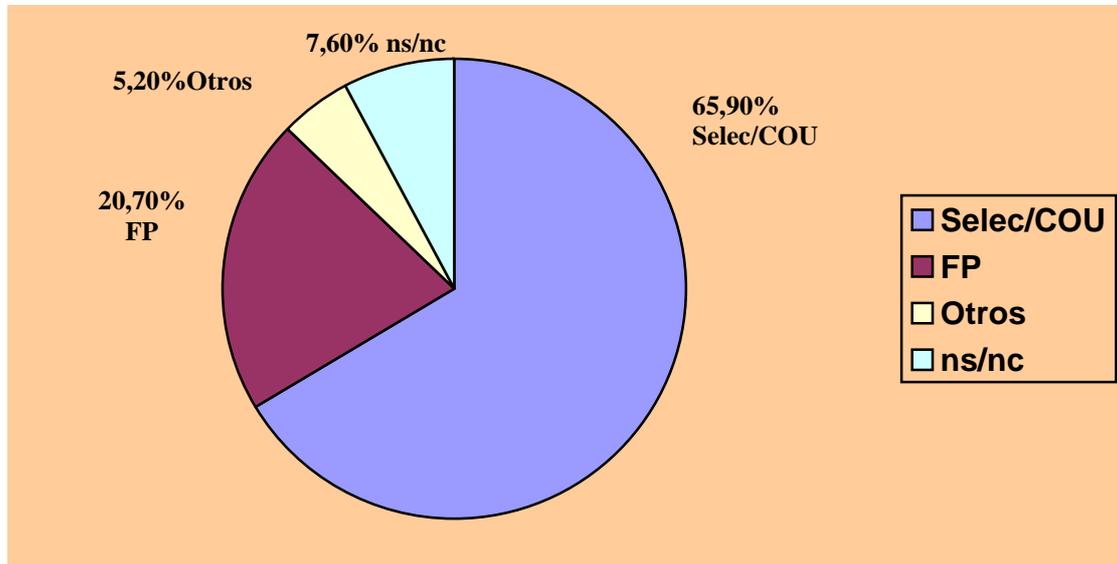
Figura 4. Distribución de la muestra Alumnado por experiencia previa en el área sanitaria antes del ingreso a los estudios.



En relación a la procedencia, el Alumnado integrante de la muestra ingresó a los estudios de Enfermería por diversas vías. Así, 207 alumnos/as procedían de la opción Selectividad/COU, 65 de Formación Profesional, 18 de otras vías (prueba de acceso

para mayores de 25 años, UNED, otras titulaciones) y 24 alumnos/as no especifican esta cuestión (ver Figura 5).

Figura 5. Distribución de la muestra de Alumnado por su procedencia al ingreso.



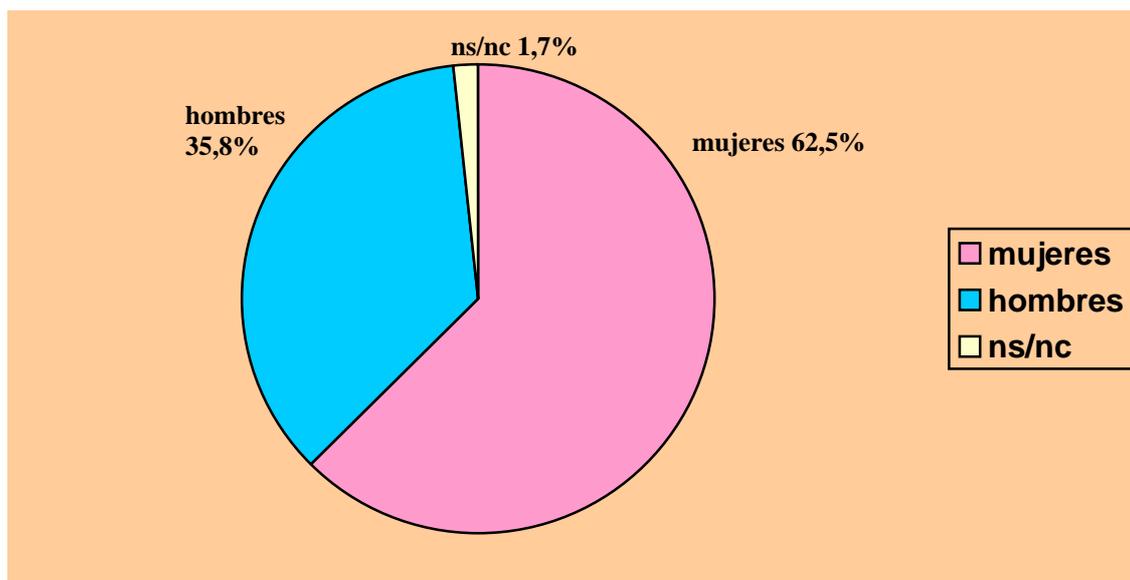
Como ya se ha comentado, la muestra de Alumnado se dividió en dos grupos, Alumnado con Intervención (n=232) y Alumnado Control (n=82). A continuación se especificarán las características de uno y otro de estos dos grupos.

#### 4.2.1.1.- Descripción del grupo Alumnado con Intervención (AI).

El grupo de Alumnado con Intervención (n=232) tiene una media de edad de 22,80 años (SD=3,99).

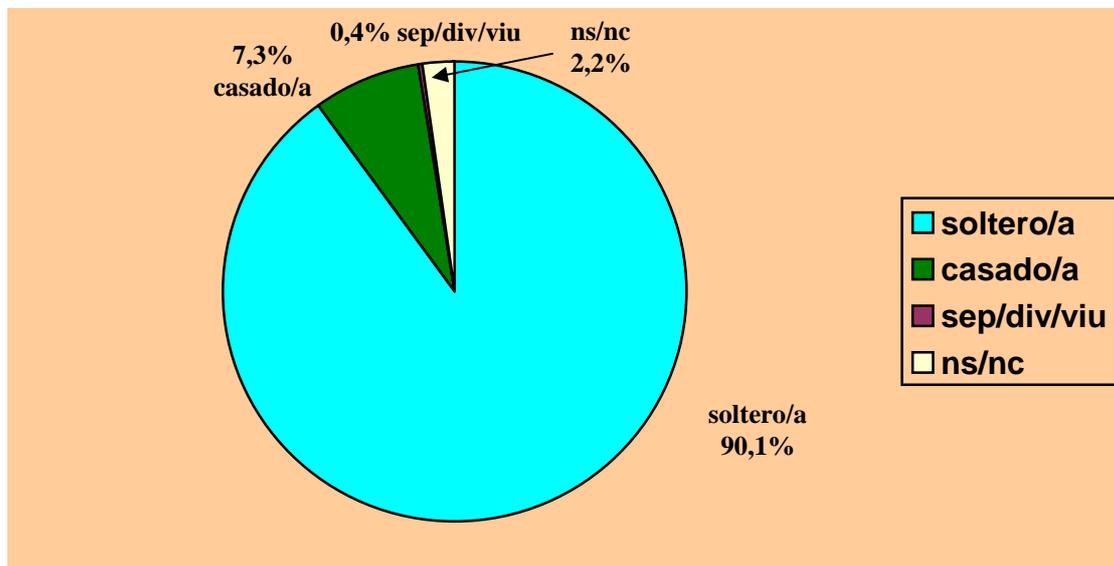
La distribución de este grupo atendiendo al género es de 83 hombres y 145 mujeres, siendo 4 sujetos los que no contestan a esta cuestión (ver Figura 6).

Figura 6. Alumnado con Intervención por género.



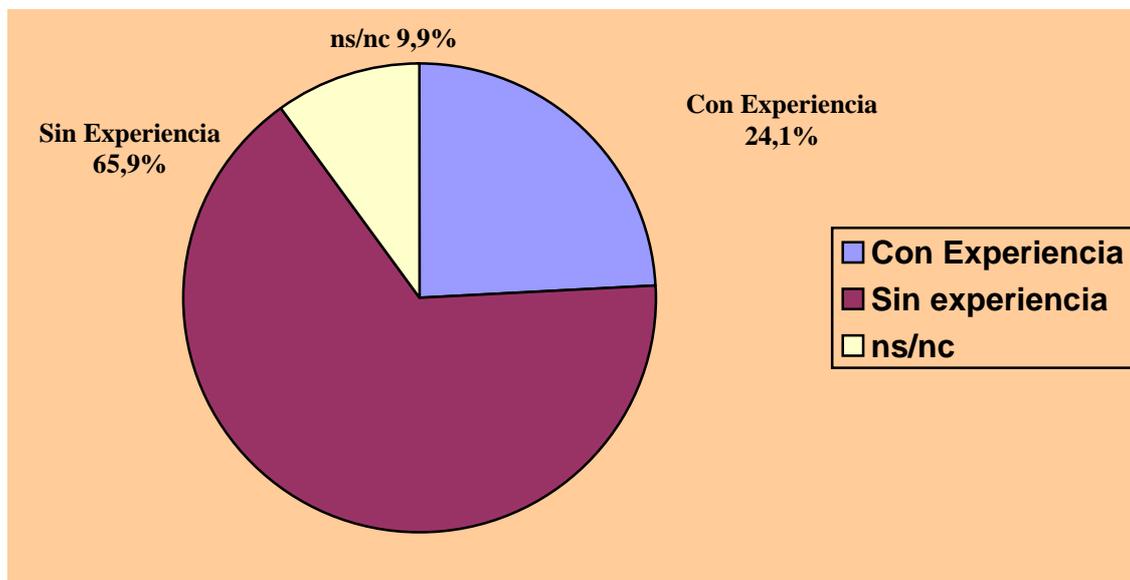
En relación al estado civil, 209 están solteros/as, 17 casados/as, 1 sep/div/viudo/a y 5 no contestan (ver Figura 7).

Figura 7. Alumnado con Intervención según estado civil.



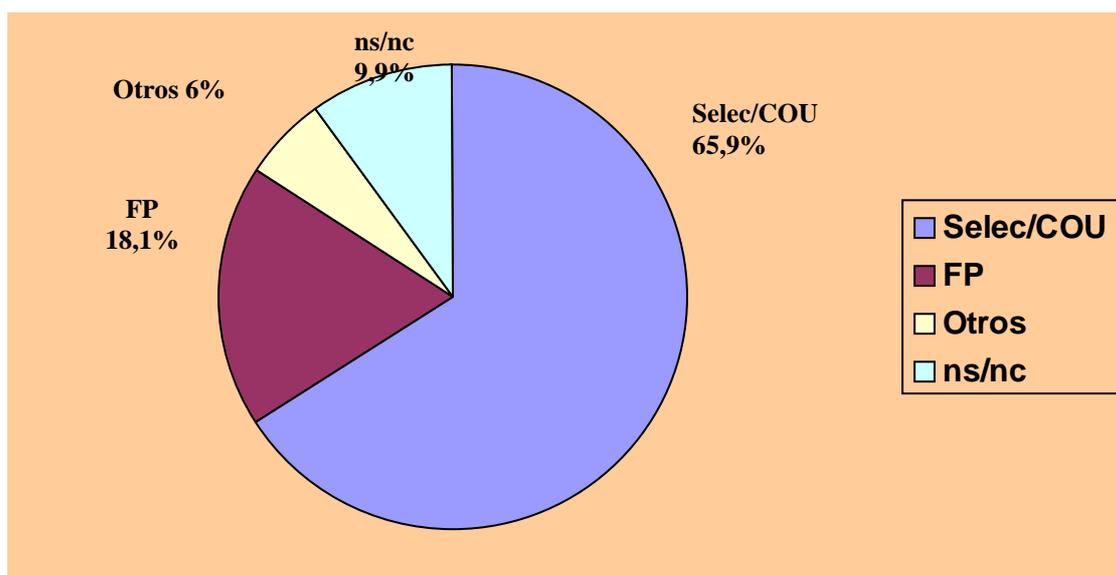
Atendiendo a la experiencia sanitaria previa al ingreso, 56 alumnos/as tienen experiencia previa y 153 alumnos/as no, y 23 alumnos/as no respondieron a esta cuestión (ver Figura 8).

Figura 8. Alumnado con Intervención según experiencia previa en el área sanitaria antes del ingreso a los estudios.



En relación a la procedencia al ingreso en los estudios de enfermería, entre el Alumnado con Intervención 153 alumnos/as procedían de la prueba de acceso de selectividad/COU, 42 alumnos/as de Formación Profesional, 14 alumnos/as de otras vías de acceso (Prueba de acceso mayores 25 años, UNED, Otras titulaciones) y 23 alumnos/as no contestan a esta cuestión (ver Figura 9).

Figura 9. Alumnado con Intervención según su procedencia al ingreso.

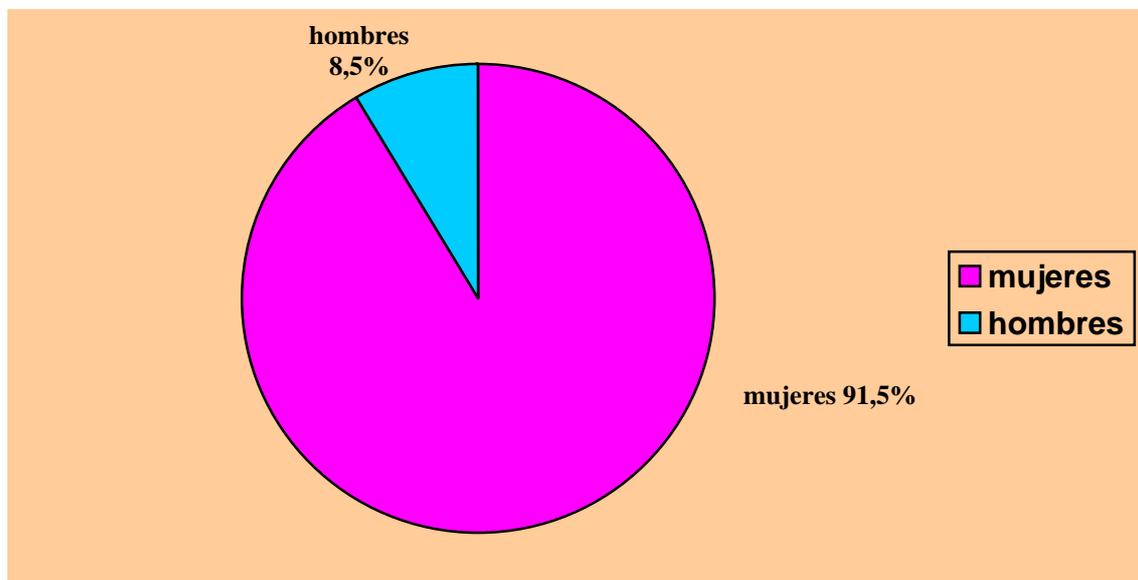


#### 4.2.1.2.- Descripción del grupo Alumnado Control (AC).

El grupo de Alumnado Control (n=82) tiene una media de edad de 22,95 años (SD=6,66).

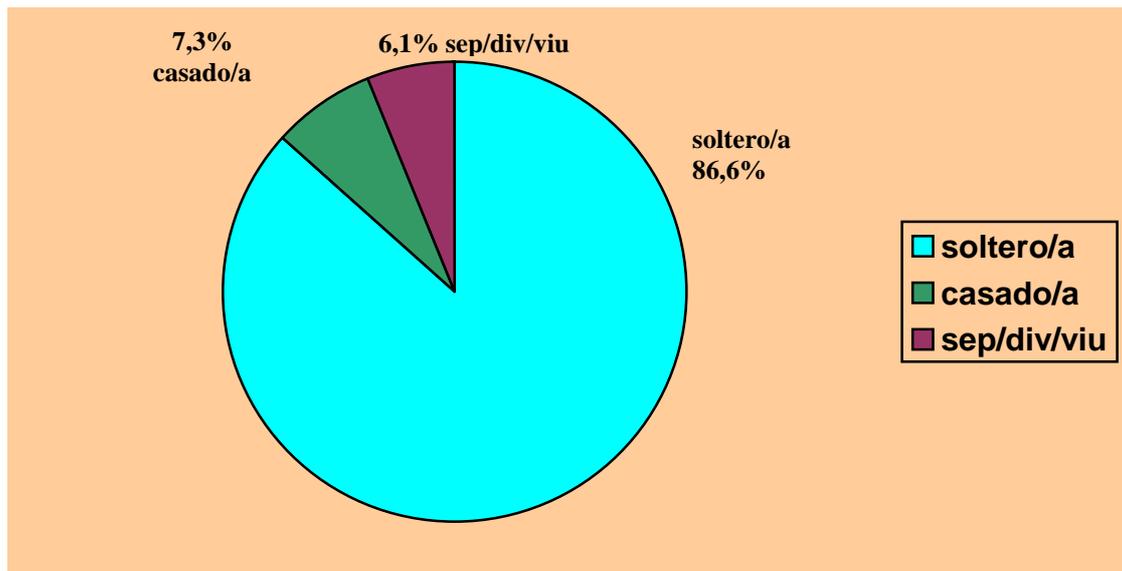
La distribución de este grupo atendiendo al género es de 7 hombres y 75 mujeres (ver Figura 10).

Figura 10. Alumnado Control por género.



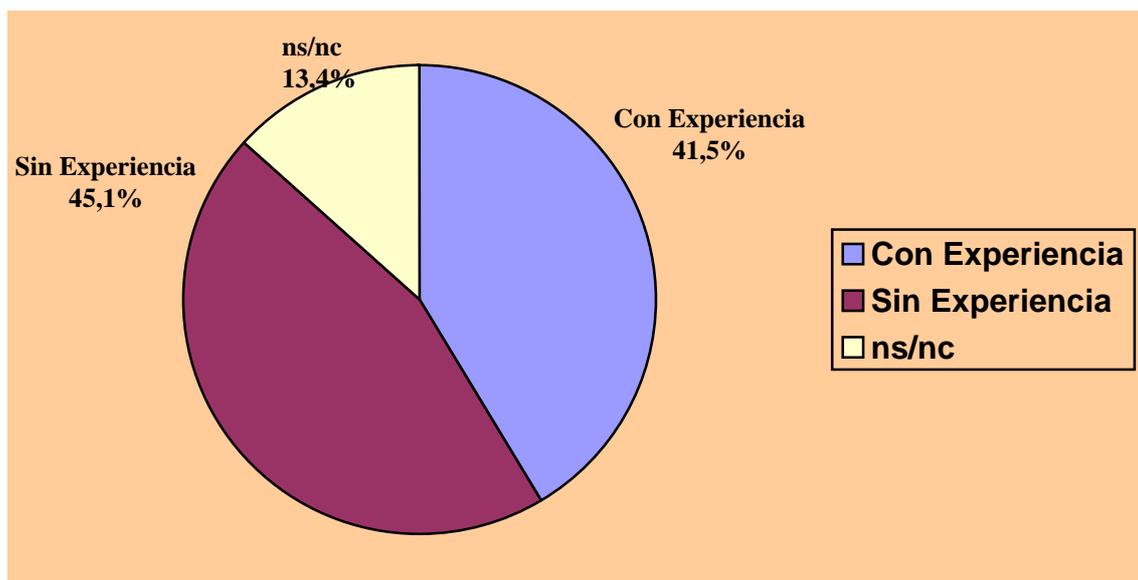
En relación al estado civil, 71 están solteros/as, 6 casados/as y 5 sep/div/viudo/a (ver Figura 11).

Figura 11. Alumnado Control según estado civil.



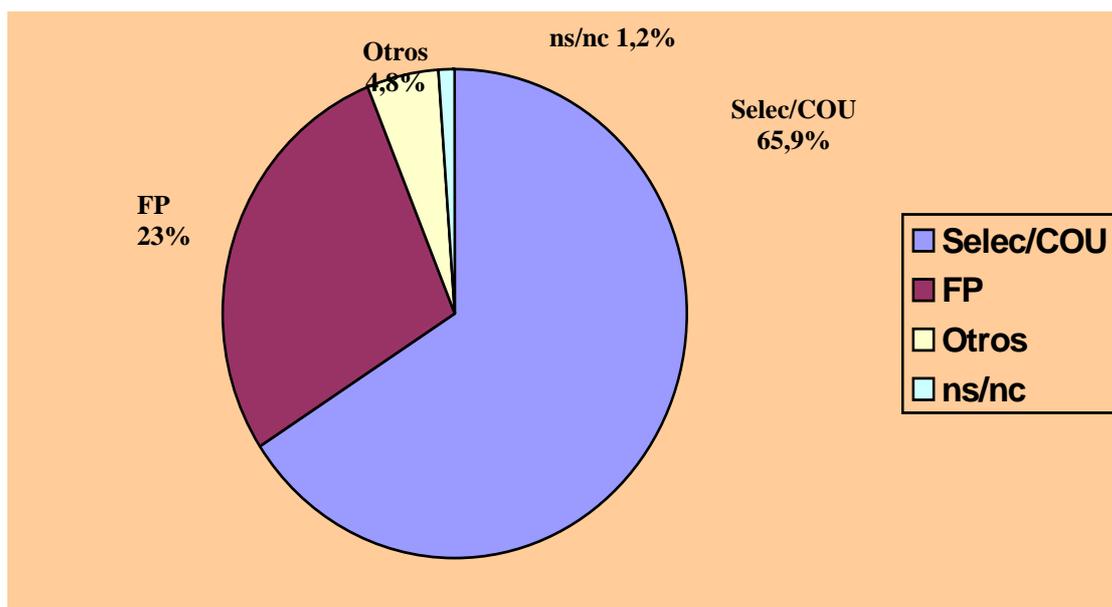
Atendiendo a la experiencia sanitaria previa al ingreso, 34 alumnos/as tienen experiencia previa y 37 alumnos/as no la tienen y 11 alumnos/as no respondieron a esta cuestión (ver Figura 12).

Figura 12. Alumnado Control por experiencia previa área sanitaria antes del ingreso a los estudios.



En relación a la procedencia al ingreso en los estudios de enfermería entre el Alumnado Control 54 alumnos/as proceden de la prueba de acceso de selectividad /COU, 23 alumnos/as de Formación Profesional, 4 alumnos/as procedían de otras vías de acceso (Prueba de acceso mayores 25 años, UNED, Otras titulaciones) y 1 alumno/a no contesta a esta cuestión.(ver Figura 13).

Figura 13. Alumnado Control por su procedencia al ingreso.



En términos generales puede pues decirse que la muestra de Alumnado estudiada (tanto con intervención como control) tiene una edad media en torno a los 22 años, está compuesta mayoritariamente por mujeres, solteras, sin experiencia sanitaria previa, y que han ingresado en la Universidad a partir de la realización de la prueba de selectividad. Cabe señalar que el porcentaje de alumnos y de personas sin experiencia previa es superior en el grupo de alumnado con intervención.

#### 4.2.2.- Descripción de la muestra de Profesionales.

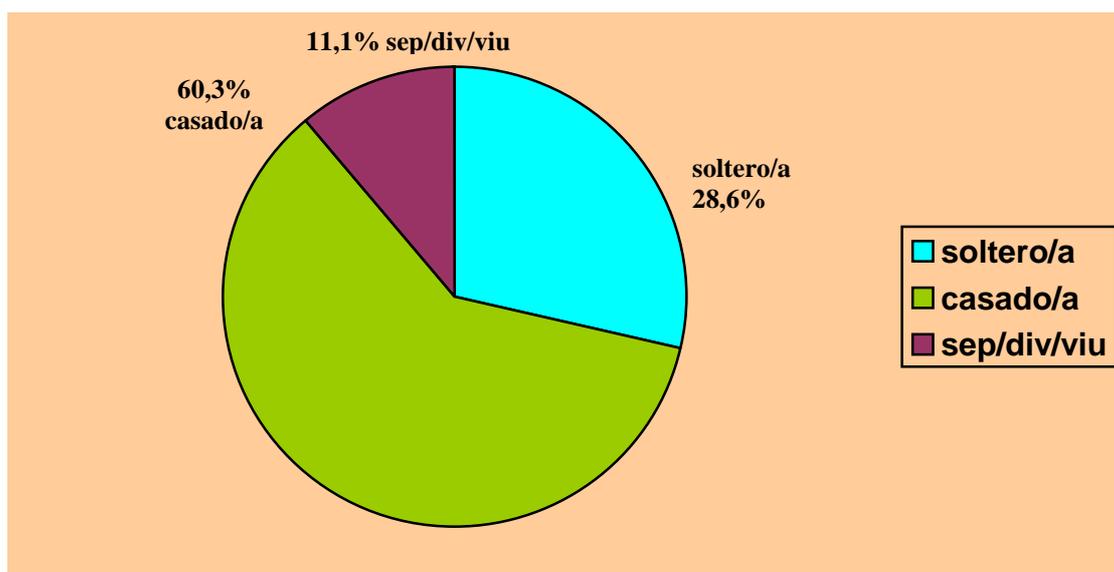
La muestra de Profesionales (n=63) tiene una edad media de 41,46 años (SD=9,01). Atendiendo a su distribución por género, la muestra está compuesta por 3 hombres y 60 mujeres (ver Figura 14).

Figura 14. Distribución de la muestra de Profesionales por género.



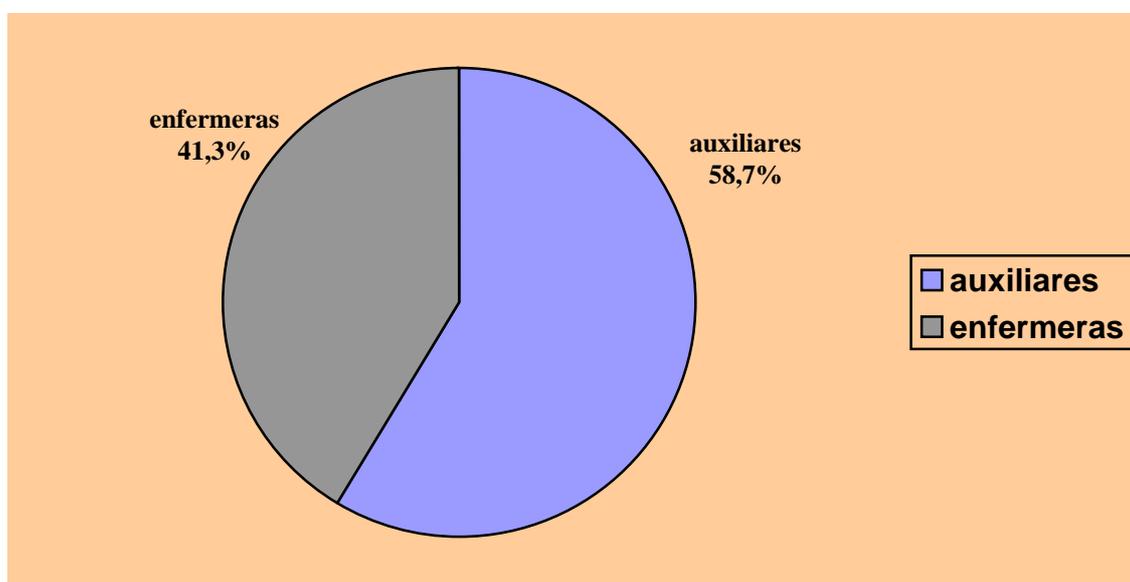
En relación al estado civil, 18 profesionales estaban solteros/as, 38 casados/as, 7 separados/as, divorciados/as y/o viudos/as (ver Figura 15).

Figura 15. Distribución de la muestra de Profesionales por estado civil.



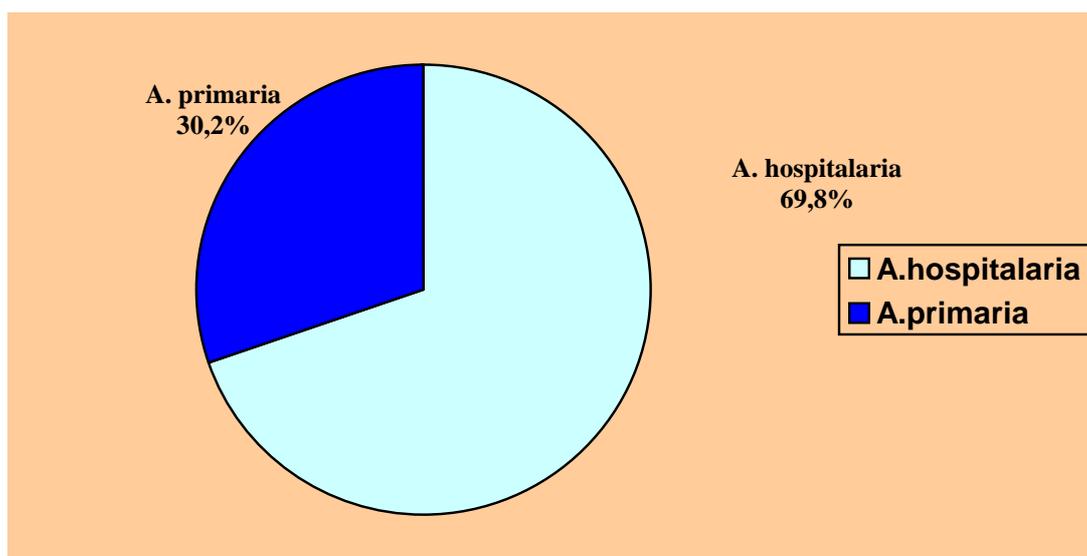
En relación a la categoría profesional, del total de los/as integrantes de esta muestra 37 son auxiliares de enfermería y 26 enfermeras (ver Figura 16).

Figura 16. Distribución de la muestra de Profesionales por categoría profesional.



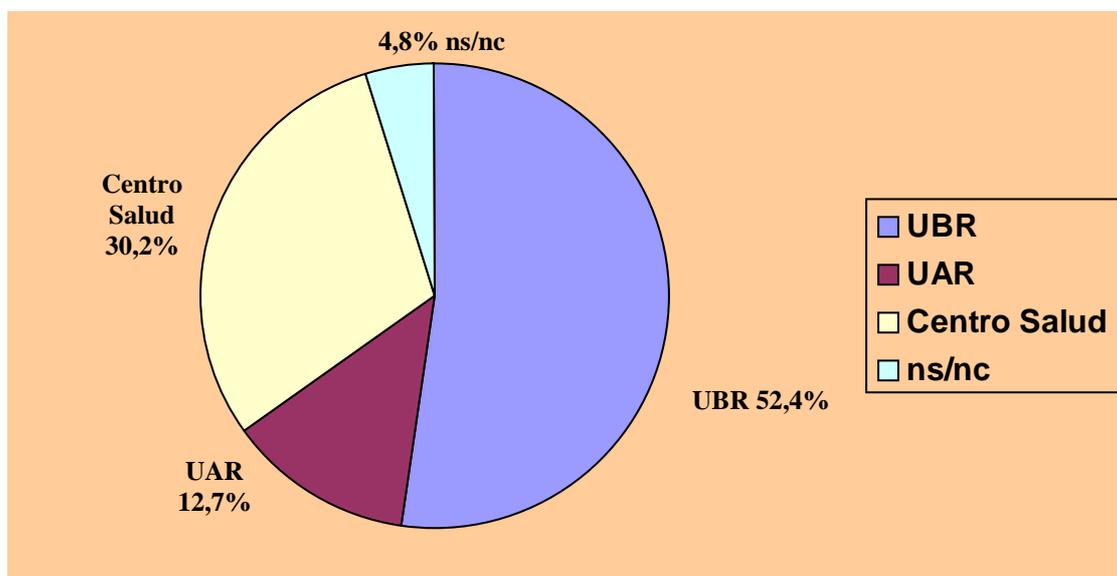
La distribución de esta muestra atendiendo a su lugar de trabajo es la siguiente: 44 profesionales trabajan en el área hospitalaria y 19 profesionales en el área de atención primaria (ver Figura 17).

Figura 17. Distribución de la muestra de Profesionales por lugar de trabajo.



Las unidades asistenciales en las que estos/as profesionales prestaban sus servicios se han dividido en Unidades de Alto Riesgo (UAR), Unidades de Bajo Riesgo (UBR) y Centro Básico de Salud. Las Unidades de Alto Riesgo (UAR) comprenden: las Unidades de Hospitalización de Oncología, Infecciosos, Unidades de Cuidados Intensivos, Urgencias, Quirófano y Hemodiálisis. Las Unidades de Bajo Riesgo (UBR) comprenden las Unidades de Hospitalización General de Adultos y Pediatría, Consultas Externas y demás Unidades del Hospital excluyendo las UAR anteriormente mencionadas (Fornés, 1992). De acuerdo con esta diferenciación los/as Profesionales de nuestra muestra están distribuidos de la siguiente forma: 33 profesionales en las UBR, 8 Profesionales en las UAR, 19 profesionales en Centros Básicos de Salud y 3 profesionales no respondieron a esta cuestión (ver Figura 18).

Figura 18. Distribución de la muestra de Profesionales atendiendo a la Unidad Asistencial.



En cuanto a los/as profesionales que provenían de las Unidades de Hospitalización, estas correspondían a los diferentes hospitales de la isla de Mallorca: Hospital Son Dureta (21 profesionales), Hospital Virgen de la Salud (3), Hospital Psiquiátrico (6), Hospital General (11), Hospital Joan March (2) y Hospital Son Llàtzer (1).

En relación al tipo de contrato, 30 profesionales tenían algún tipo de contrato temporal, 32 eran fijos y 1 sujeto no respondió a esta cuestión.

Atendiendo a la experiencia en su categoría profesional la mayoría de los/as profesionales incluidos/as en la muestra llevaban más de 10 años en su categoría profesional (ver Tabla 3).

Tabla 3.- Distribución muestra de Profesionales atendiendo a su experiencia en la categoría profesional.

Experiencia categoría profesional	Número de sujetos (%)
0-3 años	9 (14,3%)
3-10 años	10 (15,9%)
Más de 10 años	37 (58,7%)
ns/nc	7 (11,11%)

Y la mayoría de ellos/as llevaba menos de 10 años trabajando en su actual Unidad (ver Tabla 4).

Tabla 4.- Distribución muestra de Profesionales atendiendo a su experiencia en la Unidad.

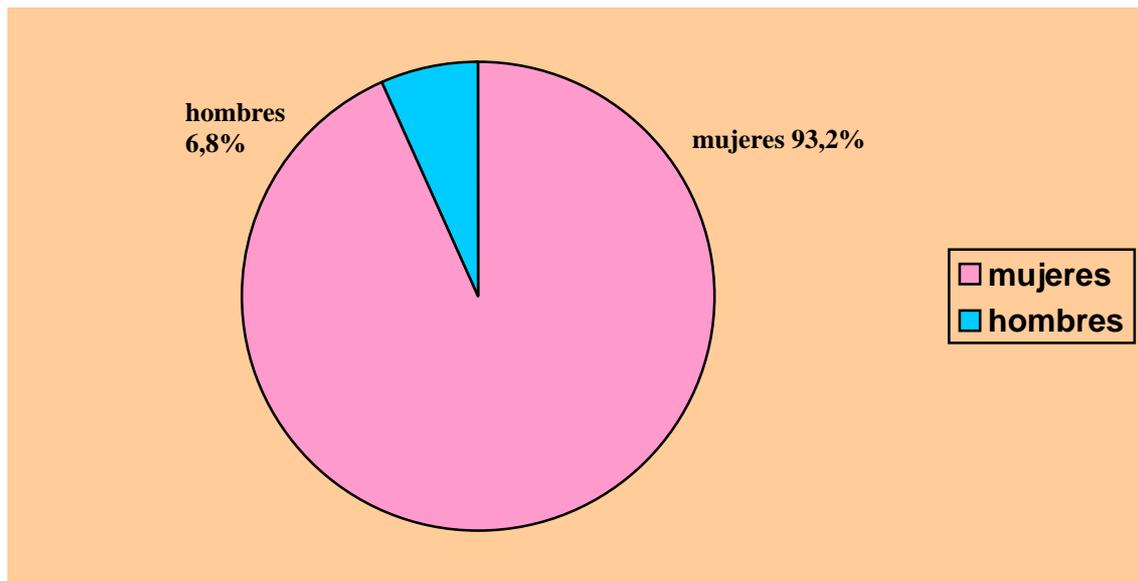
<b>Experiencia Unidad</b>	<b>Número de sujetos (%)</b>
0-3 años	26 (41,3%)
3-10 años	25 (39,7%)
Más de 10 años	6 (9,5%)
ns/nc	6 (9,5%)

Como ya se ha comentado, la muestra de profesionales se dividió en dos grupos, Profesionales con Intervención (n=44) y Profesionales Control (n=19). A continuación se especificarán las características de uno y otro de estos dos grupos.

#### 4.2.2.1.- Descripción del grupo Profesionales con Intervención (PI).

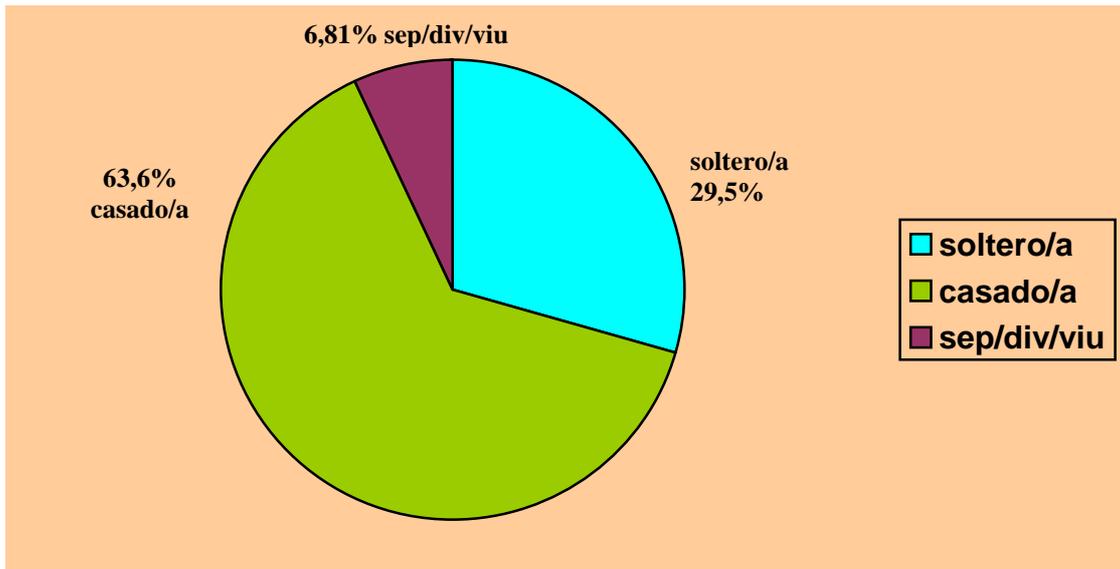
El grupo Profesionales con Intervención (n=44) tiene una edad media de 44,30 años (SD=8,03). Atendiendo a su distribución por género, este grupo está compuesto por 3 hombres y 41 mujeres (ver Figura 19).

Figura 19. Profesionales con Intervención por género.



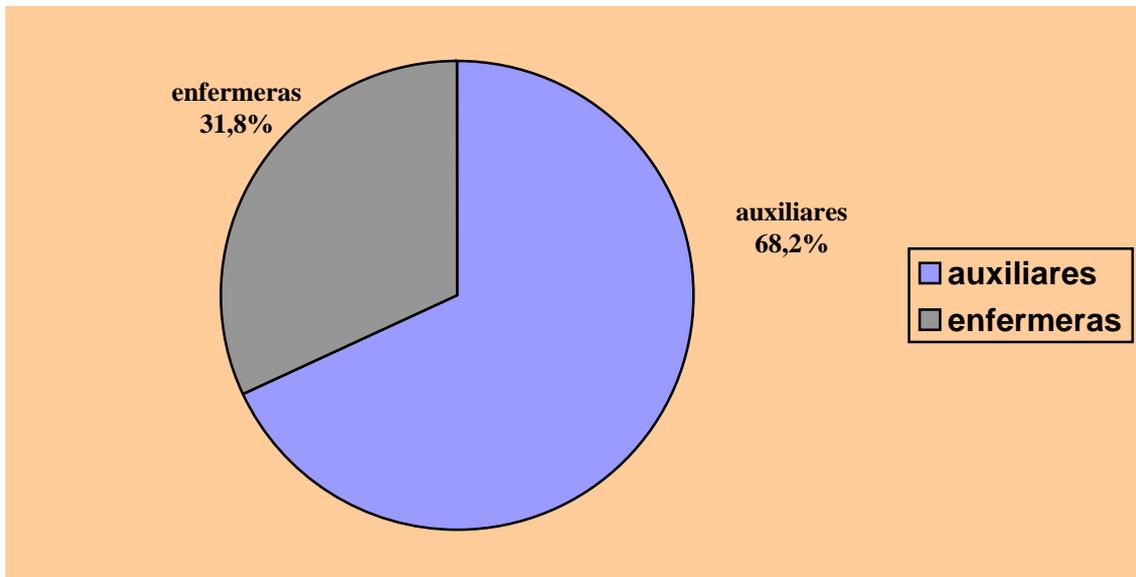
En relación al estado civil, 13 profesionales estaban solteros/as, 28 casados/as, 3 separados/as, divorciados/as y/o viudos/as (ver Figura 20).

Figura 20. Profesionales con Intervención por estado civil.



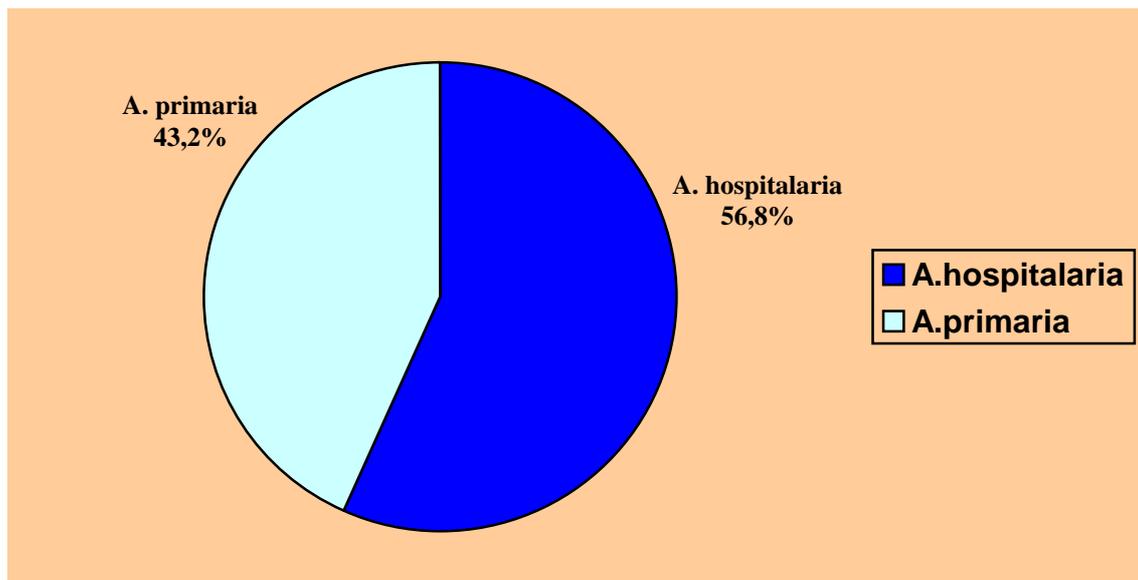
En relación a la categoría profesional del grupo Profesionales con Intervención, 30 son auxiliares de enfermería y 14 enfermeras (ver Figura 21).

Figura 21. Profesionales con Intervención por categoría profesional.



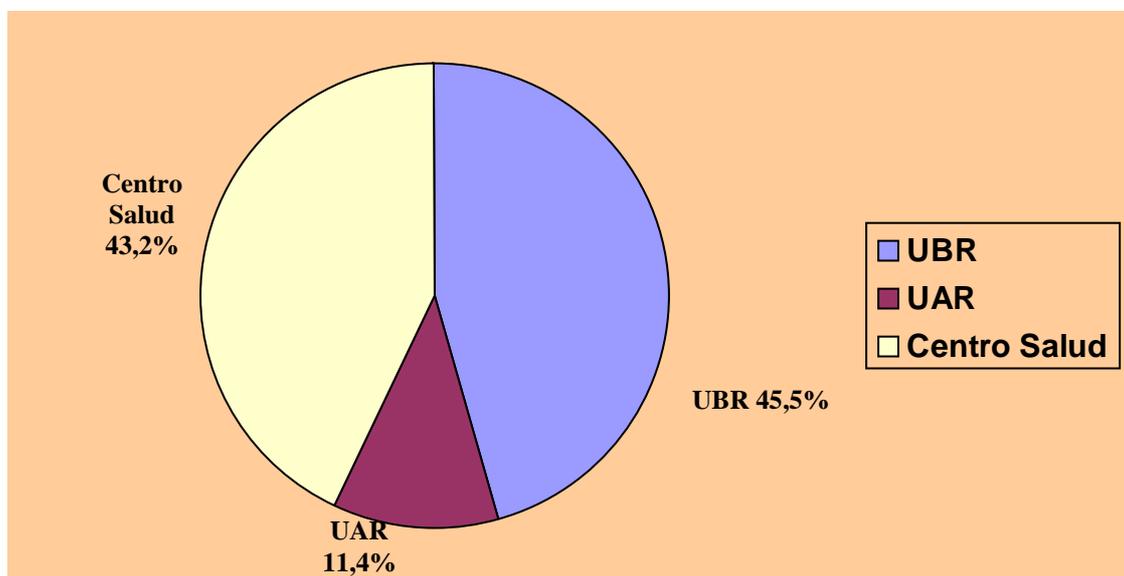
La distribución de este grupo atendiendo al lugar de trabajo es la siguiente: 25 profesionales trabajan en el área hospitalaria y 19 profesionales en el área de atención primaria (ver Figura 22).

Figura 22. Profesionales con Intervención por lugar de trabajo.



Atendiendo a la unidad asistencial, los Profesionales con Intervención están distribuidos de la siguiente forma: 20 profesionales en las UBR, 5 en las UAR y 19 en Centros Básicos de Salud (ver Figura 23).

Figura 23. Profesionales con Intervención por Unidad Asistencial.



Los/as profesionales de este grupo procedían de los Centros de Salud (19 profesionales) y de los Hospitales Son Dureta (21 profesionales), Virgen de la Salud (3) y Psiquiátrico (1).

En cuanto al tipo de contrato, el grupo Profesionales con Intervención contaba con 20 profesionales contratados y 24 fijos.

Atendiendo a su experiencia en su categoría profesional, la mayoría de los/as profesionales incluidos/as en este grupo llevaban más de 10 años en su categoría (ver Tabla 5).

Tabla 5.- Distribución muestra Profesionales con Intervención atendiendo a la experiencia categoría profesional.

<b>Experiencia categoría profesional</b>	<b>Número de sujetos (%)</b>
0-3 años	4 (9,1 %)
3-10 años	6 (13,6%)
Más de 10 años	30 (68,2%)
NS/NC	4 (9,1%)

Y la mayoría de ellos/as llevaba menos de 10 años trabajando en su actual Unidad (ver Tabla 6).

Tabla 6.- Distribución muestra Profesionales con Intervención atendiendo a la experiencia Unidad.

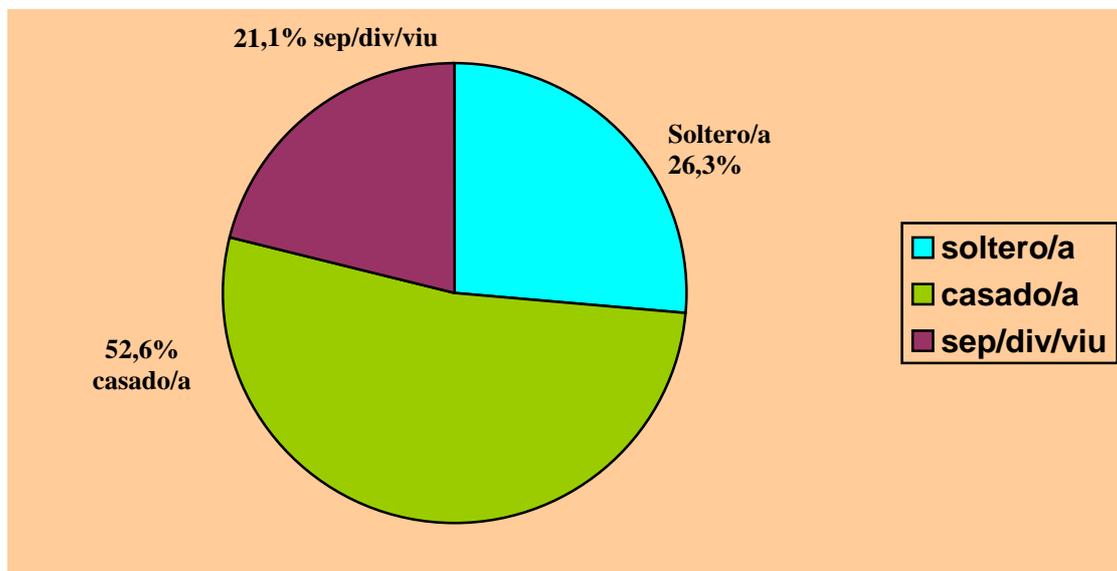
<b>Experiencia Unidad</b>	<b>Número de sujetos (%)</b>
0-3 años	15 (34,1%)
3-10 años	21 (47,7%)
Más de 10 años	5 (11,4%)
NS/NC	3 (6,8%)

#### 4.2.2.2.- Descripción del grupo Profesionales Control (PC).

El grupo de Profesionales Control (n=19) tiene una edad media de 34,89 años (SD=7,78). Este grupo está compuesto exclusivamente por mujeres.

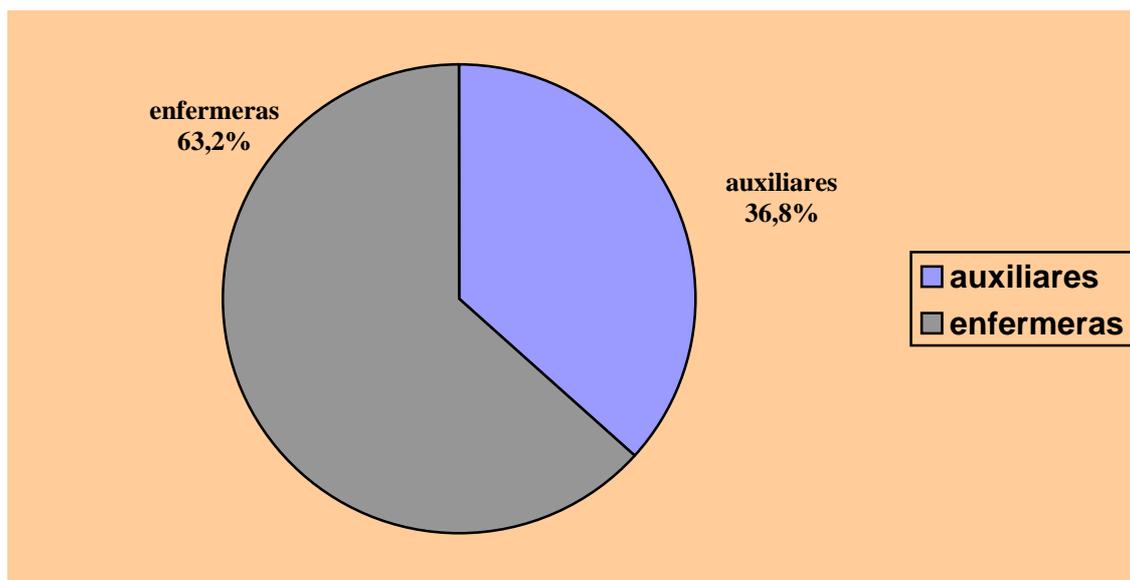
En relación al estado civil, 5 profesionales estaban solteras, 10 casadas, 4 separadas, divorciadas y/o viudas (ver Figura 24).

Figura 24. Profesionales Control por estado civil.



En relación a la categoría profesional, en este grupo 7 son auxiliares de enfermería y 12 enfermeras (ver Figura 25).

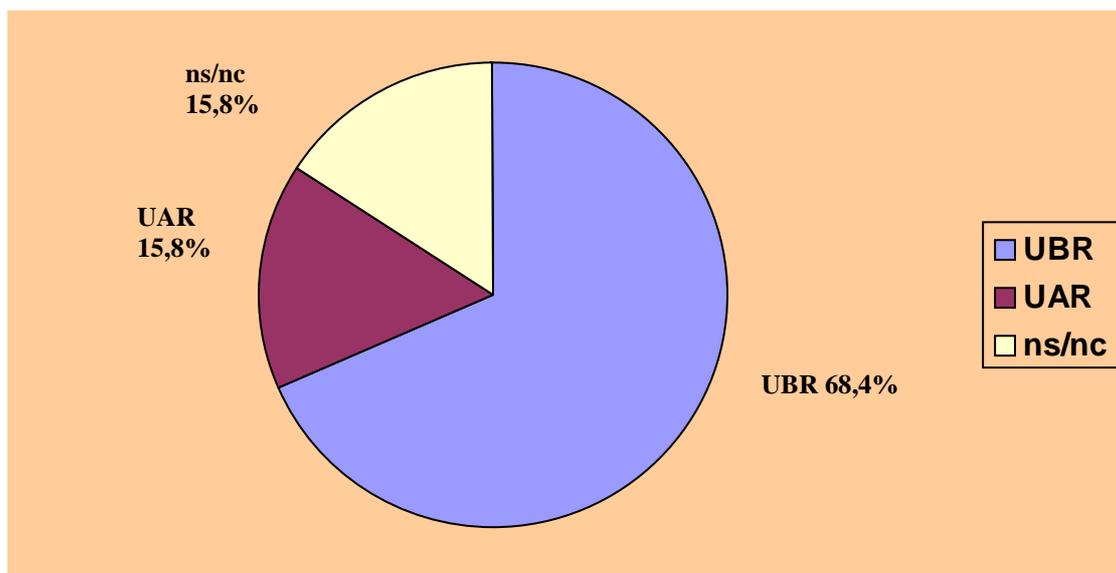
Figura 25. Profesionales Control por categoría profesional.



En cuanto a la distribución de este grupo atendiendo al lugar de trabajo, todas las profesionales trabajaban en área hospitalaria.

Atendiendo a la unidad asistencial, los profesionales de este grupo están distribuidas de la siguiente forma: 13 profesionales en las UBR, 3 en las UAR y 3 no contestan a esta pregunta (ver Figura 26).

Figura 26. Profesionales Control por Unidad Asistencial.



En relación al hospital en el que desarrollan su trabajo, las integrantes de este grupo ejercen su cometido en el Hospital Psiquiátrico (5 profesionales), en el Hospital General (11), en el Hospital Joan March (2) y en el Hospital Son Llatzer (1).

En relación al tipo de contrato, este grupo contaba con 10 profesionales contratadas, 8 fijas y 1 profesional no respondió a esta cuestión.

Atendiendo a su experiencia en su categoría profesional, predominaban las profesionales con menos de 10 años de experiencia en la categoría (Ver Tabla 7).

Tabla 7.- Distribución muestra Profesionales Control atendiendo a la experiencia categoría profesional.

<b>Experiencia categoría profesional</b>	<b>Número de sujetos (%)</b>
0-3 años	5 (26,3 %)
3-10 años	4 (21,1%)
Más de 10 años	7 (36,8%)
NS/NC	3 (15,8%)

Y la mayoría de ellas llevaba menos de 3 años trabajando en su actual unidad (ver Tabla 8).

Tabla 8.- Distribución muestra Profesionales Control atendiendo a la experiencia Unidad.

<b>Experiencia Unidad</b>	<b>Número de sujetos (%)</b>
0-3 años	11 (57,9%)
3-10 años	4 (21,1%)
Más de 10 años	1 (5,2%)
NS/NC	3 (15,8%)

En términos generales puede decirse que la muestra de profesionales estudiada (tanto con intervención como control) está compuesta mayoritariamente por mujeres, casadas, que desarrollan su tarea en el área hospitalaria, y en unidades de bajo riesgo y que llevan más de 10 años en su categoría profesional. Cabe señalar que en el caso del grupo

profesionales control la edad media es inferior y el porcentaje de mujeres, de auxiliares de enfermería, de quienes trabajan en área hospitalaria y de quienes tienen una experiencia en la unidad de menos de 3 años es mayor en relación al grupo de profesionales con intervención.

#### **4.3.- Comentarios en relación a las características de la muestra de estudio.**

Tal y como era de esperar, se desprende de la descripción de la muestra que existe una sustancial diferencia de edad entre el grupo alumnado y los/as profesionales. Esta diferencia, junto con las inherentes al propio desempeño profesional (presente en un grupo y no en otro), presumiblemente darán origen a resultados diferentes para uno y otro grupo.

En el caso del alumnado, los grupos **Alumnado con Intervención** y **Alumnado Control** son muy similares entre sí.

En relación a la variable género y como sucede en la mayoría de Escuelas de Enfermería, ambos grupos están mayoritariamente formados por mujeres, aunque esta predominancia es más marcada en el grupo Alumnado Control.

La edad media es prácticamente similar en ambos grupos de Alumnado. Aún siendo alumnos de primer curso y de segundo curso de enfermería quienes componen el Grupo Alumnado Control, la edad cronológica se equipara a la del grupo Alumnado con Intervención, de tercer curso. Esto puede tener una explicación, y nuestra experiencia docente así nos lo confirmar, y es que cada vez son más mayores los alumnos/as que ingresan a estudiar los estudios de Enfermería.

Cabe señalar que una cuarta parte del grupo Alumnado con Intervención y la mitad del grupo Alumnado Control tiene experiencia sanitaria previa a los estudios, debido a que están ejerciendo como auxiliares de enfermería o técnicos superiores, y posteriormente deciden ampliar sus estudios.

Dado que el Grupo Control está formado sobre todo por alumnado de primero y segundo curso que realiza prácticas clínicas tanto en el área Hospitalaria como en el área de Primaria, y el grupo Alumnado con Intervención está formado por alumnos de tercer curso que han realizado más créditos prácticos en su formación académica hasta el momento, la mayor experiencia previa del grupo control ayudaría a equilibrar posibles diferencias entre ambos.

Por lo que se refiere a los/as profesionales, como ya se comentó, el grupo **Profesionales con Intervención**, está formado por profesionales que acudían a seminarios formativos de “Entrenamiento en Habilidades Sociales” organizados como actividades de Formación Continuada desde sus áreas de trabajo, mientras que el grupo **Profesionales Control** asistían a un curso formativo de “Entrevista clínica”. Este criterio de selección y, concretamente el hecho de no escoger a la muestra de forma aleatoria ni estratificada, podría afectar a los resultados, sobre todo teniendo en cuenta aspectos como la motivación o la necesidad percibida por los profesionales ante esta cuestión. Esto podría constituir una limitación de este trabajo por lo que se refiere a los resultados obtenidos en el caso de los/as profesionales.

En cuanto a la categoría profesional, mientras el grupo **Profesionales con Intervención** estaba formado por auxiliares y enfermeras de ambas áreas (primaria y hospitalaria), el grupo **Profesionales Control** estaba formado exclusivamente del área de hospitalaria y mayoritariamente enfermeras/os.

Por otra parte, y probablemente relacionado con su mayor edad, los/as profesionales del grupo con intervención tenían también una mayor experiencia, tanto en su categoría profesional como en la unidad en la que prestaban sus servicios.

Y finalmente, comentar que el grupo **Profesionales Control** fue el de más difícil acceso ya que, si en general los/as profesionales asistenciales suelen ser muy reacios/as a participar en estudios de investigación en los que se les solicitan datos e información tanto personal como laboral, cuanto más en un caso como éste en el que se solicitaba su participación sin ofrecerles contrapartida alguna (recuérdase que en el grupo con Intervención se les ofrecía precisamente una intervención). Estas dificultades

contribuyeron al pequeño tamaño de este grupo, lo cual podría ser una limitación en nuestro estudio.

Así pues, a la vista de las características y tamaño de la muestra de Alumnado cabe esperar que los resultados que se obtengan sean ilustrativos y permitan alcanzar conclusiones sobre los objetivos propuestos. En cambio, el tamaño y características de la muestra de Profesionales (y sobre todo las diferencias entre los grupos con y sin intervención) llevan a esperar que los resultados que se obtengan sean más bien orientativos.

## **5.- Descripción del programa de entrenamiento en habilidades sociales empleado.**

Los programas de EHS (EHS-ae y el EHS-pe) que se han aplicado en este proyecto de investigación han sido diseñados atendiendo, por una parte, a los desarrollos teóricos sobre el tema (Caballo, 1993; Pades y Ferrer, 2002) y, por otra, a las demandas y necesidades recogidas y detectadas en alumnos/as y profesionales de enfermería a lo largo de los años de práctica profesional (asistencial y docente) de la autora de este trabajo.

Para su construcción definitiva, se planteó en una primera fase (curso académico 1999-2000) el diseño y aplicación de un programa de EHS dirigido a alumnos/as de tercer curso de enfermería. Tomando esta propuesta inicial como base, se diseñó el programa EHS-ae y, posteriormente se desarrolló la adaptación EHS-pe, que se describirán posteriormente.

### **5.1.- Fase Inicial. Construcción de un Programa de entrenamiento en habilidades sociales diseñado para alumnos/as de enfermería.**

Durante el curso 1999-2000 se impartió, por primera vez en la UIB, la asignatura de Relaciones Humanas en los Cuidados de Enfermería en el tercer curso de los estudios de Enfermería. Para la parte práctica de la asignatura se diseñó un programa de EHS, dirigido a los alumnos/as matriculados en esta asignatura obligatoria impartida en el segundo cuatrimestre del año. Dicho programa se orientó a la adquisición o mejoramiento de habilidades en las relaciones interpersonales, centrándose básicamente en habilidades específicas del rol profesional a desempeñar en el futuro y en habilidades generales (habilidades motoras, emocionales y cognitivas) orientadas a la mejora del proceso comunicativo.

Para la puesta en práctica de esta experiencia piloto se contó con la ayuda de una alumna de 3º curso de enfermería, que a su vez era Licenciada en Psicología, la cual participó como co-terapeuta.

El programa pretendía alcanzar dos objetivos globales:

1. Desarrollar habilidades necesarias para dar y recibir refuerzos sociales (iniciar interacciones, hacer y recibir cumplidos, mostrar empatía).
2. Adquirir respuestas competentes para facilitar interacciones sociales favorables y exitosas. El entrenamiento pretende adquirir nuevas habilidades cognitivas, emocionales y de actuación.

El programa estaba diseñado para ser desarrollado en cinco sesiones, de una duración de una hora y en intervalos de una sesión por semana. Las dos primeras sesiones se aplicaron a la totalidad del grupo de alumnos/as matriculados/as, asistiendo una media de 85 alumnos/as. Posteriormente se hicieron tres grupos, cada uno de los cuales tenía aproximadamente 30 alumnos/as y asistía a tres sesiones.

En un principio se expusieron teóricamente a todos los alumnos/as aspectos como: concepto de habilidades sociales, componentes, modelos explicativos subyacentes, el programa de EHS, técnicas más comunes, secuencia, objetivos, ventajas del entrenamiento a varios niveles, campos de aplicación y peligros y críticas de los entrenamientos. Se les explicaron claramente los objetivos que se pretendían con el programa de EHS, y se les solicitó su colaboración para participar de manera activa. Para ello debían adoptar una serie de compromisos, como ser puntuales a las sesiones, no interrumpir y atenerse a unas normas básicas de funcionamiento.

El programa incluía a los siguientes ejercicios:

- a) Ejercicios de calentamiento grupales. Ejercicios sobre establecimiento de relaciones sociales: iniciar, mantener y terminar conversaciones (tres ejercicios).
- b) Ejercicios de derechos humanos básicos (dos ejercicios).
- c) Dar y saber recibir alabanzas y elogios (dos ejercicios).
- d) Conductas: asertiva, no asertiva y agresiva (dos ejercicios).

Los tres primeros ejercicios fueron realizados en el grupo de 85 alumnos, los seis restantes se llevaron a cabo en cada uno de los tres subgrupos a lo largo de tres sesiones. El contenido completo de estos ejercicios y su desarrollo pueden verse en el Anexo I.

Las conclusiones obtenidas del pilotaje de este programa de EHS sugerían la oportunidad de realizar cambios, entre ellos: la composición de los grupos, la duración de las sesiones, y el contenido del programa.

Así, por ejemplo, al detectarse que no se podían realizar ejercicios con todos los alumnos/as a la vez (aunque fuesen ejercicios de calentamiento o de “romper el hielo” en la interacción social), se decidió dividir desde el principio al total de alumnos/as matriculados/as (aproximadamente 100 alumnos/as) en cuatro grupos (24 a 26 alumnos/grupo).

Por otra parte, las sesiones debían poderse planificar en el horario del curso académico, dentro de la asignatura de “Relaciones Humanas en los Cuidados de Enfermería” y además después de haber impartido la parte teórica (30 horas). Por ello se decidió dividir el programa en dos partes, una parte teórica dirigida a todos los alumnos/as (aproximadamente 4 horas, incluidas en el programa teórico) y posteriormente el programa de EHS en formato de seminario práctico (4 horas de duración).

Finalmente, en relación al contenido del programa, se ampliaron algunos ejercicios, se mantuvieron otros y se incluyeron nuevos ejercicios como “ejercicios para practicar la escucha activa”, “ejercicios para expresar molestias, desagrado y disgusto”, y “ejercicios para aumentar la autoestima personal y profesional”. La descripción del programa de EHS en su formato definitivo para alumnado de enfermería (EHS-ae) se presenta a continuación.

## **5.2.- Programa de entrenamiento en habilidades sociales diseñado para alumnos/as de enfermería (EHS-ae).**

Los resultados obtenidos del pilotaje del programa condujeron a ampliar los objetivos del programa y sus contenidos.

Así los objetivos **generales** del programa EHS-ae son los siguientes:

1. Desarrollar habilidades necesarias para dar y recibir refuerzos sociales (iniciar interacciones, hacer y recibir cumplidos, mostrar empatía).
2. Adquirir respuestas competentes para facilitar interacciones sociales favorables y exitosas. El entrenamiento transmitirá nuevas habilidades cognitivas, emocionales y de actuación.
3. Aumentar las iniciativas de interacción social efectiva y apropiada entre los/as alumnos/as de enfermería.
4. Obtener más refuerzo social y satisfacción en sus interacciones con iguales y con los diferentes miembros del equipo asistencial durante sus prácticas clínicas.
5. Contribuir al desarrollo de un buen autoconcepto y autoestima personal. Para ello es necesario la toma de conciencia por parte del alumno/a de disponer de habilidades para resolver conflictos interpersonales (autoeficacia percibida) y la percepción de refuerzo social.
6. Mejorar el clima social tanto del aula como en el lugar de prácticas clínicas, sobre todo ante situaciones difíciles y conflictivas, disminuyendo las respuestas de estrés en los sujetos.

Los objetivos **específicos** se refieren a que los alumnos/as tras el programa de entrenamiento sean capaces de:

1. Entablar conversaciones, hablar en público e interactuar de manera habilidosa con los otros en diferentes escenarios sociales.
2. Identificar los derechos humanos básicos y poder defenderlos de manera asertiva.

3. Identificar situaciones de interacción social que constituyen un problema por la presencia de sentimientos de malestar en las personas involucradas y saber manejar dicha situación.
4. Distinguir claramente la conducta asertiva, no asertiva y agresiva, así como demostrar habilidades asertivas de manera simulada y en vivo.
5. Emitir elogios y alabanzas a los demás y saber aceptarlos y recibirlos de manera adecuada.
6. Expresar de manera eficaz y constructiva molestias, desagrado y disgusto.
7. Afrontar las críticas y ser habilidoso para abordar el conflicto interpersonal.
8. Aumentar la autoestima personal y profesional, reconociendo virtudes y cualidades personales e involucradas en el desarrollo eficaz de su rol profesional.

En definitiva, este programa práctico tiene como finalidad ensayar y desarrollar las HH.SS. competentes (cognitivas, emocionales y conductuales) necesarias para facilitar interacciones sociales favorables y exitosas en los diferentes contextos de actuación de los/as futuros/as profesionales. Los/as sujetos entrenados (alumnado/a) debían ser agentes activos del cambio, comprometidos y participativos en el mismo, capaces de reproducir estas habilidades sociales en el aula y de forma espontánea, en otros momentos y ambientes reales.

Los **criterios que se han seguido para el diseño de este EHS-ae** han sido los siguientes:

- a) Individualizar al máximo los contenidos del entrenamiento dirigidos al grupo de alumnos/as a los que va dirigido. Tras la evaluación previa de los sujetos experimentales, los contenidos pretendían ser de “utilidad real” para ellos. Es decir, trabajar situaciones y demandas reales ante situaciones problema planteadas por ellos, casi todas relacionadas con situaciones sociales reales vividas durante sus prácticas clínicas y en su vida real cotidiana.
- b) Efectividad de las estrategias de entrenamiento. Se han utilizado técnicas de probada efectividad como las instrucciones, el modelado, el ensayo de conducta o role-playing, el feedback y el refuerzo.

- c) Sencillez. Se ha intentado que la combinación de técnicas y los contenidos de los ejercicios, potencialmente efectivos para la competencia social, fueran fáciles de aplicar y de entender por los/as alumnos/as.
- d) Minimizar al máximo la presencia del terapeuta, empleando ejercicios específicos, sencillos y sistemáticos.

Los **materiales** necesarios para la aplicación del EHS-ae son los siguientes:

- Una pizarra o encerado.
- Carteles o copias A3 ó A4.
- Lápices de colores.
- Un proyector de diapositivas.
- Cronómetro.
- Una pantalla o superficie de proyección.
- Unas cartulinas o cartas con dibujos (tema vacío), construidos para la realización de este ejercicio.
- Además, para poder evaluar la eficacia del programa se empleó la “Escala EHS de Competencia social” (Gismero, 2000) utilizada en el pre y post entrenamiento, cuyas características serán descritas posteriormente.

La **forma de aplicación** del programa era relativamente flexible, adaptándose a las características del grupo de sujetos con los que se trabaja (alumnos/as de enfermería) y de la disponibilidad de tiempo para llevar a cabo el entrenamiento (seminarios de 4 horas-alumnos/as).

La aplicación eficaz de EHS-ae estaba orientada a maximizar el aprendizaje de conductas socialmente competentes. Ello exigía atender a ciertas **condiciones de aplicación**, es decir, seguir un determinado proceso y tener en cuenta unos requisitos mínimos que garantizaran una adecuada participación de los sujetos (alumnado) en el entrenamiento. Así pues, se aseguraba una cierta flexibilidad en la aplicación del programa, aunque se seguía una sistematización.

La **metodología empleada** para desarrollar el programa que aquí se presenta sigue la estructura clásica del EHS: instrucciones, modelado, ensayo conductual, feedback y tareas para casa, ajustadas a la práctica profesional posterior del alumnado. Previamente a la aplicación del programa de entrenamiento propiamente dicho, se realizaban las siguientes actividades:

1. Los sujetos (alumnado) recibían conocimientos teóricos sobre el tema, incluyendo: concepto de HH.SS. y competencia social, y de los procedimientos y técnicas subyacentes al EHS.
2. Se solicitaba su colaboración y se les presentaban las ventajas y beneficios que obtendrán tras el entrenamiento a diferentes niveles.
3. Se les incitaba a que fueran ellos/as mismos/as agentes activos del cambio.
4. Se les explicaban las actividades o ejercicios que se realizarían en el programa de EHS.
5. Se identificaban las situaciones sociales y las HH.SS. necesarias para estos encuentros sociales. Los/as alumnos/as conocían los diferentes escenarios sociales, los elementos y secuencias de comportamiento que se exigían en ellas.

Dado que el planteamiento de este trabajo era únicamente formativo (psicoeducativo), no se abordó la medición de la respuesta de estrés previa y posterior al entrenamiento (y en la fase de seguimiento). Sí se evaluaron, en cambio, las HH.SS. del alumnado antes y después de la realización del programa EHS-ae, como ya se ha comentado.

A continuación se describe pormenorizadamente el programa final diseñado y aplicado a los alumnos/as de enfermería (EHS-ae) de la Escuela Universitaria de Enfermería de la Universitat de les Illes Balears, y organizado en los siguientes **bloques o categorías de ejercicios**:

#### **A: Ejercicios grupales para romper el hielo: calentamiento.**

La primera actividad que tiene lugar en el grupo es la presentación de cada uno de sus miembros ante el resto. Concretamente, se solicita a las personas que se presenten y

que expliquen brevemente su motivación y expectativas en relación al entrenamiento. En el grupo de alumnos/as, la mayoría se conocen pero no tienen información sobre aspectos motivacionales y expectativas y es importante que compartan esta información. Uno de los ejercicios que se realizan como primera actividad es el siguiente:

**Ejercicio N° 1. (Calentamiento)** Ejercicio para que la gente se vaya conociendo.

Los participantes en el grupo se juntan por parejas. Se solicita a los/as alumnos/as que escojan para formar la pareja a la persona con la que menos interacción hayan tenido durante estos años académicos. Se les propone que durante 10 minutos inicien una conversación en la que cada miembro de la pareja pase aproximadamente 5 minutos hablándole al otro. En estos 5 minutos cada persona debería conseguir una breve biografía del compañero/a, describirse a sí mismo expresando los 5 adjetivos que piensa que le caracterizan mejor y señalar sus tres puntos fuertes. Posteriormente, la gente vuelve al grupo y cada miembro ofrece una pequeña sinopsis de su compañero/a. Una vez realizada esta pequeña sinopsis “en voz alta” se analizan las sensaciones tanto del oyente como del emisor. En muchas ocasiones, la información que se emite, tanto de la sinopsis o resumen del otro como de los adjetivos y puntos fuertes, sufre modificaciones propias del proceso comunicativo. Se analizan estos aspectos y también la importancia de la discriminación entre información relevante (más confidencial) y menos relevante. Es importante que los participantes entiendan la necesidad de manejar adecuadamente la información confidencial. Para ello ponemos el símil de que se trata de un paciente/cliente que nos ha revelado una información personal, íntima y que nosotros debemos decidir que es lo que puede revelarse y que no. En relación al oyente, se analiza lo que sentía al oír a su compañero/a hablar de él/ella, y si la información había sufrido realmente modificaciones.

**Ejercicio N° 2. (Calentamiento)**

Se hace que 6-8 personas formen un círculo cogidos por los hombros, y que uno de los miembros se quede fuera. El ejercicio consiste en que la persona que ha quedado fuera intente entrar en el círculo sin usar la comunicación verbal, mientras que los miembros que lo forman tratan de no dejarle entrar (sin violencia, ni un empeño excesivo).

Normalmente se observa como el grupo cada vez se va cerrando más y más, de tal forma que se genera una unión muy estrecha entre ellos frente a la persona que queda fuera. Después de realizar el ejercicio, se analiza tanto el grupo formado por quienes estaban en círculo, como a la persona que quedaba fuera. Con el fin de que reflexionen sobre el tema, se compara el ejercicio con la siguiente situación: se les dice a los sujetos que imaginen un grupo profesional, que trabaja en un mismo centro de salud o en una misma unidad asistencial del área especializada. Este grupo profesional adopta una postura hermética y cerrada, frente a la persona que queda fuera del círculo, y que podría ser un nuevo miembro que se debe incorporar al grupo, y que utiliza estrategias para poder entrar en él. A continuación se analizan los sentimientos y comportamientos adoptados tanto por quienes formaban el círculo, como por la persona que quedó fuera.

### **Ejercicio N° 3. (Calentamiento)**

Se hace un grupo de 2 personas, una frente a la otra. El resto de los sujetos actúan como espectadores. Una de las personas tendrá que decir únicamente “sí”, la otra contestar solamente “no”. Pueden variar todos los elementos paralingüísticos y de comunicación no verbal (postura, distancia, inclinación del cuerpo hacia delante y hacia atrás, gestos, mirada, etc...) que quieran, pero no el contenido verbal debe ser únicamente “sí” o “no”. Durante la interacción de las dos personas que realizan el ejercicio, los demás tienen que observar qué señales no verbales manifestaban las dos personas cuando se sentían más seguras, quién era el/la que parecía más seguro en la situación y por qué. También se solicita a los participantes activos en el ejercicio que expliquen que habían sentido, qué comunicación no verbal habían utilizado, si este ejercicio refleja de alguna manera su conducta habitual en la vida real, en cuanto a dominancia y seguridad frente a sumisión. Los papeles pueden ir rotando. Finalmente se exponen las conclusiones al grupo.

### **Ejercicio N° 4. (Calentamiento)**

Se reúnen los sujetos por parejas. Cada uno debe tener papel y bolígrafo. Sin hablar, tienen que dibujar conjuntamente (cogiendo cada miembro de la pareja el mismo bolígrafo simultáneamente) sobre el papel. Se les indica que deben dibujar lo siguiente: perro, árbol, gato, casa. Una vez que han terminado se reúne el grupo de nuevo y se

discute brevemente qué miembro de la pareja fue más activo en la realización del dibujo, si su actuación activa o pasiva fue reflejo de su comportamiento en la vida real, y qué señales no verbales empleó para tener una mayor participación en dicho dibujo. Si los dos han participado por igual, se comentan las señales no verbales que emplearon para conseguirlo.

### **B: Ejercicios para iniciar, mantener y terminar conversaciones.**

Estos ejercicios estarían dentro del entrenamiento en habilidad conversacional, definido por Kelly (1987) como *“la capacidad de iniciar y mantener conversaciones informales con otras personas”*.

Por tanto, la persona con habilidad conversacional es aquella capaz no sólo de mantener conversaciones, sino también de iniciarlas. Y las conversaciones informales se refieren a aquellas situaciones en las que una persona se encuentra con otra/s persona/s a las que apenas conoce o no conoce en absoluto y en las que podría resultar agradable o positivo de alguna manera establecer una interacción.

La habilidad para iniciar, mantener y terminar conversaciones se puede considerar una habilidad social básica, necesaria para el normal funcionamiento de las personas (Calleja, 1994). Y, como señala Kelly (1987): *“...no sólo permite al individuo salir airoso en las interacciones informales, sino que además es un precursor probable del desarrollo de relaciones duraderas, dado que la formación de tales relaciones requiere, en primer lugar, que el individuo interactúe satisfactoriamente con los demás durante una conversación”*.

Otros autores como Trower (1982), la señalan como *“el componente esencial en las HH.SS”*. Por su parte Caballo (1988) concluye que *“parece seguro que la mirada, la entonación, y la conversación (...) son elementos básicos en la manifestación de una conducta socialmente habilidosa”*.

La habilidad conversacional se puede dividir en diferentes componentes: contacto ocular, afecto, duración de las intervenciones, cualidades del habla, preguntas, autorevelaciones, retroalimentación positiva (Caballo, 1988, 2002).

El contacto ocular consiste en mirar a los ojos o parte superior de la cara de la otra persona de manera directa durante la conversación, de tal forma que la persona se sienta atendida y escuchada por su interlocutor. Esta mirada no debe ser fija y continua, sino que se ha calculado que el porcentaje global de la mirada durante la conversación es de alrededor el 60%.

El afecto es la adecuación emocional del sujeto a la situación. Durante el EHS-ae se plantean diferentes role-playing donde los alumnos/as practican como ejercitar esta adecuación emocional hacia el interlocutor y hacia la situación determinada (habilidades emocionales). Este afecto se podría subdividir en otros elementos como risas y sonrisas, movimientos de cabeza, calidad de la voz y expresión facial.

La duración de las intervenciones es el tiempo total que el sujeto está hablando durante la conversación. Las personas habilidosas son aquellas que no monopolizan la conversación (cada interlocutor debe ocupar aproximadamente el 50%).

Las cualidades del habla son el volumen, el tono, el ritmo y la fluidez con que el sujeto habla. Si la persona tiene un volumen muy bajo, escasa fluidez dejando silencios sin rellenar, tartamudeo, fallos en el pronunciación, uso de muletillas o palabras de relleno, podemos decir que tiene dificultades en las cualidades del habla. En alumnos/as, por su jerga y en ocasiones debido a su dificultad al hablar en público, se detectan fallos en las cualidades del habla del tipo anteriormente citado. En el EHS-ae se intentan ensayar y practicar estas habilidades conversacionales básicas también con el ejercicio “Hablar en público. Tema vacío” con el fin de identificar estas señales y modificarlas.

Las preguntas son enunciados o comentarios interrogatorios hacia el interlocutor que dan lugar a una información de éste acerca de sus intereses, actividades, comportamientos o sentimientos. Las preguntas ayudan a mantener la conversación. Sin

embargo, un exceso de preguntas puede incomodar al interlocutor. Para que esto no suceda se aconseja entremezclar comentarios auto-reveladores.

Los comentarios auto-reveladores o autorrevelaciones son expresiones que intentan transmitir información acerca de uno mismo, de los propios intereses, aprobación o comprensión con el fin de intentar que el otro colabore más o comparta sus propias inquietudes.

Tras el entrenamiento en habilidades conversacionales el sujeto debe ser capaz de iniciar y mantener conversaciones sin ansiedad social. Algunas personas temen no ser capaces de decir cosas interesantes (autoeficacia percibida negativa), por lo que dejan de interactuar, o bien a la mínima prefieren permanecer calladas. Por ello, junto con el EHS conversacional, también debería haber un entrenamiento en pensamientos negativos relacionados con esta percepción de “ser poco interesantes, aburridos, etc.”.

#### **Ejercicio N° 5. (Iniciar, mantener y terminar conversaciones)**

Para practicar lo que se ha transmitido teóricamente, se propone un role-playing donde dos alumnos/as escenifican la situación siguiente: uno le cuenta al otro lo que hizo el fin de semana, en concreto hablan de una excursión al campo con la familia, otra persona debe incorporarse a la conversación que estas dos estaban manteniendo. Posteriormente se analiza cómo inició la conversación, qué comunicación no verbal utilizó y cuál fue la respuesta de los dos interlocutores.

#### **Ejercicio N° 6. (Iniciar, mantener y terminar conversaciones)**

Para ejercitar el iniciar conversaciones, se propone la siguiente situación: “Imaginemos que acudimos a realizar unas prácticas clínicas en una unidad asistencial o bien acudimos como nuevos/as profesionales a esta unidad. El ejercicio consiste en que cada persona imagine cómo se presentaría y cómo iniciaría una conversación con el/la enfermero/a que ese momento estuviera en el control de la unidad asistencial”.

## **C: Ejercicios para hablar en público.**

### **Ejercicio N° 7. (Tema Vacío)**

El ejercicio que se presenta a continuación se denomina “**tema vacío**” y fue propuesto por Lange y Jakubowski (1976) para trabajar la habilidad de hablar en público. En nuestro caso se ha adaptado para que fuese más familiar a los sujetos a entrenar. Para realizar este ejercicio se han preparado unas tarjetas, que se reparten a todos los participantes con un tema “vacío” sobre el que tienen que hablar por turnos delante del resto del grupo durante un minuto. No importa el contenido de la “charla”, pero sí tienen importancia los elementos de la comunicación no verbal: contacto ocular, sonrisas, expresión facial, postura corporal, gestos, volumen, tono e inflexión, claridad, velocidad (el contenido de una gran parte de las conversaciones sociales, especialmente con extraños, no tiene, a menudo, ningún significado importante, simplemente la gente se examina mutuamente y se desarrollan impresiones).

Tras cada intervención se da retroalimentación positiva sobre los elementos no verbales adecuadamente empleados. La retroalimentación proviene de la entrenadora y del resto de miembros del grupo.

Las tarjetas que los sujetos cogen al azar contienen diferentes temas “vacíos”, entre ellos: refresco, análisis, radiografía, móvil, deporte, muro, fractura, tabaco, comida, aire, médico, vejez, accidente, cristal, picaporte, llave, ladrillo, pizarra, lápiz, pisapapeles, hilo, anillo, muro, agua, pelo, plato, arena, alfombra, bombilla, madera, clavo, piedra, reloj, papel, zapato, silla, etc.

Algunas tareas complementarias relativas a estos tres primeros bloques o categorías de ejercicios serían:

1. Presentarse a una persona desconocida de la clase.
2. Invitar a alguien que sigue el mismo camino que nos acompañe.
3. Preguntarle a una persona desconocida qué hizo el fin de semana.
4. En la cola de un cine, de la copistería, del autobús comentar en voz alta alguna circunstancia exterior.

5. Asistir a una conferencia e iniciar una conversación con la persona que se sienta al lado.
6. Sentarse al lado de otra persona en el autobús de línea, o en el tren e iniciar una conversación.
7. Llevar a cabo una encuesta de opinión personal, preguntando a 15 personas su opinión sobre un tema actual.
8. Conversar con la persona que llena el depósito de gasolina, con el/la camarero/a.
9. Preguntar algo en un supermercado y mantener una pequeña conversación.
10. Intentar practicar de nuevo el ejercicio de Tema vacío, para ello se recomienda que el/la alumno/a recorte fotografías o dibujos de revistas y practique primero ante el espejo hablando durante un minuto sobre el tema y posteriormente ante un pequeño auditorio (de 2 ó 3 personas).

#### **D: Entrenamiento en Derechos Humanos Básicos.**

Nuestros derechos humanos provienen de la idea de que todos somos creados igual, en sentido moral, y que nos tenemos que tratar como tales (Caballo, 2002). En las relaciones interpersonales y sociales ninguna persona tiene privilegios sobre la otra, aunque las necesidades y los objetivos de cada persona tienen que ser valorados igualmente. La premisa que subyace a todo EHS es humanista, esto quiere decir no producir tensión o ansiedad indebida en el otro y fomentar un crecimiento y desarrollo de cada persona. Dado que no todas las personas reconocen los mismos derechos humanos básicos, pueden plantearse conflictos.

Una de las HH.SS. básicas es la asertividad, definida como *“la capacidad para defender los propios derechos humanos básicos sin violar a los demás”* (Caballo, 1986). Para ser más habilidoso socialmente se precisa pues que el sujeto pueda aprender a definir e identificar los derechos humanos básicos y comprender sus propias limitaciones.

#### **Ejercicio N° 8. (Derechos Humanos Básicos)**

Como parte del ejercicio se pide los/as participantes en el grupo que lean la siguiente lista que contiene los derechos humanos básicos:

**Tabla 9.- Muestra de los derechos humanos básicos<sup>(1)</sup>**

---

- 1.- Derecho a mantener tu dignidad y respeto comportándote de forma habilidosa o asertiva- incluso si la otra persona se siente herida-mientras no violes los derechos humanos básicos de los demás.**
- 2.- El derecho a ser tratado con respeto y dignidad.**
- 3.- El derecho a rechazar peticiones sin tener que sentirse culpable o egoísta.**
- 4.- El derecho a experimentar y expresar tus propios sentimientos.**
- 5.- El derecho a detenerse y pensar antes de actuar.**
- 6.- El derecho a cambiar de opinión.**
- 7.- El derecho a pedir lo que quieres (dándote cuenta de que la otra persona tiene el derecho a decir que no).**
- 8.- El derecho a hacer menos de lo que humanamente eres capaz de hacer.**
- 9.- El derecho a ser independiente.**
- 10.- El derecho a decidir qué hacer con tu propio cuerpo, tiempo y propiedad.**
- 11.- El derecho a pedir información.**
- 12.- El derecho a cometer errores –y ser responsables de ellos.**
- 13.- El derecho a sentirte a gusto contigo mismo.**
- 14.- El derecho a tener tus propias necesidades y de decidir si satisfacemos las necesidades de los demás.**
- 15.-El derecho a tener opiniones y expresarlas.**
- 16.- El derecho a decidir si satisfaces las expectativas de otras personas o si te comportas siguiendo tus intereses –siempre que no violes los derechos de los demás.**
- 17.- El derecho a hablar sobre el tema con la persona involucrada y aclararlo, en casos límite en que los derechos no están del todo claros.**
- 18.- El derecho a obtener aquello por lo que pagas.**
- 19.- El derecho a escoger no comportarse de manera asertiva o socialmente habilidosa.**
- 20.- El derecho a tener derechos y defenderlos.**
- 21.-El derecho a ser escuchado y a ser tomado en serio.**
- 22.- El derecho a estar solo cuando así lo escojas.**
- 23.- El derecho a hacer cualquier cosa mientras que no violes los derechos de alguna otra persona.**

---

<sup>(1)</sup> (tomado de Caballo V. 1993. p 189).

A continuación se pide a los/as integrantes del grupo que escojan un derecho que sea importante para ellos/as, pero que normalmente no se aplica a sus vidas, o bien uno que les sea difícil de aceptar. Para facilitar la tarea se puede mantener proyectada a través de una transparencia esta lista de derechos humanos básicos. Una vez que han leído y escogido el que sea más importante para ellos/as se dan las siguientes instrucciones:

“Cerrad los ojos... poneros en una posición cómoda... inspirad profundamente, mantened el aire dentro tanto como podáis y luego echadlo lentamente. Ahora imaginad que tenéis el derecho que seleccionasteis de la lista... Imaginad cómo cambia vuestra vida al aceptar ese derecho..., cómo actuaríais..., cómo os sentiríais con vosotros mismos/as..., con otras personas...” (Se deja que transcurran dos minutos).

“Ahora imaginad que ya no tenéis ese derecho, imaginad cómo cambiaría vuestra vida respecto a como era hace unos momentos... cómo actuaríais ahora... y cómo os sentiríais con vosotros mismos... y con otras personas...” (Se deja que transcurran dos minutos).

Luego, por parejas se discuten las siguientes cuestiones:

- ¿Qué derecho seleccionaron?
- ¿Cómo actuaron y cómo se sintieron cuando tenían y cuando no tenían el derecho?
- ¿Qué aprendieron con el ejercicio?

### **E: Ejercicios para la distinción de conducta asertiva, no asertiva y agresiva.**

Los conceptos de asertividad y HH.SS. se revisaron detalladamente en la primera parte de este trabajo.

Los ejercicios para la distinción de conducta asertiva, no asertiva y agresiva tienen como finalidad que el sujeto pueda comprender y diferenciar este tipo de conductas y que sea capaz de emitir conductas asertivas adecuadas a la situación social. Para ello, en primer lugar se definen estas conductas. Así, se define la conducta asertiva como aquella que permite a la persona expresarse abiertamente y sin ejercer coacción sobre la otra persona.

La conducta agresiva permitiría a la persona expresarse abiertamente, pero de modo coercitivo sobre la otra persona.

En la conducta no asertiva la persona o bien no se expresa o lo hace de forma indirecta, pero sin intimidar al otro. La persona que manifiesta conductas no asertivas es incapaz de defender sus propios derechos, opinar o transmitir sentimientos y pensamientos de forma libre ante los otros, nunca daña a los demás y la conducta no

verbal que le acompaña suele ser mirada esquiva, tono de voz bajo, habla vacilante. Las consecuencias tanto a corto como a largo plazo de este tipo de conducta son negativas.

La agresión pasiva es la conducta que expresa de forma indirecta la persona, pero no coaccionando al/la otro/a, es decir, se intenta controlar la conducta de la otra persona de una manera indirecta o sutil (por ejemplo, una mirada amenazadora).

### **Ejercicio N° 9. (Ejercicios para la distinción entre conducta asertiva, no asertiva, agresiva)**

Para practicar esta distinción se propone trabajar en el aula las siguientes situaciones:

1. Simular estar en un restaurante y pedir un vaso de agua.
2. Preguntar la hora a un extraño.
3. Preguntar por una dirección, una calle, un lugar, a un individuo desconocido.
4. Pedir a un amigo un préstamo de dinero y devolverlo sin excusas a los dos o tres días.
5. Pedir a un amigo que le acompañe a tomar un café, o ir al cine, sin importar que diga no.
6. Solicitar a un compañero de clase los apuntes de la asignatura.
7. Cambiar en una zapatería unos zapatos defectuosos comprados el día anterior.
8. Ir a un supermercado, seleccionar un producto y solicitar a una persona con el carrito lleno pasar delante de ella.
9. Solicitar un cambio de fecha de examen a la profesora.
10. Decir no a un compañero ante una petición injusta. Por ejemplo, “Dejar un trabajo escrito propio para entregárselo a la profesora como suyo”.

### **F: Práctica de Habilidades Sociales Básicas: Escucha activa.**

Con el fin de responder adecuadamente a los demás es necesario prestar atención de forma correcta a los mensajes emitidos por los otros. Esto no sería posible si no atendemos a la denominada “escucha activa”. Los mensajes que recibimos pueden ser

verbales y no verbales. La escucha activa se da cuando un individuo manifiesta ciertas conductas que indican que claramente está prestando atención a la otra persona (Caballo, 2002). Pueden ser mensajes verbales cortos como “Ah-ah”, “Uh”, “Oh”, “Ah ¿sí?”, etc. Estos mensajes señalan al que habla que se le está escuchando, es decir prestando atención y le animan además a hablar más sobre el tema. También se pueden hacer referencias a afirmaciones anteriores, esto denota interés y que se le ha escuchado.

La escucha activa puede llevarse a cabo también por medio de conductas no verbales por parte del que escucha. Algunas de estas conductas no verbales consisten en asentimientos de cabeza, sonrisa congruente con el mensaje verbal recibido, contacto ocular directo, reflejo de la expresión facial del que habla, postura atenta, inclinación del cuerpo hacia delante (hacia el interlocutor). Se debe evitar el uso de gestos distractorios, las miradas esquivas, jugar con el bolígrafo mientras que el otro habla, dibujar mientras el otro habla, mover el pie hacia arriba y hacia abajo, etc.

En resumen, algunos pasos a seguir que se recomiendan para la escucha activa son:

1. Mirar a la persona que habla.
2. Pensar en lo que está hablando.
3. Esperar a que llegue el turno para hablar.
4. Decir lo que se quiera decir.

### **Ejercicio N° 10. (Ejercicios para practicar la escucha activa)**

Para poder practicar la escucha activa, se pueden realizar los siguientes role-playing.

Escena 1.- Un amigo escucha a otro que le cuenta la última película que ha visto en el cine.

Escena 2.- Una amiga le cuenta a otra “lo mal que se siente con su pareja, la cual se muestra hostil y exigente con ella tras varios años de convivencia”.

Escena 3.- Una madre escucha de forma activa al hijo que le transmite su problema de fracaso escolar. El hijo le plantea el miedo a suspender porque se siente incapaz de organizarse, de concentrarse y se siente “inútil” por ello. Además le transmite

problemas sentimentales con su pareja que le preocupan y distraen a la vez. La madre hace uso de la escucha activa.

Escena 4.- Una madre que se siente triste y preocupada por el problema de alcoholismo de su marido expone a su hija de 16 años su problema y solicita su ayuda para que convenza al padre a asistir a un centro de rehabilitación y tratamiento del alcoholismo. La hija hace uso de la escucha activa.

Tras escenificar estas situaciones, se comenta con el grupo la comunicación no verbal utilizada que acompaña a la escucha activa. También se comenta la secuencia utilizada y los consejos que se emiten tras la escucha activa. Se intenta hacer hincapié en la necesidad del uso de la empatía (capacidad para entender la situación y ponerse en el lugar del otro) antes de emitir consejos y ayuda.

### **G: Ensayos conductuales para hacer cumplidos y recibirlos.**

Los cumplidos son conductas verbales específicas que resaltan características positivas de una persona. Los cumplidos funcionan como reforzadores sociales y ayudan a hacer más agradables las interacciones sociales. El modo más común de expresar admiración consiste en ofrecer una expresión positiva directa. Los cumplidos pueden hacerse sobre la conducta, la apariencia y/o posesión de la otra persona.

Las expresiones positivas se pueden hacer más creíbles de diversas maneras:

1. Si normalmente no hacemos cumplidos y queremos empezar a hacerlos, deberemos empezar haciendo algún cumplido de vez en cuando e ir aumentando progresivamente su frecuencia.
2. Al principio es mejor expresar los cumplidos de manera conservadora, ya que expresiones repentinas de aprecio probablemente levanten sospechas.
3. Es mejor ofrecer expresiones positivas cuando no queramos nada de la otra persona. Si le vamos a pedir un favor es probable que el cumplido no sea tenido en cuenta.

4. No es conveniente devolver el cumplido que nos han hecho con otro igual dirigido a la otra persona. Puede sonar superficial, como una obligación adquirida.

Parece estar claro que cuando se empiezan a hacer cumplidos a los demás, es más probable que también recibamos más cumplidos. Para que estos intercambios positivos continúen es importante que reforcemos en los demás la conducta de hacernos cumplidos.

### **Ejercicio N° 11. (Dar elogios)**

Para practicar dar elogios y alabanzas se pide a los sujetos del grupo de entrenamiento que formen parejas y que hablen durante cinco minutos de un tema cualquiera, por ejemplo: qué hicieron el fin de semana, por qué estudiaron enfermería. Después se les propone que vuelvan al grupo. A cada miembro de la pareja se le solicita que alabe y elogie al otro, que le diga lo bien que se ha encontrado junto a él en la relación y lo cómodo que se ha sentido al hablar con él, qué elogie las capacidades que el otro tiene, lo simpático y amable que es y lo interesante que resulta conocerle. Es importante que los dos miembros apenas se conozcan.

### **Ejercicio N° 12. (Dar elogios)**

Se pide a un grupo de 6 u 8 personas que participen en el ejercicio y que den un elogio o una alabanza a la persona que tienen a su derecha. Se les dice que se imaginen que apenas se conocen. Una vez realizado este ejercicio se analiza el tipo de elogio que se ha dado y cómo se ha recibido. Posteriormente se explican al grupo los diferentes tipos de elogios que existen y su diferencia atendiendo al tipo de relación social. Así cuando la relación es menos estrecha, los elogios van dirigidos a aspectos materiales de posesiones u objetos de la persona o aspectos físicos. Si la relación es laboral, los elogios van dirigidos hacia conductas manifiestas por el otro profesional compañero, como logros profesionales o éxitos. Si la relación es más íntima, los elogios van dirigidos hacia las virtudes o cualidades y capacidades del otro.

En relación a cómo se deben dar los elogios, se les aconseja que aumenten la frecuencia paulatinamente y que sean sinceros y no utilitaristas. En relación a la manera de recibirlos se les aconseja que únicamente se den las gracias, que no utilicen otro elogio igual como respuesta, y que no se minimice el elogio recibido.

Algunas tareas para casa para practicar esta habilidad son las siguientes:

1. Hacer un cumplido al padre y a la madre.
2. Hacer un cumplido al novio/a.
3. Hacer un cumplido a un/a amigo/a.
4. Buscar la oportunidad de hacer un cumplido a un camarero, o al/la dependiente de una tienda.
5. Elogiar a un familiar de un paciente por sus cuidados.
6. Elogiar a un paciente por su colaboración y paciencia.
7. Elogiar a un alumno/a compañero de prácticas por la labor bien hecha.

#### **H: Ejercicios para la expresión de molestias, desagrado y disgusto.**

En muchas ocasiones, si algo que alguien hace limita de forma poco razonable nuestra felicidad tenemos el derecho de hacer algo al respecto. A veces podemos estar molestos por algo o con alguien (sus conductas) y es necesario manifestar nuestros sentimientos de disgusto y molestia ante ello. Ello no significa que el derecho de expresar estos sentimientos no deba ejercerse de una manera socialmente adecuada y sin dañar a nadie. Se trata de comunicar lo que estamos sintiendo de una manera asertiva y no agresiva. Sin embargo, el hecho de expresar nuestros sentimientos de forma adecuada no asegura que el otro u otros respondan de forma favorable a nuestras expresiones. Se pueden suavizar algunas respuestas de los otros si atendemos a algunos consejos en relación a cómo expresar la molestia, el desagrado o disgusto. Entre esos consejos estarían los siguientes:

- a) Determinar si merece la pena criticar una conducta determinada: ésta puede ser demasiado nimia, no va a volver a ocurrir, etc.

- b) Ser breve. Una vez que se ha expresado lo que se quería decir, no hay que darle más vueltas.
- c) Evitar hacer acusaciones, dirigiendo la crítica a la conducta y no a la persona.
- d) Solicitar un cambio de conducta específico.
- e) Expresar los sentimientos negativos en términos de nuestros propios sentimientos, en primera persona y no en términos absolutos.
- f) Cuando sea posible, empezar y terminar la conversación en un tono positivo.
- g) Estar dispuesto/a a escuchar el punto de vista de la otra persona.
- h) Terminar la conversación si puede acabar en riña.

Kelley (1979) señala que a menudo puede ser útil emplear una especie de guión si tenemos problemas en la expresión adecuada de sentimientos negativos. Este guión incluiría los puntos siguientes:

1. Centrarse en los elementos relevantes de la situación:

- a) La conducta ante la que tenemos que reaccionar.
- b) Nuestros sentimientos, los efectos que la conducta produce en nosotros y los sentimientos de los demás.
- c) Los cambios conductuales que queremos que se lleven a cabo
- d) Las posibles consecuencias positivas y negativas.

2. Escoger cuál de los elementos anteriores se expresarán verbalmente. Para realizar esta expresión el guión es **DESC** (DESCRIBIR, EXPRESAR, ESPECIFICAR, CONSECUENCIAS).

Describir la conducta problema, ofensiva o molesta. Describir la actuación, no el motivo. Algunos comienzos son: “Cuando tú...”, “cuando yo...”, “Cuando...”

Expresar los sentimientos en relación a la conducta problema: “Me siento...” “Pienso...”.

Especificar el cambio de conducta que debe llevar a cabo la otra persona. Conviene solicitar uno o dos cambios que no sean muy grandes: “Preferiría...”, “Quisiera...”, “Me gustaría...”.

Señalar las consecuencias positivas: qué ocurriría de positivo si la otra persona mantiene el acuerdo para cambiar. Y las consecuencias negativas que tendrán lugar si no hay cambio: “Si haces...”, “ Si no haces...”.

A veces no hacen falta los cuatro pasos, es suficiente usar Expresar y Especificar. Un ejemplo sería el siguiente:

Expresar: “No me gusta que utilices mi ordenador”.

Especificar: “No quiero que me llames después de las 10 de la noche”

Otra combinación es Describir, Expresar y Especificar (negociar)

### **Ejercicio N° 13. (Expresión de molestia, desagrado, disgusto)**

Se representa la siguiente escena:

“Dos personas comparten un despacho, una fuma y la otra no. La que no fuma además es asmática y tiene serios problemas cuando su compañera fuma. Hasta ahora no le ha comunicado nada, y lo único que hace es que cada vez que la compañera fuma, se va al baño y permanece allí 5 minutos para evitar así toser en su presencia. Cuando regresa la habitación está muy cargada y huele a tabaco”. Se va a practicar cómo expresar la molestia de la forma socialmente más aceptada y atendiendo a DESC.

Algunos ejemplos podrían ser:

Describir: cuando respiro el humo de los cigarrillos que fumas...

Expresar: me siento mal, me molesta a la garganta, me duele la cabeza.

Especificar o solicitar un cambio: “me gustaría que llegásemos a un acuerdo para que ambas nos sintiéramos bien, que tú pudieras fumar y que yo no me tragase el humo, por ejemplo, cuando tuvieras ganas de fumar podrías hacerlo en otra habitación”.

Consecuencias: “De esta forma podríamos trabajar mejor y la habitación no estaría tan cargada”.(+)/ “De lo contrario tendríamos que estudiar por turnos y perderíamos más tiempo las dos (-)”.

## **Ejercicio N° 14. (Expresión de molestia, desagrado, disgusto)**

Se realizará un role-playing escenificando la siguiente situación:

“En la sala de preparación de medicación, se encuentran las estanterías perfectamente ordenadas, y las bateas correspondientes para la preparación de la medicación parenteral. Después de instaurar la medicación, existen contenedores adecuados para desechar el material punzante. Un/a alumno/a de enfermería que realiza las prácticas clínicas en esta unidad constantemente deja el material sucio, después de la medicación, en la batea y no se ocupa de introducir el material punzante y peligroso en los contenedores adecuados. La enfermera debe realizarlo constantemente por él/ella, y lo hace para evitar el conflicto con las auxiliares de enfermería de la unidad. Esto cada día genera ira, rabia, malestar, hace perder tiempo y constituye un peligro (posibilidad de pincharte con agujas usadas, etc.) sin necesidad”. Se comenta cómo expresar las molestias, desagrado y disgusto, sin entrar en riña. Para ello se solicita que realicen la representación de papeles dos sujetos (uno realiza el papel de alumno/a y el/la otro/a de enfermero/a)

### **I: Ejercicios para fortalecer la autoestima personal y profesional.**

La autoestima es una actitud positiva de la persona hacia sí misma y hacia su propio crecimiento y se relaciona con la salud tanto física como psíquica. Para poder cuidar a los pacientes/clientes y a su familia es necesario que tanto los/as alumnos como los/las profesionales de enfermería tengan unos niveles de autoestima óptimos. Las estrategias para fortalecer la autoestima irán dirigidas a que: la persona se sienta atendida y aceptada por ella misma (es decir, manifieste aceptación, atención y confianza en sí misma) y a que aumente el repertorio de conductas necesarias para ser más competente en la vida y se pueda preparar para los retos. Estas conductas incluyen HH.SS. y comunicativas necesarias para afrontar el estrés y para las interacciones con el entorno sean positivas.

### **Ejercicio N° 15. (Autoestima personal)**

Este ejercicio se denomina “Fomentando la ostentación” (Kelley, 1979). Su objetivo es ayudar a identificar virtudes personales, explorar sentimientos y reacciones al expresar estas virtudes a otras personas y mejorar la sensación de confianza en uno mismo. Se le da a cada persona un folio con seis preguntas a las que debe responder:

1. ¿Qué capacidades naturales tiene?
2. ¿Qué cosas hace mejor que la mayoría de la gente?
3. ¿Cómo le ha ido el año pasado?
4. ¿Cuáles han sido las cosas más difíciles que ha llevado a cabo?
5. ¿De qué está orgulloso/a?
6. ¿Sobre qué aspectos de usted mismo/a le gustaría recibir más cumplidos?

Luego se le dice a cada participante que salga ante el grupo y comparta su nombre y un ítem de su lista. Se les pide que se expresen de la manera más segura posible, sin rebajarse, y que eviten comentarios negativos o expresiones de sus debilidades. Las personas que realizan este ejercicio deben alardear y presumir incluso más de lo que piensan que es correcto en su vida diaria. Se deben dar cuenta y analizar los sentimientos, reacciones y reservas durante esta expresión. Posteriormente se les pide a las personas que comenten y reflexionen sobre:

1. ¿Cómo se han sentido cuando compartían sus virtudes con los otros miembros del grupo?
2. ¿Cómo han compartido sus virtudes?, ¿Eran congruentes sus palabras y su lenguaje corporal?
3. ¿Se iba haciendo más fácil presumir conforme lo practicaban?
4. ¿Cuáles son algunas de las situaciones de la vida diaria en las que es apropiado y útil presumir?

## **Ejercicio N° 16. (Autoestima profesional)**

Se pide a un grupo de alumnos/as (4 ó 5) que salgan ante el resto y que comenten en voz alta las ventajas que comporta para ellos/as el haber estudiado enfermería. Para ello se les solicita que presten atención a los aspectos más positivos y que no se fijen ni expresen los negativos. Se les dice que imaginen que los oyentes son alumnos/as de bachillerato que acuden al centro para recibir información sobre los estudios de enfermería y que deben intentar “vender” lo mejor posible su profesión, las ventajas y beneficios que comporta, con el objetivo de incitar a que estudien lo mismo. De esta forma se pretende que la persona realice atención selectiva de lo positivo y evite lo negativo.

Para poder observar de manera sistemática la conducta verbal y no verbal de los participantes durante los rolle-playing, y también así poder aplicar la retroalimentación positiva y negativa posterior al ensayo, se confeccionó una parrilla de observación que figura en el Anexo IV. En dicha parrilla únicamente se evalúa la presencia o no de la emisión de algunos elementos de la comunicación efectiva.

### **5.3.- Programa de entrenamiento en habilidades sociales diseñado para profesionales de enfermería (EHS-pe).**

El programa de EHS para profesionales de enfermería (EHS-pe) surge inicialmente de las demandas de los/as profesionales de enfermería y de la necesidad detectada por el Área de Investigación y Formación Continuada de Enfermería del Hospital Son Dureta de realizar formación específica sobre HH.SS. al personal de enfermería del Hospital, de tal forma, que se diseña un seminario de EHS para Profesionales de Enfermería.

Posteriormente este mismo seminario se adapta también a profesionales de Enfermería del área de atención primaria de salud, ya que por parte de la Gerencia de Atención Primaria de Salud, se solicita desde el Área de Formación la realización de un seminario dirigido exclusivamente a auxiliares de enfermería del área de atención primaria de salud.

En términos generales, estos seminarios surgen de la idea general de que el entrenamiento en percepción social y en HH.SS. puede servir para que el/la enfermero/a y auxiliar de enfermería detecten los errores que se cometen al escuchar, mirar, integrar los aspectos verbales y visuales, que percibimos al interactuar con los pacientes/familiares y miembros del equipo multidisciplinar, así como, comprender el significado de lo que se ha visto y oído, y atender a las señales relevantes.

Ambos seminarios formativos, (para el área hospitalaria y para el área de atención primaria) tienen la misma estructura y para que los contenidos del programa sean mejor integrados por los sujetos entrenados se incorporan ejercicios, sobre todo ensayos de conducta que reflejan situaciones sociales o encuentros sociales cotidianos propios tanto del área hospitalaria como del área de primaria. Estos ejercicios son, como se verá a continuación, una adaptación de los incluidos en el EHS-ae, anteriormente descrito. Se elabora así el programa EHS-pe.

Los objetivos **generales** del programa de EHS-pe son los siguientes:

1. Definir el concepto de EHS, describir las diferentes premisas y técnicas utilizadas e identificar las HH.SS. básicas para enfermería.
2. Desarrollar las habilidades necesarias para dar y recibir refuerzos sociales (iniciar interacciones, hacer y recibir cumplidos, mostrar empatía).
3. Adquirir respuestas competentes para facilitar interacciones sociales favorables y exitosas, manejar las críticas y el conflicto interpersonal. El entrenamiento transmitirá nuevas habilidades cognitivas o de pensamiento, emocionales y de actuación. Se hará hincapié en las habilidades asertivas necesarias para la ejecución del rol profesional.

Los objetivos **específicos** se refieren a que los/as profesionales tras el programa de entrenamiento sean capaces de desarrollar las mismas habilidades ya descritas en el caso de EHS-ae.

Los criterios seguidos para el diseño del EHS-pe, los materiales necesarios para su aplicación y la forma de aplicación son los mismos que ya fueron descritos en el EHS-ae.

La **metodología empleada** para impartir estos seminarios incluía una exposición teórica del tema con apoyo audiovisual, y una parte práctica con el uso de grupos de reflexión y de ensayos conductuales o role playing.

Así la **parte teórica** comprende la explicación de aspectos como: HH.SS., conducta socialmente habilidosa, formación y mantenimiento de las HH.SS., competencia social y componentes, EHS, campos de aplicación, HH.SS. para profesionales de enfermería y ventajas y peligros de su aplicación. Se trata por tanto de unos contenidos similares a los que se incluye en el EHS-ae. Estos contenidos se exponían en la primera sesión del seminario con una duración de 5 horas. Durante esta primera sesión se realizaban los ejercicios siguientes:

#### HABILIDADES SOCIALES.

Ejercicio 1.- Nombre de cada participante, categoría, servicio y motivación de asistencia al seminario.

Ejercicio 2.- ¿Qué elementos o aspectos identificarías para ser felices? Relacionando estos fundamentos para ser felices con las HH.SS. del individuo.

#### DIMENSIONES. EVALUACIÓN.

#### DIFERENCIA ENTRE HABILIDAD SOCIAL Y COMPETENCIA SOCIAL.

#### COMPONENTES DE LA COMPETENCIA SOCIAL. MODELOS EXPLICATIVOS.

#### PROGRAMAS DE ENTRENAMIENTO. VENTAJAS. PELIGROS Y CRÍTICAS

Ejercicio 3.- ¿Qué cualidades creéis que tiene que tener una enfermera?. Haciendo hincapié en la necesidad de cualidades para prestar cuidados psicosociales al usuario y familia.

Por su parte, la **parte práctica** corresponde al programa de EHS-pe propiamente dicho, que comprende la realización de ejercicios o actividades en el aula, utilizando para ello las técnicas más comunes de los EHS: instrucciones, modelado, ensayos de conducta o role-playing, retroalimentación o feedback, refuerzo y tareas complementarias o tareas para casa.

Estos ejercicios están estructurados atendiendo a unos bloques o categorías de ejercicios similares al programa de EHS-ae. Estos ejercicios se realizaban en la sesión 2ª

y 3ª del seminario, sesiones ambas con una duración de 5 horas cada una (los ejercicios 1 a 12 se practican en la sesión 2ª y los ejercicios 13 a 22 en la 3ª sesión).

A continuación se presentan estos ejercicios haciendo especial hincapié en la descripción de aquellos aspectos en los que el EHS-pe difiere del EHS-ae.

### **A: Ejercicios de calentamiento o de romper el hielo.**

**Ejercicio N° 1.(Calentamiento).** Ejercicio para que la gente se vaya conociendo.

Este ejercicio es igual al ejercicio 1 del EHS-ae, anteriormente descrito.

### **Ejercicio N°2. (Presentación)**

Cada miembro del grupo se presenta a los demás diciendo su nombre. Una vez que todos han acabado de presentarse, tienen que preguntarse entre sí aquellos nombres que no recuerden. Intentar que uno de los participantes sea capaz de nombrar a todos los miembros del grupo.

### **Ejercicio N° 3.(Calentamiento)**

Este ejercicio es igual al ejercicio 2 del EHS-ae, anteriormente descrito.

### **Ejercicio N°4. (Calentamiento)**

Este ejercicio es igual al ejercicio 4 del EHS-ae, anteriormente descrito.

## **B: Ejercicios sobre el establecimiento de relaciones sociales: iniciar, mantener y terminar conversaciones**

### **Ejercicio N° 5. (Iniciar, mantener y terminar conversaciones)**

Para poder ejercitar el cambiar de tema, se propone el siguiente role-playing: dos personas simulan estar en una unidad asistencial haciendo sus tareas cotidianas, por ejemplo preparar la medicación de los pacientes/clientes,... Están comentando lo difícil que resulta preparar tanta medicación en tan corto período de tiempo. De repente uno de ellas inicia un tema nuevo en la conversación que no tiene nada que ver con lo que están hablando en este momento y que pertenece a la esfera personal.

### **Ejercicio N° 6. (Terminar conversaciones).**

Un ejercicio para practicar la finalización de conversaciones puede ser imaginar y representar la siguiente situación: En un pasillo del hospital, se produce el encuentro con un paciente y su familia que había estado ingresado en nuestra unidad. Este paciente ya está dado de alta hospitalaria y acude al hospital para una revisión. Tras conversar brevemente con ellos, preguntarles cómo se encuentran y qué tal por casa, se observa que tanto el paciente como la familia se encuentran ansiosos y con deseos de comunicar sus dudas sobre múltiples temas. Se intenta dar respuesta a la mayoría de ellos, pero la conversación se alarga, y es necesario terminar la conversación de forma asertiva. Se comentan y analizan posibles estrategias a emplear.

## **C: Ejercicios para hablar en público.**

### **Ejercicio N° 7. (Tema Vacío)**

Este ejercicio es igual al ejercicio 7 del EHS-ae, descrito anteriormente.

## **D: Entrenamiento en Derechos Humanos Básicos.**

### **Ejercicio N° 8. (Derechos Humanos Básicos)**

Este ejercicio es igual al ejercicio 8 del EHS-ae, anteriormente descrito.

## **E: Ejercicios de Escucha activa.**

### **Ejercicio N° 9. (Ejercicios para practicar la Escucha Activa)**

Este ejercicio es igual al ejercicio 10 del EHS-ae, anteriormente descrito.

## **F. Ejercicios para distinción entre conducta asertiva, no asertiva y agresiva.**

### **Ejercicio N°10. (Ejercicios para la distinción entre conducta asertiva, no asertiva, agresiva)**

Supongamos que a la persona le cuesta realizar acciones como pedir un vaso de agua en un bar, pedir un cambio en un comercio o cambiar una mercancía defectuosa. En el aula se practican estas situaciones y se propone a los discentes que lo practique una vez al día sin importar si lo consigue. Se aconseja que se repita la experiencia durante dos semanas. En caso de que se identifiquen otras conductas poco asertivas distintas de las enunciadas, se pueden practicar primero en el aula y luego en el entorno natural. Se aconseja que la persona proponga metas muy sencillas y, si todo va bien, pueda pasar a otras mayores.

### **Ejercicio N°11. (Ejercicios para la distinción entre conducta asertiva, no asertiva, agresiva).**

Se representa la siguiente situación: “La enfermera, el/la médico adjunto que pasa visita y un médico residente entran en una habitación de una clínica. En ella hay tres pacientes. El equipo se dirige hacia la cama número 3, donde está el paciente al cual el

Dr./a va a visitar. Después de realizar la anamnesis y valoración el/la médico adjunto le dice al residente que ausculte al paciente y solicita el resultado de la Radiografía de tórax que se le hizo ayer. La enfermera busca en el sobre de la historia clínica y comprueba que no ha llegado. El/la doctor/a le solicita que acuda al control y busque si está en otro sitio o en otro sobre de historia clínica. La enfermera está nerviosa no encuentra por ningún sitio la radiografía y no sabe qué hacer. ¿Qué se podría hacer en esta situación? ¿Qué conducta asertiva se aplicaría?”.

**Ejercicio N°12. (Ejercicios para la distinción entre conducta asertiva, no asertiva, agresiva)**

Mediante un role-playing se representa la siguiente escena: “Una enfermera acude en turno de tarde al hospital y se le asignan 15 pacientes. Uno de ellos ha ingresado hace poco, y debe ser ella quien inicie la perfusión de una medicación especial esa tarde a las 16 horas. No conoce nada en relación a su aplicación y los posibles efectos secundarios y sólo sabe “que es peligrosa su administración”. En la hoja de tratamiento figura la dosis y la vía de administración”.

Se trabaja en responder a las siguientes preguntas ¿qué haría si fuese usted la enfermera responsable de la administración del medicamento? ¿cómo resolvería sus dudas? Usted sabe que el médico que pautó la medicación está de guardia localizada, y tiene usted el número de su teléfono móvil ¿Cómo haría la llamada?

Como tarea para casa, se propone que observen situaciones de la vida cotidiana y que establezcan las clases de respuestas que se han dado (asertiva, no asertiva y agresiva).

**Ejercicio N°13. (Ejercicios para la distinción entre conducta asertiva, no asertiva, agresiva)**

Con este ejercicio se inicia la 3ª sesión del seminario. Se hace un resumen de las dos sesiones anteriores y se resuelven los ejemplos o tareas para casa sobre conducta

agresiva, asertiva y no asertiva. Se comenta la necesidad de las habilidades asertivas para el adecuado desempeño de la profesión. Se leen algunos ejemplos recogidos en la literatura sobre el tema (Caballo, 1993, p.277) y se comentan. La mayoría de estos ejercicios practican la emisión de la conducta asertiva en diferentes situaciones de la vida cotidiana, haciendo hincapié en la defensa de los derechos como consumidor.

#### **F: Ejercicios para hacer cumplidos y recibirlos.**

Se pide a los sujetos que antes de hacer cumplidos y recibirlos, propongan una meta sencilla, como por ejemplo decir dos halagos al día. Se les pide que observen algo positivo en sus familiares o colaboradores y que lo digan con franqueza y decisión. No importa si pertenecen a su sexo o no. Por ejemplo, se puede decir lo bien que les sienta tal o cual prenda de vestir, lo agradable de su sonrisa o alabar la calidad de su trabajo o cualquier otra virtud personal. Es importante no decir nada que no se siente. Los elogios deben ser verdaderos.

#### **Ejercicio N° 14. (Dar elogios).**

Para practicar dar elogios y alabanzas, se pide a los sujetos del grupo de entrenamiento que formen parejas, y que hablen durante cinco minutos de un tema cualquiera, por ejemplo: qué hicieron el fin de semana, qué les preocupa de su profesión, cómo es su unidad asistencial. Después se procede como en el ejercicio 11 del EHS-ae, anteriormente descrito.

#### **Ejercicio N° 15. (Dar elogios)**

Este ejercicio es igual al ejercicio 12 del EHS-ae, anteriormente descrito.

### **Ejercicio N° 16. (Dar elogios)**

Se hace que el grupo se coloque en círculo y que cada persona haga un cumplido verdadero al/a compañero/a de la derecha y que éste/a responda. Se les dice a los sujetos que imaginar que son compañeros/as de trabajo. Después de responder, se hace, a su vez, otro cumplido a la persona que se encuentra a la derecha y así sucesivamente. Los dos participantes, en cada cumplido, deberían interactuar brevemente antes de que quien los recibe vuelva a hacer un cumplido a la siguiente persona. Los cumplidos tienen que ser sinceros y dirigidos a conductas manifiestas del profesional que tienen al lado. Se solicita que se hable en segunda persona. Por ejemplo, “Informaste a la familia correctamente, le diste el apoyo emocional necesario” en vez de “Informó a la familia correctamente, le dió el apoyo emocional necesario”. Se pretende que se tengan en cuenta uno o varios de los aspectos señalados anteriormente y que favorecen el hacer y/o recibir cumplidos. Se solicita al grupo que reflexione sobre las ventajas de dar elogios y cumplidos y su relación con el clima laboral.

Se sugieren algunos ejercicios para practicar esta habilidad (similares a los descritos en el EHS-ae anteriormente expuesto).

### **H: Ejercicios para expresión de molestias, desagrado y disgusto.**

#### **Ejercicio N° 17. (Expresión de molestias y desagrado)**

Este ejercicio es igual al ejercicio 14 del EHS-ae, anteriormente descrito.

#### **Ejercicio N° 18. (Expresión de molestia, desagrado, disgusto).**

Se representa la siguiente escena: “Dos enfermeras comparten un mismo despacho donde se realiza consulta externa. Una de ellas es más antigua en el servicio, la otra, que se acaba de incorporar, se siente un tanto presionada por esta enfermera, la cual es muy estricta y perfeccionista, sobre todo con el tema del orden (necesita que los folios estén colocados de una determinada manera, las hojas de petición, los volantes, incluso los

colores de los bolígrafos). Ella alega que tiene su sistema de trabajo y que se debe trabajar así. La enfermera nueva está cada día más triste y aturdida, no sabe que hacer y cómo decirle que necesita repartir las tareas para tener su propia autonomía”. Se va a representar y comentar esta situación. Para ello se practica cómo expresar molestias, desagrado y disgusto sin dañar al otro, de forma asertiva y atendiendo a la secuencia DESC (descrita al presentar el EHS-ae).

## **I. Ejercicios para fortalecer la autoestima**

### **Ejercicio N° 19. (Autoestima personal)**

Este ejercicio pretende que la persona se acepte, y preste atención y gane confianza en sí misma. Se pide a cada miembro del grupo que se describa a sí mismo/a. Para ello se les solicita que intenten definirse y buscar los cinco adjetivos calificativos positivos que mejor les caractericen. Después cada uno expone ante el grupo los adjetivos. Se pretende después de esta exposición proporcionar feedback positivo (afirmativo) a las personas sobre sí mismas o sus conductas, siendo esto una forma de potenciar la autoestima. El uso de feedback positivo de los otros hacia la persona y sus actuaciones va a ser una herramienta adecuada para el fortalecimiento de la autoestima.

### **Ejercicio N° 20. (Autoestima personal)**

Este ejercicio es igual al ejercicio 15 del EHS-ae, anteriormente descrito.

### **Ejercicio N°21. (Autoestima profesional)**

Se le pide a un grupo de personas (4 ó 5) que salgan ante el resto, y que comenten en voz alta las ventajas que comporta para ellas el ejercicio de su profesión. Después se procede como en el ejercicio 16 del EHS-ae, descrito anteriormente.

## **Ejercicio N°22. (Autoestima profesional)**

Se le pide a un grupo de profesionales de enfermería (4 ó 5) que salgan ante el resto, y que comenten en voz alta “las características positivas del hospital o centro donde trabajan”. Se trata de explicar de forma positiva y orgullosos/as de ello: la calidad de los recursos con los que cuenta el centro u hospital, incluidos los recursos humanos, los avances conseguidos, los cambios positivos logrados, el buen clima laboral existente, etc. Se pretende que el/la profesional reconozca los logros alcanzados, las mejoras y se sienta identificado con la organización y con el equipo.

Con el fin de poder observar la comunicación verbal y no verbal que los participantes emitían durante los role-playing y poder proporcionar retroalimentación posterior, se utilizó la misma parrilla de observación que durante el EHS-ae, la cual figura en el Anexo IV.

**A modo de resumen**, como se ha podido comprobar, este programa tiene la misma estructura que el EHS-ae y comparte con él una parte importante de los ejercicios realizados. El hecho de contar con más ejercicios se debe a que, aún siguiendo la misma estructura que el anterior, nos parecía sumamente relevante que el profesional pudiese practicar, reflexionar sobre el tema y sobre todo se hizo mucho hincapié en las habilidades cognitivas que de manera subyacente están presentes en cada uno de estos ejercicios descritos. Cabe comentar que el clima que se generó durante este seminario fue muy propicio para que los/as profesionales colaborasen y participasen de manera activa en el programa de EHS. Se realizaban muchas aportaciones por su parte y continuamente se referían a sus inquietudes y preocupaciones relacionadas con la práctica asistencial del día a día.

## **6.- Variables e instrumentos.**

### **6.1.- Variables estudiadas.**

Las variables estudiadas se pueden agrupar en varios apartados.

En primer lugar tenemos las variables sociodemográficas donde se incluye el género (varón, mujer), la edad y el estado civil (soltero/a, casado/a, que incluye tanto a las personas legalmente casadas como a aquellas que viven en pareja, y finalmente la categoría separado/a-divorciado/a-viudo/a).

En segundo lugar tenemos las variables académicas, analizadas en el caso de la muestra de Alumnado y que incluyen los estudios en curso (primero, segundo o tercero de enfermería), la experiencia previa en el área sanitaria antes de iniciar los estudios de enfermería, la procedencia al ingreso en los estudios actuales (selectividad/COU, módulos Formación profesional (FP), acceso mayores de 25 años, Otras titulaciones y Titulaciones por la Universidad Nacional de Educación a distancia).

En tercer lugar están las variables profesionales analizadas en el caso de la muestra de Profesionales y que se incluyen la categoría profesional (Auxiliar, Enfermera/o), la Unidad asistencial donde trabajan, el lugar de trabajo (Hospital Son Dureta, Virgen de la Salud, Psiquiátrico, Hospital General, Hospital Joan March, Hospital Son Llàtzer, o Atención primaria), el tipo de contrato (contratado, fijo), la experiencia profesional en la categoría profesional y la experiencia en la unidad asistencial actual.

En relación a la unidad asistencial se diferenciaron unidades de alto riesgo (UAR) y unidades de bajo riesgo (UBR) (Fornés, 1992). Se integran bajo la denominación de unidades de alto riesgo (UAR) aquellas en las que se hospitalizan enfermos en situaciones límite, entre ellas las Unidades de cuidados intensivos (UCI), Urgencias, Unidades de Coronarias, Diálisis, Unidad de Trasplantes, Unidad para pacientes terminales oncológicos, con SIDA o infecciosos. En ellas se agudiza el proceso de tecnificación de los cuidados lo cual sin duda, ha proporcionado triunfos relevantes en la lucha contra la enfermedad, pero ha llevado también a una clara deshumanización del quehacer del sanitario. Bajo la denominación de unidades de bajo riesgo (UBR) se

incluyeron las Consultas Externas y el resto de unidades de hospitalización, excluyendo las de Oncología e Infecciosos.

En cuanto a la experiencia, se ha tomado como punto de referencia los 3 años de experiencia atendiendo a la literatura consultada. Así, trabajos realizados por Stern (1980) relacionan el aumento de cifras de absentismo con diferentes factores (baja motivación, existencia de malas relaciones con los colegas, percepción del profesional de una posibilidad de promoción muy limitada y con las carencias de equipos y materiales). Y verifican la casi inexistencia de absentismo en los primeros años de experiencia profesional, situando en los tres años de ejercicio el punto en el que aparecen altas tasas de absentismo. Se ha considerado además interesante diferenciar entre experiencia en la categoría profesional y la unidad asistencial por considerar que pueden ser variables con una acción diferente sobre la competencia social.

Las variables sociodemográficas, académicas y profesionales se emplearon para realizar una descripción de la muestra de estudio y también para diferenciar entre sí a los/as integrantes de la muestra y establecer comparaciones entre sus niveles iniciales de HH.SS.

La **variable independiente** será el uso o no del EHS. Concretamente, el uso o no del EHS-ae en el caso de la muestra de alumnado y el uso o no del EHS-pe en el caso de la muestra de profesionales. Los programas EHS-ae y EHS-pe han sido presentados en el apartado anterior.

Finalmente como **variable dependiente** se consideró la conducta asertiva o socialmente habilidosa y/o a las HH.SS. tal y como la define Gismero (1996):

*“La conducta asertiva o socialmente habilidosa es el conjunto de respuestas verbales y no verbales, parcialmente independientes y situacionalmente específicas, a través de las cuales un individuo expresa en un contexto interpersonal sus necesidades, sentimientos, preferencias, opiniones o derechos sin ansiedad excesiva y de manera asertiva, respetando todo ello en los demás, que trae como consecuencia el auto-reforzamiento y maximiza la probabilidad de conseguir refuerzo externo”.*

Cabe remarcar que esta autora considera la conducta asertiva y las HH.SS. como términos equivalentes, dado que distintos autores se refieren a ellos aludiendo a contenidos idénticos. Sin embargo, considera preferible el empleo de cualquiera de ellos antes que términos como asertividad o persona asertiva, ya que estos últimos implican la existencia de un rasgo unitario y estable, suposición que, como ya se comentó, como ya se comentó, no parece sostenerse empíricamente.

En la citada definición se incluyen tanto aspectos que describen el contenido de la respuesta, como las consecuencias de la misma, porque ambos son importantes: tener en cuenta a los demás es lo que va a permitir diferenciar una conducta asertiva de una agresiva, conceptos a menudo confundidos (Gismero, 2000).

Sin embargo, lo cierto es que esta definición encajaría tanto con lo que algunos autores han venido llamando conducta asertiva (una vez que el término se fue ampliando) como con lo que otros prefieren denominar habilidad social en base a la mayor implantación del término (Caballo, 1993).

Esta conducta se concreta en los contenidos siguientes: Autoexpresión en situaciones sociales; defensa de los propios derechos como consumidor/ar; expresión de enfado o disconformidad; decir no y cortar interacciones; hacer peticiones; e iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto. La descripción concreta de estos contenidos se presenta en el próximo apartado.

## **6.2.- Instrumentos.**

Los instrumentos que hemos utilizado han sido, en primer lugar, dos cuestionarios de datos sociodemográficos (uno para alumnos/as de enfermería y otro para personal de enfermería). Ambos cuestionarios fueron diseñados ad-hoc, figuran en el Anexo III y recogen información sobre las variables sociodemográficas, académicas y profesionales.

Para medir la conducta asertiva o socialmente habilidosa se ha utilizado la “Escala de Habilidades Sociales” de Elena Gismero publicada por TEA Ediciones (2000).

Se ha escogido este instrumento por ser breve (requiere aproximadamente unos 15 minutos para ser cumplimentado), específico (mide aserción y/o habilidades sociales), construido, validado y tipificado con población española y con unas adecuadas propiedades psicométricas. Además permite identificar con precisión a los individuos con distintos déficits en diversas áreas. Por otra parte los sujetos con los que se validó el instrumento fueron, en un primer estudio, adultos jóvenes (el 90% menores de 30 años), y, por tanto, similares a la muestra de nuestro trabajo. Y, finalmente se trata de un instrumento que se puede administrar de manera individual y de forma colectiva.

En su versión definitiva esta escala está compuesta por 33 ítems, 28 de los cuales están redactados en sentido inverso, es decir, expresar acuerdo con su contenido indicaría falta de aserción o déficit en habilidades sociales, y 5 de ellos en sentido positivo (ítems 3,7,16,18,25), es decir, contestar afirmativamente expresaría manifestar una conducta asertiva. Con esta formulación bidireccional la autora pretende evitar la tendencia a mostrar acuerdo de forma indiscriminada.

Con respecto al formato de respuesta, la persona debe seleccionar 1 de entre 4 alternativas expresadas así:

A: No me identifico en absoluto; la mayoría de las veces no me ocurre o no lo haría.

B: Más bien no tiene que ver conmigo, aunque alguna vez me ocurra.

C: Me describe aproximadamente, aunque no siempre actúe o me sienta así.

D: Muy de acuerdo y me sentiría o actuaría así en la mayoría de los casos.

Los ítems redactados de manera positiva se puntúan como sigue: A=1, B=2, C=3 y D=4; si la redacción del elemento es inversa se puntúan: A=4, B=3, C=2 y D=1.

Por tanto, una mayor puntuación global, indica que la persona tiene más HH.SS. y más capacidad de aserción en distintos contextos.

Las puntuaciones medias globales obtenidas por las diferentes muestras de baremación pueden verse en el cuadro siguiente:

Tabla 10.- Puntuaciones medias globales en muestras de baremación.

<b>Muestra de baremación</b>	<b>Puntuación global (d.t.)</b>
406 adultos jóvenes	87,85 (14,90)
258 mujeres	84,86 (13,71)
148 varones	88,46 (15,28)
364 adultos mayores de 30 años	89,72 (15,19)
248 mujeres	89,68 (14,24)
116 varones	94,13 (17,14)
1017 niños/as y adolescentes	95,16 (13,67)

Para la interpretación y valoración de los seis factores que componen la escala su autora utilizó tanto la información cualitativa (formulación de los ítems) como la cuantitativa (número de ítems que lo definen y saturación factorial) y los etiquetó de la siguiente forma:

I: *Autoexpresión en situaciones sociales*. Este factor compuesto por 8 ítems refleja la capacidad de expresarse uno mismo de forma espontánea, y sin ansiedad, en distintos tipos de situaciones sociales (entrevistas laborales, tiendas y lugares oficiales, en grupos y reuniones sociales, etc). Obtener una alta puntuación indica facilidad para las interacciones en tales contextos para expresar las opiniones y sentimientos, hacer preguntas, etc.

II: *Defensa de los propios derechos como consumidor*. Una alta puntuación en este factor compuesto por 5 ítems refleja la expresión de conductas asertivas frente a desconocidos en defensa de los propios derechos en situaciones de consumo (no dejar “colarse” a alguien en una fila o en una tienda, pedir a alguien que habla en el cine que se calle, pedir descuentos, devolver un objeto defectuoso, etc.).

III: *Expresión de enfado o disconformidad*. Bajo este factor que incluye 4 ítems subyace la idea de evitar conflictos o confrontaciones con otras personas. Una puntuación alta indica la capacidad de expresar enfado o sentimientos negativos justificados y/o desacuerdo con otras personas. Una puntuación baja indicaría la dificultad para expresar discrepancias y el preferir callarse lo que a uno le molesta con tal de evitar posibles conflictos con los demás (aunque se trate de amigos o familiares).

IV: *Decir No y cortar interacciones*. Los 6 ítems de este factor reflejan la habilidad para cortar interacciones que no se quieren mantener (tanto con un vendedor, como con amigos que quieren seguir charlando en un momento en que queremos interrumpir la conversación, o con personas con las que no se desea seguir saliendo o manteniendo la relación), así como el negarse a prestar algo cuando nos disgusta hacerlo. Se trata de un aspecto de la aserción en que lo crucial es poder decir “no” a otras personas, y cortar las interacciones –a corto o a largo plazo- que no se desean mantener por más tiempo.

V: *Hacer peticiones*. Esta dimensión está compuesta por 5 ítems y refleja la expresión de peticiones a otras personas de algo que deseamos, sea un amigo (que nos devuelva algo que le prestamos, que nos haga un favor), o en situaciones de consumo (en un restaurante no nos traen algo como lo pedimos y queremos cambiarlo, o en una tienda nos dieron mal el cambio). Una puntuación alta indicaría que la persona que la obtiene es capaz de hacer peticiones semejantes a éstas sin excesiva dificultad, mientras que una baja puntuación indicaría la dificultad para expresar peticiones de lo que queremos a otras personas.

VI: *Iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto*. El factor compuesto por 5 ítems se define por la habilidad para iniciar interacciones con el sexo opuesto (una conversación, pedir una cita...) y de poder hacer espontáneamente un cumplido, un halago, hablar con alguien que te resulta atractivo. En esta ocasión, se trata de intercambios positivos. Una puntuación alta indica facilidad para tales conductas, es decir, iniciativa para iniciar interacciones con el sexo opuesto, y para expresar espontáneamente lo que nos gusta del mismo. Una baja puntuación indicaría dificultad para llevar a cabo espontáneamente y sin ansiedad tales conductas.

Los resultados del estudio de la escala apoyan el concepto de una dimensionalidad múltiple del constructo conducta asertiva/habilidades sociales y la mayoría de las dimensiones encontradas han sido obtenidas también en otros estudios, con otros inventarios de autoinforme o en otras poblaciones (Caballo y Buela, 1988, 1991; Caballo y Ortega, 1989; Carrasco, Clemente y Llavona, 1983; Galassi y Galassi, 1980), lo cual puede ser entendido como indicador de la validez de contenido de este instrumento.

La fiabilidad calculada mediante el procedimiento *alfa* de Cronbach para la primera muestra de adultos (N=406) fue 0,884, indicando, por tanto, una adecuada fiabilidad.

Finalmente, se presentan los estadísticos descriptivos obtenidos por la autora del instrumento en la muestra de baremación de adultos jóvenes y que serán tomados como punto de referencia en nuestros propios análisis.

Tabla 11.- Estadísticos descriptivos de las variables medidas por la “Escala de Habilidades Sociales” (Mujeres + varones) Adultos.

<b>Variable</b>	<b>Media</b>	<b>D.t.</b>	<b>Mínima</b>	<b>Máxima</b>
Factor I	21,89	4,92	8	32
Factor II	13,88	3,15	5	20
Factor III	10,47	2,72	4	16
Factor IV	14,88	3,69	6	24
Factor V	13,58	2,75	5	20
Factor VI	13,14	3,25	5	20
Global	87,85	14,90	33	132

## **7.- Procedimiento.**

Los cuestionarios de datos sociodemográficos, académicos y profesionales se aplicaron junto a la “Escala de Habilidades Sociales”, con una nota de presentación de los cuestionarios, donde se solicitaba colaboración para cumplimentarlos (Anexo III).

La administración fue individual, auto-administrada y anónima (aunque se solicitaba el número de DNI como código numérico de identificación). En el caso del grupo Alumnado con Intervención se explicó el objetivo de la investigación y se solicitó su colaboración en la misma (así como la cumplimentación de los cuestionarios) el primer día de clase de la asignatura “Relaciones Humanas en los Cuidados de Enfermería”. La administración inicial de los cuestionarios se realizó antes de la explicación teórica de los temas 7 y 8, que corresponden a los temas: “Habilidades Sociales y Entrenamiento en Habilidades Sociales”, para no condicionar las respuestas.

Para la administración postratamiento de los cuestionarios se decidió reunir a los alumnos/as al finalizar los grupos de entrenamiento programados y, además de recoger

las sugerencias y analizar con ellos los puntos fuertes y débiles del mismo, solicitar de nuevo su colaboración en la cumplimentación de la escala. Aproximadamente transcurrieron dos meses y medio entre la 1ª y 2ª administración de los cuestionarios.

En el grupo Alumnado Control la administración inicial de los cuestionarios se realizó durante la primera semana de impartición de las asignaturas “Atención de enfermería al paciente drogodependiente” (2º curso) y “Entrevista clínica” (1º curso). La segunda administración se realizó dos meses y medio después (al final de la parte teórica de las asignaturas). En ambos casos se solicitó al alumnado su colaboración en la investigación que se estaba llevando a cabo.

En el caso de los grupos de profesionales, los cuestionarios se administraron al inicio y al final de los seminarios formativos desarrollados (Febrero y Junio, 2002). En todos los casos se solicitó la colaboración de los/as profesionales en la investigación en curso.

Para la administración de los cuestionarios en todos los grupos se intentó mantener un buen clima y lograr una comunicación efectiva. Aunque las instrucciones estaban incluidas en una nota aclaratoria de presentación de los cuestionarios (Anexo III) se explicaban en voz alta las instrucciones para conseguir que todos los sujetos las comprendieran perfectamente. Se dejaba claro que no eran pruebas de rendimiento, por lo que no existían respuestas verdaderas ni falsas. Para motivarlos se les explicaba que se trata de un conjunto de situaciones ante las que cada uno actúa (o actuaría) o se siente (o cree que se sentiría) de distinta forma. Lo importante es que la persona se encuentre en un clima de tranquilidad y pueda responder con la mayor sinceridad posible, expresando en cada situación cómo cree que actuaría.

Algunas personas presentaban más dificultades que otras a la hora de cumplimentarlos, siendo por ello necesario introducir explicaciones adicionales e individualizadas para esclarecer el contenido de algunos ítems. Se les indicó cómo debían señalar las respuestas a los diferentes ítems (rodearlos con un pequeño círculo), y también se les daba instrucciones sobre la forma de anular una respuesta previa. No había límite de tiempo para la aplicación de los cuestionarios, pero dada su brevedad, la mayoría de los sujetos no solían tardar en completarlos más de veinte minutos.

En relación a la corrección y puntuación, tal y como se indica en el manual de la “Escala de Habilidades Sociales”, la persona marcaba aquella alternativa que consideraba que mejor describía su modo de actuar; las respuestas a los elementos que pertenecen a una misma subescala están en una misma columna, y por tanto sólo era necesario sumar los puntos conseguidos en cada escala y anotar esa puntuación directa (PD) en la primera de las casillas que se encuentran en la base de cada columna. Finalmente, la puntuación directa global es el resultado de sumar las PD en las seis subescalas.

A continuación, y empleando los baremos que se ofrecen en el manual, las PD se transformaron en percentiles (PC).

Como ya se comentó anteriormente, el programa **EHS-ae** se aplicó al grupo alumnado con intervención en forma de seminario (4 horas de duración) programado en horario lectivo escolar, siempre en turno de tarde (los miércoles de 16 a 20 horas, siempre en una misma aula C-03) durante el mes de mayo para el curso académico 2000-2001 y 2001-2002 y durante el mes de abril para el curso académico 2002-2003. El número total de alumnos matriculados (aproximadamente 100 alumnos/as) se dividía en cuatro grupos de intervención cuyo número era aproximadamente de 24-26 alumnos/grupo, procurando que fuese un número par (para facilitar los ejercicios por parejas). La intervención la llevó a cabo siempre la misma persona, la autora de este trabajo.

Como ya se comentó anteriormente, el programa EHS-ae constaba de 16 ejercicios que seguían una secuencia previamente establecida, aunque permitían cierta flexibilidad en su aplicación. La planificación del tiempo para los ejercicios se representa en la siguiente tabla:

Tabla 12 .- Secuencia de ejercicios y tiempo estimado para el Programa EHS-ae

<b>Programa EHS-ae</b>	<b>Tiempo estimado.</b>
A. Ejercicios de Calentamiento (4 ejercicios)	20 minutos
B. Iniciar, mantener y terminar conversaciones (2 ejercicios)	20 minutos
C. Hablar en público (1 ejercicio)	35 minutos
Pausa	10 minutos
D. Derechos humanos básicos (1 ejercicio)	20 minutos
E. Conducta asertiva, no asertiva y agresiva (1 ejercicio)	25 minutos
F. Escucha activa (1 ejercicio)	25 minutos
Pausa	10 minutos
G. Hacer cumplidos y recibirlos. (2 ejercicios)	20 minutos
H. Expresión de molestias. (2 ejercicios)	20 minutos
I. Fortalecer autoestima personal y profesional (2 ejercicios)	35 minutos

El **EHS-pe** se impartió en forma de seminario (15 horas de duración) que se programaba en horario de 9,30 a 14,30 horas de lunes a miércoles. Para los/as profesionales del ámbito hospitalario, se realizó durante el mes de Febrero de 2002, en el aula de la 9ª planta del Hospital Materno-infantil, dotada de los medios audiovisuales y el material necesario. En el caso de los/as profesionales de atención primaria, se realizó durante el mes de Junio de 2002, en la sala de reuniones de la 2ª planta del Centro de Salud Son Pizá de Palma, también de lunes a miércoles en el mismo horario. Los profesionales se preinscribían al curso, siendo el número máximo de participantes 24-26 profesionales. Se intentaba formar grupos con número par de sujetos (para facilitar los ejercicios por parejas). El programa de EHS-pe seguía una secuencia de ejercicios estructurados, atendiendo a las diferentes categorías de respuestas.

Tal y como ya se ha comentado anteriormente, el primer día de seminario formativo se recogían los cuestionarios y se hacía la presentación teórica del tema. El segundo y tercer día de seminario formativo se destinaba a la aplicación del programa de EHS-pe propiamente dicho. Por tanto, la duración del programa EHS-pe fue de 10 horas, repartidas en 2 sesiones. A continuación se presenta la secuencia de ejercicios y tiempo estimado para la realización de los mismos.

Tabla 13 .- Secuencia de ejercicios y tiempo estimado para el Programa EHS-pe

<b>Programa EHS-pe</b>	<b>Tiempo estimado.</b>
A. Ejercicios de Calentamiento (4 ejercicios)	35 minutos
B. Iniciar, mantener y terminar conversaciones (2 ejercicios)	40 minutos
C. Hablar en público (1 ejercicio)	45 minutos
Pausa*	20 minutos
D. Derechos humanos básicos (1 ejercicio)	45 minutos
E. Escucha activa (1 ejercicio)	45 minutos
Pausa*	15 minutos
F. Conducta asertiva, no asertiva y agresiva (3 ejercicios)	50 minutos
F. Conducta asertiva, no asertiva y agresiva (1 ejercicio)	45 minutos
G. Hacer cumplidos y recibirlos (3 ejercicios)	50 minutos
Pausa*	20 minutos
H. Expresión de molestias (2 ejercicios)	50 minutos
I. Fortalecer autoestima personal y profesional (4 ejercicios)	95 minutos
Resumen y evaluación posterior (Post)	40 minutos

*\*(Nota: la pausa se intercala en esta franja horaria por motivos organizativos y horario almuerzo)*

## **8.- Análisis de datos.**

En primer lugar, se analizarán los datos correspondientes a la medida pre (administración inicial de la “Escala de Habilidades Sociales”) con objeto de conocer el nivel y características de las HH.SS. presentes en la muestra estudiada con anterioridad a cualquier intervención.

En este sentido, se realizará un análisis descriptivo de las HH.SS. en el alumnado, presentando tanto los estadísticos de tendencia central y dispersión como las medidas de forma y los histogramas para los 6 factores estudiados y para la puntuación global.

En segundo lugar, y con objeto de determinar el posible efecto de ciertas variables sobre las HH.SS. se procederá a diferenciar la muestra de alumnado en función de las variables género, edad y experiencia sanitaria previa, y a comparar las puntuaciones medias obtenidas por los subgrupos resultantes. Por otra parte, y dado que como ya se ha comentado en el apartado de procedimiento, la intervención se realizó con el alumnado en tres momentos diferentes (curso 2000-01, 2001-02 y 2002-03) se procederá a comparar estas tres submuestras con objeto de determinar si se las puede considerar como una única (alumnado con intervención) o si, por el contrario, es pertinente considerarlas como tres submuestras diferenciadas. Finalmente, y con objeto de comprobar que se dan las condiciones idóneas para aplicar el diseño propuesto (ausencia de diferencias entre grupo con intervención y sin intervención) se procedió a comparar al grupo Alumnado con intervención con el grupo Alumnado Control.

Posteriormente, se realizarán estos mismos análisis descriptivos y de comparación en función de diferentes variables (experiencia profesional, categoría profesional, tipo de contrato, ...) en el caso de los/as profesionales.

Para finalizar este segundo bloque, se compararán los niveles de HH.SS. de alumnado y profesionales.

A continuación, y dados los objetivos propuestos, se procederá a comparar las puntuaciones medias obtenidas en la medida pre y en la medida post por los/as estudiantes y los/as profesionales que recibieron EHS y los/as que no.

Cabe señalar que, como paso previo a cualquier comparación de medias, se procedió a estudiar si las puntuaciones en HH.SS. cumplían los supuestos de normalidad y homocedasticidad (para el caso de las medidas independientes) y esfericidad (para el caso de las medidas repetidas o datos apareados) que permiten la utilización de estadísticos paramétricos o no.

Por lo que se refiere a la normalidad, como puede verse en la tabla siguiente, los resultados del test de normalidad de Kolmogorov-Smirnov (corrección de Lilliefors) para las puntuaciones medias de los diferentes factores (y tanto correspondientes a la medida pre como a la medida post) indican que la distribución de las puntuaciones

media de estos factores no siguen una distribución normal. Por tanto, las comparaciones se realizarán mediante estadísticos no paramétricos, y, concretamente, mediante las pruebas U de Mann-Whitney o H de Kruskal-Wallis para la comparación de dos o más medias respectivamente en el caso de las medidas independientes, o mediante las pruebas T de Wilcoxon o F de Friedman para la comparación de dos o más medias respectivamente en el caso de medidas repetidas.

En cambio, en el caso de las puntuaciones medias globales y tanto para la medida pre como para la medida post, los resultados del test de normalidad de Kolmogorov-Smirnov (corrección de Lilliefors) indican que estas puntuaciones siguen una distribución normal. Se hace pues necesario comprobar si se cumplen el resto de los supuestos previstos.

Tabla 14.- Prueba de normalidad para las puntuaciones de los diferentes factores y globales en las fases pretest y postest:

Factor	Test	de	normalidad
	Kolmogorov- Estadísticos	Smirnov gl	Sig.
F1A	0,069	377	0,000
F2A	0,082	377	0,000
F3A	0,133	377	0,000
F4A	0,098	377	0,000
F5A	0,093	377	0,000
F6A	0,084	377	0,000
GlobalA	0,052	377	0,055
F1D	0,078	377	0,000
F2D	0,077	377	0,000
F3D	0,124	377	0,000
F4D	0,082	377	0,000
F5D	0,095	377	0,000
F6D	0,096	377	0,000
GlobalD	0,038	377	0,200

Concretamente, en el caso de las puntuaciones globales pre y post, y una vez comprobado que siguen una distribución normal, se comprobará su homoscedasticidad o igualdad de varianzas mediante la prueba de Levene.

Tabla 15.- Test de Levene para las puntuaciones globales pretest y posttest:

Factor	Estadístico Levene	gl 1	gl2 3	Significación
Global A	1,668	3	373	0,174
Global D	0,383	3	373	0,766

Dados los resultados obtenidos en la prueba de Levene se puede afirmar que tanto las puntuaciones globales pre como las puntuaciones globales post cumplen el supuesto de homocedasticidad u homogeneidad de varianzas. Por tanto, para el análisis de estas puntuaciones en el caso de medidas independientes se emplearán las pruebas t de Student-Fisher ó F de Snedecor, según se comparen dos ó más medias, respectivamente.

Finalmente, y dado que en el presente caso se trabaja también con medidas repetidas, se procedió a comprobar si, además del supuesto de normalidad y homocedasticidad, las puntuaciones globales pre y post cumplían el supuesto de aditividad, esto es, que la interacción entre los tratamientos y los sujetos es nula o lo que es lo mismo, que el efecto de los tratamientos es independiente de los sujetos o bloques a los que se aplica (San Martín y Pardo, 1989). Los resultados obtenidos en la prueba de aditividad de Tukey permiten afirmar que efectivamente estas puntuaciones son no aditivas.

Así pues, la comparación de medias en el caso de las puntuaciones globales pre y post se realizará aplicando estadísticos paramétricos y, concretamente, la prueba t de Student Fisher para datos apareados al tratarse de comparar dos medias o la prueba F de Snedecor para medidas repetidas al comparar más de dos muestras.

Con objeto de completar los análisis y obtener una visión más amplia de los resultados, se procederá finalmente a estudiar los percentiles obtenidos por los/as integrantes de la muestra ya que podría darse el caso de que las puntuaciones medias se

vieran modificadas por la aplicación del tratamiento, pero no así los percentiles. En el caso de los percentiles, la comparación se realizará mediante tablas de contingencia, diferenciando aquellas personas que se hallan en el primer, segundo, tercer y cuarto cuartil en cada caso, esto es, aquellas personas que obtienen percentiles por debajo del 25, entre el 26 y el 50, entre el 51 y el 75 y por encima del percentil 75.

Todos estos análisis fueron realizados mediante el paquete estadístico SPSS.10 implementado en un ordenador MacIntosh.

Antes de finalizar este apartado cabe comentar que el manual de elaboración de trabajos científicos de la APA (1994) recomienda proporcionar información sobre el tamaño del efecto ya que los valores de la probabilidad ofrecidos por las pruebas de significación estadística dependen del tamaño de la muestra por lo que no resultan índices aceptables de la magnitud del efecto.

Sin embargo, y como puntualizan Frias *et al.* (2000), cuando las hipótesis tratan de determinar la probabilidad de diferencias entre grupos o de los efectos de una intervención, la aplicación de las pruebas de significación estadística (por sí misma) es adecuada puesto que lo que se busca no es un tamaño del efecto concreto, sino únicamente detectar la existencia de un efecto de modo que, incluso un efecto de pequeño tamaño, puede tener una gran importancia práctica.

Es por ello que, y dado que en este caso el objetivo central de la investigación realizada era precisamente probar la existencia de algún efecto generado por el programa de EHS aplicado (tuviera éste el tamaño que tuviera), se procedió únicamente a aplicar las pruebas de significación estadística ya descritas.

### **III. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.**

## 1.- Análisis descriptivo de las habilidades sociales en la muestra estudiada.

### Medida pre.

En este apartado se describirán los resultados generales obtenidos en la medida pre. Concretamente, el objetivo es describir y analizar con que HH.SS. cuentan el colectivo de alumnado y el de profesionales con anterioridad a la aplicación de los programas de EHS.

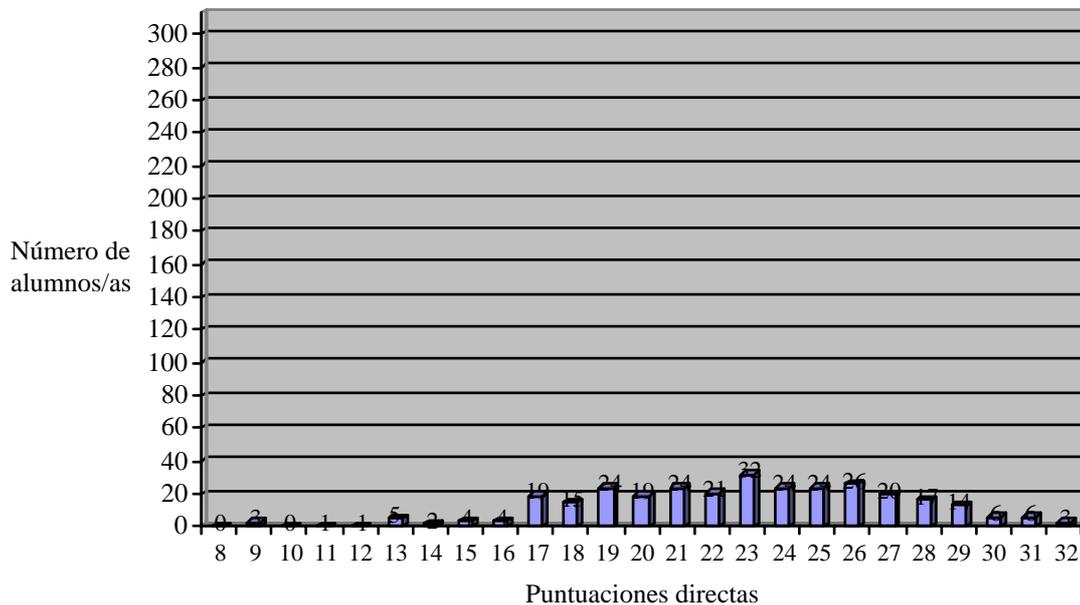
### 1.1.- Análisis descriptivo de las habilidades sociales en el alumnado. Medida pre.

En primer lugar se analizarán los resultados en HH.SS. obtenidos por el colectivo de alumnado en el momento de la medida pre.

Tabla 16.- Estadísticos descriptivos en la medida pre. Alumnado (n=314). Factor 1.

		Medida pre
Factor 1	Media	22,72
	95% del intervalo de confianza para la media	22,23 – 23,21
	Mediana	23,00
	Moda	23,00
	Varianza	19,80
	Desviación estándar	4,45
	Mínimo - máximo	9 – 32
	Asimetría	-,348
	Curtosis	-,011
	Estimador M de Hampel	22,89

Figura 27.- Distribución de frecuencias para el Factor 1 en la medida pre. Alumnado (n=314).



En el factor 1, *Autoexpresión en situaciones sociales*, la muestra Alumnado obtiene una puntuación media ligeramente superior a la de la muestra de baremación y que se situaría en torno al percentil 50, indicando la presencia de un nivel medio de la HH.SS. en cuestión. Concretamente este factor refleja la capacidad de expresarse uno mismo de forma espontánea, y sin ansiedad, en distintos contextos y tipos de situaciones sociales (entrevistas laborales, tiendas y lugares oficiales, en grupo y reuniones sociales, etc.).

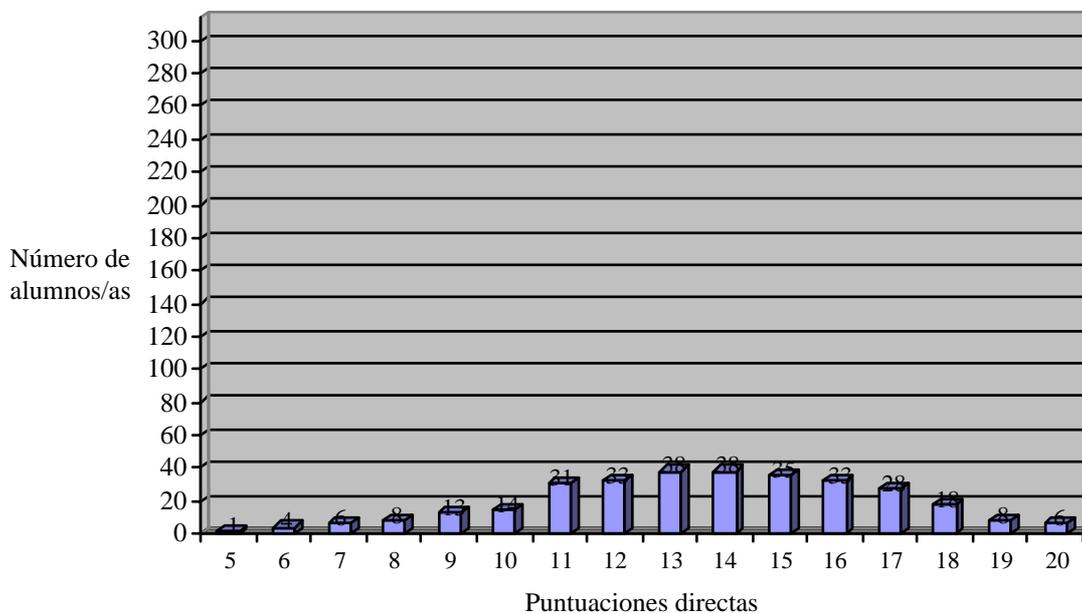
Los índices de forma indican que este factor presenta un sesgo negativo (asimetría negativa), lo cual quiere decir que existe una tendencia a obtener puntuaciones altas en esta habilidad. Así, se observa que la mayoría de alumnos/as obtienen puntuaciones directas por encima del centro teórico del rango.

Por otro lado, para este factor se obtiene una distribución platicúrtica lo que indica que no se da una tendencia central de respuesta excesiva.

Tabla 17.- Estadísticos descriptivos en la medida pre. Alumnado (n=314). Factor 2.

		Medida pre
Factor 2	Media	13,63
	95% del intervalo de confianza para la media	13,29 – 13,97
	Mediana	14,00
	Moda	No única
	Varianza	9,58
	Desviación estándar	3,09
	Mínimo - máximo	5 – 20
	Asimetría	-,259
	Curtosis	-,303
	Estimador M de Hampel	13,76

Figura 28.- Distribución de frecuencias para el Factor 2 en la medida pre. Alumnado (n=314).

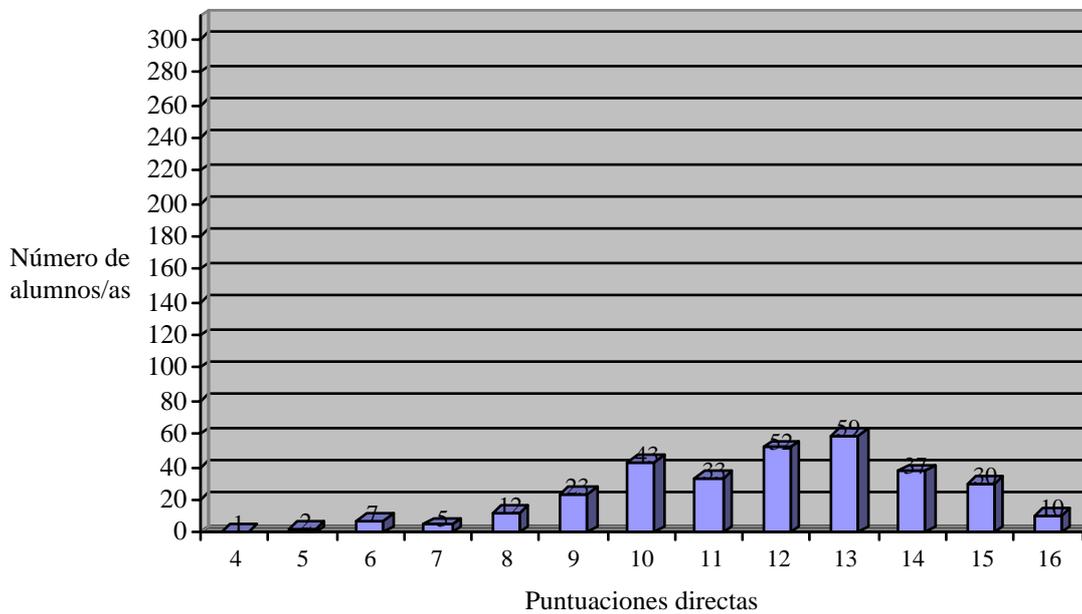


En el factor 2, *Defensa de los propios derechos como consumidor*, la muestra Alumnado obtiene una media ligeramente menor a la de la muestra de baremación, que se situaría en torno al percentil 45, indicando la presencia de un nivel medio-bajo de esta HH.SS. Los índices de forma indican que este factor presenta un sesgo negativo (asimetría negativa), por lo que podemos decir que existe una tendencia a obtener puntuaciones altas en esta habilidad. Por otro lado, su distribución es platicúrtica lo que indica que no existe una tendencia central de respuesta excesiva.

Tabla 18.- Estadísticos descriptivos en la medida pre. Alumnado (n=314). Factor 3.

		Medida pre
Factor 3	Media	11,80
	95% del intervalo de confianza para la media	11,54 – 12,07
	Mediana	12,00
	Moda	13,00
	Varianza	5,65
	Desviación estándar	2,38
	Mínimo - máximo	4 – 16
	Asimetría	-,538
	Curtosis	,055
	Estimador M de Hampel	11,92

Figura 29.- Distribución de frecuencias para el Factor 3 en la medida pre. Alumnado (n=314).



La media obtenida al estudiar al alumnado en el factor 3, *Expresión de enfado o disconformidad*, es ligeramente superior a la obtenida por la muestra de baremación, y se situaría en torno al percentil 65, indicando pues la capacidad de expresar enfado o sentimientos negativos justificados y/o desacuerdo con otras personas.

Esta puntuación alta puede ser debida a que ese comportamiento crítico y esta expresión asertiva en situaciones de desacuerdo se le inculca al alumnado desde el principio y se intenta que de forma libre puedan expresar sus molestias, desacuerdos de manera justificada. Para ello contamos en la Escuela de Enfermería con profesores/as asociados que se responsabilizan de las prácticas clínicas del alumnado *in situ*, y que

recogen de manera sistemática las posibles quejas y críticas aportadas por los alumnos/as en relación a las mismas. Además por cada curso, tenemos un/a profesor/a tutor/a que orienta, recoge y analiza las quejas, demandas y necesidades de los alumnos/as de Enfermería. Por parte del profesorado de la Escuela se consensúa de manera sistemática la forma de recoger estas críticas justificadas y para ello se ha creado una “comisión de seguimiento”, formada por diversos/as profesores/as titulares que recoge las quejas, necesidades y demandas de los/as alumnos/as representantes por curso, tiene reuniones periódicas y, después de analizar las propuestas del alumnado, intenta ser mediadora entre profesorado y centros asistenciales donde el/la alumno/a realiza sus prácticas clínicas.

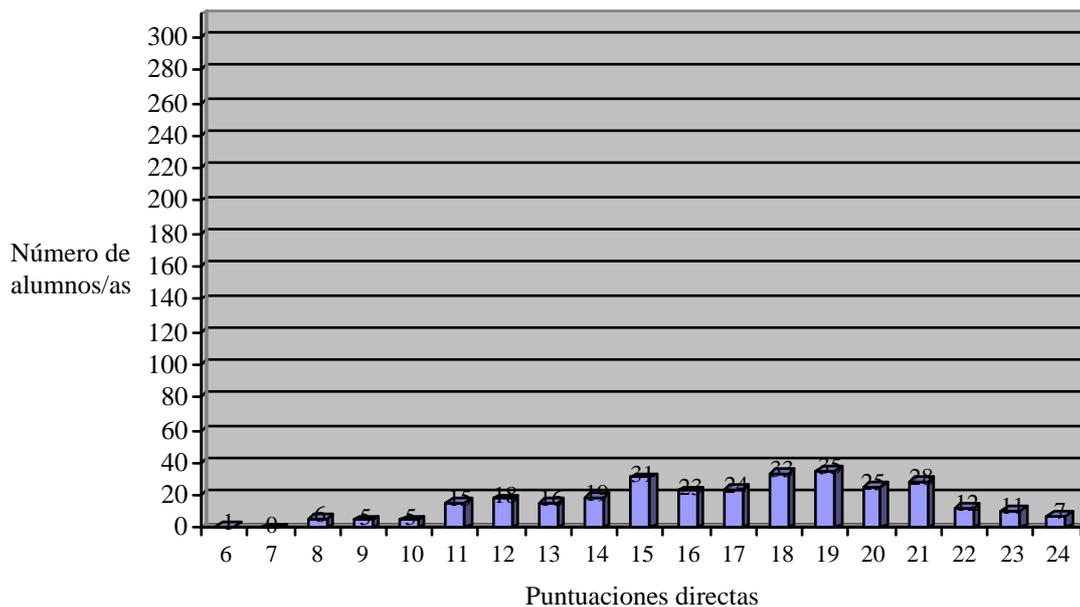
El índice asimetría negativo indica la tendencia a obtener puntuaciones altas en este factor, es decir, la mayoría del alumnado obtiene puntuaciones por encima del central teórico del rango.

El índice de curtosis indica una tendencia hacia una distribución apuntada o leptocúrtica, esto es, una cierta tendencia a obtener puntuaciones centrales.

Tabla 19.- Estadísticos descriptivos en la medida pre. Alumnado (n=314). Factor 4.

		Medida pre
Factor 4	Media	16,81
	95% del intervalo de confianza para la media	16,38 – 17,23
	Mediana	17,00
	Moda	19,00
	Varianza	14,73
	Desviación estándar	3,84
	Mínimo - máximo	6 – 24
	Asimetría	-,315
	Curtosis	-,531
	Estimador M de Hampel	16,94

Figura 30.- Distribución de frecuencias para el Factor 4 en la medida pre. Alumnado (n=314).



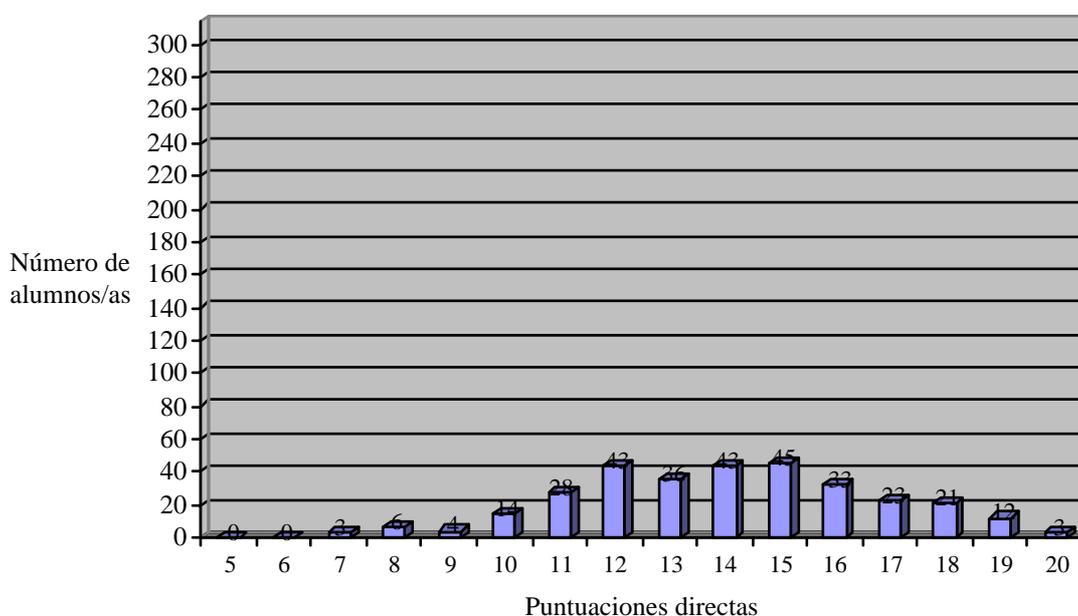
El factor 4, *Decir No y cortar interacciones*, refleja la habilidad para cortar interacciones que no quieren mantenerse, así como para negarse a prestar algo cuando nos disgusta hacerlo. Se trata de un aspecto de la aserción en que lo crucial es poder decir “no” a otras personas, y cortar las interacciones –a corto o largo plazo- que no se desean mantener por más tiempo. La media obtenida por el Alumnado en este factor es más elevada que la de la muestra de baremación, situándose en torno al percentil 65-70. La elevada presencia de esta habilidad podría explicarse con los mismos argumentos empleados en el caso del factor 3.

En el caso de este factor, predominan las puntuaciones altas (asimetría negativa) y la distribución de las puntuaciones es plana o platicúrtica, con tendencia a que haya muchas personas que obtengan puntuaciones centrales.

Tabla 20.- Estadísticos descriptivos en la medida pre. Alumnado (n=314). Factor 5.

		Medida pre
Factor 5	Media	14,01
	95% del intervalo de confianza para la media	13,71 – 14,31
	Mediana	14,00
	Moda	15,00
	Varianza	7,27
	Desviación estándar	2,70
	Mínimo – máximo	7 – 20
	Asimetría	-,082
	Curtosis	-,361
	Estimador M de Hampel	14,02

Figura 31.- Distribución de frecuencias para el Factor 5 en la medida pre. Alumnado (n=314).

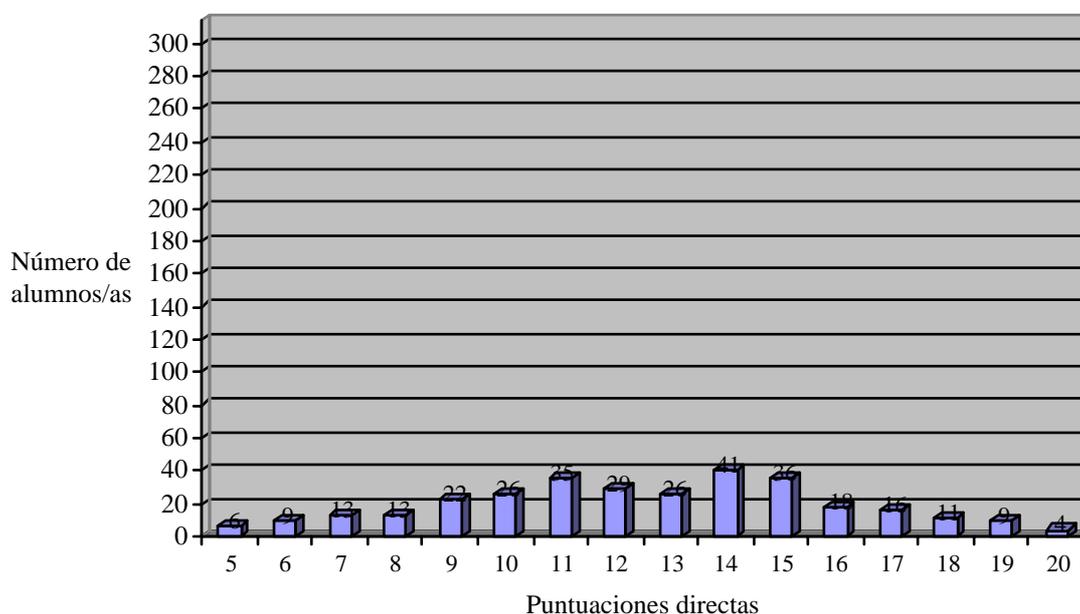


El factor 5 evalúa *la expresión de peticiones* a otras personas de algo que deseamos, sea a un amigo, o en situaciones de consumo. En este factor el alumnado obtiene una puntuación media ligeramente más elevada que los de la muestra de baremación. Concretamente, esta puntuación, que se situaría en torno al percentil 55, indicando que los sujetos son capaces de hacer peticiones sin excesiva dificultad. El índice de asimetría negativo indica que existe una ligera tendencia al predominio de puntuaciones altas, es decir, que existe un predominio de esta habilidad (hacer peticiones de algo que deseamos) entre nuestro alumnado y la distribución es plana o platicúrtica, es decir, muestra la tendencia a que haya muchas personas que obtengan puntuaciones centrales.

Tabla 21.- Estadísticos descriptivos en la medida pre. Alumnado (n=314). Factor 6.

		Medida pre
Factor 6	Media	12,52
	95% del intervalo de confianza para la media	12,14 – 12,90
	Mediana	13,00
	Moda	14,00
	Varianza	11,82
	Desviación estándar	3,44
	Mínimo - máximo	5 – 20
	Asimetría	-,088
	Curtois	-,544
	Estimador M de Hampel	12,61

Figura 32.- Distribución de frecuencias para el Factor 6 en la medida pre. Alumnado (n=314).



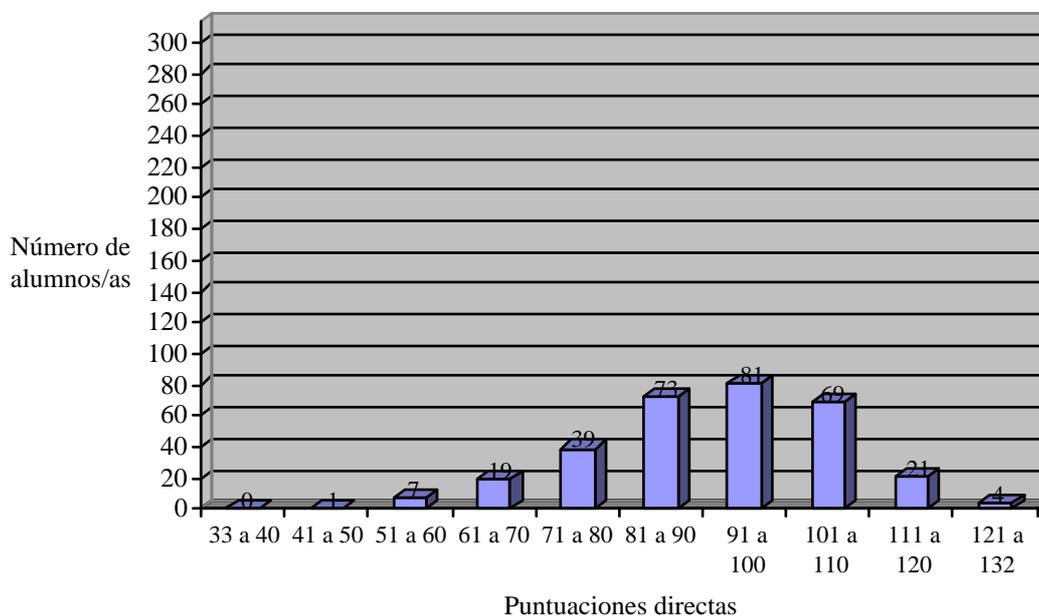
El factor 6, *Iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto*, evalúa la habilidad para iniciar interacciones con personas del sexo opuesto (una conversación, pedir una cita,...) y poder hacer espontáneamente un cumplido, un halago, hablar con alguien que te resulte atractivo. En nuestra muestra se obtiene una puntuación media ligeramente inferior a la de la muestra de baremación, que se situaría en torno al percentil 40-45 y que indicaría un nivel medio-bajo en la habilidad para llevar a cabo espontáneamente y sin ansiedad tales conductas. Se debe comentar que la muestra analizada en nuestro estudio está mayoritariamente formada por mujeres, lo cual podría ayudar a explicar los resultados obtenidos en este factor.

La asimetría negativa sugiere una ligera tendencia a la obtención de puntuaciones altas. Por otra parte, el índice de curtosis indica que la distribución es plana o platicúrtica, es decir, no se observa tendencia a que haya muchas personas que obtengan puntuaciones centrales.

Tabla 22.- Estadísticos descriptivos en la medida pre. Alumnado (n=314).  
Puntuación Global.

		Medida pre
Global	Media	91,52
	95% del intervalo de confianza para la media	89,90 – 93,13
	Mediana	92,50
	Moda	93,00
	Varianza	212,03
	Desviación estándar	14,56
	Mínimo - máximo	43 – 125
	Asimetría	-,349
	Curtosis	-,134
	Estimador M de Hampel	92,19

Figura 33.- Distribución de frecuencias para la puntuación Global en la medida pre. Alumnado (n=314).



Finalmente, la media obtenida por la muestra Alumnado en la puntuación Global es mayor que la de la muestra de baremación, y se situaría en torno al percentil 60-65. Esto quiere decir que los alumnos/as tendrían más habilidades sociales en general, que

la muestra de baremación. Los índices de forma indican que esta medida presenta sesgo negativo (asimetría negativa), lo cual quiere decir que existe una tendencia a obtener puntuaciones altas. Por otro lado, el índice de curtosis indica que se trata de una distribución con tendencia plana o platicúrtica, de modo que no se observa una tendencia a que se obtengan puntuaciones centrales.

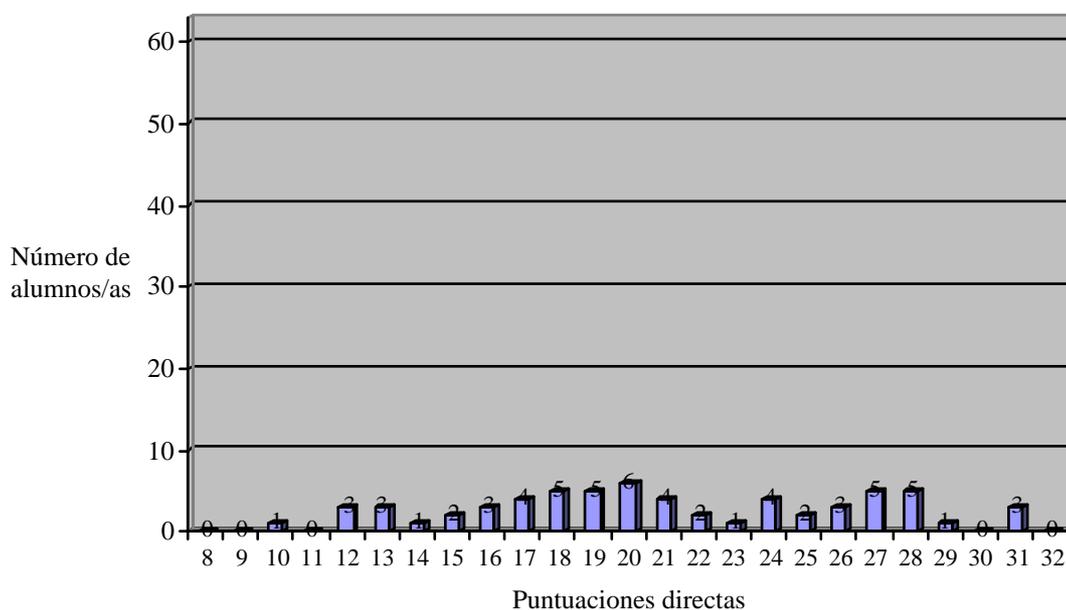
## 1.2.- Análisis descriptivo de las habilidades sociales en los/as profesionales. Medida pre.

En segundo lugar, se analizarán los resultados en HH.SS. obtenidos por el colectivo de profesionales en el momento de la medida pre.

Tabla 23.- Estadísticos descriptivos en la medida pre. Profesionales (n=63).

		Medida pre
Factor 1	Media	20,98
	95% del intervalo de confianza para la media	19,62 – 22,35
	Mediana	20,00
	Moda	20,00
	Varianza	29,44
	Desviación estándar	5,43
	Mínimo - máximo	10 – 31
	Asimetría	,039
	Curtosis	-,888
	Estimador M de Hampel	21,03

Figura 34.- Distribución de frecuencias para el Factor 1 en la medida pre. Profesionales (n=63).



La muestra de profesionales de enfermería estudiados obtienen en el factor 1, *Expresión en situaciones sociales*, una puntuación media inferior a la de la muestra de baremación, que se situaría en torno al percentil 40, indicando pues la presencia de un nivel medio-bajo en esta habilidad. El índice de asimetría positiva indica una ligera

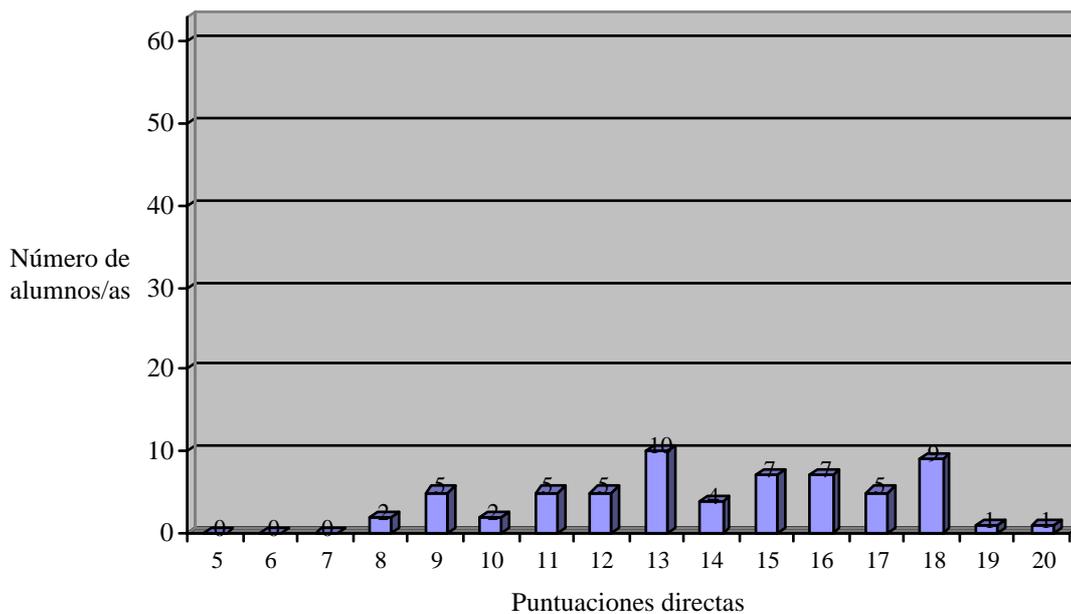
tendencia al predominio de las personas que obtienen puntuaciones bajas. Y la distribución es plana o platicúrtica.

La posible explicación para estos resultados es que la totalidad de esta muestra está constituida por profesionales que han acudido de manera voluntaria a un seminario formativo sobre HH.SS. Esto podría indicar su motivación hacia este tema, bien por carencia o déficit percibido por ellos mismos, bien por considerarlo como una necesidad para el ejercicio profesional.

Tabla 24.- Estadísticos descriptivos en la medida pre. Profesionales (n=63).

		Medida pre
Factor 2	Media	14,05
	95% del intervalo de confianza para la media	13,27 – 14,82
	Mediana	14,00
	Moda	13,00
	Varianza	9,50
	Desviación estándar	3,08
	Mínimo - máximo	8 – 20
	Asimetría	-,193
	Curtosis	-,880
	Estimador M de Hampel	14,17

Figura 35.- Distribución de frecuencias para el Factor 2 en la medida pre. Profesionales (n=63).

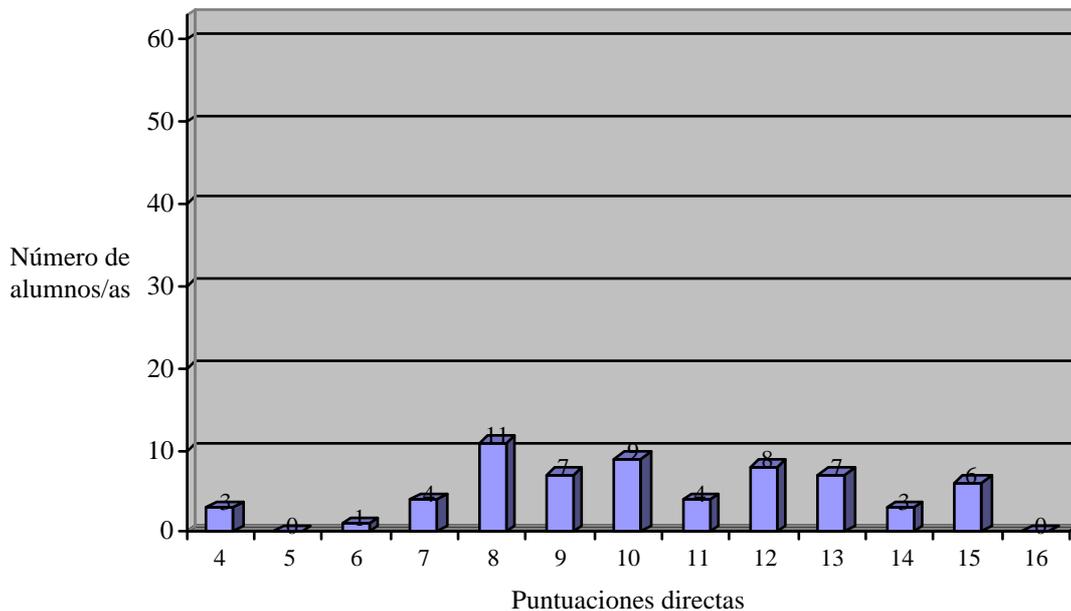


En el factor 2, *Defensa de los propios derechos como consumidor*, la puntuación media obtenida por la muestra de profesionales es ligeramente mayor que la de la muestra de baremación, situándose en torno al percentil 50, y mayor también que la de la muestra de alumnado. El hecho de que los profesionales de enfermería de nuestra muestra de estudio tengan una edad media más elevada (que la muestra de baremación y que la muestra de alumnado) podría justificarse por el hecho de contar con más experiencia al haber tenido en que enfrentarse probablemente más veces a situaciones sociales que requieren el uso de estas habilidades asertivas como es la defensa de los propios derechos como consumidor dada tanto su mayor edad, como su inserción en el mundo laboral. El índice de asimetría negativa indica una ligera tendencia a obtener puntuaciones altas, como puede observarse en la gráfica. Y la distribución es plana o platicúrtica, es decir no se observa tendencia a que haya muchas personas con puntuaciones centrales.

Tabla 25.- Estadísticos descriptivos en la medida pre. Profesionales (n=63). Factor 3.

		Medida pre
Factor 3	Media	10,32
	95% del intervalo de confianza para la media	9,60 – 11,03
	Mediana	10,00
	Moda	8,00
	Varianza	8,09
	Desviación estándar	2,84
	Mínimo - máximo	4 – 15
	Asimetría	-,142
	Curtosis	-,488
	Estimador M de Hampel	10,34

Figura 36.-Distribución de frecuencias para el Factor 3 en la medida pre. Profesionales (n=63).



La media obtenida en el factor 3 por la muestra de profesionales de enfermería es ligeramente inferior a la obtenida por la muestra de baremación y se situaría en torno al percentil 45. Esta puntuación indicaría pues una cierta dificultad para expresar discrepancias y preferir callarse lo que a uno le molesta con tal de evitar posibles conflictos con los demás.

Como ya se ha comentado anteriormente, el hecho de que estos profesionales de enfermería hayan acudido de manera voluntaria al seminario de EHS podría explicar la necesidad percibida por ellos en estas materias, así como una cierta auto-percepción de ineficacia ante determinadas situaciones sociales, sobre todo aquellas que exigen la expresión de enfado o disconformidad.

Debemos también decir que la propia cultura organizacional del entorno hospitalario y de atención primaria abogan por fomentar estas creencias negativas en sus profesionales, como por ejemplo: “no ocasionar disputas”, “mejor callarse que expresar molestias y enfado”, “es mejor pasar desapercibido”, “intentar hacer lo que se solicita aunque no corresponda al rol profesional propio”, “mejor adaptarse a una mal compañero que discutir con él”. Estas creencias irracionales o negativas dificultan la emisión de conductas asertivas. El profesional que se incorpora por primera vez a nuevo

puesto de trabajo se debe adaptar al entorno y además aceptar estas reglas informales, donde es difícil emitir las HH.SS. asertivas relacionadas con este factor, aunque el sujeto las posea o sea entrenado para ello. Esto sería una limitación a tener en cuenta. Esta claro que el clima organizacional y sus reglas son muy difícil de cambiar.

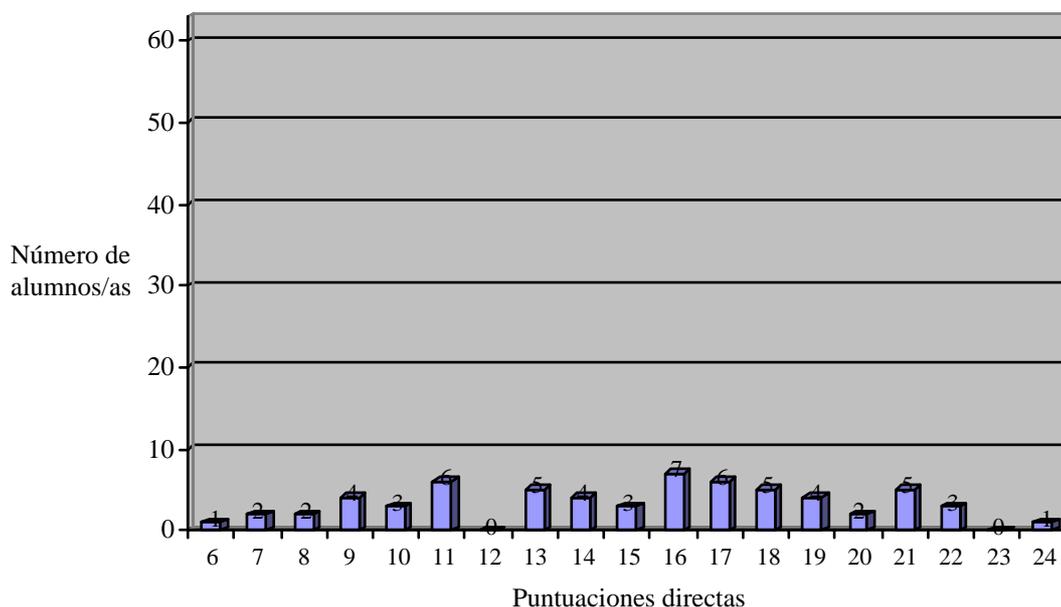
El índice de asimetría negativa indicaría una tendencia a obtener puntuaciones altas por parte de esta muestra en este factor. Y el índice de curtosis indicaría que se trata de una distribución plana o platicúrtica, sin tendencia a obtener puntuaciones centrales.

Tabla 26.-Estadísticos descriptivos en la medida pre. Profesionales (n=63).

Factor 4.

		Medida pre
Factor 4	Media	15,06
	95% del intervalo de confianza para la media	13,94 – 16,19
	Mediana	16,00
	Moda	16,00
	Varianza	20,06
	Desviación estándar	4,48
	Mínimo - máximo	6 – 24
	Asimetría	-,150
	Curtosis	-,880
	Estimador M de Hampel	15,17

Figura 37.- Distribución de frecuencias para el Factor 4 en la medida pre. Profesionales (n=63).



En el factor 4, *Decir No y cortar interacciones*, los profesionales de enfermería de nuestra muestra obtienen una puntuación media superior a la obtenida por la muestra de baremación y que se situaría en torno al percentil 55. Esto quiere decir que los profesionales de enfermería poseerían esta habilidad, que quizás hayan tenido que aprender de manera intuitiva por propia necesidad durante su práctica asistencial para manejar situaciones sociales donde se les exige por parte de los pacientes, familiares y el resto del equipo multidisciplinar realizar diferentes tareas al mismo tiempo o bien peticiones y demandas injustificadas.

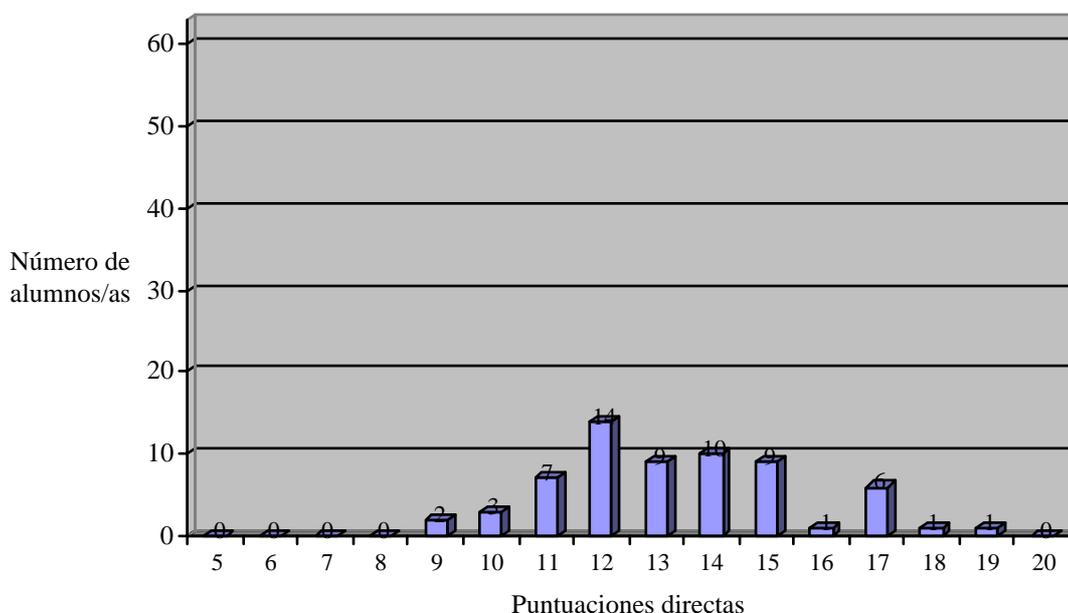
La asimetría negativa indica que en esta muestra se da ligera tendencia a obtener puntuaciones altas. Y la distribución es plana o platicúrtica, sin tendencia a obtener puntuaciones centrales.

Tabla 27.- Estadísticos descriptivos en la medida pre. Profesionales (n=63)

Factor 5.

		Medida pre
Factor 5	Media	13,33
	95% del intervalo de confianza para la media	12,77 – 13,89
	Mediana	13,00
	Moda	12,00
	Varianza	4,94
	Desviación estándar	2,22
	Mínimo - máximo	9 – 19
	Asimetría	,375
	Curtosis	-,204
	Estimador M de Hampel	13,12

Figura 38.- Distribución de frecuencias para el Factor 5 en la medida pre. Profesionales (n=63).



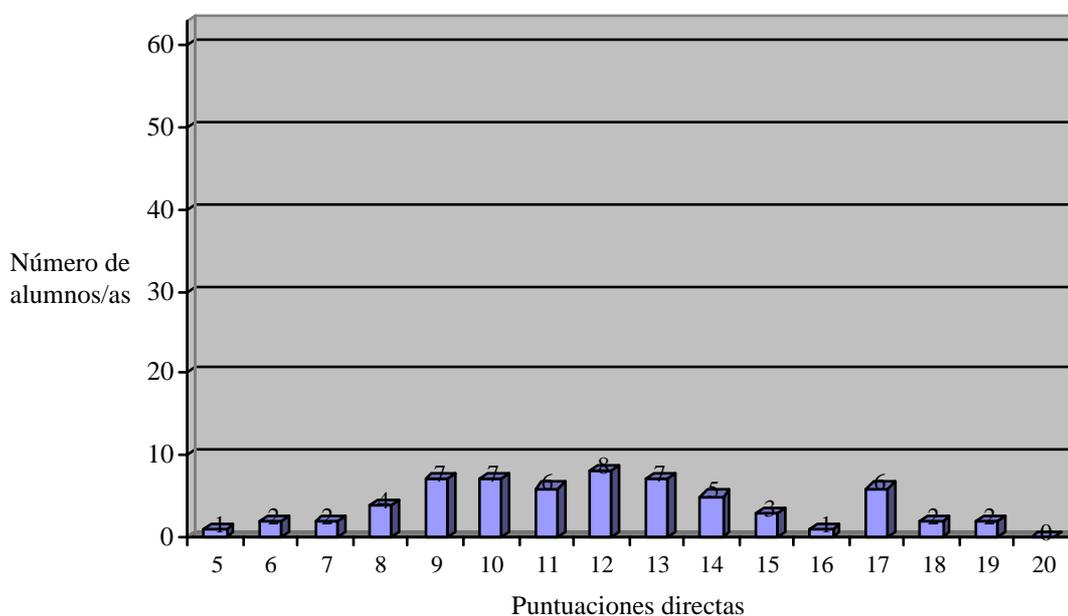
En el factor 5, la muestra de profesionales de enfermería obtiene una puntuación media menor a la obtenida por la muestra de baremación, que se situaría en torno al percentil 40. Ello indicaría la dificultad de expresar peticiones de lo que queremos a otras personas.

La asimetría positiva indica un predominio de las personas que obtienen puntuaciones bajas. Y la distribución es plana o platicúrtica sin tendencia a obtener puntuaciones centrales como puede observarse en la gráfica que se presenta.

Tabla 28.- Estadísticos descriptivos en la medida pre. Profesionales (n=63). Factor 6.

		Medida pre
Factor 6	Media	12,00
	95% del intervalo de confianza para la media	11,14 – 12,86
	Mediana	12,00
	Moda	12,00
	Varianza	11,65
	Desviación estándar	3,41
	Mínimo - máximo	5 – 19
	Asimetría	,221
	Curstosis	-,572
	Estimador M de Hampel	11,81

Figura 39.- Distribución de frecuencias para el Factor 6 en la medida pre. Profesionales (n=63).



En relación a la puntuación media obtenida por los profesionales de enfermería en este factor 6, *Iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto*, podemos decir que es menor que la obtenida por la muestra de baremación y que se situaría en torno al percentil 35-40.

Dado que la muestra estudiada estaba compuesta mayoritariamente por mujeres, resulta difícil obtener conclusiones sobre lo que ocurre en el caso de los varones.

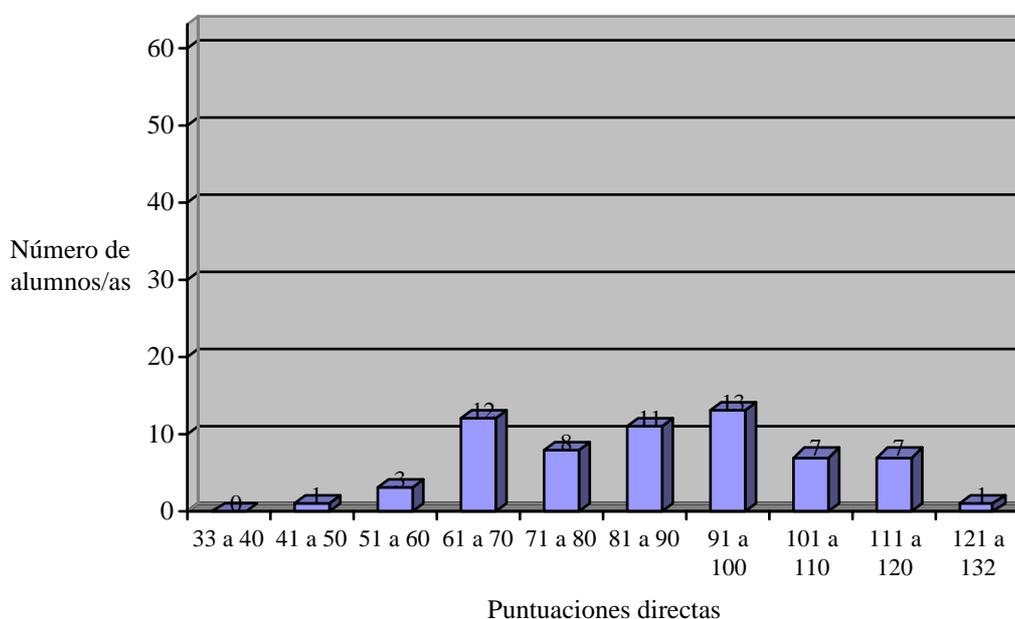
El índice de asimetría positivo indicaría la tendencia a obtener puntuaciones bajas y el índice de curtosis indica que se trata de una distribución plana o platicúrtica.

Tabla 29.-Estadísticos descriptivos en la medida pre. Profesionales (n=63).

Puntuación Global.

		Medida pre
Global	Media	86,33
	95% del intervalo de confianza para la media	81,70 – 90,96
	Mediana	86,00
	Moda	No única
	Varianza	337,87
	Desviación estándar	18,38
	Mínimo - máximo	48 – 127
	Asimetría	,119
	Curtosis	-,797
	Estimador M de Hampel	85,97

Figura 40.-Distribución de frecuencias para la puntuación Global en la medida pre. Profesionales (n=63).



Finalmente, en relación a la puntuación Global, la media obtenida en la muestra de profesionales de enfermería es ligeramente inferior a la de la muestra de baremación y se situaría en torno al percentil 45. Esto significa que en general los profesionales de enfermería estudiados en nuestra muestra presentaría un cierto déficit en diversas HH.SS., y, especialmente en las relacionadas con autoexpresión en situaciones sociales, hacer peticiones e iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto (Factor 1,5 y 6), como ya se ha comentado. Cabe señalar un predominio de las puntuaciones bajas (asimetría positiva) y que la distribución es plana o platicúrtica sin una tendencia a obtener puntuaciones centrales.

## **2.- Comparación de medias en habilidades sociales. Medida pre.**

A continuación, y con objeto de determinar el posible efecto de ciertas variables sociodemográficas y profesionales sobre las HH.SS., se presentarán los resultados obtenidos al diferenciar las muestras de alumnado y profesionales en función de dichas variables y comparar las puntuaciones medias en HH.SS. obtenidas por los subgrupos resultantes en la medida pre.

### **2.1.- Comparación de medias en habilidades sociales entre el alumnado. Medida pre.**

En el caso del alumnado se establecieron comparaciones en función de dos variables sociodemográficas, el género y la edad, y de la variable experiencia sanitaria previa.

La elección de estas variables de comparación se justifica, en primer lugar, porque, de acuerdo con la literatura sobre el tema, suele considerarse que varones y mujeres presentan HH.SS. diferenciadas, razón por la cual se consideró pertinente determinar si esta circunstancia se cumplía para la presente muestra y, en su caso, el efecto que ello podía tener en los resultados posteriores.

En cuanto a la edad, se consideró pertinente establecer una diferencia entre aquel alumnado con una edad igual o inferior a 20 años, esto es, la edad que se corresponde con el período cronológico en el que habitualmente el alumnado de enfermería desarrolla sus estudios y aquel alumnado con una edad superior a los 21 años que habría superado la edad cronológica habitual para estudiantes de diplomaturas y que, por tanto, podrían ser considerados/as como “estudiantes experimentados/as”.

Finalmente, y dado que en el caso del alumnado no se podían considerar variables profesionales, al carecer este colectivo de experiencia profesional propiamente dicha, se consideró pertinente establecer una comparación entre aquel alumnado que informaba tener algún tipo de experiencia sanitaria previa (por sus estudios o especialidad anterior, ...) y

aquel otro que manifestaba carecer de ella.

Tabla 30.- Comparación de medias obtenidas por el alumnado diferenciado en función de la variable género. Medida pre.

	Varones (n=90) m (desv.est.)	Mujeres (n=220) m (desv.est.)	Significación (1)
Factor 1	22,42 (4,07)	22,88 (4,59)	$z=-1,402$ $p=,297$
Factor 2	13,38 (2,98)	13,73 (3,13)	$z=-1,175$ $p=,240$
Factor 3	11,72 (2,37)	11,85 (2,36)	$z=-,536$ $p=,592$
Factor 4	16,43 (3,74)	16,95 (3,86)	$z=-,963$ $p=,336$
Factor 5	14,17 (2,86)	13,95 (2,65)	$z=-,824$ $p=,410$
Factor 6	12,48 (3,44)	12,54 (3,43)	$z=-,184$ $p=,854$
Global	90,62 (14,60)	91,92 (14,48)	$t=-,708$ (df=308) $p=,435$

(1) Para los factores 1 a 6 se realizó la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney; para la puntuación global se realizó la prueba paramétrica t de Student-Fisher.

\*  $p<0.05$ ; \*\* $p<0.01$ .

Al igual que ocurre en la muestra de baremación (Gismero, 2000), también en nuestro caso las mujeres puntúan más alto que los varones para todos los factores (excepto en el 5) y para la puntuación global en HH.SS. Sin embargo, no hay diferencias estadísticamente significativas entre alumnos y alumnas para ninguno de los factores ni para la puntuación global.

Al revisar la literatura sobre el tema, y refiriéndose a las HH.SS. en general, se observa que las mujeres suelen ser más hábiles en la expresión de sentimientos positivos (Connor, Serbin y Ender, 1978; Gambrill y Richey, 1975; Hollandsworth y Wall, 1977), y los hombres suelen tener menor dificultad para expresar sentimientos negativos y hacer peticiones (Solomon y Rothblum, 1985) y ser más asertivos en situaciones laborales

(Hollandsworth y Wall, 1977), siendo, por lo general, menos competentes los hombres que las mujeres.

A su vez, el género juega un papel importante en la percepción de la habilidad social (Alvárez, Gavara, Vidal; 2003; Caballo, 2002). Así, tanto hombres como mujeres tienden a devaluar la conducta asertiva femenina al verla como menos competente y menos atractiva (Kelly *et al.*, 1980), además la misma conducta suele ser vista como más agresiva en mujeres que en hombres (Rose y Tryon, 1979), y las mujeres tienden a ser vistas como menos inteligentes que los hombres al manifestar los mismos niveles de asertividad (Lao *et al.*, 1975). Otros autores identifican la influencia de los posibles estereotipos relacionados con el género a la hora de interactuar el profesional de la salud con los pacientes (Gil, 1991; Gil *et al.*, 1998). Así al “hombre sano” se le concibe como agresivo, independiente, sin emoción, dominante, directo, audaz, no excitable por una pequeña crisis, brusco, recio y tosco; y a “la mujer sana” como habladora, con tacto, tranquila y capaz de expresar sentimientos tiernos y de llorar con facilidad, sumisa, dependiente, emocional, orientada a la casa, y poco hábil con los negocios. Al evaluar al “adulto sano” se utilizan los mismos adjetivos que para evaluar al “varón sano”, con lo que parece desprenderse de lo anterior que en nuestra sociedad parece difícil ser a la vez “mujer sana” y “adulto sano”, al menos según el criterio de los propios especialistas en salud mental (Broverman *et al.*, 1970; Caballo, 2002; Gil *et al.*, 1998).

Las diferencias de género en la percepción de la situación, es decir, en un cierto tipo de situaciones como aquellas provocadoras de ansiedad o ira, son también de interés por sí mismas. Los estudios de estas diferencias pueden contribuir también a una comprensión de las diferencias debidas al sexo, en la conducta real y en las reacciones fisiológicas, que se han encontrado en la investigación empírica (Caballo, 2002).

En cuanto a la concertación de citas o en general el *Iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto* (Factor 6), ya desde estudios iniciales sobre el tema se observa que los hombres manifiestan tener más dificultad para iniciar el contacto por teléfono con citas en perspectiva, mientras las mujeres informan de una mayor dificultad para concertar citas,

sentirse cómodas en una cita, terminarla y establecer una nueva con el mismo compañero (Klaus *et al.*, 1977). En este sentido, se ha sugerido que si el problema de concertación de citas es mayor en un hombre lo es fundamentalmente por las expectativas de rol, que sugieren que es el hombre el que debe iniciar y dirigir la relación, algo que sucede en más del 90 por 100 de los casos, y que las mujeres son las facilitadoras de la aproximación mediante diversas señales entre las que la principal es la mirada (Arkowitz *et al.*, 1978). La expectativa asociada al rol crea problemas a ambos: al hombre que, por miedo al rechazo, padece una mayor ansiedad, y a la mujer porque puede no intentarlo, aunque hay estudios que demuestran que una iniciación por su parte no es mal vista ni por hombres ni por mujeres, y, sin cita o iniciación, no hay interacción (Morales y Olza, 1996).

El problema de la concertación de citas es particularmente importante entre los/las estudiantes universitarios/as, ámbito en el que se han realizado casi en exclusiva las investigaciones sobre habilidades heterosociales, y entre los/las adolescentes, pues al miedo a iniciar una relación se une el miedo a la relación misma. La ansiedad que provoca el miedo a la cita se ha descrito de cuatro formas: por ansiedad condicionada, la aproximación ha quedado condicionada negativamente por experiencias anteriores de tal forma que la “ansiedad conduce a la evitación, y la evitación se refuerza por medio de la reducción de ansiedad” (Arkowitz *et al.*, 1978; Caballo, 1993). Por falta de habilidad social, esta carencia lleva al fracaso, y la ansiedad surge ante los nuevos intentos, por lo que llegan a evitarse. Por distorsiones cognitivas negativas, pese a disponer de la habilidad social adecuada, el sujeto distorsiona la realidad haciendo autoevaluaciones negativas o proponiéndose modelos excesivamente elevados. Si el sujeto cree que ha actuado inadecuadamente sentirá ansiedad tanto si ha fracasado realmente como si no. Y, por bajo atractivo físico, el cual tiene gran importancia en la concertación de cita, pues al operar en el inicio de las relaciones es el primero y, en ocasiones, el único elemento de valoración disponible. Por el efecto de halo, a la persona atractiva se le atribuyen otras cualidades positivas con las que no guarda ninguna relación. Si la persona se considera poco atractiva se encuentra con un problema adicional que le provoca ansiedad ante la perspectiva de una cita.

En todos estos casos, el EHS resulta eficaz al aumentar las conductas apropiadas y reducir la ansiedad de la persona cuando se ve en la práctica enfrentado a interacciones. En este supuesto se subraya la necesidad de la modificación cognitiva para cambiar las autoevaluaciones negativas, tanto en lo referente a las posibilidades reales como el atractivo físico, y de la introducción de cambios para modificar el aspecto físico. El procedimiento comienza con el EHS, y sigue con la modificación cognitiva para lograr el empleo de las habilidades aprendidas en situaciones reales.

Como ya se ha comentado, el entrenamiento en habilidades heterosociales se ha hecho mayoritariamente con estudiantes universitarios, de los que, según el estudio clásico de Arkowitz y cols. (1978) con universitarios estadounidenses, un 31 por 100 se autoevaluó como ansioso ante una cita, y un 50 por 100 manifestó interés por participar en programas de entrenamiento. Si bien hay claras diferencias entre los que rehuyen concertar citas y los “citadores”, cuando aquéllos llegan a establecerlas, las diferencias desaparecen. La gran dificultad está en los momentos previos a la concertación de la cita, aunque el superar esa dificultad no garantiza el éxito de la relación (Morales y Olza, 1996).

Como ya se comentó en el apartado anterior, también en nuestra muestra el alumnado tiene ciertas dificultades para desarrollar esta habilidad, dificultades que, según estos datos, se presentan tanto entre las chicas como entre los chicos.

Tabla 31.- Comparación de medias obtenidas por el alumnado diferenciado en función de la variable edad. Medida pre.

	Edad menor o igual a 20 años (n=114) m (desv.est.)	Edad mayor o igual a 21 años (n=195) m (desv.est.)	Significación (1)
Factor 1	21,89 (4,57)	23,25 (4,31)	$z=-2,606$ $p=,009^*$
Factor 2	12,97 (3,07)	13,99 (3,04)	$z=-3,002$ $p=,003^*$
Factor 3	11,79 (2,24)	11,84 (2,43)	$z=-,400$ $p=,689$
Factor 4	16,12 (3,72)	17,18 (3,85)	$z=-2,624$ $p=,009^*$
Factor 5	13,91 (2,93)	14,06 (2,59)	$z=-,598$ $p=,550$
Factor 6	12,05 (3,35)	12,78 (3,46)	$z=-1,803$ $p=,071$
Global	88,76 (15,00)	92,13 (14,03)	$t=-2,391$ (df=307) $p=,017^*$

(1) Para los factores 1 a 6 se realizó la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney; para la puntuación global se realizó la prueba paramétrica t de Student-Fisher.

\*  $p<0.05$ ; \*\* $p<0.01$ .

En todos los casos, el alumnado de más edad obtiene puntuaciones medias más altas y en el caso de los factores 1, 2, 4 y puntuación global en HH.SS., estas diferencias son estadísticamente significativas.

Este resultado coincide con lo descrito en la literatura sobre el tema, donde se sugiere que después de la adquisición de las HH.SS. por ensayo y error y sin entrenamiento, en períodos críticos como la adolescencia el sujeto va adquiriendo e incorporando a su repertorio habilidades similares a las de los adultos. Analizando cada uno de los factores podemos comentar que:

En el factor 1, *Autoexpresión en situaciones sociales*, las diferencias significativas observadas podrían ser debidas a que a mayor edad la persona adopta patrones

conductuales parecidos a los adultos, para expresarse de forma espontánea y sin ansiedad en diversas situaciones sociales que pueden haberse adquirido en el medio natural apelando a los siguientes mecanismos (Kelly, 1987):

a) Reforzamiento positivo y directo: La persona aprende aquellas conductas que le permiten obtener reforzamientos positivos del ambiente, lo que le lleva a incorporar a su repertorio de conductas interpersonales las situaciones sociales positivas. Lo puede hacer de tres formas: mediante el valor subjetivo reforzante que tiene la conducta para el sujeto (Rotter, 1966); por la especificidad de las circunstancias bajo las que se produce el reforzamiento (Mischel, 1973), por ejemplo, ante una situación nueva el sujeto pondrá en juego conductas o habilidades que en situaciones parecidas le resultaron reforzantes, y, dependiendo del éxito, las afianzará en su repertorio; y por las contingencias de reforzamientos consistentes (Reynolds, 1958), por ejemplo, al poner en juego una conducta insuficientemente adquirida, si es reforzada se está facilitando eficazmente su adquisición. Cuanto mayor es el refuerzo, mayor es la frecuencia de emisión de la conducta reforzante (Homans, 1999).

b) Aprendizaje de habilidades por experiencias observacionales. Pueden conocer las HH.SS. observándolas en personas significativas de su entorno. El factor más crítico parece ser el modelado (Bellack y Morrison, 1982). Si la persona ha acumulado más experiencias, puede darse el caso de encontrarse con modelos eficaces en este entorno social. Si las posibilidades de aprendizaje observacional se reducen por falta de interacciones, o por ausencia de modelos apropiados, el desarrollo de las habilidades correspondientes será menor o nulo.

c) Aprendizaje de habilidades y retroalimentación. Se define como la información recibida de otra persona sobre su reacción ante nuestra conducta (Morales y Olza, 1996). En la práctica, la retroalimentación se convierte en un reforzamiento social (o su ausencia), administrado contingentemente por la otra persona durante la interacción (Kelly, 1987).

d) Creencias y expectativas cognitivas que tiene el sujeto sobre la probabilidad de

enfrentarse con éxito a una determinada situación. Si sus expectativas son de que pondrá en juego sus HH.SS. de modo reforzante y tendrá éxito, aumentarán las probabilidades para que lo intente. La especificación del “éxito” depende del sistema social de referencia, y, más aún, del contexto concreto de valoración (lo que se llama las necesidades del grupo) y este contexto no es el mismo para todos los grupos sociales por lo que en unos casos significa éxito, en otros puede representar un fracaso (así, por ejemplo, la competitividad se premia en unos grupos y se penaliza en otros) (Pelechano, 1999). Esto explica la modificación cognitiva que generalmente acompaña o sigue al EHS, y que los/as alumnos manifiestan indicando que están motivados y deseosos de poner en práctica *in vivo* lo aprendido y ensayado durante el EHS.

En relación al factor 2, *Defensa de los propios derechos como consumidor*, el expresar los derechos legítimos es importante cuando nuestros derechos personales son ignorados o violados. Algunos ejemplos de estas situaciones pueden ser: de consumidor, familiares, de autoridad e incluso de amistad. La persona habilidosa será aquella que es capaz, de defender sus propios derechos como consumidor sin ansiedad, haciendo uso de conductas asertivas tanto verbales como no verbales.

Una posible explicación para los resultados obtenidos podría ser que los sujetos de más edad no sólo tienen el conocimiento sobre lo que tienen que hacer ante estas situaciones sociales (donde es preciso defender sus propios derechos como consumidor), sino que puede que hayan adquirido a través de procesos de aprendizaje y maduración una facilidad de estilo (Serber, 1972). Cuando hablamos de facilidad de estilo nos referimos a la capacidad de expresión de una serie de conductas verbales y no verbales efectivas. Así, autores como Alberti y Emmons (1978) establecen que una postura activa y erecta, dando frente a la otra persona directamente, añade más “asertividad” al mensaje. En un estudio de Trower (1980), un 40 por 100 del grupo no habilidoso no se movió en absoluto cuando escuchaba, comparado con el 27 por 100 del grupo habilidoso. Por otra parte, en el estudio de Romano y Bellack (1980), la postura (0,60) más la expresión facial (0,67) y la entonación (0,77) eran las conductas más altamente relacionadas con las evaluaciones de la habilidad social realizadas por una serie de jueces (Caballo, 2002).

En relación con el contenido de este factor, cabe también comentar que el conocer los derechos que tenemos en virtud de haber nacido seres humanos nos permite saber si nuestros derechos no están siendo respetados en una situación y que nos veamos respaldados moralmente para defenderlos. Sin embargo, tenemos que señalar que hay personas que pueden ser demasiado sensibles con respecto a la más mínima transgresión por parte de los demás de cualquiera de sus derechos. Es importante defender nuestros derechos en las situaciones en que claramente haya habido una violación de los mismos, pero la defensa a ultranza de la más mínima transgresión puede convertir a nuestra conducta correctora en agresiva, molesta y totalmente desproporcionada a la situación. Tenemos que sopesar las ventajas y los riesgos al defender nuestros derechos (Caballo, 2002). Por ese motivo, en el EHS se realizan ejercicios dirigidos a discernir cómo, cuándo y dónde realizar la manifestación de estas conductas. Y también se trabajan algunas creencias poco racionales (Caballo, 2002) que podemos encontrar en personas con problemas en esta habilidad (como por ejemplo: “Bueno, sé que no están respetando mis derechos, pero tampoco es tan importante. Puedo soportarlo” o “Si defendiendo mis derechos puede que no le agrade a la otra persona, así que no haré nada”).

En relación al factor 4, *Decir No y Cortar interacciones*, podemos decir que los alumnos de más edad, ante diferentes situaciones sociales que requieran el uso de esta habilidad social, pueden haber generado un patrón de respuesta efectivo que conduzca con más probabilidad a los resultados (consecuencias) subjetivamente más valiosos para ellos ante esa situación y que podrían explicar sus puntuaciones más elevadas. Aquí de nuevo los procesos de aprendizaje y maduración jugarían un papel relevante, de tal forma que en ausencia de nueva información sobre las expectativas conducta-resultados en una determinada situación, la actuación de una persona dependerá de las expectativas conducta-resultados previas de esa persona en situaciones similares. Y el alumno/a de más edad puede haber tenido experiencias de éxito que le concedan esta percepción de autoeficacia referenciada en sus respuestas al cuestionario.

En relación a la puntuación Global, cabe también la posibilidad de que el alumnado de

más edad posea un modo de percibir e interpretar las situaciones sociales diferente debido a los procesos de aprendizaje y maduración. La relación entre, por un lado, la percepción de la situación y, por el otro, los factores cognitivos, intelectuales y emocionales, son de un interés especial. En relación a esto, podemos nombrar a autores como Jessor y Jessor (1973), que ya sugirieron que el estudio de las curvas de edad para la percepción de la situación es tan relevante y necesaria como el estudio de las curvas de edad para la inteligencia.

Tabla 32.- Comparación de medias obtenidas por el alumnado diferenciado en función de la variable experiencia sanitaria previa. Medida pre.

	Con experiencia sanitaria previa (n=190) m (desv.est.)	Sin experiencia sanitaria previa (n=90) m (desv.est.)	Significación (1)
Factor 1	22,46 (4,20)	23,89 (4,51)	$z=-2,848$ $p=,004^*$
Factor 2	13,63 (3,06)	14,01 (2,83)	$z=-,769$ $p=,442$
Factor 3	11,84 (2,14)	11,83 (2,70)	$z=-,289$ $p=,772$
Factor 4	16,61 (3,72)	17,40 (3,89)	$z=-1,805$ $p=,071$
Factor 5	14,16 (2,76)	13,97 (2,51)	$z=-,422$ $p=,673$
Factor 6	12,38 (3,57)	13,08 (3,13)	$z=-1,763$ $p=,078$
Global	91,14 (14,12)	94,18 (14,02)	$t=-1,589$ (df=278) $p=,113$

(1) Para los factores 1 a 6 se realizó la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney; para la puntuación global se realizó la prueba paramétrica t de Student-Fisher.

\*  $p<0.05$ ; \*\* $p<0.01$ .

El alumnado con experiencia sanitaria previa obtiene puntuaciones medias más elevadas en el factor 5 mientras el alumnado sin experiencia previa obtiene puntuaciones más elevadas en los factores 1, 2, 4, 6 y global. Sin embargo, sólo hay diferencias estadísticamente significativas entre alumnos/as con y sin experiencia sanitaria previa en el factor 1 que, como ya hemos comentado anteriormente, mide la autoexpresión en

situaciones sociales y refleja la capacidad de expresión de uno mismo de forma espontánea, y sin ansiedad, en distintos tipos de situaciones sociales. Algunos autores denominan a éstas “habilidades conversacionales” (Kelly, 1987) refiriéndose a la capacidad de iniciar y mantener conversaciones informales con otras personas. Un repertorio conversacional efectivo no sólo permite al individuo salir airoso en las interacciones informales, sino que además es un recurso probable del desarrollo de relaciones duraderas, ya que la formación de tales relaciones requiere, en primer lugar, que el individuo interactúe satisfactoriamente con los demás durante una conversación. Además, estas habilidades de autoexpresión en situaciones sociales son necesarias en un amplio abanico de situaciones interpersonales cotidianas.

Una posible explicación de las diferencias obtenidas entre alumnos/as con experiencia sanitaria previa y sin experiencia es que el aprendizaje de las HH.SS. en ambiente natural (contexto sanitario tanto hospitalario como extrahospitalario) podría haber tenido lugar bajo condiciones incompletas o desfavorables (pocas ocasiones de exhibir estas HH.SS. de autoexpresión o incapacidad de expresarse uno mismo de forma espontánea, y sin ansiedad; observación inadecuada de modelos competentes; reforzamiento o feedback inconsistente). Bajo tales condiciones de fracaso repetido o en un entorno “hostil o incómodo” es posible que los alumnos/as con experiencia profesional (que en ese momento ejercían su labor como auxiliares de enfermería o técnicos) hayan desarrollado autoevaluaciones negativas sobre sí mismos y sus capacidades, y comiencen a etiquetarse cognitivamente como socialmente torpes, faltos de éxito e incluso poco deseables o atractivos; reflejándose eso en las respuestas del cuestionario que hemos utilizado. En este sentido, cabe recordar que la autoestima o el autoconcepto están determinados por las relaciones y el feedback interpersonal que un individuo recibe en el curso de su desarrollo, por lo tanto si evaluáramos la autoconfianza en sí mismos, la seguridad, autoestima y autoconcepto, en estos/as alumnos/as con experiencia sanitaria previa a los estudios de enfermería, quizás podrían obtenerse valores negativos o bajos niveles condicionados por estas experiencias sociales negativas anteriores. En cambio, como ya señalaron los trabajos clásicos sobre el tema, en la medida en que un individuo interactúa satisfactoriamente con otros, recibirá cada vez más feedback social positivo y llegará a calificar de forma positiva su propio yo

(Sullivan, 1953).

En definitiva, cuando las relaciones con otras personas significativas son positivas es más probable que sigan manifestándose HH.SS. adecuadas y que el repertorio del alumno/a se vaya haciendo cada vez más elaborado. Por ejemplo, el/la alumno/a que se percibe habilidoso y manifiesta habilidades para iniciar interacciones con los otros no sólo se verá reforzado por esos inicios, sino que además desarrollará relaciones íntimas conducentes a la práctica, refinamiento y aprendizaje de otras habilidades sociales adicionales.

Estas mismas razones podrían tomarse en consideración para explicar también las puntuaciones obtenidas en los factores 2, 4, 6 y en el Global.

## **2.2.- Comparación de medias en habilidades sociales entre el alumnado según el momento en el que se realizó la intervención. Medida pre.**

Tal y como ya se comentó anteriormente, el alumnado sobre el que posteriormente se realizó la intervención o entrenamiento en habilidades sociales fue reclutado en tres momentos temporales distintos, concretamente, en los cursos 2000-01, 2001-02 y 2002-03. Con objeto de determinar si estos tres colectivos eran o no homogéneos en cuanto a sus HH.SS. y, por tanto, podían ser tratados como una muestra única o, por el contrario, debían ser tratados como muestras diferenciadas, se procedió a comparar los niveles iniciales de HH.SS. estudiadas presentes en dichos colectivos (medida pre).

Tabla 33.- Comparación de medias obtenidas por el alumnado diferenciado en función del momento en que se realizó la posterior intervención. Medida pre.

	Curso 2000-01 (n=72) m (desv.est.)	Curso 2001-02 (n=80) m (desv.est.)	Curso 2002-03 (n=80) m (desv.est.)	Significación (1)
Factor 1	22,13 (3,87)	23,11 (4,61)	22,60 (4,50)	$\chi^2(\text{gl}:2)=2,707$ p=,258
Factor 2	13,46 (2,74)	14,06 (3,37)	13,83 (2,96)	$\chi^2(\text{gl}:2)=2,595$ p=,273
Factor 3	12,11 (2,04)	11,80 (2,67)	11,95 (2,26)	$\chi^2(\text{gl}:2)=,101$ p=,951
Factor 4	16,83 (3,57)	16,71 (3,93)	17,51 (3,90)	$\chi^2(\text{gl}:2)=1,767$ p=,413
Factor 5	14,29 (2,74)	14,16 (2,83)	13,95 (2,51)	$\chi^2(\text{gl}:2)=,831$ p=,660
Factor 6	12,50 (3,32)	12,58 (3,63)	12,38 (3,44)	$\chi^2(\text{gl}:2)=,364$ p=,834
Global	91,35 (13,15)	92,54 (15,90)	92,21 (14,34)	$F(2,229)=,134$ p=0,875

(1) Para los factores 1 a 6 se realizó la prueba no paramétrica H de Kruskal-Wallis; para la puntuación global se realizó la prueba paramétrica F de Snedecor.

\* p<0.05; \*\*p<0.01.

Como puede observarse, no hay diferencias estadísticamente significativas entre alumnos/as en función del momento en el que se realizó la intervención.

Estos resultados justifican pues tratar a todo el alumnado sobre el que se intervino, independientemente del año en que se realizó la intervención, como una única muestra. Por tanto, dicho colectivo ha sido tratado como tal, empleando la denominación “Alumnado con Intervención” para hacer referencia a él.

### **2.3.- Comparación de medias en habilidades sociales entre los/as profesionales.**

#### **Medida pre.**

En el caso de los/as profesionales no fue posible establecer diferencias en función de la variable sociodemográfica género puesto que la muestra de profesionales estudiada estaba compuesta casi en su totalidad por mujeres (60 mujeres frente a 3 hombres). Esta circunstancia, que puede ser considerada como una de las limitaciones de este trabajo en lo que se refiere a la muestra de Profesionales y que como tal será comentada en su momento, responde, sin embargo, a la distribución más habitual del colectivo de profesionales de enfermería con la que frecuentemente nos encontramos cuando acudimos tanto a impartir cursos como a realizar estudios de campo en el ámbito de la atención sanitaria en nuestro país.

En cuanto a la edad, y dado que los márgenes de edad no resultaban comparables a los del alumnado (puesto que entre estas profesionales la edad mínima se hallaba en 22 años y sólo el 20% de ellas se hallaba por debajo de los 30), se consideró pertinente establecer comparaciones, no ya en función de la edad cronológica, sino en función de la experiencia profesional, diferenciando aquellos/as profesionales con 10 ó menos años de experiencia en su categoría de aquellas con 10 ó más años.

Otras variables socioprofesionales consideradas en este colectivo fueron la categoría profesional (diferenciando auxiliares de enfermería y enfermeras), el área en la que se desarrollaba el trabajo (diferenciando área hospitalaria y área de atención primaria) y, finalmente, el tipo de contrato (diferenciando a las personas contratadas de aquellas que ocupaban una plaza fija). Así, al diferenciar al colectivo de profesionales en base a estas variables se pretendía determinar su posible influencia sobre las HH.SS. que presentaban al inicio del estudio (medida pre).

Tabla 34.- Comparación de medias obtenidas por el colectivo de profesionales diferenciado en función de la variable experiencia en la categoría profesional. Medida pre.

	Experiencia de menos de 10 años (n=19) m (desv.est.)	Experiencia de 10 ó más años (n=37) m (desv.est.)	Significación (1)
Factor 1	23,89 (4,88)	19,41 (5,249)	$z=-2,818$ $p=,005^*$
Factor 2	14,68 (3,40)	13,68 (3,07)	$z=-1,157$ $p=,247$
Factor 3	11,42 (2,89)	9,92 (2,77)	$z=-2,037$ $p=,042^*$
Factor 4	17,05 (4,13)	14,41 (4,41)	$z=-2,161$ $p=,031^*$
Factor 5	14,00 (2,81)	13,00 (1,91)	$z=-1,346$ $p=,178$
Factor 6	13,42 (3,20)	11,27 (3,43)	$z=-2,076$ $p=,038^*$
Global	94,47 (16,91)	82,68 (18,19)	$t=2,317$ (df=54) $p=,022^*$

(1) Para los factores 1 a 6 se realizó la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney; para la puntuación global se realizó la prueba paramétrica t de Student-Fisher.

\*  $p<0.05$ ; \*\* $p<0.01$ .

En todos los casos el colectivo de profesionales con una experiencia inferior a 10 años obtiene puntuaciones medias superiores y hay diferencias estadísticamente significativas para los Factores 1, 3, 4, 6 y puntuación global.

Una posible explicación a estos resultados sería el entusiasmo y dinamismo inicial que suelen presentar los/as profesionales en sus primeros años de ejercicio profesional, en los que se evidencia una mayor tolerancia con los otros, un deseo manifiesto de conocer y de interactuar con los demás, haciendo por lo tanto uso de un amplio repertorio de HH.SS. En la medida, además, en que interactúan de manera satisfactoria, recibirían cada vez más feedback social positivo de los otros, de tal forma que el propio profesional llegaría a calificarse a sí mismo de forma adecuada, repercutiendo esto en su satisfacción laboral y en su autoestima personal y profesional.

Sin embargo, las condiciones laborales, y otras variables intrínsecas propias del

contenido de la profesión (rol ambiguo, conflictivo y sobrecarga de rol) suelen hacer que el profesional de enfermería tienda a reducir este entusiasmo y dinamismo inicial, percibiendo su tarea como monótona y rutinaria. Ello repercutirá negativamente en las relaciones interpersonales que establece con el usuario y familia y con el propio equipo multidisciplinar. En ocasiones, estas relaciones son inadecuadas e incluso a veces se evitan. Todo ello podría estar relacionado con los altos niveles de agotamiento emocional y despersonalización, que presentan de forma habitual, aquellos/as profesionales con mayor experiencia en su categoría profesional, como queda reflejado en un trabajo realizado anteriormente (Pades, 2000).

Por otro lado, la falta de formación y preparación específica sobre aspectos como comunicación, HH.SS. y/o psicología social en general,... pueden hacer que el/la profesional más antiguo y que está ejerciendo hace años su profesión, considere que realmente no lo está haciendo bien (percepción de autoeficacia negativa) y por ello acuda a los seminarios formativos en los que se captó la muestra estudiada. Por tanto, puede pensarse que el interés por el tema en estos/as profesionales podría deberse a que perciben que necesitaban ayuda específica por carecer de estas HH.SS. o bien porque no están exhibiéndolas de forma competente. Esto podría ser una posible explicación de las diferencias obtenidas en las puntuaciones en nuestra muestra de estudio, formada mayoritariamente por profesionales con más de 10 años de experiencia profesional.

Tabla 35.- Comparación de medias obtenidas por el colectivo de profesionales diferenciado en función de su categoría profesional. Medida pre.

	Auxiliares (n=36) m (desv.est.)	Enfermeras (n=27) m (desv.est.)	Significación (1)
Factor 1	21,05 (5,65)	20,88 (5,19)	z=-,084 p=,933
Factor 2	14,14 (2,95)	13,92 (3,31)	z=-,154 p=,877
Factor 3	10,11 (2,95)	10,62 (2,71)	z=-,731 p=,465
Factor 4	14,95 (5,08)	15,23 (3,55)	z=-,168 p=,867
Factor 5	13,32 (2,26)	13,35 (2,21)	z=-,148 p=,882
Factor 6	12,03 (3,73)	11,96 (2,97)	z=-,077 p=,939
Global	84,64 (20,39)	88,59 (15,39)	t=,843 (df=61) p=,403

(1) Para los factores 1 a 6 se realizó la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney; para la puntuación global se realizó la prueba paramétrica t de Student-Fisher.

\* p<0.05; \*\*p<0.01.

No hay diferencias estadísticamente significativas entre auxiliares de enfermería y enfermeras para ninguno de los factores de HH.SS. estudiados ni para la puntuación global.

Aún a pesar de esa ausencia de diferencias, cabe realizar algunos comentarios sobre los resultados obtenidos. Así por ejemplo el hecho de que las enfermeras a nivel global presenten una puntuación más elevada podría relacionarse con sus mayores niveles de formación teórica.

Por otra parte, podemos decir que las auxiliares de enfermería, sobre todo en el área hospitalaria son, hoy por hoy, las que más tiempo permanecen “cara a cara” con los pacientes/clientes y familiares, proporcionándoles cuidados básicos de enfermería. Esta situación las ha llevado a tener que enfrentarse a la situación por necesidad. De tal forma que habían intervenido procesos de ensayo y error a la hora de comunicarse con los

receptores de los cuidados. En cambio, la enfermera muchas veces ocupa gran parte de la jornada laboral en la realización de tareas burocráticas y delegadas de otros profesionales, alegando que “no tienen tiempo” para este contacto directo y continuo con paciente y familia. Esto podría ayudarnos a entender los resultados obtenidos en los factores 1,2 y 6, donde las auxiliares obtienen puntuaciones medias ligeramente más elevadas.

Tabla 36.- Comparación de medias obtenidas por el colectivo de profesionales diferenciado en función del área en la que desarrollan su trabajo. Medida pre.

	Área hospitalaria (n=44) m (desv.est.)	Area de atención primaria (n=19) m (desv.est.)	Significación (1)
Factor 1	21,32 (5,63)	20,21 (4,98)	$z=-,728$ $p=,467$
Factor 2	14,30 (3,17)	13,47 (2,87)	$z=-1,085$ $p=,278$
Factor 3	10,70 (2,76)	9,42 (2,91)	$z=-1,569$ $p=,117$
Factor 4	14,98 (3,97)	15,26 (5,60)	$z=-,210$ $p=,833$
Factor 5	13,64 (2,31)	12,63 (1,86)	$z=-1,576$ $p=,115$
Factor 6	12,20 (3,46)	11,53 (3,34)	$z=-,624$ $p=,532$
Global	87,98 (18,72)	82,53 (17,47)	$t=1,802$ (df=61) $p=,284$

(1) Para los factores 1 a 6 se realizó la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney; para la puntuación global se realizó la prueba paramétrica t de Student-Fisher.

\*  $p<0.05$ ; \*\* $p<0.01$ .

No hay diferencias estadísticamente significativas entre el personal que trabaja en el área hospitalaria y el personal que trabaja en el área de atención primaria para ninguno de los factores de HH.SS. estudiados ni para la puntuación global.

Debemos anunciar en este sentido una posible limitación de nuestro estudio en lo que se refiere a los resultados obtenidos en la muestra de Profesionales, y es que la totalidad de la

muestra del área de atención primaria estaba formada por auxiliares de enfermería. Y aunque, como se apuntó anteriormente, entre auxiliares y enfermeras tampoco aparecen diferencias estadísticamente significativas, el tipo de relación interpersonal que se establece en estas áreas de atención difiere claramente entre los/as profesionales.

Así, en el área especializada (hospitalaria) tanto la auxiliar de enfermería como la enfermera establecen una relación directa y continuada con el receptor de sus cuidados (paciente/cliente y familia) en una situación de crisis. El paciente/cliente está normalmente ingresado por un empeoramiento agudo de su estado de salud, requiriendo ello el uso de HH.SS. dirigidas a la prestación de ayuda de manera concreta y temporal. Los/as profesionales del área hospitalaria cuando deben hacer frente a situaciones conflictivas con pacientes terminales, agresivos o demandas de familiares y presión por parte de profesionales del resto del equipo deben emplear necesariamente habilidades asertivas.

En cambio, en el área de atención primaria muy frecuentemente los/as profesionales de enfermería atienden al paciente/cliente y a su familia en procesos crónicos a través de un continuo contacto con ellos, estableciendo unos vínculos muy estrechos mientras las auxiliares suelen ocuparse básicamente de tareas básicamente administrativas. El tipo de relación interpersonal exige el uso de HH.SS. diferentes ya que las situaciones sociales son también distintas (consulta de enfermería y atención en su propio domicilio).

Todo esto podría explicar las variaciones en las puntuaciones de los factores 1, 2, 3, 5, 6 y en el global, aunque como hemos apuntado sin significación estadística.

Tabla 37.- Comparación de medias obtenidas por el colectivo de profesionales diferenciado en función del tipo de contrato. Medida pre.

	Contratados/as (n=30) m (desv.est.)	Fijos/as (n=32) m (desv.est.)	Significación (1)
Factor 1	23,17 (4,44)	19,00 (5,62)	z=-3,306 p=,003*
Factor 2	14,50 (3,17)	13,66 (3,03)	z=-1,119 p=,263
Factor 3	10,90 (2,94)	9,78 (2,73)	z=-1,468 p=,142
Factor 4	15,87 (4,58)	14,59 (4,12)	z=-1,236 p=,216
Factor 5	13,53 (2,54)	13,19 (1,93)	z=-,221 p=,825
Factor 6	12,67 (3,26)	11,44 (3,53)	z=-1,330 p=,184
Global	90,63 (16,03)	82,81 (19,90)	t=2,052 (df=60) p=,095

(1) Para los factores 1 a 6 se realizó la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney; para la puntuación global se realizó la prueba paramétrica t de Student-Fisher.

\* p<0.05; \*\*p<0.01.

El personal contratado obtiene puntuaciones medias superiores a los/as fijos/as en todos los factores y en la puntuación global, aunque sólo hay diferencias estadísticamente significativas en el factor 1.

Este resultado podría explicarse con los mismos argumentos que utilizamos al explicar los resultados en función de la variable experiencia en la categoría profesional. Así, normalmente los/as profesionales con menos experiencia profesional son los que tienen este tipo de contratos temporales. Además, el/la profesional contratado/a, normalmente presenta una mayor rotación, cambia muchísimo de unidades asistenciales, hospitales y centros de salud. Ello exige que este/a profesional deba adaptarse a diferentes situaciones sociales de manera muy rápida y ágil, y también conocer continuamente a nuevos profesionales.

Así, podemos decir que, para ser acogidos por los demás y poder adaptarse, es preciso interactuar satisfactoriamente con los otros (ser competente socialmente) y para ello se debe hacer uso de HH.SS., sobre todo asertivas, que permitan alcanzar los objetivos. Y ello podría explicar las diferencias obtenidas en este factor 1 (*Autoexpresión en situaciones sociales*) entre los profesionales contratados/as y fijos/as.

#### **2.4.- Comparación de medias en habilidades sociales entre los grupos con intervención y control. Medida pre.**

Tal y como se comentó al describir el diseño aplicado en esta investigación, una de las condiciones para su aplicación es la ausencia de diferencias significativas entre los grupos experimental y control previamente a la aplicación del tratamiento. Precisamente por ello, en este apartado se presenta en primer lugar la comparación de las puntuaciones medias en HH.SS. obtenidas en la medida pre por el colectivo de Alumnado con Intervención y con el colectivo Alumnado Control y, en segundo lugar la comparación entre el colectivo Profesionales con Intervención y el colectivo Profesionales Control.

Tabla 38.- Comparación de medias obtenidas por el colectivo de alumnado con intervención y sin intervención. Medida pre.

	Con intervención (n=232) m (desv.est.)	Sin intervención (n=82) m (desv.est.)	Significación (1)
Factor 1	22,63 (4,36)	22,98 (4,72)	z=-,733 p=,464
Factor 2	13,79 (3,04)	13,17 (3,22)	z=-1,825 p=,068
Factor 3	11,95 (2,34)	11,39 (2,44)	z=-1,776 p=,076
Factor 4	17,03 (3,81)	16,18 (3,86)	z=-1,635 p=,102
Factor 5	14,13 (2,69)	13,67 (2,70)	z=-1,202 p=,229
Factor 6	12,48 (3,46)	12,62 (3,40)	z=-,407 p=,684
Global	92,06 (14,50)	89,99 (14,72)	t=1,106 (df=312) p=,270

(1) Para los factores 1 a 6 se realizó la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney; para la puntuación global se realizó la prueba paramétrica t de Student-Fisher.

\*  $p < 0.05$ ; \*\*  $p < 0.01$ .

Dado que no hay diferencias estadísticamente significativas para ningún factor ni para la puntuación global, en el caso del alumnado se cumple perfectamente la condición requerida por el diseño de grupo control no equivalente con medidas pre y post tratamiento empleado en esta investigación en cuanto a que los grupos con intervención y control deben tener niveles similares en las variables estudiadas antes de la aplicación del tratamiento cuya eficacia se evalúa.

Tabla 39.- Comparación de medias obtenidas por el colectivo de profesionales con intervención y sin intervención. Medida pre.

	Con intervención (n=44) m (desv.est.)	Sin intervención (n=19) m (desv.est.)	Significación (1)
Factor 1	19,55 (4,96)	24,32 (5,09)	$z=-3,144$ $p=,002^*$
Factor 2	13,50 (3,00)	15,32 (2,96)	$z=-2,064$ $p=,039^*$
Factor 3	9,73 (2,80)	11,68 (2,52)	$z=-2,451$ $p=,014^*$
Factor 4	14,57 (4,81)	16,21 (3,44)	$z=-1,494$ $p=,135$
Factor 5	12,93 (2,05)	14,26 (2,38)	$z=-1,954$ $p=,051$
Factor 6	11,25 (3,13)	13,74 (3,48)	$z=-2,444$ $p=,015^*$
Global	81,52 (17,04)	97,47 (16,81)	$t=-3,424$ (df=61) $p=,001^*$

(1) Para los factores 1 a 6 se realizó la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney; para la puntuación global se realizó la prueba paramétrica t de Student-Fisher.

\*  $p<0.05$ ; \*\* $p<0.01$ .

En cambio, en el caso de los/as profesionales hay diferencias estadísticamente significativas en los factores 1, 2, 3 y 6 y para la puntuación global de modo que, en todos los casos la puntuación del colectivo de profesionales control es significativamente superior a la del colectivo Profesionales con Intervención.

Tal y como se ha comentado anteriormente en diferentes ocasiones, este resultado podría ser claramente debido al hecho de que el colectivo sobre el que se intervino fueron profesionales que habían acudido a un curso de HH.SS., razón por la cual es fácil pensar que tuvieran (o percibieran tener) algún déficit en este sentido.

La existencia de estas diferencias supone que no se cumple la condición requerida por el diseño empleado en esta investigación en cuanto a que los grupos con intervención y control deben tener niveles similares en las variables estudiadas antes de la aplicación del

tratamiento. A pesar de ello, se procedió a desarrollar la investigación con esta muestra de profesionales por dos motivos.

En primer lugar, porque dada la dificultad para acceder a muestras de profesionales de enfermería y la poca receptividad que suele caracterizar a este colectivo, resultaba altamente complicado no sólo lograr la participación voluntaria de nuevas muestras si no, sobre todo, lograr que esas nuevas muestras consintieran en participar en un estudio que como éste suponía pasar por un pretest, un entrenamiento y un postest. Es decir, resulta difícil pensar que en un colectivo como el de enfermería (con las cargas de trabajo, los problemas de burnout acumulados, etc.) se aceptara de buen grado por un número amplio de personas la participación sin que existiera por su parte una demanda previa.

Por otra parte, se consideró que, dados los objetivos del estudio, básicamente prospectivos, los datos resultantes, podían ser interesantes aunque no fueran definitivos.

Por todo ello, se procedió a desarrollar el estudio con esta muestra de profesional de enfermería, aún siendo plenamente conscientes de que tanto sus características (ya comentadas) como el no cumplimiento de esta condición convertían los resultados relativos a los/as Profesionales en meramente orientativos.

## **2.5.- Comparación de medias en habilidades sociales entre el alumnado y el colectivo de profesionales. Medida pre.**

Para finalizar este apartado se consideró relevante comparar las puntuaciones medias iniciales obtenidas por alumnado y profesionales en HH.SS. (la medida pre), o, dicho de otro modo, se consideró relevante analizar si los dos colectivos estudiados presentaban antes del inicio de la intervención niveles similares en las HH.SS. estudiadas o no.

Tabla 40.- Comparación de medias obtenidas por los colectivos de alumnado y de profesionales. Medida pre.

	Alumnado (n=314) m (desv.est.)	Profesionales (n=63) m (desv.est.)	Significación (1)
Factor 1	22,72 (4,45)	20,98 (5,43)	$z=-2,462$ $p=,014^*$
Factor 2	13,63 (3,09)	14,05 (3,08)	$z=-,940$ $p=,347$
Factor 3	11,80 (2,38)	10,32 (2,84)	$z=-3,936$ $p=,000^{**}$
Factor 4	16,81 (3,84)	15,06 (4,48)	$z=-2,784$ $p=,005^*$
Factor 5	14,01 (2,70)	13,33 (2,22)	$z=-2,073$ $p=,038^*$
Factor 6	12,52 (3,44)	12,00 (3,41)	$z=-1,285$ $p=,199$
Global	91,52 (14,56)	86,33 (18,38)	$t=2,460$ (df=375) $p=,014^*$

(1) Para los factores 1 a 6 se realizó la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney; para la puntuación global se realizó la prueba paramétrica t de Student-Fisher.

\*  $p<0.05$ ; \*\* $p<0.01$ .

El colectivo de Profesionales obtiene puntuaciones medias más elevadas en el factor 2; mientras el Alumnado obtiene puntuaciones medias más elevadas en el resto de los casos, siendo las diferencias estadísticamente significativas para los factores 1, 3, 4 y 5 y para la puntuación global.

Como ya se ha comentado anteriormente, una posible explicación para estos resultados es que los/as profesionales de nuestra muestra de estudio no hayan conseguido adquirir el repertorio de habilidades necesarios para alcanzar objetivos personales significativos (competencia social y satisfacción en sus relaciones con los otros) bien por falta de formación y/o por entornos perjudiciales con lo que es más probable que presenten un patrón más deficitario, que les haya llevado a acudir a un curso de formación sobre el tema.

Otra variable a tener en cuenta podría ser la propia condición de estudiantes universitario vs. profesional. Así el Alumnado es más joven, dinámico, motivado por el interés que despierta el deseo de conocer el entorno social que será su futura profesión (Hospitales y Centros de Salud). Además, se encuentra en una situación más cómoda y privilegiada (protegidos como alumnos/as, sin tanta responsabilidad, pasando poco tiempo en el contexto social durante sus prácticas clínicas, sin competir con los/as profesionales que están en esa área trabajando por lo que normalmente son aceptados por ellos, tutorizados en todo momento por profesores/as asociados durante sus prácticas clínicas, etc...), pudiéndose pues producir ello una percepción de autoeficacia y de seguridad en sí mismos (en relación a sus habilidades sociales) que quizá no se corresponde con la realidad y que se podría reflejar en las respuestas al cuestionario que hemos utilizado.

Por otra parte, la deseabilidad social en el alumnado, es decir el deseo de gustar a la evaluadora (profesora de la asignatura) podría ser otra posible explicación y también una posible limitación del estudio.

Como ya hemos comentado reiteradamente, un mecanismo importante para el ajuste y el refinamiento de las habilidades sociales es el feedback. Si el alumno/a recibe feedback durante sus prácticas clínicas por los profesionales que les reciben en las unidades asistenciales y en los centros de salud, se percibirá como competente. Si una persona tiene precedentes de éxito en el manejo de un tipo de interacciones es probable que las clasifique como agradables, estimulantes e incluso desafiantes, y que califique su propia conducta como competente y efectiva. Y a la inversa, las expectativas negativas se adquieren probablemente como resultado de dificultades pasadas al manejar situaciones embarazosas, y se mantienen por cogniciones de fracaso respecto a la ejecución en ellas, probablemente es lo que les ocurre a los/as profesionales. Para reducir las expectativas negativas y la ansiedad que las mantienen parecen significativos dos métodos relacionados: la modificación cognitiva y el incremento directo de habilidades conductuales de los profesionales, como comentaremos en las conclusiones de este estudio.

### 3.- El efecto del entrenamiento en habilidades sociales. Comparación entre la medida pre y la medida post.

En este apartado se describirán los resultados obtenidos al comparar tanto alumnado como profesionales, antes (medida pre) y después (medida post) del entrenamiento, con el objetivo de evaluar el efecto del EHS en ellos, y así comprobar la idoneidad del mismo. Se trata, por tanto, de la parte central y más importante de este trabajo de investigación.

#### 3.1.- El efecto del entrenamiento en habilidades sociales en el alumnado.

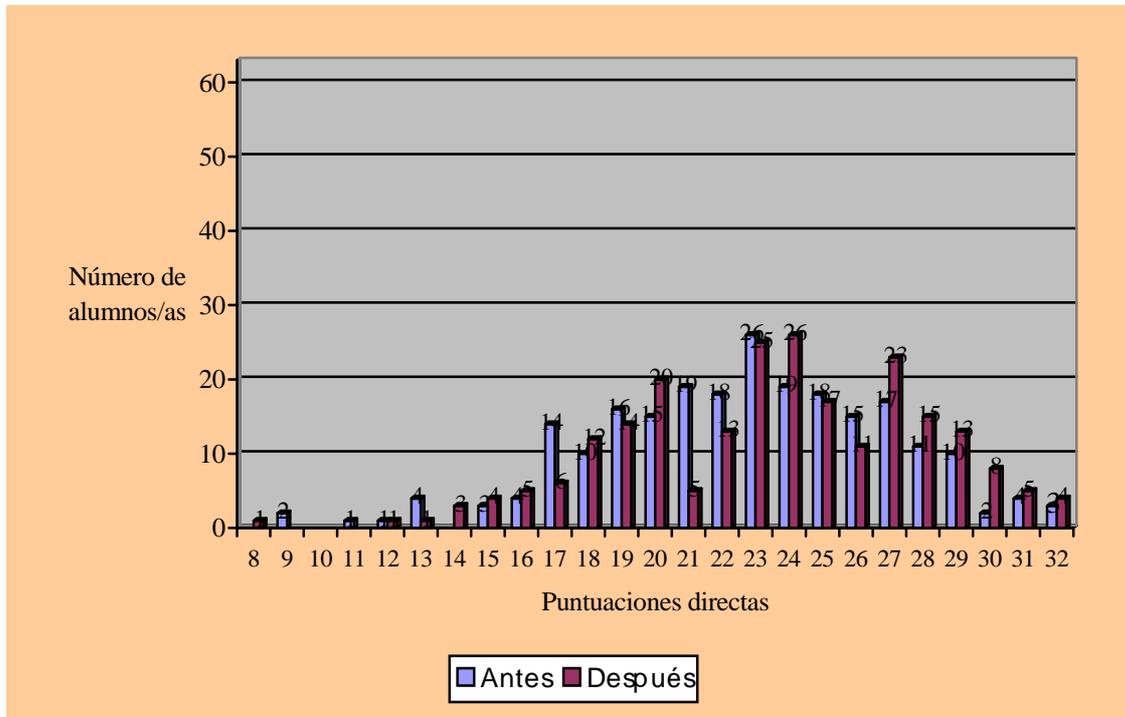
En primer lugar, se comparan los resultados en HH.SS. obtenidos en los dos momentos en los que se realizó la medición, esto es, antes y después de la aplicación del EHS-ae en el caso del grupo Alumnado con Intervención y en los dos momentos previamente fijados en el caso del grupo Alumnado Control.

Tabla 41.-Puntuaciones antes y después del EHS. Factor 1.  
Alumnado con Intervención (N=232)

		<b>Antes</b>	<b>Después</b>	Significación
Factor 1	Media	22,63	23,45	z=-4,558 p=,000**
	95% del intervalo de confianza para la media	22,07 - 23,19	22,88 -24,03	
	Mediana	23,00	24,00	
	Moda	23,00	24,00	
	Varianza	18,970	19,634	
	Desviación estándar	4,36	4,43	
	Mínimo - máximo	9-32	8-32	
	Asimetría	-,335	-,366	
	Curtosis	,142	-,149	
	Estimador M de Hampel	22,78	23,65	

\*\*p<0.01.

Figura 41.- Distribución de frecuencias para el Factor 1 antes y después del EHS.  
Alumnado con Intervención.



Para el factor 1 el alumnado que ha recibido intervención obtiene una puntuación media, tanto antes como después de la intervención ligeramente superior a la media de referencia de la muestra de baremación. Al comparar estas puntuaciones medias se observa una diferencia estadísticamente significativa, siendo la puntuación tras el entrenamiento más elevada.

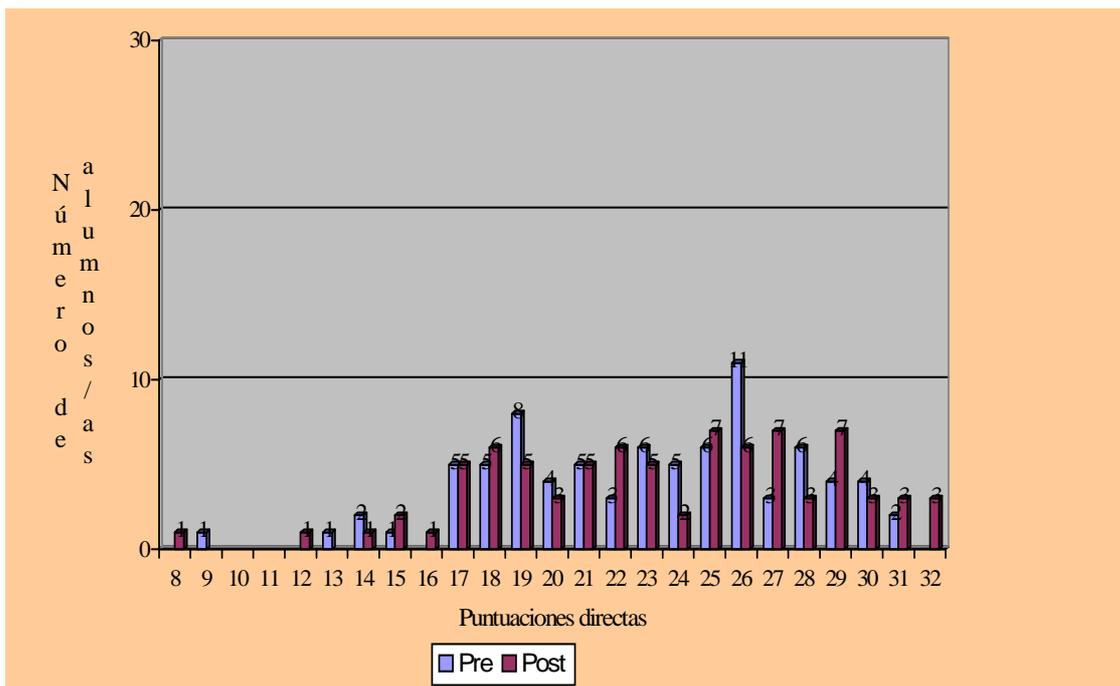
Los índices de forma indican que las puntuaciones presentan una asimetría negativa tanto antes como después de la intervención, lo cual quiere decir que existe una tendencia a obtener puntuaciones altas, como puede observarse en la figura anterior.

Por otro lado, la distribución de las puntuaciones para este factor 1 presenta una curtosis positiva antes de la intervención, es decir, la distribución tiene una cierta tendencia apuntada o leptocúrtica; mientras que después de la intervención la curtosis es negativa, es decir, la distribución tiende a convertirse en plana o platicúrtica.

Tabla 42.-Puntuaciones en las fases pre y post. Factor 1.  
Alumnado control (N=82)

Factor 1		Antes	Después	Significación
Media		22,98	23,34	$z=-,994$ $p=,320$
95% del intervalo de confianza para la media		21,94 – 24,01	22,21, - 24,48	
Mediana		23,50	23,50	
Moda		26,00	No única	
Varianza		22,320	26,697	
Desviación estándar		4,72	5,17	
Mínimo - Máximo		9-31	8-32	
Asimetría		-,408	-,366	
Curtosis		-,290	-,303	
Estimador M de Hampel		23,18	23,51	

Figura 42.-Distribución de frecuencias para el Factor 1 pre y post.  
Alumnado control.

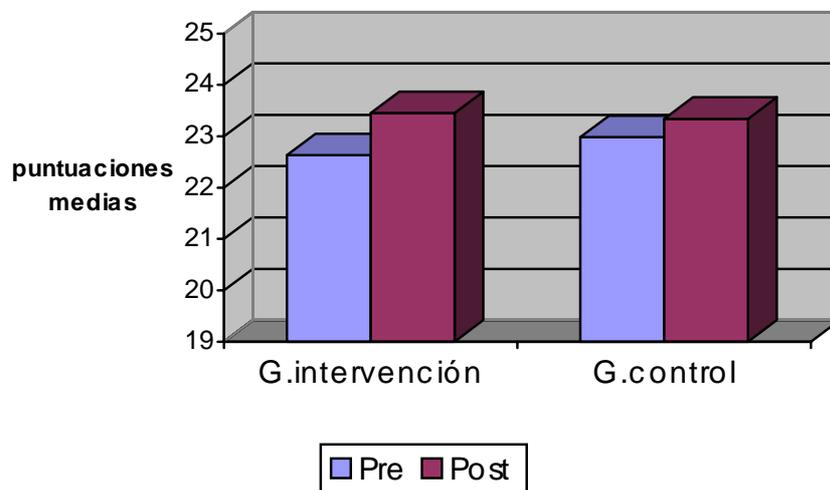


En el grupo de alumnado que no ha recibido intervención las puntuaciones medias de los sujetos en este factor 1 son ligeramente más elevadas que la media teórica del grupo de baremación en los dos momentos en que se recogió información.

Al comparar las medias en estos dos momentos, en este grupo y para este Factor, se observa que no existen diferencias estadísticamente significativas.

Por otra parte, en ambos momentos, la asimetría es negativa, lo que significa que predominan las puntuaciones altas, y la distribución es plana o platicúrtica, sin tendencia central de respuesta.

Figura 43.- Efecto del EHS en el alumnado. Factor 1.



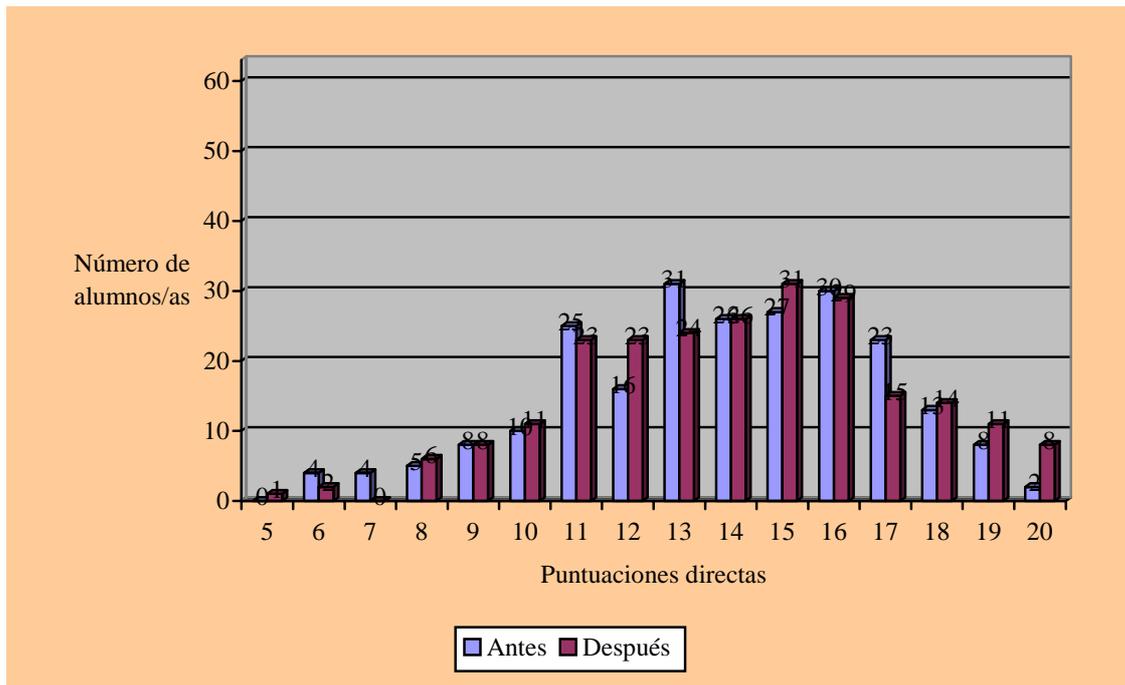
En definitiva, como puede observarse en la figura anterior, los resultados obtenidos indican que el alumnado, que ya poseía unas puntuaciones altas previas al EHS-ae, se siente significativamente más seguro y capaz de expresarse de manera espontánea tras la intervención, y así lo manifiestan en sus respuestas. En cambio, en el caso del alumnado que no recibió entrenamiento, la puntuación media en este factor ha aumentado ligeramente pero este aumento no es significativo.

Tabla 43.- Puntuaciones antes y después del EHS. Factor 2.  
Alumnado con Intervención (N=232)

Factor 2		Antes	Después	Significación
Media		13,79	14,04	$z=-2,113$ $p=,035^*$
95% del intervalo de confianza para la media		13,40 – 14,19	13,64 – 14,44	
Mediana		14,00	14,00	
Moda		13,00	15,00	
Varianza		9,247	9,492	
Desviación estándar		3,04	3,08	
Mínimo – máximo		6-20	5-20	
Asimetría		-,387	-,175	
Curtosis		-,285	-,312	
Estimador M de Hampel		13,96	14,08	

\* $p<0.05$ .

Figura 44.- Distribución de frecuencias para el Factor 2 antes y después del EHS.  
Alumnado con intervención.



El alumnado que ha recibido intervención obtiene puntuaciones medias superiores a la media teórica del grupo de baremación en el factor 2 tras haberle aplicado el EHS-ae. Al comparar las puntuaciones medias obtenidas antes y después de la intervención se observa que la diferencia es estadísticamente significativa.

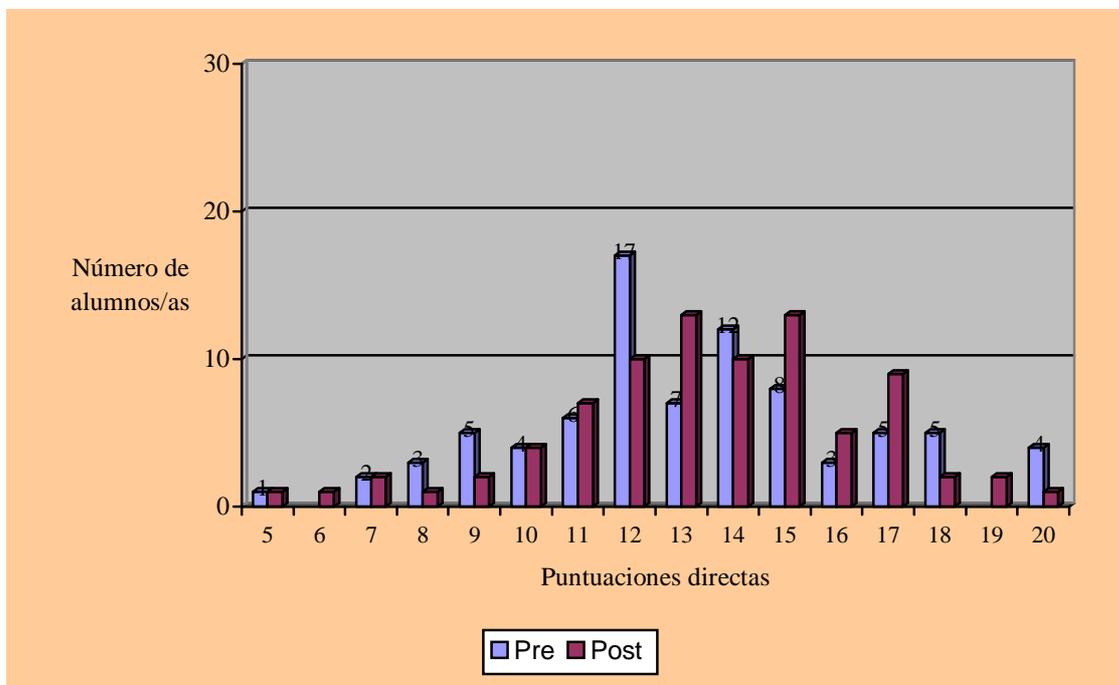
Este cambio sugiere que el alumnado que ha recibido intervención manifiesta la expresión de conductas asertivas frente a desconocidos en defensa de los propios derechos en situación de consumo y que el hecho de realizar ejercicios de role-playing en el aula donde el/la alumno/a escenificaba y representaba diferentes papeles, similares a lo que ocurre en la vida real en estas situaciones sociales, puede haber contribuido a que se sienta capaz y seguro/a de poder manejar la situación, incluso de manera anticipada a la misma. Aunque sabemos que ello no garantiza el éxito real ante la situación, como nos recuerdan autores expertos en la materia (Caballo, 2002; Kelly, 1987).

Por otra parte, tanto antes como después de la intervención, la asimetría negativa indica la tendencia a presentar puntuaciones altas, y el valor negativo de la curtosis, indica y, así se puede observar gráficamente, que la distribución muestra tendencia a ser plana o platicúrtica, no existiendo una tendencia central de respuesta.

Tabla 44.- Puntuaciones pre y post. Factor 2.  
Alumnado control (N=82)

		<b>Antes</b>	<b>Después</b>	<b>Significación</b>
Factor 2	Media	13,17	13,59	z=-1,628 p=,103
	95% del intervalo de confianza para la media	12,46 – 13,88	12,96 – 14,21	
	Mediana	13,00	14,00	
	Moda	12,00	No única	
	Varianza	10,341	7,974	
	Desviación estándar	3,22	2,82	
	Mínimo – máximo	5-20	6-20	
	Asimetría	,089	-,283	
	Curtosis	-,085	,144	
	Estimador M de Hampel	13,11	13,69	

Figura 45.- Distribución de frecuencias para el Factor 2 pre y post.  
Alumnado control.



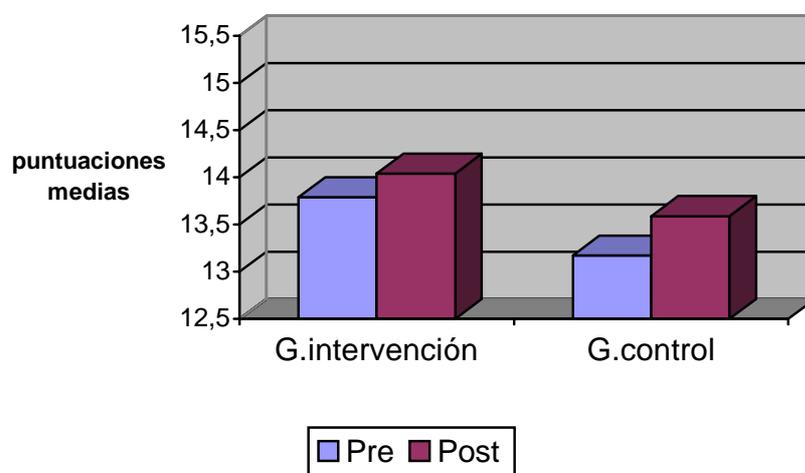
El alumnado que no recibió intervención en los momentos en que se recogió información presentaba unas puntuaciones medias inferiores a la media teórica del grupo de baremación. Esto podría sugerir que este grupo presentaba ciertas dificultades a la hora de defender sus derechos como consumidor ante situaciones sociales donde se producían injusticias, o requerían el uso de estas habilidades asertivas para hacer posible la defensa de sus derechos.

La asimetría positiva en la fase pre indica una ligera tendencia a presentar puntuaciones bajas; y en la fase post la asimetría negativa indica una ligera tendencia a puntuaciones altas.

Por otra parte, la distribución muestra una ligera tendencia a ser plana en la fase pre y apuntada en la fase post.

Cabe señalar que posiblemente todo el alumnado y también el alumnado control ha tenido que enfrentarse a situaciones que requerían una actuación efectiva e inmediata en relación a la defensa de los derechos como consumidor. En ocasiones, la persona puede salir airosa, de este tipo de situación lo que conlleva una inclusión de las conductas utilizadas, en su repertorio habitual de comportamientos (Caballo, 1993). Sin embargo, las conductas que utiliza puede que no sean las más adecuadas. Así, se ha visto que con frecuencia se están utilizando conductas agresivas en vez de asertivas, para hacer frente a estas situaciones confundiendo incluso el hecho de “protestar en exceso y exigir” con una conducta asertiva y útil. De tal forma que las personas sin entrenamiento pueden confundir completamente los términos, equiparando la agresividad a una expresión maximizada de la asertividad.

Figura 46.- Efecto del EHS en el alumnado. Factor 2.



En definitiva, como puede observarse en la anterior figura, el EHS-ae ha influido positivamente en el grupo de alumnado con intervención, siendo las puntuaciones medias obtenidas después del entrenamiento significativamente más elevadas. En cambio, en el grupo Alumnado control estas habilidades sociales se hallaban presentes en menor medida, tanto en la primera como en la segunda medición.

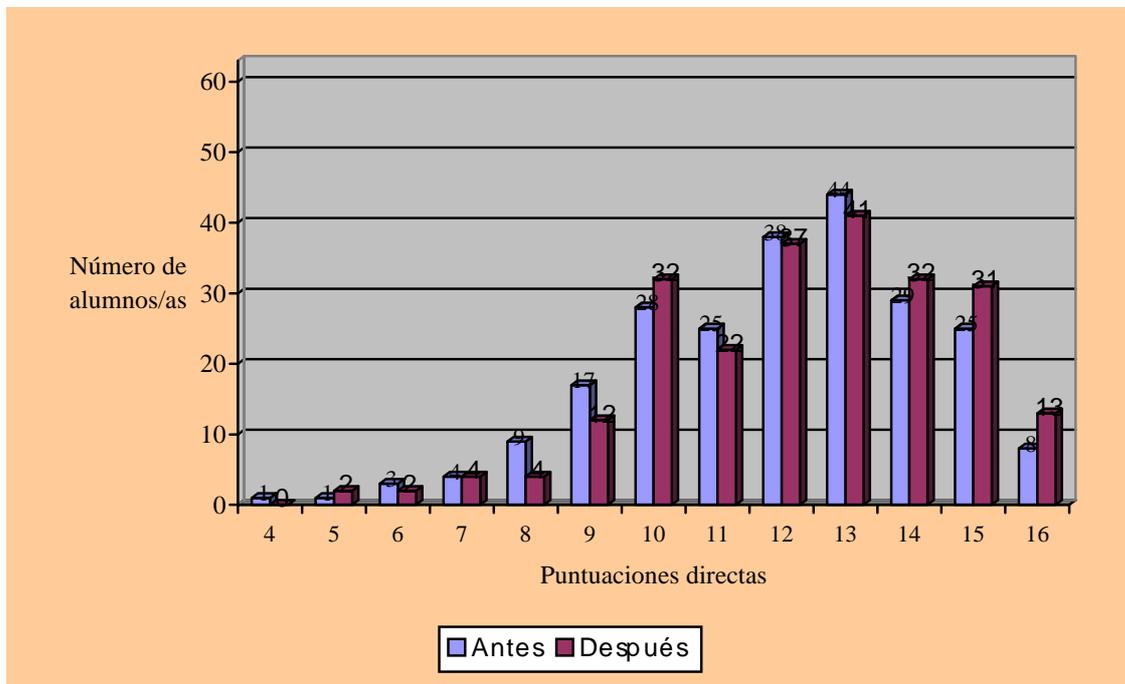
Tabla 45.- Puntuaciones antes y después del EHS. Factor 3.

Alumnado con Intervención (N=232)

Factor 3		Antes	Después	Significación
Media		11,95	12,28	$z=-2,501$
95% del intervalo de confianza para la media		11,65 – 12,25	11,99 – 12,58	$p=,012^*$
Mediana		12,00	13,00	
Moda		13,00	13,00	
Varianza		5,486	5,321	
Desviación estándar		2,34	2,31	
Mínimo - Máximo		4-16	5-16	
Asimetría		-,553	-,557	
Curtosis		,099	,098	
Estimador M de Hampel		12,06	12,38	

\* $p<0.05$ .

Figura 47.- Distribución de frecuencias para el Factor 3 antes y después del EHS. Alumnado con intervención.



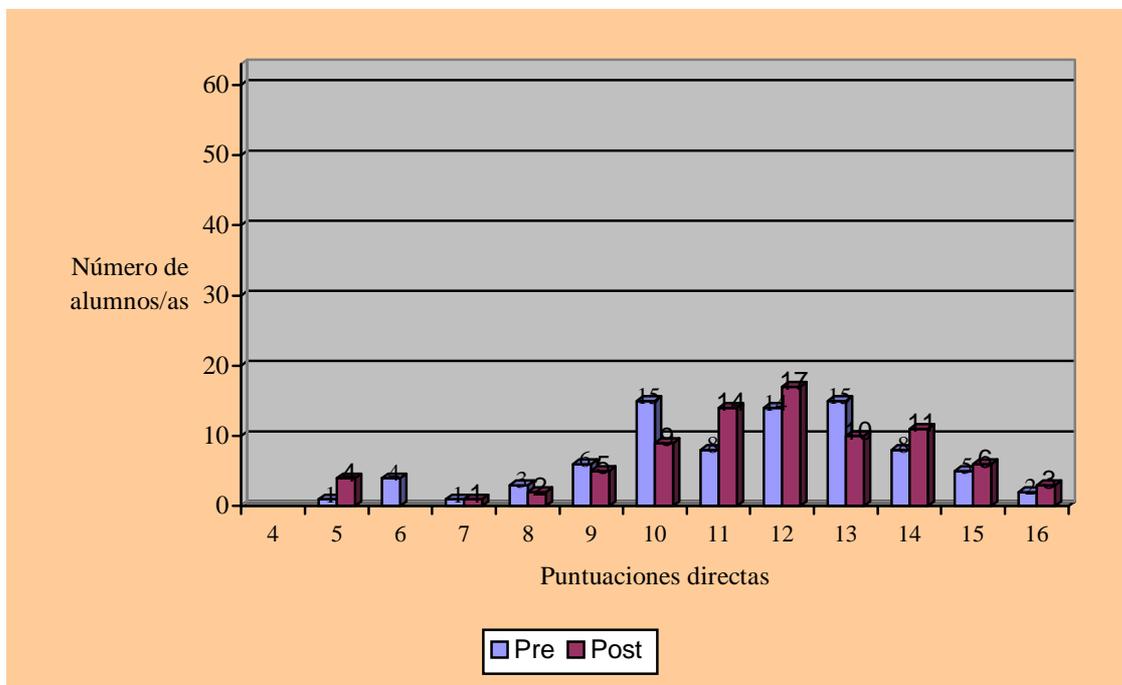
En este factor 3 las puntuaciones medias obtenidas por el alumnado que ha recibido intervención son ligeramente más elevadas que la media teórica utilizada como baremación, tanto antes como después del EHS-ae. Al comparar las puntuaciones se observan diferencias estadísticamente significativas.

Por otra parte, tanto antes como después del EHS, los índices de forma con signo negativo (asimetría negativa) indican que existe una importante tendencia a obtener puntuaciones altas, y la distribución está cerca de la normalidad (mesocúrtica).

Tabla 46.- Puntuaciones pre y post. Factor 3.  
Alumnado control (N=82)

		<b>Antes</b>	<b>Después</b>	<b>Significación</b>
Factor 3	Media	11,39	11,68	z=-1,685 p=,092
	95% del intervalo de confianza para la media	10,85 – 11,93	11,14 – 12,23	
	Mediana	12,00	12,00	
	Moda	No única	12,00	
	Varianza	5,945	6,120	
	Desviación estándar	2,44	2,47	
	Mínimo - Máximo	5-16	5-16	
	Asimetría	-,500	-,769	
	Curtosis	,004	,888	
	Estimador M de Hampel	11,51	11,91	

Figura 48.- Distribución de frecuencias para el Factor 3 pre y post.  
Alumnado control.



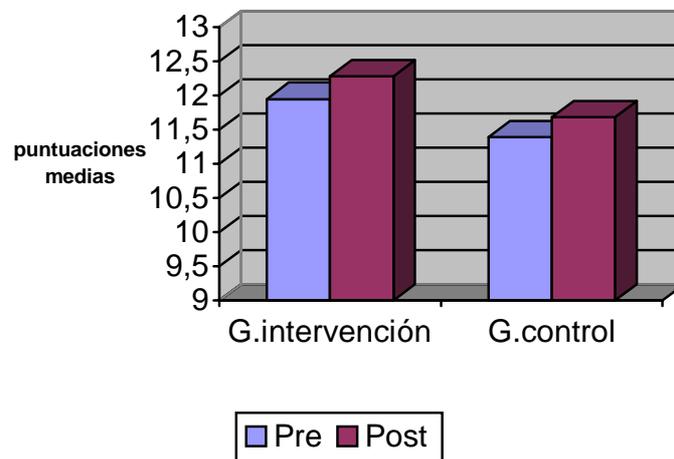
El alumnado que no ha recibido intervención presenta unas puntuaciones medias ligeramente más elevadas, en relación a la media teórica utilizada como baremación, tanto en la medida pre como en la post. Pero al comparar los valores no aparecen diferencias estadísticamente significativas.

La asimetría negativa indica una importante tendencia a obtener puntuaciones altas en ambos momentos; pero el tipo de distribución cambio de modo que en la fase pre es prácticamente normal, mientras en la fase post, la curva adopta una importante tendencia a ser apuntada o leptocúrtica, es decir, tendencia a que muchas personas obtengan puntuaciones centrales.

Cabe recalcar que este factor 3 mide la capacidad de expresión de enfado o disconformidad. El efecto del EHS puede haberse visto potenciado en el caso de este factor por el hecho, comentado anteriormente, de insistir al alumno/a desde el primer día de clase,

por parte de los/as profesores/as, en que manifieste sus quejas a través de los mecanismos articulados para este fin. Estos mecanismos serían entre otros, comisiones de seguimiento, profesores asociados que tutorizan prácticas clínicas, profesores tutores por curso académico, etc., con los que cuenta la propia Escuela de Enfermería para que así el/la alumno/a pueda expresar libremente sus opiniones, quejas y demandas con el fin de poder ayudarle durante su formación.

Figura 49.- Efecto del EHS en el alumnado. Factor 3.



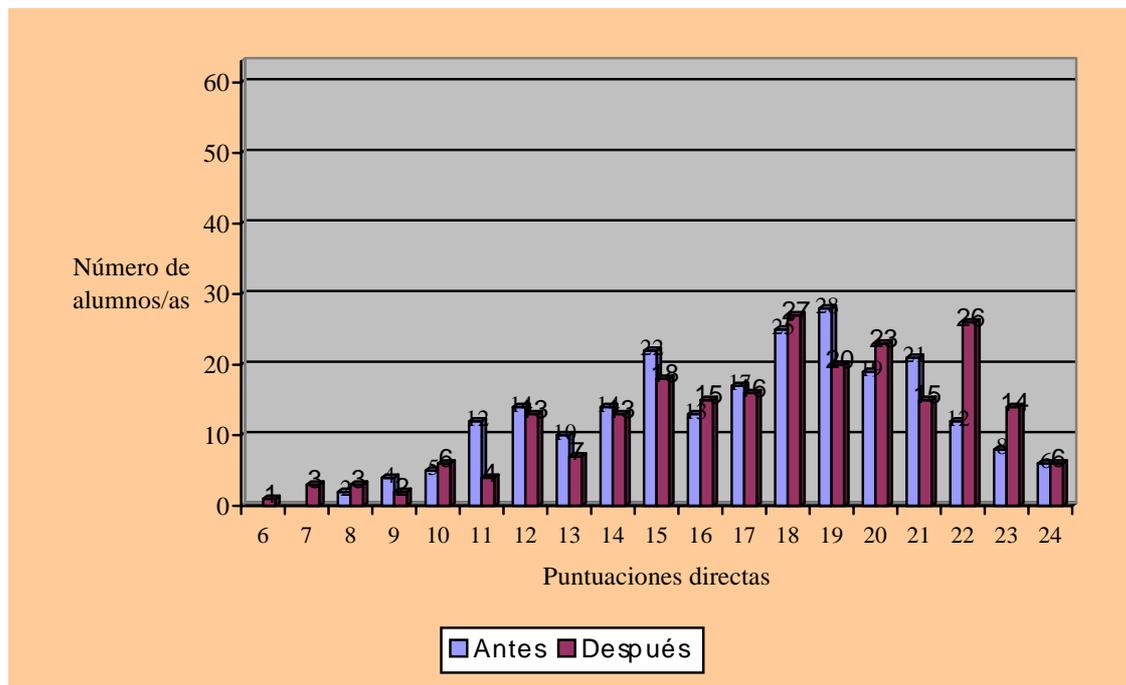
En esta figura se puede observar el aumento significativo en las puntuaciones medias obtenidas tras el entrenamiento en el colectivo Alumnado con Intervención, mientras que en el colectivo Alumnado control se produce tan sólo un ligerísimo incremento entre la medida pre y la post.

Tabla 47.- Puntuaciones antes y después del EHS. Factor 4.  
Alumnado con Intervención (N=232)

Factor 4		Antes	Después	Significación
Media		17,03	17,51	$z=-2,409$ $p=,016^*$
95% del intervalo de confianza para la media		16,53 – 17,52	16,99 – 18,04	
Mediana		18,00	18,00	
Moda		19,00	18,00	
Varianza		14,536	16,502	
Desviación estándar		3,81	4,06	
Mínimo -Máximo		8-24	6-24	
Asimetría		-,287	-,576	
Curtosis		-,729	-,260	
Estimador M de Hampel		17,15	17,82	

\* $p<0.05$ .

Figura 50.- Distribución de frecuencias para el Factor 4 antes y después del EHS.  
Alumnado con intervención.



En el caso del factor 4, que evalúa la capacidad para *decir No* y *cortar interacciones*, las puntuaciones medias obtenidas, tanto antes como después de la intervención, son más altas

que la puntuación media teórica de baremación. Así mismo, al comparar las puntuaciones medias antes y después del entrenamiento se obtienen diferencias estadísticamente significativas.

Así pues, el decir no y cortar interacciones mejora considerablemente tras la intervención. De hecho durante el programa de EHS-ae, se realizaron ejercicios de role-playing donde el/la alumno/a demostraba y practicaba estas habilidades.

La oposición asertiva le será útil en un futuro inmediato cuando tenga que hacer frente a presiones a veces injustificadas de los otros (pacientes, familiares y equipo multidisciplinar). El entorno hospitalario y de atención primaria, sin embargo, no propicia que el “nuevo” pueda expresar de manera libre dicha conducta.

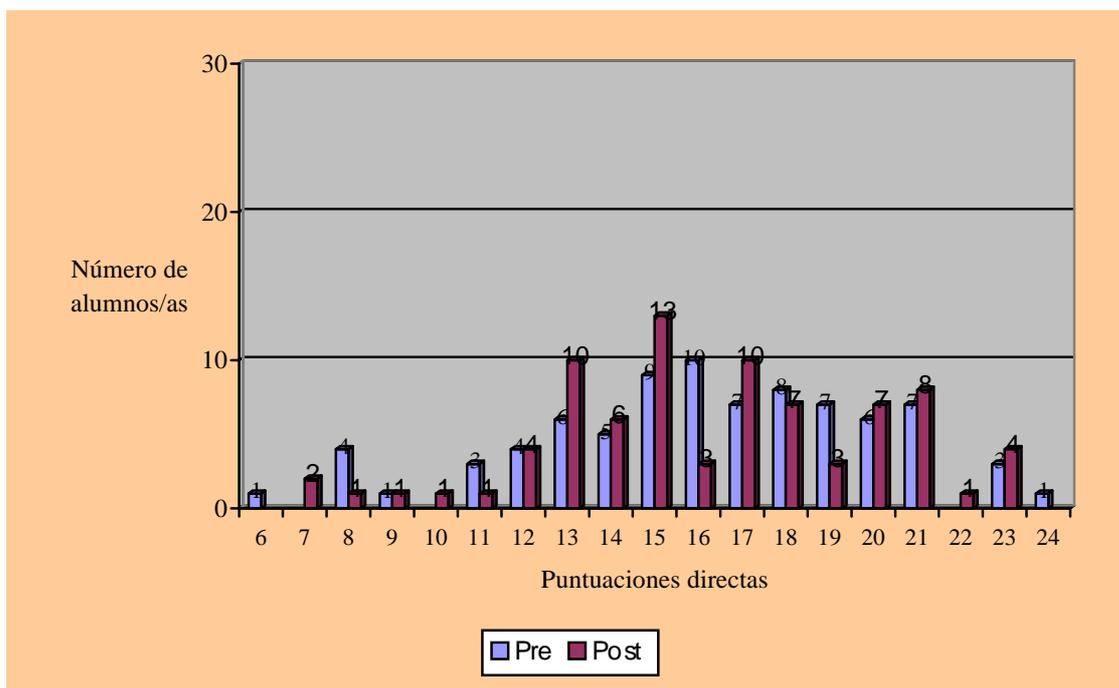
Además, las cogniciones negativas como “mejor pasar desapercibido”, “mejor adaptarse a un mal compañero que discutir con él”, “es mejor realizar todas las tareas aunque sobrepasen mi rol profesional, que manifestar una negativa a un superior”, etc... podrían contribuir a que *in vivo* estas habilidades no se pongan en marcha, aunque se hayan adquirido y ensayado durante el EHS (Gil y León, 1998).

Por otra parte, tanto antes como después de la intervención, la asimetría negativa indica que existe una tendencia a obtener puntuaciones altas, y la distribución es plana o platicúrtica, sin tendencia central de respuesta.

Tabla 48.- Puntuaciones pre y post. Factor 4.  
Alumnado control (N=82)

Factor 4		Antes	Después	Significación
Media		16,18	16,24	$z=-,104$ $p=,917$
95% del intervalo de confianza para la media		15,33 – 17,03	15,42 – 17,06	
Mediana		16,00	16,00	
Moda		16,00	15,00	
Varianza		14,917	13,964	
Desviación estándar		3,86	3,74	
Mínimo – Máximo		6-24	7-23	
Asimetría		-,403	-,215	
Curtosis		-,051	-,251	
Estimador M de Hampel		16,36	16,35	

Figura 51.- Distribución de frecuencias para el Factor 4 pre y post.  
Alumnado control.

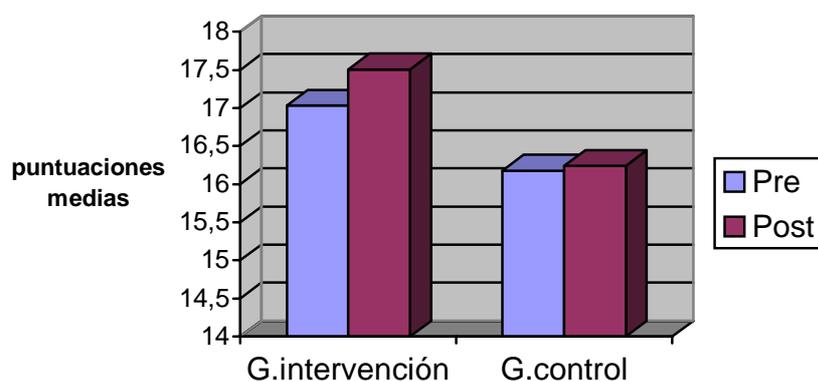


En el grupo de Alumnado que no ha recibido intervención se observa también que las puntuaciones medias obtenidas (tanto en la medida pre como en la post) son superiores a la

media teórica del grupo de baremación. Una posible explicación podría ser la misma utilizada para explicar las variaciones en el Factor 3.

Los índices de forma indican que, tanto para la medida pre como para la post, predominan las puntuaciones altas (asimetría negativa) y la distribución es plana o platicúrtica, indicando que no hay tendencia central de respuesta.

Figura 52.- Efecto del EHS en el alumnado. Factor 4.



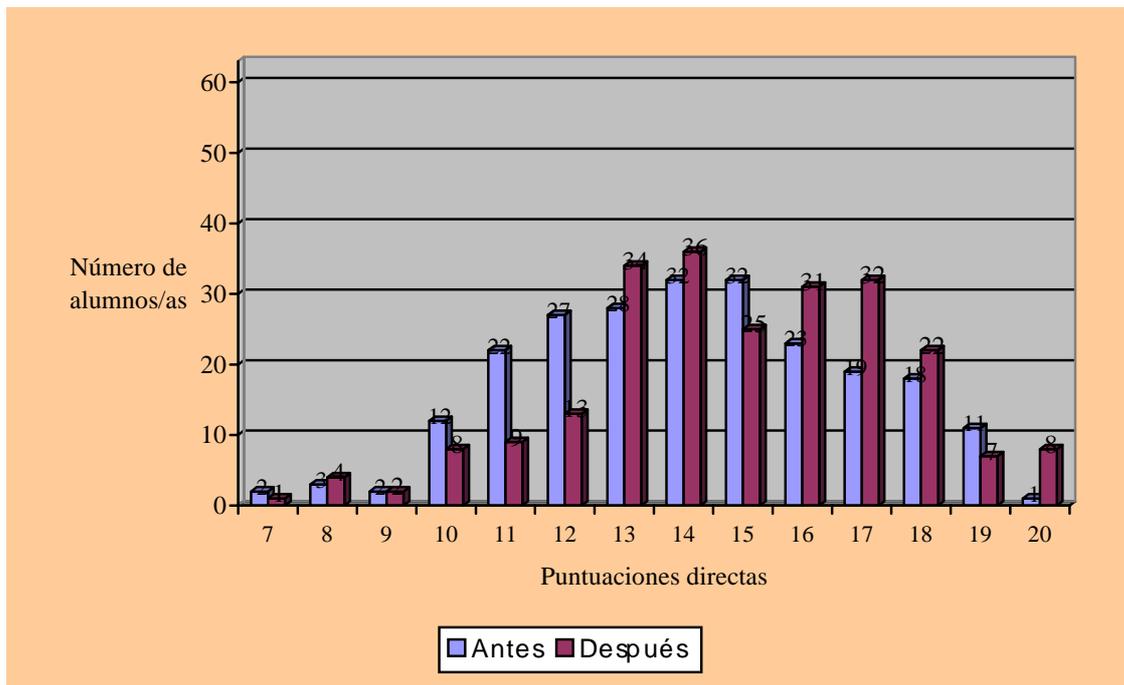
Al observar esta figura podemos analizar visualmente el efecto del EHS-ae en el factor 4 para el alumnado. Podemos ver como en el grupo con intervención se produce un aumento considerable en las puntuaciones medias obtenidas, concluyéndose que en este Factor también ha sido efectivo el EHS-ae, mientras que en el colectivo Alumnado control se produce un casi imperceptible incremento de la puntuación media entre la medida pre y post.

Tabla 49.- Puntuaciones antes y después del EHS. Factor 5.  
Alumnado con Intervención (N=232)

Factor 5		Antes	Después	Significación
Media		14,13	14,84	$z=-4,139$ $p=,000^{**}$
95% del intervalo de confianza para la media		13,78 – 14,48	14,49 – 15,18	
Mediana		14,00	15,00	
Moda		No única	14,00	
Varianza		7,239	7,047	
Desviación estándar		2,69	2,65	
Mínimo - Máximo		7-20	7-20	
Asimetría		-,082	-,332	
Curtosis		-,496	-,073	
Estimador M de Hampel		14,13	14,94	

\*\* $p<0.01$ .

Figura 53.- Distribución de frecuencias para el Factor 5 antes y después del EHS.  
Alumnado con intervención.



El EHS-ae mejora significativamente la puntuación media obtenida en el Factor 5 por el alumnado que ha recibido intervención. Las puntuaciones medias obtenidas tanto en la fase

previa como posterior al entrenamiento son ligeramente más elevadas que la media teórica de baremación. Así mismo, al comparar las puntuaciones medias antes y después del EHS se obtienen diferencias estadísticamente significativas.

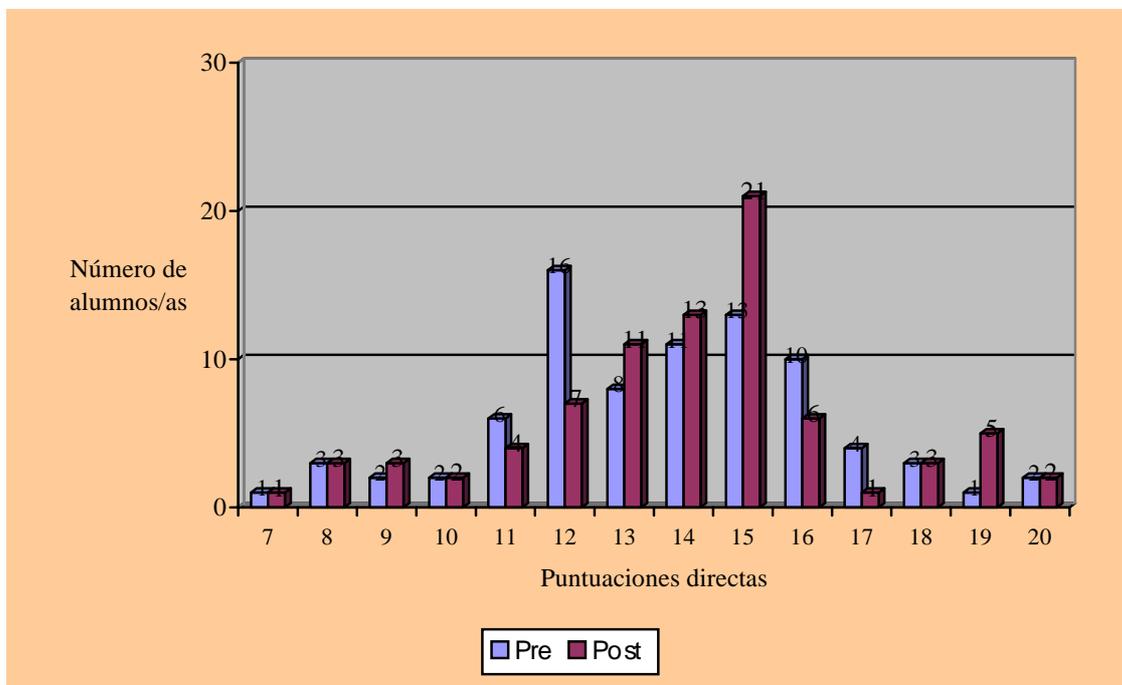
Cabe señalar que percibir que es capaz de hacer peticiones, sin excesiva dificultad, a otras personas de algo que desea, o en situaciones de consumo le va a proporcionar a la persona seguridad y confianza en sí mismo, favoreciendo este efecto.

En ambas fases, la asimetría negativa indica cierta tendencia a obtener puntuaciones altas, y la distribución es plana o platicúrtica, indicando que no hay tendencia central de respuesta.

Tabla 50.- Puntuaciones pre y post. Factor 5.  
Alumnado control (N=82)

		<b>Antes</b>	<b>Después</b>	<b>Significación</b>
Factor 5	Media	13,67	14,00	$z=-1,469$ $p=,142$
	95% del intervalo de confianza para la media	13,08 – 14,26	13,38 – 14,62	
	Mediana	14,00	14,00	
	Moda	12,00	15,00	
	Varianza	7,285	7,877	
	Desviación estándar	2,70	2,81	
	Mínimo – Máximo	7-20	7-20	
	Asimetría	-,084	-,185	
	Curtosis	,073	,273	
	Estimador M de Hampel	13,71	14,13	

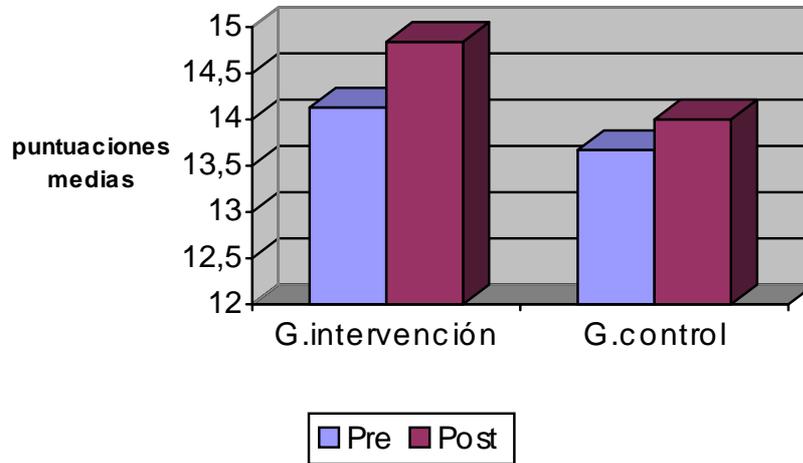
Figura 54.-Distribución de frecuencias para el Factor 5 pre y post.  
Alumnado control.



En el grupo Alumnado control se observan también unas puntuaciones medias ligeramente superiores a la media de comparación a nivel teórico en este factor 5 que evalúa la capacidad para hacer peticiones. Sin embargo, al comparar la medida pre y post no se observan cambios significativos.

Por lo que se refiere a los índices de forma, la asimetría negativa indica cierta tendencia al predominio de la obtención de puntuaciones altas, y la distribución es ligeramente apuntada o leptocúrtica y con una tendencia a que haya muchas personas que den puntuaciones centrales, y ello tanto en la medida pre como para la post.

Figura 55.- Efecto del EHS en el alumnado. Factor 5.



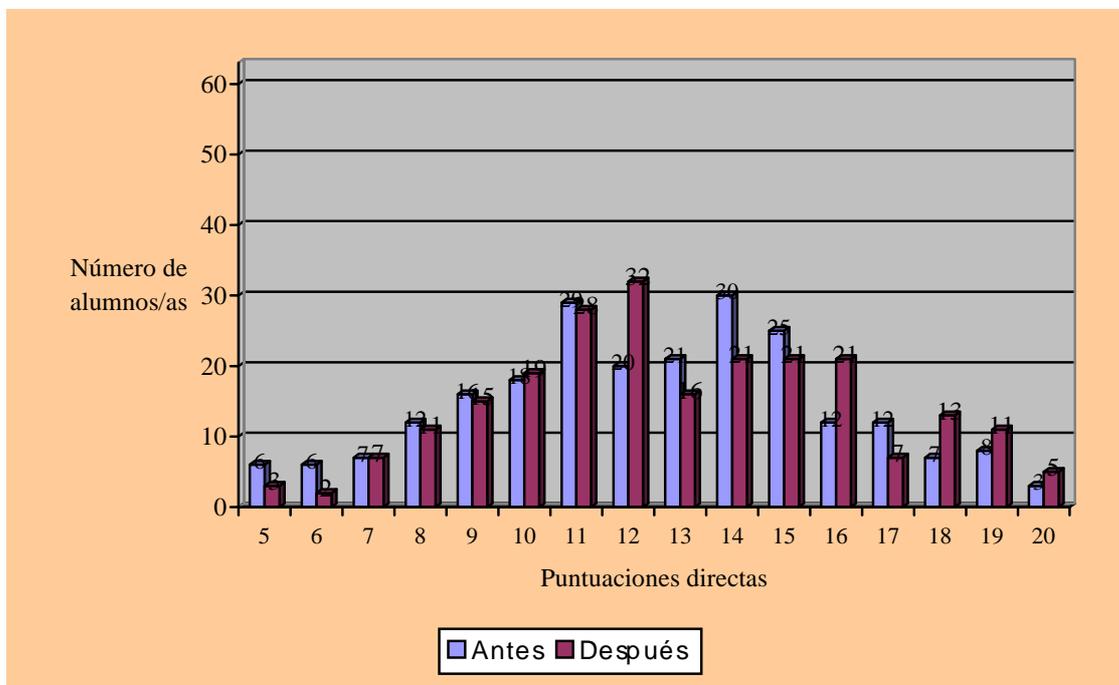
En la figura anterior se puede observar gráficamente el efecto del entrenamiento en el alumnado que ha recibido intervención y en el que no la ha recibido. Se observa el aumento de las puntuaciones medias tras el EHS-ae. Podemos decir que, de nuevo en este Factor 5, el EHS-ae ha sido efectivo.

Tabla 51.- Puntuaciones antes y después del EHS. Factor 6.  
Alumnado con Intervención (N=232)

Factor 6		Antes	Después	Significación
Media		12,48	12,91	$z=-2,296$ $p=,022^*$
95% del intervalo de confianza para la media		12,04 – 12,93	12,47 – 13,36	
Mediana		13,00	12,00	
Moda		14,00	12,00	
Varianza		11,956	11,871	
Desviación estándar		3,46	3,45	
Mínimo - Máximo		5-20	5-20	
Asimetría		-,067	,084	
Curtosis		-,483	-,603	
Estimador M de Hampel		12,53	12,85	

\* $p<0.05$ .

Figura 56.- Distribución de frecuencias para el Factor 6 antes y después del EHS.  
Alumnado con intervención.



Las puntuaciones medias obtenidas por el alumnado que ha recibido intervención son menores que la media teórica para este Factor 6 que evalúa la capacidad para iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto, aunque aumentan significativamente tras la intervención.

Los déficits perceptivos o de interpretación que con frecuencia suceden a las interacciones heterosociales, así como las expectativas negativas del sujeto ante futuros encuentros con el sexo opuesto, probablemente están entre los desencadenantes de los déficits en esta capacidad.

Durante el programa de EHS se ha hecho hincapié en la importancia de la sensibilidad perceptiva a la hora de interpretar las señales del otro (a nivel verbal y no verbal), así como el manejo de las concepciones erróneas sobre uno mismo (atractivo físico), muy relacionadas en ocasiones con la baja autoestima personal (ver ejercicios al respecto). Todo

ello ha podido contribuir a que el EHS haya sido efectivo, incrementado significativamente las puntuaciones medias postintervención.

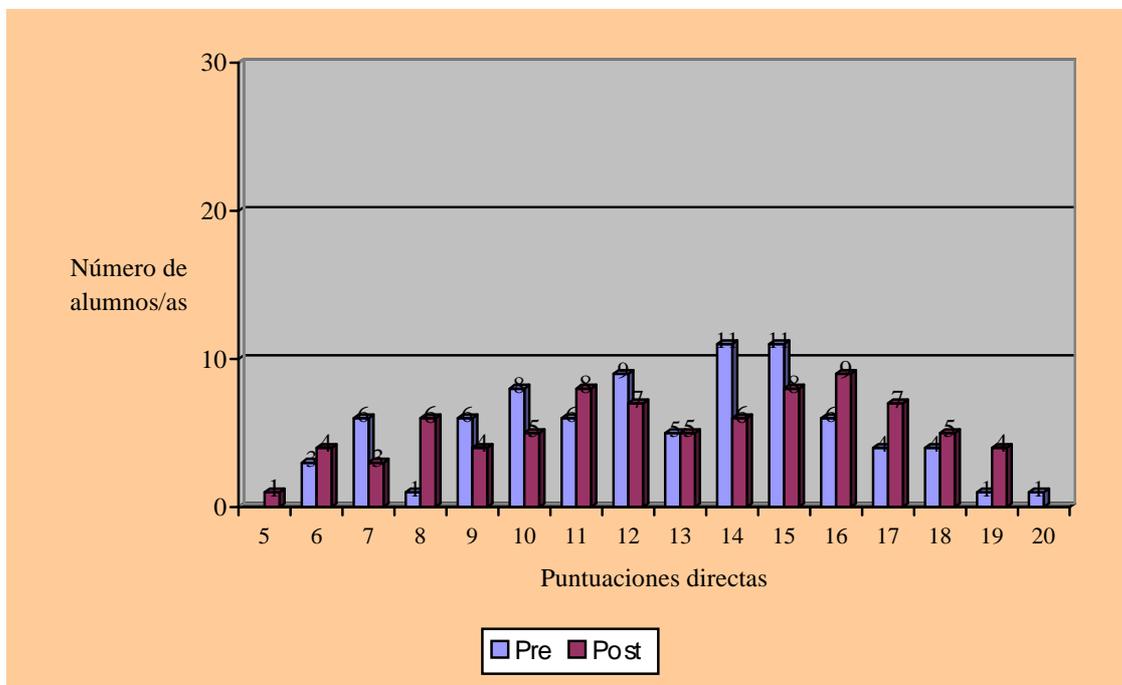
Como ya se ha dicho, este grupo estaba mayoritariamente formado por mujeres jóvenes, y esto podría ser una cierta limitación a la hora de obtener conclusiones. Además, el programa de EHS no contaba con ejercicios específicos (como concertar citas o interactuar con el sexo opuesto). Sin embargo, se procuraba que durante el resto de ejercicios del programa (por ejemplo, dar y recibir elogios), interaccionasen hombres y mujeres, pudiendo ello contribuir a disminuir la ansiedad y a percibirse como más “habilitados”, “capaces” y “seguros” a la hora de interactuar de manera efectiva con el sexo opuesto. Este efecto parece reflejarse en sus respuestas.

La asimetría negativa en la medida pre refleja que existe una ligera tendencia a obtener puntuaciones altas, mientras que en la medida post la asimetría positiva refleja una ligera tendencia a obtener puntuaciones bajas. En ambos momentos la distribución es plana o platicúrtica, sin tendencia central de respuesta.

Tabla 52.-Puntuaciones pre y post. Factor 6.  
Alumnado control (N=82)

		<b>Antes</b>	<b>Después</b>	<b>Significación</b>
Factor 6	Media	12,62	12,85	z=-,466 p=,642
	95% del intervalo de confianza para la media	11,88 – 13,37	12,02 – 13,69	
	Mediana	13,00	13,00	
	Moda	No única	16,00	
	Varianza	11,547	14,373	
	Desviación estándar	3,40	3,79	
	Mínimo - Máximo	6-20	5-19	
	Asimetría	-,150	-,228	
	Curtosis	-,693	-,982	
	Estimador M de Hampel	12,75	12,97	

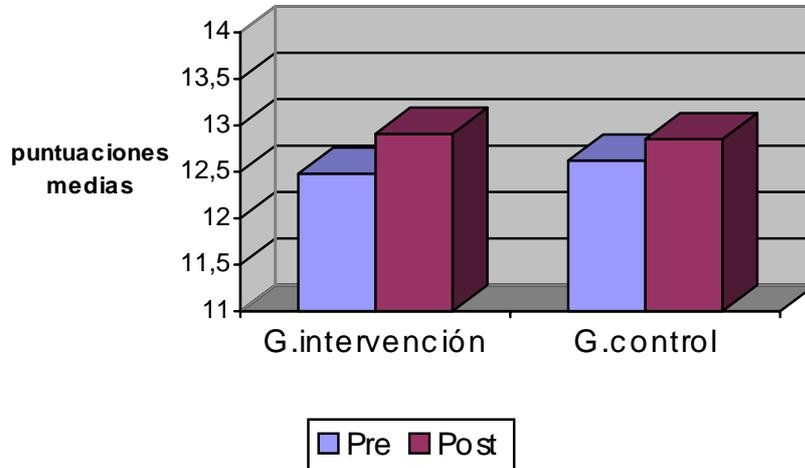
Figura 57.-Distribución de frecuencias para el Factor 6 pre y post.  
Alumnado control.



Las puntuaciones medias obtenidas por el alumnado que no ha recibido intervención en este Factor 6 son más bajas que la media teórica de la muestra de baremación utilizada, y ello tanto en la medida pre como en la post, y no existiendo diferencias estadísticamente significativas entre ambos momentos.

Por lo que se refiere a los índices de forma, en ambas momentos, la asimetría negativa refleja un ligero predominio en la obtención de puntuaciones altas, y la distribución es marcadamente plana o platicúrtica, sin tendencia central de respuesta.

Figura 58.- Efecto del EHS en el alumnado. Factor 6.



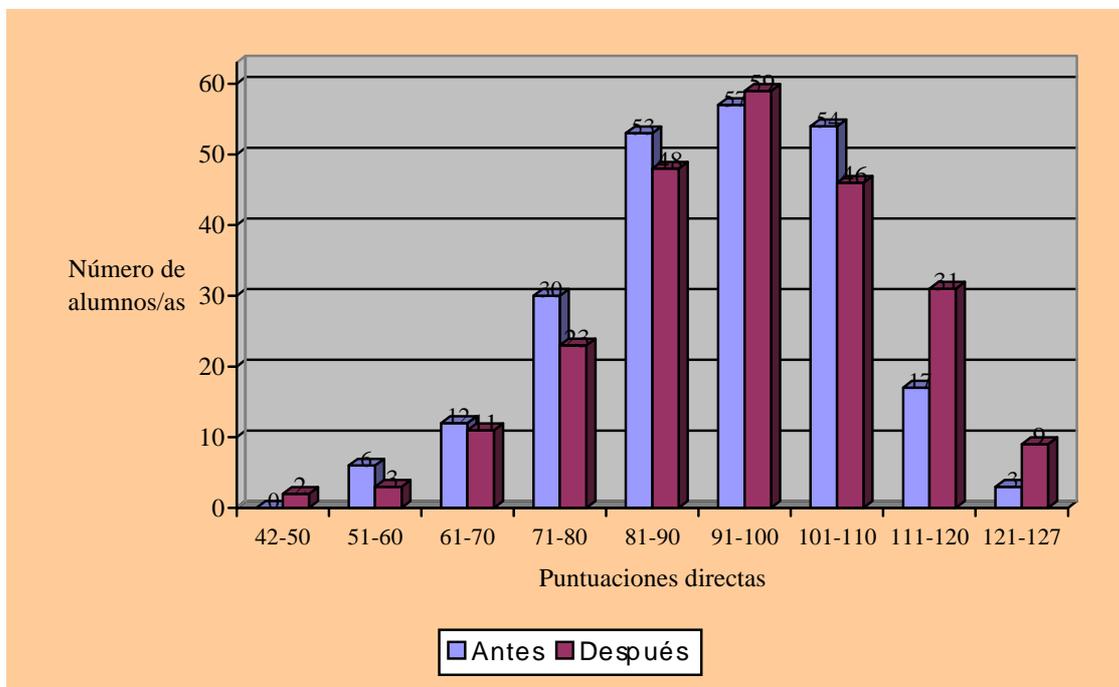
En definitiva, como se observa en esta figura, se produce un incremento significativo en las puntuaciones medias obtenidas en el grupo intervención después del EHS-ae, también en este caso. Y también en este caso las puntuaciones del Alumnado control aumentan ligeramente entre los dos momentos en que se realiza la medición.

Tabla 53.- Puntuaciones antes y después del EHS. Puntuación Global. Alumnado con Intervención (N=232)

Global	Media	Antes	Después	Significación
		92,06	94,96	t=-5,610 (df=231) p=,000**
	95% del intervalo de confianza para la media	90,18 –93,93	92,97 – 96,95	
	Mediana	93,00	95,00	
	Moda	103,00	92,00	
	Varianza	210,157	236,254	
	Desviación estándar	14,50	15,37	
	Mínimo - Máximo	51-125	47-125	
	Asimetría	-,296	-,384	
	Curtosis	-,307	-,042	
	Estimador M de Hampel	92,72	95,71	

\*\*p<0.01.

Figura 59.- Distribución de frecuencias para el Global antes y después del EHS.  
Alumnado con intervención.



A nivel global, las puntuaciones medias obtenidas por el alumnado que ha recibido intervención, son más elevadas que la media obtenida teórica de baremación, tanto antes como después del EHS-ae, y son significativamente más elevadas tras el entrenamiento.

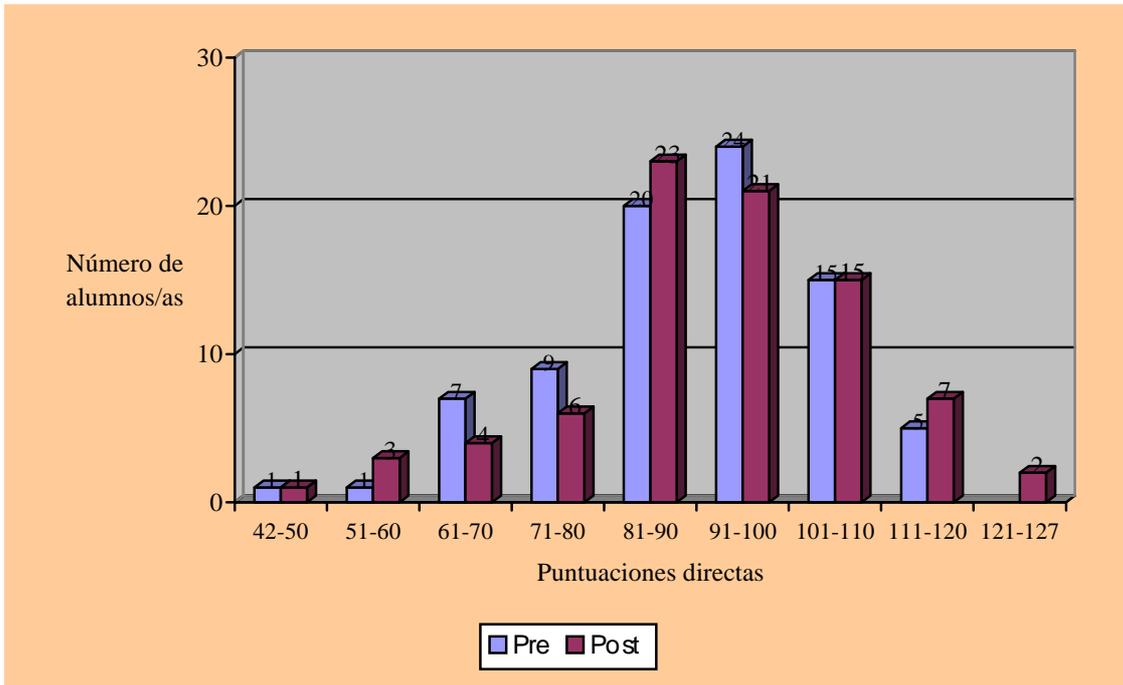
Ello sugiere pues que el EHS-ae ha sido efectivo a nivel general, mejorando cada una de las HH.SS., reflejadas en los diversos factores que operativiza el instrumento.

Por otra parte, los índices de forma muestran, por una parte, una asimetría negativa que refleja un predominio en la obtención de puntuaciones altas, tanto antes como después del entrenamiento; y por otra, una la distribución que tiende a ser plana en la fase previa el entrenamiento y normal en la fase posterior.

Tabla 54.- Puntuaciones pre y post. Puntuación Global.  
Alumnado control (N=82)

Global		Antes	Después	Significación
Media		89,99	91,57	t=-1,731 (df=81) p=,087
95% del intervalo de confianza para la media		86,75 – 93,22	88,03 – 95,12	
Mediana		92,00	92,00	
Moda		No única	84,00	
Varianza		216,778	259,927	
Desviación estándar		14,72	16,12	
Mínimo-Máximo		43-121	42-124	
Asimetría		-,501	-,443	
Curtosis		,320	,372	
Estimador M de Hampel		90,90	92,41	

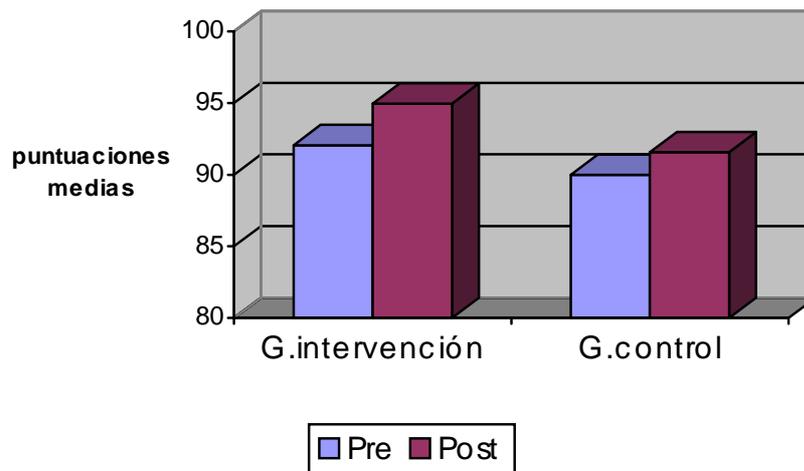
Figura 60.- Distribución de frecuencias para el Global pre y post.  
Alumnado control.



El alumnado que no ha recibido intervención presenta unas puntuaciones medias ligeramente superiores a las obtenidas en la muestra teórica de baremación, tanto en la medida pre como en la post, aunque no hay diferencias significativa entre ambas.

En cuanto a los índices de forma, la asimetría negativa refleja tendencia a obtener puntuaciones elevadas, y la distribución adopta una forma leptocúrtica o apuntada, con una tendencia a puntuaciones centrales, y ello tanto en la medoda pre como en la post.

Figura 61.- Efecto del EHS en el alumnado. Global



En esta Figura se observa el efecto positivo del entrenamiento a nivel global en el Alumnado con intervención. Así, se puede apreciar el incremento significativo de las puntuaciones medias obtenidas tras entrenamiento. En el Alumnado control se observa, como venimos comentando en los diferentes factores, un ligero aumento entre la medida pre y post, aunque tampoco en este caso es significativo.

En definitiva, los resultados obtenidos, tanto para los diferentes factores como para la puntuación global, confirmar las hipótesis (específicas 1 a y 1 b) formuladas, esto es, el alumnado que ha recibido intervención muestra más habilidades sociales tras la intervención y el alumnado que no la ha recibido no muestra cambios significativos en sus habilidades sociales.

### 3.2.- El efecto del entrenamiento en habilidades sociales en los/as profesionales.

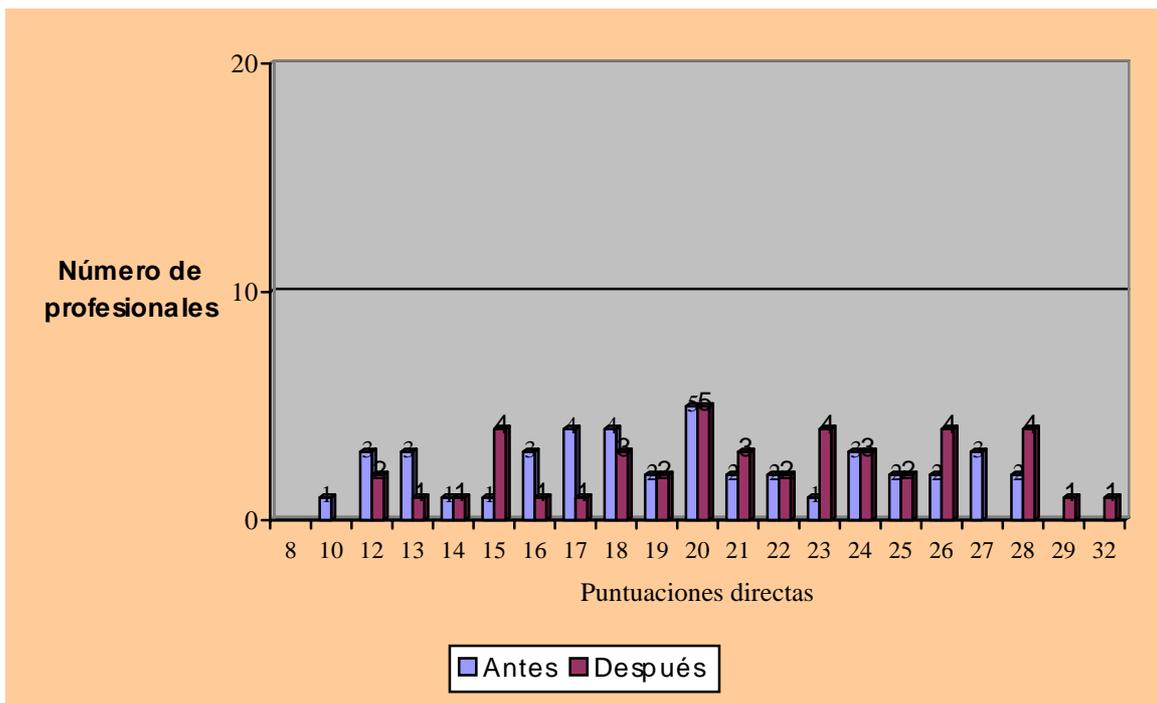
En segundo lugar, se comparan los resultados en HH.SS. antes y después del EHS-pe, obtenidos por los/as profesionales que han recibido intervención y por aquellos que no la han recibido, para los diversos factores estudiados y para las puntuaciones globales.

Tabla 55.-Puntuaciones antes y después del EHS. Factor 1.  
Profesionales con Intervención (N=44)

Factor 1		Antes	Después	Significación
Media		19,55	21,23	$z=-3,132$ $p=,002^*$
95% del intervalo de confianza para la media		18,04 – 21,05	19,72 – 22,73	
Mediana		19,50	21,00	
Moda		20	20	
Varianza		24,58	24,55	
Desviación estándar		4,96	4,95	
Mínimo - máximo		10 – 28	12 – 32	
Asimetría		,035	-,046	
Curtosis		-,933	-,670	
Estimador M de Hampel		19,52	21,25	

\* $p<0.05$ .

Figura 62.- Distribución de frecuencias para el Factor 1 antes y después del EHS.  
Profesionales con intervención.



Los profesionales que han recibido intervención presentan antes y después del entrenamiento puntuaciones medias inferiores a la media teórica de baremación. Como ya se comentó anteriormente, este grupo profesional presentaba un déficit en diferentes HH.SS. antes del entrenamiento, y este podría ser el motivo por el que acudieron de manera voluntaria a un seminario formativo sobre el tema.

En concreto una puntuación baja en este factor 1, *Autoexpresión en situaciones sociales*, refleja un déficit en la capacidad de expresarse uno mismo de forma espontánea. Cabe pensar que, en estas condiciones, el profesional experimente ansiedad ante diferentes situaciones sociales, con los problemas a largo plazo que ello puede ocasionar. Una posible relación con entornos sociales (hospitalario y de atención primaria) perjudiciales podría ser el desencadenante de que estos profesionales tengan dificultad a la hora de autoexpresarse de manera competente a nivel social, de tal forma que disminuirían vez más esta expresión espontánea y habilidosa de sus opiniones, ideas o deseos.

Entendemos por entornos perjudiciales aquellos en los que confluyen diversos elementos estresores, donde en ocasiones el profesional se ve forzado a adoptar comportamientos inadecuados. Es decir, donde se ve sometido a diferentes presiones que le pueden ocasionar cansancio emocional, desmotivación, falta de realización personal y despersonalización (burnout). De esta manera podemos predecir que el profesional dejará de comunicarse de manera efectiva, aislándose cada vez más en su lugar de trabajo y ante diferentes situaciones sociales o encuentros interpersonales.

Cabe señalar que, y a pesar de ser bajas en ambos momentos, al comparar las puntuaciones medias obtenidas antes y después del entrenamiento o intervención aparece un aumento significativo. Ello podría hacer pensar que el efecto del EHS-pe, en este colectivo, y para este factor 1, ha sido positivo y adecuado.

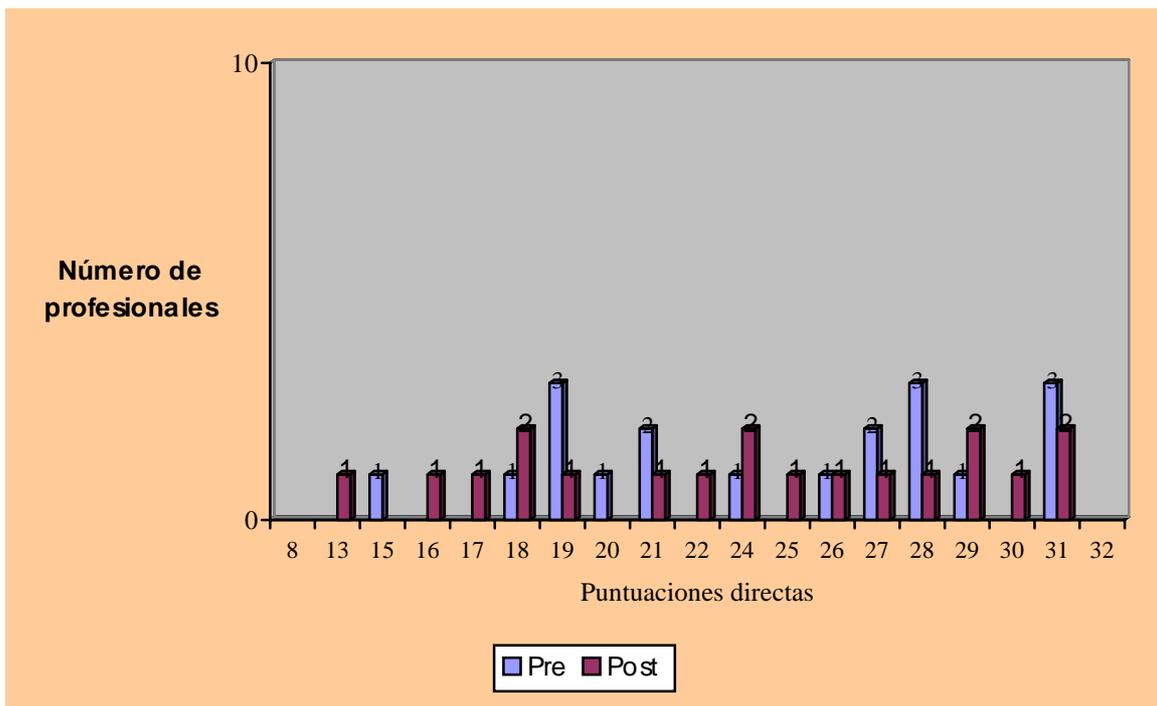
Por otra parte, la asimetría positiva antes del EHS indica una muy ligera tendencia a obtener puntuaciones bajas, mientras la asimetría negativa tras el entrenamiento, indicaría una muy ligera tendencia a obtener puntuaciones altas, y la distribución es

marcadamente plana o platicúrtica, sin una tendencia central de respuesta, y ello en ambos momentos.

Tabla 56.- Puntuaciones pre y post. Factor 1.  
Profesionales control (N=19)

Factor 1	Media	Antes	Después	Significación
		24,32	23,32	$z=-1,127$ $p=,260$
	95% del intervalo de confianza para la media	21,86 – 26,77	20,52 – 26,11	
	Mediana	26,00	24,00	
	Moda	No única	No única	
	Varianza	25,89	33,56	
	Desviación estándar	5,09	5,79	
	Mínimo - Máximo	15 - 31	13 - 31	
	Asimetría	-,222	-,244	
	Curtosis	-1,346	-1,343	
	Estimador M de Hampel	24,36	23,41	

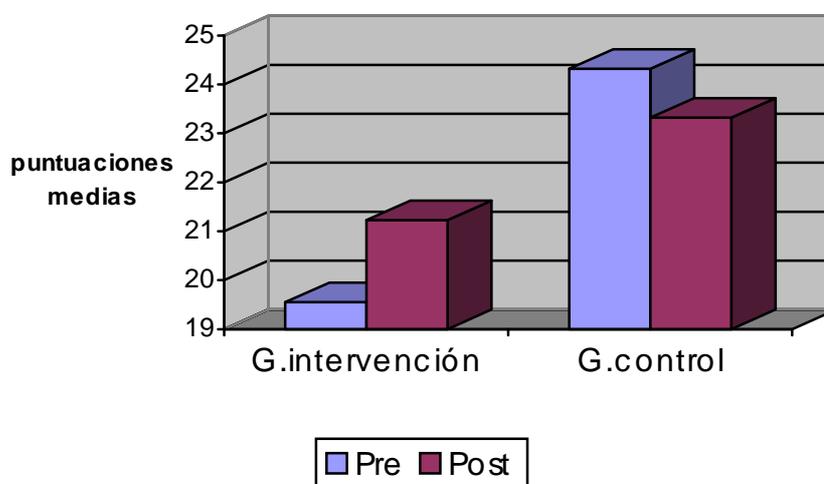
Figura 63.- Distribución de frecuencias para el factor 1 pre y post.  
Profesionales control.



Tras analizar los resultados obtenidos, podemos señalar que en el grupo Profesionales control, se obtienen puntuaciones medias ligeramente más elevadas que la media del grupo teórico de comparación. Sin embargo, no aparecen cambios estadísticamente significativos entre la medida pre y la post..

Los índices de forma muestran que tanto en un momento como en el otro, la asimetría negativa indica una tendencia a obtener puntuaciones altas y la distribución es marcadamente plana o platicúrtica, sin tendencia central de respuesta.

Figura 64.- Efecto del EHS en los/as profesionales. Factor 1.



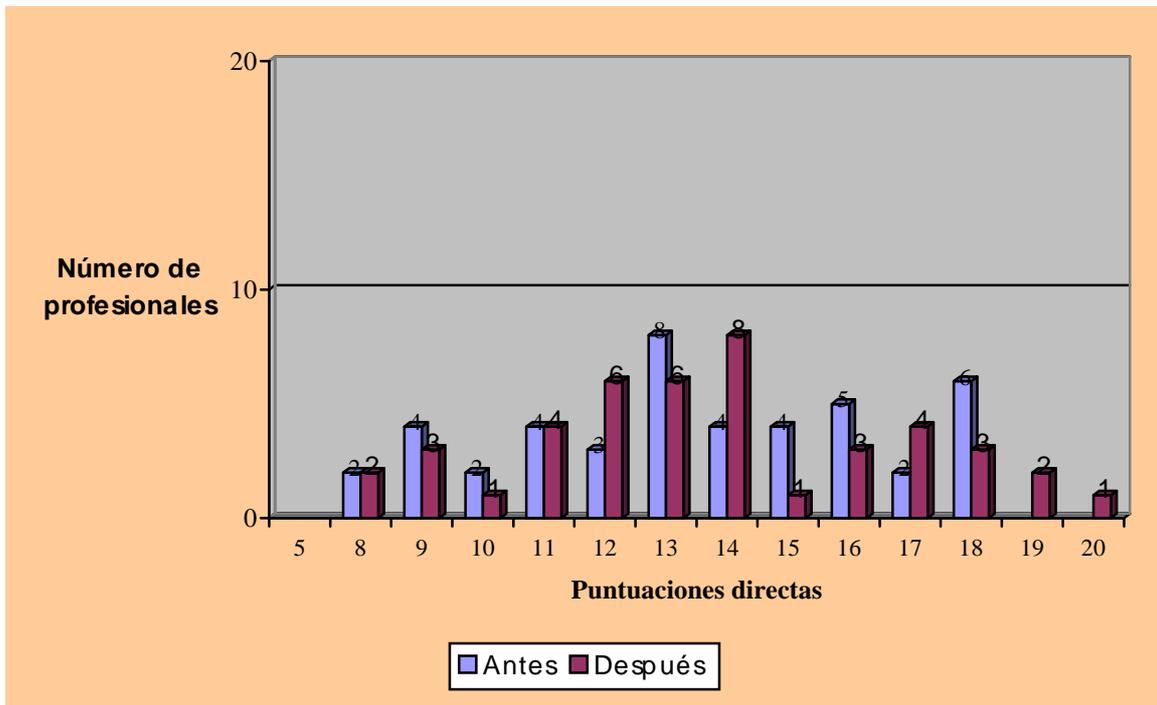
En esta figura se puede observar el efecto del EHS-pe en los/as profesionales, con un aumento significativo en las puntuaciones medias obtenidas por los/as profesionales que fueron entrenados/as y un ligerísimo descenso en los que no.

Tabla 57.- Puntuaciones antes y después del EHS. Factor 2.

Profesionales con Intervención (N=44)

Factor 2		Antes	Después	Significación
Media		13,50	13,68	$z=-,345$ $p=,730$
95% del intervalo de confianza para la media		12,59 – 14,41	12,75 – 14,62	
Mediana		13,00	13,50	
Moda		13	14	
Varianza		9,00	9,48	
Desviación estándar		3,00	3,08	
Mínimo – máximo		8 – 18	8 – 20	
Asimetría		-,119	,124	
Curtosis		-,937	-,609	
Estimador M de Hampel		13,55	13,67	

Figura 65.- Distribución de frecuencias para el Factor 2 antes y después del EHS.  
Profesionales con intervención.



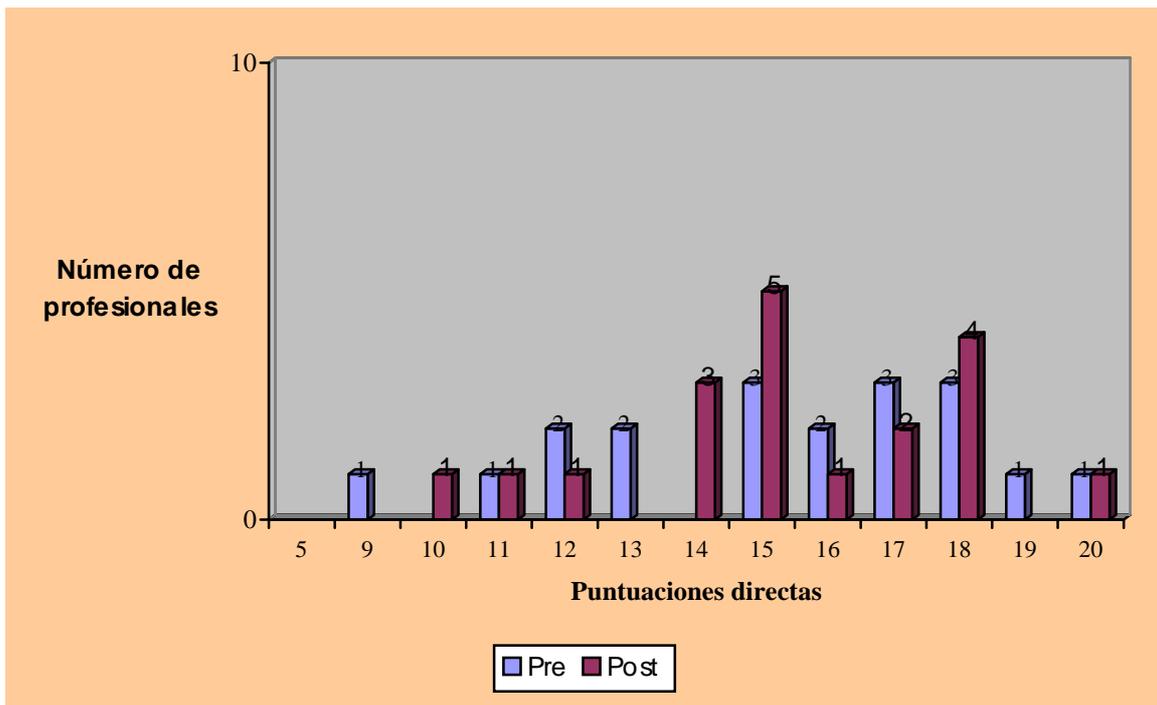
Las puntuaciones obtenidas en este factor 2 por los profesionales que han recibido intervención son, tanto antes como después del entrenamiento, inferiores a la media teórica de baremación. Las diferencias entre antes y después del EHS-pe no son estadísticamente significativas. Sin embargo, el hecho de entrenar a través de algunos ejercicios la defensa de los propios derechos, también como consumidor, puede haber contribuido al ligerísimo aumento de las puntuaciones medias después del entrenamiento que se observa.

Cabe señalar que la asimetría negativa antes del entrenamiento indica una tendencia a obtener puntuaciones altas, mientras que tras el entrenamiento aumenta la tendencia a obtener puntuaciones centrales y bajas. La distribución es marcadamente plana o platicúrtica tanto antes como después del EHS-pe.

Tabla 58.- Puntuaciones pre y post. Factor 2.  
Profesionales control (N=19)

Factor 2		Antes	Después	Significación
Media		15,32	15,37	$z=-,594$ $p=,553$
95% del intervalo de confianza para la media		13,89 – 16,74	14,12 – 16,62	
Mediana		16,00	15,00	
Moda		No única	15,00	
Varianza		8,78	6,69	
Desviación estándar		2,96	2,59	
Mínimo – máximo		9 – 20	10 - 20	
Asimetría		-,481	-,370	
Curtosis		-,472	-,105	
Estimador M de Hampel		15,50	15,48	

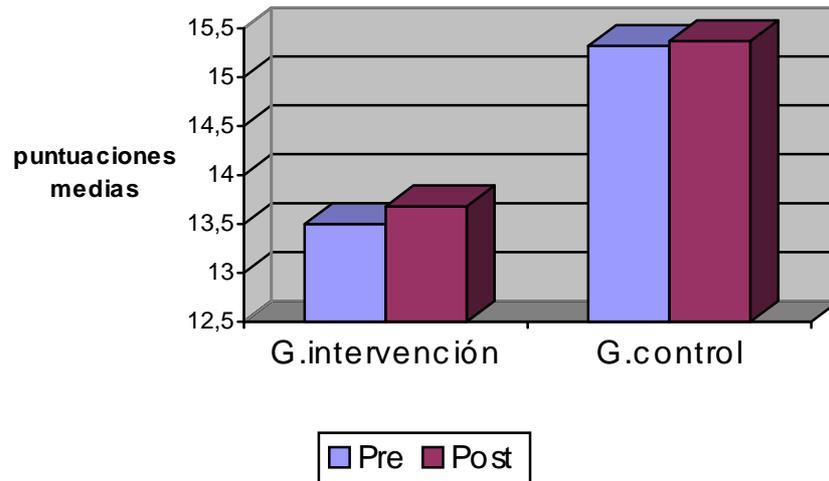
Figura 66.- Distribución de frecuencias para el Factor 2 pre y post.  
Profesionales control.



Los Profesionales Control presentan una puntuación media superior a la media teórica de baremación utilizada, tanto en la medida pre como en la post, sin que las diferencias entre ambos momentos sean significativas.

Los índices de forma muestran una asimetría negativa que indica la tendencia a obtener puntuaciones altas, y una distribución es plana o platicúrtica, en ambos momentos.

Figura 67.- Efecto del EHS en los/as profesionales. Factor 2.

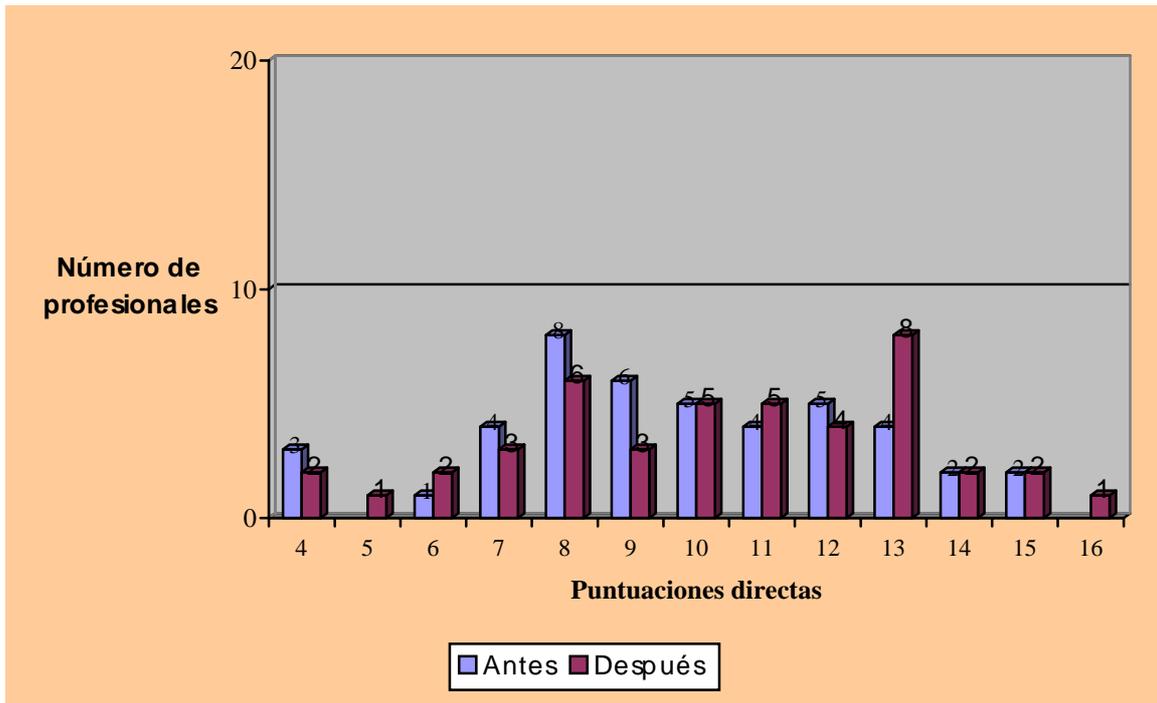


Como puede observarse en la figura anterior, las puntuaciones medias del grupo control son más elevadas que las del grupo con intervención, y aunque entre los/as Profesionales con Intervención las puntuaciones en la medida post aumentan algo más no llegan a igualarse entre ambos grupos.

Tabla 59.- Puntuaciones antes y después del EHS. Factor 3.  
Profesionales con Intervención (N=44)

Factor 3		Antes	Después	Significación
Media		9,73	10,27	z=-1,795 p=,073
95% del intervalo de confianza para la media		8,88 – 10,58	9,36 – 11,19	
Mediana		9,50	10,50	
Moda		8,00	13,00	
Varianza		7,83	9,09	
Desviación estándar		2,80	3,01	
Mínimo - Máximo		4 – 15	4 – 16	
Asimetría		-,093	-,258	
Curtosis		-,374	-,634	
Estimador M de Hampel		9,71	10,35	

Figura 68.- Distribución de frecuencias para el Factor 3 antes y después del EHS. Profesionales con intervención.



También en el factor 3 el grupo de Profesionales con Intervención obtiene puntuaciones medias más bajas que la media teórica de baremación, tanto en la medida previa al entrenamiento como después del mismo. Y, aunque no aparecen cambios estadísticos significativos, al comparar las puntuaciones obtenidas se observa un ligero aumento tras el entrenamiento.

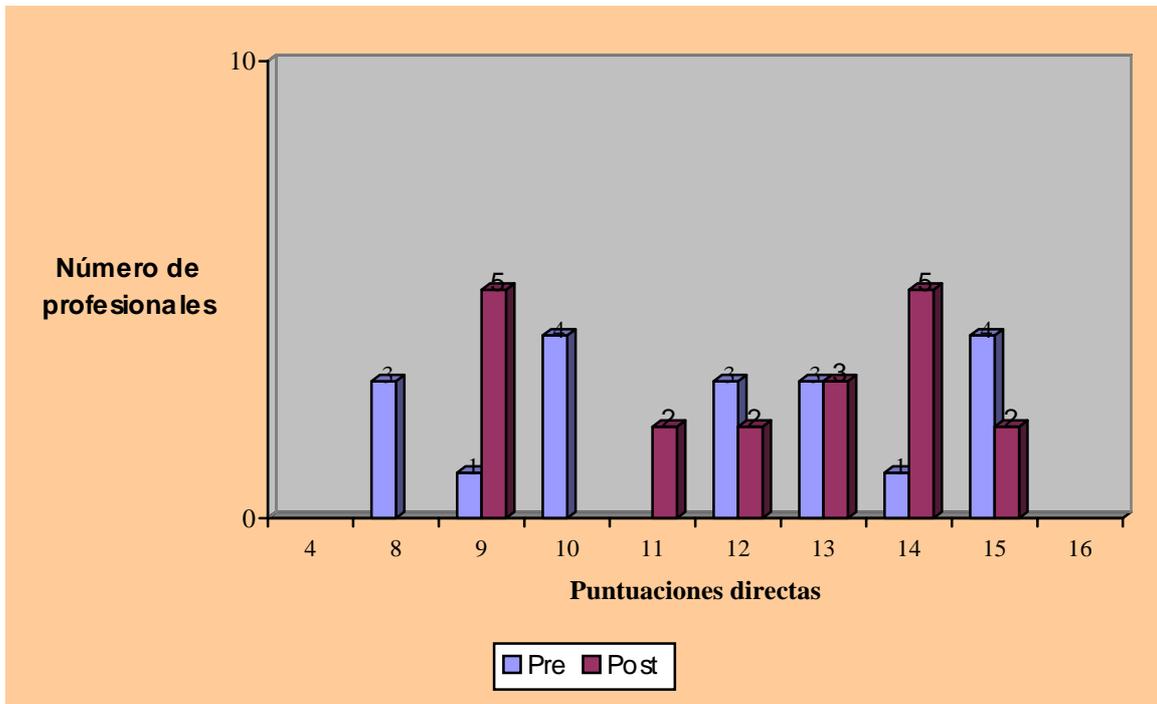
Los ejercicios utilizados en el programa de EHS-pe donde el profesional tenía la oportunidad de practicar y demostrar la expresión de enfado y disconformidad ante una situación social determinada podrían haber contribuido a este aumento de las puntuaciones medias en estos profesionales tras la intervención, pues como venimos comentando, la práctica puede suministrar al profesional una percepción de autoeficacia y predisponerle a que se crea capaz de manifestar estas conductas *in vivo* y en el futuro.

Por otra parte, la asimetría negativa indica la tendencia a obtener puntuaciones altas; y la distribución adopta una forma plana o platicúrtica tanto antes como después del EHS-pe.

Tabla 60.- Puntuaciones pre y post. Factor 3.  
Profesionales control (N=19)

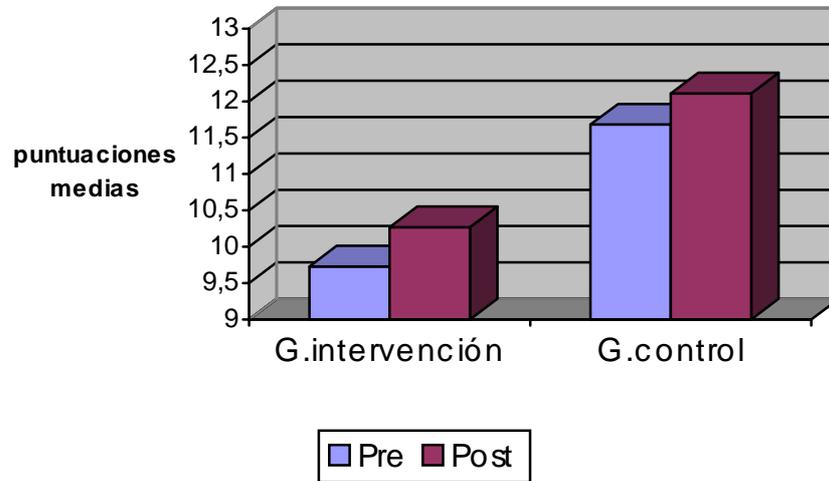
Factor 3		Antes	Después	Significación
Media		11,68	12,11	$z=-,899$ $p=,369$
95% del intervalo de confianza para la media		10,47 – 12,90	11,04 – 13,17	
Mediana		12,00	13,00	
Moda		No única	No única	
Varianza		6,34	4,88	
Desviación estándar		2,52	2,21	
Mínimo - Máximo		8 – 15	9 – 15	
Asimetría		-,091	-,391	
Curtosis		-1,337	-1,372	
Estimador M de Hampel		11,74	12,52	

Figura 69.- Distribución de frecuencias para el Factor 3 pre y post.  
Profesionales Control.



Los profesionales que no han recibido intervención presentan puntuaciones medias ligeramente más elevadas que la puntuación media teórica de baremación tanto en la media pre como en la post, sin diferencias significativas entre ambos momentos. La asimetría negativa indica que existe una tendencia a obtener puntuaciones altas, en ambos momentos; y la distribución de la curva es plana o platicúrtica, mostrando una muy ligera tendencia en la medida pre y una tendencia algo más marcada en la post.

Figura 70.- Efecto del EHS en los/as profesionales. Factor 3.



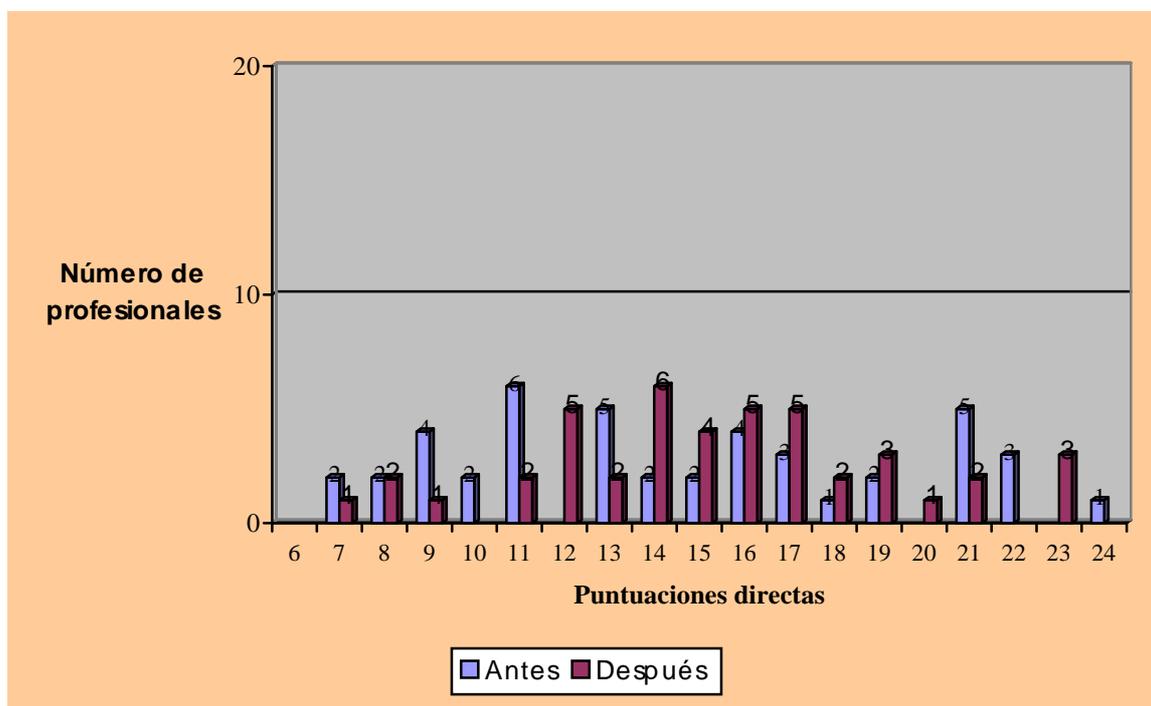
En la figura anterior se observa como el grupo control presenta puntuaciones medias más elevadas que el grupo intervención y con ligeras diferencias entre ambas fases en ambos colectivos.

Tabla 61.- Puntuaciones antes y después del EHS. Factor 4.

Profesionales con Intervención (N=44)

		<b>Antes</b>	<b>Después</b>	<b>Significación</b>
Factor 4	Media	14,57	15,30	$z=-1,464$ $p=,143$
	95% del intervalo de confianza para la media	13,11 – 16,03	14,10 – 16,49	
	Mediana	14,00	15,00	
	Moda	11,00	14,00	
	Varianza	23,13	15,47	
	Desviación estándar	4,81	3,93	
	Mínimo -Máximo	7 – 24	7 - 23	
	Asimetría	,233	,038	
	Curtosis	-1,090	-,181	
	Estimador M de Hampel	14,36	15,25	

Figura 71.- Distribución de frecuencias para el Factor 4 antes y después del EHS.  
Profesionales con intervención.



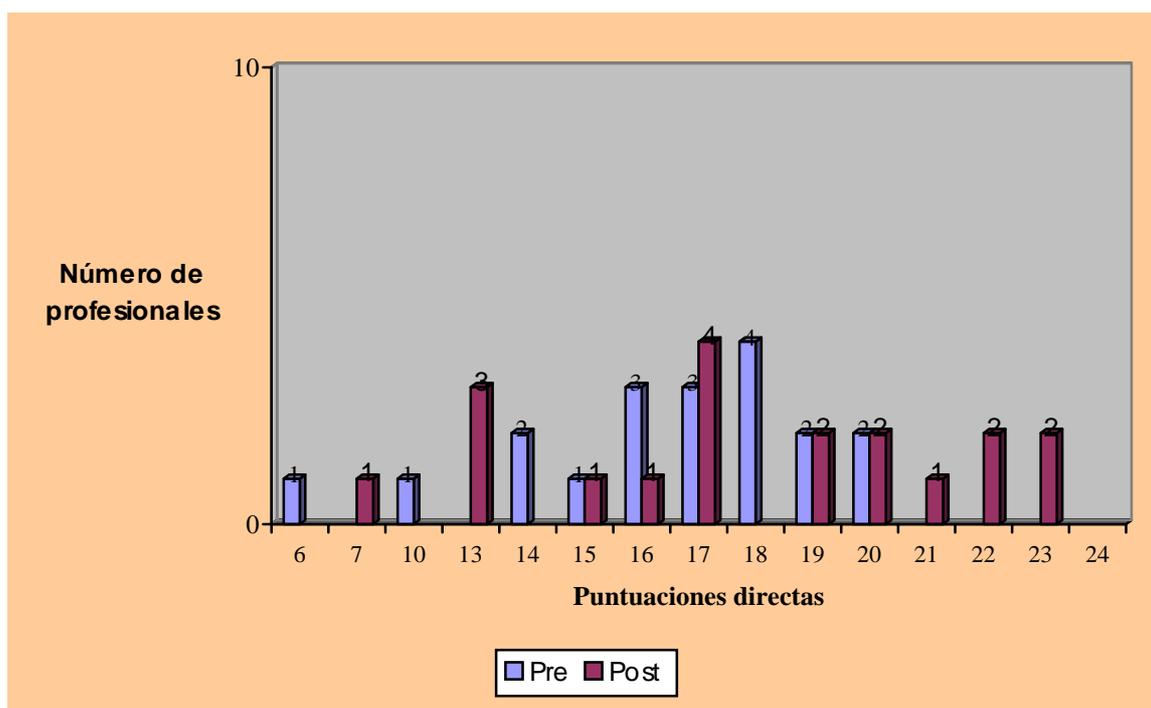
En el factor 4 los profesionales que han recibido intervención presentan puntuaciones medias ligeramente más elevadas a la media teórica de baremación tras el EHS-ae. Sin embargo, al comparar las puntuaciones medias antes y después del entrenamiento no aparecen diferencias estadísticamente significativas.

En cuanto a los índices de forma, la asimetría positiva indica un predominio de la tendencia a obtener puntuaciones bajas; y la distribución adopta una forma plana o platicúrtica, y ello tanto antes como después del EHS-pe.

Tabla 62.- Puntuaciones pre y post. Factor 4.  
Profesionales control (N=19)

Factor 4		Antes	Después	Significación
Media		16,21	17,58	$z=-1,930$ $p=,054$
95% del intervalo de confianza para la media		14,55 – 17,87	15,58 – 19,58	
Mediana		17,00	17,00	
Moda		18,00	17,00	
Varianza		11,84	17,26	
Desviación estándar		3,44	4,15	
Mínimo – Máximo		6 – 20	7 – 23	
Asimetría		-1,753	-,804	
Curtosis		3,612	,753	
Estimador M de Hampel		17,21	17,90	

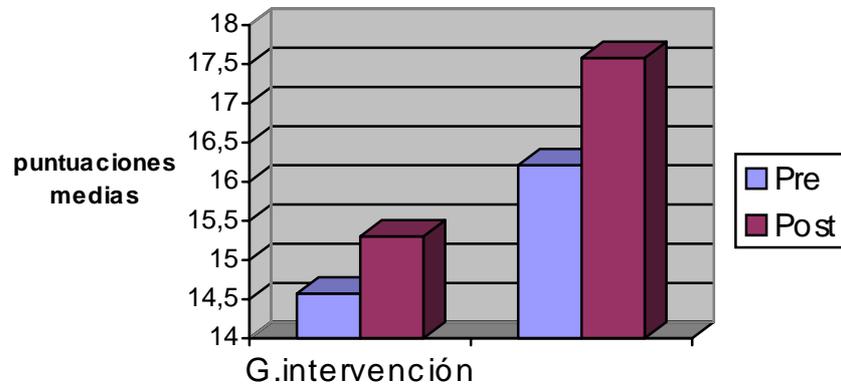
Figura 72.- Distribución de frecuencias para el Factor 4 pre y post.  
Profesionales control.



En el grupo Profesionales control obtenemos resultados similares, esto es, puntuaciones más elevadas que la media teórica de baremación y ausencia de diferencias estadísticamente significativas entre la medida pre y la post.

Por su parte, la asimetría negativa indica una importante tendencia a obtener puntuaciones altas, y la distribución de la curva es apuntada o leptocúrtica, en ambas medidas.

Figura 73.- Efecto del EHS en los/as profesionales. Factor 4.

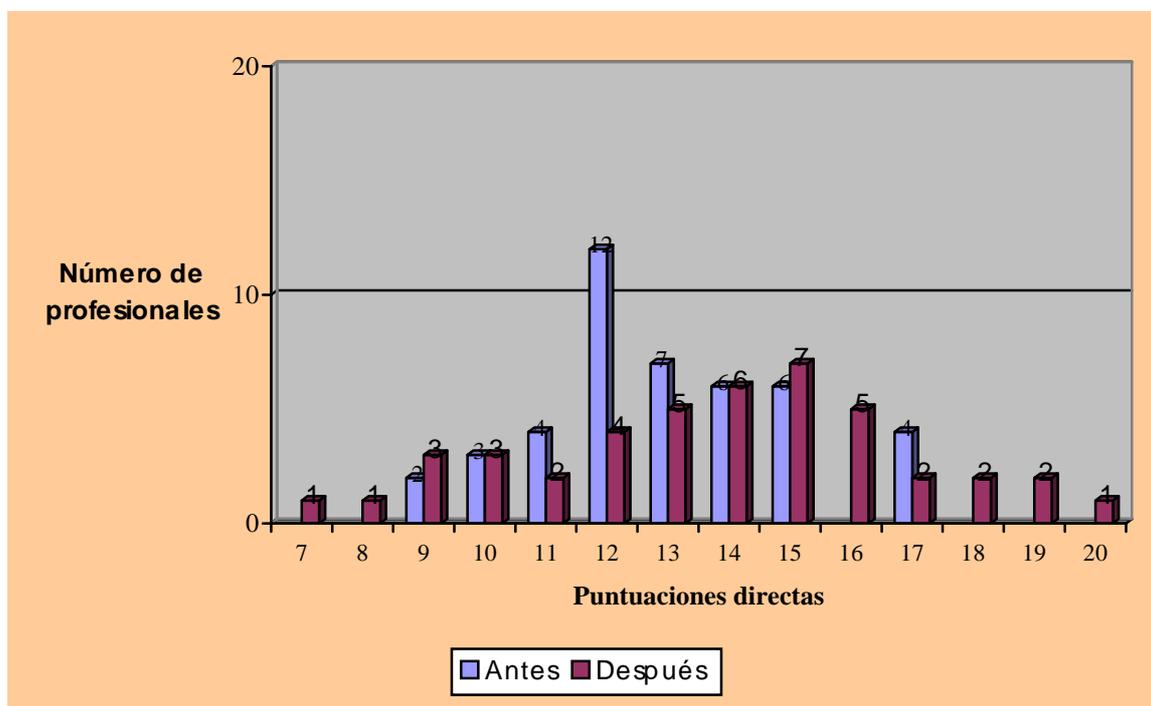


Como puede observarse en la figura anterior, las puntuaciones medias del grupo control son más elevadas que en el grupo intervención, y con diferencias entre ambas fases algo mayores en el caso del colectivo Profesionales control.

Tabla 63.- Puntuaciones antes y después del EHS. Factor 5. Profesionales con Intervención (N=44)

Factor 5		Antes	Después	Significación
Media		12,93	13,73	z=-1,920 p=,055
95% del intervalo de confianza para la media		12,31 – 13,56	12,79 – 14,66	
Mediana		13,00	14,00	
Moda		12,00	15,00	
Varianza		4,20	9,46	
Desviación estándar		2,05	3,08	
Mínimo - Máximo		9 – 17	7 - 20	
Asimetría		,266	-,158	
Curtosis		-,230	-,385	
Estimador M de Hampel		12,81	13,81	

Figura 74.- Distribución de frecuencias para el Factor 5 antes y después del EHS.  
Profesionales con Intervención.



En el factor 5, que mide la capacidad para hacer peticiones, los profesionales que han recibido intervención presentan unas puntuaciones medias antes del entrenamiento ligeramente más bajas que la puntuación media teórica de baremación. Una vez más queda claro que estos profesionales tienen dificultades a la hora de realizar peticiones a los otros. Y, en muchas ocasiones y tal como lo manifiestan ellos mismos, pueden llegar a preferir trabajar de manera autónoma e individual antes de pedir ayuda o incluso derivar a otro profesional (Guillém, 1998).

Sin embargo, tras el EHS-pe las puntuaciones medias obtenidas son más elevadas que la media teórica. Pero aunque existen cambios entre la medida previa al entrenamiento y posterior, las diferencias no llegan a ser estadísticamente significativas.

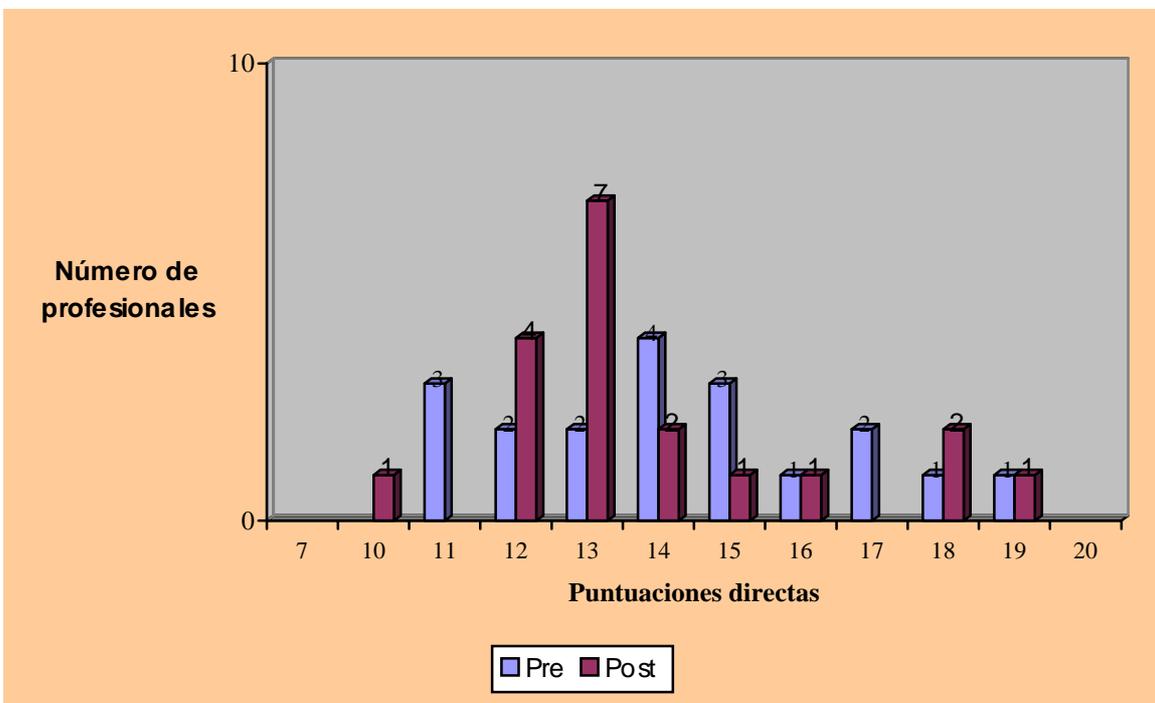
El hecho de interaccionar con otros profesionales y de ensayar esta conducta puede predisponer al profesional a responder que se siente capaz de ejecutarla tras el entrenamiento, aunque ello no asegura la exhibición correcta de la misma en la situación real (Caballo, 2002).

La asimetría positiva antes del entrenamiento indica la tendencia a obtener puntuaciones bajas, mientras que la asimetría negativa tras el entrenamiento indica una ligera tendencia a obtener puntuaciones altas, mientras que la distribución es plana o platicúrtica en ambos momentos.

Tabla 64.- Puntuaciones pre y post. Factor 5.  
Profesionales control (N=19)

Factor 5		Antes	Después	Significación
Media		14,26	13,84	$z=-,602$ $p=,547$
95% del intervalo de confianza para la media		13,12 – 15,41	12,70 – 14,98	
Mediana		14,00	13,00	
Moda		14,00	13,00	
Varianza		5,65	5,58	
Desviación estándar		2,38	2,36	
Mínimo - Máximo		11 – 19	10 – 19	
Asimetría		,344	,972	
Curtosis		-,610	,399	
Estimador M de Hampel		14,17	13,24	

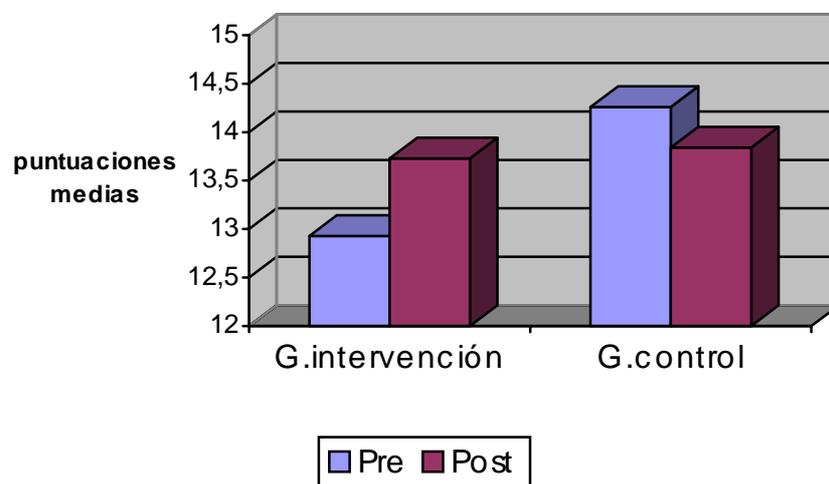
Figura 75.- Distribución de frecuencias para el Factor 5 pre y post.  
Profesionales control.



En el factor 5 el grupo de Profesionales Control obtienen puntuaciones medias más elevadas que la media teórica de baremación, no produciéndose cambios significativos producidos por el transcurso del tiempo.

Por lo que se refiere a los índices de forma, la asimetría positiva indica una marcada tendencia a obtener puntuaciones bajas, en ambos momentos; y la distribución es platicúrtica en la medida pre y apuntada en la post.

Figura 76.- Efecto del EHS en los/as profesionales. Factor 5.

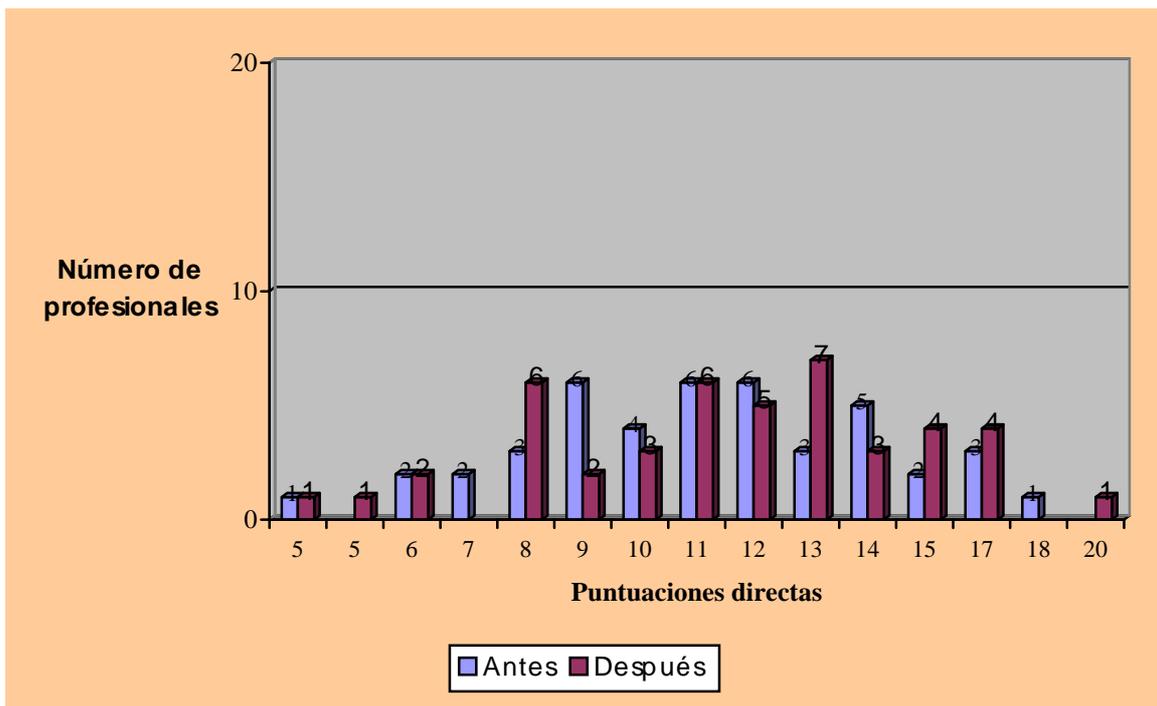


En la figura anterior se puede observar el efecto del entrenamiento del EHS-pe sobre este factor, siendo el grupo intervención el que presenta puntuaciones medias más bajas antes del entrenamiento, que se igualan entre ambos grupos en el segundo momento de recogida de información.

Tabla 65.- Puntuaciones antes y después del EHS. Factor 6.  
Profesionales con Intervención (N=44)

		<b>Antes</b>	<b>Después</b>	<b>Significación</b>
Factor 6	Media	11,25	11,82	$z=-1,290$ $p=,197$
	95% del intervalo de confianza para la media	10,30 – 12,20	10,81 – 12,82	
	Mediana	11,00	12,00	
	Moda	No única	13,00	
	Varianza	9,82	10,94	
	Desviación estándar	3,13	3,31	
	Mínimo - Máximo	5 – 18	5 – 20	
	Asimetría	,190	,111	
	Curtosis	-,375	-,152	
	Estimador M de Hampel	11,16	11,77	

Figura 77.- Distribución de frecuencias para el Factor 6 antes y después del EHS.  
Profesionales con intervención.



Las puntuaciones medias obtenidas por el grupo Profesionales con Intervención antes y después del entrenamiento son ligeramente más bajas que la puntuación media teórica. Ello quiere decir que estos profesionales presentaban un cierto déficit a la hora de iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto. El hecho de que la muestra estuviese formada únicamente por mujeres hace que sea difícil sacar conclusiones definitivas en

relación al análisis para este factor.

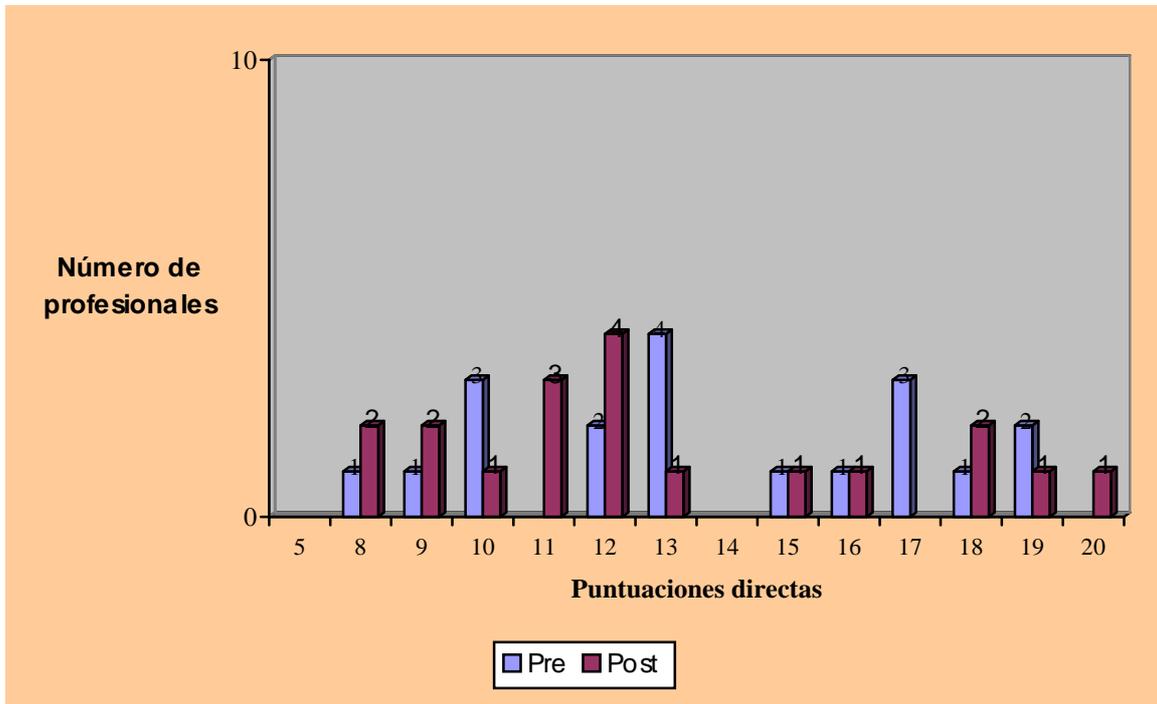
A pesar de la dificultad para practicar esta habilidad durante el EHS-pe, lo cierto es que aparece un ligero aumento en las puntuaciones medias obtenidas entre la media pre y la post, aunque los cambios no son significativos estadísticamente.

Por su parte, la asimetría positiva indica una ligera tendencia a obtener puntuaciones bajas, y la distribución es plana o platicúrtica, sin tendencia central de respuesta, y ello tanto antes como después del EHS-pe.

Tabla 66.- Puntuaciones pre y post. Factor 6.  
Profesionales control (N=19)

		<b>Antes</b>	<b>Después</b>	<b>Significación</b>
Factor 6	Media	13,74	12,84	z=-,937 p=,349
	95% del intervalo de confianza para la media	12,06 – 15,41	11,03 – 14,65	
	Mediana	13,00	12,00	
	Moda	13,00	12,00	
	Varianza	12,09	14,14	
	Desviación estándar	3,48	3,76	
	Mínimo - Máximo	8 – 19	8 – 20	
	Asimetría	,034	,621	
	Curtosis	-1,225	-,764	
	Estimador M de Hampel	13,77	12,63	

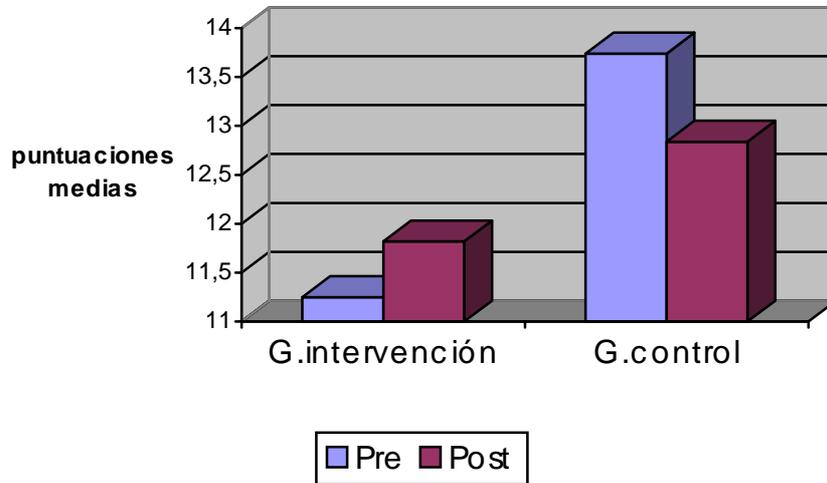
Figura 78.- Distribución de frecuencias para el Factor 6 pre y post.  
Profesionales control.



Los profesionales que no han recibido intervención presentan puntuaciones medias ligeramente más elevadas que la media teórica de baremación en la fase inicial, y al valorar el efecto del paso del tiempo no aparecen cambios estadísticamente significativos.

La asimetría positiva indica una tendencia a obtener puntuaciones bajas, y la distribución es plana o platicúrtica, tanto en la medida pre como en la post.

Figura 79.- Efecto del EHS en los/as profesionales. Factor 6.



En esta figura se observa una ligera mejoraría en las puntuaciones medias del grupo con intervención tras el EHS-pe. En cambio, en el grupo control, aunque en la etapa inicial las puntuaciones medias son más elevadas que en el grupo con intervención disminuyen en la medida post. Una posible explicación podría ser el hecho de que el profesional no contase con la posibilidad de acceder a situaciones sociales que le lleven a interactuar con el sexo opuesto.

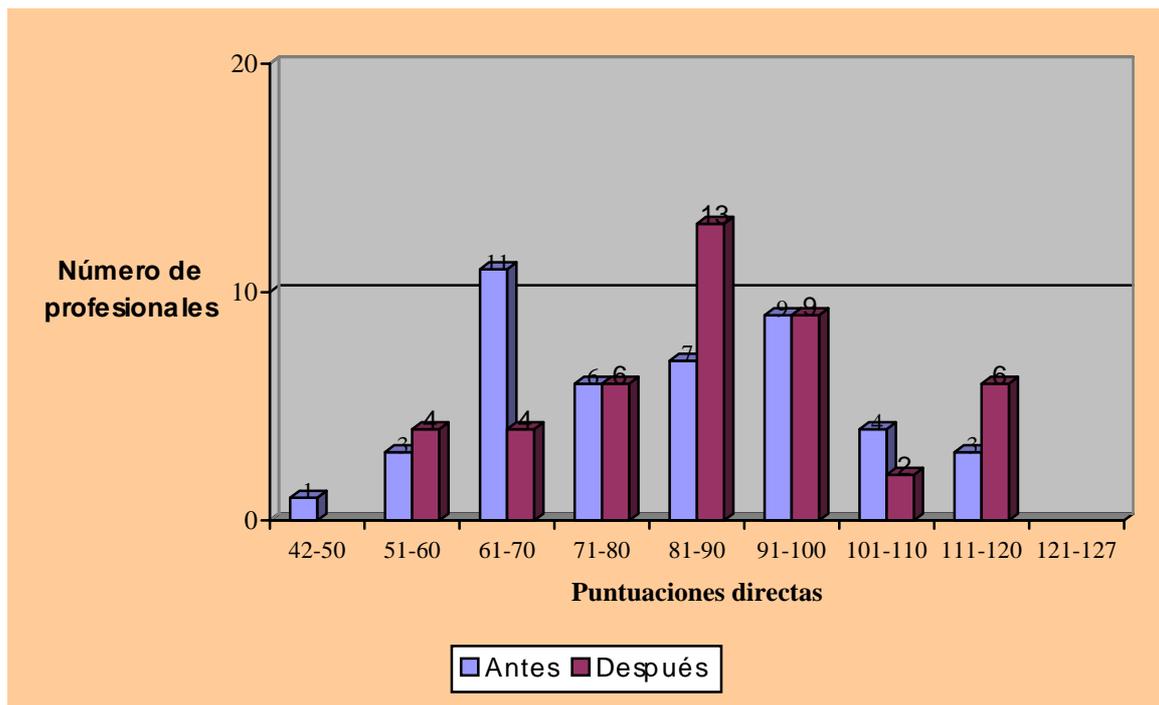
El cansancio físico y emocional tras la jornada laboral puede hacer que los contactos sociales disminuyan, de tal forma que el profesional cansado y en ocasiones estresado podría preferir aislarse antes que esforzarse en interaccionar con otros, si además ello le genera más ansiedad.

Tabla 67.- Puntuaciones antes y después del EHS. Puntuación global.  
Profesionales con Intervención (N=44)

Global	Media	Antes	Después	Significación
		81,52	86,25	t=-2,989 (df=43) <b>p=,005*</b>
	95% del intervalo de confianza para la media	76,34 – 86,70	81,22 – 91,28	
	Mediana	82,00	85,50	
	Moda	No única	83,00	
	Varianza	290,30	273,26	
	Desviación estándar	17,04	16,53	
	Mínimo - Máximo	48 – 113	57 – 119	
	Asimetría	,155	,065	
	Curtosis	-,915	-,531	
	Estimador M de Hampel	81,12	85,79	

\*p<0.05.

Figura 80.- Distribución de frecuencias para Global antes y después del EHS.  
Profesionales con intervención.



A nivel global, podemos decir que las puntuaciones medias obtenidas por los profesionales que han recibido intervención son inferiores a la puntuación media teórica de baremación, tanto antes como después del EHS-pe, aunque aumentan significativamente tras el entrenamiento.

Una posible explicación es que si los profesionales presentaban deficiencias antes de acudir al seminario formativo, el EHS-pe ha podido contribuir en la mejora de las mismas. Pero ello no representa un cambio tan sumamente importante como para que el profesional pueda expresar una clara convicción de cambio positivo y una autoeficacia percibida y seguridad ante las futuras situaciones sociales. Esto quedaría reflejado a la hora de contestar a los cuestionarios en la fase postentrenamiento y en las puntuaciones obtenidas en los diferentes factores.

La conducta habilidosa de un individuo está relacionada funcionalmente con el contexto social de la interacción interpersonal. En este sentido, pensamos que el profesional es consciente del tipo de trabajo que realiza y las dificultades del día a día a la hora de comunicarse y de exhibir estas HH.SS. cuando debe hacer frente a presiones por parte de propio paciente, familiar y profesionales del equipo. Si a esto le añadimos una cultura organizacional donde imperan reglas informales de comportamiento grupal, en ocasiones dañinas y perjudiciales para mostrar estas HH.SS., está claro que, aún entrenándolas, puede ser que el profesional no las ponga en práctica. A esto debemos añadir el hecho de que el contenido del trabajo es cada vez más exigente en términos cognitivos y sociales, y el crecimiento del sector servicios tanto en el ámbito privado como en el público (Lindstrom y Kivimaki, 1999).

Así la persona que aprende se da cuenta de, e interpreta activamente, una situación a la luz de lo que ha adquirido en el pasado, imponiendo un túnel perceptivo, por así decirlo, sobre la experiencia (Caballo, 2002). La nueva información se encaja en esquemas y puede encajar en un esquema anterior o bien puede ser distorsionada. Y ello puede dificultar la puesta en práctica de nuevas habilidades.

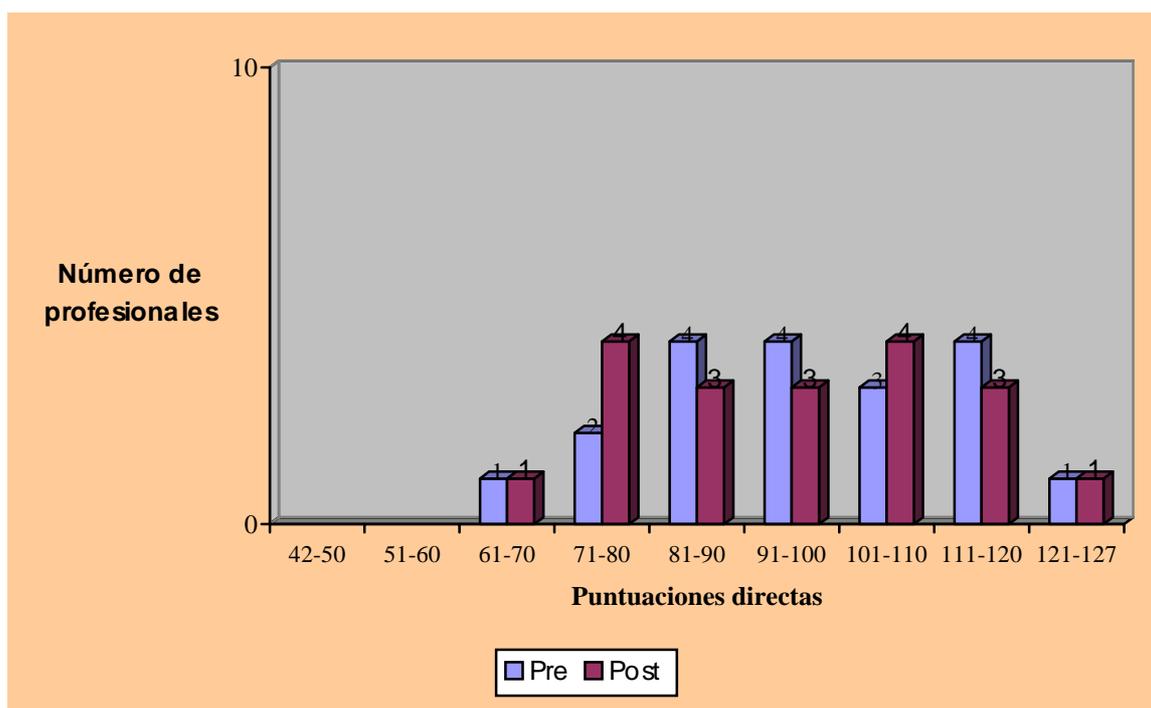
En definitiva podemos decir, que el EHS-pe ha producido un efecto positivo en los profesionales que han recibido intervención, aunque no lo suficientemente relevante como para equiparar estas puntuaciones medias a la media teórica de baremación con la que la hemos comparado.

Por lo que se refiere a los índices de forma, la asimetría positiva indica una tendencia a obtener puntuaciones bajas, y la distribución es marcadamente plana o platicúrtica, y ello tanto antes como después del entrenamiento.

Tabla 68.- Puntuaciones pre y post. Puntuación global.  
Profesionales control (N=19)

		Antes	Después	Significación
Global	Media	97,47	95,05	t=,735 (df=18) p=,472
	95% del intervalo de confianza para la media	89,37 – 105,58	86,71 – 103,40	
	Mediana	97,00	99,00	
	Moda	116,00	74,00	
	Varianza	282,71	299,72	
	Desviación estándar	16,81	17,31	
	Mínimo – Máximo	70 – 127	63 – 124	
	Asimetría	,020	-,188	
	Curtosis	-1,094	-1,003	
	Estimador M de Hampel	97,55	95,26	

Figura 81.- Distribución de frecuencias para Global pre y post.  
Profesionales control.



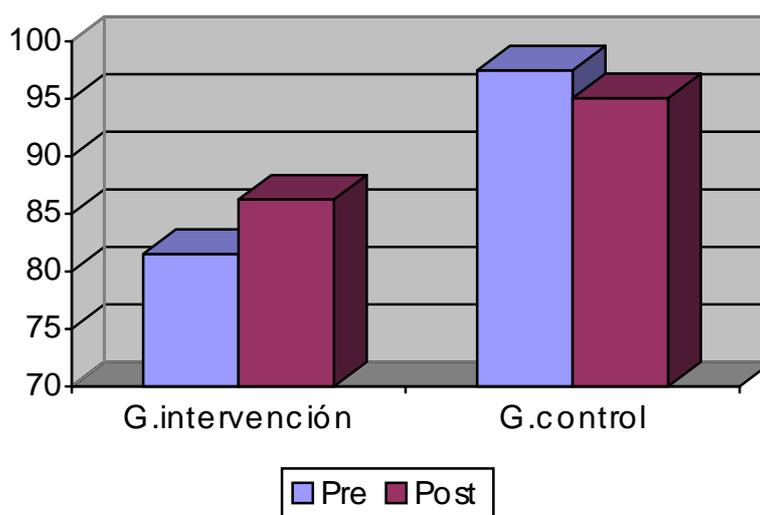
Las puntuaciones medias obtenidas en HH.SS. por los/as profesionales que no han recibido intervención son más elevadas que la puntuación media de comparación a nivel teórico.

El paso del tiempo no ha producido ningún efecto positivo en estas puntuaciones medias obtenidas, habiéndose producido incluso un ligero, aunque no significativo, descenso.

Como se ha comentado, ello podría explicarse por la falta de oportunidades de exhibir las HH.SS. aún poseyéndolas en su repertorio conductual, bien porque el profesional no acude a diversos encuentros sociales o porque se encuentra en entornos perjudiciales. Otra posible explicación es que este grupo control estaba acudiendo a un curso de Entrevista clínica, donde a nivel teórico se trabajaban conceptos como comunicación efectiva y HH.SS., de modo que estas explicaciones han podido condicionar al profesional en la evaluación de sus propias capacidades y habilidades. Así lo que antes evaluaban como habitual puede que ahora deje de serlo. Podría así explicarse este ligero descenso del grupo control en la medida post.

Por su parte la asimetría positiva en la medida pre indica una ligera tendencia a obtener puntuaciones bajas, mientras la asimetría negativa en la fase post indica una tendencia a obtener puntuaciones altas; y la distribución adopta una forma plana o platicúrtica, en ambos momentos.

Figura 82.- Efecto del EHS en los/as profesionales.  
Global.



En la figura anterior podemos observar el efecto del EHS-pe sobre las puntuaciones. Así, se evidencia un efecto positivo del EHS-pe sobre el grupo con intervención, aunque las puntuaciones medias de este grupo eran bajas antes y siguen siéndolo después. Cabe pues concluir que los profesionales del grupo intervención presentan déficits en diversas HH.SS. o capacidades.

Por su parte, los/as profesionales control poseían unas condiciones previas óptimas (medida pretest). Sin embargo, podemos decir que la percepción de autoeficacia en la puesta en práctica de las mismas parece que no sea continua, tal y como se observa en las puntuaciones medias directas obtenidas en la medida post.

En definitiva, los resultados obtenidos muestran que tan sólo en el caso del factor 1 y en el caso de las puntuaciones globales se confirma la hipótesis específica 2 a, es decir, sólo en estos casos los/as profesionales que han recibido intervención muestran más habilidades sociales tras dicha intervención. En cambio, sí se confirma para todos los factores y para la puntuación global la hipótesis específica 2 b ya que los profesionales que no han recibido intervención no muestran cambios en sus habilidades sociales entre los dos momentos en que se realizó la medición.

#### **4.- Análisis de los percentiles obtenidos.**

Finalmente, para concluir el análisis de los datos obtenidos y dado que el cuestionario empleado está, como ya se ha comentado, baremado para muestra española, se consideró pertinente estudiar los percentiles a los que correspondían las puntuaciones directas obtenidas.

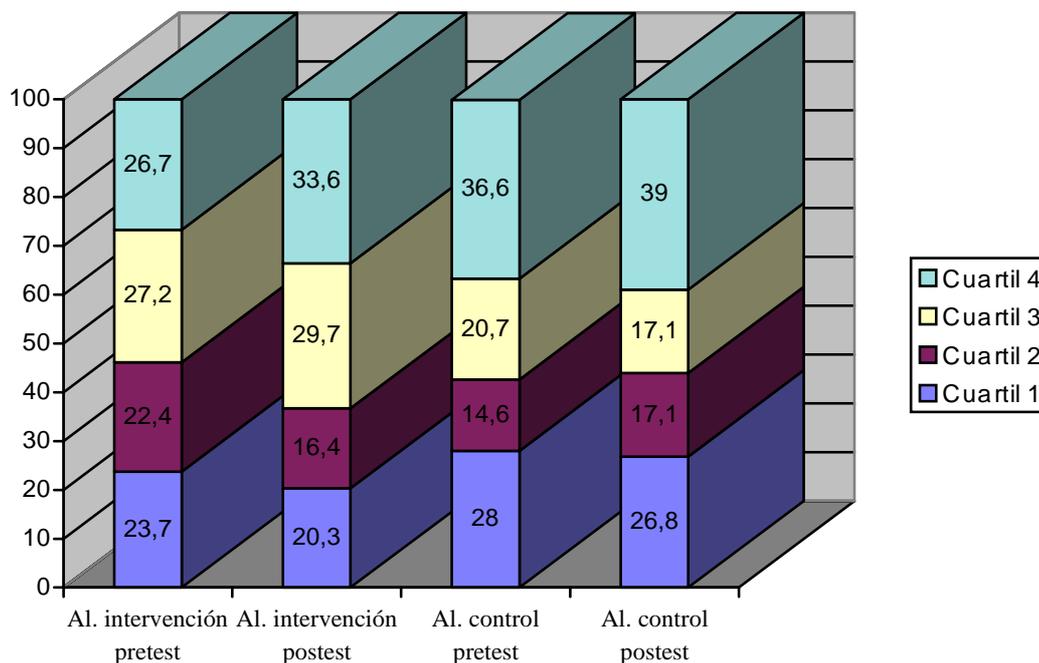
Concretamente, una vez transformadas las puntuaciones directas a percentiles, se agrupó a los/as integrantes de la muestra por cuartiles comparando, a continuación, el porcentaje de personas que se agrupaban en cada cuartil, primero entre el grupo con intervención y el grupo control en cada uno de los dos momentos en que se realizó la medición (pre y post) y después comparando al grupo con intervención entre sí en ambos momentos y al grupo sin intervención entre sí en ambos momentos.

Todas estas comparaciones se realizaron para el colectivo de alumnado y también para el colectivo de profesionales y se pretende con ellas dar un paso más en el análisis de resultados, completando la información ofrecida en los apartados anteriores al presentar las comparaciones de medias.

##### **4.1.- Análisis de los percentiles obtenidos para el alumnado.**

En primer lugar se presentarán los resultados obtenidos al realizar comparaciones en el colectivo de alumnado.

Figura 83.- Cuartiles. Factor 1. Alumnado.



En esta figura se presentan los porcentajes de las submuestras de alumnado con y sin intervención cuyas puntuaciones en el Factor 1 les sitúan en los cuartiles 1, 2, 3 ó 4 en los dos momentos en que se realizó la medición.

Las comparaciones realizadas indican que no hay diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la distribución de proporciones a lo largo de los cuatro cuartiles entre el alumnado con intervención y el alumnado control ni en la medida pre ( $\chi^2=5,251$ ;  $p=0,154$ ) ni en la post ( $\chi^2=5,391$ ;  $p=0,145$ ).

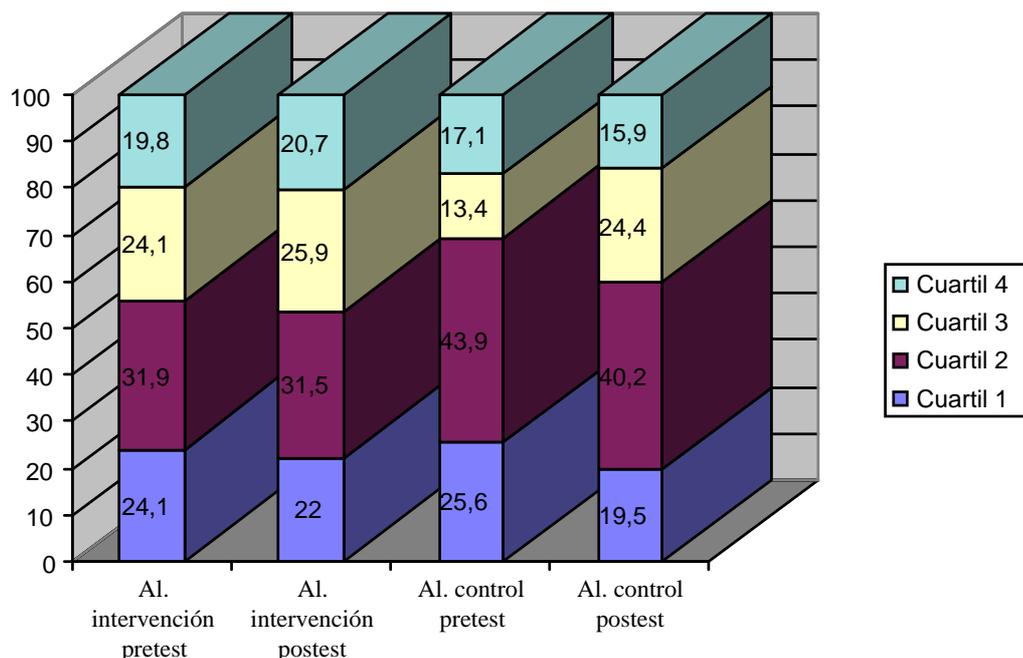
En cambio, al comparar los cambios que se producen en las proporciones de quienes se sitúan en el cuartil 1, 2, 3 ó 4 entre la medida pre y post, se observan diferencias estadísticamente significativas para el alumnado con intervención ( $\chi^2=147,899$ ; NcNemar Test  $p=0,000$ ), pero no para el alumnado control ( $\chi^2=55,220$ ; NcNemar Test  $p=0,864$ ).

Puede, por tanto, decirse que, aunque los cambios producidos por la intervención realizada no son suficientes como para llegar a generar diferencias en la distribución de

las puntuaciones a lo largo de los 4 cuartiles entre el alumnado con intervención y el alumnado control, sí se producen modificaciones significativas entre las dos fases en los percentiles obtenidos por el alumnado del grupo que recibe la intervención para este Factor 1.

Estos resultados no cambiarían pues el efecto positivo de la intervención sobre los contenidos evaluados en este Factor 1, esto es, *la autoexpresión en situaciones sociales*, que refleja la capacidad de expresarse uno mismo ante los otros, en diversas situaciones sociales, sin ansiedad. Así, el significado de los cambios postintervención puede hacernos presuponer que el alumnado tras el EHS, se siente más seguro y manifiesta “sentirse capaz de autoexpresar sus opiniones, pensamientos, deseos,..., ante los otros”, como por otra parte ya sugerían las comparaciones de medias.

Figura 84.- Cuartiles. Factor 2. Alumnado.



En esta figura se observan los porcentajes de las submuestras de alumnado con y sin intervención cuyas puntuaciones en el Factor 2 les sitúan en los diferentes cuartiles 1, 2, 3 ó 4 antes y después de la intervención.

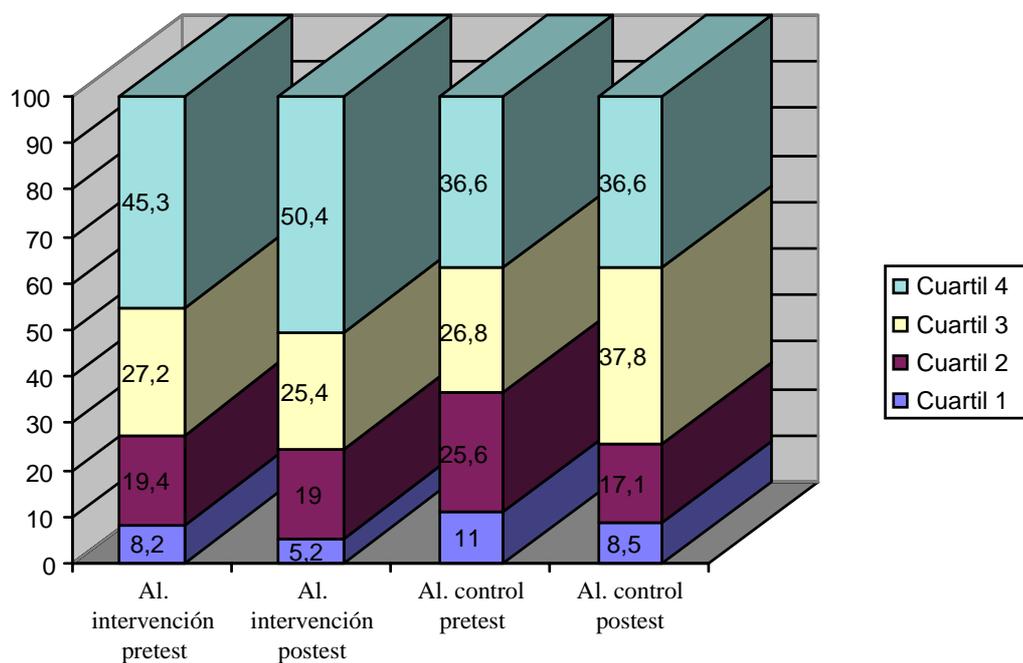
Las comparaciones realizadas indican que no hay diferencias estadísticamente significativas entre la distribución de proporciones a lo largo de los cuatro cuartiles

entre el alumnado con intervención y el alumnado control ni en la medida pre ( $\chi^2=6,052$ ;  $p=0,109$ ) ni en la post ( $\chi^2=2,337$ ;  $p=0,505$ ).

Tampoco al comparar los cambios que se producen en las proporciones de quienes se sitúan en el cuartil 1, 2, 3 ó 4 entre las medidas pre y post se observan diferencias estadísticamente significativas ni para el alumnado con intervención ( $\chi^2=143,364$ ; NcNemar Test  $p=0,501$ ) ni para el alumnado control ( $\chi^2=44,576$ ; NcNemar Test  $p=0,256$ ).

Estos resultados indican pues que, los cambios producidos por la intervención realizada no son suficientes para llegar a generar diferencias en la distribución de las puntuaciones a lo largo de los 4 cuartiles ni en lo que se refiere a comparar al alumnado con intervención con el alumnado control, ni en la producción de modificaciones significativas tras la intervención en los percentiles para este Factor 2.

Figura 85.- Representación gráfica. Cuartiles. Factor 3. Alumnado.



La figura anterior muestra los porcentajes de las submuestras de alumnado con y sin intervención cuyas puntuaciones para el Factor 3 les sitúan en los diferentes cuartiles antes y después de la intervención.

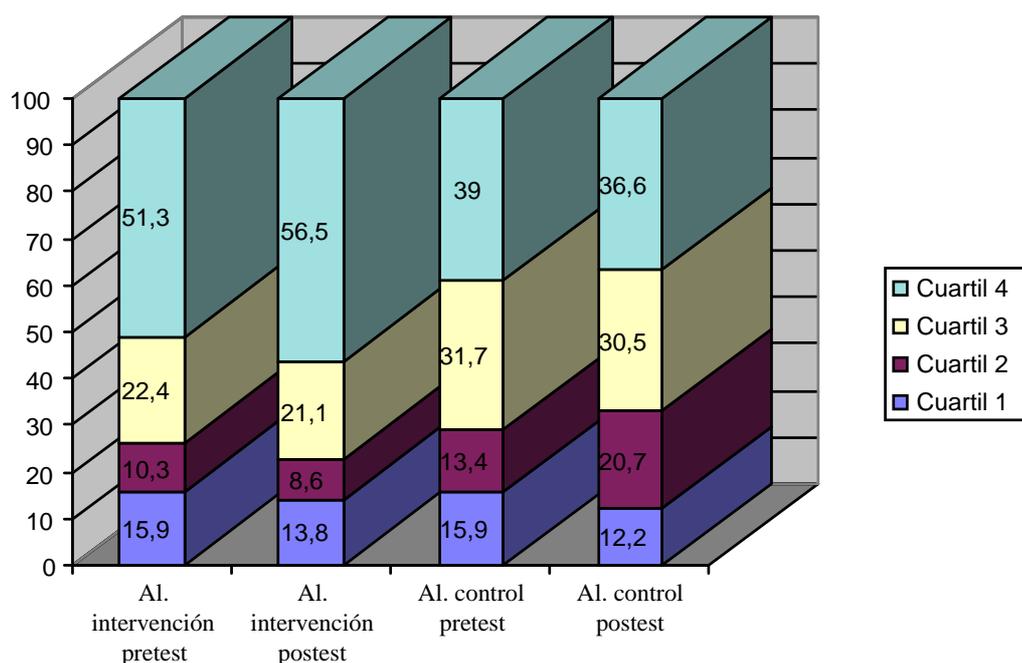
Las comparaciones realizadas indican que no hay diferencias estadísticamente significativas entre la distribución de proporciones a lo largo de estos cuatro cuartiles entre el alumnado con intervención y el alumnado control ni en la medida pre ( $\chi^2=2,703$ ;  $p=0,440$ ) ni en la post ( $\chi^2=6,968$ ;  $p=0,073$ ).

En cambio, al comparar los cambios que se producen en las proporciones de quienes se sitúan en el cuartil 1, 2, 3 ó 4 entre la medida pre y post, se observan diferencias estadísticamente significativas para el alumnado con intervención ( $\chi^2=115,616$ ; McNemar Test  $p=0,024$ ), pero no para el alumnado control ( $\chi^2=44,569$ ; McNemar Test  $p=0,060$ ).

Así pues, puede, decirse que, aunque los cambios producidos por la intervención realizada no son suficientes como para llegar a generar diferencias en la distribución de las puntuaciones a lo largo de los 4 cuartiles entre el alumnado con intervención y el alumnado control, sí se producen modificaciones significativas entre ambas fases en los percentiles obtenidos por el alumnado del grupo que recibe la intervención para este Factor 3.

Tras este factor, denominado *Expresión de enfado o disconformidad* subyace la idea de evitar conflictos o confrontaciones con otras personas. Como ya se comentó anteriormente, el hecho de que el alumnado pueda practicar durante el EHS, y a través de diversos role-playing o escenificaciones estas conductas de expresión de molestias, enfado o disgusto, ha hecho que se pueda autoevaluarse de manera positiva y sus respuestas así lo demuestran, como ya se observó en la comparación de medias y corroboran estos datos. Estos cambios pueden hacernos pensar que el alumnado al enfrentarse a nuevas situaciones pueda poner en práctica lo aprendido. De esta forma se pretende contribuir a mejorar el clima social y laboral con el que se enfrenta el alumnado de enfermería.

Figura 86.- Cuartiles. Factor 4. Alumnado.



En esta figura se presentan los porcentajes de las submuestras de alumnado con y sin intervención cuyas puntuaciones para el Factor 4 les sitúan en cada uno de los cuatro cuartiles antes y después de la intervención.

Las comparaciones realizadas indican que no hay diferencias estadísticamente significativas entre la distribución de proporciones a lo largo de estos cuatro cuartiles entre el alumnado con intervención y el alumnado control en la medida pre ( $\chi^2=4,515$ ;  $p=0,211$ ) pero sí en la post ( $\chi^2=14,583$ ;  $p=0,002$ ; Coeficiente de contingencia: 0,211).

En cambio, al comparar los cambios que se producen en las proporciones de quienes se sitúan en el cuartil 1, 2, 3 ó 4 entre la medida pre y post, no se observan diferencias estadísticamente significativas ni para el alumnado con intervención ( $\chi^2=130,670$ ; NcNemar Test  $p=0,113$ ), ni para el alumnado control ( $\chi^2=60,294$ ; NcNemar Test  $p=0,864$ ).

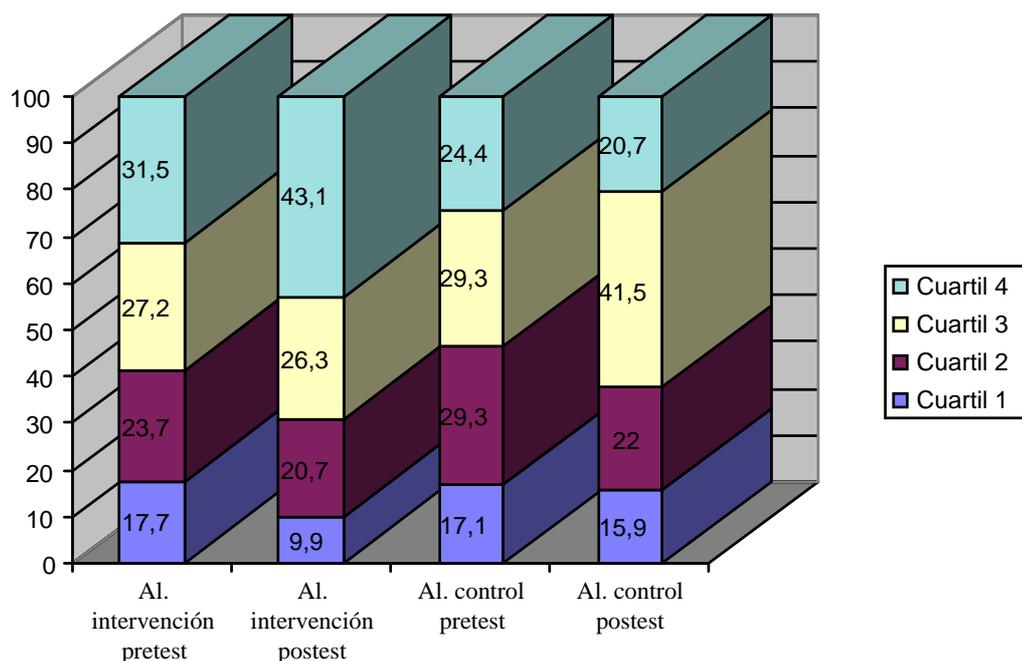
Estos resultados sugieren que los cambios producidos por la intervención realizada generan diferencias en la distribución de las puntuaciones a lo largo de los 4 cuartiles entre el alumnado con intervención y el alumnado control, aunque las modificaciones

que se producen entre los dos momentos estudiados no llegan a ser significativas para ninguno de los dos grupos en los percentiles obtenidos para este Factor 4.

Este Factor 4, expresa la capacidad de *Decir No* y *cortar interacciones* y refleja la habilidad para cortar interacciones que no se quieren mantener. Estos cambios, pueden hacernos pensar que en el futuro, el alumnado que ha recibido intervención será capaz de cortar interacciones y ser capaz de *decir No* ante demandas injustificadas y excesivas efectuadas tanto por parte de pacientes, como de familiares y resto del equipo multidisciplinar. Si bien, puede darse el caso que aún habiendo sido entrenado y aprendido dichas conductas, luego el entorno no permita que sean llevadas a cabo y se dejen de utilizar.

El entrenamiento en este factor concreto conlleva además un autocontrol emocional por parte del alumno, quien debe, sobre todo, regular la ansiedad experimentada ante esa demanda que en ocasiones él mismo evalúa como excesiva e injusta. Además se ha intentado entrenar en pensamientos erróneos antecedentes de conductas inadaptadas o inadecuadas (como “es mejor realizar tareas aunque no nos pertenezca a pedir ayuda”, “debo pasar desapercibido”, “debo decir a todo que sí y así me aceptarán en la unidad donde realice mis prácticas clínicas”, “realizaré todas las actividades y tareas que me deleguen”, etc.).

Figura 87.- Cuartiles. Factor 5. Alumnado.



La figura anterior muestra los porcentajes de las submuestras de alumnado con y sin intervención cuyas puntuaciones para el Factor 5 les sitúan en los cuartiles 1, 2, 3 ó 4 antes y después de la intervención.

Las comparaciones realizadas indican que no hay diferencias estadísticamente significativas entre la distribución de proporciones a lo largo de estos cuatro cuartiles entre el alumnado con intervención y el alumnado control en la medida pre ( $\chi^2=1,879$ ;  $p=0,598$ ) pero sí en la post ( $\chi^2=14,657$ ;  $p=0,002$ ; Coeficiente de contingencia: 0,211).

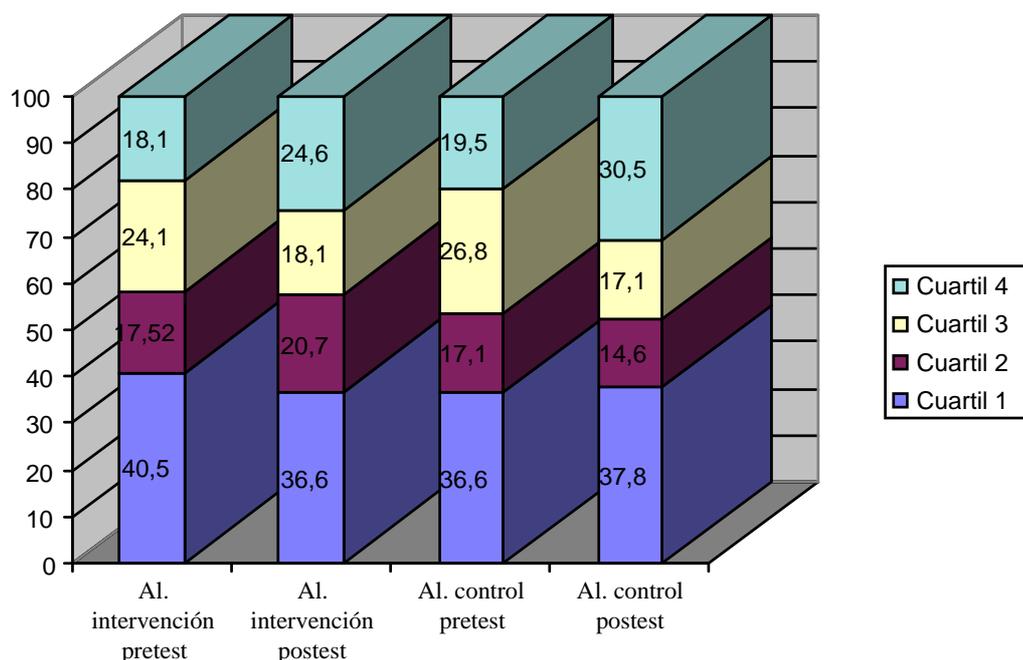
Al comparar los cambios que se producen en las proporciones de quienes se sitúan en el cuartil 1, 2, 3 ó 4 entre la medida pre y post, se observan diferencias estadísticamente significativas para el alumnado con intervención ( $\chi^2=84,163$ ; NcNemar Test  $p=0,000$ ), pero no para el alumnado control ( $\chi^2=36,491$ ; NcNemar Test  $p=0,560$ ).

Estos resultados sugieren pues que los cambios producidos por la intervención realizada generan diferencias en la distribución de las puntuaciones a lo largo de los 4 cuartiles entre el alumnado con intervención y el alumnado control, y que, además, se

producen modificaciones significativas en los percentiles obtenidos por el alumnado del grupo que recibe la intervención para este Factor 5.

Este factor refleja la capacidad para realizar *expresiones de peticiones* a otras personas de algo que deseamos, bien en situaciones de consumo o en cualquier situación social que requiera que la persona necesite solicitar un favor, un cambio, ayuda, etc., y los incrementos de las puntuaciones en este Factor 5 tras la intervención indica que las personas que las obtienen son capaces de hacer peticiones semejantes a éstas sin excesiva dificultad. Durante el EHS-ae se han practicado la solicitud de peticiones, incluso de cambio de conducta hacia otra persona, e incluso al estudiar las diferencias entre conducta asertiva, no asertiva y agresiva, se han trabajado diferentes ejemplos donde los alumnos debían diferenciar cuál era la conducta socialmente habilidosa. Todo ello puede haber contribuido a que estos cambios se produzcan y se reflejen tanto en la comparación de medidas como en ésta.

Figura 88.- Cuartiles. Factor 6. Alumnado.



Esta figura presenta los porcentajes de las submuestras de alumnado con y sin intervención cuyas puntuaciones para el Factor 6 les sitúan en los cuartiles 1, 2, 3 ó 4 antes y después de la intervención.

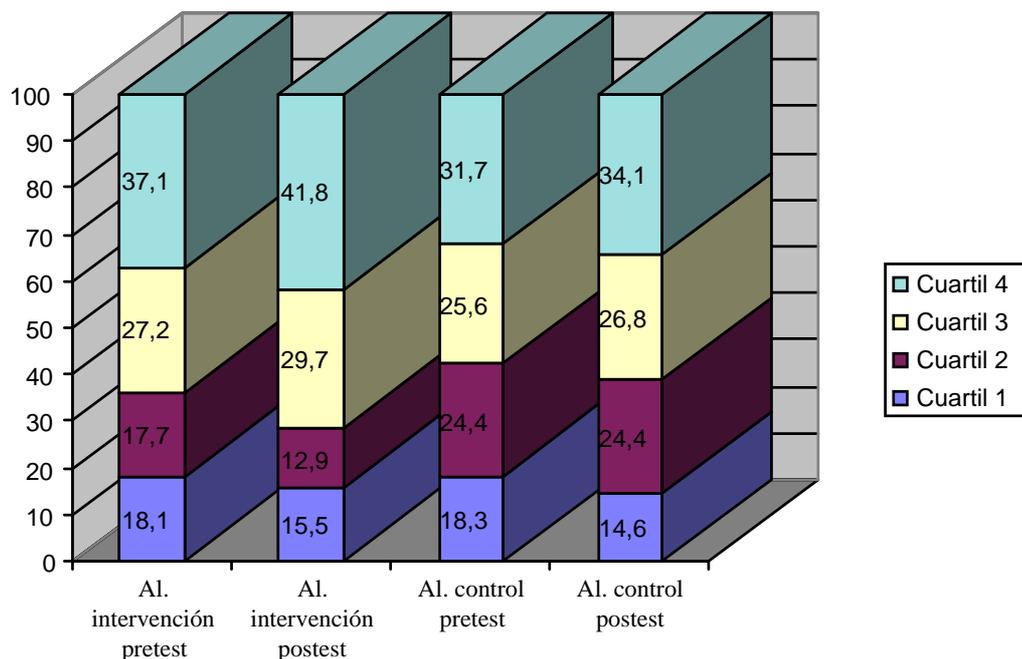
Las comparaciones realizadas indican que no hay diferencias estadísticamente significativas entre la distribución de proporciones a lo largo de estos cuatro cuartiles entre el alumnado con intervención y el alumnado control ni en la medida pre ( $\chi^2=0,480$ ;  $p=0,923$ ) ni en la post ( $\chi^2=2,034$ ;  $p=0,565$ ).

Al comparar los cambios que se producen en las proporciones de quienes se sitúan en el cuartil 1, 2, 3 ó 4 entre la medida pre y la post, se observan diferencias estadísticamente significativas para el alumnado con intervención ( $\chi^2=110,863$ ; NcNemar Test  $p=0,025$ ), pero no para el alumnado control ( $\chi^2=27,358$ ; NcNemar Test  $p=0,644$ ).

Puede, por tanto, decirse que, aunque los cambios producidos por la intervención realizada no son suficientes como para llegar a generar diferencias en la distribución de las puntuaciones a lo largo de los 4 cuartiles entre el alumnado con intervención y el alumnado control, sí se producen modificaciones significativas entre las dos fases en los percentiles obtenidos por el alumnado del grupo que recibe la intervención para este factor.

Como se ha indicado anteriormente, este Factor evalúa cómo *Iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto*, y aunque la muestra mayoritariamente la formaban mujeres, se ha intentado que la mayoría de ejercicios, sobre todo aquellos dirigidos a dar elogios al otro, ejercicios de calentamiento o romper el hielo, etc., se realizasen en el aula entre mujeres y hombres. Ello puede haber contribuido a que la persona se sienta más segura y que se evalúe como competente en este factor tras el entrenamiento.

Figura 89.- Cuartiles. Global. Alumnado.



Finalmente, la figura anterior recoge los porcentajes de las submuestras de alumnado con y sin intervención cuyas puntuaciones globales les sitúan en los distintos cuartiles antes y después de la intervención.

Las comparaciones realizadas indican que no hay diferencias estadísticamente significativas entre la distribución de proporciones a lo largo de estos cuatro cuartiles entre el alumnado con intervención y el alumnado control ni en la medida pre ( $\chi^2=1,951$ ;  $p=0,583$ ) ni en la post ( $\chi^2=6,098$ ;  $p=0,107$ ).

En cambio, al comparar los cambios que se producen en las proporciones de quienes se sitúan en el cuartil 1, 2, 3 ó 4 entre la medida pre y la post, se observan diferencias estadísticamente significativas para el alumnado con intervención ( $\chi^2=236,323$ ; NcNemar Test  $p=,002$ ), pero no para el alumnado control ( $\chi^2=91,609$ ; NcNemar Test  $p=,458$ ).

Puede, pues, decirse que, aunque los cambios producidos por la intervención realizada no son suficientes como para llegar a generar diferencias en la distribución de

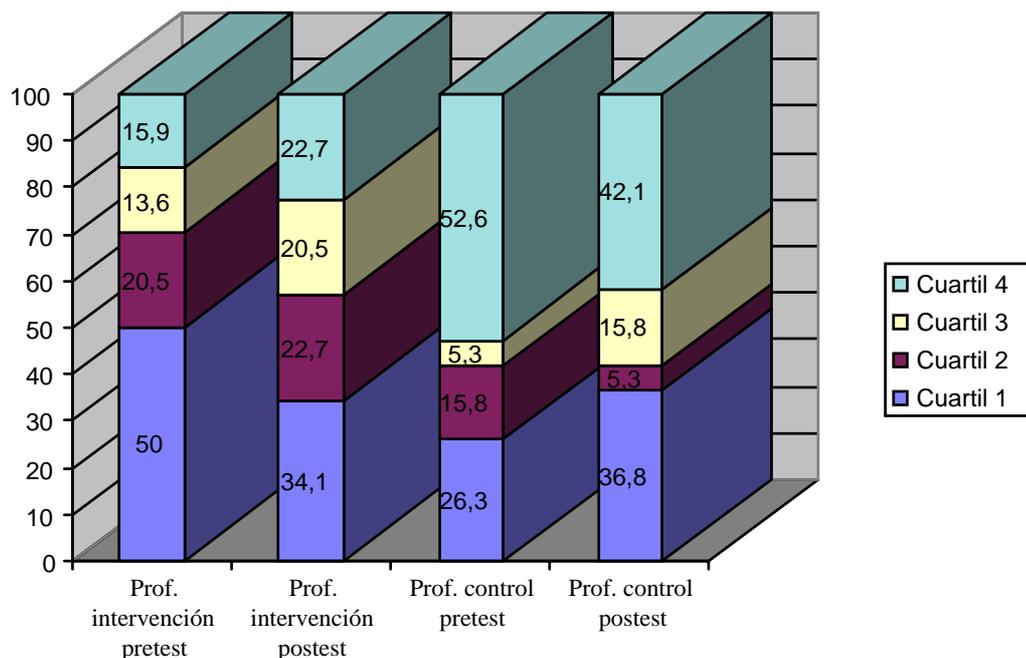
las puntuaciones a lo largo de los 4 cuartiles entre el alumnado con intervención y el alumnado control, sí se producen modificaciones significativas entre las dos fases en los percentiles obtenidos por el alumnado del grupo que recibe la intervención para este factor global.

En definitiva, los resultados obtenidos al establecer comparaciones entre los porcentajes de alumnado que se sitúan en los diferentes cuartiles sugieren que, a nivel general el EHS ha podido contribuir a una mejor ejecución y percepción de autoeficacia general del alumnado que ha sido entrenado. Pensamos que estos cambios en el futuro pueden contribuir a que el/la alumno/a se sienta más seguro/a, competente y dinámico/a, sobre todo a la hora de interaccionar con otros en diferentes situaciones sociales que exijan mostrar conductas asertivas y socialmente habilidosas.

#### 4.2.- Análisis de los percentiles obtenidos para los/as profesionales.

A continuación se presentan los resultados obtenidos al realizar la comparación en el colectivo de profesionales.

Figura 90.- Cuartiles. Factor 1. Profesionales.



La figura anterior muestra los porcentajes de las submuestras de profesionales con y sin intervención cuyas puntuaciones para el Factor 1 les sitúan en los cuartiles 1, 2, 3 ó 4 en los dos momentos en que se realizó la medición.

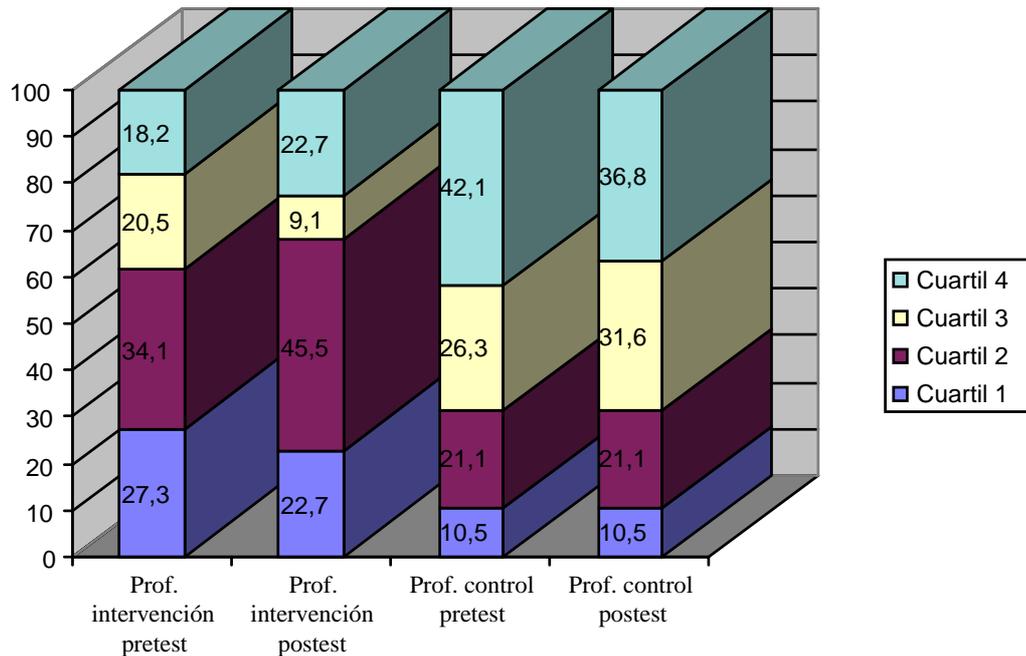
Las comparaciones realizadas indican que hay diferencias estadísticamente significativas entre la distribución de proporciones a lo largo de estos cuatro cuartiles entre los profesionales con intervención y los profesionales control en la medida pre ( $\chi^2=9,357$ ;  $p=0,025$ ; Coeficiente de contingencia:0,360) pero no en la post ( $\chi^2=4,242$ ;  $p=0,236$ ).

Al comparar los cambios que se producen en las proporciones de quienes se sitúan en el cuartil 1, 2, 3 ó 4 entre la medida pre y la post, no se observan diferencias estadísticamente significativas ni para los profesionales con intervención ( $\chi^2=29,853$ ; NcNemar Test  $p=0,052$ ), ni para los profesionales control ( $\chi^2=23,343$ ; NcNemar Test  $p=0,375$ ).

Puede pues decirse que, en este caso, aunque existían diferencias previas a la intervención en cuanto a la distribución a lo largo de los 4 cuartiles entre los profesionales con intervención y los del grupo control, éstas han desaparecido tras la intervención, y, además, no se producen modificaciones significativas entre los dos momentos estudiados para ninguno de los dos grupos en los percentiles obtenidos para este factor.

Estos cambios pueden significar que los profesionales después de la intervención evalúan su competencia de forma más positiva, pueden pensar que serán capaces de autoexpresar sus opiniones, pensamientos y deseos ante los demás de forma más eficaz. De ahí que aparezcan cambios en la distribución en los percentiles. Sin embargo, debemos apuntar que antes de la intervención la mayoría de los sujetos obtenían puntuaciones medias que les situaban en el percentil 1 y 2, es decir, se podría considerar que tenían un déficit en este factor. Podemos pensar que tras el EHS, el profesional después de haber realizado ensayos conductuales e interacciones sociales significativas que exigían la puesta en escena de estas habilidades, está más motivado y se percibe más seguro en el futuro.

Figura 91.- Cuartiles. Factor 2. Profesionales.



Esta figura presenta los porcentajes de las submuestras de profesionales con y sin intervención cuyas puntuaciones para el Factor 2 les sitúan en los diferentes cuartiles antes y después de la intervención.

Las comparaciones realizadas indican que no hay diferencias estadísticamente significativas entre la distribución de proporciones a lo largo de estos cuatro cuartiles entre los profesionales con intervención y los profesionales control para la medida pre ( $\chi^2=5,618$ ;  $p=0,132$ ), pero sí para la medida post ( $\chi^2=8,319$ ;  $p=0,040$ ; Coeficiente de contingencia: 0,342).

Al comparar los cambios que se producen en las proporciones de quienes se sitúan en el cuartil 1, 2, 3 ó 4 entre la medida pre y la post, no se observan diferencias estadísticamente significativas ni para los profesionales con intervención ( $\chi^2=25,685$ ; NcNemar Test  $p=1,000$ ), ni para los profesionales control ( $\chi^2=9,918$ ; NcNemar Test  $p=1,000$ ).

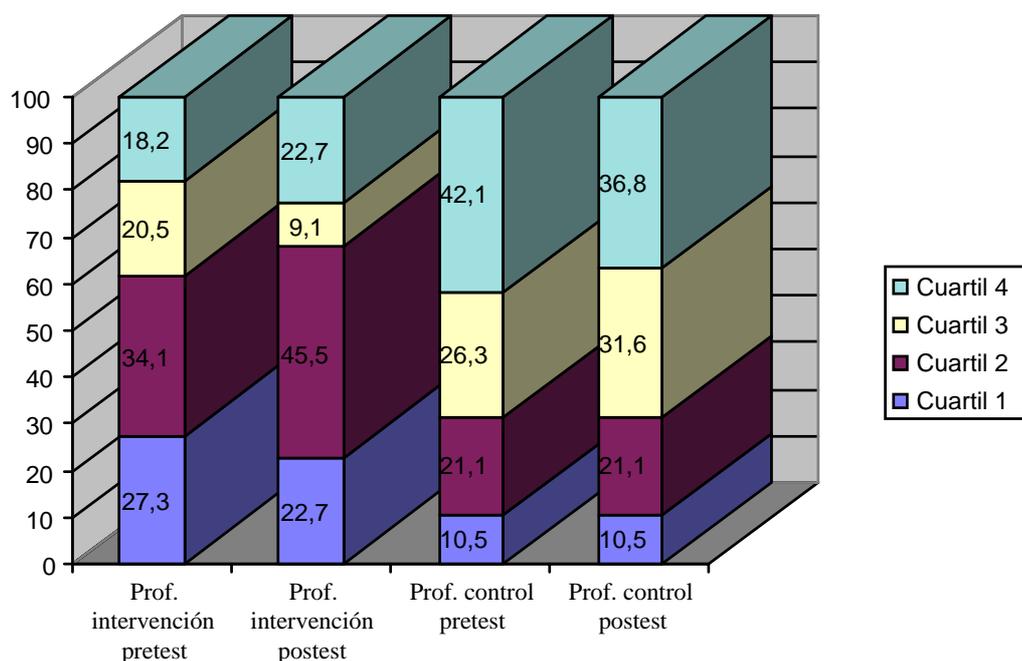
Así pues, estos resultados sugieren que los cambios producidos por la intervención realizada generan diferencias en la distribución de las puntuaciones a lo largo de los 4

cuartiles entre los profesionales con intervención y los profesionales control, aunque no producen modificaciones significativas entre los dos momentos estudiados para ninguno de los dos grupos en los percentiles obtenidos para este factor.

En este factor denominado *Defensa de los propios derechos como consumidor*, los profesionales que han recibido intervención muestran cambios tras la intervención, si los comparamos con el grupo de profesionales sobre los que no se ha intervenido. Esto sugiere que el programa, sobre todo tras la realización de demostraciones donde el profesional debía poner en uso estas habilidades y las explicaciones teóricas de cómo manifestar conductas asertivas ante situaciones de consumo donde la persona debía defender sus derechos, ha podido contribuir a que se produzcan estas diferencias. En el futuro el hecho de practicar y demostrar las habilidades y capacidades puede contribuir a que el sujeto se sienta más seguro y desinhibido, con menos ansiedad. Sin embargo, no podemos garantizar que realmente lo lleve a cabo.

Cabe recordar que los/as profesionales del grupo control estaban asistiendo a un curso teórico de Entrevista clínica, en el cual se trabajaban algunos aspectos de comunicación efectiva y habilidades sociales a nivel general, pero no estas habilidades concretas, ello podría explicar porqué en este grupo no se aprecian cambios ni antes ni después de la recogida de información sobre sus respuestas ante situaciones sociales similares.

Figura 92.- Cuartiles. Factor 3. Profesionales.



En esta gráfica se presentan los porcentajes de las submuestras de profesionales con y sin intervención cuyas puntuaciones para el Factor 3 les sitúan en cada uno de los cuatro cuartiles antes y después de la intervención.

Las comparaciones realizadas indican que hay diferencias estadísticamente significativas entre la distribución de proporciones a lo largo de estos cuatro cuartiles entre los profesionales con intervención y los profesionales control para la medida pre ( $\chi^2=8,319$ ;  $p=0,040$ ; Coeficiente de contingencia:0,342) pero no para la medida post ( $\chi^2=5,014$ ;  $p=0,171$ ).

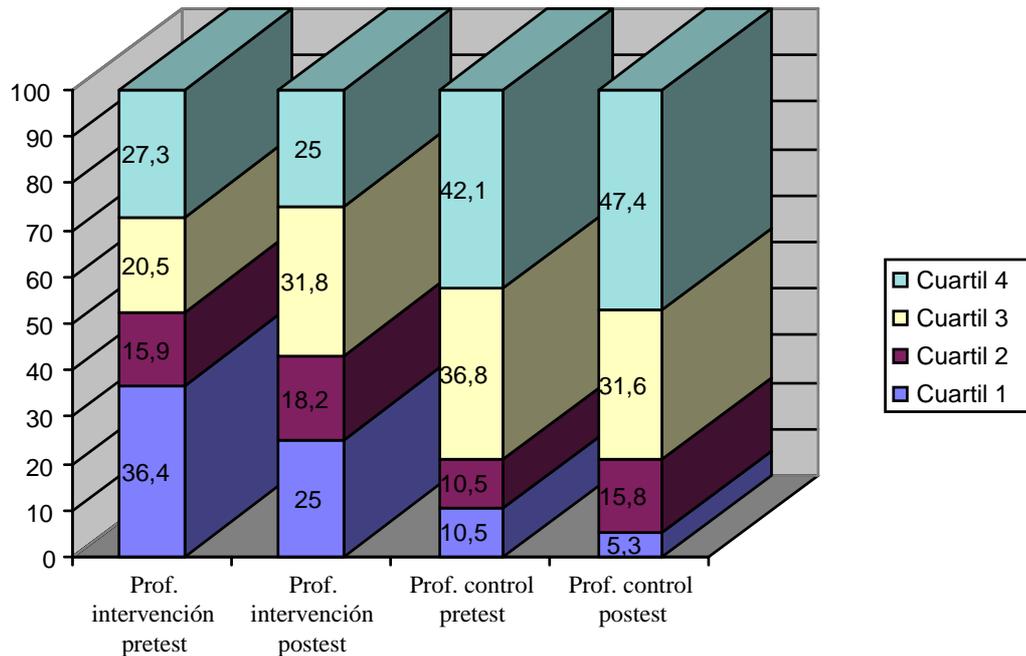
Al comparar los cambios que se producen en las proporciones de quienes se sitúan en el cuartil 1, 2, 3 ó 4 entre la medida pre y la post, no se observan diferencias estadísticamente significativas ni para los profesionales con intervención ( $\chi^2=28,259$ ; NcNemar Test  $p=0,189$ ), ni para los profesionales control ( $\chi^2=10,695$ ; NcNemar Test  $p=$  no computable).

Es decir, al igual que ocurría en el Factor 1, aunque existían diferencias previas a la intervención en cuanto a la distribución a lo largo de los 4 cuartiles entre los

profesionales con intervención y los del grupo control, éstas han desaparecido tras la intervención, y, además, no se producen modificaciones significativas entre los dos momentos estudiados para ninguno de los dos grupos en los percentiles obtenidos para este factor.

Esto nos hace pensar que realmente el grupo de profesionales a los que se les aplica la intervención, contaban con un déficit en este factor relativo a la *Expresión de enfado o disconformidad*. El hecho de practicar en algunos ejercicios la expresión de enfado, disconformidad o desacuerdo puede contribuir a que se produzca una ligera mejora, sin embargo es muy difícil modificar en personas adultas la creencia que el hecho de poner en práctica estas habilidades mejore sus relaciones y les hagan sentirse mejor con ellos mismos. Como hemos comentado en diferentes ocasiones, el mundo laboral al que se enfrentan día a día estos profesionales, no contribuye a que de forma libre puedan éstos expresar no solamente lo que sienten, piensan u opinan en relación a un tema, un derecho, etc., sino que incluso les induce a permanecer callados, sumisos e incluso realizando tareas que sobrepasan su rol profesional. El EHS puede contribuir a una mejoría, pero se necesita insistir más en la modificación cognitiva o reestructuración cognitiva en estos profesionales, de tal forma que sean capaces de modificar pensamientos erróneos y a la vez las posibles percepciones del entorno que dificulta la expresión libre y espontánea de las habilidades sociales necesarias para el ejercicio profesional. Aunque hay autores como Calleja y Nicolás (1996) que tras sus hallazgos experimentales ponen de manifiesto que la adicción de una estrategia de reestructuración cognitiva no potencia la eficacia de un programa conductual. Sin embargo, insistimos en la necesidad de seguir profundizando en el estudio de estos aspectos.

Figura 93.- Cuartiles. Factor 4. Profesionales.



La figura indica los porcentajes de las submuestras de profesionales con y sin intervención cuyas puntuaciones para el Factor 4 les sitúan en los cuartiles 1, 2, 3 ó 4 antes y después de la intervención.

Las comparaciones realizadas indican que no hay diferencias estadísticamente significativas entre la distribución de proporciones a lo largo de estos cuatro cuartiles entre los profesionales con intervención y los profesionales control ni para la medida pre ( $\chi^2=5,692$ ;  $p=0,128$ ) ni para la medida post ( $\chi^2=4,849$ ;  $p=0,183$ ).

Al comparar los cambios que se producen en las proporciones de quienes se sitúan en el cuartil 1, 2, 3 ó 4 entre la medida pre y la post, no se observan diferencias estadísticamente significativas ni para los profesionales con intervención ( $\chi^2=29,948$ ; NcNemar Test  $p=0,263$ ), ni para los profesionales control ( $\chi^2=16,342$ ; NcNemar Test  $p=0,727$ ).

Estos resultados sugieren que los cambios producidos por la intervención realizada no son suficientes para llegar a generar diferencias en la distribución de las puntuaciones a lo largo de los 4 cuartiles ni en lo que se refiere a comparar a los

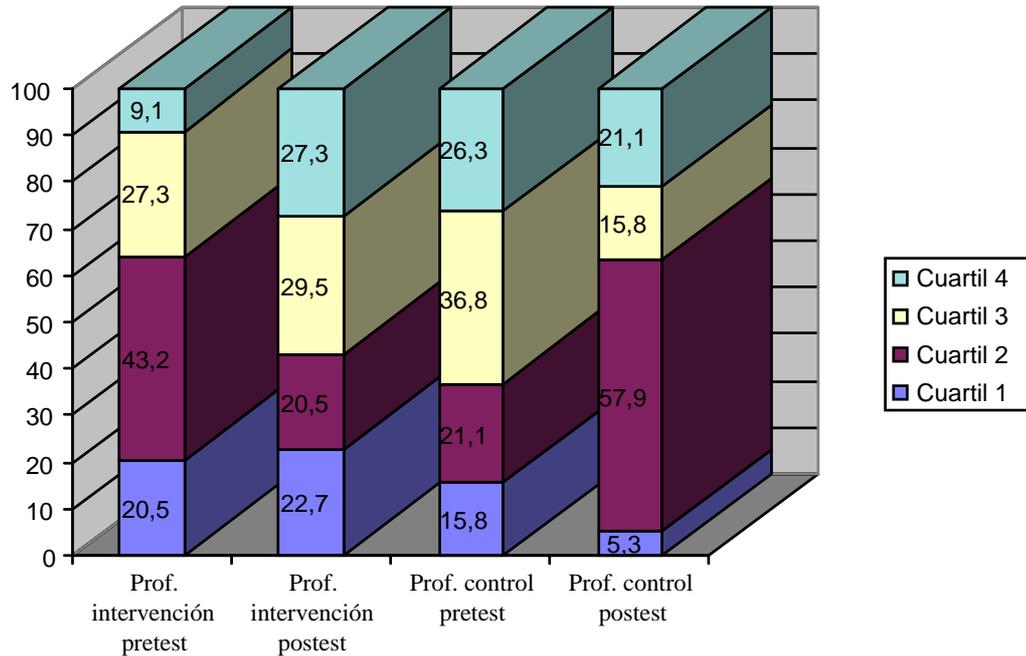
profesionales con intervención con los profesionales control, ni en la producción de modificaciones significativas tras la intervención en los percentiles para este factor.

Se demuestra una vez más que tanto el grupo Intervención como el grupo Control tenía dificultades a la hora de *Decir No* y *cortar interacciones*, y que éstas no mejoran sustancialmente con el entrenamiento.

Una posible explicación podría ser la misma que se ha utilizado para argumentar el déficit del Factor 3. Es decir, el entorno social en el que se desenvuelve el profesional de enfermería (Hospital y Atención Primaria) no contribuye en ocasiones, a que el profesional pueda expresar quejas, decir no o cortar interacciones cuando sería conveniente cortarlas (bien por falta de tiempo, porque se trata de pacientes y/o familiares excesivamente exigentes o manipuladores, demandas injustificadas como cambios de turno que producen una pérdida para el profesional o alteran su ritmo familiar, demandas por parte del equipo o de la organización que le exige la realización de tareas que suponen un esfuerzo sobreañadido a lo encomendado habitualmente o que sobrepasan sus capacidades y/o preparación, etc.).

Por ese motivo aunque podemos pensar que el EHS podría contribuir a que el profesional sea capaz de expresar estas conductas ante estas situaciones, también se deberían cambiar comportamientos y elementos de la cultura organizacional. Un ejemplo podría ser crear comisiones u organismos donde el profesional pueda dejar sus sugerencias, demandas o quejas sin ser para nada penalizado por ello. El poder participar en la toma de decisiones por parte del profesional es fundamental para que se produzca una satisfacción laboral, y, además, contribuye a que no aparezca el síndrome de burnout. El profesional de enfermería debe poder sentirse atendido, participe y, si es posible, capaz de poder *decir No*, manifestar quejas, demandas, expresar sus opiniones ante los otros, etc, etc.

Figura 94.- Cuartiles. Factor 5. Profesionales.



En esta gráfica se presentan los porcentajes de las submuestras de profesionales con y sin intervención cuyas puntuaciones para el Factor 5 les sitúan en los distintos cuartiles antes y después de la intervención.

Las comparaciones realizadas indican que no hay diferencias estadísticamente significativas entre la distribución de proporciones a lo largo de estos cuatro cuartiles entre los profesionales con intervención y los profesionales control para la medida pre ( $\chi^2=5,090$ ;  $p=0,165$ ) pero sí para la medida post ( $\chi^2=9,368$ ;  $p=0,025$ ; coeficiente de contingencia: 0,360).

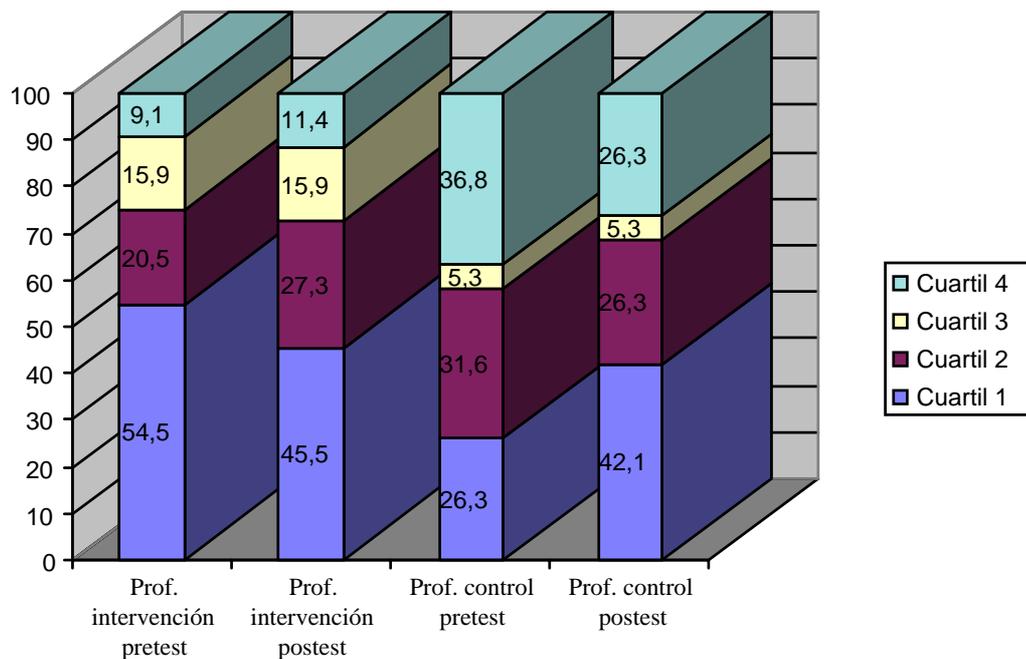
Al comparar los cambios que se producen en las proporciones de quienes se sitúan en el cuartil 1, 2, 3 ó 4 entre la medida pre y la post, se observan diferencias estadísticamente significativas para los profesionales con intervención ( $\chi^2=17,870$ ; NcNemar Test  $p=0,043$ ), pero no para los profesionales control ( $\chi^2=8,541$ ; NcNemar Test  $p=0,581$ ).

Estos resultados sugieren que los cambios producidos por la intervención realizada generan diferencias en la distribución de las puntuaciones a lo largo de los 4 cuartiles entre los profesionales con intervención y los profesionales control, y que, además, se producen modificaciones significativas en los percentiles obtenidos por los profesionales del grupo que recibe la intervención para este Factor 5.

Este factor refleja la capacidad para *Hacer Peticiones*. Durante el EHS el profesional ha podido practicar y demostrar esta habilidad en diferentes situaciones simuladas que hemos expuesto. De tal forma, que ello ha podido contribuir a percibirse como capaces de poder llevar a cabo esta habilidad. Aún sabiendo y contemplando todos los elementos exteriores a la persona (de la situación social) que pueden contribuir de forma negativa a la emisión de estas habilidades, pensamos que en el futuro, tras el EHS, el profesional podrá poner en práctica de manera sucesiva lo aprendido.

Por otra parte, cabe recordar que la puntuación baja inicial reflejaba la dificultad de realizar estas peticiones, lo cual ha podido ser uno de los motivos del profesional para acudir al seminario de EHS con el objetivo de mejorar, si se percibía incapaz o poco diestro en esta ejecución, mejoría que se refleja en los resultados obtenidos.

Figura 95.- Cuartiles. Factor 6. Profesionales.



En esta figura se presentan los porcentajes de las submuestras de profesionales con y sin intervención cuyas puntuaciones para el Factor 6 les sitúan en los distintos cuartiles antes y después de la intervención.

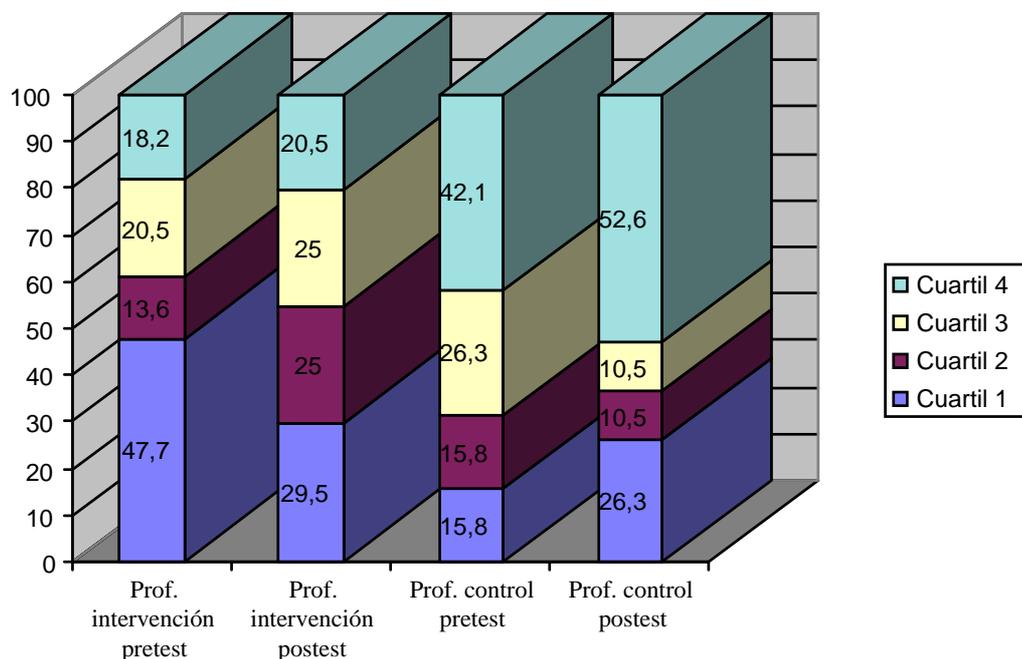
Las comparaciones realizadas indican que hay diferencias estadísticamente significativas entre la distribución de proporciones a lo largo de estos cuatro cuartiles entre los profesionales con intervención y los profesionales control para la medida pre ( $\chi^2=10,024$ ;  $p=0,018$ ; Coeficiente de contingencia: 0,371) pero no para la medida post ( $\chi^2=3,091$ ;  $p=0,378$ ).

Al comparar los cambios que se producen en las proporciones de quienes se sitúan en el cuartil 1, 2, 3 ó 4 entre la medida pre y la post, no se observan diferencias estadísticamente significativas ni para los profesionales con intervención ( $\chi^2=16,786$ ; McNemar Test  $p=0,383$ ), ni para los profesionales control ( $\chi^2=13,990$ ; McNemar Test  $p=0,289$ ).

Puede decirse que, en este caso, aunque existían diferencias previas a la intervención en cuanto a la distribución a lo largo de los 4 cuartiles entre los profesionales con intervención y los del grupo control, éstas han desaparecido tras la intervención, y, además, no se producen modificaciones significativas entre los dos momentos estudiados para ninguno de los dos grupos en los percentiles obtenidos para este factor.

Como ya se ha comentado, los contenidos de este factor, relativos a *Iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto*, casi no han podido ser entrenados durante el programa EHS-pe, debido a que la muestra de profesionales estaba formada mayoritariamente por mujeres, lo cual podría explicar el hecho de que no aparezcan cambios tras la intervención.

Figura 96.- Cuartiles. Global. Profesionales.



Finalmente esta figura muestra los porcentajes de las submuestras de profesionales con y sin intervención cuyas puntuaciones para el factor global les sitúan en cada uno de los cuatro cuartiles antes y después de la intervención.

Las comparaciones realizadas indican que no hay diferencias estadísticamente significativas entre la distribución de proporciones a lo largo de estos cuatro cuartiles entre los profesionales con intervención y los profesionales control ni para medida pre ( $\chi^2=6,792$ ;  $p=0,079$ ) ni para la post ( $\chi^2=7,298$ ;  $p=0,063$ ).

Al comparar los cambios que se producen en las proporciones de quienes se sitúan en el cuartil 1, 2, 3 ó 4 entre la medida pre y la post, no se observan diferencias estadísticamente significativas ni para los profesionales con intervención ( $\chi^2=45,779$ ; NcNemar Test  $p=0,064$ ), ni para los profesionales control ( $\chi^2=15,659$ ; NcNemar Test  $p=1,000$ ).

Estos resultados sugerirían que los cambios producidos por la intervención realizada no son suficientes para llegar a generar diferencias en la distribución de las

puntuaciones a lo largo de los 4 cuartiles ni en lo que se refiere a comparar a los profesionales con intervención con los profesionales control, ni en la producción de modificaciones significativas tras la intervención en los percentiles para este factor global.

En definitiva, los resultados obtenidos y los cambios que muestran pueden llevar a suponer que realmente el EHS-pe ha podido contribuir a modificar algunas puntuaciones en alguno de los factores estudiados. Sin embargo, el hecho de que los profesionales de enfermería de la muestra con intervención presentasen déficits marcados en diferentes habilidades o capacidades previamente al EHS, puede hacer que estas modificaciones no sean significativas al comparar las medidas pre y post.

Cabe pensar que el EHS-pe con el formato de programa formativo presentado (10 horas de entrenamiento, distribuida en dos sesiones de 5 horas) ha podido modificar ciertos parámetros, pero se debería también insistir en cambios a nivel organizacional (Institución) y a nivel cognitivo (Profesional), de tal forma que el profesional de enfermería no sólo recibiera información y EHS sino también identificará aquellos elementos que puedan contribuir de manera negativa y positiva a su exhibición y pensamientos erróneos que pueden inhibir o dificultar su emisión. Este cambio supondría también que la propia organización y profesión (tanto a nivel académico como profesional) contemplan la necesidad y la justificación del manejo y formación en estas áreas o esferas, con el objetivo de no sólo cuidar a los pacientes/clientes y familias, sino también al propio profesional de la salud como un bien valioso y necesario para prestar ayuda de manera adecuada.

## **IV. CONCLUSIONES**

La profesión de enfermería ha estado y está en continuo proceso de cambio, y ello supone afrontar serias dificultades en el ejercicio profesional. De tal forma que muchas veces los/as profesionales sufren y padecen altos niveles de estrés laboral y burnout, ocasionado no sólo el deterioro en la prestación de cuidados sino también el propio abandono de la profesión (Gil-Monté y Peiró, 1997; Guillém, 1998; Peiró, 1992).

Las causas que llevan al profesional a este sufrimiento y padecimiento son múltiples, agrupándose en individuales, sociales y organizacionales. De ahí que los mecanismos de afrontamiento también deban contemplarse a diferentes niveles (Manassero *et al.*, 2003).

El apoyo social y los recursos con los que cuente la persona (alumnado y profesionales) parece que son importantes y determinantes tanto a nivel preventivo como paliativo ante la respuesta de estrés y el burnout (Sandín, 2003).

Así, para que la formación y preparación del futuro profesional sea completa y contemple, además, la prevención de estos problemas, nos parecía interesante incorporar a nivel psicoeducativo y dentro del contenido académico el entrenamiento en recursos, sobre todo a nivel de las HH.SS. (EHS-ae), con el objetivo de dotarle de herramientas útiles para el desempeño de su futura función. También se consideró relevante (y se tuvo la ocasión de realizar) de llevar a cabo EHS dirigidos a profesionales de enfermería tanto en el área de primaria como de hospitalaria (EHS-pe).

Por ese motivo hemos querido intentar demostrar con el trabajo que aquí se presenta, la idoneidad de estos programas de EHS con el fin de poder incorporarlos de manera sistemática y reglada tanto en la formación Pregrado como en el Postgrado o Formación Continuada del profesional. Y efectivamente, así lo demuestran los resultados obtenidos que se comentan a continuación.

En este trabajo se parte de la premisa que las HH.SS. son capacidades y comportamientos que garantizan la eficacia de la actuación de la persona ante la situación social determinada a la que se enfrenta y que estas capacidades de actuación podían ser aprendidas o modificadas (Caballo, 1993, 2002; Kelly, 1987).

Su capacidad de ocurrencia está determinada por factores ambientales, variables de la persona y la propia interacción entre ambos, tal y como sostienen los modelos interactivos o interaccionistas explicativos de la conducta socialmente habilidosa (Caballo, 2002; Garcia Vera *et al.*, 1998; McFall, 1982; Trower, 1982).

El objetivo del EHS es la adquisición de aquellas conductas que están ausentes en el repertorio del individuo, y que son necesarias para ejecutar un comportamiento social eficaz ante determinadas situaciones.

Los fallos cognitivos perceptivos pueden ser los causantes de que, aún teniendo el sujeto en su repertorio habilidades apropiadas debido a una evaluación errónea de la situación o bien por ansiedad condicionada, se inhiba esta conducta o se eviten situaciones sociales.

Esta evaluación también puede ser una autoevaluación negativa acerca de uno mismo (pensamientos “autoderrotistas”) que hace que la persona sea incompetente socialmente o esté temeroso de las posibles consecuencias de su conducta habilidosa (García Vera *et al.*, 1998).

Algunos autores consideran que la solución está en las cogniciones relativas a ciertas creencias irracionales (Ellis, 1979; 1980; 1988); otros proponen corregir las auto-verbalizaciones erróneas (Meinchenbaum, 1987); y otros, se orientan hacia la toma de decisiones y solución de problemas (D' Zurilla y Goldfried, 1971; Goldfried y Goldfried, 1975).

En este trabajo, sin embargo, y teniendo en cuenta la literatura consultada (Alvarez, Gavara y Vidal, 2003; Gala León *et al.*, 1999; Gil, León y Jarana, 1995; Gil y León, 1998; León *et al.*, 1998; Negrillo *et al.*, 1995) nos decidimos por la aplicación de un programa de EHS con el objetivo de contribuir al aumento de las HH.SS. de los/as participantes.

Se han considerado a las HH.SS. como entes dinámicas íntimamente unidas al espacio sociocultural donde se desarrollan las personas, y visiblemente marcadas por la especificidad situacional (Santolaya, 2002). De tal forma que para el EHS, tanto el

dirigido al alumnado (EHS-ae) como a los profesionales de enfermería (EHS-pe), se han tenido en cuenta las características tanto personales como situacionales.

Y se ha perseguido, como objetivo general, demostrar, como ya se ha comentado en repetidas ocasiones, la idoneidad de los procedimientos de entrenamiento utilizados para incrementar las HH.SS. de los participantes y así proporcionarles herramientas que les capaciten para establecer relaciones interpersonales adecuadas con el paciente/cliente, familia y resto del equipo multidisciplinar.

Los resultados obtenidos indican que sólo los sujetos sometidos a condiciones de EHS (alumnado) mejoraron su ejecución, como lo demuestran las respuestas a la escala utilizada. Por lo tanto, se corroboró la hipótesis de que el tratamiento para el alumnado era eficaz para incrementar las HH.SS. en quienes estaban expuestos/as a la intervención. Sin embargo, no ocurrió lo mismo en el caso de los profesionales de enfermería. Creemos que una posible explicación son los niveles deficitarios en los diferentes factores analizados que presentaban estos profesionales antes del entrenamiento, y que se pueden relacionar, como ya se ha comentado, con el hecho de que estos/as profesionales acudían a un curso sobre HH.SS.

Esta situación inicial queda de manifiesto en la medida inicial (pre) realizada puesto que el alumnado obtiene puntuaciones medias más elevadas que la media teórica de baremación: en el factor 1 (*Autoexpresión en situaciones sociales*), en el factor 3 (*Expresión de enfado o disconformidad*), factor 4 (*Decir No y cortar interacciones*), factor 5 (*la expresión de peticiones*) y en la puntuación global. En cambio, entre los/as profesionales esto sólo ocurre en el factor 2 (*Defensa de los propios derechos como consumidor*) y en el factor 4 (*decir No y cortar interacciones*).

Por lo que se refiere a las medidas pre obtenidas en la muestra de alumnado, cabe comentar que en función de la variable género las mujeres puntúan más alto que los varones para todos los factores (excepto en el factor 5: *expresión de peticiones*), aunque no hay diferencias estadísticamente significativas para ninguno de los factores ni para la puntuación global en HH.SS. Estos resultados no corroboran la literatura al respecto.

En función de la variable edad, el alumnado de más edad (edad mayor o igual a 21 años) obtiene puntuaciones medias más altas y en el caso de los factores 1, 2, 4 y puntuación global en HH.SS. estas diferencias son estadísticamente significativas. Este resultado coincide con lo descrito en la literatura sobre el tema (Alberti y Emmons, 1978; Bellack y Morrison, 1982; Jessor y Jessor, 1973; Morales y Olza, 1996; Serber, 1972).

Y finalmente, en relación a la experiencia sanitaria previa a los estudios, se obtienen diferencias estadísticamente significativas en el factor 1 (Autoexpresión en situaciones sociales), de tal forma que los alumnos sin experiencia previa obtienen puntuaciones medias más elevadas que los alumnos con experiencia.

Por otra parte, dado que no hay diferencias estadísticamente significativas entre alumnos/as en función del momento en el que se realizó la intervención (cursos 2000-2001, 2001-2002, 2002-2003), ello justifica tratar a todo el alumnado sobre el que se intervino como una única muestra.

En el caso del colectivo de profesionales cabe comentar, en primer lugar, que la muestra estudiada estaba compuesta casi en su totalidad por mujeres. Esta circunstancia puede ser considerada como una limitación de este trabajo, como ya se ha comentado.

Al establecer comparaciones en las medidas pre en función de las diferentes variables sociodemográficas y profesionales se observó que en el caso de los/as profesionales, en cuanto a la edad y dado que los márgenes de edad no resultaban comparables a los del alumnado, se establecieron comparaciones en función de la experiencia profesional. En todos los casos los profesionales con experiencia inferior a 10 años presentan puntuaciones medias superiores y hay diferencias estadísticamente significativas para los factores 1, 3, 4, 6 y puntuación global.

Por otra parte, no hay diferencias estadísticamente significativas para ninguno de los factores de HH.SS. estudiado ni para la puntuación global ni en función de la categoría profesional (auxiliares y enfermeras, ni en función del área en la que desarrollan su trabajo (Área hospitalaria y Área de atención primaria) no hay diferencias estadísticamente significativas entre el personal de un área y otra.

Finalmente, comentar que el profesional contratado obtiene puntuaciones medias superiores a los/as fijos/as en todos los factores y en la puntuación global, aunque sólo se observaron diferencias estadísticamente significativas en el factor 1 (*Autoexpresión en situaciones sociales*).

Tal y como se ha señalado con anterioridad, algunas características de la muestra de profesionales estudiada (incluido su reducido tamaño, la existencia de importantes diferencias entre la muestra sobre la que se realizó la intervención y la muestra control en cuanto a HH.SS. o la distribución desigual de sus miembros) llevan a la conclusión de que los resultados que se obtengan en dicha muestra serán meramente orientativos.

En relación al efecto del EHS sobre las HH.SS. en el Alumnado, este efecto puede resumirse diciendo que el Alumnado que ha recibido intervención ha mostrado una mejora significativa para todos los factores de HH.SS. evaluados y para la puntuación global en HH.SS. Estos resultados coinciden con los obtenidos por otros autores (Garaigordobil, 2001). En cambio, las variaciones sufridas por el Alumnado control no son significativas en ningún caso.

Al analizar el efecto del EHS-pe en Profesionales, dicho efecto puede resumirse diciendo que los/as profesionales que han recibido intervención han mostrado una mejora significativa en el caso del factor 1 y para la puntuación global en HH.SS. Las variaciones sufridas por los/as profesionales con intervención para los demás factores evaluados y todas las observadas en el grupo control no son significativas.

En definitiva, el análisis de estos resultados, permite concluir que el EHS pareció haber sido efectivo de manera significativa para el colectivo Alumnado con Intervención. Por lo que aún con las limitaciones que representa este formato seminario (Kelly, 1987), es idóneo poder incorporarlo dentro de la programación y cronograma de asignaturas como “Relaciones Humanas en los Cuidados de Enfermería” o similares que, de manera obligatoria, optativa o troncal se imparten en nuestras Universidades españolas y con una carga lectiva de 4,5 créditos a 6 créditos.

El hecho de que la muestra de Alumnado estudiada poseyera unas características previas en cuanto a HH.SS. óptimas o idóneas (es decir, no presentará déficits) confirma

que se den las características apuntadas en la literatura para el empleo de este tipo de formato de sesión única (4 horas) (Kelly, 1987; León *et al.*, 1998). A esto hay que añadir que el objetivo básicamente era psicoeducativo o formativo y no clínico, y que el EHS iba dirigido a futuros/as profesionales de la salud, jóvenes, entusiastas y dinámicos a los cuales en otros cursos también se les había instruido en técnicas de relajación, reestructuración cognitiva y técnicas de solución de problemas. Este es el caso de la muestra Alumnado con Intervención, que en primer curso y de manera obligatoria dentro de la asignatura troncal “Ciencias Psicosociales Aplicadas” acuden a seminarios teórico-prácticos sobre estos temas y que desde aquí también se reivindica la necesidad de mantenerlos atendiendo al beneficio en cuanto a complementariedad que les puede aportar en el futuro a estos/as alumnos/as.

En el caso del colectivo de Profesionales, aún con todas las precauciones debidas (y aconsejadas por el tamaño y características de la muestra estudiada) cabe concluir que el EHS en formato seminario tal y como se ha empleado, aún sin ser tan eficaz como en el caso del Alumnado, parece una herramienta útil y, sobre todo, prometedora sobre la cual, por tanto, vale la pena seguir investigando.

Antes de concluir es importante detenerse en identificar las **limitaciones** de este estudio; algunas de las cuales ya se han ido comentando en el texto, pero se recopilan aquí.

La muestra, tanto de Alumnado como Profesionales, no se ha escogido de manera aleatoria ni estratificada, de tal forma que los grupos han venido impuestos por el formato Grupo/clase (Alumnos/as matriculados en la asignatura y Profesionales que acuden a seminarios formativos sobre el tema). Esto ha condicionado, como ya se comentó, la elección de un determinado diseño para esta investigación.

El tamaño muestral de los grupos control (Alumnado y Profesionales) es pequeño, y ello se debe a la dificultad de acceso a la muestra de profesionales asistenciales y a la pérdida muestral debido al transcurso del tiempo entre la medida pre y post, en el caso del alumnado.

En relación al proceso de evaluación de las HH.SS. debemos decir que se optó como se describe en el apartado correspondiente, por la utilización de un instrumento de autoinforme validado, tipificado y adaptado a población española, la “Escala de Habilidades Sociales” de Gismoero (2000). Si bien se debe remarcar que la utilización de cualquier autoinforme, para medir HH.SS. introduce en sí misma algunas limitaciones.

Así, por un lado, las medidas de autoinforme intentan averiguar la conducta o pensamiento de un individuo, pidiéndole que señale con qué frecuencia realiza esa conducta o ha tenido ese pensamiento. A veces se pide al sujeto que compare su conducta con la de otras personas o que describa ciertos rasgos de su personalidad. Todo ello está sujeto a diversos errores por parte de quien rellena la escala. Y también está ligado a los problemas relacionados con la deseabilidad social, es decir, que una persona manifieste lo que cree que agrada más al terapeuta o investigador. Una parte del alumnado puede contestar de manera irreal para complacer a la profesora responsable del programa de EHS y condicionados por una evaluación posterior, y en el caso de los profesionales de enfermería, pueden contestar de una manera determinada por miedo a ser evaluados como incompetentes por el propio departamento organizador de los seminarios formativos (Área de Docencia e Investigación de la propia Institución). Para minimizar este efecto se les garantizaba el anonimato y se les recordaba que el análisis es a nivel grupal y no individual.

Por otra parte, la conducta y las cogniciones de un sujeto varían normalmente con las situaciones y con las personas. Las HH.SS. son altamente específicas a la situación, es decir, los individuos actúan y piensan de manera diferente en situaciones distintas, y las puntuaciones totales de cualquier autoinforme enmascaran estas variaciones situacionales, lo cual puede ser útil para propósitos de selección poco finos (identificación de sujetos de alta y baja habilidad social), pero no se debería esperar que predijesen la conducta en situaciones específicas.

Además, en los autoinformes se le pide al sujeto que clasifique y limite las descripciones de su conducta o pensamiento en la vida real con una frase (un ítem), esto hace que la descripción pueda ser difícil de realizar debido a la complejidad cognitivo-conductual que ello comporta.

También pueden ocurrir sesgos de memoria puesto que este tipo de instrumentos de evaluación suelen solicitar a la persona que se acuerde de qué pensamientos acaban de pasar por su cabeza, qué suele pensar o cómo actúa normalmente ante determinadas situaciones y es posible que ciertas personas sólo se acuerden de pensamientos o conductas favorables, mientras que otros sólo se acuerden de los desfavorables, puntuando de forma diferente.

Además, aunque se supone que cada ítem del inventario actúa como un estímulo estándar, sin embargo no provoca el mismo tipo de datos en cada sujeto. Un mismo pensamiento puede significar cosas muy diferentes para dos personas distintas. Y también los términos “frecuentemente”, “a menudo”, “mucho”, etc. representan cantidades sustancialmente diferentes en los diversos individuos.

En ocasiones, al sujeto se le presentan situaciones a las que no se ha visto sometido nunca, por lo que no sabe cómo reaccionaría ante ellas y qué piensa ante las mismas.

Para finalizar cabe comentar que los inventarios conductuales para medir HH.SS. no recogen los elementos moleculares de la conducta social (ejemplo, contacto ocular utilizado, volumen de la voz, etc...) (Caballo, 2002).

Sin embargo, y a pesar de todas las limitaciones del autoinforme como medida para evaluar las HH.SS. hemos utilizado uno atendiendo no sólo a la evidencia empírica de su efectividad (fiabilidad y validez) sino también a la sugerencia de autores como Trower (1982) quien afirma que *“los autoinformes parecen ser uno de los mejores caminos para la obtención de los datos del individuo”* o Kelly (1982) que opina que *“las escalas de autoinforme cubren un importante dominio a tener en cuenta durante la evaluación, a saber, la autodescripción general que hace el sujeto de su competencia”*.

Uno de los posibles trabajos futuros a plantear a partir de la experiencia obtenida podría ser precisamente la confección de un instrumento donde figurarán situaciones sociales concretas y específicas para este colectivo objeto de nuestro estudio de investigación (alumnado y profesionales de enfermería).

Por otro lado, y dentro de la línea de la evaluación de las habilidades sociales (HH.SS) se ha recurrido al uso de la observación conductual de interacciones simuladas para la evaluación conductual de las respuestas de los individuos. Estos métodos se ven también afectados por el efecto reactivo de la observación (profesora) y por las amenazas a la validez ecológica, es decir, los efectos de la conducta del sujeto no son los mismos en situaciones simuladas que en la vida real. Sin embargo, por cuestiones de tiempo, para mayor control sobre los estímulos que pueden afectar al sujeto, y para facilitar la representación de conductas se ha optado por esta observación sistemática. Los parámetros que se han utilizado para observar estos elementos atienden a la tabla que se presenta en el Anexo IV. De la tabla expuesta se desprende que los elementos más utilizados como componentes de las HH.SS. son:

- Mirada /Contacto ocular.
- Cualidades de la voz.
- Tiempo de conversación y contenido de la misma.
- Gestos con las manos.

Esta modalidad de observación de unidades molares de conducta en la que se realiza una valoración global de las HH.SS. del sujeto tiene la ventaja de que se aproxima más a la situación criterio real en la que se despliega y es valorada por los demás la globalidad de la conducta social de la persona (Ballester y Gil, 2002).

Otra posible limitación de este estudio es que no ha sido posible por cuestiones organizativas, por falta de recursos humanos y por desviarse del objetivo general de esta investigación la observación *in vivo* de la conducta social desarrollada por las personas entrenadas en el entorno social específico donde ejercen su cometido. La observación natural es un método útil para evaluar conductas simples, y frecuencia y duración de ciertos comportamientos sociales, pero no tanto para evaluar habilidades complejas y la calidad de los comportamientos. Para subsanar estas dificultades se utilizan evaluaciones en situaciones de laboratorio, que pretenden ser similares a los encuentros *in vivo*. Sin embargo, somos conscientes de la limitación en este sentido de este trabajo de investigación y consideramos oportuno en el futuro trabajar en el diseño de instrumentos de observación sistemática de la conducta social en el entorno específico, atendiendo a las HH.SS. y durante una situación social determinada. Sería interesante,

además, entrenar a observadores (Jueces) para que pudieran llevar a cabo esta observación *in situ* tanto a los/as alumnos/as como a profesionales de enfermería en sus interacciones sociales.

Otro aspecto a comentar es que la observación en situaciones simuladas se ha llevado a cabo siempre por un único terapeuta (autora de esta investigación) y atendiendo a un formato de observación donde únicamente se registraba la presencia o ausencia de la emisión de ese elemento tanto de la conducta verbal como no verbal, pero no la cantidad de veces ni tiempo que se mantenía. Se debería profundizar en el análisis y confección de registros de observación sistemática de la conducta social de los participantes para obtener mediciones más fiables y disponer de más jueces que pudieran participar en vivo o en diferido analizando, por ejemplo, grabaciones de la situación.

La limitada bibliográfica sobre el tema específico de este trabajo y los resultados no concluyentes de algunos estudios anteriores hacen que sea difícil en ocasiones contrastar los resultados. Sin embargo, por otro lado este es un estímulo para que en el futuro se profundice en su investigación.

La forma de acceso a las muestras de estudio podría haber condicionado los resultados obtenidos, tanto en el alumnado como en los profesionales. En el alumnado podría existir presión en relación a una evaluación posterior y en los profesionales el hecho de que acudieran de manera voluntaria a seminarios sobre el tema nos puede indicar que realmente lo necesitaban y así lo demuestran las puntuaciones medias obtenidas en los diferentes factores antes del entrenamiento.

Evidentemente, también se podrían haber incluido en este trabajo mediciones relativas bien a otras dimensiones de las HH.SS. (como habilidades cognitivas,...) bien a otros aspectos directa o indirectamente relacionados con ellas (estrés, burnout,...). Sin embargo, tanto el propio objetivo de la investigación como la necesidad de no introducir elementos de sobrecarga que pudieran aumentar las tasas de mortalidad experimental aconsejaron no incrementar las medidas a emplear.

Una vez analizadas e identificadas estas limitaciones vamos a comentar las posibles **implicaciones futuras** en relación a posibles investigaciones posteriores. De tal forma que en primer lugar se podría:

- a) Analizar las HH.SS. en estos alumnos con el mismo instrumento de evaluación transcurridos 6 meses tras la intervención. (Se debe comentar que en este momento, esta recogida de información ya se ha llevado a cabo y falta analizar los resultados obtenidos para verificar el efecto del EHS también en el proceso de generalización de las conductas).
- b) Intentar construir un instrumento adaptado a este colectivo específico (alumnado y profesionales de enfermería), donde se contemplen las diferentes HH.SS. generales y específicas así como las diferentes situaciones sociales concretas a las que día a día se enfrentan tanto en entornos hospitalarios como de atención primaria.
- c) Profundizar en registros de observación sistemática de la conducta social atendiendo a parámetros verbales, no verbales y paralingüísticos.
- d) Intentar realizar observaciones de la conducta social *in situ* sobre todo al alumnado y durante la realización de sus prácticas clínicas en las unidades hospitalarias y centros de salud.
- e) Profundizar en el análisis de pensamientos erróneos y reestructuración cognitiva tanto en el alumnado como en los/as profesionales, teniendo en cuenta que condicionan la percepción de la situación social (Ellis, 1972, 1980, 1988) y sus propias autoevaluaciones.
- f) Incorporar al programa de EHS la combinación de otras técnicas como la relajación e intentar comprobar las diferencias en cuanto a su efectividad.
- g) Tener en cuenta en investigaciones posteriores el nivel de satisfacción del usuario en relación a las diferencias entre los participantes en el EHS y los no participantes. Así se seguiría la misma línea desarrollas por algunos estudios previos sobre el tema (Negrillo, 1992; Negrillo *et al.*, 1995).
- h) Profundizar en el estudio de la satisfacción laboral, la autoestima y el autoconcepto y su relación con la competencia social.
- i) Analizar el efecto amortiguador del apoyo social en la respuesta de estrés laboral y el burnout.

Resumiendo podemos concluir que, tanto el EHS-ae como el EHS-pe con el formato de programa formativo preventivo a nivel psicoeducativo, ha podido modificar ciertos parámetros. Sin embargo se precisan introducir algunas mejoras a nivel institucional (Hospitales y Centros de Salud) y a nivel académico (Universidades).

Por una parte se debe insistir en un cambio a nivel organizacional (Institución) y a nivel cognitivo (Profesional), de tal forma que tanto el/la alumno/a como el/la profesional de enfermería no sólo reciban información y formación (EHS), sino que puedan también identificar y conocer aquellos elementos de las situaciones sociales (cultura organizacional) que pueden contribuir de manera negativa y positiva en la exhibición y ejecución de conductas socialmente adecuadas.

Así mismo a nivel cognitivo el profesional deberá conocer y entender el entorno que le rodea, empezando por sí mismo, reconociendo pensamientos erróneos e irracionales que condicionen la percepción del entorno y que dificulten la emisión de conductas adecuadas. El ser más sensibles a nivel perceptivo, en definitiva conocer mejor a los demás también es una labor importante y donde se debe hacer más hincapié. La formación específica en procesos de comunicación interpersonal (sobre todo en cuanto a comunicación no verbal se refiere) es fundamental para garantizar el éxito de las interacciones.

Por otro lado, a nivel académico se debe contemplar la necesidad de incorporar de manera reglada y sistemática en los nuevos planes de estudios, la formación específica en recursos a los alumnos de enfermería, de tal forma que tuvieran espacio suficiente estos conocimientos psicológicos dentro de un Modelo BIOPSIOSOCIAL, sin menoscabar importancia a las destrezas y habilidades técnicas que caracterizan en muchas ocasiones a nuestra profesión, pero que sin duda son complementarios y necesarios para una formación integral y sobre todo para ofrecer con garantía de calidad unos cuidados adecuados y también a nivel psicosocial.

Así podemos concluir que los EHS son procedimientos altamente prometedores después de analizar los resultados obtenidos, por la variedad de aplicaciones que tienen y por ser sugerentes procedimientos preventivos. Apoyamos la postura de otros autores

(Gala León et al., 1999; Gil, 1984; Gil *et al.*, 1991, 1999; Hollín y Trower, 1986; Kelly, 1987; León y Jarana 1990 *a*, 1990 *b*; Loscertales y Gómez, 1999; Negrillo *et al.*, 1995; Ovejero, 1987, 1990) al concluir que en el currículo académico del profesional de enfermería se deberían contemplar estos métodos encaminados al desarrollo de habilidades sociales que capaciten al sujeto para establecer, mantener y mejorar sus relaciones interpersonales tanto con el paciente/cliente y familia y con los otros miembros del equipo multidisciplinar y así contribuir a la mejora de la asistencia personalizada e integral y del clima laboral.

Esperamos haber contribuido con nuestra aportación al cambio tan necesario y útil para los/as alumnos/as y profesionales de enfermería, tanto a nivel académico como institucional u organizacional.

## **V. REFERENCIAS.**

- Adler, A.(1931). *What life should mean to you*. Boston: Little Brown.
- Aguilar, M.J., Argente del Castillo, M.J., De la Higuera, P., Molero, E., Rodríguez-Arias, C.M. (2000). *Estrés y Ansiedad de los profesionales de enfermería. Motivación y educación para la salud*. Sevilla: Libro de Ponencias de las XXI Sesiones de Trabajo de la Asociación Española de Enfermería Docente (AEED), 216-222.
- Alberti, R.E. (1977b). Comments on Differentiating assertion and agresión: Some behavioral guidelines. *Behavior Therapy*, 8, 353-354.
- Alberti, R. E. y Emmons, M. L.(1970). *Your perfect right*. San Luis Obispo. California: Impact.
- Alberti, R.E. y Emmons, M.L. (1978). (3ª ed.). *Your perfect Right: A Guide to Assertive Behavior*. San Luis Obispo, California: Impact Publishers.
- Alberti, R. E. y Emmons, M. L.(1982). *Your perfect right* (4ª.ed.). San Luis Obispo. California: Impact.
- Alberti, R.E. y Emmons, M.L. (1986). *Your perfect right* (5ª. ed). San Luis Obispo. California: Impact.
- Alden, L. y Cappe, R. (1981). Nonassertiveness: skill deficit or selective self-evaluation?. *Behavior Therapy*, 12, 107-114.
- Alden, L. y Safran, J.(1978). Irrational beliefs and nonassertive behavior. *Cognitive Therapy and Research*, 2, 357-364.
- Alsinet, C. (1997). Un programa para mejorar las habilidades sociales en adolescentes. *Intervención Psicosocial*, 2 (6), 227-235.
- Álvarez, E. Gavara, A, y Vidal, M.A. (2003). Las habilidades sociales en el ámbito sanitario. Póster presentado en VIII Congreso Nacional de Psicología Social. Torremolinos: Abril, 2003.
- American Psychological Association (APA) (1994). Publication manual of the American Psychological Association. Washington DC: APA.
- American Psychological Association (APA) (1998). Publication manual of the American Psychological Association. Washington DC: APA.
- Aneshensel, C.S. (1992). Social stress: Theory and research. *Annual Review of Sociology*, 18, 15-38.
- Argyle, M. (1967). *The psychology of interpersonal behavior*. London: Penguin.
- Argyle, M. (1969). *Social interaction*. London: Methuen.
- Argyle, M. (1975). *Bodily communication*. London: Methuen.

- Argyle, M. (1981). *Social skills and work*. London: Methuen.
- Argyle, M.(1981a). The contribution of social interaction to social skills training. En Wine, D.D. y Smye, M.D. (Eds), *Social competence*. Nueva York: Guilford.
- Argyle, M.(1983). *The psychology of interpersonal behaviour*, (4ª.ed.) Harmondsworth: Penguin Books.
- Argyle, M. (1986). Social skills ant the analysis of situations and conversations. En C.R. Hollin y P. Trower (Eds.), *Handbook of social skills training*. Oxford: Pergamon.
- Argyle, M. (1988). *Bodily Communication*. USA: Methuen and Co.
- Argyle, M. (1994). *Psicología del comportamiento interpersonal*. Madrid: Alianza Universidad.
- Argyle, M., Bryant, B., y Trower, P. (1974a). Social skills training and psychotherapy: A comparative study. *Psychological Medicine*, 4, 435-443.
- Argyle, M., Furnham, A., y Graham, J. A.(1981). *Social situations*. Nueva York: Cambridge University Press.
- Argyle, M. y Henderson, M.(1985). *The anatomy of relationships*. Londres: Heinemann.
- Argyle, M. y Kendon, A. (1967). The experimental análisis of social performance. *Advances in Experimental Social Psychology*, 3, 55-98.
- Argyle, M., Trower, P., y Bryant, B. (1974b). Exploration in the treatment of personality disorders and neurosis by social skills training. *British Journal of Social Psychology*, 47, 63-72.
- Arkowitz, H. (1981). Assessment of social skills. En M. Hersen y A.S. bellack (Eds.), *Behavioral assessment: A practical handbook*. Nueva York: Pergamon.
- Arkowitz, H., Hilton, R., Perl, J., y Himadi, W. (1978). Treatment strategies for dating anxiet in college men based on real-life practice. *The Counseling Psychologist*, 7, 41-46.
- Arnau, J. (2002). Introducción. En N. Balluerka y A.I. Vergara.(Eds.), *Diseños de investigación experimental en psicología*. (pp.15-26). Madrid: Prentice Hall.
- Baer, J. (1976). *How to be an assertive (not aggressive) woman in life, in love, and on the job*. Nueva York: Signet.
- Bagarozzi, D. (1985). Implications of social skills training for social and interpersonal competence. En L.L' Abate M.A. Milan.(Comps.), *Handbook of social skills training and research* (pp. 606-607). New York: John Wiley.

- Bakker, C. B., Bakker-Rabdau, M. K. y Breit, S.(1978). The measurement of assertiveness and aggressiveness. *Journal of Personality Assessment*, 42, 277-284.
- Ballester, R. y Gil, M.D. (2002). *Habilidades Sociales*. Madrid: Síntesis.
- Bandura, A. (1969). *Principles of behavior modification*. Nueva York: Holt, Rinehart & Winston.
- Bandura, A. (1978). On paradigms and recycle ideologies. *Cognitive Therapy and Research*, 1, 79-103.
- Bandura, A (1986). *Social foundations of thought and action*. New York: Prentice-Hall.
- Bandura, A. (1987). *Pensamiento y acción: Fundamentos sociales*. Barcelona: Martínez Roca.
- Bandura, A. (1987). *Teoría del aprendizaje social*. Madrid: Espasa-Calpe.
- Bandura, A. y Walters, R.H (1978). *Aprendizaje social y desarrollo de la personalidad*. Madrid: Alianza.
- Barranco, J. (1995). Enseñanza de la Psicología Social en la Formación Continua de los profesionales de la salud: orientaciones prácticas desde un Modelo de Competencia Social. En O. Luque y R. Zurriaga (Dir.), *La formación en Psicología Social para no psicólogos*. (pp.79-89). Valencia: NAU llibres.
- Becker, H. A. (1980). The assertive job-hunting survey. *Measurement and Evaluation in Guidance*, 13, 43-48.
- Beidel, D. C., Turner, S. M., y Dancu, C. V (1985). Physiological, cognitive and behavioral aspects of social anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 23, 109-117.
- Bellack, A. S., Hersen, M. y Lamparski, D.(1979a). Role-play tests for assessing social skills: Are they valid? Are they useful?. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47, 335-342.
- Bellack, A. S., Hersen, M. y Turner, S. M.(1979b). Relationship of role playing and knowledge of appropriate behavior to assertion in the natural environment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 4, 670-678.
- Bellack, A. S. y Morrison, R. L., (1982). Interpersonal dysfunction. En A. S. Bellack, M. Hersen y A. E. Kazdin (Comps.), *International handbook of behavior modification and therapy*. Nueva York: Plenum Press.
- Bernstein, L. (1980). *Interviewing: a guide for health professionals*. New York: Appleton Century Crofts.
- Bilbao, M.C. y García, M.I. (1996). Relación entre autoconcepto y rendimiento académico. En M. Marín y F. Medina.(Eds.), *Psicología del desarrollo y de la educación: La intervención psicoeducativa*. Madrid: Eudema.

- Bimbela, J.L. (1995). *Cuidando al cuidador. Counseling para los profesionales de la salud*. Granada: EASP.
- Blanco, A.(1983). Evaluación de las Habilidades Sociales. En R. Fernández Ballesteros y JA Carrobles (Eds.), *Evaluación conductual: metodología y aplicaciones*. (pp. 567-606). Madrid: Pirámide.
- Blumer, C. H. y McNamara, J. R.(1985). Preparatory procedures for videotaped feedback to improve social skills. *Psychological Reports*, 57, 549-550.
- Bochner, S.(1986). Training inter-cultural skills. En C.R. Hollin y P.Trower (Eds.), *Handbook of social skills training and research*. Nueva York: John Wiley.
- Bochner, S. (1990). Doctors, patients and their cultures. En D. Pendleton, y J.Hasler (Eds.), *Doctor-patient communication*. Londres: Academic Press.
- Borrell i Carrió, F. (1989). *Manual de entrevista clínica*. Barcelona: Doyma.
- Bower, S. A. y Bower, G. H, (1976), *Asserting yourself: A practical guide for positive change*, Reading, Massachusetts: Addison-Wesley
- Boyatzis, R.E. (1982). *The competent manger*. Nueva York: John Wiley & sons.
- Broverman, I.H., Broverman, D.M., Clarkson, F.E., Rosenkrantz, P.S. y Vogel, S.R. (1970). Sex role stereotypes and clinical judgements of mental health. *Journal of Counseling and Clinical Psychology*, 34, 1-7.
- Brown, G. (1986). Explaining. En O. Hargie (Ed.), *A handbook of communication skills*. Londres: Croom Helm.
- Brown, G.W. y Harris, T.O.(Eds.)(1989). *The Bedford College Life-Events and Difficulty Schedule: Directory of contextual threat ratings of events*. Londres: Bedford College.
- Bruch, M.A.(1981). A task analysis of assertive behavior revisited: Replication and extension. *Behavior Therapy*, 12, 217.230.
- Buck, R.(1991). Temperament, social skills, and the communication of emotion: A developmental-interactionist view. En D. G. Gilbert y J. J. Connolly (Comps.), *Personality, social skills, and psychopathology An individual differences approach* (pp.9). Nueva York: Plenum Press.
- Budd, J.S. e Itzkowitz, R. (1990). Parents as social skills trainers and evaluators of children. *Child and family behavior therapy*, 12 (3), 13-30.
- Caballo, V.E. (1987). Evaluación de las habilidades sociales. En R. Fernández Ballesteros y J.A. Carrobles (Comps.). *Evaluación conductual: metodología y aplicaciones* (3ª ed.)(pp.553-595). Madrid: Pirámide.

- Caballo, V. E. (1987). *Evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales: una estrategia multimodal*. Tesis de doctorado para la obtención del título de Doctor en Psicología, Universidad Autónoma de Madrid, España.
- Caballo, V.E. (1988). *Teoría, evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. Valencia: Promolibro.
- Caballo, V. E.(1991*b*). Técnicas diversas de terapia de conducta: la importancia de la imaginación. En J. C. Freire (Comp.), *Perspectivas actuales en psicología conductual*. Jaén: AEPC.
- Caballo, V.E. (1993). *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. Madrid: S.XXI.
- Caballo, V. E. (1993*b*). La multidimensionalidad conductual de las habilidades sociales: propiedades psicométricas de una medida de autoinforme, la EMES-M. *Psicología Conductual, 1*, 221-231.
- Caballo, V.E. (2002). *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. (5ª ed.). Madrid: S.XXI.
- Caballo, V.E. y Buela G.(1988*a*). Molar/molecular assessment in an analogue situation: relationships among several measures and validation of a behavioral assessment instrument. *Perceptual and Motor Skills, 1*, 591-602.
- Caballo, V.E. y Buela G.(1988*b*). Factor analyzing the College Self-Expression Scale with a Spanish population. *Psychological Reports, 63*, 503-507.
- Caballo, V.E., y Buela, G.(1989). Diferencias conductuales, cognitivas y emocionales entre sujetos de alta y baja habilidad social. *Revista de Análisis del Comportamiento, 4*,1-19.
- Caballo, V. E. y Buela, G. (1991). Técnicas diversas en terapia de conducta. En V. E. Caballo (Comp.), *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. Madrid: Siglo XXI.
- Caballo, V. E. y Carrobes, J. A. (1988). Comparación de la efectividad de diferentes programas de entrenamiento en habilidades sociales. *Revista Española de Terapia del Comportamiento, 6*, 93-114.
- Caballo, V. E. y Ortega, A. R. (1989). La Escala Multidimensional de Expresión Social: algunas propiedades psicométricas. *Revista de Psicología General y Aplicada, 42*, 215-221.
- Cabrera, S., Guil, R. y Lax, P. (1998). Asertividad en enfermería: ¿una característica de la profesión?. *Enfermería Clínica 3* (8), 98-103.
- Calleja, A. (1994). *El entrenamiento en habilidades sociales en mujeres. Un estudio comparativo entre un EHS cognitivo-conductual y un EHS conductual*. Tesis Doctoral para la obtención del título de Doctor en Psicología. Facultad de Filosofía y Ciencias de la Educación. Sección: Psicología. Universidad de Deusto, España.

- Calleja, A. y de Nicolás, L. (1996). El entrenamiento en habilidades sociales: un estudio comparativo. *Análisis y modificación de conducta*, 22, 709-728.
- Carrasco, I. (1993). El entrenamiento en aserción. En J. Mayor y M.A. Labrador (Eds.), *Modificación de conducta* (pp.431-451). Madrid: Alhambra.
- Carrasco, I., Clemente, M. y Llavona, L.(1983). Análisis de componentes básicos del Inventario de Asertividad de Rathus. *Revista Española de Terapia del Comportamiento*, 1, 249-264.
- Carrobles, J. A. (1986). Registro psicofisiológicos En R. Fernández Ballesteros J.A. Carrobles (Comp.), *Evaluación conductual: Metodología y aplicaciones*.(3ªed.) (pp.364-406). Madrid: Pirámide.
- Carrobles, J. A., Costa, M., Del Ser, T. y Bartolomé, P.(1986). *La práctica de la terapia de conducta*. Teoría y método de aplicación para la práctica clínica. Valencia: Promolibro.
- Carroll, J.G., y Munroe, J. (1979). Teaching medical interviewing: a critique of educational research and practice. *Journal of Medical Education*, 54, 478-500.
- Castañer, O. (1996). *La asertividad: expresión de una sana autoestima*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Cibanal, L., Arce, M.C. y Carballal, M.C. (2003). *Técnicas de Comunicación y Relación de Ayuda en Ciencias de la Salud*. Madrid: Elsevier.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38 (5), 300-314.
- Cobeña, J. A. (2001). Un Modelo conceptual de las habilidades sociales desde el marco de la psicología de la salud. Las Inteligencias Sociales. Tesis de Doctorado para la obtención del Título de Doctor en Psicología. Facultad de Psicología Universidad de Sevilla, España.
- Cockerham, W.C. (2001). *Handbook of medical sociology*. Nueva York: Prentice-Hall.
- Collins, J. y Collins, M.(1992). Social skills training and the professional helper.Chichester:Wiley.
- Cone, J. D.(1978).The Behavioral Assessment Grid (BAG): A conceptual framework and a taxonomy. *Behavior Therapy*, 9, 882-888.
- Connor, J.M., Serbin, L.A. y Ender, R.A. (1978). Responses of boys and girls to aggressive, assertive and non assertive behaviors of male and female characters. *The Journal of Genetic Psychology*, 133, 59-69.
- Consejo Internacional de Enfermeras (1972). Informe nº 39, párrafo 41. Nairobi: Conferencia de Nairobi.
- Coopernisth, S. (1976). *The antecedents of self-esteem*. San Francisco: Freeman.

- Costa y López, E. (1991). *Manual para el educador social (2). 1: Habilidades de comunicación en la relación de ayuda y 2: Afrontando situaciones*. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales.
- Cotler, S. B. y Guerra, J. J.(1976). *Assertion training: A humanistic-behavioral guide to self-dignity*. Champaign, Illinois: Research Press.
- Criado, M., Lamelas, R., Rubio, G. Y Villarroya, V. (1993). Colaboración interinstitucional para la formación de profesionales. *Intervención psicosocial*, 2 (6), 103-113.
- Cuñado, A., Gil, F., y García Saíz, M. (1993). Habilidades sociales de profesionales de la salud en su relación con pacientes quirúrgicos. En: F. Gil, J.M. León y L. Jarana (Eds.), *Habilidades sociales y salud* (pp.247-254). Madrid: Eudema.
- Curran, J. P., Corriveau, D. P., Monti, P. M. y Hagerman, S. B.(1980). Social skill and social anxiety: Self-report measurement in a psychiatric population. *Behavior Modification*, 4, 493-512.
- Curran, J.P. (1985). Social Skills Therapy: A model and a treatment. En R.M. Turner y L.M. Ascher (Eds.), *Evaluating behavior therapy outcome* (pp.122-123). Nueva York: Springer.
- Chalifour, J. (1994). *La relación de ayuda en cuidados de Enfermería: una perspectiva holística y humanista*. Barcelona: SG Editores.
- Chiauzzi, E. J. Heimberg, R. G., Becker, R. E. y Gansler, D.(1985). Personalized versus standard role plays in the assessment of depressed patients social skill. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 7, 121-133.
- Dalziel, M. M., Cubeiro, J.C. y Fernández, G. (Coord.) (1996). *Las competencias: clave para una gestión integrada de los recursos humanos*. Bilbao: Deusto.
- Dayton, M. P. y Mikulas, W. L.(1981). Assertion and non-assertion supported by arousal reduction, *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 12, 307-309.
- De Giovanni, I.S. y Epstein, N. (1978). Unbinding assertion and aggression in research and clinical practice. *Behavior Modification*, 2, 173-192
- De la Puente, M.L., Labrador, F.J. y Arce, F.(1993). La autoobservación. En F.J. Labrador, J.A. Cruzado y M. Muñoz (Eds.), *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta* (pp.136-150). Madrid: Pirámide.
- DeGiovanni,I.S. y Epstein, N. (1978). Unbinding assertion and aggression in research and clinical practice. *Behavior Modification*, 2, 173-192.
- Del Greco, L.(1983). The Del Greco Assertive Behavior Inventory. *Journal of Behavioral Assessment*, 5, 49-63.

- Del Greco, L., Breitbach, L. y McCarthy, R. H. (1981). The Rathus Assertiveness Schedule Modified for early adolescents. *Journal of Behavior Assessment*, 3, 321-328.
- Del Río, C. y Pérez, M.A. (1993). Planteamientos clínicos en la valoración de las habilidades sociales y sus alteraciones. En A. Blanco (Ed.), *Apuntes de diagnóstico clínico*. Valencia: Promolibro.
- Dollard, J. y Miller, N.E. (1940). *Frustration and Aggression*. New Have: Yale University Press.
- Dollard, J. y Miller, N.E. (1941). *Social learning and imitation*.. New Have: Yale University Press.
- Dollard, J. y Miller, N.E. (1950). *Personality and psychotherapy*. New York: McGraw-Hill (Edición en castellano: Madrid:DDB,1977).
- D' Zurilla, T.J. y Goldfried, M.R. (1971). Problem solving and behavior modification. *Journal of Abnormal Psychology*, 78, 107-126.
- Eiser, J.R. (1982). *Social Psychology and Behavioral Medicine*. Chichester: Wiley.
- Eisler, R.M. (1976). Behavioral assessment of social skills. En M. Hersen y A.S.Bellack.(Eds.), *Behavioral assessment: A practical handbook*. Oxford: Pergamon Press.
- Eisler, R. M., Frederiksen, L. W. y Peterson, G. L. (1987).The relationship of cognitive variables to the expression of assertiveness. *Behavior Therapy*, 9, 419-427.
- Eisler, R. M., Hersen, M. y Miller, P. M.(1973a). Effects of modelling on components of assertive behavior. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 4,1-6.
- Eisler, R.M., Hersen, M., Miller, P.M. y Blanchard, E.B. (1975). Situational determinants of assertive behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43, 330-340
- Eisler, R.M., Miller, P.M. y Hersen, M. (1973b). Components of assertive behavior. *Journal of Clinical psychology*, 29, 295-299.
- Ellis, A. (1979). *The Intelligent Woman's Guide to Dating and Mating*. USA: Lyle Stuart Inc.
- Ellis, A. (1980). *Razón y Emoción en Psicoterapia*. Bilbao: Desclée de Brower S.A.
- Ellis, A. (1988). Desarrollando los ABC de la Terapia Racional-Emotiva. En M. Mahoney y A. Freeman (Eds.), *Cognición y Psicoterapia*. Barcelona: Paidós.

- Escoda, J.J. (1999). La formación continuada de la salud de los profesionales de la salud: perspectivas y actitudes pedagógicas ante el siglo XXI. *Aloma. Revista de Psicología y Ciencias de l'Educació* 1 (5), 65-72.
- Epstein, N. (1985). Structured approaches to couple's adjustment. En L. L'Abate, y Milan M.A. (Eds.), *Handbook of social skills training and research*. Nueva York: John Wiley.
- Farber, B.A. (1983). *Stress and burnout in the Human Service Professions*. New York: Pergamon Press.
- Farrell, A. D., Rabinowitz, J. A., Wallander, J. L. y Curran, J. P.(1985). An evaluation of two formats for the intermediate level assessment of social skills. *Behavioral Assessment*, 7,155-171.
- Fernández, J. y Piñol, E. (2000). Horario laboral y salud: consecuencias psicológicas de los turnos de trabajo. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 5 (3), 207-222.
- Fernández Ballesteros, R.(1986b). Evaluación de ambientes: una aplicación de la psicología ambiental. En F. Jiménez Burillo y J. I. Aragonés (Comps.), *Introducción a la psicología ambiental*. (pp. 98-115). Madrid: Alianza.
- Fernández Ballesteros, R.(1994). *Evaluación conductual hoy. Un enfoque para el cambio en psicología clínica y de la salud*. Madrid: Pirámide.
- Fisher, R y Brown, G. (1985). *Cómo reunirse creando una relación que lleve al sí*. Bilbao: Deusto.
- Fordyce, MW.(1980). *The Self Description Inventory: A multi-scale test to measure happiness and its concomitants*. Florida: Edison Community.
- Fordyce, MW.(1981). *A brief summary of The psychology of happiness: Fourteen fundamentals*. Fort Myers: Cypress Lake Media.
- Fordyce, MW.(1984). *The Happiness Measures: A sixty second index of emotional wellbeing and mental health*. Florida: Edison Community.
- Fornés, J. (1992). *Estrés laboral en personal de enfermería: Causas, emociones y posibles predictores*. Tesis de Doctorado para la obtención del Título de Doctor en Psicología, Facultad de Psicología. Universitat de les Illes Balears, España.
- Fornés, J.(1993). Estrés laboral vs salud personal. Enfermería y ciertas unidades de trabajo, víctimas indiscutibles. *Enfermería científica*, 136-137, 23-28.
- Fornés, J.(1994). Respuesta emocional al estrés laboral. *Revista ROL de Enfermería*, 186, 31-39.
- Foucault, M. (1987). *El nacimiento de la clínica*. Buenos Aires: S.XXI.

- Frias, M.D., Pascual, J. y García, J.F. (2000). Tamaño del efecto del tratamiento y significación estadística. *Psicothema*, 12 (2), 236-240.
- Friedman, P. H.(1971c). The effects of modelling and role-playing on assertive behavior. En R. D. Rubien, H. Fensterheim, A. A. Lazarus y C. M. Franks (Comps.), *Advances in behavior therapy*. Nueva York: Academic Press.
- Friedman, H.S. y Di Matteo, M.R. (1979). Health care as an interpersonal process. *Journal Sociology Issues*, 35, 1-11.
- Frojan, MX, Garcia, T., Hita, J.A. (1998). Entrenamiento de las habilidades sociales en universitarios resultados al año de seguimiento. *Análisis y modificación de conducta*, 24 (97), 703-721.
- Furham, A. (1983). Situational determinants of social skills. En R. Ellis y D. Whittington (Ed.), *New directions in social skill training*. Londres: Croom Helm.
- Furnham, A (1985). Social skills training: A european perspectiva. En L. L'Abate y M.A. Milan (Eds.), *Handbook of Social Skills Training and Research* (pp 555-580). Nueva York: John Wiley and sons.
- Furham, A. y Argyle, M. (1981). *The psychology of social situations*. Oxford: Pergamon.
- Furnham, A (1985). Social skills training: A european perspectiva. En L. L'Abate y M.A. Milan (Eds.), *Handbook of Social Skills Training and Research* (pp 555-580). Nueva York: John Wiley and sons.
- Furnham, A. y Henderson, M. (1984). Assessing assertiveness: A content and correlational análisis of five assertiveness inventories. *Behavior therapy*, 5,165-171.
- Gala, F.J., Díaz, M. y Bas, P. (1996). *Plan docente de la Asignatura de Relaciones Humanas en los Cuidados de Enfermería*. Escuela Universitaria de Ciencias de la Salud. Cádiz; UCA.
- Gala, F.J., Díaz, M., Lupiani, M., et. al. (1995). La Psicología de la Salud en el nuevo curriculum de la Diplomatura de Enfermería. *Revista ROL de Enfermería*, 206, 37-43.
- Gala, F.J., Lupiani, M., González, R., Martínez, J.M., Bas, P., Guillén, C., et al. (1997). Cómo evoluciona la autoestima profesional: un análisis comparativo entre alumnos y profesionales de enfermería. *Scientia N° III-4, Revista Ciencias de la Salud*,4 (3),7-15.
- Gala, F.J., Lupiani, M., Díaz, M., Bas, P., González R, Paublete, M.C. et al.(1999). Necesidad de una formación específica en Habilidades sociales (HH.SS) y en técnicas de comunicación (TT.CC) en los estudios de enfermería. *Revista ROL de Enfermería*, 22 (4), 276-278.
- Galassi, J. P., DeLo, J. S., Galassi, M. D. y Bastien, S.(1974). The College Self-Expression Scale: A measure of assertiveness. *Behavior Therapy*, 5, 165-171.

- Galassi, M.D. y Galassi, J.P. (1978). Assertion. A critical review. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 15,16-29.
- Galassi, M.D. y Galassi, M.D.(1980). Similarities and differences between two assertion measures: Factor analysis of the College Self-Expression Scale and the Rathus Assertiveness Schedule. *Behavior Assessment*, 2, 43-57.
- Galvin, M. (1985). Skills training for professional helpers. En L. L'Abate y M. A. Milan (Eds.), *Handbook of social skills training and research*. New York: John Wiley.
- Gambrill, E. D. y Richey, C. A. (1975). An assertion inventory for use in assessment and research. *Behavior Therapy*, 6, 550-561.
- Garaigordobil, M. (2001). Intervención con adolescentes: Impacto de un programa de asertividad y en las estrategias cognitivas de afrontamiento de situaciones sociales. *Psicología conductual*, 9 (2), 221-246.
- Garcés de los Fayos Ruiz, E.J. (1998). Delimitación conceptual del constructo Burnout. *Informació Psicológica*, 68, 15-23.
- Garcés de los Fayos, E.J, Garcia, C., y Martínez-Sánchez, F.(1995). Factorización de un cuestionario de burnout en una muestra de deportistas. *Psicologemas*, 17 (9), 93-107.
- García Rodríguez, J.A.(1995). La formación en Psicología Social para profesionales de la Salud: Enfermería. En O. Luque y R. Zurriaga (Dir.), *La formación en Psicología Social para no psicólogos*.(pp.106-123). Valencia: NAU Llibres.
- García Vera, M.P., Sanz, J. y Gil, F.(1998). Entrenamiento en habilidades sociales. En F. Gil y J.M. León (Eds.), *HABILIDADES SOCIALES. Teoría, investigación e intervención*. (pp. 63-89). Madrid: Síntesis.
- García, C. (1996). Habilidades Sociales del profesional de la Salud. *Cosas de Enfermería*, 8, 3.
- García, J.A. (1998). Autoestima y Salud. En M.I. Serrano. *La educación para la Salud del siglo XXI*.(pp.83-93). Madrid: Díaz de Santos.
- García-Pérez, E.M. y Magaz, A.(1997). *Enseñanza de solución cognitivas para evitar problemas interpersonales. Programa de enseñanza de Habilidades sociales y educación en valores para la convivencia*. Madrid: Grupo Albor-Cohs.
- García-Sáiz, M. y Gil, F. (2000). Conceptos, supuestos y modelo explicativo de las Habilidades Sociales. En F. Gil, J.M León, L. Jarana (Eds.), *Habilidades sociales y Salud* (pp.47-57). Madrid: Eudema.

- Garza, M.E, de León, M.A, Estada, M.T, López, M.G., Urbano, M.E, Salinas, A.M y Villareal, M. (1999). Ansiedad laboral en personal de enfermería. *Atención Primaria*, 3 (23), 32-119.
- Gay, M. L., Hollandsworth, J. G. y Galassi, J. P.(1975). An assertive inventory for adults. *Journal of Counseling Psychology*, 22, 340-344.
- Getter, H. y Nowinski, J. K. (1981). A free response test of interpersonal effectiveness. *Journal of Personality Assessment*, 45, 301-308.
- Gil, F. (1984). Entrenamiento en habilidades sociales. En J. Mayor y F.J. Labrador (Eds.), *Modificación de Conducta* (pp. 399-429). Madrid: Alhambra.
- Gil, F. (1991). Entrenamiento en habilidades sociales. En León, J.M. y Jarana L. (Comp.), *Psicología de la Salud: Aportaciones al Trabajo de Enfermería*, (p.p. 59-81). Sevilla: Ilustre Colegio de Enfermería.
- Gil, F. y García Sáiz, M.(1993a).Entrenamiento en habilidades sociales. En F.J. Labrador, J.A. Cruzado y M. Muñoz (Eds.), *Manual de técnicas de modificación de conducta* (pp.796-827). Madrid: Pirámide.
- Gil, F., Garcia-Sáiz, M., León, J., et al. (1995). Aplicaciones: La formación de los profesionales de la salud. En F. Gil, J.M. León, y L. Jarana (Eds.), *Habilidades Sociales y Salud* (pp. 87-97). Madrid: Eudema.
- Gil, F. y Garcia-Sáiz, M.(1996). *Grupos en las organizaciones*. Madrid: Pirámide.
- Gil, F. y García Sáiz, M.(2000). Entrenamiento en habilidades sociales. En F. J. Labrador, J.A. Cruzado y M. Muñoz.(Eds.), *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta*.(pp.796-827). Madrid: Pirámide.
- Gil, F., Gómez, T., Jarana, L., León, J.M. y Ovejero, A.(1991). *Entrenamiento en habilidades sociales en el marco de los servicios de salud*. Sevilla: Diputación Provincial.
- Gil, F., León, J.M., Jarana, L. (1995). *Habilidades Sociales y Salud*. Madrid: Eudema.
- Gil, F. y León, J.M. (1998). *HABILIDADES SOCIALES. Teoría, investigación e intervención*. Madrid: Síntesis.
- Gil, F., Rodríguez, F., Alcover C.M.(1995). Entrenamientos en Habilidades Sociales para futuros directivos europeos. En González et al. (Eds.), *Psicología del trabajo y de las Organizaciones: Gestión de Recursos Humanos y nuevas tecnologías*.(pp 264-274). Salamanca: Eudema.
- Gil Heredia, M. (1996). *Evaluación de un programa de entrenamiento en habilidades sociales. Un enfoque del ámbito educativo para profesiones interpersonales*. Valencia: Promolibro.

- Gil Heredia, M. (1998). *Comunicación interpersonal. Guía de actuación para el desempeño del estudiante de Enfermería en el contexto sanitario*. Valencia: Promolibro.
- Gil Heredia, M., Camaño-Puig, A. y Benavent, A.(2000). *Relaciones Interpersonales: Una guía de actuación*. (pp. 176-179). Sevilla: Libro de Ponencias de las XXI Sesiones de Trabajo de la Asociación Española de Enfermería Docente (AEED).
- Gil, F. y Sarriá, E.(1985). Aplicación de técnicas de aprendizaje social en grupo para la formación de docentes: microenseñanza. En C. Huici (Dir.), *Estructura y procesos de grupo*. Madrid: UNED.
- Gilbert, D. G. y Connolly, J.J. (1995). *Personalidad, Habilidades Sociales y Psicopatología: un enfoque diferencial*. Barcelona: Omega.
- Gil-Monte, P.R. y Peiró, J.M. (1997). *Desgaste psíquico en el trabajo: El síndrome de quemarse*. Madrid: Síntesis.
- Gismero, E. (1996). *Habilidades sociales y anorexia nerviosa*. Madrid: Publicaciones Universidad Pontificia.
- Gismero E. (2000). *EHS Escala de Habilidades Sociales. Manual*. Madrid: TEA Publicaciones de Psicología Aplicada.
- Glass, C. R., Merluzzi, T. V., Biever, J. L. y Larsen, K. H.(1982). Cognitive assessment of social anxiety: Development and validation of a self-statement questionnaire, *Cognitive Therapy and Research*, 6, 37-55.
- Golden, M. (1981). A measure of cognition within the context of assertion. *Journal of Clinical Psychology*, 37, 253-262.
- Goldfried, M. R. y D’Zurilla, T. J.(1969). A behavioural-analytic model for assessing competence. En C. D. Spielberger (Comps.), *Current topics in clinical and community psychology*. Nueva York: Academic Press.
- Goldstein, A. P., Gershaw, N. J. y Sprafkin, R. P. (1985). Structured learning: Research and practice in psychological skill training. En L. L’Abate y M. A. Milan (Comps.), *Handbook of social skills training and research*, (pp. 286). Nueva York: Wiley.
- Goldfried, M. R. y Goldfried, A. P. (1975). Métodos de Cambio Cognitivo. En F. H. Kanfer y A. P. Goldstein.(Eds.), *Helping People Change. A Textbook of Methods*. New York: Pergamun Press.
- Goldstein, A.P. y Kanfer, H.J. (1981). *Generalización y “Transfer” en psicoterapia*. Bilbao: DDB.
- Goldsmith, J.B. y McFall, R. M. (1975). Development and evaluation of an interpersonal of an interpersonal skills-training program for psychiatric patients. *Journal of Abnormal Psychology*, 84, 51-58.

- Goldstein, A.P., Sprafkin, R.P., Gershaw, N.L. y Klein, P. (1989). *Habilidades sociales y autocontrol en la adolescencia*. Madrid: Martínez Roca.
- Gómez, M.(1996).*Cómo dar las malas noticias en medicina*. Madrid: Aula Médica.
- Gondra, J.M.(1985). Aplicaciones de la Psicología Social a la psicoterapia. En J.F. Morales *et al.*(Comps.), *Psicología Social Aplicada* (pp.131-155). Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Gondra, J. (1995). La relación del índice de congruencia self-ideal con el cambio terapéutico y con el ajuste de la personalidad. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 30, 585-607.
- González, R., Gala León, F.J., Paublete, M.C., Lupiani, M., Martínez, J.M., Guillém, C., Díaz, M., Bas, P.(1997). Autoestima/Autoconcepto: un análisis de la autoimagen profesional en alumnos/as de Enfermería. *Enfermería Científica*, 186-187, 68-71.
- González, A.(1990). Entrenamiento en habilidades sociales en grupo *Actas de las V Jornadas Estatales de profesionales de comunidades terapéuticas para toxicómanos*. España.(pp.151-158).
- González, M. (1998). *Libro Blanco. La aportación de la Enfermería a la salud de los españoles. Situación actual y prospectiva de futuro de su desarrollo profesional. Meta 2005 macro-estudio de base*. Madrid: Consejo General de Enfermería.
- González, E.(1999). Eficacia de un taller de entrenamiento en habilidades sociales para médicos de Atención Primaria. *Centro de Salud* 7 (2) ,115-121.
- Gordon, S. y Waldo, M.(1984). The effects of assertiveness training on couples relationships. *American Journal of Family Therapy*, 12, 73-78.
- Gordon, R.E. y Gordon, K.K. (1986). A program of modular psychoeducational skills training for chronic mental patients. En L. L'Abate y Milan M.A(Eds.), *Handbook of social skills training and research*. Nueva York: John Wiley and sons.
- Gresham, F.M. (1981). Social skills training with handicapped children: A review. *Review of Educational Research*, 51,139-176.
- Gresham, F.M. (1988). Social skills. Conceptual and applied aspects of assessment, training, and social validation. En J.C. Witt (Eds.), *Handbook of behavior therapy in Education*. New York: Plenum Press.
- Guillém, C. (1998). *Burnout en el ámbito laboral-sanitario*. Madrid: Libro de Ponencias del II Congreso Iberoamericano de Psicología. Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid.

- Guillém, C., Gala, F.J.; Díaz, M. *et al.*(1996). Estresores psicológicos y salud laboral: una realidad indiscutible. En JORMA IV. Salud y Medio Ambiente. Cádiz: Servicio de Publicaciones de la UCA.
- Halford, K. y Foddy, M.(1982). Cognitive and social skills correlates of social anxiety. *British Journal of Clinical Psychology*, 21,17-28.
- Hargie, O. y Marshall, P. (1986). Interpersonal communication: A theoretical framework. En O. Hargie (Ed.), *A handbook of communication skills* (pp.1-52). Londres: Croom Helm.
- Haya, C. (2002). Síndrome de Burnout en profesionales de enfermería. Extraído el 27 de Noviembre, 2002 del sitio Web: <http://www.carloshaya.net/biblioteca/contenidos/docs./nefrologia/predialisis/antonioporras.PDF+asertividad+enfermeria.>, <http://www.google.com/>.
- Haynes-Clements, L. A. y Avery, A. W.(1984). A cognitive-behavioral approach to social skills training with shy persons. *Journal of Clinical Psychology*, 40, 710-713.
- Heimberg, R. G., Chiauuzzi, E. J., Becker, R. E. y Madrazo-Peterson, R. (1983). Cognitive mediation of assertive behavior: An analysis of the self-statement patterns of college students, psychiatric patients and normal adults. *Cognitive Therapy and Research*, 7, 455-464.
- Heimberg, R.G. (1989) Cognitive and behavioral treatments for social phobia: A critical analysis. *Clinical Psychology Review*, 9, 107-128.
- Herman, S.J. (1977). Assertiveness: one answer to job dissatisfaction for nurses. En R.E. Alberti (Ed.), *Assertiveness*. San Luis, California: Impact Publ.
- Hernández, C. (1999). Valoración de un modelo de entrenamiento en habilidades comunicativas, según los participantes. *Evaluación e intervención psicoeducativa*, 4 (1), 151-167.
- Hernández, L. y Gervas, C. (1995). Estrés en los profesionales sanitarios. En J. Gestal (Ed.), *Riesgos del trabajo del personal sanitario*. Madrid: Interamericana McGrawHill.
- Hersen, M., Bellack, A. S., Turner, S. M., Williams, M. T., Harper, K. y Watts, J. G. (1979a). Psychometric properties of the Wolpe-Lazarus assertiveness scale. *Behavior Research and Therapy*, 17, 63-69.
- Hollandsworth, J. G. y Wall, K.(1977). Sex differences in assertive behavior: An empirical investigation. *Journal of Counseling Psychology*, 24, 217-222.
- Hollin, C.R. y Trower, P. (1986). *Handbook of social skills training*. Londres: Pergamon Press.
- Homans, G.C. (1999). Conducta como intercambio. *Revista española de investigaciones sociológicas*, 85, 297-312.

- Horney, K. (1945). *Our inner conflicts*. Nueva York: Norton.
- House, J.S. (1981). *Work stress and social support*. Reading: Addison-Wesley.
- Huici, C. (1982). *Introducción a un enfoque Psicosocial de la enfermedad y del tratamiento*. Madrid: UNED.
- Huici, C. (1983). La relación profesional de la salud-enfermo (I). En J. Pérez Pareja (Ed.), *Curso de nivelación ATS- Ciencias de la conducta* (pp.313-345). Madrid:UNED.
- Huici, C. (1985). Grupo social y comportamiento de salud y enfermedad. En J. F. Morales y otros (Comps.), *Psicología social aplicada* (pp. 291-346) Bilbao: Desclée de Brouver.
- Jack, L.M. (1934). *An experimental study of ascendant behavior in preschool children*. Iowa City: University of Iowa Studies in Chile Welfare.
- Jakubowski, P.A. y Lacks, P.B. (1975). *Assessment procedures in assertion training*. *The Counseling Psychologist*, 5, 84-90.
- Jerremalm, A., Jansson, L. y Öst, L.(1986). Cognitive and physiological reactivity and the effects of different behavioral methods in the treatment of social phobia. *Behavior Research and Therapy*, 24,171-180.
- Jones, R. (1969). A factored measure of Ellis' Irrational Belief System. Tesis doctoral para Título de Doctor en Psicología.
- Jessor, R. y Jessor, S.L.(1973). The perceived environment in behavioral science: Some conceptual issues and some illustrative data. *American Behavioral Scientist*, 16, 801-828.
- Jones, W. H. y Russell, D. (1982). The Social Reticence Scale: An objective instrument to measure shyness. *Journal of Personality Assessment*, 46, 629-631.
- Joanning, H., Brock, G.W., Avery, A.W. y Confal, J.D.(1980). The educational approach to social skills training in marriage and family intervention. En W.T. Singleton y otros (Eds.), *The analysis of skills*. Nueva York: Plenum Press.
- Kanungo, R.N. y Misra, S. (1992). Managerial resourcefulness: a reconceptualization of management skills. *Human Relations*, 45 (12), 213-333.
- Kazdin, A. E.(1977). Assessing the clinical or applied importance of behavior change through social validation. *Behavior Modification*, 1, 427-452.
- Kelley, C.(1979). *Assertion training: A facilitator's guide*. San Diego, California: University Associates.
- Kelly, J. A. (1982). *Social-skills training: A practical guide for intervention*. New York: Springer.

- Kelly, J.A. (1987). *Entrenamiento de las habilidades sociales*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Kelly, J.A., Kern, J.M., Kirkley, B.G., Patterson, J.N. y Keane, T.M. (1980) Reactions to assertive versus unassertive behavior: Differential effects for males and females, and implications for assertiveness training. *Behavior Therapy*, 11, 670-682.
- Kelly, J. A., Furman, W., Phillips, J., Hathorn, S., y Wilson. T. (1979). Teaching conversational skills to retarded adolescents. *Child Behavior Therapy*, 1, 85-97.
- Kelly, J. A, y Lamparski, D. M. (1985). Outpatient treatment of schizophrenics: Social skills and problem-solving training. En M. Hersen y A. S. Bellack (Comps.), *Handbook of clinical behavior therapy with adults*. Nueva York: Plenum Press.
- Kendall, P. C. (1983). Methodology and cognitive-behavioral assessment. *Behavioural Psychotherapy*, 11, 285-301.
- Kendall, P. C. y Hollon, S. D. (1981). *Assessment strategies for cognitive-behavioral interventions*. Nueva York: Academic Press.
- Kessler, H.C. Price, R.H. y Wotman, C.B. (1985). Social Factors in psychopathology: Stress, social support and coping proces. *Annual Review Psychology*, 36, 531-572.
- Kessler, R.C. (1997). The effects of stressful life events on depression. *Annual Review of Psychology*, 48, 191-214.
- Kirschner, S. M. y Galassi, J. P.(1983). Person, situational, and interactional influences on assertive behavior. *Journal of Counseling Psychology*, 30, 355-360.
- Klaus, D., Hersen, M. y Bellack, A.S.(1977). Survey of dating habits of male and female college students: A necessary precursor to measurement and modification. *Journal of Clinical Psychology*, 33, 369-375.
- Kolotkin, R. A., Wielkiewicz, R. M., Judd, B. y Weiser, S. (1984). Behavioral components of assertion: Comparison of univariate and multivariate assessment strategies. *Behavioral Assessment*, 6, 61-78.
- Kuperminc, M. y Heimberg, R. G. (1983). Consequence probability and utility as factors in the decision to behave assertively. *Behavior Therapy*, 14, 637-646.
- L'Abate, L. y Milan, M. A. (comps.), (1985). *Handbook of social skills training and research*. Nueva York: Wiley.
- Labrador, F.J., Crespo, M., Cruzado, J.A., y Vallejo M.A. (1996). *Estrés y tratamiento de los problemas de estrés*. En J.M. Buceta y A.M. Bueno. (Eds.), *Psicología de la Salud: Control del estrés y trastornos asociados* (pp.75-120). Madrid: Dykinson.

- Lange, A. J. y Jakubowski, P.(1976). *Responsible assertive behavior*. Champaign, Illinois: Research Press.
- Lao, R.C., Upchurch, W.H., Corwin, B.J. y Grossnuckle, W.F.(1975). Biased attitudes toward females as indicated by ratings of intelligence and likeability. *Psychological Reports*, 37, 1315-1320.
- Lazarus, A.A. (1966). Behavior rehearsal vs. Nondirective therapy vs. Advine in affecting behavior change. *Behavior Research and Therapy*, 4, 209-212.
- Lazarus, A. A. (1968). Learning theory and the treatment of depression. *Behavior Research and Therapy*, 6, 83-89.
- Lazarus, A.A. (1971). *Behavior therapy and beyond*. Nueva York: McGraw-Hill.
- Lazarus, A.A. (1973). On assertive behavior: A brief note. *Behavior Therapy*, 4, 697-699.
- Lazarus, A.A. (1981). *Multimodal therapy*. Nueva York: McGraw-Hill.
- Lazarus, R.S.,y Folkman, S. (1984). Coping and adaptation. In W.D. Gentry (Eds.), *The Handbook of Behavioral Medicine* (pp. 282-325). Nueva York: Guilford.
- Lazarus, R.S. y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez- Roca.
- Leary, M. R. (1983a). A brief version of the Fear of Negative Evaluation Scale. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 9, 371-375.
- Leary, M. R.(1983b). Social anxiousness: The construct and its measurement. *Journal of Personality Assessment*, 47, 66-75.
- Leary, M. R.(1983c). *Understanding social anxiety: Social, personality and clinical perspectives*. Beverly Hills, California: Sage.
- Lee, D. Y., Hallberg, E. T., Slemon, A. G. y Hasse, R. F.(1985). An Assertiveness Scale for Adolescents. *Journal of Clinical Psychology*, 41, 51-57.
- León, J.M., Barriga, S., Gómez, T., González, B., Medina, S., Cantero, F.J. (1998). *Psicología social: Orientaciones teóricas y ejercicios prácticas*. Madrid: McGraw-Hill.
- León, J.M., Cantero, F.J., Medina, S., Gómez, T. (1998). Evaluación y entrenamiento de las habilidades Sociales. En J.M. León, S. Barriga, T. Gómez, B. González, S. Medina, y F.J. Cantero (Comps.), *Psicología social: Orientaciones teóricas y ejercicios prácticos*. (pp. 433-452). Madrid: McGraw-Hill.
- León, J.M. y Jarana, L. (1990a). *Entrenamiento en habilidades sociales*. Huelva: Centro Asociado de la UNED.

- León, J.M. y Jarana, L. (1990b). *Entrenamiento en habilidades sociales a los profesionales de la salud..* Madrid: FUDEN.
- León, J.M. y Jarana, L. (1991). *Psicología de la salud: Aportaciones al trabajo de enfermería.* Sevilla: Colegio Oficial de Enfermería.
- León, J.M., Jarana, L. y Blanco, A. (1991). Entrenamiento en habilidades sociales al personal de enfermería: efectos sobre la comunicación con el usuario de los servicios de salud. *Clínica y Salud*, 2 (1), 73-79.
- León, J.M, Jarana, L. y Ovejero, A. (1991). Relación profesional-usuario de los servicios de salud. En J.M. León y L. Jarana (Eds.), *Psicología de la salud: Aportaciones al trabajo de enfermería.* (pp. 53-104). Sevilla: Colegio Oficial de Enfermería.
- León, J.M., Negrillo, C., Tirado, A., Herrera, I., Gómez, T. y Cantero, F.J. (1993). Entrenamiento en habilidades sociales Un método de enseñanza-aprendizaje para desarrollar la comunicación interpersonal en el Área de Enfermería. En J.M. León y S. Barriga (Eds.), *Psicología social y sociedad del bienestar. Psicología de la salud.* (pp. 239-246). Sevilla: Colegio Oficial de Enfermería.
- León, J.M. y Medina, S. (2002). *Psicología Social de la Salud. Fundamentos teóricos y metodológicos.* Sevilla: Comunicación Social.
- León, J.M., Medina, S., Paño, M. (1995). *Training in emotional facial expression for born blind children using electromyographic feedback.* 6<sup>th</sup> European Conference on Facial Expression-Measurement and Meaning. Madrid: Universidad Autónoma.
- León, J.M., Medina, S., Cantero, F.J., Gómez, T., Barriga, S., Gil, F. y Loscertales, F. (1997). *Habilidades de información y comunicación en la atención al usuario.* Sevilla: Servicio Andaluz de Salud.
- Levenson, R. W. y Gottman, J. M.(1978). Toward the assessment of social competence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46, 453-462.
- Ley, P. (1983). Patients, understanding and recall in clinical communication failure. En D. Pendleton y J. Hasler (Eds.), *Doctor-patient communication.* Londres: Academic Press.
- Liberman, R. P., King, L. W., DeRisi, W. J. y McCann, M. (1975). *Personal effectiveness.* Champaign, Il: Research Press
- Libert, J y Lewinsohn, P. (1973). The concept of social skill with special reference to the behavior of depressed persons. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 40, 304-312.
- Linehan, M.M. (1984). Interpersonal effectiveness in assertive situations. En E.A. Bleachman (Ed.), *Behavior modification with women.* Nueva York: Guilford Press.

- Lindstrom, K. y Kivimaki, M. (1999). Intervenciones de retro-alimentación de información de encuesta (survey-feedback) para mejorar los factores psicológicos y sociales del trabajo en una organización de salud. *Psicología del trabajo y organizaciones*, 15 (2), 209-222.
- Lohr, J. M. y Bonge, D. (1982) Relationship between assertiveness and factorially validated measures of irrational beliefs. *Cognitive Therapy and Research*, 6, 353-356.
- Lorr, M. y More, W. W. (1980). Four dimension of assertiveness. *Multivariate Behavioral Research*, 2, 127-138.
- Loscertales, F. y Gómez, A. (1999). *La comunicación con el enfermo. Un instrumento al servicio de los profesionales de la salud*. Granada: Alhulia.
- Lowe, M. R. y Cautela, J. R. (1978). A self-report measure of social skill. *Behavior Therapy*, 9, 535-544.
- Lupiani, M. *et al.* (1998). ¿Cómo evoluciona la asertividad y los estilos de comunicación en enfermería?. Una comparación entre alumnos y profesionales. *Enfermería Científica*, 192-193, 40-44.
- Llor, B., Abad, M.A., Garcia, M. y Nieto, J.(1995). *Ciencias psicosociales aplicadas a la salud*. Madrid: McGrawHill.
- Maguire, P. (1986). Consultation skills of young doctors. *British Medical Journal*, 292, 1573-1578.
- Maguire, P. (1986). Social skills training for health professionals. En C.R. Holin y P. Trower (Eds.), *Handbook of social skills training and research*. New York: Ed. John Wiley.
- Mahaney, M. M. y Kern, J. M. (1983). Variations in role-play test of heterosocial performance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 151-152.
- Manassero, M.A., Vázquez, A., Ferrer, V.A, Fornés, J. y Fernández, M.C. (2003). *Estrés y burnout en la enseñanza*. Palma de Mallorca: Edicions UIB.
- Mann, J.H.(1956). Experimental evaluations of role playing. *Psychological Bulletin*, 53, 227-234.
- Manzano, G. (2001). *Estrés en personal de enfermería*. Tesis doctoral para la obtención del Título de Doctor en Psicología. Universidad de Deusto, España.
- Marín, M. y León, J.M.(2001). Entrenamiento en habilidades sociales: un método de enseñanza-aprendizaje para desarrollar las habilidades de comunicación interpersonal en el área de enfermería. *Psicothema*, 13(2), 247-251.

- Márquez, M., Carrasco, M.C., Baquero, A., Cardenas M.D. y Soriano, C. (1996). Las Habilidades Sociales en la salud: una herramienta necesaria para los cuidados de enfermería. *Ses Salud*, 16, 4-7.
- Maslach, C., y Jackson, S.E. (1981). *Maslach Burnout Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologist Press.
- Maslach,C., y Jackson, S.E. (1986). *Maslach Burnout Inventory*. Palo Alto, California: Consulting Psychologists Press.
- Maslach, C., y Jackson, S.E. (1997). MBI. Inventario “Burnout” de Maslach. Madrid: TEA Ediciones.
- Maslach, C., Schaufeli, WB y Leiter, M.P. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, 397-422.
- Matson, J. L., Rotatori, A. F. y Hensel, W. J. (1983). Development of a rating scale to measure social skills in children: The Matson Evaluation of Social Skills with Youngsters (MESSY). *Behaviour Research and Therapy*, 21, 335-340.
- Matteson, M.T., e Ivancevich, J.M. (1987). *Controlling work stress. Effective human resource and management strategies*. San Francisco: Jossey-Bass.
- McFall, R. M. (1982). A review and reformulation of the concept of social skills. *Behavioral Assessment*, 4, 1-33.
- McFall, R. M., y Lillesand, D. B. (1971). Behavior rehearsal with modeling and coaching in assertion training. *Journal of Abnormal Psychology*, 77, 313-323.
- McPhail, P., Ungold-Thomas, J., Chapman, H. (1975). *Learning to care*. Niles, Ill:Argus Communications.
- Meichenbaum, D. (1975). Self-Instructional Methods. En F. H. Kanfer y A. P. Goldstein (Eds.), *Helping People Change*. New York: Pergamun Press.
- Meichenbaum, D. (1977). *Cognitive-behavior modification: An integrative approach*. Nueva York: Plenum Press.
- Mechanic, D. (1978). Stress, crisis and social adaptation. En D. Mechanic (Ed.), *Medical sociology* (2 ed.).(pp.290-311). Nueva York: The Free Press.
- Meichenbaum, D. (1987). *Manual de Inoculación de Estrés*. Barcelona: Martínez Roca.
- Meichenbaum, D., Butler, L. y Gruson, L.(1981). Toward a conceptual model of social competence. En J. Wine y M. Smye (Comps.), *Social competence*. Nueva York: Guilford Press.
- Merluzzi, T.V., Glass, C. R. y Genest, M. (1981). *Cognitive assessmen*. Nueva York: Guilford Press.

- Michelson, L., Molcan, K. y Poorman, S. (1986). Development and psychometric properties of the Nurses. Assertiveness Inventory (NAI). *Behavior Research and Therapy*, 24, 77-81.
- Michelson, L., Sugat, P.P., Wood, R.P. y Kazdin, A.E. (1987). *Las Habilidades Sociales en la Infancia: Evolución y Tratamiento*. Barcelona: Martínez Roca S.A.
- Miller, N. E. y Dollard, J. (1941). *Social learning and imitation*. New Haven: Yale University Press.
- Miller, T.W. (1997).(Ed.), *Clinical disorders and stressful life events*. Madison, CT: International Universities Press.
- Mischel, W. (1973). Toward a cognitive social learning reconceptualization of personality. *Psychological Review*, 80, 252-283.
- Mischel, W. (1981).A cognitive-social learning approach to assessment. En T. V. Merluzzi, C. R. Glass y M. Genest (Comps.), *Cognitive assessment*. Nueva York: Guilford Press.
- Monjas, I. (1994). *Programa de entrenamiento en habilidades en interacción social (PEHIS)*. Salamanca: Trilce.
- Monjas, MI.(1997). *Programa de Enseñanza de habilidades de Interacción social*. Madrid: Ciencias de la Educación Preescolar y Especial.
- Monjas, I., Verdugo, M.A. y Arias, B. (1995). Eficacia de un programa para enseñar habilidades de interacción social al alumnado con necesidades educativas especiales en educación primaria e infantil. *Siglo Cero*, 26 (6),15-27.
- Morales, J.F. (1985). La relación profesional de la salud-enfermo. En J.F. Morales y cols. (Eds.), *Psicología Social Aplicada* (pp.83-109). Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Morales, J.F. y Olza, M. (1996). *Psicología social y Trabajo social*. Madrid: McGrawHill.
- Morrison, R. L. (1990). Interpersonal dysfunction. En A. S. Bellack, M. Hersen y A. E. Kazdin (Comps.), *International handbook of behavior modification and therapy* (2ª .ed.). Nueva York: Plenum Press.
- Mruk, C. (1998). *Auto-Estima. Investigación, teoría y práctica*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Munné, F. (1989). *Individuo y sociedad: los marcos teóricos de la psicología social*. Barcelona: P.P.U.
- Munné, F.(1995). *La interacción social. Teorías y ámbitos*. Barcelona: PPU.
- Murphy, G., Murphy, L.B. y Newcomb, T.M. (1937). *Experimental Social Psychology*. New York: Harper and Row.

- Negrillo, C. (1992). Efectos de un programa de entrenamiento en habilidades sociales al personal de enfermería sobre la satisfacción del paciente hospitalario con la atención recibida. (Proyecto de investigación no publicado).
- Negrillo, C., Tirado, A., León, J.M.(1994). Habilidades Sociales. Entrenamiento en una EUE. *Revista ROL de Enfermería*, 188, 26-29.
- Negrillo, C., Tirado, A., y León, J.M. (1995). Entrenamiento en habilidades sociales con profesionales de enfermería. En F. Gil, J.M. León y L. Jarana (Eds.), *Habilidades sociales y salud* (pp.133-138). Madrid: Eudema.
- Novel G., Lluch, M.T. y Miguel, MD. (1995). *Enfermería psicosocial y Salud Mental*. Barcelona: Masson.
- Novel, G. (1995). La relación enfermera-paciente. En G. Novel, M.T Lluch y MD Miguel (Comps), *Enfermería Psicosocial y Salud Mental*. (pp.217-225). Barcelona: Masson.
- Olza, M. (1996). Habilidades Sociales. En J.F. Morales y M. Olza (Comps.), *Psicología Social y Trabajo Social* (pp. 393-408). Madrid: McGrawHill.
- OMS (Organización Mundial de la Salud) (1972). Informe sobre la *Conferencia de Atención Primaria de Salud*. Ginebra: OMS
- O.M.S. (Organización Mundial de la Salud) (1977). *Publicación Científica*, 348. Ginebra:OMS.
- O.M.S. (Organización Mundial de la Salud) (1983). *Nuevas políticas para educación sanitaria en Atención Primaria de Salud*, Copenhague, Oficina Europea de la OMS.
- O.M.S. (Organización Mundial de la Salud) (1986). *La Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud*. Ginebra: OMS.
- O'Connor, R. D. (1972). Relative efficacy of modelling, shaping, and the combined procedures for modification of social withdrawal. *Journal of Abnormal Psychology*, 79, 327-334.
- Ogilvy, C.M. (1994). Social skills training with children and adolescents: A review of the evidence on effectiveness. *Educational Psychology*, 14, 73-83.
- Ojeda, B., Vallespín, R., Ramal, J., Calvo, F., Sánchez García, J y Acosta, G. (2000). Las habilidades sociales de los estudiantes de la diplomatura de enfermería. Libro de ponencias. *XXI Sesiones de Trabajo de la Asociación Española de Enfermería Docente: Valores e innovaciones en el umbral del siglo XXI, su influencia en la práctica enfermera* (pp. 157-164). Sevilla: marzo, 2000.
- Oñate, M. (1989). *El autoconcepto, formación, medidas e implicaciones en la personalidad*. Barcelona: Oikos-Tau.
- Ovejero, A. (1987). *Psicología Social y Salud*. Oviedo: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Oviedo.

- Ovejero, A. (1990). Las habilidades sociales y su entrenamiento: Un enfoque necesariamente psicosocial. *Psicothema*, 2 (2), 93-112.
- Ovejero, A. (1990). Relaciones entre el profesional de la salud y el enfermo. En S. Barriga y otros (Eds.), *Psicología de la Salud*. (pp.137-157). Sevilla: Alfar.
- Ovejero, A. (1998). *Las relaciones humanas. Psicología social Teórica y Aplicada*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Pades A. (2000). *Burnout en personal de enfermería: Propuesta de intervención*. Tesina de Licenciatura. Departamento de Psicología. Universitat de les Illes Balears, España.
- Pades A., y Ferrer V.A. (2001). *Cómo mejorar las habilidades sociales. Ejercicios prácticos para profesionales de enfermería*. Granada: Grupo Editorial Universitario.
- Page, L.M. (1936). *The modification of ascendant behavior in preschool children*. Iowa City: University of Iowa Studies in Child Welfare.
- Pearlin, L.I. (1989). The sociological study of stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 30, 241-256.
- Pearlin, L.L.(1995). *Aneshensel*. Mullan: Whitlatch.
- Pearlin, L.L., y Schooler, C. (1978). The structure of coping. *Journal of Health and Social Behavior*, 19, 2-21.
- Peiró, J.M. (1992). *Desencadenantes del Estrés Laboral*. Madrid: Eudema.
- Peiró, J.M., y Salvador, A. (1993). *Control de estrés laboral*. Madrid: Eudema.
- Peitchinis, J. (1989). *La comunicación entre el personal sanitario y los pacientes*. (2ª. ed.) Madrid: Alhambra.
- Pelechano,V.(1991b). *Habilidades interpersonales en ancianos: conceptualización y evaluación*. Valencia: Alfaplús.
- Pelechano, V. (1996). *Habilidades interpersonales*. Valencia: Promolibro.
- Pelechano, V. (1999). Habilidades interpersonales: Antecedentes, sentido y operacionalización. *Análisis y Modificación de conducta*, 25 (100), 171-195.
- Pendleton, D., Schofield, T., Tate, P. y Havelock, P.(1990). *The consultation. An approach to learning and teaching*. Oxford: Oxford University Press.
- Pendleton, D. y Furnham, A. (1980). Skills: A paradigm for applied social psychological research. En W.T. Singleon, P. Spurgeon, y R.G. Stammers. (Eds.), *The analysis of social skill*. Nueva York: Plenum Press.
- Pendleton, D. y Hasler, J. (Eds.) (1990). *Doctor-patient communication*. Londres: Academic Press.

- Pereda, S. (1987). *Psicología experimental I. Metodología*. Madrid: Pirámide.
- Pérez-Santamarina, E. (1999). Psico-pedagogía de las habilidades sociales. *Revista Educación de la Universidad de Granada*, 12, 77-95.
- Perry, M.A.(1970). *Didactic instructions for and modeling of empathy*. Tesis doctoral no publicada: Syracuse University.
- Phillips, E. L., (1978).*The social skills bases of psychopathology*. Londres: Grune and Stratton.
- Phillips, E.L. (1985). Social Skills: History and prospect. En L.L'Abate y M.A. Milan (Eds.), *Handbook of Social Skills Training and Research*. Nueva York: Wiley.
- Phillips, E.L. y Ziegler, E.(1961). Social competence: The action-thought parameter and vicariousness in normal and pathological behaviors. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 63, 137-146.
- Phillips, E.L. y Zigler, E. (1964). Role orientation, the action-thought dimension and outcome in psychiatric disorders. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 68, 381-389.
- Piccinin, S., McCarrey, M. Y Chislett. L. (1985). Assertion training outcome and generalization effects under didactic vs. Facilitative training conditions. *Journal of Clinical Psychology*, 41, 753-762.
- Pines, A.M.,y Aronson, E. (1988). *Career burnout: Causes and cures*. New York: The Free Press.
- Polaino-Lorente, A. (2000). *Introducción a la modificación de la conducta para profesionales de enfermería*. Barcelona: PPU.
- Poletti, R.(1979). *Aspectos psiquiátricos de los cuidados de enfermería*. Barcelona: Doyma.
- Rathus, S.A. (1973). A 30-item schedule for assessing assertive behavior. *Behavior Therapy*, 4, 398-406.
- Rehm, L. P. y Marston, A. R. (1968). Reduction of social anxiety through modification of self-reinforcement: An instigation therapy technique, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 32, 565-574.
- Reig, A.y Caruana, A. (1990). *Relaciones entre apoyo social percibido, estrés ocupacional, insatisfacción laboral y autovaloración del estado de salud en médicos y personal de enfermería*. Comunicación presentada al II Congreso Nacional del Colegio Oficial de Psicólogos, Valencia.
- Reig, A. y Caruana, A. (1990). Insatisfacción laboral, patrón A de comportamiento, estrés laboral y estado de salud en médicos. *Análisis y Modificación de Conducta*, 49 (16), 345-374.

- Reina, F. (1996). El educador de los servicios sociales: una modalidad de educación social comunitaria. *Educación social*, 3, 106-114.
- Ribera, D., Cartagena, E., y Del Pozo, L. (1988). Entrenamiento en comunicación. Necesidad para Enfermería. *Revista ROL de Enfermería*, 113, 26-28.
- Ribera, D., Cartagena, E., y Reig, A. (1987). Frustración profesional en enfermería. *Enfermería Científica*, 68, 27-37.
- Rich, A. R. y Schroeder, H. E. (1976). Research issues in assertiveness training. *Psychological Bulletin*, 83, 1081-1096.
- Richardsen, A.M., Burke, R. J.,y Leiter, M.P. (1992). Occupational demands, psychological burnout and anxiety among hospital personnel in Norway. *Anxiety, Stress and Coping*, 5 (1), 55-68.
- Richardson, F. C. y Tasto, D. L. (1976). Development and factor analysis of a social anxiety inventory. *Behavior Therapy*, 7, 453-462.
- Rimm, D.C. y Masters, J.C.(1974). *Behavior therapy: Techniques and empirical findings*. Nueva York: Academic.
- Robinson, W. L. y Calhoun, K. S. (1984). Assertiveness and cognitive processing in interpersonal situations. *Journal of Behavioral Assessment*, 6, 81-96.
- Rodríguez-Marín, J. (1995). *Psicología social de la salud*. Madrid: Síntesis.
- Romano, J.M. y Bellack, A.S. (1980). Social validation of a component model of assertive behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 48, 478-490.
- Rotter, J.B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs*, 30, 609.
- Salter,A. (1949). *Conditioned reflex therapy*. Nueva York: Farrar, Strauss and Giroux.
- San Martín, R. y Pardo, A. (1989). *Psicoestadística*. Madrid: Pirámide.
- Sanders, G. y Suls, J. (Eds.) (1982). *The social psychology of health and illness*. New York: LEA.
- Sandín, B. (1999). *El estrés psicosocial*. Madrid: Klini
- Sandín, B. (2003). El estrés: un análisis basado en el papel de los factores sociales. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 3, 141-157.
- Santolaya, F.J. (2002). Aportaciones del entrenamiento en habilidades sociales al trabajo de la esquizofrenia. *Informació Psicològica*, 79, 14-21.

- Sanz de Acedo, M.L., Sanz de Acedo, M.T. y Iriarte, M.D. (2000). Reflexiones sobre la enseñanza de las habilidades sociales. *Revista de Ciencias de la Educación* 182, 201-216.
- Sarros, J.C., y Sarros, A. M. (1992). Social Support and Teacher Burnout. *Journal of Educational Administration*, 30 (1), 55-69.
- Schlundt, D.G. y McFall, R.M. (1985). New directions in the assessment of social competence and social skills. En L'Abate y M.A. Milan (Comps.), *Handbook of social skills training and research*. Nueva York: Wiley.
- Schroeder, H.E., y Rakos, R.F (1983). The identification and assessment of social skills. En R. Ellis y D. Whittington (Eds.). *New directions in social skillstraining*. London: Croom Helm.
- Schwartz, R.M. y Gottman, J.M. (1976). Toward a task analysis of assertive behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 44, 910-920.
- Serber, M. (1972). Teaching the nonverbal components of assertive behavior. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 3, 271-276.
- Shepherd, G. (1984). Assessment of cognitions in social skills training. En P. Trower (Comp.), *Radical approaches to social skills training*, (pp. 2-3). Londres: Croom Helm.
- Shevington, S. (1984). *Understanding nurses. The social psychology of nur.* Chichester: Ed. John Wiley and sons.
- Smith, MJ. (1977). *Cuando digo No me siento culpable*. Barcelona: Grijalbo.
- Smith, R.C. (1984). Teaching interviewing skills to medical students: the issue of countertransference. *Journal of Medical Education*, 59, 582-588.
- Smith, T.E, Bellack, A.S. y Liberman, R.P. (1996). Social skills training for schizophrenia: Review and future directions. *Clinical Psychology Review*, 16, 599-617.
- Solomon, L. y Rothblum, E.D. (1985). Social skills problems experienced buy women. En L.L'Abate y M.A. Milan (Comps.), *Handbook of social skills training and research*. Nueva York: Wiley.
- Spitzberg, B. H. y Cupach, W. R. (1985). Conversational skill and locus of perception. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 7, 207-220.
- Stern, G.G. (1980). *People in context: Measuring person-environment congruence in education and industry*. New York: The Free Press.
- Sullivan, H.S. (1953). *The interpersonal theory of psychartry*. Nueva York: Norton.
- Sutton, K. (1970). *Effects of modelled empathy and structured social class upon level of therapist displayed empathy*. Tesina. Syracuse University.

- Thoits, P.A.(1983). Dimensions of life events that influence psychological distress: An evaluation and synthesis of the literature. En B. Kaplan (Ed.), *Psychological stress: Trends in theory and research* (pp.33-103). Nueva York: Academic Press.
- Thoits, P.A.(1995). Stress, coping and social support processes:Where are we? What next?. *Journal of Health and Social Behavior*, número extra, 53-79.
- Thronrdike, E.L. (1920). Intelligence and its uses. *Harper's Magazine*,140, 220-235.
- Trianes, M.V., Muñoz, A.M. y Jiménez, M. (1997). *Competencia social: Su educación y tratamiento*. Madrid: Pirámide.
- Trower, P. (1980). Situational analysis of the components and processes of behavior of socially skilled and unskilled patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 48, 327-329.
- Trower, P. (1982). Toward a Generative Model of Social Skills: A Critique and Síntesis. En J. P. Curran y P. M. Monti (Eds.), *Social Skills Training. A Practical Handbook for Assesment and Treatment*. New York: Guilford Press.
- Trower, P. (1984). A radical critique and reformulation; From organism to agent. En P. Trower (Ed.), *Radical approaches to social skills training*. London: Croom Helm.
- Trower, P. (1986). Social fit and misfit: An interactional account of social difficulty. En A. Furnham (Comp.), *Social behavior in context*. London: Lawrence Erlbaum.
- Trower, P., Bryant, B., y Argyle, M. (1978). *Social skills and mental health*. London: Methuen.
- Trower, P. y O'Mahoney, P.(1978). Problems of social failure –can social psychology help? Comunicación presentada en la British Psychology Society, Loughborough.
- Turner, R.J. y Marino, F.(1994). Social support and social structure: A descriptive epidemiology. *Journal of Health and Social Behavior*, 35, 193-221.
- Twentyman, C. T. y McFall, R. M. (1975). Behavioral training of social skills in shy males”, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43, 384-395.
- Ulrich, D. (1995). Human resource competencies: an empirical assessment. *Human Resource Management*, 34 (4), 473-495.
- Vallés, A. (1994). *Programa de Refuerzo de las Habilidades Sociales, III Cuaderno para mejorar las habilidades sociales, autoestima y solución de problemas: nivel óptimo: educación secundaria obligatoria, BUP, FP*. Madrid: EOS.

- Vallés, A y Vallés C. (1996). *Las Habilidades Sociales en la Escuela: una propuesta curricular*. Madrid: EOS.
- Van Dam-Baggem, R. y Kraaimaat, F.(1984). A group social skills training program with psychiatric patients: Outcome, drop-out rate and prediction. *Behaviour Research and Therapy*, 24, 161-169.
- Wakeford, R. (1990). Communication skills training in United Kingdom Medical Schools. En Pendleton D, y Hasler J.(Eds.),*Doctor-patient communication*. Londres: Academic Press.
- Wallace, C.J., Nelson, C. J., Liberman, R.P, Aitchison, R.A., Lukoff, D., Elder, J.P. y Ferris, C. (1980). A review and critique of social skills training with schizophrenic patients. *Schizophrenia Bulletin*, 6, 42-63.
- Wallander, J. L., Conger, A. J. y Conger, J. C. (1985). Development and evaluation of a behaviorally referenced rating system for heterosocial skills, *Behavioral Assessment*, 7, 137-153.
- Warren, N. J. y Gilner, F. H. (1978). Measurement of positive assertive behaviors: The Behavioral Test of Tenderness Expresión, *Behavior Therapy*, 9, 178-184.
- Watkins, J. T. y Rush, A. J. (1983). Cognitive Response Test. *Cognitive Therapy and Research*, 7, 425-436.
- Watson, D. y Friend, R (1969). Measurement of social-evaluative anxiety, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 33, 448-457.
- Welford, A. T. (1981). The concept of skill and its applilcation to social performance. En Singleton WT, Spuergeon, P. y Stammers, R.B. (Ed.), *The analysis of social skill*. Nueva York: Plenum Press.
- Wheaton, (1996). The domains and boudaires of stress concepts. En H.B. Kaplan (Ed.), *Psychosocial stress* (pp. 29-70). San Diego, California: Academic Press.
- Wilkinson, J. y Canter, S. (1982). *Social skills training manual: Assessment, programme design and management of training*. Chichester: Wiley.
- Wilson, P.H., Spence, S.H. y Kavanagh, D.J. (1989). *Cognitive behavioural interviewing for adult disorders: a practical handbook*. Londres: Routledge.
- Williams, H.M. (1935). A factor análisis of Berne's social behavior in young children. *Journal of Experimental Education*, 4, 142-146.
- Williamson, P. et al. (1981). Beliefs that foster physician avodance of psychosocial aspects of health care. *Journal of Farmace Practice*, 13 (7), 999-1003.
- Winnubst, J.A.(1993). Organization structure, social suport, and burnout. In W.B. Schaufeli, C. Maslach y T. Marek (Eds.), *Professional burnout: Recent*

*developments in theory and research* (pp.151-162). Washington DC: Hemisphere.

- Wolpe, J. (1958). *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Palo Alto, California: Stanford University press.
- Wolpe, J. (1969). *The practice of behavior therapy*. Nueva York: Pergamon press.
- Wolpe, J. (1978). *Psicoterapia por inhibición recíproca*. Bilbao: Desclée de Broweer.
- Wolpe, J. y Lazarus, A.A (1966). *Behavior therapy techniques: A guide to the treatment of neurosis*. Nueva York: Pergamon Press.
- Zigler, E. y Phillips, L. (1960). Social effectiveness and symptomatic behaviors. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 61, 231-238.
- Zigler, E. y Phillips, L. (1961). Social competence and outcome in psychiatric disorder. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 63, 264.
- Zigler, E. y Phillips, L. (1962). Social competence and the process-reactive distinction in psychopathology. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 65, 215-222.

## **VI. ANEXOS.**

**ANEXO I: Memoria del EHS impartido durante el curso 1999-2000.**

## 1. INTRODUCCIÓN

Durante el curso 1999-2000 se impartió, por primera vez en la Escuela de Enfermería de la Universitat de les Illes Balears (UIB), la asignatura “Relaciones Humanas” en el tercer curso de enfermería. La asignatura constaba de dos bloques fundamentales: el teórico (3 créditos) y el práctico (1,5 créditos). Ambos han ido desarrollándose paralelamente durante el curso.

Las primeras prácticas fueron orientadas explicando los objetivos primordiales y la importancia que tiene para el profesional de la Enfermería la adquisición o mejoramiento de habilidades en las relaciones interpersonales. Siguiendo a Gala León<sup>1</sup>—promotor de esta asignatura en España— los objetivos a conseguir con las prácticas son:

- a) Entender la esencial relación comunicativa e interpersonal de toda la praxis sanitaria y más aún de la actuación enfermera.
- b) Reconocerse como agente y protagonista de esa relación interpersonal para la que precisa unas habilidades concretas.
- c) Desarrollar estas habilidades (HHSS).

Se trata, por tanto, del Entrenamiento en Habilidades Sociales (EHS) adaptado al contexto de un grupo universitario.

Antes de la primera sesión, se describieron las condiciones ambientales ideales para el desarrollo del EHS, sin embargo contamos con un entorno y un grupo (véase apartado 2) que no se adaptan a ellas. Por esto se ha pedido desde el principio el máximo de colaboración y esfuerzo para fomentar entre todos un clima de trabajo adecuado. Aquí se presenta la memoria del desarrollo de este programa.

---

<sup>1</sup> Gala León, F. J.: *Necesidad de una formación específica en habilidades sociales (HHSS) y en técnicas de comunicación (TTCC) en los estudios de Enfermería*. *Revista Rol de Enfermería*, 1999; 166: 276-278.

## **2. PROGRAMA INICIAL DE LAS PRÁCTICAS Y MODIFICACIONES POSTERIORES.**

Este programa, en concreto, abarca dos objetivos globales:

1. Desarrollar habilidades necesarias para dar y recibir refuerzos sociales (iniciar interacciones, hacer y recibir cumplidos, mostrar empatía).
2. Adquirir respuestas competentes para facilitar interacciones sociales favorables y exitosas, manejar las críticas y el conflicto interpersonal. El entrenamiento transmitirá nuevas habilidades cognitivas emocionales y de actuación.

Se elaboró en un principio un dossier de prácticas que incluye una serie de ejercicios<sup>2</sup> agrupados en las siguientes categorías:

- a) Ejercicios de calentamiento.
- b) Ejercicios sobre los derechos humanos básicos
- c) Ejercicios para la distinción entre conducta asertiva, no asertiva y agresiva.
- d) Ejercicios sobre establecimiento de relaciones sociales: iniciar, mantener y terminar conversaciones.
- e) Ejercicios para hacer cumplidos y recibirlos.
- f) Ejercicios para hacer y rechazar peticiones.
- g) Ejercicios para expresar molestias, desagrado y disgusto.
- h) Afrontar las críticas y abordaje del conflicto interpersonal.
- i) Ejercicios sobre el fortalecimiento de la autoestima.

Durante las dos primeras semanas se puso en marcha este programa que se aplicaba a la totalidad del grupo de 3º Enfermería, asistiendo una media de 85 personas. Al resultar un grupo tan numeroso, se decidió dividirlo en varios grupos para conseguir

---

<sup>2</sup> La mayoría de ejercicios proviene del libro de Caballo, V.: *Manual de evaluación y entrenamiento en habilidades sociales*. Siglo XXI, Madrid, 1993, adaptados por Antonia Pades.

un mejor rendimiento en los ejercicios, lo que supone la disminución de las prácticas a realizar por persona. A pesar de ello, los objetivos generales se mantienen.

De este modo, el programa se ciñe a los siguientes ejercicios:

Ejercicios de calentamiento:

A, nº 1.

A, nº 4.

D, nº 1.

Ejercicios de derechos humanos básicos:

B, nº 1.

B, nº 2.

Dar y saber recibir alabanzas y elogios:

E, nº 1.

E, nº 2.

Conductas: asertiva, no asertiva y agresiva:

C, nº 1.

C, nº 2.

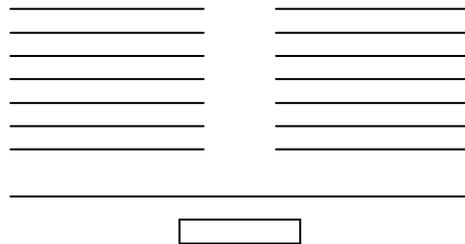
Los tres primeros ejercicios fueron realizados en el grupo de 85 alumnos, los seis restantes se llevaron a cabo en cada uno de los tres subgrupos a lo largo de tres sesiones. Cada subgrupo consta de 32 personas cuya asistencia se hizo obligatoria.

### Descripción general de las condiciones ambientales:

Grupo de tercero de Enfermería de la UIB (aproximadamente 100 alumnos).

Frecuencia de sesiones: los miércoles de 19 horas a 20 horas durante el segundo cuatrimestre.

Ubicación: aula C-03 cuyo aforo es de 90 asientos con la siguiente distribución (no modificable):



*NOTA: Como puede apreciarse, tanto la estructura de la clase como el número de alumnos no son las condiciones ideales para el desarrollo de EHS.*

### 3. CALENDARIO DE SESIONES (EHS)

8 / Marzo / 00: Ejercicios A , nº 1 y nº 4. 15 / Marzo / 00: Ejercicio D, nº 1	<b>TODA LA CLASE</b>
22 / Marzo / 00: Ejercicios B, nº 1 y nº 2 29 / Marzo / 00: Ejercicios E, nº 1 y nº 2 5 / Abril / 00: Ejercicios C, nº 1 y nº 2	<b>GRUPO 1</b>
12 / Abril / 00: Ejercicios B, nº 1 y nº 2 19 / Abril / 00: Ejercicios E, nº 1 y nº 2 3 / Mayo / 00: Ejercicios C, nº 1 y nº 2	<b>GRUPO 2</b>
10 / Mayo / 00: Ejercicios B, nº 1 y nº 2 17 / Mayo / 00: Ejercicios E, nº 1 y nº 2 24 / Mayo / 00: Ejercicios C, nº 1 y nº 2	<b>GRUPO 3</b>

#### **4. DESARROLLO DE LAS SESIONES.**

##### **4.1 PRIMERA SESIÓN: EJERCICIOS DE CALENTAMIENTO.**

Día: 8/03/00.

Asistencia: 70 personas.

Inicio: 18:10

Fin:18:31

##### **A) EJERCICIO A, N° 1.**

Una vez colocados todos los asistentes en su sitio, en el que se vienen sentando habitualmente, se les pidió que se cambiaran de asiento y se pusieran al lado de algún compañero/a con el que no hubieran coincidido normalmente.

A continuación se les pidió que se identificaran colocándose todos un papelito con su nombre.

#### **INSTRUCCIONES**

“ Nos imaginaremos que se trata de una sesión de 8 personas, el terapeuta forma parejas y , en silencio, uno de los miembros resume su vida durante 5 minutos. Se autodefine con 5 adjetivos y 3 puntos fuertes de su carácter. Se prohíbe apuntar los datos en un papel para que el compañero escuche con más atención. Después, el otro miembro también hablará durante otros 5 minutos. Al final, se elegirán al azar a varias personas para que cuenten en voz alta el resumen de la vida del compañero/a, se permite cambiar el contenido para evitar dar información demasiado íntima. Después el otro miembro hará lo mismo”.

#### **OBSERVACIONES**

Las parejas hablaron tranquilamente sin elevar demasiado el tono de voz, se les veía relajados (aunque también había personas cohibidas), se podía apreciar por la comunicación no verbal. Pasados los diez minutos, quedaron todos en silencio se

escogió a cuatro personas para que hicieran los comentarios acerca de la conversación que había mantenido.

Cada exposición duró aproximadamente un minuto, hablaron desde su asiento.

Durante los minutos de charla se pudieron observar parejas con posturas abiertas (conversación frontal, contacto ocular,...) y otras parejas, las menos, con posturas cerradas (brazos cruzados, posturas asimétricas, escaso contacto ocular,...). En general fueron muy participativos y mantuvieron un volumen de voz adecuado.

Los cuatro alumnos que comentaron *la vida* de sus compañeros respetaron los temas más íntimos exceptuando un caso en el que se intervino.

Al terminar las exposiciones, se lanzó la siguiente pregunta: ¿Cómo os habéis sentido al interaccionar? Las respuestas fueron diversas; “nerviosos, tímidos, bien, cohibidos”. Algunos alumnos comentaron que les había parecido algo “peligroso por lo de revelar aspectos íntimos a personas no muy allegadas”.

#### **EJERCICIO A, N° 4**

Inicio: 18:35

Fin: 18:56

#### **INSTRUCCIONES**

“En primer lugar pido silencio y que cojáis cada pareja (la misma que en el ejercicio anterior) un bolígrafo y un folio. Se trata de utilizar únicamente la comunicación no verbal para poneros de acuerdo y dibujar entre los dos unas figuras: perro, árbol, gato y casa (se apuntaron en la pizarra). Para ello tenéis tres minutos. No voy a realizar ninguna interpretación psicodinámica. Sólo analizaremos después cómo os las habéis ingeniado para hacer los dibujos conjuntamente sin soltar ninguno de los dos el bolígrafo y sin utilizar la comunicación verbal”.

## OBSERVACIONES

En general se respetó el silencio, predominaron durante los tres minutos carcajadas por toda la clase. Todos utilizaron la CNV siguiendo diversas estrategias, por ejemplo, una de las que se comentaron fue la de llegar al equilibrio en la interacción cambiando de roles pasivo-dominante al pasar de un dibujo a otro. Otras parejas mantenían fijos los roles o *luchaban* durante toda la interacción.

Los objetivos de este ejercicio eran practicar la CNV y observar el rol pasivo-dominante en los miembros del grupo. Al comentarlos después de haberlo realizado, los alumnos hicieron comentarios sorprendidos del rol que ellos habían adoptado.

Las preguntas tras realizar la tarea fueron:

¿Creéis que tiene repercusiones en la vida cotidiana?

¿Podéis encontrar correlaciones en vuestras interacciones?

El ejercicio para casa que se propuso fue presentar *el juego* a los padres entrenando con un observador y comentar después los resultados.

La primera sesión de EHS resultó exitosa teniendo en cuenta las limitaciones existentes comentadas en el apartado anterior. La asistencia fue aproximadamente del 80%, los alumnos respondieron adecuadamente siguiendo las instrucciones sin ningún problema y manteniendo un clima de trabajo apropiado.

### **4.2 SEGUNDA SESIÓN. EJERCICIO DE CALENTAMIENTO. HABLAR EN PÚBLICO. EL TEMA VACÍO.**

DÍA: 15/03/00

ASISTENCIA: 80 personas

INICIO: 19:17

FIN: 19:55

MATERIAL: juego de 35 tarjetas con el dibujo de un objeto y su nombre

## **INSTRUCCIONES**

“Como no hay tiempo para que todos realicéis el ejercicio de hoy, os reuniréis en grupos de 3 á 5 personas, a cada equipo le daré un número y al azar se irán extrayendo los papelitos que contienen los números de cada grupo. Los componentes del número elegido saldrán a la pizarra y les repartiré una tarjeta a cada uno. Sólo uno de los miembros hará lo siguiente:

Tendrá un minuto para hablar en público sobre el objeto que contiene su tarjeta, debiendo ser lo más espontáneo posible.”

El resto del grupo hará de observadores y al finalizar el minuto deberán decirle lo bien que lo ha hecho, centrándose sobre todo en la CNV, en la pizarra están apuntados los parámetros en los que os podéis fijar:

- Contacto ocular.
- Expresión facial: gestos, sonrisas,...
- Postura corporal.
- Habla: volumen y tono de voz, claridad, velocidad.

No se trata de que hagáis un gran discurso en tan poco tiempo, la coherencia del mensaje y su significado no es lo importante.”

## **OBSERVACIONES**

La clase se dividió en un total de 16 grupos de los cuales salieron 11, algunos temas a desarrollar fueron: móvil, papel, refrescos, plato, pelo, deporte, piedras,...etc.

El expositor/a se ponía de cara al *público* encima del estrado y comenzaba a hablar ante la señal “TIEMPO”, los observadores estaban de espaldas a la gente mirando de frente al que hablaba. Los comentarios de los observadores se realizaban también en esta posición, de manera que el resto de clase no podía oírlos bien.

Tan sólo 3 de las 11 personas que hablaron en público agotaron el minuto sin parar de hablar sus temas fueron: *Móvil, anillo, plato*. El resto de ponentes consumieron una media de 40 segundos.

La CNV reflejó en muchos casos el *nerviosismo* : sonrisas entre palabras o frases, silencios más prolongados al final del minuto, repetidas miradas a la persona que controlaba el tiempo, postura tensa,...Sin embargo, el volumen y velocidad del habla era adecuados en la mayoría de exposiciones.

Por otra parte, se evidenció la escasez de recursos por parte de los observadores a la hora de hacer una crítica positiva a su compañero/a.: se quedaban callados o bien comentaban los fallos que había tenido. Se acababa siempre dando la retroalimentación positiva.

Tras esta sesión se consideró que si se repitiese este ejercicio después de la quinta sesión probablemente se conseguirían resultados más exitosos tanto para los expositores como para los observadores por dos razones:

1. Casi todos los alumnos fueron interviniendo en voz alta durante las sesiones, desde su asiento o desde la pizarra. Esto suponía un entrenamiento en hablar delante de un grupo de personas (aunque no era el objetivo fundamental de los otros ejercicios).

2. El ejercicio desarrollado en la 4ª sesión de EHS, ofrece estrategias para elaborar elogios y refuerzos positivos sobre el aspecto, posesiones, cualidades y actuaciones de las personas. Así, los observadores ya entrenados en este aspecto, podrían abordar el tema de la retroalimentación positiva con mayor destreza.

#### **4.3. TERCERA SESIÓN. EJERCICIOS SOBRE DERECHOS HUMANOS BÁSICOS.**

##### **A) EJERCICIO B, N° 1: Derechos humanos básicos.**

DÍAS: 22/03/00, grupo 1.

10/05/00, grupo 2.

INICIO: 19:12. (las medias de los grupos)

FIN: 19:55.

## **INSTRUCCIONES**

Se comenzó con una breve introducción del modelo humanista de V. Caballo y señalando que este es uno de los “ejercicios estrella desde esta perspectiva”. El ejercicio se compone de tres fases:

1) “El objetivo es primero conocer los derechos. Luego identificar y ejercitar las carencias de algún derecho que no desarrolláis o no podéis por causas ajenas. Esto repercute en buena medida sobre la autoestima.

Os distribuiréis en 4 grupos de 8 personas y leeréis los derechos detenidamente, después elegiréis uno de los derechos que no aplicáis en la vida o el que os parezca más importante en caso de que no exista carencia. Tenéis 2 minutos.”

2) Pasado el tiempo se procedió a la inducción de relajación y visualización, para ello se apagaron las luces y se intentó crear un ambiente de relax:

Ejercicio de respiración profunda.

Imaginar una situación en la que ejercen el derecho elegido. Experimentar sentimientos y sensaciones.

Imaginar que les quitan el derecho y experimentar cómo se sienten.

3) Puesta en común. Se elegía a varias personas que iban comentando su experiencia.

## **OBSERVACIONES**

En el primer grupo hablaron 4 personas y 5 en el tercer grupo. Los derechos elegidos fueron

- Derecho a estar solo cuando así lo escojas ( 4 personas).
- Derecho a rechazar peticiones sin tener que sentirse culpable o egoísta (3 personas).
- Derecho a sentirme a gusto conmigo mismo/a (1 persona)
- Derecho a hablar sobre el problema con la persona involucrada y aclararlo (1 persona).

De estos 9 alumnos 1 comentó que no había podido imaginar nada, y otros dos reconocían que era un derecho que podían tener pero que no tenían: “ Aunque lo tenga no lo ejerzo porque yo soy así, no veo una solución”. En estos casos la profesora comentaba que habría que analizar por qué no tenían este derecho y adecuar un entrenamiento para la persona en concreto.

Los comentarios del resto de los participantes fueron los esperados:

- En la primera situación (con derecho): feliz, contenta, liberado,...
- En la segunda situación (sin derecho): rabia, malestar, agobiado,...

Al final de la hora, se les incitó a reflexionar sobre:

- ¿Por qué no tenéis este derecho?
- ¿Qué aplicaciones encontraréis en el campo de la Enfermería?.
- ¿Creéis que podéis evitar tensiones y frustraciones si adquirís estos derechos?.

Se propusieron como ejercicios o tareas para casa que se volviese a leer el listado de derechos y que buscasen el momento oportuno para poner en práctica algunos, analizando las causas y observando las consecuencias de haberlo puesto en práctica.

**NOTA 1:** En el primer grupo se produjo una interpretación incorrecta del derecho que se refiere a la oposición asertiva y también del derecho a cometer errores. Por ejemplo, algunos alumnos entendieron que durante las prácticas podían negarse a realizar alguna tarea.

La profesora hizo una aclaración: estos derechos deben ser contextualizados y se deben poner en práctica siempre que respeten a su vez los mismos derechos que tienen las demás personas.

**NOTA 2:** Este ejercicio fue desarrollado por los grupos 1º y 3º , el 2º utilizó esta hora en el ejercicio B, nº 2. Sin embargo, se les explicó la experiencia y se les instó para hacerlo en su casa puesto que toda la información necesaria está en el dossier de prácticas.

***B) EJERCICIO B, N° 2. Derechos de rol.***

DIA: 12/04/00, grupo 2.

INICIO: 19:17

FIN: 19:55

**INSTRUCCIONES**

“ El ejercicio de hoy se trata de reflexionar acerca de los derechos que se derivan de determinados roles. Por ejemplo: padre-hijo, auxiliar-enfermera, jefe-empleado. Cada miembro de estas parejas adopta un papel del que se derivan una serie de derechos propios que no pueden generalizarse a cualquier persona como los derechos humanos básicos. Elaboraréis por parejas el listado de derechos para cada caso y después se expondrán entre todos”.

**OBSERVACIONES**

Después de 10 minutos se comentaron los derechos que habían ido surgiendo, un resumen puede ser el siguiente:

PADRE	HIJO
<ul style="list-style-type: none"> <li>- alimentar al hijo</li> <li>- respetarlo</li> <li>- guiarle</li> <li>- corregirle</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- respetar a los padres</li> <li>- madurar</li> <li>- aprender</li> </ul>

AUXILIAR	ENFERMERA
<ul style="list-style-type: none"> <li>- respeto.</li> <li>- reconocimiento de tareas.</li> <li>- carga de trabajo ajustada.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- tomar decisiones y responsabilizarse de los cuidados.</li> <li>- autonomía en decisiones.</li> <li>- delegar y revisar tareas.</li> </ul>

Como puede observarse, surgió la confusión entre: derechos, deberes y actividades. Todos comentaron lo difícil que les había parecido realizar los listados. Los resultados no clarifican totalmente la diferencia entre los derechos de rol y los derechos humanos básicos. A pesar de ello, se entabló una conversación muy interesante donde se detallaron los papeles que desempeñan las enfermeras y se vio con claridad como en muchos casos desarrollan un rol limítrofe y conflictivo en su ejercicio profesional.

#### **4.4. CUARTA SESIÓN. EJERCICIOS PARA HACER CUMPLIDOS Y RECIBIRLOS.**

DIAS: 29/03/00 (grupo 1)

19/04/00 (grupo 2)

17/05/00 (grupo 3)

## **A) EJERCICIO E, N°1. Dar elogios**

INICIO: 19:18

FIN: 19:45

### **INSTRUCCIONES**

En primer lugar se justificó por qué dedicábamos una clase a entrenar en dar elogios y cumplidos, se explicaron las consecuencias positivas tanto a nivel personal como laboral: aumenta la autoestima, favorece clima de trabajo y aumenta la probabilidad de recibir un trato positivo.

“Os colocareis al lado de un compañero/a con el que no tengais mucho trato, hablaréis de cualquier tema (por ejemplo, el último viaje que hayáis hecho. Tenéis 5 minutos para interaccionar. Luego ya haremos algunos comentarios”.

### **OBSERVACIONES**

Al finalizar el tiempo, se eligieron aproximadamente a 5 personas de cada grupo, se les pidió que dieran elogios al compañero/a . Casi todos hablaban en tercera persona, se les corregía para que dieran los elogios de forma directa en segunda persona.

Este ejercicio salió poco espontáneo y se observó que también que faltaban habilidades para recibir los elogios. El tercer grupo en este ejercicio reflejó todas las formas contraindicadas para recibir elogios.

A continuación se expuso brevemente los tipos de elogios, cómo darlos y cómo recibirlos. Antes de dar la explicación surgieron dudas acerca de la efectividad y/o credibilidad de los elogios, en palabras de los compañeros:

- “Un elogio físico podría llevar a malos entendidos entre personas de distinto sexo”.
- “Un elogio que no sea cierto quedará postizo”.
- “¿Qué significa que uno reciba un elogio y lo exagere?”.

A esta última cuestión se respondió que dependiendo del tipo de respuesta puede que la persona demuestre una elevada autoestima o bien todo lo contrario, que esté enmascarando la falta de autoestima.

## **B) EJERCICIO B, N° 2. Hacer y recibir elogios.**

INICIO: 19:50

FIN: 20:05

### **INSTRUCCIONES**

“Ahora saldrán a la pizarra 6 personas y realizarán en cadena un ciclo de dar y recibir elogios en una breve interacción, siguiendo las pautas que hemos sugerido. Podéis utilizar cualquier tipo de cumplido”.

### **OBSERVACIONES**

El grupo nº1 se centró en cualidades personales, las interacciones fueron más espontáneas que en el primer ejercicio y pusieron en práctica los consejos de la transparencia.

El tercer grupo se centró en el refuerzo positivo de los logros y conducta laboral, se imaginaban secuencias en el trabajo donde tenían que elogiar a un compañero, en este grupo se polarizaron las respuestas ante los elogios por ejemplo:

Elogio “ Pienso que tienes un trato muy amable con los pacientes”.

Respuesta “ Gracias, es que soy muy simpática”.

Elogio “ Te quería decir que el otro día en la charla de Promoción de la Salud estuviste muy espontáneo y te supiste ganar a los chavales del instituto”.

Respuesta “ La verdad es que no me acuerdo de ese momento, gracias por recordármelo. Qué lástima que yo no me fijase en ti para ver cómo lo haces tú”.

Ante esta respuesta, el compañero que había emitido el elogio comentó en voz alta “yo a este no le vuelvo a decir nada”. Parece interesante que también salgan estas escenas porque forman parte de la realidad con la que nos podemos encontrar.

Otro caso a destacar fue un elogio en el que se puso en escena el periodo de adaptación al trabajo de una recién diplomada : “gracias por haberme hecho más fácil la integración en mi primer puesto de trabajo, sin ti no podría haber terminado todas las tareas a tiempo”. Esto puso de manifiesto que muchas veces el agradecimiento va unido al elogio.

Después de hacer estos comentarios, se sugirió que durante las prácticas o en casa hicieran cualquier tipo de elogio y observaran qué consecuencias tenía y como respondía la persona.

#### **4.5. QUINTA SESIÓN. CONDUCTA ASERTIVA, NO ASERTIVA Y AGRESIVA.**

DÍAS: 5/04/00

3/05/00

24/05/00

INICIO: 19:15

FIN: 20:05

Esta práctica consta de varios role-playing, antes de comenzar se explicó de forma concisa en qué consiste las conductas asertiva, no asertiva y agresiva. Para ello se puso una transparencia con un esquema que abarca los tres tipos de conducta.

Para comprobar que no había dificultades para diferenciarlos se pusieron tres ejemplos de escenas de la vida real en las que se ofrecían tres tipos de respuesta, los alumnos debían clasificarlas y no hubo ningún problema en los tres grupos.

## **EJERCICIO C, N°1.**

### **INSTRUCCIONES**

Consiste en escenificar diversas situaciones actuando de forma lo más asertiva posible. En los tres grupos se trabajaron las siguientes escenas:

Oposiciones asertivas: saber rechazar un regalo personal que hace un familiar del paciente a una enfermera en concreto y en la otra escenificación saber rechazar dinero como “propina” por los servicios de la enfermera.

Elogiar cuidados, un paciente debe elogiar directamente a una enfermera.

Acogida de un nuevo miembro en el equipo de Enfermería de una planta hospitalaria, sin estar presente la supervisora.

### **OBSERVACIONES**

En la mayoría de los casos, los alumnos que interpretaban el rol de enfermera negaron asertivamente el regalo. Sin embargo, no tenían muy claro por qué no debían en ningún caso coger el dinero y ponerlo en el *bote*. Se proponía el canjeo del dinero por un regalo que pudiera compartir todo el equipo (por ejemplo, bombones, café,...).

En este punto, se entabló una discusión acerca de qué hacer cuando el reforzador es dinero. Algunos compañeros no tenían muy claro por qué no es adecuado aceptar este tipo de “recompensas”. Para aclarar el asunto se comentaban los posibles problemas que puede acarrear:

Puede suponer una *situación mercantil*. Es un reforzador peligroso ya que quien lo recibe puede sentirse obligado a realizar sus actividades como si estuviera en deuda con esta persona. Tal vez, quien ofrece el dinero espera obtener con ello un “trato más V.I.P”.

Contaminar la relación de ayuda que ofrece la enfermera, buscando como objetivo recibir un “sueldo extra”.

Descohesión grupal, es contraproducente porque puede suscitar envidias en el equipo.

## **EJERCICIO C, N° 2.**

### **INSTRUCCIONES**

Se trata de escenificar una secuencia de mayor complejidad que refleja una escena frecuente en los hospitales: se establece un conflicto entre el médico y la enfermera delante del paciente al no aparecer una radiografía. La enfermera deberá comportarse de forma que defienda sus derechos. Se sacaban a la pizarra a cuatro personas:

- Paciente con patología pulmonar.
- Médico residente.
- Médico de planta.
- Enfermera.

### **OBSERVACIONES**

La duración media de este role-playing fue de 7 minutos. Los médicos tenían que desempeñar un rol agresivo y las enfermeras actuaron de las siguientes formas:

**GRUPO N°1:** NO ASERTIVA, se quedó sin palabras ante los gritos del médico (fue el más agresivo de todos).

**GRUPO N°2:** ASERTIVA en un principio cuando respondió al médico “dígame usted qué solución puede haber, yo ya he hecho todo lo que he podido”.

Y AGRESIVA al final por el tono y volumen de voz empleados “¡usted sabe que esto ocurre!!”.

**GRUPO N°3: AGRESIVA**, la alumna actuó presionada por el grupo de observadores que la animaba a que no hiciese una segunda llamada a rayos frente a la petición del médico, contestó de este modo “¡¡llame usted!!”.

En este último caso, se advirtió que no era de ningún modo recomendable esta actuación puesto que así comenzaría un conflicto del que probablemente no saliese muy bien parada la enfermera.

La resolución considerada más asertiva era la siguiente:

No contestar al médico dentro de la habitación con el paciente expectante. Esperar a que acabase la visita y al salir marcarle con educación sus límites: “le agradecería que en el futuro no vuelva a faltarme el respeto y menos delante de los pacientes igual que le guardo respeto yo a usted”.

### **CONCLUSIONES Y PROPUESTAS.**

Estas horas de EHS han resultado una experiencia novedosa tanto para los alumnos como para la profesora. Los ejercicios dedicados a la *asertividad* y a *aprender a dar elogios* o refuerzos positivos han sido exitosos, con ellos los/as alumnos/as han aprendido actuando y han recibido feedback positivo a los participantes cuando actuaban de observadores.

El ejercicio sobre *derechos humanos básicos* ha sido muy importante y enriquecedora su realización. Sin embargo, se ha podido observar que el tiempo dedicado a este ejercicio debería ser mayor al destinado para su realización.

Otro factor que no jugaba en pro de estas sesiones prácticas de EHS fue la hora en que se realizaban, (los miércoles de 19 a 20 horas y algún miércoles de 18 a 19 horas). Los miércoles es un día de la semana crítico, pues el alumno/a realiza prácticas clínicas por la mañana y por la tarde asiste a clases teóricas.

En cuanto a los ejercicios realizados por todo el grupo en su conjunto, algunos de ellos fue exitosa su realización e incluso apropiada en un grupo tan extenso, por ejemplo el ejercicio: *tema vacío*. Sin embargo, en otros ejercicios el número de sujetos tan elevado ha podido repercutir negativamente en su realización.

Este año han intervenido casi todos los/as alumnos/as, sin embargo, el realizar una sesión semanal durante varias semanas, puede que algunos alumnos no acudan a todas las sesiones, saltándose algunas.

Para garantizar que los *menos habilidosos* participen plenamente, se podría planificar las sesiones en formato seminario. Además de medir las habilidades sociales (cuestionario destinado a tal fin) al principio del seminario con el fin de detectar déficits, intervenir con el programa de EHS y posteriormente evaluar el efecto del mismo.

Por último, sería ideal recoger también el grado de satisfacción, opiniones del alumnado y sugerencias de mejora al EHS.

**ANEXO II:**

**Memoria curso Entrenamiento en habilidades sociales 2002.**

**Hospital Son Dureta.**

**ANEXO II:**

**Memoria curso Entrenamiento en habilidades sociales 2002.**

**Hospital Son Dureta.**

DIVISIÓN DE ENFERMERÍA  
FORMACIÓN E INVESTIGACIÓN

**FEBRERO 2002**

**CURSO**

**“Entrenamiento en habilidades  
sociales”**

Dirigido a :  
Personal de enfermería

Fechas:  
4, 5, 6 de Febrero 2002

Lugar:  
Aula docente 9ª planta edificio B

Horario:  
De 9h30' a 14h30'

*\*Ver temario y profesorado al dorso  
Inscripciones: fecha limite 30 de Enero*



**PROFESORA:** Dña. Antonia Pades Jiménez. Profesora titular Escuela Universitaria.  
Departamento Infermería i Fisioteràpia de les Illes Balears

### **CONTENIDO TEÓRICO**

- Conducta socialmente habilidosa
- Formación y mantenimiento de las habilidades sociales
- Competencia social, componentes
- Entrenamiento en habilidades sociales
- Habilidades sociales para los profesionales de enfermería

### **CONTENIDO PRÁCTICO**

- Ejercicios o actividades en el aula, a través de ensayos de conducta o role playing
- "Como romper el hielo"
- Hablar en público. Tema vacío
- Conducta asertiva, no asertiva y agresiva
- Establecer relaciones sociales: iniciar, mantener y terminar conversaciones
- Ejercicios para hacer cumplidos y recibirlos
- Ejercicios para expresión de molestias, desagrado o disgusto

**NÚMERO DE HORAS: 15**

Señale con una X un cuadro de cada uno de los ítems, los valores van de 1 (menor) a 4 (mayor) acuerdo

**NOMBRE DEL CURSO:** Habilidades sociales

**FECHA:**

04-feb

**OBJETIVOS Y CONTENIDO**

	1	2	3	4
1. Los objetivos del curso han sido cubiertos			20,80%	79,20%
2. Los temas desarrollados han sido interesantes			4,20%	95,80%
3. Los conceptos explicados han sido aprovechables			8,30%	91,70%
4. El tiempo asignado para el desarrollo del curso ha sido adecuado		29,20%	37,50%	33,30%
	0,00%	7,30%	17,70%	75,00%

**METODOLOGÍA**

	1	2	3	4
5. Los ejercicios y casos prácticos han sido bien planteados			8,30%	91,70%
6. Los temas se han desarrollado en orden lógico			8,30%	91,70%
7. Después de cada tema se han sacado conclusiones			16,70%	83,30%
	0,00%	0,00%	11,10%	88,90%

**PROFESORES**

	1	2	3	4
8. Los profesores conocían el tema a desarrollar			4,20%	95,80%
9. Los profesores supieron mantener a los participantes interesados			8,30%	91,70%
10. La documentación utilizada ha sido útil y suficiente		37,50%	12,50%	25,00%
	0,00%	12,50%	8,33%	70,83%

**OBSERVACIONES:**

Haga cualquier sugerencia que piense podrá mejorar el programa del curso en cualquiera de los aspectos de organización, contenido, metodología y profesores.

- \*Curso mas largo
- \*Programa mas extenso
- \*Aula y sillas incómodas
- \*Descansos mas largos

## MEMORIA CURSO 2002

<b><u>Línea formación:</u></b> 15		Habilidades sociales		
<b><u>Nombre curso:</u></b> Entrenamiento en habilidades sociales				
<b><u>Dirigido a:</u></b> Personal de enfermería				
<b><u>Fechas:</u></b>	<b><u>Nº horas teóricas</u></b>	<b><u>Nº horas prácticas</u></b>	<b><u>Nº asistentes</u></b>	
4,5, y 6 febrero	15	-	22	
<b><u>Coordina:</u></b>		<b><u>Profesores internos:</u></b>		<b><u>Profesores externos:</u></b>
Patricia Gómez Picard		-		Antonia Pádes Jiménez
<b><u>Objetivos:</u></b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Definir el concepto de entrenamiento en habilidades sociales, describir las diferentes permisias e identificar las habilidades sociales básicas para enfermería</li> <li>➤ Desarrollar habilidades necesarias para dar y recibir refuerzos sociales</li> <li>➤ Adquiriri respuestas competentes para facilitar interacciones sociales favorables y exitosas, manejar las críticas y el conflicto interpersonal. El entrenamiento transmitirá nuevas habilidades cognitivas o de pensamiento, emocionales y de actuación</li> </ul>				
<b><u>Contenido del curso:</u></b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Conducta socialmente habilidosa</li> <li>➤ Formación y mantenimiento de las habilidades sociales</li> <li>➤ Competencia social, componentes</li> <li>➤ Entrenamiento en habilidades sociales</li> <li>➤ Habilidades sociales para los profesionales d enfermería</li> </ul>				
<b><u>Coste del curso:</u></b>	<b><u>Coste profesores internos:</u></b>		<b><u>Coste profesores externos:</u></b>	
900 €	-		900 €	
<b><u>Resultados de la encuesta de satisfacción:</u></b>				
1- Insatisfactorio, 2- Poco satisfactorio, 3- Satisfactorio, 4- Muy satisfactorio				
	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
<b>Objetivos</b>		7,30 %	17,70 %	75,00 %
<b>Metodología</b>			11,10 %	88,90%
<b>Profesores</b>		12,50 %	8,33 %	70,83 %

**ANEXO III:**

**“Escala Habilidades Sociales” EHS (Gismero, 2000) y cuestionario variables sociodemográficas, profesionales y académicas.**

- Gismero, E. (2000). EHS Escala de Habilidades Sociales. Manual. Madrid: TEA Publicaciones de Psicología Aplicada.

## CUESTIONARIO DE HABILIDADES SOCIALES

DNI:

Sexo:

Edad:

Estado Civil:

Estudios:

Experiencia profesional previa a los estudios de enfermería en área sanitaria:

Procedencia al ingreso:

A continuación se les presenta un cuestionario de "Habilidades Sociales específico para Adolescentes y Adultos", editado por TEA ediciones y validado en la población española. Solicito su colaboración a la hora de cumplimentarlo, recuerde que debe responder tal como usted lo siente, no existen respuestas verdaderas o mejores. La forma de administrarlo es individual, anónima (aunque se le solicita su número de DNI para identificarlos) y por escrito. El objetivo del mismo es poder conocer sus habilidades sociales en sus distintas dimensiones y poder posteriormente contribuir con un programa específico de entrenamiento, en la mejora o adquisición de habilidades adaptativas a nivel social. Recordarles que el resultado de este cuestionario es confidencial y anónimo, y su objetivo es contribuir al conocimiento y mejora de su competencia social. Para cumplimentarlo lea detenidamente el enunciado, le agradezco su colaboración y atención prestada.

## CUESTIONARIO DE HABILIDADES SOCIALES

DNI:

Sexo:

Edad:

Estado Civil:

Categoría profesional:

Unidad:

Hospital:

Tipo de contrato:

-Contratado

-Fijo

Experiencia en la categoría profesional:

Experiencia en la unidad donde está actualmente:

A continuación se les presenta un cuestionario de "Habilidades Sociales específico para Adolescentes y Adultos", editado por TEA ediciones y validado en la población española. Solicito su colaboración a la hora de cumplimentarlo, recuerde que debe responder tal como usted lo siente, no existen respuestas verdaderas o mejores. La forma de administrarlo es individual, anónima (aunque se le solicita su número de DNI para identificarlos) y por escrito. El objetivo del mismo es poder conocer sus habilidades sociales en sus distintas dimensiones y poder posteriormente contribuir con un programa específico de entrenamiento, en la mejora o adquisición de habilidades adaptativas a nivel social. Recordarles que el resultado de este cuestionario es confidencial y anónimo, y su objetivo es contribuir al conocimiento y mejora de su competencia social. Para cumplimentarlo lea detenidamente el enunciado, le agradezco su colaboración y atención prestada.

**ANEXO IV:**

**Parrilla de observación: Valoración de las habilidades de interacción.**

**Parrilla de observación: Valoración de las habilidades de interacción.**

<b>HABILIDAD VERBAL</b>	<b>NO</b>	<b>1 a 10</b>	<b>OBSERVACIONES</b>
Contacto ocular/mirada. Gestos (manos y brazos). Expresión facial. Sonrisa. Postura corporal. Distancia.			
<b>HABILIDAD PARALINGÜÍSTICA</b>		<b>1 a 10</b>	<b>OBSERVACIONES</b>
Volumen de la voz. Entonación. Fluidez. Velocidad. Tiempo del habla.			
<b>HABILIDAD VERBAL</b>		<b>1 a 10</b>	<b>OBSERVACIONES</b>
Peticiones nuevas conductas. Contenido de alabanza. Contenido de aprecio. Contenido de afecto. Conducta positiva espontánea. Decir no, dar críticas. Defensa de derechos.			

(Valorar del 1 a 10 cada una de las habilidades siguientes, las puntuaciones bajas indican que se debe mejorar esta habilidad).

**ANEXO V:**

**FOTOGRAFÍAS REALIZADAS DURANTE EL EHS-ae.**



**INTRODUCCIÓN AL EHS-ae**



**EJERCICIOS DE INTERACCIÓN SOCIAL: ROMPER EL HIELO**



**EJERCICIOS DE INTERACCIÓN SOCIAL: SÍ-NO O DISCO RAYADO**



**EJERCICIOS PARA HABLAR EN PÚBLICO: tema vacío.**



**EJERCICIOS PARA HABLAR EN PÚBLICO: tema vacío.**





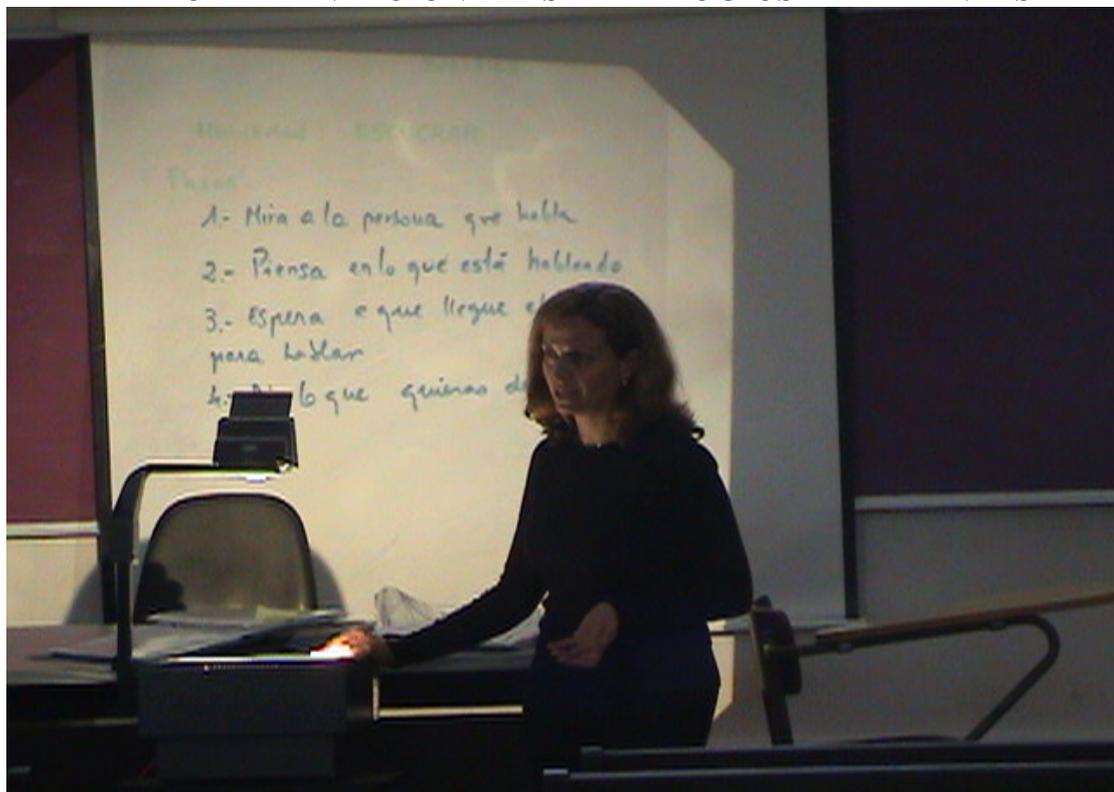
**INSTRUCCIÓN: CÓMO DAR ALABANZAS Y ELOGIOS**



**ENSAYOS: DAR ELOGIOS Y ALABANZAS.**



**RETROALIMENTACIÓN TRAS DAR ELOGIOS Y ALABANZAS**



**INSTRUCCIÓN SOBRE LA HABILIDAD DE ESCUCHA ACTIVA**



**ENSAYOS CONDUCTUALES: HABILIDAD ESCUCHA ACTIVA**



**INSTRUCCIONES: CÓMO EXPRESAR MOLESTIAS, DESAGRADO Y DISGUSTO**



**CÓMO EXPRESAR MOLESTIAS, DESAGRADO Y DISGUSTO.**





**EJERCICIOS PARA FORTALECER LA AUTOESTIMA PERSONAL**



**EJERCICIOS DE INTERACCIÓN SOCIAL: ROMPER EL HIELO**





**EJERCICIOS PARA FORTALECER LA AUTOESTIMA PERSONAL**



**ANEXO VI:**

**ÍNDICE DE FIGURAS, CUADROS, TABLAS Y GRÁFICAS.**

## FIGURAS

	Página
Figura 1. Distribución de la muestra total por género.	154
Figura 2. Distribución de la muestra de Alumnado por género.	155
Figura 3. Distribución de la muestra de Alumnado por estado civil.	156
Figura 4. Distribución de la muestra Alumnado por experiencia previa en el área sanitaria antes del ingreso a los estudios.	156
Figura 5. Distribución de la muestra de Alumnado por su procedencia al ingreso.	157
Figura 6. Alumnado con Intervención por género.	158
Figura 7. Alumnado con Intervención según estado civil.	158
Figura 8. Alumnado con Intervención según experiencia previa en el área sanitaria antes del ingreso a los estudios.	159
Figura 9. Alumnado con Intervención según su procedencia al ingreso.	159
Figura 10. Alumnado Control por género.	160
Figura 11. Alumnado Control según estado civil.	161
Figura 12. Alumnado Control por experiencia previa área sanitaria antes del ingreso a los estudios.	161
Figura 13. Alumnado Control por su procedencia al ingreso.	162
Figura 14. Distribución de la muestra de Profesionales por género.	163
Figura 15. Distribución de la muestra de Profesionales por estado civil.	164
Figura 16. Distribución de la muestra de Profesionales por categoría profesional.	164
Figura 17. Distribución de la muestra de Profesionales por lugar de trabajo.	165
Figura 18. Distribución de la muestra de Profesionales atendiendo a la Unidad Asistencial.	166
Figura 19. Profesionales con Intervención por género.	168
Figura 20. Profesionales con Intervención por estado civil.	169
Figura 21. Profesionales con Intervención por categoría profesional.	169
Figura 22. Profesionales con Intervención por lugar de trabajo.	170
Figura 23. Profesionales con Intervención por Unidad Asistencial.	170
Figura 24. Profesionales Control por estado civil.	172
Figura 25. Profesionales Control por categoría profesional.	173
Figura 26. Profesionales Control por Unidad Asistencial.	173
Figura 27.- Distribución de frecuencias para el Factor 1 en la medida pre. Alumnado (n=314).	231
Figura 28.- Distribución de frecuencias para el Factor 2 en la medida pre. Alumnado (n=314).	232
Figura 29.- Distribución de frecuencias para el Factor 3 en la medida pre. Alumnado (n=314).	233
Figura 30.- Distribución de frecuencias para el Factor 4 en la medida pre. Alumnado (n=314).	235
Figura 31.- Distribución de frecuencias para el Factor 5 en la medida pre. Alumnado (n=314).	236
Figura 32.- Distribución de frecuencias para el Factor 6 en la medida pre. Alumnado (n=314).	237
Figura 33.- Distribución de frecuencias para la puntuación Global en la medida pre. Alumnado (n=314).	238
Figura 34.- Distribución de frecuencias para el Factor 1 en la medida pre. Profesionales (n=63).	240
Figura 35.- Distribución de frecuencias para el Factor 2 en la medida pre. Profesionales (n=63).	241
Figura 36.- Distribución de frecuencias para el Factor 3 en la medida pre. Profesionales (n=63).	243
Figura 37.- Distribución de frecuencias para el Factor 4 en la medida pre. Profesionales (n=63).	245
Figura 38.- Distribución de frecuencias para el Factor 5 en la medida pre. Profesionales (n=63).	246
Figura 39.- Distribución de frecuencias para el Factor 6 en la medida pre. Profesionales (n=63).	247
Figura 40.- Distribución de frecuencias para la puntuación Global en la medida pre. Profesionales (n=63).	248
Figura 41.- Distribución de frecuencias para el Factor 1 antes y después del EHS. Alumnado con Intervención.	276
Figura 42.- Distribución de frecuencias para el Factor 1 pre y post. Alumnado control.	277
Figura 43.- Efecto del EHS en el alumnado. Factor 1.	278
Figura 44.- Distribución de frecuencias para el Factor 2 antes y después del EHS. Alumnado con intervención.	279
Figura 45.- Distribución de frecuencias para el Factor 2 pre y post. Alumnado control.	281
Figura 46.- Efecto del EHS en el alumnado. Factor 2.	282

Figura 47.- Distribución de frecuencias para el Factor 3 antes y después del EHS.Alumnado con intervención.	283
Figura 48.- Distribución de frecuencias para el Factor 3 pre y post. Alumnado control.	285
Figura 49.- Efecto del EHS en el alumnado. Factor 3	286
Figura 50.- Distribución de frecuencias para el Factor 4 antes y después del EHS. Alumnado con intervención.	287
Figura 51.- Distribución de frecuencias para el Factor 4 pre y post. Alumnado control.	289
Figura 52.- Efecto del EHS en el alumnado. Factor 4.	290
Figura 53.- Distribución de frecuencias para el Factor 5 antes y después del EHS.Alumnado con intervención.	291
Figura 54.-Distribución de frecuencias para el Factor 5 pre y post. Alumnado control.	293
Figura 55.- Efecto del EHS en el alumnado. Factor 5.	294
Figura 56.- Distribución de frecuencias para el Factor 6 antes y después del EHS. Alumnado con intervención.	295
Figura 57.-Distribución de frecuencias para el Factor 6 pre y post. Alumnado control.	297
Figura 58.- Efecto del EHS en el alumnado. Factor 6.	298
Figura 59.- Distribución de frecuencias para el Global antes y después del EHS. Alumnado con intervención.	299
Figura 60.- Distribución de frecuencias para el Global pre y post.Alumnado control.	300
Figura 61.- Efecto del EHS en el alumnado. Global	301
Figura 62.- Distribución de frecuencias para el Factor 1 antes y después del EHS.Profesionales con intervención.	302
Figura 63.- Distribución de frecuencias para el factor 1 pre y post.Profesionales control.	304
Figura 64.- Efecto del EHS en los/as profesionales. Factor 1.	305
Figura 65.- Distribución de frecuencias para el Factor 2 antes y después del EHS.Profesionales con intervención.	306
Figura 66.- Distribución de frecuencias para el Factor 2 pre y post. Profesionales control.	307
Figura 67.- Efecto del EHS en los/as profesionales. Factor 2.	308
Figura 68.- Distribución de frecuencias para el Factor 3 antes y después del EHS. Profesionales con intervención.	309
Figura 69.- Distribución de frecuencias para el Factor 3 pre y post. Profesionales Control	310
Figura 70.- Efecto del EHS en los/as profesionales. Factor 3.	311
Figura 71.- Distribución de frecuencias para el Factor 4 antes y después del EHS.Profesionales con intervención.	312
Figura 72.- Distribución de frecuencias para el Factor 4 pre y post.Profesionales control.	313
Figura 73.- Efecto del EHS en los/as profesionales. Factor 4.	314
Figura 74.- Distribución de frecuencias para el Factor 5 antes y después del EHS. Profesionales con Intervención.	315
Figura 75.- Distribución de frecuencias para el Factor 5 pre y post.Profesionales control.	316
Figura 76.- Efecto del EHS en los/as profesionales. Factor 5.	317
Figura 77.- Distribución de frecuencias para el Factor 6 antes y después del EHS.Profesionales con intervención.	318
Figura 78.- Distribución de frecuencias para el Factor 6 pre y post. Profesionales control.	320
Figura 79.- Efecto del EHS en los/as profesionales. Factor 6.	321
Figura 80.- Distribución de frecuencias para Global antes y después del EHS. Profesionales con intervención.	322
Figura 81.- Distribución de frecuencias para Global pre y post.Profesionales control.	324
Figura 82.- Efecto del EHS en los/as profesionales.Global	325
Figura 83.- Cuartiles. Factor 1. Alumnado.	328
Figura 84.- Cuartiles. Factor 2. Alumnado.	329
Figura 85.- Representación gráfica. Cuartiles. Factor 3. Alumnado.	330
Figura 86.- Cuartiles. Factor 4. Alumnado	332
Figura 87.- Cuartiles. Factor 5. Alumnado	334
Figura 88.- Cuartiles. Factor 6. Alumnado	335
Figura 89.- Cuartiles. Global. Alumnado	337

Figura 90.- Cuartiles. Factor 1. Profesionales	338
Figura 91.- Cuartiles. Factor 2. Profesionales.	340
Figura 92.- Cuartiles. Factor 3. Profesionales	342
Figura 93.- Cuartiles. Factor 4. Profesionales	344
Figura 94.- Cuartiles. Factor 5. Profesionales.	346
Figura 95.- Cuartiles. Factor 6. Profesionales.	347
Figura 96.- Cuartiles. Global. Profesionales	349

## CUADROS

	Página
<i>CUADRO 1.- Modelo de las HH.S. de McFall (1982) adaptado a las necesidades de la evaluación y el entrenamiento.....</i>	38
<i>CUADRO 2.- Técnicas más comúnmente utilizadas en el EHS y objetivos de cada una de ellas.</i>	89
<i>CUADRO 3. Ejemplos de pensamientos negativos y transformación.</i>	118
<i>CUADRO 4. Elementos no verbales en la comunicación del profesional.</i>	120
<i>CUADRO 5.- Relación pensamientos distorsionados y sus consecuencias conductuales.</i>	123

## TABLAS

	Página
Tabla 1.- Diseño de la investigación	150
Tabla 2.- Descripción de la muestra. Tamaño muestral.	153
Tabla 3.- Distribución muestra de Profesionales atendiendo a su experiencia en la categoría profesional.	166
Tabla 4.- Distribución muestra de Profesionales atendiendo a su experiencia en la Unidad.	167
Tabla 5.- Distribución muestra Profesionales con Intervención atendiendo a la experiencia categoría profesional.	171
Tabla 6.- Distribución muestra Profesionales con Intervención atendiendo a la experiencia Unidad.	171
Tabla 7.- Distribución muestra Profesionales Control atendiendo a la experiencia categoría profesional.	174
Tabla 8.- Distribución muestra Profesionales Control atendiendo a la experiencia Unidad.	174
Tabla 9.- Muestra de los derechos humanos básicos	192
Tabla 10.- Puntuaciones medias globales en muestras de baremación.	218
Tabla 11.- Estadísticos descriptivos de las variables medidas por la “Escala de Habilidades Sociales” (Mujeres + varones) Adultos.	220
Tabla 12.- Secuencia de ejercicios y tiempo estimado para el Programa EHS-ae	223
Tabla 13.- Secuencia de ejercicios y tiempo estimado para el Programa EHS-pe	224
Tabla 14.- Prueba de normalidad para las puntuaciones de los diferentes factores y globales en las fases pretest y postest.	226
Tabla 15.- Test de Levene para las puntuaciones globales pretest y postest	227
Tabla 16.- Estadísticos descriptivos en la medida pre. Alumnado (n=314). Factor 1.	230
Tabla 17.- Estadísticos descriptivos en la medida pre. Alumnado (n=314). Factor 2.	232
Tabla 18.- Estadísticos descriptivos en la medida pre. Alumnado (n=314). Factor 3.	233
Tabla 19.- Estadísticos descriptivos en la medida pre. Alumnado (n=314). Factor 4.	234
Tabla 20.- Estadísticos descriptivos en la medida pre. Alumnado (n=314). Factor 5.	236
Tabla 21.- Estadísticos descriptivos en la medida pre. Alumnado (n=314). Factor 6.	237
Tabla 22.- Estadísticos descriptivos en la medida pre. Alumnado (n=314).Puntuación Global.	238
Tabla 23.- Estadísticos descriptivos en la medida pre. Profesionales (n=63).Factor 1.	240
Tabla 24.- Estadísticos descriptivos en la medida pre. Profesionales (n=63). Factor 2.	241
Tabla 25.- Estadísticos descriptivos en la medida pre. Profesionales (n=63). Factor 3.	242
Tabla 26.- Estadísticos descriptivos en la medida pre. Profesionales (n=63). Factor 4.	244
Tabla 27.- Estadísticos descriptivos en la medida pre. Profesionales (n=63). Factor 5.	246
Tabla 28.- Estadísticos descriptivos en la medida pre. Profesionales (n=63). Factor 6.	247
Tabla 29.- Estadísticos descriptivos en la medida pre. Profesionales (n=63).Puntuación Global.	248
Tabla 30.- Comparación de medias obtenidas por el alumnado diferenciado en función de la variable género. Medida pre.	250
Tabla 31.- Comparación de medias obtenidas por el alumnado diferenciado en función de la variable edad. Medida pre.	254
Tabla 32.- Comparación de medias obtenidas por el alumnado diferenciado en función de la variable experiencia sanitaria previa. Medida pre.	258
Tabla 33.- Comparación de medias obtenidas por el alumnado diferenciado en función del momento en que se realizó la posterior intervención. Medida pre.	261
Tabla 34.- Comparación de medias obtenidas por el colectivo de profesionales diferenciado en función de la variable experiencia en la categoría profesional. Medida pre.	263
Tabla 35.- Comparación de medias obtenidas por el colectivo de profesionales diferenciado en función de su categoría profesional. Medida pre.	265
Tabla 36.- Comparación de medias obtenidas por el colectivo de profesionales diferenciado en función del área en la que desarrollan su trabajo. Medida pre.	266
Tabla 37.- Comparación de medias obtenidas por el colectivo de profesionales diferenciado en función del tipo de contrato. Medida pre.	268
Tabla 38.- Comparación de medias obtenidas por el colectivo de alumnado con intervención y sin intervención. Medida pre.	270
Tabla 39.- Comparación de medias obtenidas por el colectivo de profesionales con intervención y sin intervención. Medida pre.	271

Tabla 40.- Comparación de medias obtenidas por los colectivos de alumnado y de profesionales. Medida pre.	273
Tabla 41.-Puntuaciones antes y después del EHS. Factor 1.Alumnado con Intervención (N=232)	275
Tabla 42.-Puntuaciones en las fases pre y post. Factor 1.Alumnado control (N=82)	277
Tabla 43.- Puntuaciones antes y después del EHS. Factor 2.Alumnado con Intervención (N=232)	279
Tabla 44.- Puntuaciones pre y post. Factor 2.Alumnado control (N=82)	280
Tabla 45.- Puntuaciones antes y después del EHS. Factor 3.Alumnado con Intervención (N=232)	283
Tabla 46.- Puntuaciones pre y post. Factor 3.Alumnado control (N=82)	284
Tabla 47.- Puntuaciones antes y después del EHS. Factor 4.Alumnado con Intervención (N=232)	287
Tabla 48.- Puntuaciones pre y post. Factor 4.Alumnado control (N=82)	289
Tabla 49.- Puntuaciones antes y después del EHS. Factor 5.Alumnado con Intervención (N=232)	291
Tabla 50.- Puntuaciones pre y post. Factor 5. Alumnado control (N=82)	292
Tabla 51.- Puntuaciones antes y después del EHS. Factor 6.Alumnado con Intervención (N=232)	294
Tabla 52.-Puntuaciones pre y post. Factor 6.Alumnado control (N=82)	296
Tabla 53.- Puntuaciones antes y después del EHS. Puntuación Global. Alumnado con Intervención (N=232)	298
Tabla 54.- Puntuaciones pre y post. Puntuación Global.Alumnado control (N=82)	300
Tabla 55.-Puntuaciones antes y después del EHS. Factor 1.Profesionales con Intervención (N=44)	302
Tabla 56.- Puntuaciones pre y post. Factor 1.Profesionales control (N=19)	304
Tabla 57.- Puntuaciones antes y después del EHS. Factor 2.Profesionales con Intervención (N=44)	305
Tabla 58.- Puntuaciones pre y post. Factor 2.Profesionales control (N=19)	307
Tabla 59.- Puntuaciones antes y después del EHS. Factor 3.Profesionales con Intervención (N=44)	308
Tabla 60.- Puntuaciones pre y post. Factor 3.Profesionales control (N=19)	310
Tabla 61.- Puntuaciones antes y después del EHS. Factor 4.Profesionales con Intervención (N=44)	311
Tabla 62.- Puntuaciones pre y post. Factor 4.Profesionales control (N=19)	313
Tabla 63.- Puntuaciones antes y después del EHS. Factor 5. Profesionales con Intervención (N=44)	314
Tabla 64.- Puntuaciones pre y post. Factor 5.Profesionales control (N=19)	316
Tabla 65.- Puntuaciones antes y después del EHS. Factor 6.Profesionales con Intervención (N=44)	318
Tabla 66.- Puntuaciones pre y post. Factor 6.Profesionales control (N=19)	319
Tabla 67.- Puntuaciones antes y después del EHS. Puntuación global. Profesionales con Intervención (N=44)	322
Tabla 68.- Puntuaciones pre y post. Puntuación global. Profesionales control (N=19)	324