



UNIDAD ACADÉMICA:

DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADOS

TEMA:

“PROGRAMA DE APRENDIZAJE DE HABILIDADES SOCIALES DEL PERSONAL DE
SALUD PARA LA MEJORA DE LA ATENCIÓN AL USUARIO DEL HOSPITAL IESS
AMBATO”

Tesis previo a la obtención del título de

Magister en Ciencias de la Educación

Línea de Investigación, Innovación y Desarrollo principal:

Pedagogía, Andragogía, Didáctica

Caracterización técnica del trabajo:

Desarrollo

Autor:

Betty Elizabeth Freire Chávez

Director:

Carlos Rodrigo Moreta Herrera, M.U.Ps.

Ambato – Ecuador

Diciembre 2016

**PROGRAMA DE APRENDIZAJE DE HABILIDADES
SOCIALES DEL PERSONAL DE SALUD PARA LA MEJORA
DE LA ATENCIÓN AL USUARIO DEL HOSPITAL IESS
AMBATO**

Informe de Trabajo de Titulación presentado ante la
Pontificia Universidad Católica del Ecuador Sede Ambato

Por:

Betty Elizabeth Freire Chávez

En cumplimiento parcial de los requisitos para el Grado de Magister en
Ciencias de la Educación



Departamento de Investigación y Postgrados

Diciembre 2016

**PROGRAMA DE APRENDIZAJE DE HABILIDADES
SOCIALES DEL PERSONAL DE SALUD PARA LA MEJORA
DE LA ATENCIÓN AL USUARIO DEL HOSPITAL IESS
AMBATO**

Aprobado por:

Varna Hernández Junco Dra.
Presidente del Comité Calificador
Director DIP

Segundo Gonzalo Pazmay
Ramos Mg.
Miembro Calificador

Carlos Rodrigo Moreta Herrera M.U.Ps
Miembro Calificador
Director del Proyecto

Hugo Rogelio Altamirano
Villarroel Dr.
Secretario General

Raúl Marcelo Benavides Lara, PhD
Miembro Calificador

Fecha de aprobación:
Diciembre 2016

Ficha Técnica

Programa: Magister en Ciencias de la Educación

Tema: “Programa de aprendizaje de habilidades sociales del personal de salud para la mejora de la atención al usuario del hospital IESS Ambato”

Tipo de trabajo: Tesis

Clasificación técnica del trabajo: Desarrollo

Autor: Betty Elizabeth Freire Chávez

Director: Carlos Rodrigo Moreta Herrera, M.U.Ps

Líneas de Investigación, Innovación y Desarrollo

Principal: Pedagogía, Andragogía, Didáctica

Resumen Ejecutivo

El objetivo de la investigación es el desarrollar un programa de aprendizaje de habilidades sociales para la mejora de la atención al usuario por parte del personal de salud del Hospital IESS Ambato. Esto se lo realizó en base a las dificultades presentadas en el trato y en la comunicación para explicar con claridad los diagnósticos y tratamientos que se deben realizar por el paciente; ya que en ocasiones no se generan resultados de recuperación y de adherencia adecuados. El problema se presenta debido a quejas constantes de los pacientes que acuden por atención a la institución por parte del personal de salud y al no brindar una atención de calidad resulta inadecuado el cuidado de su salud. Debido a estas dificultades latentes, esta situación toma carácter de interés para este enfoque de investigación educativa dentro del proceso de enseñanza-aprendizaje de estrategias de mejora de la atención, como para la intervención en el fortalecimiento de las habilidades sociales y su aplicación en un grupo de profesionales de la salud.

Declaración de Originalidad y Responsabilidad

Yo, Betty Elizabeth Freire Chávez, portadora de la cédula de identidad N° 1802999852 declaro que los resultados obtenidos en la investigación que presento como informe final, previo a la obtención del Título de Magíster en Ciencias de la Educación son absolutamente originales, auténticos y personales. En tal virtud, declaro que el contenido, las conclusiones y los efectos legales y académicos que se desprenden del trabajo propuesto de investigación y luego de la redacción de este documento son y serán de mi sola exclusiva responsabilidad legal y académica.

Betty Elizabeth Freire Chávez

1802999852

Dedicatoria

Dedico este proyecto a la memoria de mi madre querida, mi padre y mi hijo quienes han sabido apoyarme para obtener mi meta tan anhelada ellos quienes han estado en las largas noches dándome valor y coraje para seguir adelante y no desmayar con los obstáculos que se han presentado.

Reconocimientos

Agradezco a mis Padres, Hijo y amigos quienes han sido un pilar importante para la culminación de esta etapa de mi vida tan importante en mi carrera laboral y personal, la obtención de metas es un paso decisivo en la vida por lo que también agradezco a Dios por haberme mantenido en pie a lo largo de este tiempo.

A mis maestros y tutores quienes han sabido darme las pautas para lograr cumplir esta meta.

Resumen

El objetivo de la investigación es el desarrollar un programa de aprendizaje de habilidades sociales para la mejora de la atención al usuario por parte del personal de salud del Hospital IESS Ambato. Esto se lo realizó en base a las dificultades presentadas en el trato y en la comunicación para explicar con claridad los diagnósticos y tratamientos que se deben realizar por el paciente; ya que en ocasiones no se generan resultados de recuperación y de adherencia adecuados. El problema se presenta debido a quejas constantes de los pacientes que acuden por atención a la institución por parte del personal de salud y al no brindar una atención de calidad resulta inadecuado el cuidado de su salud. Debido a estas dificultades latentes, esta situación toma carácter de interés para este enfoque de investigación educativa dentro del proceso de enseñanza-aprendizaje de estrategias de mejora de la atención, como para la intervención en el fortalecimiento de las habilidades sociales y su aplicación en un grupo de profesionales de la salud. En cuanto a la metodología utilizada para la presente investigación se tomaron en cuenta dos grupos, el de Control y el Experimental; los mismos que fueron evaluados en dos fases: Pre-test y Pos-test dentro de las cuales se aplicó el programa de aprendizaje de habilidades sociales. Se procura que tanto el profesional como el usuario mantengan una relación cordial, y que contribuya mutuamente en su interacción para proporcionar un servicio de calidad. Se conoció que tras la aplicación del programa de aprendizaje de habilidades sociales en el personal de salud se mejoró significativamente la atención a los usuarios de los servicios del Hospital IESS Ambato.

Palabras clave: Habilidades Sociales, Salud, Atención

Abstract

The overall objective of the research topic is to develop a program of learning social skills to improve patient care by health personnel at Hospital IESS Ambato. This was developed based on the problems that were arisen due to the way they handle communication to explain diagnoses and the treatments to be performed by the user and because sometimes there is not appropriate recovery and adherence. This problem comes out due to constant complaints from the patients who come for health care and doctors do not treat them politely and therefore affecting the patient health. Since this problem was arisen, it turned out to be very important to develop with this educational research within the teaching-learning process using strategies to improve patients care as well as strengthening social skills applied to a group of doctors. Regarding to the methodology used for this investigation two groups were taken into account: control and experimental; who were evaluated in two phases: pre-test and post-test in which the learning program of social skills was applied. This research aims an understanding relationship between the professionals and the users to help each other in their interaction to provide a quality service. Once the program of learning social skills in doctors was applied, it greatly improved the services at Hospital IESS Ambato.

Keywords: social skills, health care

TABLA DE CONTENIDOS

Ficha Técnica	iii
Declaración de Originalidad y Responsabilidad	iv
Dedicatoria	v
Reconocimientos	vi
Resumen	vii
Abstract	viii
CAPITULOS	
1. Introducción	1
1.1. Presentación del trabajo	1
1.2. Descripción del documento.....	1
2. Planteamiento de la Propuesta de Trabajo	3
2.1. Información técnica básica	3
2.2. Descripción del problema	3
2.3. Preguntas básicas.....	3
2.4. Formulación de meta.....	4
2.5. Formulación de hipótesis	4
2.6. Variables	4
2.7. Objetivos.....	5
2.7.1. Objetivo General.....	5
2.7.2. Objetivos Específicos.....	5
2.8. Delimitación funcional.....	5
3. Marco Teórico	6
3.1. Definiciones y conceptos	6
3.1.1. Aprendizaje de las habilidades sociales en el personal de salud.....	6
3.1.1.1. Aproximaciones conceptuales	6
3.1.1.2. Modelos Teóricos Explicativos de las Habilidades Sociales	8

3.1.1.3. Modelo psicosocial básico de las habilidades sociales de Argyle y Kendon	8
3.1.1.4. Modelo del Aprendizaje Social propuesto por Bandura.....	10
3.1.1.5. Modelos interaccionistas de habilidades sociales de McFall y Trower.....	11
3.1.1.6. Las capacidades psicofisiológicas y cognitivas	11
3.1.1.7. Habilidades o competencias cognitivas.....	12
3.1.2. Aspectos psicosociales	12
3.1.2.1. Auto-presentación	12
3.1.2.2. Repertorio conductual.....	13
3.1.2.3. Respuesta Agresiva	13
3.1.2.4. Respuesta Pasiva	13
3.1.2.5. Respuesta Asertiva	14
3.1.2.6. Elementos no verbales.....	15
3.1.2.7. Elementos paralingüísticos	15
3.1.3. Clasificación de las Habilidades Sociales.....	16
3.1.4. Adquisición de las Habilidades Sociales	19
3.1.5. Entrenamiento en Habilidades Sociales	21
3.1.5.1. Etapas del entrenamiento	21
3.1.6. Las habilidades sociales como herramienta de trabajo	22
3.1.6.1. Las habilidades sociales en profesionales de la salud	22
3.1.6.2. Deficiencias de la comunicación con el usuario	23
3.1.6.3. Deficiencias a la hora de informar	23
3.1.6.4. Deficiencias en la interacción general.....	23
3.1.7. Mejora de atención al usuario.....	24
3.2. Estado del Arte	25
4. Metodología.....	28
4.1. Diagnóstico	28
4.2. Método(s) aplicado(s).....	28
4.3. Población y muestra.....	30

4.4 Instrumentos de evaluación.....	30
5. Resultados.....	37
5.1. Análisis Sociodemográfico de la muestra.....	37
5.2. Análisis Descriptivo de los Participantes en la fase pre-test.....	41
5.2.1. Desarrollo de la planificación del Programa de entrenamiento en Habilidades sociales	44
5.3. Análisis Descriptivo de los Participantes en la fase de post-test	45
5.4. Análisis del Comportamiento Fase I/Fase II de los Grupos de Trabajo	48
5.4.1. Cambios Pre-test/Pos-test en el Grupo Control	48
5.4.2. Cambios Pre-test/Pos-test en el Grupo Experimental	51
5.5. Discusión, Análisis y Validación de Resultados	54
5.5.1. Comprobación de Hipótesis	54
5.5.2. Hipótesis	54
5.5.3. Variables para Comprobar la Hipótesis.....	55
5.5.4. Técnicas utilizadas para la Comprobación de Hipótesis	55
5.5.5. Resultados.....	55
6. Conclusiones y Recomendaciones.....	58
6.1. Conclusiones.....	58
6.2. Recomendaciones	60
Apéndice	61
Referencias.....	70

LISTA DE TABLAS

1. Clasificación de las habilidades sociales según Caballo (2011, pág. 64).....	16
2. Clasificación de las habilidades sociales según Goldstein (2010, pág. 162)	17
3. Clasificación de las habilidades sociales según Monjas (2012, pág. 782)	18
4. Procedimiento	30
5. Análisis de consistencia interna	31
6. Análisis de validez	31
7. Análisis factorial de componentes con rotación varimax	32
8. Análisis comparativo de consistencia interna para la estandarización del EHS.....	35
9. Análisis descriptivos de las Características Sociodemográficas	37
10. Análisis descriptivos de la evaluación de habilidades sociales en la primera fase	41
11. Análisis descriptivo de las habilidades sociales según nivel	43
12. Planificación	44
13. Análisis descriptivo de las habilidades sociales por áreas en la segunda fase.....	45
14. Análisis descriptivo de las habilidades sociales según nivel en la segunda fase.....	47
15. Análisis descriptivo de los cambios observados en las habilidades sociales por áreas	49
16. Análisis descriptivo de las habilidades sociales según nivel del grupo control	50
17. Análisis descriptivo de los cambios observados en las habilidades sociales por áreas en el grupo experimental	51
18. Análisis descriptivo de las habilidades sociales según nivel del grupo experimental	53
19. Comprobación de hipótesis grupo control	55
20. Comprobación de hipótesis grupo experimental	56

LISTA DE GRÁFICOS

1: Representación gráfica de la distribución de los participantes de acuerdo al sexo. No existen diferencias significativas.....	38
2: Representación gráfica de la distribución de los participantes según el nivel de escolaridad que presentan. No existen diferencias significativas.	39
3: Representación gráfica de la distribución de los grupos control y experimental según la relación con la institución. No existen diferencias significativas.....	40
4: Representación gráfica de las áreas de habilidad en los grupos control y experimental. No existe diferencia significativa.	42
5: Representación gráfica del puntaje obtenido por los participantes de cada uno de los grupos. No se encuentra diferencia significativa.....	44
6: Representación gráfica del análisis por áreas después de la aplicación del programa de aprendizaje.	47
7: Representación gráfica del puntaje obtenido por los participantes de cada uno de los grupos. Sí se encuentra diferencia significativa.....	48
8: Representación gráfica del análisis por áreas del grupo control en cada fase	50
9: Representación gráfica del análisis por nivel del grupo control en cada fase.	51
10: Representación gráfica del análisis por áreas del grupo experimental en cada fase.	53
11: Representación gráfica del análisis por nivel del grupo experimental en cada fase.	54

Capítulo 1

Introducción

1.1. Presentación del trabajo

El presente trabajo consiste en la elaboración de un programa de aprendizaje de habilidades sociales en el personal de salud, el mismo que pretende mejorar la atención al usuario del hospital IESS Ambato. Dentro de este trabajo se pretende definir cuáles son las habilidades sociales que se encuentran en la población de interés y sus diferentes carencias en el trato y la comunicación.

1.2. Descripción del documento

En base a las dificultades presentadas en el trato y en la comunicación por parte del personal de salud del IESS para explicar con claridad los diagnósticos y tratamientos que se deben realizar por el paciente; en ocasiones no se generan resultados de recuperación y de adherencia adecuados, existe así mismo la presencia constante de quejas de los usuarios que acuden por atención a la institución por parte del personal de salud; por lo tanto resulta esencial la realización de estudios sobre el tema de las habilidades sociales de los profesionales en la salud con el fin de mejorar la atención primaria.

Debido a estas dificultades latentes, esta situación toma carácter de interés tanto para la investigación educativa dentro del proceso de enseñanza-aprendizaje y de las estrategias de mejora de la atención; como para la intervención en el fortalecimiento de las habilidades sociales y su aplicación en un grupo de profesionales de la salud del Hospital IESS Ambato, pertenecientes a las diferentes áreas previa a una evaluación diagnóstica.

En vista de que se procura que tanto el profesional como el usuario mantengan una relación cordial, y que contribuya mutuamente en su interacción para proporcionar un servicio de calidad. Se pretende conocer si tras la aplicación del programa de aprendizaje de habilidades sociales en el personal de salud existe una mejora significativa en la atención a los usuarios y usuarias de los servicios del Hospital IESS Ambato.

Para empezar a desarrollar el presente tema tenemos Capítulo I en el cual se presentara los antecedentes investigativos y una introducción al tema, en el Capítulo II se elaboró el marco teórico, basándonos en investigaciones previas así como también en autores con conocimiento en

habilidades sociales así como también el aprendizaje social y en la comunicación hacia el usuario, Capítulo III se toma en cuenta el enfoque de la investigación, la modalidad se define la población y muestra a evaluar, se revisa tanto el objetivo general como los objetivos específicos; en el Capítulo IV se analiza los resultados del Test Escala de Habilidades sociales el mismo que mide cuales son las escalas que se presentan en la población investigada; en el Capítulo V se detalla las conclusiones y recomendaciones que se llegaron en la presente investigación.

Capítulo 2

Planteamiento de la Propuesta de Trabajo

2.1. Información técnica básica

Tema: “PROGRAMA DE APRENDIZAJE DE HABILIDADES SOCIALES DEL PERSONAL DE SALUD PARA LA MEJORA DE LA ATENCIÓN AL USUARIO DEL HOSPITAL IEES AMBATO”

Tipo de trabajo: Tesis

Clasificación técnica del trabajo: Tesis

Líneas de Investigación, Innovación y Desarrollo

Principal: Pedagogía, Andragogía y Didáctica

2.2. Descripción del problema

El presente problema requiere ser conceptualizado de manera estratégica con la finalidad de establecer claramente las definiciones de las habilidades sociales que se encuentran ampliamente dirigidas y concertadas con los procesos de aprendizaje que constituyen el efecto primordial de la atención al cliente.

Por cuanto la presente investigación busca establecer estrategias que correlacionen los procesos de aprendizaje de habilidades sociales con la atención al cliente en el hospital IEES Ambato.

2.3. Preguntas básicas

¿Cómo aparece el problema que se pretende solucionar?

Aparece por el reporte de índices deficientes de atención al usuario que se manejan en la institución.

¿Por qué se origina?

Por la dificultad en el manejo de las habilidades sociales que presenta el personal del Hospital IEES Ambato hacia los usuarios y usuarias que buscan los diversos servicios de atención.

¿Qué lo origina?

Un posible factor serían los niveles extremos de estrés que maneja el personal de salud del Hospital IESS Ambato, ya que sobrepasa la capacidad natural de tolerancia, junto con el incremento del número de usuarios que deben ser atendidos durante las horas laborales.

¿Cuándo se origina?

En el contacto del usuario con el personal de salud del Hospital IESS Ambato.

¿Dónde se origina?

En el Hospital IESS Ambato.

¿Dónde se detecta?

En la relación entre el usuario- personal de salud de acuerdo a los reportes de índices de producción.

2.4. Formulación de meta

Determinar si las habilidades sociales elevan el nivel de atención al cliente

2.5. Formulación de hipótesis

La aplicación del programa de aprendizaje en habilidades sociales mejorará la atención al usuario por parte del personal de salud del Hospital IESS Ambato.

2.6. Variables

Variable Independiente: Habilidades Sociales

Indicadores:

Iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto.

Autoexpresión de situaciones sociales

Defensa de los propios derechos como consumidor

Expresión de enfado o disconformidad

Decir no y cortar interacciones

Hacer peticiones

Variable Dependiente: Atención al usuario

Indicadores:

Actitud

Rapidez

Organización

2.7. Objetivos

2.7.1. Objetivo General

Analizar un programa de aprendizaje de habilidades sociales para la mejora de la atención al usuario por parte del personal de salud del hospital IESS Ambato.

2.7.2. Objetivos Específicos

- Fundamentar los preceptos teóricos de la educación relacionado con las habilidades sociales en adultos que trabajan como personal de salud y la atención al usuario.
- Diagnosticar la situación del personal de salud del Hospital IESS Ambato con respecto al desarrollo de las habilidades sociales.
- Elaborar un programa de intervención para la mejora de las habilidades sociales en el personal de salud.
- Ejecutar el programa de mejora de las habilidades sociales para la mejora de la atención al usuario del Hospital IESS Ambato.
- Establecer la eficacia del programa de aprendizaje de habilidades sociales del personal de salud para la mejora de la atención al usuario del Hospital IESS Ambato.

2.8. Delimitación funcional

Delimitación conceptual

Campo: Psicología Aplicada.

Área: Intervención Psicológica Experimental.

Aspecto: Intervención en las Habilidades Sociales

Delimitación Espacial

Provincia: Tungurahua.

Ciudad: Ambato.

Institución: Hospital IESS Ambato

Delimitación Temporal

Inicio: Diciembre – 2015.

Finalización: Abril – 2016.

Capítulo 3

Marco Teórico

3.1. Definiciones y conceptos

3.1.1. Aprendizaje de las habilidades sociales en el personal de salud

3.1.1.1. Aproximaciones conceptuales

Para conceptualizar el término ‘destreza social’ o ‘habilidad social’, es necesario navegar a través de la diversidad de estudios sobre el tema que se han realizado a lo largo del tiempo. A la actualidad, existen autores que han formulado teorías estructuradas con cierta validez en el que se incluyen aspectos relacionados con las habilidades sociales. Con el fin de extender la comprensión de las habilidades sociales se tomarán en cuenta diversos autores como Dollard y Miller (1999), Santos Rego (2010), Meichenbaum (2006) y Furnham (2003).

Uno de los modelos teóricos más contemporáneos y de notoria aceptación son los estudios de Goleman (2010). Quien considera a las habilidades sociales parte de un constructo que él denominó “Inteligencia emocional”. En este aspecto Goleman, define a la inteligencia emocional como: la capacidad de comprender emociones y conducirlas, de tal manera que puedan utilizarlas para guiar nuestra conducta y nuestros procesos de pensamiento, para producir mejores resultados. Para el autor y su modelo teórico, la inteligencia emocional se compone de las competencias personales y las competencias sociales.

Las Competencias Personales: Se refirió a las diferentes habilidades individuales que el sujeto requiere para desenvolverse en su medio ambiente. Estas destrezas pueden ser adquiridas a través de la educación o la experiencia.

Las competencias personales son para Goleman (2012) las siguientes:

- 1. Conciencia de uno mismo:** Las cuales comprenden: a) Conciencia de nuestros propios estados internos, recursos e intuiciones; b) Conciencia emocional; c) Valoración adecuada de uno mismo; y d) Confianza en uno mismo.
- 2. Autorregulación:** Que se refieren al: a) Control de nuestros estados, impulsos y recursos internos; b) Autocontrol; c) Confiabilidad; d) Integridad; e) Adaptabilidad; y f) Innovación.

3. **Motivación:** Esto se compone de: a) Las tendencias emocionales que guían o facilitan el logro de nuestros objetivos; b) Motivación de logro; c) Compromiso; d) Iniciativa; y e) Optimismo.

Competencias Sociales: Estas, en lugar de ser destrezas determinadas para lograr actividades individuales, son los tipos de habilidades que un individuo debe poseer para relacionarse exitosamente con los demás, es por esto que requieren de una comunicación efectiva y deben ser habilidades prosociales. Las competencias sociales son:

1. **Empatía:** Este apartado se refiere a: a) Conciencia de los sentimientos, necesidades y preocupaciones ajenas; b) Comprensión de los demás; c) Orientación hacia el servicio; d) Aprovechamiento de la diversidad; y e) Conciencia política.
2. **Habilidades sociales:** Esto es: a) Capacidad para inducir respuestas deseables en los demás; b) Influencia; c) Comunicación; d) Liderazgo; e) Catalización del cambio; f) Resolución de conflictos; g) Colaboración y cooperación; y h) Habilidades de equipo.

De esta manera en el modelo teórico de Goleman, las habilidades sociales forman parte de las competencias sociales que componen el constructo acerca de la inteligencia emocional. Es decir, que su finalidad es el desarrollo exitoso de las relaciones interpersonales.

Por otra parte, las habilidades sociales como constructo, son diversas, variadas, continuamente cambiantes y poco estables en el tiempo. Por lo que su aprendizaje debe ser inalterablemente flexible y contener métodos inventivos. A través de los cuales puedan irse desarrollando paulatinamente hasta arraigarse permanentemente a la conducta del individuo. De la misma manera Santos Rego (2010), estableció otra definición de habilidades sociales, a través de una lista de características que se incluyen en las mismas (citado en Ortego, 2012):

1. Las habilidades sociales son conductas aprendidas, ampliamente admitidas y que, viabilizan la interacción con el círculo social.
2. Son instrumentos sociales que se vuelven vitales para alcanzar objetivos personales.
3. Se articulan dentro de este constructo diversos factores observables y factores cognitivos y afectivos que no son observables directamente.
4. El aprendizaje, entrenamiento y evaluación de las habilidades sociales debe estar en equilibrio con el contexto social del individuo.

Para otros autores, las habilidades sociales se encuentran irremediabilmente ligadas al contexto situacional. En el que el individuo se desarrolla, por lo que estas se vuelven imposibles de definir ya que el mismo contexto es diverso y constantemente variable. Autores como Meichenbaum (2006), consideraban que las habilidades sociales deben analizarse dentro del marco cultural; puesto que los patrones de comunicación son distintos en cada contexto y así mismo dependerán de factores como la edad, sexo, nivel social y tipo de educación y a los mismos se encontrará ligado el entrenamiento y desarrollo de las habilidades sociales. Así mismo las habilidades requeridas en determinado contexto dependerán del propósito del individuo puesto que las estrategias apropiadas en un marco situacional podrían ser inapropiadas en otro (López, 2012).

Debido a esto, la conceptualización de las habilidades sociales y la tipificación de las mismas constituye un constructo abstracto de ideas ligado siempre al contexto situacional en el que el individuo se desarrolla. En un ejemplo Furnham (2003) establece la asertividad como una habilidad social impulsada en determinadas culturas occidentales. Sin embargo, es rechazada en otro tipo de contexto cultural en el que la sumisión, humildad, subordinación y tolerancia son profundamente valoradas especialmente en las mujeres (Álvarez, 2013).

De esta forma puede afirmarse que la definición y las medidas de suficiencia e insuficiencia de la competencia social en una cultura pueden no ser del todo aplicables en otra ya que las normas de comportamiento socialmente aceptables tienen diferencias considerables de una cultura a otra (Ovejero, 2014)

3.1.1.2. Modelos Teóricos Explicativos de las Habilidades Sociales

Dado que las habilidades sociales se convierten en un constructo variable y con una infinidad de conceptos y elementos dependientes de diversas situaciones y contextos, existen también una variedad de modelos teóricos que explican el desarrollo de las mismas. Empezando por el modelo de aprendizaje social de Bandura (1987) y el modelo clásico de Argyle y Kendon (1967) hasta los modelos actuales e interaccionistas de McFall y Trower (2000). Las habilidades sociales han representado un factor de alto contenido explicativo y un objeto profundo de estudio (citado en Pérez, 2012).

3.1.1.3. Modelo psicosocial básico de las habilidades sociales de Argyle y Kendon

Para Argyle y Kendon (1967), las habilidades sociales se derivan de la analogía de la relación hombre-máquina, a través de la cual se desarrolló la etiqueta de habilidad social para la relación hombre-hombre. Según esta teoría se incorpora el rol como elemento principal al

que se integran las conductas motoras junto con los procesos perceptivos y cognitivos. Así, el conjunto de habilidades necesarias para el empleo u operación de una máquina, se extienden hacia el empleo de ciertas destrezas que el individuo requiere para relacionarse adecuadamente con sus iguales. Además, esta correlación entre las habilidades motrices y la interacción social se representan bajo una serie de elementos (citado en Pades, 2013)

- **Fines de la actuación hábil:** Alcanzar objetivos bien definidos.
- **Percepción selectiva de las señales sociales de los demás:** El individuo observa las señales sociales que presentan otras personas.
- **Procesos centrales de traducción:** asignando una significación concreta a la información que reciben del otro.
- **Planificación:** Búsqueda y valoración de alternativas de actuación que consideren eficientes en una situación determinada.
- **Respuestas motrices o de actuación:** Ejecución de las alternativas seleccionadas como eficientes.
- **Feedback y acción correctiva:** La acción ejecutada por el individuo es percibida como señal social por el interlocutor, de modo que este último llevará a cabo los procesos anteriores y cerrará el circuito de interacción. En caso de que la acción ejecutada por el primer sujeto sea considerada como inadecuada por el interlocutor, discurrirá en un fallo en el circuito de interacción y generará un comportamiento incompetente.
- **El timing de las respuestas:** Se trata de la sincronización de respuestas que existe entre los individuos inmersos en el proceso de interacción, de este modo asumirán el papel del otro logrando así anticipar el momento en el que es necesario emitir una respuesta determinada y el modo en el que esta influirá en el interlocutor.

Existen así mismo factores que provocarán fallos en el proceso de interacción social. Según García Saíz (1999), estos pueden ser (citado en Pades, 2013):

- **Desajuste en los objetivos de los sujetos:** Puede deberse a que sean incompatibles, inapropiados o inalcanzables.
- **Errores de percepción:** Bajo nivel de discriminación, percepción estereotipada, errores de atribución causal.
- **Errores en la traducción de las señales sociales:** Fracaso al evaluar alternativas, no tomar decisiones o tardar en tomarlas, tomar decisiones negativas.
- **Errores de planificación:** No analizar las diferentes alternativas de actuación.

- **Errores en la actuación:** Puede deberse a que el individuo no sabe qué hacer o no posee experiencia.

3.1.1.4. Modelo del Aprendizaje Social propuesto por Bandura

A pesar de que la propuesta de Bandura (1987) no incluye como tal un modelo de habilidades sociales, la Teoría del Aprendizaje Social constituye un importante cimiento en el estudio de la interacción social que más tarde daría origen a las diversas teorías actuales sobre las habilidades sociales.

En la denominación del aprendizaje social como teoría, se encuentran todas las tentativas explicativas del comportamiento humano y los aspectos de su personalidad. Hace referencia de esta manera a los principios que el ser humano extrae de su experiencia de aprendizaje. Basándose en este modelo, Dollard y Miller (1994, pág. 420) aclararon el desarrollo de la conducta normal y patológica del ser humano, ya que concedieron a la imitación el rol de “factor socializador” y a partir de esto, Bandura concede a la imitación la importancia como una unidad de análisis de comportamiento en sí misma.

Es decir, a partir del hallazgo de Dollard y Miller (1994, pág. 428), se desarrolló la teoría de aprendizaje social en la cual la imitación es un factor imprescindible y principal para el desarrollo de nuevas conductas en el ser humano. Desde la infancia a los años adultos, el individuo toma conductas aprendidas en el medio ambiental como propias conformando así nuevos patrones de comportamiento y conllevando en sí un proceso de interacción social en el que participa una y otra vez, formando un circuito interaccionista en el que vuelve a aprender una conducta, la ejecuta y la modifica según las nuevas necesidades que surgen a partir del primer momento de aprendizaje.

Al contrario de la creencia de Dollard y Miller, para Bandura (1987, pág. 77) la imitación se da “sin la necesidad de existir un refuerzo positivo o un incentivo” y a partir de esto se demostró que el aprendizaje observacional se produce incluso cuando esta acción es castigada. Ya que el individuo tiende a extraer reglas generales de interacción social a partir de la conducta ajena y estas se practican o ejecutan en el momento propicio según la necesidad del sujeto. Fue así como Bandura estableció que “el funcionamiento psicológico se explica por una continua y recíproca interacción entre factores determinantes personales y ambientales” (Bandura, 1987).

A partir de estos primeros descubrimientos, Bandura avanzó en su teoría proporcionando elementos principales para la conducta social (Ovejero, 2014):

- **Los procesos perceptivos:** El individuo adquiere información a través de la observación de las conductas producidas en el ambiente de desenvolvimiento.
- **Los procesos cognitivos reguladores:** El individuo prevé las derivaciones que tendrá su conducta debido a esto regula las futuras acciones en base a las consecuencias que estas podrían provocar.
- **El proceso de ejecución de la conducta:** Es el proceso a través del cual el individuo pone en práctica la conducta aprendida, primero en un ambiente controlado y luego en un ambiente social libre.

3.1.1.5. Modelos interaccionistas de habilidades sociales de McFall y Trower

Este tipo de modelos, contemplan la competencia social como el resultado final de una proyección de desarrollo. Que involucra diversos factores como son los procesos cognitivos y conductuales. En los que se integran estímulos interpersonales relevantes, procesamiento flexible de estos estímulos y la expresión de la acción elegida. En este caso, se involucran factores personales derivados del contexto situacional para el desarrollo de la competencia social (Pérez, 2012):

3.1.1.6. Las capacidades psicofisiológicas y cognitivas:

Son importantes capacidades cognitivas como la percepción social o interpersonal adecuada, la traducción y la planificación. En este apartado se ven también involucradas las habilidades de solución de problemas, de evaluación de resultados potenciales, etc. Dentro de estas capacidades se encuentran los siguientes procesos (Ovejero, 2014):

- Información sobre las metas y motivaciones de la persona ante la situación
- Información sobre las reglas de interacción social tanto formales como informales
- Procesos de carácter motivacional y afectivo.

3.1.1.7. Habilidades o competencias cognitivas:

En este tipo de habilidades, el individuo debe poseer las siguientes capacidades o destrezas (Caballo, 2012):

- La capacidad de conocer la conducta apropiada.
- Dar auto-instrucciones para regular el comportamiento propio.
- Auto-refuerzos o auto-recompensas para incentivar los comportamientos socialmente apropiados.
- Las habilidades de empatía.
- La previsión de consecuencias tanto a corto plazo como a largo plazo.
- El desarrollo de expectativas realistas.
- Conocer las costumbres sociales.

3.1.2. Aspectos psicosociales:

En este caso se toman en cuenta variables sociodemográficas como (Cabrera, 2013):

- La edad
- El género
- El nivel socioeconómico
- Características derivadas de la pertenencia a determinados grupos o categorías sociales (raza, etnia, religión, grupos diversos de pertenencia, etc.).
- Capacidad de desempeñar un rol
- Asumir el papel de los otros

3.1.2.1. Auto-presentación:

Se trata de una forma de influir positivamente en la impresión que los demás tienen del individuo, en este caso se busca preservar el autoestima y mantener un buen nivel profesional o académico. La auto-presentación se realiza de forma predominantemente no verbal, e incluye elementos como (Blanchet, 2010):

- La vestimenta
- El cuidado del peinado.
- la apariencia física.
- Cuidado del atractivo físico.

3.1.2.2. Repertorio conductual:

En este caso el individuo debe contar con diversos tipos de conductas y comportamientos socialmente aceptadas para poder utilizarlas en todos los contextos situacionales en los que pueda verse inmerso el sujeto (Kazdin, 2010).

Dentro de los modelos teóricos de las habilidades sociales, existen también tipos de respuestas que el individuo presenta de acuerdo al contexto situacional en el que se encuentra y que se encuentran estrechamente ligados a los factores presentados por los autores previamente destacados. Para Caballo (2012) la respuesta a la interacción social puede ser:

3.1.2.3. Respuesta Agresiva:

Este estilo de comunicación, incluye una defensa de derechos de forma unilateral en dirección esencialmente personal, a la vez que la expresión de deseos y derechos se da de una manera deshonesto e inapropiada llegando a extremos de violencia en ocasiones. (Lange, 2011). Presenta las siguientes características:

- Reclama periódicamente.
- Establece delaciones.
- Sobrepone la opinión propia.
- Lenguaje de órdenes.
- Habla mucho para no ser contrariado.
- La propia estima está sobrevaluada.
- El sí mismo es su mejor tema de conversación.
- Eleva el tono de voz.
- Tono frío y autoritario.
- Mirada inexpresiva, fija y orgullosa.
- Postura rígida.

3.1.2.4. Respuesta Pasiva:

El individuo se percibe a sí mismo como incapaz para expresar sus sentimientos, opiniones y pensamientos de forma elocuente, honesta y directa. (Goldstein, 2010). Entre las características básicas de este tipo de respuesta podemos encontrar:

- Apologías constantes.
- Rodeos y redundancias al hablar.
- Dificultad para expresarse.
- No dice lo que quiere decir.
- Busca ser claro a través de un exceso de palabras.
- Vergüenza y miedo de lo que desea decir.
- Auto-humillación.
- Tono de voz débil.
- Volumen bajo.
- Evita el contacto visual.
- Mirada caída.
- Postura blanda.
- Movimientos afirmativos frecuentes.

3.1.2.5. Respuesta Asertiva:

Este tipo de respuesta es considerada como una forma de comunicación aceptada que impulsa al sujeto a expresarse de manera libre y sin trabas, ya que el individuo será capaz de controlar su ambiente de mejor manera proporcionándose a sí mismo conductas socialmente aceptadas que lo hagan sentirse más satisfecho consigo mismo y con los demás (Bleger, 2012). Las características que solidifican este tipo de respuesta son:

- Comportamiento natural.
- Facilidad para escuchar.
- Autoexpresión libre.
- Objetividad
- Su comunicación es directa.
- Tono de voz firme y relajada.
- Contacto visual constante
- Mirada directa y expresiva.
- Postura relajada y tranquila.

Estos tipos de respuesta, poseen diferentes clases de elementos en su comunicación, mismos que constituyen las principales formas de notar y dar a conocer el tipo de respuesta que el

individuo manifiesta a la hora de realizar un proceso de interacción social. Estos elementos son subjetivos y pueden ser no verbales o paralingüísticos (Ortego, 2012).

3.1.2.6. Elementos no verbales:

Los elementos de este tipo pasan fácilmente desapercibidos, sin embargo son estos los que proporcionan la mayor cantidad de información acerca de la respuesta social del individuo, estas habilidades se practican a partir de (Gardner, 2014):

- **La mirada** El contacto visual es un elemento sumamente importante dentro de la interacción social, es decir la habilidad radica en mantener el contacto visual en la parte superior del rostro y de esta forma provocar en el otro la sensación de ser una persona agradable y directa (Allen, 2013).
- **La expresión facial.** Esta debe ser congruente con el mensaje que se expresa, ya que el rostro denota el mayor punto visible a la hora de comunicarse frente a frente, suele ser una de las primeras señales dentro de las habilidades sociales (Blackwood, 2012).
- **Los gestos.** Son utilizados para enfatizar el mensaje que se busca proporcionar al interlocutor. Estos deben ser así mismo congruentes con la expresión facial y pueden ser apropiados o inapropiados siguiendo el contexto situacional y cultural del individuo (Arroyo, 2011).
- **La postura.** La posición en la que el individuo se encuentra también comunica diferentes tipos de mensajes, esta debe ser congruente con los elementos anteriores y debe buscar proporcionar el mensaje de comodidad al interlocutor (Dimitri, 2010).
- **La distancia/contacto físico.** La cercanía involucra el paralelismo del contacto social que se lleva a cabo y se transforma en forma proporcional al contexto social.

3.1.2.7. Elementos paralingüísticos:

Estos elementos son parte proporcional del lenguaje verbal del individuo; denotan así mismo la congruencia del mensaje y los elementos no verbales y a través de estos se puede analizar más a fondo la interacción del sujeto (López, 2012).

- **Volumen de la voz.** Permite que el mensaje llegue al interlocutor de la manera más óptima. Pueden existir fluctuaciones en el volumen que enfatizarán ciertos puntos del mensaje en cuestión (Ryan, 2007).
- **La entonación.** La mayor parte de las ocasiones la entonación del mensaje proporciona mayor información sobre los sentimientos del sujeto que el propio mensaje, ya que una misma palabra puede expresar diversas emociones, es la entonación lo que define la expresión (Acevedo, 2009).
- **La fluidez.** Cuando existe una excesiva variación en la fluidez del habla, se denota la existencia de ansiedad y preocupación a la hora de comunicarse, es aquí donde se encuentran las “muletillas” que interfieren en la fluidez del individuo e interrumpen la proporción total del mensaje (Dimitri, 2008).
- **El tiempo de habla.** Se trata de intercambiar información de manera recíproca, es decir la interacción que se lleva a cabo debe ser equitativa sin hablar demasiado o muy poco en el tiempo de interacción.

3.1.3. Clasificación de las Habilidades Sociales

El constructo de las habilidades sociales tiene diversas clasificaciones como variados son sus conceptos (Caballo, 2011; Goldstein, 2010; Monjas, 2012); es así como se ha realizado una recopilación de las teorías fundamentadas por diversos autores acerca de los tipos de habilidades y destrezas que forman parte de la competencia social.

Para Vicente Caballo (2011), autor que ha planteado una de las más aceptadas definiciones de habilidades sociales y cuya teoría ha sido apoyada y reafirmada de diferentes maneras por otros autores. Este autor reafirma las destrezas presentadas en las competencias sociales de Goleman (ver tabla 1), encasillándolas en un solo concepto de habilidades sociales (citado en Cabrera, 2013).

Tabla 1. Clasificación de las habilidades sociales según Caballo (2011, pág. 64)

-
- Inicio de interacciones sociales
 - Comunicación pública
 - Expresión de emociones
 - Defensa de derechos
 - Hacer y rechazar peticiones
 - Hacer y aceptar cumplidos

- Expresión de opiniones, necesidad de justicia y emociones positivas y negativas
- Disculparse o admitir ignorancia
- Solicitud de cambio de conducta

Fuente: Cabrera, 2013

Según Arnold Goldstein (2010), las habilidades sociales constituyen procesos de aprendizaje que avanzan a medida que el individuo evoluciona (ver tabla 2); es decir pueden ser habilidades incipientes en la infancia y crecer paulatinamente según el contexto situacional en el que el individuo se desenvuelve (citado en Peñafiel, 2010).

Tabla 2. Clasificación de las habilidades sociales según Goldstein (2010, pág. 162)

Primeras habilidades sociales: Atender, Iniciar y mantener interacciones, Hacer preguntas, Dar y agradecer cumplidos, presentarse a sí mismo y a otros.

Habilidades sociales avanzadas: Solicitar ayuda o participación en algo, proporcionar información, seguir indicaciones, pedir disculpas, convencer a los demás.

Habilidades para manejar sentimientos: Conocer y expresar los emociones, Comprender los sentimientos de los demás, manejar el enfado y el miedo, Auto-recompensarse.

Habilidades alternativas a la agresión: Pedir permiso, compartir, ayudar o negociar con otras personas, autocontrol, autodefensa, manejo de bromas, evitar conflictos.

Habilidades para el manejo de estrés: Formular o responder ante una queja de la forma adecuada, Resolver la vergüenza, Defender a otros, responder a la vergüenza y al fracaso, manejar mensajes contradictorios, Hacer frente a la presión de grupo.

Habilidades de planificación: Toma de decisiones, discriminación de causas, establecimiento de metas, determinación de destrezas, búsqueda de información, resolución de problemas, iniciativa.

Fuente: Peñafiel, 2010

Dentro del mismo aspecto, Inés Monjas (2012) desarrolla su clasificación de destrezas bajo la teoría que manifiesta una serie de elementos de las habilidades sociales a identificarse en la etapa de la adolescencia (ver tabla 3); es decir, para la autora las habilidades sociales suelen desarrollarse en esta etapa en menor o mayor nivel (citado en Cabrera, 2013).

Tabla 3. Clasificación de las habilidades sociales según Monjas (2012, pág. 782)

-
- **Habilidades básicas de interacción social.**
 - Sonreír.
 - Saludar.
 - Introducciones.
 - Favores.
 - Urbanidad y gentileza

 - **Habilidades para hacer amigos.**
 - Reforzar a los otros.
 - Inicio de interacciones.
 - Incluirse en un grupo.
 - Ayudar y colaborar.
 - Compartir

 - **Habilidades conversacionales.**
 - Iniciar, mantener y terminar diálogos.
 - Incluirse en una plática con otros.
 - Conversaciones de grupo

 - **Habilidades relacionadas con los sentimientos, emociones y opiniones.**

- Autoafirmaciones efectivas.
- Autoexpresión emocional.
- Preservar los derechos y opiniones.

- **Habilidades de solución de problemas interpersonales.**

- Identificar dificultades.
- Búsqueda de soluciones.
- Identificar los efectos del conflicto.
- Llevar a cabo la solución elegida.

- **Habilidades para relacionarse con los adultos.**

- Trato amable.
- Refuerzo.
- Peticiones.
- Resolución de problemas.

Fuente: Cabrera, 2013

3.1.4. Adquisición de las Habilidades Sociales

A pesar de la diversidad de investigaciones realizadas acerca de las habilidades y destrezas sociales, no se ha podido concretar datos definitivos sobre la etapa o la forma en que se adquieren. Sin embargo se ha encontrado una sólida relación entre el funcionamiento social en las primeras etapas de la vida y las áreas social, personal, académica y laboral de la vida adulta, de ahí que la infancia tiene un papel fundamentalmente crítico en el desarrollo de dichas habilidades.

Autores como Fernández (2010), Marín (2011) y Raga (2011) sostienen que existen factores biológicos predisponentes y determinantes en el desarrollo de las habilidades sociales; sin embargo a pesar de las diversas pruebas presentadas para fundamentar este tipo de teorías, son mayores las que cimentan el hecho de que las habilidades sociales conforman un constructo enteramente dependiente del proceso de maduración social del individuo, así como también de sus experiencias de aprendizaje a lo largo de la vida (citado en Ortego, 2012).

Para Ortego, la adquisición de las habilidades sociales constituye la combinación de diversos métodos y mecanismos de aprendizaje (Ortego, 2012):

- **Reforzamiento positivo directo de las habilidades:** En este caso se proporciona un refuerzo (premio) al individuo cuando se produce una conducta o habilidad particular (Parker, 2014).
- **El modelado o aprendizaje observacional:** Se encuentra basado en el aprendizaje vicario desarrollado por Albert Bandura (1987); es decir según este principio el aprendizaje llega a través del proceso observación-imitación.
- **El feedback:** Se trata de un mecanismo de regulación y control de los sistemas dinámicos del individuo. En el ámbito del aprendizaje se utiliza como un método a través del cual el alumno recibe información acerca de su desempeño en la actividad que se encuentra realizando (Lange, 2011).
- **Desarrollo de expectativas cognitivas respecto a las situaciones interpersonales:** En el ámbito de las habilidades sociales, las expectativas actúan como agentes predictores de la forma en que el individuo afrontará una situación interpersonal o social; es decir estas determinan si el individuo se expondrá o no a dichas situaciones en función de cómo piensa que las puede afrontar. (Bandura, 1987)

Por otro lado, Fernández (2010) establece una serie de factores debido a los cuales se presentan conductas socialmente inapropiadas en el individuo (citado en Álvarez, 2013):

- **Ausencia de conductas socialmente hábiles:** El individuo no posee comportamientos aceptables en su repertorio conductual, probablemente porque no fueron aprendidos o por haber aprendido comportamientos poco adecuados para el desenvolvimiento social (Álvarez, 2013).
- **Ansiedad social:** El individuo tiende a sentirse ansioso y estresado debido a las interacciones sociales que se verán entorpecidas por este hecho (Álvarez, 2013).
- **Autovaloración negativa:** El individuo percibe su interacción social como negativa o inadecuada y teme la aparición de consecuencias a la misma (Álvarez, 2013).
- **Ausencia de motivación:** El sujeto no percibe las razones necesarias para llevar a cabo una interacción social apropiada o exitosa en determinada situación (Álvarez, 2013).
- **Falta de interés:** El individuo no se siente atraído hacia el mundo social y por lo tanto no busca realizar este tipo de interacciones (Álvarez, 2013).
- **Diferenciación de condiciones:** El individuo tiene dificultad para discernir los comportamientos adecuados en la situación en la que se encuentra en el momento (Álvarez, 2013).

- **Desinformación:** El individuo posee inseguridad acerca de los derechos a los que se encuentra sujeto, por lo tanto siente que no debe o no tiene derecho a dar una respuesta social (Álvarez, 2013).
- **Aislamiento previo:** El individuo estuvo sometido en el pasado a un aislamiento social y esto puede producir la pérdida de las habilidades sociales por falta de desarrollo usual de las mismas (Álvarez, 2013).
- **Restricciones:** Aspectos restrictivos que no permiten al sujeto actuar de determinada manera e incluso en ocasiones recibe castigo debido a este comportamiento (Álvarez, 2013).

3.1.5. Entrenamiento en Habilidades Sociales

Siguiendo en gran medida la línea de las teorías presentadas por Fernández (2010) y por Ortego (2012), se entiende a las habilidades sociales como un constructo dependiente del aprendizaje. Al comprenderlas de esta manera es fácilmente deducible que es además un constructo modificable en el ser humano. Es esta la finalidad que persigue el entrenamiento en habilidades sociales, así como también el presente Programa de Aprendizaje (Fadl, 2009).

El entrenamiento en habilidades sociales puede tratarse de un programa a través del cual el individuo desarrolle paulatinamente en niveles de crecimiento gradual, determinadas estrategias que lo ayudarán a desenvolverse con mayor aptitud en el medio social en el que se encuentra, así como también aprenderá comportamientos útiles en las situaciones que representan conflicto y que son relevantes para su bienestar y sus propósitos (Kazdin, 2010). Para esto se utilizan técnicas como:

- Intercambio oral de información
- Modelamiento
- El ensayo conductual
- Feedback y refuerzos

Otros métodos se utilizarán con el fin de reducir la ansiedad y modificar los pensamientos que dificultan la utilización de las habilidades aprendidas:

- La reestructuración cognitiva
- La desensibilización sistemática
- La relajación

3.1.5.1. Etapas del entrenamiento

Para Lange et al. existen cuatro etapas del entrenamiento en habilidades sociales que buscan establecer una continuidad en el programa de aprendizaje. Dichas etapas no deben ser necesariamente sucesivas y se adaptan a las necesidades del individuo (Lange, 2011).

- Establecimiento de un conjunto de creencias a través de las cuales se fomenta el respeto por los derechos propios y ajenos.
- Discriminación de conductas.
- Restructuración cognitiva.
- Ensayo conductual de respuestas asertivas.

Por otro lado, Vicente Caballo propone el desarrollo del entrenamiento en habilidades sociales a través de cuatro elementos diferentes (Caballo, 2012):

- **Entrenamiento de habilidades.** Instrucción en la práctica de conductas asertivas que se integrarán a las utilizadas por el sujeto (Caballo, 2012).
- **Reducción de ansiedad.** Se busca disminuir la ansiedad provocada por situaciones problemáticas y estresantes llevándolo a utilizar otro tipo de respuestas indirectas hacia la causa de ansiedad (Caballo, 2012).
- **Restructuración cognitiva.** Se busca cambiar las creencias conflictivas del individuo a través del ensayo de nuevas conductas que evitarán el comportamiento socialmente inadecuado frente a determinada situación. (Caballo, 2012).
- **Entrenamiento en solución de problemas.** Busca que el paciente perciba en forma jerárquica los valores de cada uno de los conflictos que se presenten en cada situación. (Caballo, 2012)

3.1.6. Las habilidades sociales como herramienta de trabajo

3.1.6.1. Las habilidades sociales en profesionales de la salud

Los profesionales del ámbito sanitario y hospitalario se encuentran en constante relación con un ambiente estresante y con altos niveles de tensión. A la vez, son profesionales cuyo “material” de trabajo son humanos en sí, es por eso que dentro de su área profesional, las habilidades sociales y la comunicación son un elemento imprescindible a través del cual pueden manejar de mejor manera la mejora en la salud del paciente hospitalario (Wallace, 2010). A través de estas habilidades pueden proporcionar un aumento en la calidad del servicio sanitario y una atención primordial al usuario de las instituciones dedicadas a la atención en salud de la población general.

En el ámbito de los servicios sanitarios, existen una infinidad de problemas de insatisfacción por parte del profesional y del usuario que muchas veces se debe a una comunicación apresurada o impersonal, deficiencias que podrían desencadenar problemas en el asesoramiento o la atención sanitaria. Pades (2013), determinó una serie de conflictos o deficiencias en la habilidad social de los profesionales de la salud, los cuales se dividen en:

3.1.6.2. Deficiencias de la comunicación con el usuario:

Dentro de este apartado, Pades analiza las carencias del profesional de la salud en lo que respecta a las habilidades sociales; estas carencias se relacionan con las actitudes y elementos no verbales a la hora de entrevistar al usuario (citado en Caldarella, 2016):

- Uso de una mirada inadecuada.
- Disminuir el nivel de atención a la información proporcionada.
- Detener la explicación del usuario o interrumpirla.
- 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.

3.1.6.3. Deficiencias a la hora de informar:

En este caso, se definen las carencias del profesional al momento de proporcionar información al paciente o cliente (Kazdin, 2010).

- 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.

3.1.6.4. Deficiencias en la interacción general:

Se refiere a las carencias generales en cuanto a la interacción social del profesional sanitario con el usuario (Lange, 2011):

- Inicio brusco de la entrevista.
- Su escasa duración.
- No explicar el motivo de la entrevista.
- No dar apoyo o tranquilizar

3.1.7. Mejora de atención al usuario

Los hospitales tienen la difícil tarea de administrar las crisis de los pacientes mientras siguen estando seguros de proporcionar un buen servicio al cliente a los pacientes, a sus familias y a los visitantes. Por lo tanto, los hospitales deben trabajar duro para asegurarse de que están haciendo que las experiencias de los pacientes y de los visitantes sean tan agradables como sea posible.

Ser paciente con los pacientes: Tan básico como podría parecer, ser paciente con los pacientes y sus familias puede marcar una diferencia en el tipo de experiencia que tienen en el hospital.

Decir por favor y gracias: Ser educado puede recorrer un largo camino. En un entorno hospitalario, el buen servicio al cliente puede lograrse recordando decir "por favor" y "gracias" a los pacientes y a sus familias.

Ser accesible y estar disponible: Las personas que visitan o permanecen en un hospital pueden tener un montón de preguntas sobre el tratamiento que está recibiendo, las pruebas que se realizan y los medicamentos que se prescriben. Como tal, es buen servicio al cliente asegurarse de que el personal del hospital sea accesible y esté disponible para ayudar a responder las preguntas que los clientes puedan tener o les indiquen una dirección para obtener asistencia adicional.

Puntualidad: Parte de ser profesional incluye practicar y exhibir habilidades de gestión de tiempo. En los hospitales, es importante que las cosas sucedan oportunamente. Si los procedimientos están programados durante cierto tiempo, pero se retrasaron, este es un ejemplo de profesionalismo pobre, que puede conducir a una experiencia de servicio al cliente negativo.

Quejas y reclamaciones: Tener una política y un sistema en el lugar para los pacientes y los visitantes para presentar quejas o reclamaciones sobre la entrega de su cuidado en el hospital es realmente un buen servicio al cliente.

3.2. Estado del Arte

En cuanto a las investigaciones previas en el ámbito del aprendizaje de las habilidades sociales y su importancia para los profesionales de la salud, existen diversas investigaciones que se han tomado como referencia para la presente investigación.

Las habilidades sociales, según diversos estudios han resultado propicias incluso en el tratamiento de enfermedades mentales; Wallace, en su trabajo acerca del entrenamiento en habilidades sociales para los pacientes con esquizofrenia, realizó una asignación al azar de 28 pacientes con esquizofrenia al entrenamiento en habilidades sociales o la terapia intensiva de salud integral. Una evaluación multidimensional se llevó a cabo antes y después de 9 semanas de tratamiento hospitalario y durante 24 meses en la comunidad. Los pacientes expuestos a la formación en habilidades sociales evidenciaron significativamente mayor adquisición, la generalización y la durabilidad de las habilidades sociales; en su integración social en la comunidad fue calificado como una mejor por otras personas importantes; y experimentaron menos recaídas y re-hospitalizaciones (Wallace, 2010 pp. 94 - 107).

Por otra parte, Riggio (2014) en su trabajo acerca de la evaluación de las habilidades sociales básicas, propone un marco conceptual para definir y evaluar las habilidades sociales básicas derivadas de los intentos de los psicólogos para medir las diferencias individuales en las habilidades de comunicación no verbal, en este estudio busca desarrollar el Social Skills Inventory (SSI) como una nueva herramienta de evaluación. En una serie de estudios de validación utilizando 149 estudiantes universitarios, el SSI demostró validez convergente y discriminante en relación con otras medidas de habilidades sociales no verbal y escalas de personalidad tradicionales. Las puntuaciones en el SSI también predijeron algunas pertenencias sociales del grupo, comportamientos sociales típicos, y la profundidad de las redes sociales. La evidencia sugiere que el SSI podría ser una herramienta valiosa para la investigación de la personalidad y la psicología social y de trabajo en la configuración aplicada (Riggio, 1986 pp. 40-54).

El entrenamiento de las habilidades sociales busca esencialmente este desenlace, instruir a las personas en habilidades sociales ineludibles para sus funciones interpersonales. Se trata básicamente de un proceso predeterminado en el que se proporciona al individuo ciertas

destrezas que le servirán para su desenvolvimiento en ciertas situaciones o eventos (Kazdin, 2010 pp. 99-109).

Hace referencia también a los tipos de habilidades sociales, citando a Lazarus (1973, pág. 224) quien indicó cuatro capacidades: “decir no, pedir favores y hacer peticiones, expresar sentimientos positivos y negativos e iniciar, mantener y terminar conversaciones”. Las clases de respuesta que se han propuesto posteriormente, y ya desde un punto de vista empírico, han girado alrededor de estos cuatro tipos de respuesta.

En cuanto a las habilidades sociales en los profesionales de la salud, Pades (2013) en la Universidad Illes Balears presenta en su trabajo “Habilidades sociales en enfermería: Propuesta de un programa de intervención” un estudio cuyo objetivo general fue 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; después de aplicar un programa de entrenamiento en habilidades sociales se observó que había 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 (Pades, 2013 pp. 320-333).

Kazdin, en el año 2012 en su trabajo “La relación de la evaluación del juego de roles de las habilidades sociales de los niños con múltiples medidas de competencia social”, evaluó la relación entre el rendimiento de juego de roles de las habilidades sociales de los niños con múltiples medidas de competencia social. Treinta y ocho niños de hospitalización psiquiátrica (edades 7-13 años) completaron medidas para evaluar el rendimiento de juego de roles, el conocimiento de las habilidades sociales, auto-eficacia y el comportamiento social auto-reportado en diversas situaciones. La interacción social abierta no se evaluó directamente, sino discretamente en el hospital también. Múltiples medidas de habilidades sociales también fueron completadas por el personal del hospital, los padres y profesores. Los resultados indicaron que el rendimiento de juego de roles se correlacionó significativamente con el conocimiento del niño y la auto-eficacia, pero no con el comportamiento social abierta o comportamiento social auto-reportado en diversas situaciones. El rendimiento de juego de roles en general no se correlacionó con las medidas realizadas por el personal, los padres y profesores. Sin embargo, las medidas realizadas por estos informantes hicieron converger y también eran útiles para delinear grupos de diagnóstico de niños cuya conducta social que se esperaba que sea problemático. Se discuten las implicaciones de

los resultados para el uso de pruebas de juego de roles para evaluar las habilidades sociales y de discriminar poblaciones clínicas (Kazdin, 2010 pp. 520-527)

Para concluir, cuando se desarrollan las habilidades sociales se gana en honestidad personal. La capacidad de decir directamente que es lo que deseamos, necesitamos y opinamos pero nunca a expensas de otras personas. Eso hará que tengamos mayor seguridad, seamos personas positivas y comprensivas con los puntos de vista de las demás personas y seremos capaces de comportarnos de una forma madura y racional. Tendremos capacidad de negociar y de llegar a acuerdos viables. Sobre todo, las habilidades sociales implican auto respeto y respeto hacia las personas.

Capítulo 4

Metodología

4.1. Diagnóstico

El presente trabajo consiste en un diseño cuasi-experimental inter-sujetos con grupos equivalentes y de corte transversal, misma que para Kerlinger (2002, pág. 18) tiene su base en una exploración empírico-sistemática, mediante la cual el control de las variables independientes no son manipulables ya que sus consecuencias ya han ocurrido. Por otro lado, el modelo inter-sujetos se define como un tipo de exploración en la cual existe comparación entre dos grupos de sujetos para estudiar la eficacia de las intervenciones que se planean llevar a cabo. En cuanto al corte transversal, manifiesta el tipo de recolección de datos que se realizará; es decir en un mismo período de tiempo en los dos grupos de la población.

4.2. Método(s) aplicado(s)

El presente trabajo aborda un diseño cuasi-experimental intra-sujetos con dos grupos independientes de corte transversal aplicada a la educación y ciencias sociales.

Tomando en cuenta que se toma como punto el método de tipo cuasi-experimental y sabiendo que estos son diseños en los que o no hay grupo de control o no hay asignación aleatoria de los sujetos a ambos grupos. Para ellos las unidades muestrales se dividirán en dos grupos: el primero o grupo I, que comprende la mitad de la población que han presentado quejas por parte de los pacientes y el segundo grupo o grupo II compuesto por el resto de participantes con similares características. Como primer paso se llamó al personal de salud que han sido sujetos de queja por parte de los pacientes del hospital IESS Ambato para entrevistarlos y dividirlos en los grupos de atención psicológica. Dentro de la investigación se desarrollaron dos fases.

Fase I (Pre-test): En esta fase se procedió a la aplicación del test tanto en el grupo control como en el grupo experimental, para dicha tarea no fue necesaria la aplicación previa de las herramientas de aprendizaje en habilidades sociales.

Fase intermedia: En esta fase se aplicó el programa de aprendizaje en habilidades sociales (ver apéndice 1) al grupo experimental bajo los siguientes criterios:

1. Nombre del programa:

Programa de Aprendizaje en Habilidades Sociales para la mejora de la atención al usuario del Hospital IESS Ambato.

2. Responsables:

Ps. Rodrigo Moreta Herrera – Director del programa de intervención.

Ps. Betty Elizabeth Freire – Diseñadora y ejecutora del programa.

3. Numero de sesiones de intervención e intervalo

- 8 sesiones de entrenamiento en habilidades sociales.
- El intervalo de sesiones fue de dos veces por semana.

4. Tiempo de Duración

60 minutos.

5. Distribución de los participantes:

- Grupo I: 25 participantes.
- Grupo II: 25 participantes.

6. Fecha:

- Inicio: Enero de 2016.
- Finalización: Febrero de 2016.

7. Proceso

La propuesta Programa de Aprendizaje en Habilidades Sociales se basa en un programa cuasi-experimental intrasujetos con grupo de espera, para ello las unidades muestrales se dividieron en dos grupos: Control y Experimental; ambos conformados por profesionales de la salud con formación en bachillerato, tercer y cuarto nivel que se encuentran en relación laboral con el Hospital IESS Ambato en contacto directo con los usuarios de dichos servicios de salud.

Como primer paso se tomó una muestra de los profesionales para proceder a entrevistarlos y dividir la población en dos grupos. Se realizará una primera evaluación con la Escala de Habilidades sociales de Elena Gismero a ambos grupos; después de lo cual se procederá a aplicar el programa de aprendizaje al grupo experimental mientras el grupo control se encuentra en espera. Concluida esta primera participación, se procederá a realizar una evaluación post-test en ambos grupos. Tras este periodo se analizarán los cambios que tuvieron los grupos. Como medida de apoyo en casos extremos se intervendrá con cuatro sesiones individuales como intervención de refuerzo con el fin de lograr grupos equitativos con objetivos comunes y claros (ver tabla 4).

Tabla 4. Procedimiento

Entrenamiento de habilidades	- Instruir en la práctica de conductas asertivas que se integrarán a las utilizadas por el sujeto
Reducción de ansiedad	- Disminuir la ansiedad provocada por situaciones problemáticas y estresantes
Modificación de área cognitiva	- Modificar las creencias del individuo en base a la adquisición de conductas que cambiarán las actitudes
Entrenamiento en solución de problemas	- Percibir correctamente los valores de todos los problemas situacionales relevantes

Fase II (Post-test): En esta fase se procedió a la aplicación de un re-test y con el fin de comprobar la eficacia del programa. De esta manera se podrá comprobar los resultados de manera comparativa con la Fase I.

4.3. Población y muestra

Población: El personal de salud del Hospital IESS Ambato está constituido por aproximadamente 700 profesionales de la salud distribuidos entre hombres y mujeres y en las diferentes áreas de servicio y de salud del hospital.

Se consideró para el estudio un grupo aproximado de 50 participantes pertenecientes al personal de salud del Hospital IESS Ambato distribuidos en dos grupos de trabajo (control y experimental).

4.4 Instrumentos de evaluación

Habilidades Sociales: El nivel y las áreas en las que se desarrollan las habilidades sociales del personal de salud de la institución serán evaluadas a través de la Escala de Habilidades Sociales de Gismero (2012) que proporciona el análisis de diferentes áreas de habilidades sociales y un puntaje total de nivel que va de muy bajo a muy alto.

Esta escala evalúa 6 factores: a) autoexpresión en situaciones sociales; b) defensa de los propios derechos como consumidor; c) expresión de enfado o disconformidad; d) decir no y cortar interacciones; e) hacer peticiones; y f) iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto.

Las pruebas de estandarización se presentan a continuación; realizadas con una muestra mínima de población de 50 personas de ambos sexos distribuidas entre edades de 25 a 45 años. Para la estandarización de la escala se utilizaron pruebas de fiabilidad, validez y un análisis factorial en el cual se determinaron los reactivos que se utilizarían en la aplicación real del test y los reactivos o preguntas que serían eliminados después de la realización de una aplicación piloto.

Para analizar la fiabilidad del instrumento se realizó la prueba de consistencia interna a través de la cual se busca confirmar la idoneidad de las puntuaciones obtenidas en la prueba de evaluación en los criterios de validez y fiabilidad. Es decir, se busca una evaluación del grado de fiabilidad en el que el instrumento mide el comportamiento creativo en el tipo de población analizada. Esta evaluación se obtiene a través del uso de varias pruebas para la estandarización del test. En primer lugar se estableció la confiabilidad de la Escala de Habilidades Sociales a través del Coeficiente de fiabilidad Cronbach (α), cuyos resultados se presentan a continuación.

Tabla 5. Análisis de consistencia interna

<i>Componentes</i>	<i>Ítems</i>	<i>Alpha</i>
Global	33	.729

Nota: * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$.

Presenta niveles de confiabilidad aceptable con un $\alpha = 0.729$ que corresponde a fiabilidad alta y su aplicación es conjunta y rápida. Para el análisis de validez se realizó un estudio comparativo con otras evaluaciones con variables similares en el cual establece una validez discriminativa, cuyos resultados se presentan a continuación.

Tabla 6. Análisis de validez

<i>Componentes</i>	<i>Intensidad media</i>
Total EHS vs AF5	.36; $p < .05$
Total EHS vs factor 2	.32; $p < .05$
Total EHS vs TAP	.38; $p < .05$
Total EHS vs PAS	.35; $p < .05$

Se evidenció una relación entre autoconcepto y habilidad social, con una intensidad media y positiva en el análisis comparativo con el test AF5 ($r = .36$; $p < .05$). Así, también de acuerdo con lo esperado, se evidenció una correlación de intensidad media y positiva ($r = .32$; $p < .05$) entre el puntaje total de la EHS y el test factor 2 de autoconcepto social. Por otra parte, se observó una correlación de intensidad media y positiva ($r = .38$; $p < .05$) entre el puntaje total de la EHS y el Test de Aserción Personal. Se observó una correlación de intensidad media y positiva ($r = .35$; $p < .05$) entre el puntaje total de la EHS y la Prueba de Aprendizaje Social. La EHS presenta una adecuada validez discriminante, en relación con las diferentes herramientas con las que ha sido evaluado de manera comparativa, por lo cual, se considera que es un instrumento recomendable para la evaluación de las habilidades sociales.

A continuación se presenta el análisis factorial de componentes con rotación varimax a través de la distribución de los reactivos por área que fueron aplicados en la prueba piloto:

Tabla 7. Análisis factorial de componentes con rotación varimax

Reactivo	Área					
	1	2	3	4	5	6
AUT	-					
1	1,46932					
AUT	-					
2	1,41739					
AUT	-					
10	1,36546					
AUT	-					
11	1,31353					
AUT	-					
19	1,26161					
AUT	-					

20*	1,20968		
AUT	-		
28*	1,15775		
AUT	-		
29*	1,10582		
DEF3	-		
	0,77666		
DEF4	-		
	0,72474		
DEF1	-		
2	0,67281		
DEF2	-		
1	0,62088		
DEF3	-		
0	0,56895		
EXP1	-		
3	0,23979		
EXP2	-		
2	0,18786		
EXP3	-		
1	0,13594		
EXP3	-		
2	0,08401		
N05		0,245	
		15	
N01		0,297	

4		08	
	NO1	0,349	
5*		01	
	NO2	0,400	
3		93	
	NO2	0,452	
4		86	
	NO3	0,504	
3		79	
	PET6	0,833	
		95	
	PET7	0,885	
		88	
	PET1	0,937	
6		8	
	PET2	0,989	
5		73	
	PET2	1,041	
6		66	
	INT8		1,370
			82
	INT9		1,422
			75
	INT1		1,474
7			67
	INT1		1,526

8	6
INT2	1,578
7	53

En este análisis se observan marcados con un asterisco (*) los reactivos que fueron eliminados para la aplicación de la escala cuyos resultados serían utilizados en la presente investigación. Dichos reactivos fueron suprimidos debido a que no cumplen con el nivel estándar de puntuación que se busca para la población investigada.

Consistencia interna

Al final de la estandarización la prueba revisada muestra un índice de confiabilidad alto, lo cual refleja una estrecha relación entre cada uno de los reactivos y el total de la prueba, confirmando la existencia de un solo constructo en este caso el de Habilidades Sociales. Los índices alfa de Cronbach aportan datos importantes, a continuación se presenta la estandarización de acuerdo al pilotaje de la escala EHS.

Tabla 8. Análisis comparativo de consistencia interna para la estandarización del EHS

Escala	EHS			Estandarización		
	Gismero (versión original)			Pilotaje EHS (2016)		
	N	ÍTEMS	ALFA	N	ÍTEMS	ALFA
Autoexpresión	2	8	0.736	1	5	0.929
Defensa	4	5	0.575	0	5	0.705
Expresión	14	4	0.675	7	4	0.774
Decir no	3	6	0.616	3	5	0.845
Peticiones	2	5	0.629	12	5	0.838

Interacciones	0	5	0.640	2	5	0.788
---------------	---	---	-------	---	---	-------

A través del pilotaje y estandarización realizados en las pruebas de consistencia interna se observa una mayor fiabilidad (puntajes mayores en el Alfa Cronbach) en el pilotaje realizado después de la supresión de los ítems seleccionados que en la prueba aplicada con los reactivos originales de la escala.

Capítulo 5

Resultados

5.1. Análisis Sociodemográfico de la muestra

Para este apartado, se realizó una revisión de las características sociodemográficas de los participantes en el presente trabajo que fueron seleccionados como muestra de la investigación. Se analizaron datos como el sexo, edad, escolaridad y la relación actual con los servicios de salud de la institución.

A continuación se definen las muestras para los grupos con los que se trabajará: Grupo Control (25 participantes) y Grupo Experimental (25 participantes). Las variables cualitativas se representan a través de la frecuencia (f) y porcentaje (%). En tanto que la variable cuantitativa será representada por la media (M) y la desviación estándar (Ds). Para el análisis de contraste de las variables cualitativas se realizó la prueba Chi Cuadrado (X^2) debido a que esta prueba puede utilizarse incluso con datos medibles en una escala nominal y a través de la misma se postula una distribución de probabilidad totalmente especificada como el modelo matemático de la población que ha generado la muestra esta prueba será calculada a través de los valores correspondientes a la frecuencia de la variable en cada uno de los grupos, estableciendo así su valor comparativo a través de la prueba de contraste; y para las cuantitativas la prueba de t de student (t) que se realiza a través de la comparación de medias de las variables que poseen un valor numérico en lugar de una característica nominal en cada uno de los grupos para así realizar un contraste total y obtener el valor comparativo entre ambas muestras (Ver tabla 9).

Tabla 9. Análisis descriptivos de las Características Sociodemográficas

<i>Variables</i>	<i>Grupo Control</i>		<i>Grupo Experimental</i>		<i>Contraste</i> X^2
	<i>Frec.</i>	<i>%</i>	<i>Frec.</i>	<i>%</i>	
<i>Sexo</i>					
Femenino	14	56%	13	52%	(1),08
Masculino	11	44%	12	48%	
<i>Escolaridad</i>					
Secundaria	4	16%	3	12%	(6),35
Tercer nivel	12	48%	14	56%	

Cuarto nivel	9	36%	8	32%	
Relación con la institución					
Contrato	13	52%	14	56%	(1),08
Nombramiento	12	48%	11	44%	
	<i>Media</i>	<i>Desviación</i>	<i>Media</i>	<i>Desviación</i>	<i>t</i>
Edad	33,3	9,86	33,8	9,77	0,986

Con respecto al sexo, no se encontraron diferencias significativas en ambos grupos, ya que en el grupo control tenemos un porcentaje de 56% en el sexo femenino y un 44% en el sexo masculino; mientras que en el grupo experimental existe un 52% de participantes de sexo femenino y un 48% de participantes de sexo masculino. En cuanto al contraste, la prueba Chi Cuadrado arroja un resultado de $X^2(1) = ,08$; $p > ,05$ por lo que se conoce que no existen diferencias significativas entre un grupo y otro (Ver gráfico 1)

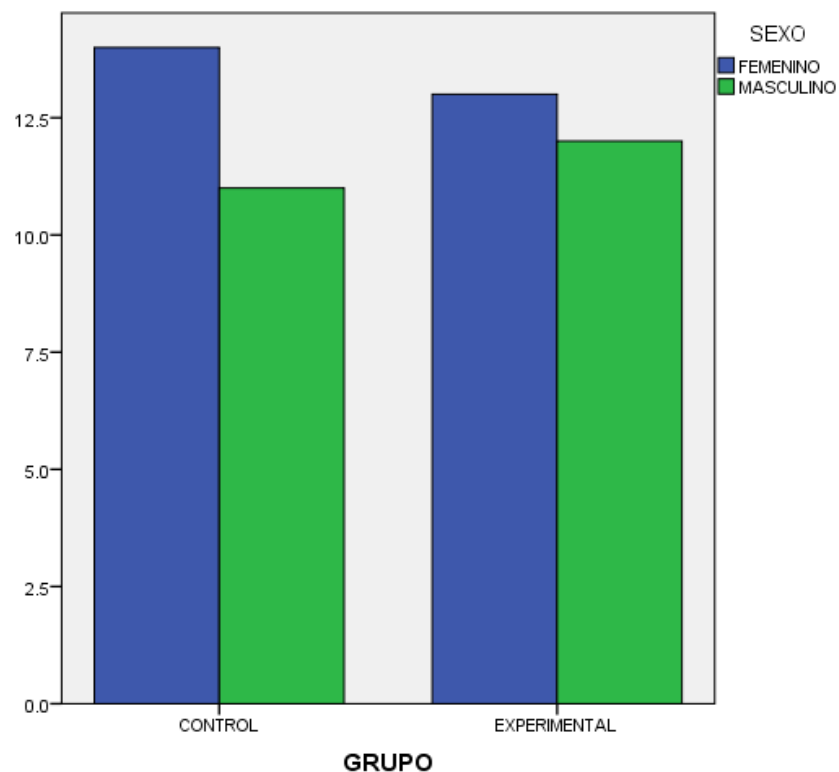


Gráfico 1: Representación gráfica de la distribución de los participantes de acuerdo al sexo. No existen diferencias significativas.

Al no existir diferencias significativas, únicamente se debe recalcar la presencia más elevada del sexo femenino por sobre el sexo masculino en el grupo control tanto como en el grupo

experimental, de igual manera se toma especial atención en una diferencia más grande entre ambos sexos en el grupo control que en el grupo experimental.

Con respecto a la escolaridad de los participantes, en el grupo control existe un 16% de personas con educación secundaria, mientras que se observa un 84% de participantes que poseen educación superior, dividido en un 48% con titulación de tercer nivel y un 36% con título de posgrado. Por otro lado, dentro del grupo experimental existe un 12% de participantes con educación secundaria y un 88% con educación superior; dividido en un 56% que poseen titulación de tercer nivel y 32% con títulos de cuarto nivel. De acuerdo con la prueba Chi Cuadrado, se demostró que no existen diferencias significativas en la distribución de ambos grupos $X^2(6)= 0,35$; $p> ,05$ (Ver gráfico 2).

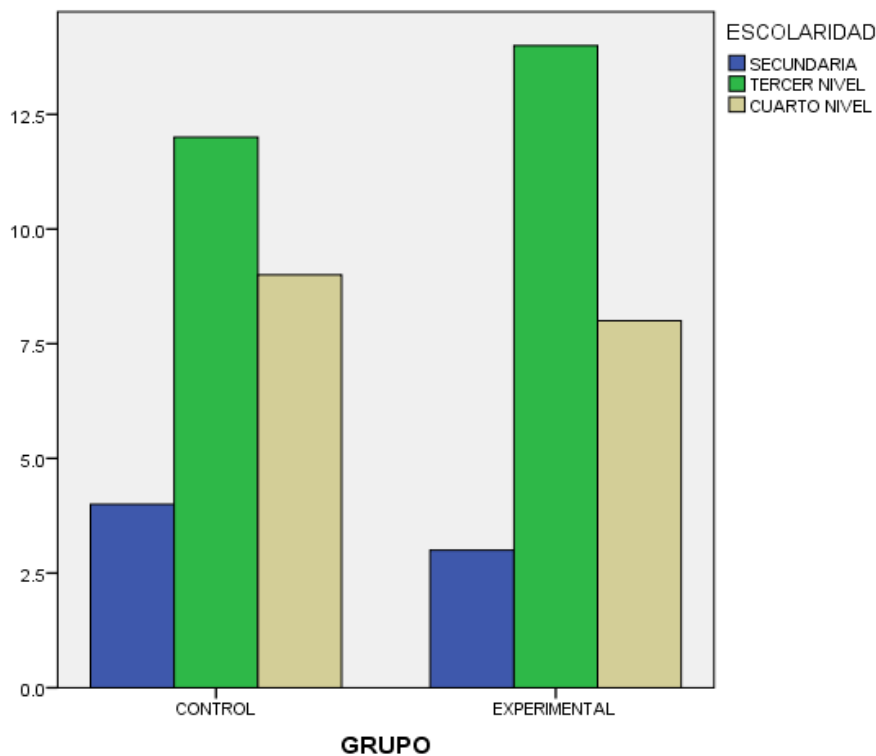


Gráfico 2: Representación gráfica de la distribución de los participantes según el nivel de escolaridad que presentan. No existen diferencias significativas.

En cuanto al nivel educativo se encuentran los estudios de tercer nivel como el factor más representativo entre los participantes de ambos grupos; mientras que se observa también un

porcentaje de participantes que cuentan únicamente con educación de nivel secundario que a pesar de ser mínimo, juega un papel importante en la presente investigación.

En cuanto a la relación de trabajo que poseen los participantes con los servicios de salud de la institución en la cual se lleva a cabo la presente investigación, se encuentra en el grupo control un porcentaje de 52% de participantes tienen una relación contractual vinculante, mientras que un 48% de los participantes se encuentran bajo una relación permanente de nombramiento con la institución; en el grupo experimental por otra parte se encuentra que un 56% de los individuos tienen una relación bajo contrato mientras que un 44% se encuentran en situación de nombramiento. Según la prueba de contraste se observa que $X^2(1) = 0,08$; $p > ,05$ lo que demuestra que no existe una diferencia estadísticamente significativa (Ver gráfico 3).

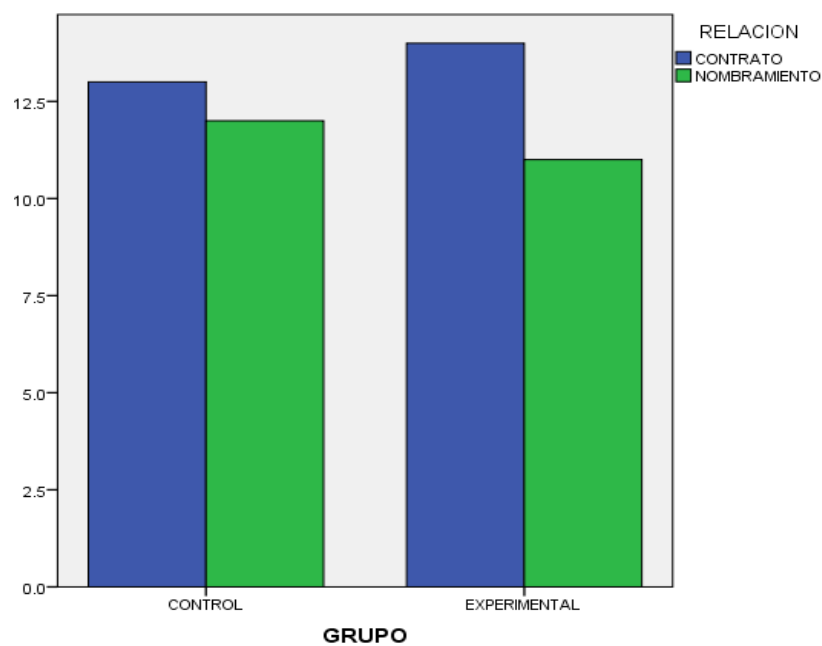


Gráfico 3: Representación gráfica de la distribución de los grupos control y experimental según la relación con la institución. No existen diferencias significativas.

En este caso se encontró una presencia representativa de participantes en relación de contrato con la institución tanto en el grupo control como en el grupo experimental. Sin embargo existe también un porcentaje significativo de participantes que se encuentran en relación de nombramiento.

Con respecto a la edad se identificó la edad promedio del grupo control fue de $M = 33,33$ años; $Ds = 9,86$ y para el grupo experimental se encontró un promedio de $M = 33,8$; $Ds = 9,77$. La prueba t de contraste mostró un resultado de $t = 0,986$; $p > ,05$ por lo que se define que no existen diferencias estadísticas significativas.

5.2. Análisis Descriptivo de los Participantes en la fase pre-test

En esta fase se realizó una evaluación inicial con el fin de indagar los niveles previos de habilidades sociales tanto en el grupo control como en el grupo experimental según áreas de autoexpresión de situaciones sociales, defensa de los propios derechos como consumidor, expresión de enfado o disconformidad, decir no y cortar interacciones, hacer peticiones e iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto. También se relacionarán las áreas en las que se presente puntaje elevado con el nivel total de habilidades sociales según el test.

A continuación se presentan los datos de la primera evaluación de acuerdo al área de habilidad social de cada participante en el trabajo; se define la frecuencia (f), el porcentaje (%) y el contraste realizado a través de la prueba Chi Cuadrado (χ^2) debido a que se trata de un resultado cualitativo (Ver tabla 10).

Tabla 10. Análisis descriptivos de la evaluación de habilidades sociales en la primera fase

<i>Variables</i>	<i>Grupo Control</i>		<i>Grupo Experimental</i>		<i>Contraste</i> X^2
	<i>Frec.</i>	<i>%</i>	<i>Frec.</i>	<i>%</i>	
Autoexpresión de situaciones sociales	2	8%	1	4%	
Defensa de los propios derechos como consumidor	4	16%	0	0%	
Expresión de enfado o disconformidad	14	56%	7	28%	(1),07
Decir no y cortar interacciones	3	12%	3	12%	
Hacer peticiones	2	8%	12	48%	
Iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto	0	0%	2	8%	

Nota: * $p < .05$.

Según el análisis descriptivo de las áreas de habilidad social presentes en los participantes del estudio, se encuentra que en el grupo control un 8% de los individuos presentan Autoexpresión en situaciones sociales como área predominante; un 16% de la población presenta como indicador máximo la defensa de los propios derechos como consumidor. También se observa un 56% de la población que manifiesta la expresión de enfado como área elevada en cuanto a

habilidad social, un 12% de los individuos del grupo control presentan decir no como la habilidad de más alta puntuación en la escala, un 8% de los encuestados manifiestan hacer peticiones como área predominante y finalmente un ningún porcentaje presenta el inicio de interacciones con el sexo opuesto como puntuación más alta.

En cuanto al grupo experimental, existe un 4% de individuos que presenten la autoexpresión como eje principal, sin embargo no se encuentra un porcentaje que manifieste la habilidad de defensa de los propios derechos como consumidor, como eje elevado; asimismo, se encuentra un 28% de la población que manifiesta la expresión de enfado y disconformidad como factor predominante en sus habilidades sociales. Se observa también un 12% en la facilidad para decir no y cortar interacciones como área elevada en las habilidades sociales; el 48% de la población estudiada presenta el hacer peticiones como el área más elevada en la puntuación del test y finalmente un 8% manifiesta las interacciones con el sexo opuesto como área de habilidad.

Para el contraste de resultados entre el grupo control y experimental en cuanto a las áreas de habilidad se utilizó la prueba Chi Cuadrado debido a que se trata de una variable cualitativa; en esta prueba se obtuvo que $X^2(1) = 0,07$; $p > ,05$; por lo que se deduce que no existe diferencia significativa en cuanto a las áreas de habilidad presentes en ambos grupos (ver gráfico 4).

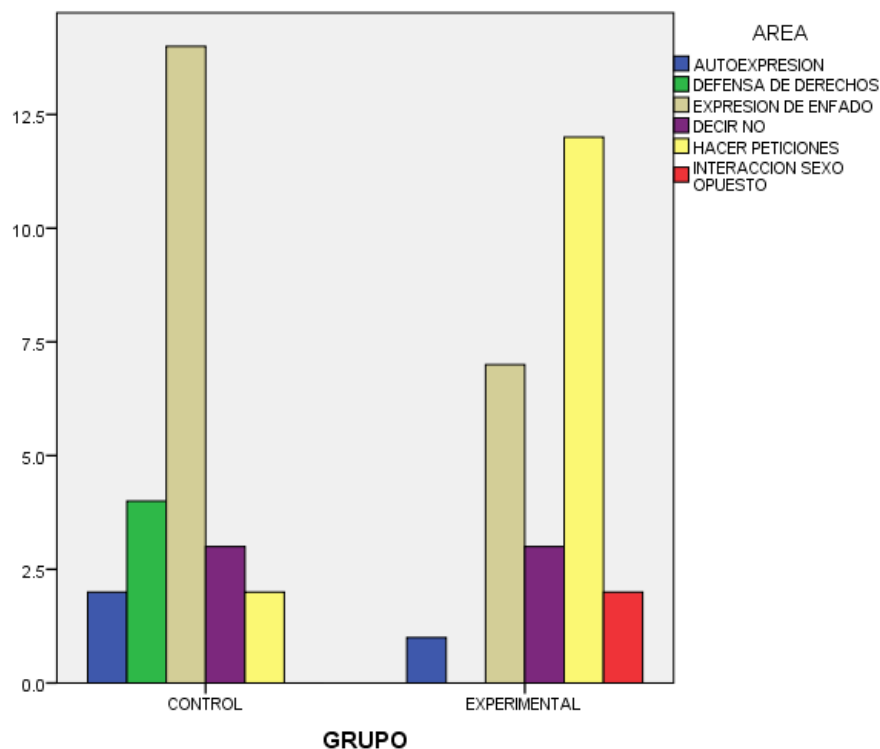


Gráfico 4: Representación gráfica de las áreas de habilidad en los grupos control y experimental. No existe diferencia significativa.

La representación gráfica muestra claramente los resultados obtenidos en la evaluación por áreas de las habilidades sociales presentes en la primera fase del estudio en los grupos control y experimental. En el grupo control encontramos los porcentajes más elevados en las áreas de expresión de enfado y defensa de los propios derechos como consumidor.

En el grupo experimental, por otra parte se observa la expresión de enfado y hacer peticiones como los puntajes más elevados en la primera evaluación. De esta prueba de contraste se obtiene que no existe una diferencia estadística significativa en las áreas presentes en ambos grupos de estudio.

A continuación se muestran los valores obtenidos en la evaluación de habilidades sociales de acuerdo al nivel relacionado al puntaje total de la escala en los participantes de ambos grupos; la prueba de contraste se realizó a través de t student, misma que se utiliza debido al tamaño de la muestra y a través de la cual podemos encontrar la desviación estándar del análisis discriminante en el nivel de habilidad social y a la vez determinar el nivel medio de habilidad obtenido en el test EHS con el fin de relacionar la media de Habilidades Sociales que se presenta en los grupos control y experimental (ver tabla 11).

Tabla 11. Análisis descriptivo de las habilidades sociales según nivel

<i>Variables</i>	<i>Grupo Control</i>		<i>Grupo Experimental</i>		<i>Contraste</i> <i>t</i>
	<i>Media</i>	<i>Desviación</i>	<i>Media</i>	<i>Desviación</i>	
Nivel de habilidad	58,36	15,154	63,32	14,244	0,239

Nota: * $p < .05$.

En lo que se refiere a los niveles de habilidad social presentes, se identificó una media $M = 58,36$; $Ds = 15,154$ equivalente a nivel Bajo según las especificaciones de la evaluación en el grupo control. En cuanto al grupo experimental se obtuvo $M = 63,32$ puntos; $Ds = 14,244$ también equivalente a nivel bajo. No se observan diferencias significativas entre ambos grupos, ya que el resultado es de $t = .239$; $p > ,05$ (ver gráfico 5).

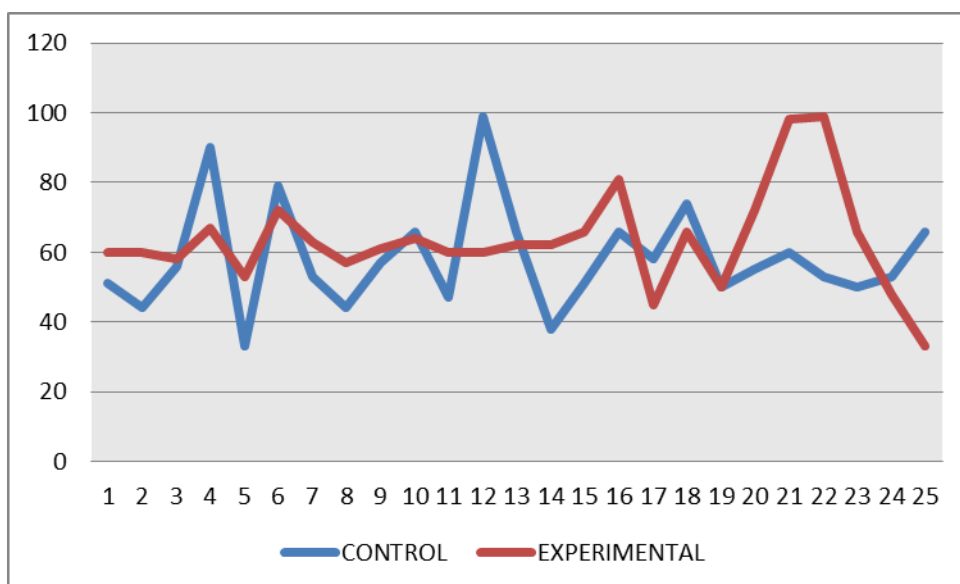


Gráfico 5: Representación gráfica del puntaje obtenido por los participantes de cada uno de los grupos. No se encuentra diferencia significativa.

La representación gráfica muestra los resultados obtenidos a través de medias para el nivel de habilidades sociales que presenta cada uno de los grupos en los que se ha dividido la población participante.

La prueba de contraste mostró que no existen diferencias significativas entre ambos grupos, ya que en los dos casos la media del puntaje equivale a un nivel de habilidades sociales bajo según los criterios de evaluación de la escala de habilidades sociales.

5.2.1. Desarrollo de la planificación del Programa de entrenamiento en Habilidades sociales

A continuación se presentan los temas a abordar en la aplicación de las herramientas de aprendizaje en habilidades sociales con el grupo experimental:

Tabla 12. Planificación

Temas	Técnicas	Resultados
Entrenamiento de habilidades	<ul style="list-style-type: none"> - Las instrucciones verbales - El uso de modelos 	<ul style="list-style-type: none"> - Aprendizaje de nuevas estrategias de desenvolvimiento social

Reducción de ansiedad	- La relajación - La desensibilización sistemática	- Descenso de reacción ansiosa ante situaciones problemáticas o estresantes.
Modificación de área cognitiva	- El ensayo conductual - La reestructuración cognitiva	- Desarrollo de nuevas respuestas conductuales a través del entrenamiento conductual
Entrenamiento en solución de problemas	- La retroalimentación - El reforzamiento	- Adquisición de nuevas habilidades en resolución de problemas a través de la correcta percepción de los mismos

5.3. Análisis Descriptivo de los Participantes en la fase de post-test

Una vez aplicado el programa de aprendizaje de Habilidades Sociales al grupo experimental mientras el grupo control se mantiene en espera, se procedió a la segunda fase de evaluación en la cual se espera descubrir la existencia de cambios en el grupo experimental después de la intervención.

Los datos que se presentan a continuación se encuentran detallados de acuerdo a cada uno de los grupos de trabajo. Así mismo, se determinaron los resultados a través de áreas y también el nivel total de habilidades sociales según la evaluación realizada. Para la evaluación por áreas se utilizó el Chi Cuadrado como prueba de contraste ya que se trata de una variable cualitativa, mientras que en la evaluación por nivel se utilizó la prueba t student para determinar el valor comparativo de los resultados en cada grupo (ver tablas 13 y 14).

Tabla 13. Análisis descriptivo de las habilidades sociales por áreas en la segunda fase

<i>Variables</i>	<i>Grupo Control</i>		<i>Grupo Experimental</i>		<i>Contraste</i> χ^2
	<i>Frec.</i>	<i>%</i>	<i>Frec.</i>	<i>%</i>	
Autoexpresión de situaciones sociales	10	40%	2	8%	(1),006
Defensa de los propios	4	16%	10	40%	

derechos como consumidor				
Expresión de enfado o disconformidad	7	28%	1	4%
Decir no y cortar interacciones	2	8%	6	24%
Hacer peticiones	1	4%	3	12%
Iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto	1	4%	3	12%

Nota: * $p < .05$.

En este análisis descriptivo se presentan las áreas de Habilidades Sociales de acuerdo a la evaluación aplicada después de llevar a cabo el programa de aprendizaje de dichas habilidades en el grupo experimental.

En este caso la evaluación proporciona para el grupo control un 40% de individuos que manifiestan la habilidad de Autoexpresión de situaciones sociales, un 16% representa a los individuos que poseen la habilidad de Defensa de los Derechos Propios de Consumidor; en cuanto a la Expresión de Enfado y disconformidad se obtiene un 28% de la población seleccionada, un 8% posee la habilidad de Decir no y Cortar Interacciones; finalmente en las habilidades de Hacer Peticiones e Iniciar Interacciones con el Sexo Opuesto se observa un 4% en cada una de ellas. Es evidente que los resultados del grupo control no tienen mayor variación en la transición de la Fase I a la Fase II.

El grupo experimental, por su parte presenta un 8% de la población que manifiesta la habilidad de Autoexpresión de Situaciones Sociales, un 40% representa a los individuos que poseen la habilidad de Defensa de los Derechos Propios de Consumidor; en cuanto a la Expresión de Enfado y disconformidad se obtiene un 4% de la población seleccionada, un 24% posee la habilidad de Decir no y Cortar Interacciones; finalmente en las habilidades de Hacer Peticiones e Iniciar Interacciones con el Sexo Opuesto se observa un 12% en cada una de ellas. En este grupo se encuentra una diferencia significativa entre las aplicaciones de la Fase I y Fase II en cuanto a la presencia de habilidad de Defensa de Derechos (ver gráfico 6).

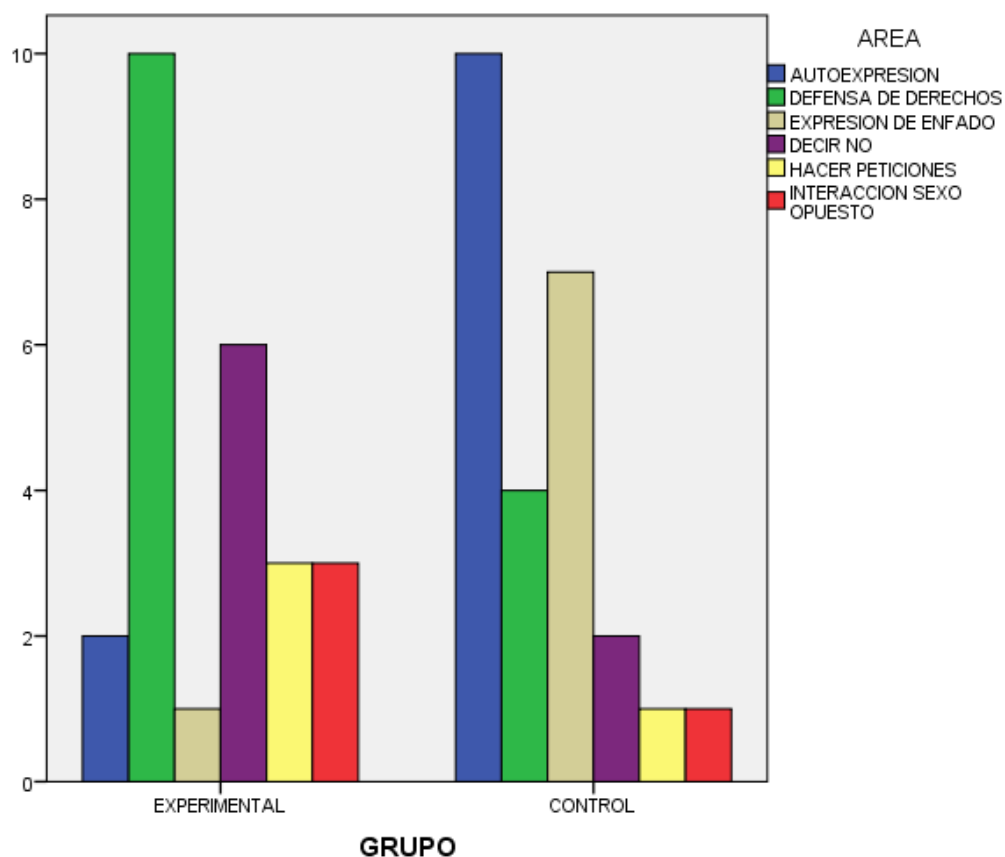


Gráfico 6: Representación gráfica del análisis por áreas después de la aplicación del programa de aprendizaje.

Según la prueba de contraste Chi Cuadrado aplicada para la definición comparativa del área de habilidad, se obtiene que $X^2(1) = 0,006$; $p < ,05$ por lo que se deduce que sí existe una variación significativa en cuanto a las áreas de habilidad social presentes.

Tabla 14. Análisis descriptivo de las habilidades sociales según nivel en la segunda fase

<i>Variables</i>	<i>Grupo Control</i>		<i>Grupo Experimental</i>		<i>Contraste t</i>
	<i>Media</i>	<i>Desviación</i>	<i>Media</i>	<i>Desviación</i>	
Nivel de habilidad	54,68	9,017	102	15,564	0,019

Nota: * $p < .05$.

Finalmente, en la Fase II, se observa con respecto al puntaje obtenido en la evaluación de habilidades sociales por nivel, se identificó que el puntaje promedio del grupo control fue de M=

54,68 equivalente a nivel bajo de habilidades sociales con una desviación $Ds= 9,017$ y para el grupo experimental se encontró un promedio de $M= 102$, equivalente a un nivel alto de habilidades sociales; con una desviación $Ds= 15,564$ (ver gráfico 7).

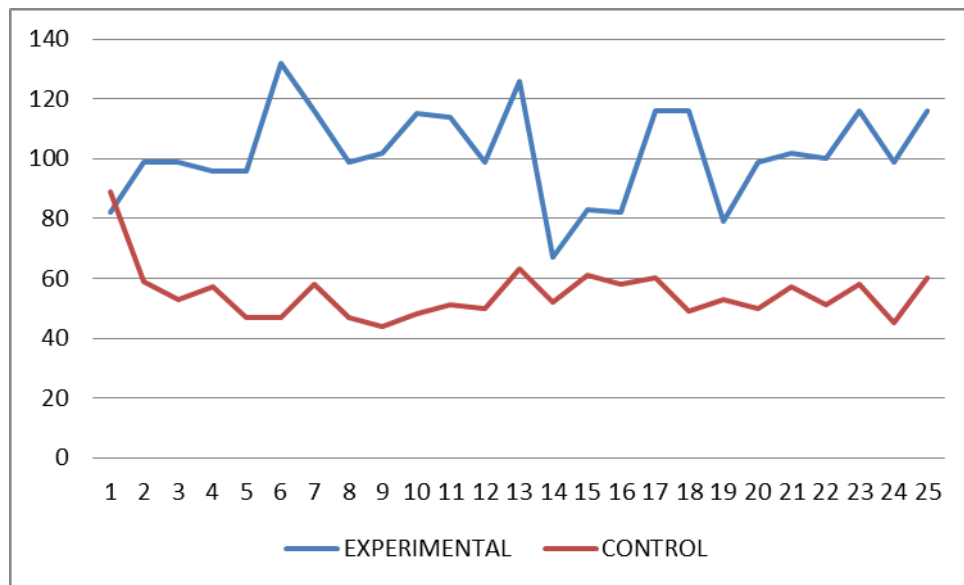


Gráfico 7: Representación gráfica del puntaje obtenido por los participantes de cada uno de los grupos. Sí se encuentra diferencia significativa

La prueba t de contraste mostró un resultado de $t= 0,019$; $p< ,05$ por lo que se define que en este caso sí existe una diferencia estadística significativa en las dos aplicaciones de la Escala de Habilidades Sociales.

5.4. Análisis del Comportamiento Fase I/Fase II de los Grupos de Trabajo

En este apartado se presentará un análisis detallado de los cambios observados en los grupos de control y experimental, en cada una de las fases de evaluación para los participantes. Para ello se realizará a continuación un estudio independiente de cada uno de los grupos.

5.4.1. Cambios Pre-test/Pos-test en el Grupo Control

A continuación se presentan los cambios observados en el grupo control en el cual no se ha aplicado el programa de aprendizaje en habilidades sociales. Se presentan los datos en la selección de habilidades sociales en primer lugar por área y en segundo lugar por nivel. Se observa de forma comparativa la frecuencia y el porcentaje determinado en este grupo cotejando la información en ambas fases (ver tablas 15 y 16).

Tabla 15. Análisis descriptivo de los cambios observados en las habilidades sociales por áreas

Variables	<i>Pre-Test</i>		<i>Post-Test</i>		<i>Contraste</i>
	Frec.	%	Frec.	%	χ^2
Autoexpresion de situaciones sociales	2	8%	10	40%	(1),101
Defensa de los propios derechos como consumidor	4	16%	4	16%	
Expresion de enfado o disconformidad	14	56%	7	28%	
Decir no y cortar interacciones	3	12%	2	8%	
Hacer peticiones	2	8%	1	4%	
Iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto	0	0%	1	4%	

Nota: * $p < .05$.

En referencia a los cambios dados en el área de Autoexpresión, existe una diferencia del 38%, siendo superior el porcentaje en la fase Post-Test, en el área de Defensa de Derechos, no se observa cambio alguno. En el área de Expresión de enfado se da una disminución del 28% de la totalidad del puntaje del ítem, en las áreas de Decir no y Hacer Peticiones se observa también una disminución no tan significativa del 4% y en cuanto a la Interacción con el sexo opuesto se observa un incremento del 4% de los individuos encuestados. El análisis comparativo se realizó a través de la prueba Chi cuadrado para variables cualitativas la cual arroja un resultado de $\chi^2(1) = 0,101$; $p > ,05$ por lo que se comprende que a pesar de los cambios en las áreas de autoexpresión y expresión de enfado, estadísticamente no existe una diferencia significativa (ver gráfico 8).

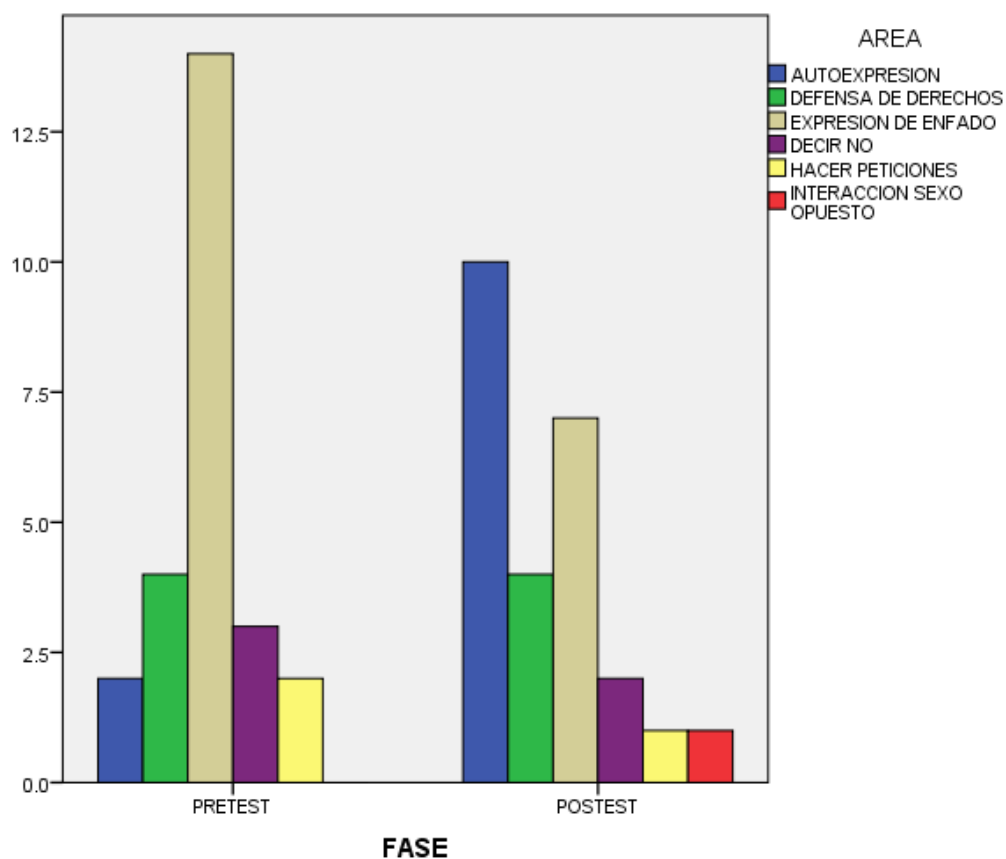


Gráfico 8: Representación gráfica del análisis por áreas del grupo control en cada fase

Tal como se realizó la evaluación por áreas en el grupo control dentro de las fases pre-test y post-test, a continuación se detalla el análisis comparativo en base a los niveles de puntaje obtenidos por el grupo en cada una de las fases de evaluación.

Tabla 16. Análisis descriptivo de las habilidades sociales según nivel del grupo control

<i>Variables</i>	<i>Pre-Test</i>		<i>Post-Test</i>		<i>Contraste</i> <i>t</i>
	<i>Media</i>	<i>Desviación</i>	<i>Media</i>	<i>Desviación</i>	
Nivel de habilidad	54,68	9,017	58,36	15,154	0,302

En el caso del análisis comparativo por nivel, se observa un cambio mínimo en cuanto a la media de puntaje obtenido por los participantes pertenecientes al grupo control en cada una de las fases de aplicación de la Escala de Habilidades Sociales y a pesar de cierta diferencia numérica, la media en ambas fases es equivalente al Nivel Muy Bajo según los parámetros del test. El análisis de

contraste se realizó a través de la prueba t student para variables cuantitativas en la cual se obtuvo que $t= 0,302$; $p> ,05$ por lo que en este caso no existe una diferencia significativa (ver gráfico 9).

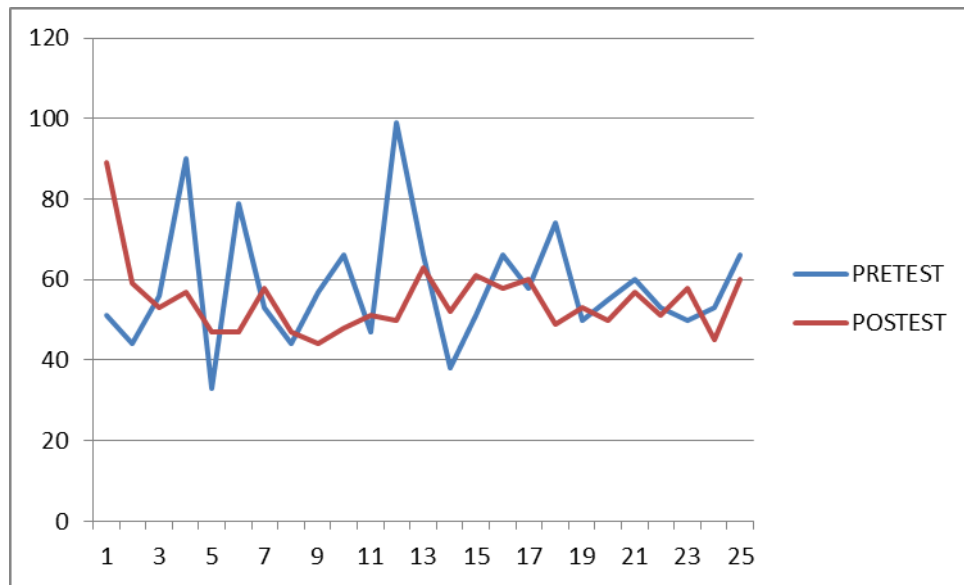


Gráfico 9: Representación gráfica del análisis por nivel del grupo control en cada fase.

5.4.2. Cambios Pre-test/Pos-test en el Grupo Experimental

A continuación se presentan los cambios observados en el grupo experimental después de haber aplicado el Programa de Aprendizaje en Habilidades Sociales. Se presentan los datos en la selección de habilidades sociales en primer lugar por área y en segundo lugar por nivel. Se observa de forma comparativa la frecuencia y el porcentaje determinado en este grupo cotejando la información en ambas fases (ver tablas 17 y 18).

Tabla 17. Análisis descriptivo de los cambios observados en las habilidades sociales por áreas en el grupo experimental

<i>Variables</i>	<i>Pre-Test</i>		<i>Post-Test</i>		<i>Contraste</i> x^2
	<i>Frec.</i>	<i>%</i>	<i>Frec.</i>	<i>%</i>	
Autoexpresión de situaciones sociales	1	4%	2	8%	(1),027
Defensa de los propios derechos como consumidor	0	0%	10	40%	

Expresión de enfado o disconformidad	7	28%	1	4%
Decir no y cortar interacciones	3	12%	6	24%
Hacer peticiones	12	48%	3	12%
Iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto	2	8%	3	12%

Nota: * $p < .05$.

En cuanto al grupo experimental, en los cambios dados en el área de Autoexpresión, existe una diferencia del 4%, siendo superior el porcentaje en la fase Post-Test, en el área de Defensa de Derechos, se observa la aparición de un 40% para la fase post-test. En el área de Expresión de enfado se da una disminución del 24% de la totalidad del puntaje del ítem, en el área de Decir no se observa un aumento del 12% y para Hacer Peticiones, una disminución del 36% del puntaje y en cuanto a la Interacción con el sexo opuesto se observa un incremento del 4% de los individuos encuestados. El análisis comparativo se realizó a través de la prueba Chi cuadrado para variables cualitativas la cual arroja un resultado de $X^2(1) = 0,027$; $p < ,05$ por lo que se comprende que estadísticamente existe una diferencia significativa entre ambas fases (ver gráfico 10).

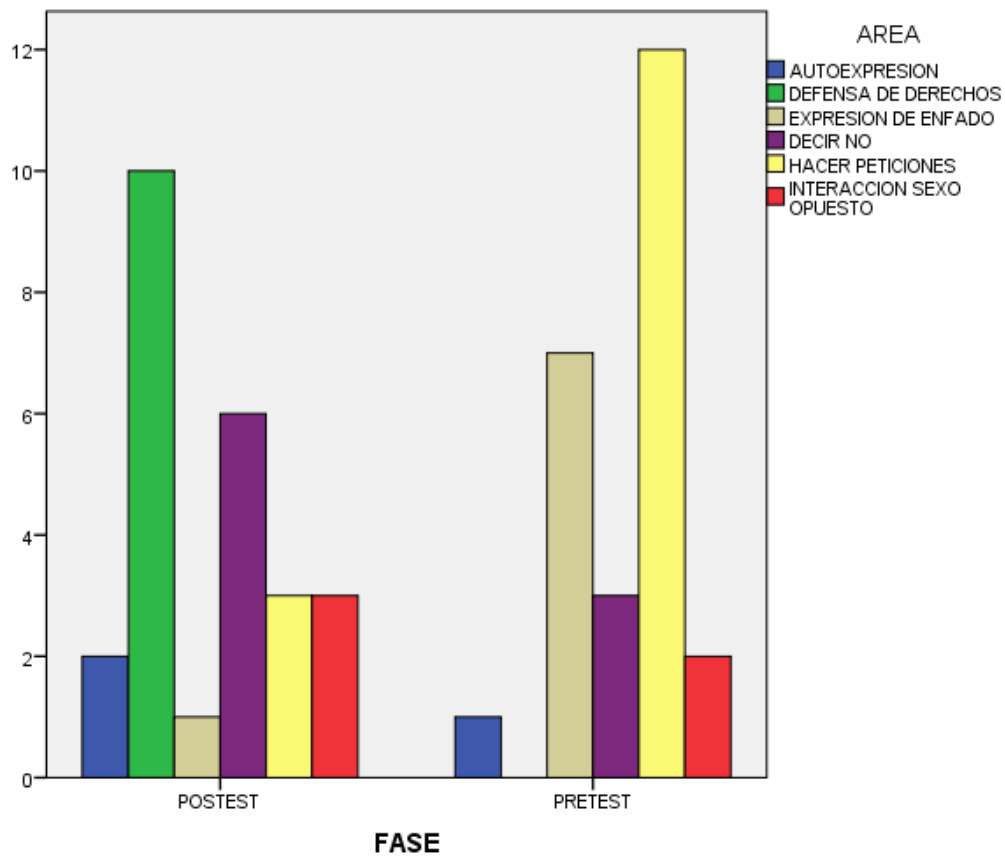


Gráfico 10: Representación gráfica del análisis por áreas del grupo experimental en cada fase.

De igual forma que se realizó la evaluación por áreas en el grupo experimental dentro de las fases pre-test y post-test, a continuación se detalla el análisis comparativo en base a los niveles de puntaje obtenidos por el grupo en cada una de las fases de evaluación.

Tabla 18. Análisis descriptivo de las habilidades sociales según nivel del grupo experimental

<i>Variables</i>	<i>Pre-Test</i>		<i>Post-Test</i>		<i>Contraste</i> <i>t</i>
	<i>Media</i>	<i>Desviación</i>	<i>Media</i>	<i>Desviación</i>	
Nivel de habilidad	63,32	14,244	102	15,564	0,001

En caso del análisis comparativo por nivel para el grupo experimental en ambas fases, se observa un incremento del 29% en la media del puntaje obtenido por los participantes de este

grupo; es decir, en la fase pre-test se observa una media de 63, equivalente a Nivel Bajo según los criterios de evaluación del test, mientras que en la fase post-test existe una media de 102 en el puntaje obtenido, lo que es equivalente a un nivel Normal Alto de habilidades sociales. Así mismo, la prueba de contraste muestra que $t = 0,001$; $p < ,05$ por lo que existe una diferencia estadísticamente significativa entre ambas fases (ver gráfico 11).

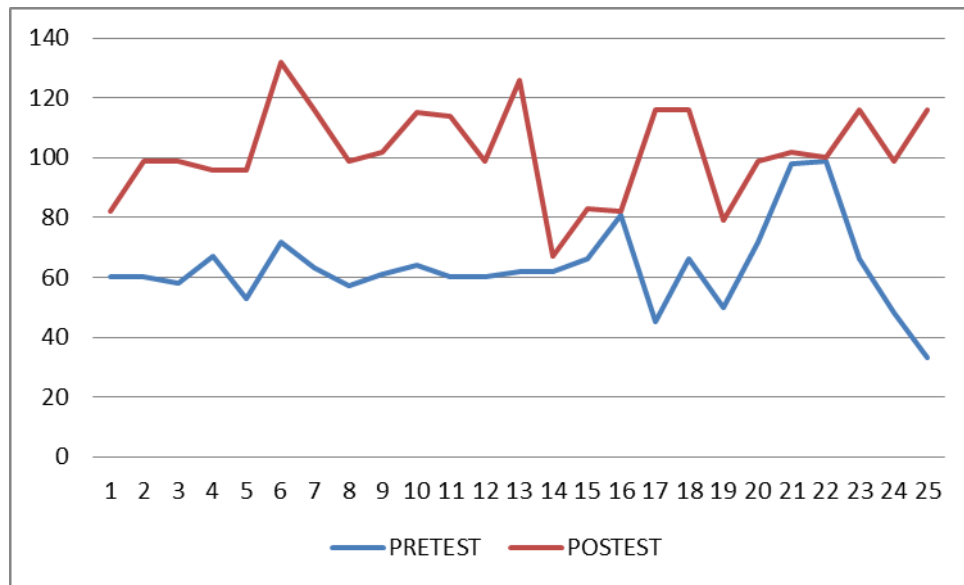


Gráfico 11: Representación gráfica del análisis por nivel del grupo experimental en cada fase.

5.5. Discusión, Análisis y Validación de Resultados

5.5.1. Comprobación de Hipótesis

En el presente apartado se realizó una comparación de medias en los resultados por área de cada uno de los grupos, con la finalidad de descubrir el efecto obtenido por la intervención realizada a través del Programa de Aprendizaje de Habilidades Sociales aplicado únicamente en el grupo experimental.

5.5.2. Hipótesis

- **Hipótesis nula (H₀):** La aplicación del Programa de Aprendizaje en Habilidades sociales no estimula el incremento de habilidades sociales en la población objetivo.
- **Hipótesis alternativa (H₁):** La aplicación del Programa de Aprendizaje en Habilidades sociales estimula el incremento de habilidades sociales en la población objetivo.

5.5.3. Variables para Comprobar la Hipótesis

- Programa de Aprendizaje en Habilidades sociales
- Habilidades sociales

5.5.4. Técnicas utilizadas para la Comprobación de Hipótesis

Para proceder a la comprobación de hipótesis se utilizó la prueba de contraste t student, ya que dicha prueba nos permite realizar un análisis discriminante en una población de distribución normal que a la vez no es estadísticamente significativa, sino más bien se trata de una población mínima; a través de esta prueba se cotejó los datos obtenidos en el análisis por áreas para comprobar la influencia o efectividad del Programa de Aprendizaje en la población objetivo.

5.5.5. Resultados

A continuación se presenta el estudio realizado con la prueba t para muestras relacionadas tanto en el grupo control como en el grupo experimental. Se realizó la comprobación cotejando los datos de la fase Pre-test y Post-test (ver tablas 19 y 20).

Tabla 19. Comprobación de hipótesis grupo control

<i>Variables</i>	<i>Pre-Test</i>		<i>Post-Test</i>		<i>Contraste t</i>
	<i>Media</i>	<i>Desviación</i>	<i>Media</i>	<i>Desviación</i>	
Área					
Autoexpresión de situaciones sociales	13,36	3,817	13,48	2,740	,115 Pre<post
Defensa de los propios derechos como consumidor	10,16	2,592	8,360	1,776	,121 Pre>Post
Expresión de enfado o disconformidad	8,04	2,244	6,76	1,535	,350 Pre>Post
Decir no y cortar interacciones	10,68	3,682	9,56	2,346	,056 Pre>Post

Hacer peticiones	9,36	2,514	8,72	1,696	,158 Pre>Post
Iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto	8,44	2,770	7,72	2,051	.181 Pre>Post
<hr/>					
<i>Nivel</i>					
Nivel de habilidad	54,68	9,017	58,36	15,154	,302 Pre<Post

Nota: * $p < .05$.

En el grupo control, no se aprecian diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las áreas, según los datos obtenidos en el instrumento aplicado, para la verificación por nivel tampoco se obtiene una diferencia estadísticamente significativa, ya que $t = 0,302$; $p > ,05$.

Tabla 20. Comprobación de hipótesis grupo experimental

Variables	<i>Pre-Test</i>		<i>Post-Test</i>		<i>Contraste</i>
	<i>Media</i>	<i>Desviación</i>	<i>Media</i>	<i>Desviación</i>	<i>t</i>
<hr/>					
Área					
Autoexpresión de situaciones sociales	14,32	3,448	25,72	4,097	,001** Post>Pre
Defensa de los propios derechos como consumidor	9,28	2,170	15,20	3,188	,038* Post>Pre
Expresión de enfado o disconformidad	7,40	2,273	12,12	2,833	-6,497*** Post>Pre
Decir no y cortar interacciones	12,16	4,365	16,80	3,640	,032* Post>Pre

Hacer peticiones	10,56	2,142	15,84	2,392	-8,22*** Post>Pre
Iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto	9,04	2,318	15,24	3,243	-7,775*** Post>Pre
<hr/>					
<i>Nivel</i>					
Nivel de habilidad	63,32	14,244	102	15,564	,001** Post>Pre
<hr/>					
Nota: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$					

En el grupo experimental, se aprecian diferencias estadísticamente significativas en todas las áreas, ya que en el área de autoexpresión se obtiene que $t = ,001$; $p < ,01$; en el área de defensa de derechos, $t = 0,038$; $p < ,05$; en el área de expresión de enfado $t = -6,497$; $p < ,001$; en el área de decir no $t = 0,028$; $p < ,05$; en el área de hacer peticiones $t = -8,22$; $p < ,001$ y en el área de interacciones con el sexo opuesto $t = -7,775$; $p < ,001$.

En cuanto a la evaluación por nivel, se obtiene que $t = 0,001$; $p < ,01$; lo que significa que existe una diferencia estadísticamente significativa por cuanto la evaluación post-test arroja resultados más favorables en cuanto al progreso en el desarrollo de las habilidades sociales.

Capítulo 6

Conclusiones y Recomendaciones

6.1. Conclusiones

- El precepto teórico de la educación supone un constructo que va más allá del aprendizaje académico; el personal de salud del Hospital IESS requiere un constante esfuerzo en el entrenamiento de sus habilidades sociales con el fin de mejorar la atención al usuario.
- Los datos obtenidos de la distribución sociodemográfica de los grupos de trabajo muestran que con respecto al sexo, no se encontraron diferencias significativas en ambos grupos, ya que en el grupo control tenemos un porcentaje de 56% en el sexo femenino y un 44% en el sexo masculino; mientras que en el grupo experimental existe un 52% de participantes de sexo femenino y un 48% de participantes de sexo masculino. Con respecto a la escolaridad de los participantes, en el grupo control existe un 48% con titulación de tercer nivel y un 36% con título de posgrado, por otro lado, dentro del grupo experimental existe un 56% que poseen titulación de tercer nivel y 32% con títulos de cuarto nivel. En cuanto a la relación de trabajo que poseen los participantes, se encuentra en el grupo control un porcentaje de 52% de participantes tienen una relación contractual vinculante; en el grupo experimental por otra parte se encuentra que un 56% de los individuos tienen una relación bajo contrato. Con respecto a la edad se identificó la edad promedio del grupo control fue de $M= 33,33$ años; $Ds= 9,86$ y para el grupo experimental se encontró un promedio de $M= 33,8$; $Ds= 9,77$.
- De acuerdo a los corolarios arrojados por las evaluaciones aplicadas en la fase pre-test, en el contraste de resultados entre el grupo control y experimental en cuanto a las áreas de habilidad se obtuvo que $X^2(1)= 0,07$; $p> ,05$; por lo que se deduce que no existe diferencia significativa en cuanto a las áreas de habilidad presentes en ambos grupos en esta fase.
- En lo que se refiere a los niveles de habilidad social presentes, se identificó una media $M= 58,36$; $Ds= 15,154$ equivalente a nivel Bajo en el grupo control y $M= 63,32$

puntos; $Ds= 14,244$ también equivalente a nivel Bajo en el grupo experimental. No se observan diferencias significativas entre ambos grupos, ya que el resultado es de $t=.239$; $p>,05$

- Durante la fase post-test, se corroboró que el grupo control no muestra mayor cambio en la transición de la fase I a la fase II, Según la prueba de contraste Chi Cuadrado aplicada para la definición comparativa del área de habilidad, se obtiene que $X^2(1)= 0,006$; $p<,05$ por lo que se deduce que sí existe una variación significativa en cuanto a las áreas de habilidad social presentes ya que el grupo experimental muestra diferencias significativas para esta fase.
- Con respecto al puntaje obtenido en la evaluación de habilidades sociales por nivel, se identificó que el puntaje promedio del grupo control fue de $M= 54,68$ equivalente a nivel bajo de habilidades sociales con una desviación $Ds= 9,017$ y para el grupo experimental se encontró un promedio de $M= 102$, equivalente a un nivel alto de habilidades sociales; con una desviación $Ds= 15,564$. La prueba t de contraste mostró un resultado de $t= 0,019$; $p<,05$ por lo que se define que en este caso sí existe una diferencia estadística significativa en las dos aplicaciones de la Escala de Habilidades Sociales.
- El análisis comparativo por áreas de los cambios pre-test/post-test del grupo control, arroja un resultado de $X^2(1)= 0,101$; $p >,05$ por lo que se comprende que a pesar de los cambios en las áreas de autoexpresión y expresión de enfado, estadísticamente no existe una diferencia significativa. En el caso del análisis comparativo por nivel, se obtuvo que $t= 0,302$; $p>,05$ por lo que en este caso no existe una diferencia significativa
- El análisis comparativo por áreas de los cambios pre-test/post-test del grupo experimental arroja un resultado de $X^2(1)= 0,027$; $p <,05$ por lo que se comprende que estadísticamente existe una diferencia significativa entre ambas fases. Por otro lado, en el análisis comparativo por nivel la prueba de contraste muestra que $t= 0,001$; $p<,05$ por lo que existe una diferencia estadísticamente significativa entre ambas fases. De acuerdo con estos resultados, la aplicación de las pruebas de contraste en el grupo experimental arrojan una diferencia estadísticamente significativa, siendo superior el puntaje por área y por nivel en la fase post-test.

- Para el grupo control, en ambas fases se observa como área superior la de Autoexpresión en situaciones sociales.
- Para el grupo experimental, en la fase posterior a la aplicación del programa, el área que se encuentra mayormente desarrollada es la de Autoexpresión en Situaciones sociales.

6.2. Recomendaciones

- Debido a la eficacia observada del Programa de aprendizaje de habilidades sociales, se estima propicia su aplicación en otros ámbitos de estudio y en otros tipos de población.
- Los resultados obtenidos muestran cierta diferencia en las fases pre y post-test en el grupo control, por lo que se recomienda realizar nuevas investigaciones acerca de otros factores que influyan de cierta forma o se encuentren relacionados con la fluctuación del nivel de habilidades sociales.
- Ya que la población utilizada en el presente estudio es una población pequeña, se recomienda corroborar la eficacia del Programa de Aprendizaje a través de su aplicación en poblaciones mayores.

Apéndice A

Procedimientos Detallados

ESTRATEGIAS EXTRACURRICULARES PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA CREATIVIDAD

II. Introducción

El presente programa de intervención se encuentra dirigido a profesionales de la salud que se encuentran laborando en el Hospital del IESS Ambato. El tiempo de duración es de un mes, interviniendo dos veces por semana en el transcurso máximo de una hora.

III. Datos informativos

1. Instituciones participantes:

- Pontificia Universidad Católica del Ecuador Sede Ambato.
- Hospital del IESS Ambato

2. Área de intervención:

- Psicológica y de Intervención primaria.

3. Beneficiarios:

- Directos: Grupo de participantes (profesionales de la salud en relación laboral con el Hospital IESS Ambato).
- Indirectos: Usuarios de los servicios de salud proporcionados por los profesionales participantes.

IV. Ficha técnica

1. Nombre del programa:

Programa de Aprendizaje en Habilidades Sociales para la mejora de la atención al usuario del Hospital IESS Ambato.

2. Responsables:

Ps. Rodrigo Moreta Herrera – Director del programa de intervención.

Ps. Betty Elizabeth Freire – Diseñadora y ejecutora del programa.

3. Numero de sesiones de intervención e intervalo

- 8 sesiones de entrenamiento en habilidades sociales.
- El intervalo de sesiones fue de dos veces por semana.

4. Tiempo de Duración

60 minutos.

5. Distribución de los participantes:

- Grupo I: 25 participantes.
- Grupo II: 25 participantes.

6. Fecha:

- Inicio: Enero de 2016.
- Finalización: Febrero de 2016.

V. Objetivos

- General:
 - Desarrollar habilidades sociales como mejora de la atención al usuario.

- Específicos:
 - Diseñar un programa de aprendizaje en habilidades sociales para los participantes en el proyecto.
 - Ejecutar el programa de intervención con la muestra de profesionales de la salud participantes.

VI. Procedimiento

Programa de Aprendizaje en Habilidades Sociales para la Mejora de la Atención al Usuario. La propuesta Programa de Aprendizaje en Habilidades Sociales se basa en un programa cuasi-experimental intrasujetos con grupo de espera, para ello las unidades muestrales se dividieron en dos grupos: Control y Experimental; ambos conformados por profesionales de la salud con formación en bachillerato, tercer y cuarto nivel que se encuentran en relación laboral con el Hospital IESS Ambato en contacto directo con los usuarios de dichos servicios de salud.

Como primer paso se tomó una muestra de los profesionales para proceder a entrevistarlos y dividir la población en dos grupos. Se realizará una primera evaluación con la Escala de Habilidades sociales de Elena Gismero a ambos grupos; después de lo cual se procederá a aplicar el programa de aprendizaje al grupo experimental mientras el grupo control se encuentra en espera. Concluida esta primera participación, se procederá a realizar una evaluación post-test en ambos grupos. Tras este periodo se analizarán los cambios que tuvieron los grupos. Como medida de apoyo en casos extremos se intervendrá con cuatro sesiones individuales como intervención de refuerzo con el fin de lograr grupos equitativos con objetivos comunes y claros.

VII. Planificación

Temas	Objetivos	Técnicas	Resultados	Tiempo
Entrenamiento de habilidades	<ul style="list-style-type: none"> - Instruir en la práctica de conductas asertivas que se integrarán a las utilizadas por el sujeto 	<ul style="list-style-type: none"> - Las instrucciones verbales - El uso de modelos 	<ul style="list-style-type: none"> - Aprendizaje de nuevas estrategias de desenvolvimiento social 	1ra semana
Reducción de ansiedad	<ul style="list-style-type: none"> - Disminuir la ansiedad provocada por situaciones problemáticas y estresantes 	<ul style="list-style-type: none"> - La relajación - La desensibilización sistemática 	<ul style="list-style-type: none"> - Descenso de reacción ansiosa ante situaciones problemáticas o estresantes. 	2da semana
Modificación de área cognitiva	<ul style="list-style-type: none"> - Modificar las creencias del individuo en base a la adquisición de conductas que cambiarán las actitudes 	<ul style="list-style-type: none"> - El ensayo conductual - La reestructuración cognitiva 	<ul style="list-style-type: none"> - Desarrollo de nuevas respuestas conductuales a través del entrenamiento conductual 	3ra

<p>Entrenamiento en solución de problemas</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Percibir correctamente los valores de todos los problemas situacionales relevantes 	<ul style="list-style-type: none"> - La retroalimentación - El reforzamiento 	<ul style="list-style-type: none"> - Adquisición de nuevas habilidades en resolución de problemas a través de la correcta percepción de los mismos 	<p>4ta semana</p>
--	--	--	---	-------------------

VIII. Actividades

A continuación se presenta la descripción de las cuatro actividades que se realizarán cada una de ellas es desarrollada en el plazo de una hora. En el transcurso de un mes se culminará con todas las actividades.

Actividad 01 Tema: Entrenamiento de habilidades
Objetivos: <ul style="list-style-type: none">- Instruir en la práctica de conductas asertivas que se integrarán a las utilizadas por el sujeto
Descripción de la actividad: <ul style="list-style-type: none">- Las instrucciones verbales: A través de las cuales se proporcionará al individuo conocimientos y estrategias para sobrellevar diversas situaciones.- El uso de modelos: Se proporcionará ejemplos a seguir para las nuevas habilidades que el sujeto adquirirá
Discusión: <ul style="list-style-type: none">- Aprendizaje de nuevas estrategias de desenvolvimiento social
Materiales: Sillas y mesas
Tiempo: 60 minutos.

<p>Actividad 02</p> <p>Tema: Reducción de ansiedad</p>
<p>Objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Disminuir la ansiedad provocada por situaciones problemáticas y estresantes
<p>Descripción de la actividad:</p> <ul style="list-style-type: none"> - La relajación: A través de técnicas progresivas y entrenamiento en control respiratorio se buscará en el paciente un estado de alivio. - La desensibilización sistemática: Se buscará la jerarquización de las situaciones estresantes con el fin de trabajarlas individualmente.
<p>Discusión:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Descenso de reacción ansiosa ante situaciones problemáticas o estresantes.
<p>Materiales:</p> <p>Sillas y mesas</p>
<p>Tiempo:</p> <p>60 minutos.</p>

Actividad 03
Tema: Modificación de área cognitiva
Objetivos:
<ul style="list-style-type: none"> - Modificar las creencias del individuo en base a la adquisición de conductas que cambiarán las actitudes
Descripción de la actividad:
<ul style="list-style-type: none"> - El ensayo conductual: Posterior al aprendizaje de conductas asertivas y socialmente aceptables estas serán utilizadas en un ambiente controlado a través del cual se podrá realizar un feedback. - La reestructuración cognitiva: Se modificará las creencias del individuo que podrían estar resultando la base del conflicto.
Discusión:
<ul style="list-style-type: none"> - Desarrollo de nuevas respuestas conductuales a través del entrenamiento conductual
Materiales:
Sillas y mesas
Tiempo:
60 minutos.

Actividad 04

Tema: Entrenamiento en solución de problemas

Objetivos:

- Percibir correctamente los valores de todos los problemas situacionales relevantes

Descripción de la actividad:

- El reforzamiento: Cada conducta resolutive acertada recibirá un refuerzo positivo a través del cual se busca fijar la conducta.
- La retroalimentación: Busca una total comprensión de la información entregada al sujeto sobre la resolución de problemas a través de una devolución acerca de cómo realizó el paciente las actividades previas.

Discusión:

- Adquisición de nuevas habilidades en resolución de problemas a través de la correcta percepción de los mismos

Materiales:

Sillas y mesas

Tiempo:

60 minutos.

Referencias

- Acevedo, L. (2009). *El paralenguaje como vía de comunicación*. Bristol: Bristol SA.
- Allen, V. (2013). *Comunicación no verbal*. Londres: PadWt.
- Álvarez, L. (2013). Ciencias Psicosociales. *Open Course Ware*.
- Arroyo, O. (2011). *Comunicación Gestual*. Dionish: CoverUp.
- Bandura, A. (1987). *Teorías del aprendizaje*. Texas: TX Publishing.
- Besemer, S. (2011). Confirming the Three-Factor Creative Product Analysis Matrix Model in an American Sample. *Creativity Research Journal*, 287-296.
- Blackwood, N. (2012). *Expresiones y comunicación humana*. valencia: Editex.
- Blancket. (2010). *Características de las habilidades sociales*. Washington DC: Loracep.
- Blasco. (2007). *Contextos investigativos en latinoamerica*. Buenos Aires: BonAir.
- Bleger, J. (2012). *La Conducta Humana*. Madrid: Editex.
- Caballo, V. (2012). *Habilidades Sociales y su desarrollo 6ta edición*. Madrid: Editex.
- Cabrera, V. (2013). Desarrollo de Habilidades Sociales. *ELSEVIER*.
- Caldarella, P. (2016). Common dimensions of social skills of children and adolescents: A taxonomy of positive behaviors. *School Psychology Review*, 264-278.
- Campbell. (1986). *Diseño experimental investigativo*. New York: Reference.
- Dimitri, M. (2008). *Discursos públicos*. Bristol: Bristol SA.
- Dimitri, M. (2010). *La postura como mensaje*. Jerez: Editex.
- Fadl, M. (2009). *Habilidad Social*. Mexico DF: EditexVIU.
- Fernández. (2010). *Biología Social*. Madrid: Salamandra.
- Furnham. (2003). *Rebelión y sociedad*. Bristol: Belice.

- Gardner, H. (2014). *Competencias y Habilidades Sociales*. Barcelona: Editex.
- Gil. (1992). *Atención en salud*. Storfold: Storfold SA.
- Gismero, E. (2012). *Escala de Habilidades Sociales*. Mexico DF: TEA.
- Goldstein, A. (2010). *Competencia Social (Edición Actualizada)*. Maryland: JB Works.
- Goleman, D. (2012). *Inteligencia Emocional Edición Actualizada*. Madrid: Salamandra.
- Gómez. (2006). *Tipos y enfoques en la investigación actualizada*. Lima: Focus.
- Kazdin, A. (2010). The relationship of role-play assessment of children's social skills to multiple measures of social competence. *ELSEVIER*, 129-139.
- Kendon, A. y. (1967). *Habilidades sociales: Teoría*. New York: Adventure.
- Kirk, A. (1995). *Diseño experimental*. Norfolk: Research coaching.
- Lange. (2011). *Responsible assertive behavior (Edición Actualizada)*. Champaign: Research Press.
- Lazarus. (1973). *Dimensiones Conductuales Humanas*. Wisconsin: GreatEX.
- López, S. (2012). Ciencias Psicosociales. *Open Course Ware*.
- Marín. (2011). *Sociedad biológica*. Valencia: Rangel.
- Meichembaum. (2006). *Componente Social*. Frankfurt: PaddWT.
- Miller, D. y. (1999). *Comprensión Social y Conducta*. Mapex.
- Miller, D. y. (1999). *La comprensión social y la conducta*. Mapex.
- Monjas, I. (2012). *Destreza social del adolescente*. Salamanca: Salamandra.
- Morales, V. (2013). *Investigación*. Bogota: SocialNT.
- Ortego, M. (2012). Ciencias Psicosociales. *Open Course Ware*.
- Ovejero. (2014). *Habilidades sociales en el contexto situacional*. Cantabria.
- Pades, A. (2013). *Interacción social en personal hospitalario*. Catalunya: Les Illes Balears.

- Parker, G. (2014). *Entrenamiento en habilidades sociales*. Londres: PadWt.
- Pérez, E. (2012). *Competencias sociales*. Barcelona: Editex.
- Quintana, L. (2012). *Propiedades psicométricas de la EHS de Gismero*. Trujillo: UCV.
- Raga. (2011). *Fundamentos biológicos de la interacción social*. Valencia: ValWork.
- Riggio, R. (1986). Assessment of basic social skills. *Journal of Personality and Social Psychology*, 649-660.
- Rosentreter. (1999). *Aporte a las habilidades sociales*. Munich: Review.
- Ryan, P. (2007). *Paralenguaje*. Britstol: Bristol SA.
- Saíz, G. (1999). *La interacción social*. Dellwood: Perception.
- SantosRego. (2010). *Habilidades sociales en la actualidad*. Habana: TamEx.
- Trower, M. (2000). *Modelos Sociales*. Dusseldorf: Balance.
- Wallace, C. (2010). Social skills training for patients with schizophrenia: A controlled clinical trial. *Psychiatry Research*, 239-247.

Resumen Final

“Programa de aprendizaje de habilidades sociales del personal de salud para la mejora de la atención al usuario del hospital IESS Ambato”

Betty Elizabeth Freire Chávez

87 páginas

Proyecto dirigido por: Carlos Rodrigo Moreta Herrera, M.U.Ps

El objetivo de la investigación es el desarrollar un programa de aprendizaje de habilidades sociales para la mejora de la atención al usuario por parte del personal de salud del Hospital IESS Ambato. Esto se lo realizó en base a las dificultades presentadas en el trato y en la comunicación para explicar con claridad los diagnósticos y tratamientos que se deben realizar por el paciente; ya que en ocasiones no se generan resultados de recuperación y de adherencia adecuados. El problema se presenta debido a quejas constantes de los pacientes que acuden por atención a la institución por parte del personal de salud y al no brindar una atención de calidad resulta inadecuado el cuidado de su salud.