



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

CARRERA DE PSICOLOGÍA

RELACIÓN ENTRE HABILIDADES SOCIALES Y HABILIDADES
SOCIALES PARA TERAPEUTAS EN LOS ESTUDIANTES DE
PSICOLOGÍA CLÍNICA DE LA FES ZARAGOZA

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A:
FONSECA ALONZO MARIA ISABEL

JURADO DE EXAMEN

DIRECTOR: MTRO. ANGEL FRANCISCO GARCÍA PACHECO
COMITÉ: LIC. JORGE ARTURO MANRIQUE URRUTIA
LIC. EDUARDO ARTURO CONTRERAS RAMÍREZ
LIC. EDUARDO CORTES MARTÍNEZ
MTRA. KARINA SERRANO ALVARADO



Trabajo apoyado por el PAPIME 301415

CIUDAD DE MÉXICO

ENERO 2018



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Agradecimientos

“No equivocarte en nada de lo que haces es siempre hacer más de lo mismo”

En primera instancia quiero agradecer a la UNAM no tengo palabras para expresar mi experiencia y todo mi agradecimiento, quizá lo más adecuado sea expresarlo con el sentir, con esa emoción que se genera al leer el lema o entonar un goya, con esa emoción que se siente hasta en la piel. ¡Gracias!

Gracias a todos los profesores que formaron parte de mi comité: a la Mtra. Karina Serrano por ser una inspiración y por todo el apoyo durante la realización de mi trabajo, principalmente por la parte estadística, sin su ayuda hubiera sido más difícil, ¡Mil gracias!

Al Licenciado Eduardo Contreras, Lic. Eduardo Cortes y al Lic. Arturo Manrique por las observaciones que ayudaron a mejorar este trabajo y por darse el tiempo de atenderme, ¡muchas gracias!

Por último y por supuesto no menos importante, al Mtro. Ángel, por ser el director de mi tesis y haber confiado en mí al invitarme al PAPIME que apoyó este trabajo, además quiero agradecerle por toda la paciencia, las bromas, las explicaciones, la pasión y hasta los regaños que necesité en su momento, gracias por su apoyo y conocimientos, gracias por ser y estar.

Gracias a mi familia:

Gracias mamá por darme todo su amor, ternura, comprensión, apoyo total e incondicional, por confiar en mí y alentarme cuando hacía falta, por estar a mi lado con esa sonrisa que me dice que todo está bien, no hay palabras que demuestren todo el agradecimiento que siento, pero pasaré la vida demostrándolo. ¡La amo!

Gracias papá por enseñarme las cosas que para mí son fundamentales, valores como el respeto por todo y todos, empatía y compasión. Gracias por haberme enseñado el valor de defender mi opinión, gracias por enseñarme a no tener miedo y ser perseverante. ¡Lo amo!

Una mención que debía... y quería jajaja a mi hermana Adriana, por esas noches de desvelo esperando a que llegara de la universidad para platicar conmigo y servirme una comida caliente, gracias por eso y por todo. Eres una gran mujer y hermana. Te amo.

A mi hermano Pablo, por ser como es y buscar que yo sea mejor persona, aprendiste algo muy importante y quisiste compartirlo conmigo, gracias por darme esa experiencia. Te amo.

A los demás miembros de mi familia, Paola, Diana, y mis sobrinos (muchos para mencionarlos jajaja), gracias por darme todos esos momentos de felicidad indescriptible, gracias por dejarme descubrir nuevas emociones en mí. Los amo a todos.

Gracias a la familia Ferrer Teodosio, por permitirme formar parte de sus vidas y acogerme como un miembro de ella, gracias por todo el apoyo que me han brindado, en especial gracias a ti Abigail por estar a mi lado de manera incondicional, dándome aliento para continuar, gracias por siempre apoyarme, gracias por todo y bueno no puedo escribir lo especial que eres (no me cabría en la tesis jaja) pero ya lo sabes, ¡gracias!

A mis amigos, porque de cada uno he de ustedes he aprendido algo diferente, han sido el apoyo, la fuente de ánimos, de risas y de grandes experiencias, gracias por acompañarme en este camino y ayudarme en lo que podía, los quiero.

ÍNDICE

RESUMEN.....	1
INTRODUCCIÓN.....	3
CAPÍTULO 1. COMPETENCIAS ACADÉMICAS Y PROFESIONALES DEL PSICÓLOGO.....	6
1.1. Clasificación de las competencias.....	8
1.2. Competencias generales del psicólogo y del psicólogo clínico.....	8
1.3. Modelo educativo basado en competencias.....	14
1.4. Proceso general de la enseñanza de las competencias.....	19
1.5. Formación académica del psicólogo en la FES Zaragoza.....	21
1.5.1. Perfil de competencias.....	23
CAPÍTULO 2. ¿QUÉ SON LAS HABILIDADES SOCIALES?.....	27
2.1. Antecedentes de las habilidades sociales.....	28
2.2. Componentes de las habilidades sociales:.....	31
2.3. Modelos de las habilidades sociales.....	33
2.4. Modelos explicativos del desarrollo de las habilidades sociales.....	35
2.5. Entrenamiento en habilidades sociales.....	35
2.6. Relevancia de las habilidades sociales.....	37
CAPÍTULO 3. HABILIDADES SOCIALES EN DIFERENTES POBLACIONES.....	39
CAPÍTULO 4. HABILIDADES SOCIALES EN PSICÓLOGOS CLÍNICOS.....	44
4.1. Relación terapéutica.....	46
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	48
MÉTODO.....	50
Objetivo general.....	50
Objetivos específicos.....	50
Diseño.....	50
Muestra.....	51
Variables.....	51
Hipótesis.....	50
Instrumentos.....	53
Procedimiento.....	54
RESULTADOS.....	56

Análisis de confiabilidad	56
Análisis estadísticos de asociación	58
Análisis de correlación.....	59
DISCUSIÓN	69
CONCLUSIONES.....	74
REFERENCIAS.....	76

RESUMEN

Una de las habilidades de las que el psicólogo se vale durante la intervención clínica es de las denominadas habilidades sociales, a través de estas establecerá la relación con el usuario y sentará las bases para la alianza y adherencia terapéutica, mismas que son importantes por la relación con el compromiso del usuario respecto al plan de intervención y prescripciones terapéuticas.

El poseer habilidades sociales para el psicólogo clínico, específicamente durante la intervención psicológica resulta fundamental y además forma parte de las competencias de egreso. En contraste con esto en la FES Zaragoza se deja de lado su enseñanza para su aplicación en el contexto terapéutico.

El objetivo de este trabajo fue explorar las habilidades sociales que poseen en la vida cotidiana los estudiantes de la FES Zaragoza, así como su relación con las habilidades sociales que muestran en el contexto terapéutico, ya que el currículo no abarca el desarrollo de habilidades sociales, surge la interrogante referente a si en el contexto terapéutico los estudiantes se valdrán de las habilidades sociales con las que enfrentan la vida cotidiana. Por tanto, la problemática fue explorar que tipo de relación hay entre las habilidades sociales que los estudiantes muestran en la vida cotidiana y aquellas que emplean en el contexto terapéutico. Para evaluar esto se utilizó el inventario de Asertividad de Gambrill y Richey en su versión estandarizada para población mexicana por Castaño, Reyes, Rivera y Díaz (2011) y el Inventario de Habilidades Sociales para Terapeutas de Landa, García, Serrano y Delgado (2016, como se citó en Delgado, 2017). Con el programa SPSS versión 20.0 se realizó el

tratamiento de los datos, llegando a la conclusión de que existe una relación entre las habilidades sociales que muestran los estudiantes en su vida cotidiana y aquellas que se muestran en la terapia. De acuerdo a los resultados menos de 50% de la muestra es asertiva en ambos contextos, dejándonos con más del 50% divididos entre indiferentes, no asertivos o ansiosos, lo cual permite vislumbrar la necesidad de incluir materias curriculares enfocadas a la adquisición y desarrollo de las denominadas habilidades sociales.

Palabras clave: *habilidades sociales, asertividad, habilidades, competencias, relación terapéutica.*

INTRODUCCIÓN

El ser humano por naturaleza posee la tendencia de relacionarse con otras personas (Hidalgo y Abarca, 1990), para llevar a cabo esto es necesario contar con habilidades sociales que permitan relaciones satisfactorias. En este sentido Gil y León (1998) postulan que las habilidades sociales son elementos centrales para el funcionamiento vital de un individuo, a través de estas se da el establecimiento y mantenimiento de los vínculos personales. Las habilidades sociales son la causa de las satisfacciones más profundas y también de las mayores tristezas (Ovejero, 1990).

La deficiencia en habilidades sociales puede provocar en las personas alteraciones a nivel psicológico, siendo esta una fuente de estrés y malestar así como la causa de emociones negativas y sentimientos de rechazo e infravaloración por parte de los demás. Ser un individuo con habilidades sociales se traduce en mejor calidad de vida (Roca, 2014) éxito personal y social (García, 2010).

A pesar de la importancia de las habilidades sociales su aprendizaje se da de forma desigual a lo largo del ciclo vital, su adquisición y desarrollo depende de las experiencias y no existe un aprendizaje de tipo formal para estas.

Las habilidades sociales son trascendentales en la vida cotidiana, pero no solo en esta esfera resultan cruciales, en algunas profesiones la actuación social puede ser decisiva para el éxito profesional (Bueno, Durán & Garrido, 2013), principalmente aquellas basadas en el contacto directo con personas.

El poder relacionarse con los demás es algo fundamental en la mayoría de los trabajos (Monsalve, 2014).

En el caso de la psicología, independientemente del área, se establece una interacción directa con el otro, esto se enfatiza en psicología clínica, donde tener dificultades en el establecimiento de relaciones con el otro resulta grave debido a lo interpersonal de la actuación (Del Prette, Del Prette & Mendes, 1999). Por medio de las habilidades sociales se establece la relación terapéutica, misma que es parte esencial del éxito del proceso terapéutico (Ibáñez, Vargas, Landa & Olvera, 2011). Mantener en constante revisión la relación con el usuario previene rupturas en la alianza y favorece la adherencia terapéutica (Bados & García, 2011).

Para poder alcanzar los objetivos terapéuticos es menester formar una buena relación con el usuario, esto lleva a una mejor adherencia terapéutica, lo cual a grandes rasgos implica la aceptación del tratamiento y la participación activa en este (Alonso, De Prado, 2009). De acuerdo a Meichenbaum y Turk (1991) un factor que puede afectar la adherencia terapéutica es una relación caracterizada por comunicación inadecuada, pobre empatía, ausencia de actitudes y conductas necesarias, además de la insatisfacción con el servicio.

Como se aprecia, las habilidades sociales juegan un papel preponderante en la actuación del psicólogo. Vargas, Ibáñez y Landa (2011) definen esas habilidades sociales como el comportamiento socialmente responsable que despliega un individuo en el contexto interpersonal, el cual expresa sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos propios, haciendo esto de forma adecuada a la situación y respetando esas

conductas en los demás, a esta definición haremos referencia al hablar sobre habilidades sociales en el contexto terapéutico. Los autores plantean que el entrenamiento en habilidades sociales para estos futuros terapeutas debe constituir un punto de partida nodal pues es a través de la interacción con el usuario que la psicoterapia resulta exitosa.

El poseer las competencias necesarias al egresar es el objetivo del actual modelo educativo de enseñanza por competencias, que pretende que los futuros profesionistas cuenten con las competencias necesarias para enfrentar el campo laboral.

Uno de los grandes retos a los que se enfrentan los psicólogos en formación es la inexistencia de materias curriculares que fomenten la adquisición y desarrollo de las habilidades sociales, como se mencionó, el desarrollo de estas se dan de forma asistemática, de esta manera el psicólogo solo cuenta con las que ha adquirido por medio de su experiencia y de estas se vale para hacer frente a las demandas diarias, entre ellas las laborales, por lo cual se entiende que al llegar al contexto de la terapia solo se empleará las que hayan aprendido a lo largo de su vida.

A través de esta investigación lo que se pretende es explorar si los psicólogos clínicos en formación de la FES Zaragoza cuentan con lo que en el contexto social se denomina habilidades sociales y por otro lado si logran trasladarlas al ámbito terapéutico.

CAPÍTULO 1. COMPETENCIAS ACADÉMICAS Y PROFESIONALES DEL PSICÓLOGO

El término “competencia” genera cierta ambigüedad al no existir una definición totalmente aceptada y universal, esto causa confusión con conceptos como el de “habilidad”, para tener un poco más claro la diferencia entre ambos conceptos se presentan algunas definiciones sobre lo que es competencia.

De acuerdo a la UNESCO la competencia es la capacidad que se expresa por medio de conocimientos, habilidades y actitudes necesarias para llevar a cabo una tarea de forma inteligente en un entorno real o cualquier otro contexto, para efecto de esta investigación se utilizará esta definición.

A pesar de que el concepto de competencia posee diversos significados existen cuatro características en común (Aguerrondo, 2009):

- El contexto es tomado en cuenta.
- La competencia es el resultado de procesos de integración.
- Está asociada a criterios de desempeño.
- Implica responsabilidad.

Para Roe (2003) la competencia es una capacidad aprendida para realizar adecuadamente una tarea, funciones o rol. Para él la competencia posee dos rasgos que la distinguen; el primero es la relación que tiene con un tipo de trabajo específico que se realiza en un contexto particular y el segundo es que se integran diversos tipos de conocimientos, habilidades y actitudes. La diferencia entre una competencia y una

habilidad, es que las habilidades se pueden desarrollar y evaluar de manera aislada y se aplican en múltiples competencias.

A pesar de sus múltiples definiciones para Guzmán (2003) la competencia tiene cinco características:



Figura 1. Características de la competencia según Guzmán (2003). Elaboración propia.

La palabra competencia también puede ser definida de acuerdo al contexto donde se utiliza, por ejemplo a nivel profesional se refiere a aquellas capacidades y habilidades que una persona necesita desarrollar a través de la formación, (Gómez, 2015) mismas que se conjuntan con el razonamiento en la situación profesional, de esta forma se es capaz de realizar tareas, cumplir con un rol y funciones que permitan llevar a cabo de forma adecuada la tarea profesional. Otro contexto, que está muy ligado al anterior, es el educativo, en el cual la competencia se concibe como el “saber actuar” que requiere del desarrollo integral de los distintos recursos que conforman la competencia, en este caso se hace referencia a recursos de tipo general que se encuentran vinculados al conocimiento teórico de ese saber y a recursos específicos determinados tanto por la situación actual del quehacer profesional así como por el contexto cultural. Para que se pueda llegar a esto es necesario un desarrollo integral para cada uno de esos recursos (Braslavsky & Acosta, 2006).

1.1. Clasificación de las competencias

Tobón (2006) clasifica las competencias en genéricas y específicas: las primeras son aquellas comunes a las distintas profesiones, mientras que las segundas están determinadas por el tipo de profesión. Estos tipos de competencia se dividen en dos subpartes: competencias que son de carácter más global y unidades de competencia; acciones más concretas, por medio de las cuales se inicia cualquier competencia.

La Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) establece una serie de competencias clave, independientes de la materia, denominadas competencias genéricas o transversales por estar implicadas en el buen funcionamiento social, por tal constituyen un requisito de tipo psicosocial. Esta organización las clasifica en tres categorías:

1. Herramientas interactivas.
2. Interacción con grupos heterogéneos.
3. Actuar de forma autónoma.

1.2. Competencias generales del psicólogo y del psicólogo clínico

Según Roe, (2003) hablando de competencias profesionales del psicólogo, existen dos perspectivas, la primera denominada modelo de salida (output), centrada en los roles y funciones que los psicólogos deben ser capaces de realizar y el modelo de entrada (input), enfocado en los elementos curriculares que se deben cursar para convertirse en psicólogo. De acuerdo al autor, las competencias profesionales están

conformadas por conocimientos, habilidades, valores y actitudes que interactúan con características personales del individuo.

Entre las habilidades se encuentran:

- 1) Habilidades teórico-conceptuales; Solución de problemas científicos, académicos y profesionales; manejo de herramientas conceptuales, procedimientos y elementos teóricos.
- 2) Habilidades técnicas; Conocimiento en el uso y aplicación de las técnicas.
- 3) Habilidades sociales; Repertorio de conductas que permiten interactuar con los demás expresando sentimientos, deseos, opiniones, actitudes, de manera adecuada de acuerdo al contexto.

Internacionalmente las competencias del psicólogo dependen de diversos factores en cada país, entre estos se encuentra la normativa vigente sobre la formación superior, la concepción de lo que significa psicología y el énfasis que se haga durante la formación en las áreas de interés; psicología clínica, laboral, jurídica, etc. (Ballesteros, González & Peña, 2010)

De acuerdo a Ballesteros, González y Peña (2010), en Estados Unidos la American Psychological Association desarrolló una serie de lineamientos que deben cumplir los psicólogos de dicha sociedad, esos lineamientos se basan en objetivos que deben ser alcanzados por los alumnos de psicología, algunos de estos son; conocimiento de las bases de la psicología, métodos de investigación en psicología, pensamiento crítico, aplicación de la psicología y otros, entre los cuales se encuentran las habilidades de comunicación.

En el caso de Europa, la European Certificate Psychology (EuroPsy, 2015) es un estándar de reconocimiento que brinda una *cualificación en Psicología a nivel Europeo*, se basa en una educación de seis años. Las competencias se determinan según la descripción de los roles ocupacionales del psicólogo y por tanto a los tipos de clientes. Entre las competencias se encuentran aquellas que son consideradas primarias: competencias en relación con el contenido psicológico del proceso de práctica profesional y las competencias *facilitadoras*, es decir aquellas que son comunes a otras profesiones:

Tabla 1. Competencias del psicólogo de acuerdo a la EuroPsy (2015).

Competencias primarias	✓ Especificación de objetivos
	✓ Evaluación
	✓ Desarrollo
	✓ Intervención
	✓ Valoración
	✓ Comunicación
Competencias posibilitadoras	✓ Estrategia profesional
	✓ Desarrollo profesional continuo
	✓ Relaciones profesionales
	✓ Investigación y desarrollo
	✓ Marketing y ventas
	✓ Gestión de la responsabilidad profesional
	✓ Gestión de la practica
	✓ Garantía de calidad
✓ Autoreflexión	

Reidl (2008) menciona que existen competencias generales que están implícitas en el resto de las competencias:

- Comunicarse de forma efectiva, ya sea de forma verbal o escrita, con los demás.
- Comunicarse verbalmente ante individuos y medios usando estrategias de entrevista, rapport, manejo de silencio, liderazgo, etc.
- Tomar decisiones, identificar y solucionar problemas y/o necesidades, negociar, planear estratégicamente.
- Establecer relaciones sociales con los usuarios de los servicios psicológicos, colegas y público en general, por medio de actitudes de consideración personal, empatía, y aceptación personal.
- Comprender y apreciar el contexto inmediato y cultural en el que se dan las relaciones de trabajo.
 - Manejar e integrar la información.
 - Tener actitud científica.
 - Evaluar de forma crítica la propia actuación y la de los colegas.
 - Poseer valores éticos.
 - Poseer conocimientos de las diversas teorías psicológicas, procesos básicos.

Se puede apreciar que entre las competencias generales implícitas, se encuentra la de poder establecer relaciones interpersonales con los usuarios del servicio psicológico, los colegas y el público en general así como saber comunicarse de forma efectiva ante individuos, grupos y medios, entre otras donde se hace alusión a habilidades de tipo social, como se recalcó estas se encuentran implícitas en las demás y por lo tanto forman una base para las demás competencias.

Como se mencionó, estas son algunas de las competencias en común de las diferentes áreas de la psicología, sin embargo cada una de ellas requiere de habilidades más específicas de acuerdo a las actividades que realiza el profesional. En todas las áreas el trato se realiza de forma directa con los usuarios del servicio, por lo tanto lo idóneo sería poseer las habilidades que permitan una interacción adecuada, esta situación se acentúa aún más en el área de la psicología clínica y de la salud.

En el caso de la psicología clínica, los psicólogos tienen funciones en común y de cada función se desprenden competencias y habilidades:

- Detección
- Evaluación
- Intervención
- Rehabilitación
- Prevención
- Investigación

Para poder llevar a cabo las funciones de forma adecuada, el psicólogo adquiere y desarrolla durante su formación habilidades teóricas, metodológicas, técnicas, cognitivas y sociales, además según algunos autores también debe formarse con ciertas cualidades. De acuerdo a Bados y García (2011) existen algunas cualidades que permiten y facilitan al psicólogo clínico poder llevar a cabo la terapia:

1. Cordialidad; expresada ya sea de manera verbal o no verbal, esta va de acuerdo a la fase de la terapia.

2. Competencia; es la capacidad del terapeuta para realizar de manera exitosa su quehacer profesional.

3. Confianza; está constituida por la competencia, sinceridad, cordialidad, confidencialidad, entre otros aspectos.

4. Atracción; se da por medio de la amabilidad y cordialidad.

5. Grado de directividad; tanto un nivel excesivo como deficitaria son negativos, el grado va acorde a diversas cuestiones de quien recibe la terapia.

Durante la terapia el psicólogo despliega una serie de competencias y habilidades de gran complejidad. De acuerdo a Vargas, et al., (2011) una de las habilidades más importantes en los psicólogos son las que se refieren a la interacción adecuada de forma social y además asertiva, ya que es a través de su relación con el usuario que se consiguen casi todas las metas.

En la intervención terapéutica el psicólogo debe contar con ciertas habilidades y competencias, una de las habilidades que adquiere una importancia crucial debido al impacto en el proceso terapéutico, son las denominadas habilidades sociales (Ibáñez, et al., 2011) , mismas que son necesarias en las diferentes fases de la intervención terapéutica, y para que la misma pueda resultar exitosa se requiere una adecuada relación entre el terapeuta y el usuario, esta relación se va formando a través de la interacción, en primera instancia a través del establecimiento de rapport, desde el primer encuentro con el usuario.

Una de las primeras aproximaciones se da al realizar la entrevista, esta constituye una de las principales y más importantes herramientas del terapeuta. Sánchez (2008)

menciona que el psicólogo es el encargado de llevar el liderazgo en la relación interpersonal con el usuario para poder dirigir de forma efectiva el clima de la entrevista, asimismo para que esta sea exitosa entran en juego diversos aspectos de la comunicación verbal y no verbal, tales como el contacto visual, postura, interrupciones, emisiones de mensajes, preguntas, etc. de las cuales el psicólogo debe estar pendiente, tanto de él mismo como de las del usuario. Para poder realizar una interpretación adecuada de esto es necesario que el psicólogo cuente con habilidades que le permitan entender las variables del contexto y de la conducta. Como tal el poder ejercer una conducta socialmente hábil durante la entrevista resulta ser muy relevante para generar una primera impresión y ambiente de confianza que faciliten el posterior trabajo terapéutico, así como permite obtener información relacionada de forma directa e indirecta con el usuario.

1.3. Modelo educativo basado en competencias

Ya se mencionó que las competencias adquieren su significado de acuerdo a su correspondencia con el ámbito académico, laboral y/o profesional (Aguerrondo, 2009), sin embargo no significa que sean independientes, a través del modelo educativo basado en competencias forman un continuo.

El modelo por competencias divisa una educación orientada a las necesidades de la sociedad, cuyo foco principal es el educando y el desarrollo de capacidades, talentos, personalidad, etc. Con la finalidad de mejorar su calidad de vida y que a su vez este contribuya a transformar la sociedad (García 2011).

De acuerdo a Argudín (2005) para hablar sobre la educación basada en competencias es esencial hacer mención de lo que se conoce como la sociedad de la información, ya que a partir de esta nueva era se dieron diversos cambios en aspectos como la educación. Según la autora, la sociedad de la información es denominada así debido a que ahora es la información quien dirige la economía global, al aplicarse a la producción, distribución y gestión, mismas que revolucionan el comercio, la economía, la política, la cultura y la forma de vida, la sociedad de la información se fundamenta en el capital humano y en el reforzamiento de este por las nuevas tecnologías, entre sus principales características se encuentra:

- La economía es dirigida por conocimientos globales.
- La comunicación es directiva.
- El aprendizaje es la fuente de un atributo sostenido y competitivo.
- La información compartida en vez del atesoramiento del conocimiento.

Esta nueva concepción hace que la educación, al igual que otros aspectos, se vean en la necesidad de responder a las nuevas demandas, es por eso que se trata de formar un modelo acorde a las necesidades, de ahí surge la denominada educación basada en competencias, que es una modalidad educativa que toma en cuenta las competencias profesionales que se requieren de los egresados (Guzmán, 2003).

Para enfrentar los cambios anteriormente mencionados, a lo largo de la historia han surgido proyectos que pretenden atender las necesidades de la educación, uno de ellos es el denominado proyecto Tuning (2006) que tuvo origen en Europa como una metodología con la que se pretendía atender las demandas sociales mediante la

adaptación de los planes de estudios universitarios y el apoyo al intercambio de los titulados.

El proyecto Tuning se enfoca en las competencias, mismas que se refieren a la combinación dinámica de conocimientos, comprensión, habilidades y capacidades, que se desarrollan a lo largo de los cursos, estas son valoradas en distintas etapas de un programa, se pueden dividir en aquellas que guardan una relación con la disciplina y aquellas comunes a cualquier curso, es decir genéricas. A ese respecto Tuning menciona que hay tres tipos de competencias genéricas:

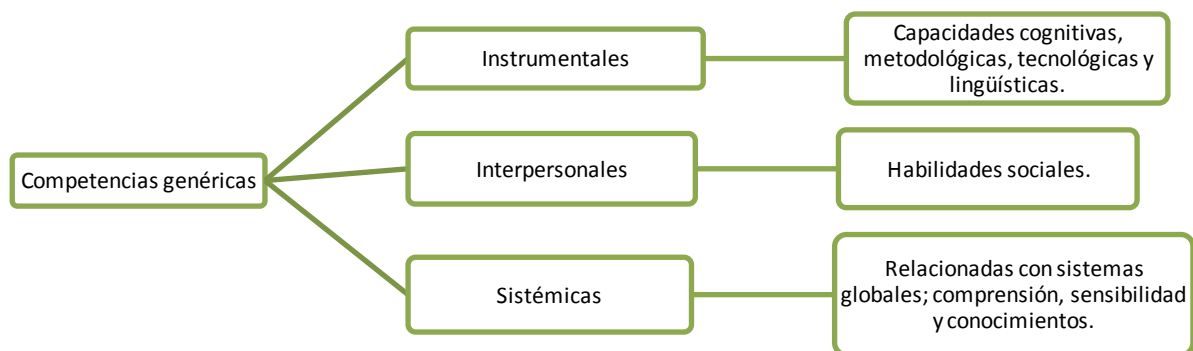


Figura 2. Competencias genéricas que propone Tuning (2006). Elaboración propia.

Estas competencias se adquieren a través del proceso de aprendizaje y resultan cada vez más importantes al momento de egresar, ya que se espera que el futuro profesionalista y ciudadano se encuentre preparado adecuadamente para enfrentar su nuevo papel en la sociedad. De acuerdo a esta percepción Tuning plantea que el empleo de estas competencias necesita programas de estudio que se centren en las

habilidades y conocimientos que necesite adquirir el estudiante y por lo tanto que estén centrados en él.

Para el aprendizaje de las competencias se utilizaría un diseño curricular por competencias, donde los programas se organizan según aquellas que se quieran desarrollar (García, 2011).

Vargas (2008) indica que el diseño curricular basado en competencias pretende conjuntar las características, necesidades, perspectivas del perfil profesional, tomando en cuenta las competencias que los egresados deben mostrar, es decir son los conocimientos que la sociedad cree que son convenientes en la formación profesional. De acuerdo a la autora el diseño curricular por competencias tiene como características: 1) La definición del perfil profesional de acuerdo al mundo laboral; 2) Estructura modular que atienda las competencias; 3) Criterios para la aprobación de módulos; 4) Identificación de competencias para el desempeño profesional; 5) Enfoque integrado en todas las dimensiones.

Bajo el modelo de la educación basada en competencias la evaluación adquiere un papel importante, ya que las competencias se describen como algo que el alumno está capacitado para producir o desempeñar al finalizar una etapa y evaluarlo es la forma de saber qué competencias ha desarrollado. Por lo tanto no solo el currículo sufre modificaciones sino también las prácticas de enseñanza y la evaluación (Argudín, 2005).

Para Rial (2007) en el diseño curricular por competencia es importante establecer los parámetros para llevar a cabo la evaluación de los estudiantes, docentes y de la

institución, lo anterior con énfasis en tres mecanismos: autoevaluación, coevaluación y heteroevaluación. En los estudiantes la evaluación se realiza con la finalidad de ayudar en la formación de competencias, tomando en cuenta sus logros pero también aquello donde haga falta mejorar, el principio general de la evaluación es que se basa en el desempeño del estudiante ante actividades o situaciones que tengan relación con el contexto profesional ya sea de forma real o simulada.

Según el autor la evaluación debe ser llevada a cabo en momentos específicos previamente planificados por medio de actividades de evaluación que contengan los indicadores. La evaluación de las competencias tiene como finalidad realizar una valoración partiendo de cuatro propósitos:

- La formación: la valoración pretende proporcionar retroalimentación tanto a estudiantes como docentes en cuanto al desarrollo de las competencias del programa teniendo en cuenta el punto de partida.
- La promoción: el objetivo de la valoración es saber el grado en que se desarrollaron las competencias en el curso, nunca es diferenciar a los estudiantes competentes de los no competentes, la valoración debe ser llevada a cabo tomando en cuenta que los estudiantes tienen diferentes potencialidades y su desarrollo depende de diversos factores.
- Certificación.
- Mejora de la docencia: la valoración de las competencias son la retroalimentación del docente en cuanto a sus procesos didácticos, tomándola en cuenta le permitiría impartir una mejor mediación pedagógica y por tanto mejorar la calidad de los procesos didácticos.

El autor menciona que la promoción de un curso a otro se dará con base a la evaluación de las competencias, si las evaluaciones arrojan que los logros no fueron los esperados se deberán proporcionar cursos de refuerzo y posibilidades de demostrar los logros, en algunos casos serán necesarios los cursos alternativos, de acuerdo a esta perspectiva se pierde el sentido de los exámenes y la reprobación de asignaturas bajo el currículum por competencias.

1.4. Proceso general de la enseñanza de las competencias

Las competencias se adquieren haciendo, en una situación real de trabajo, prácticas o situaciones simuladas (Reidl, 2008).

Así mismo en la enseñanza de las competencias es esencial tener claro qué es lo que el estudiante debe conocer y dominar para poder lograr el objetivo (Guzmán, 2003).

El proceso de aprendizaje de las competencias depende de diversos factores situacionales y temporales que se ven impregnados con predisposiciones tales como aptitudes y rasgos de personalidad, es a través de estos que se forma la base para la adquisición de conocimientos, habilidades, actitudes y por consiguiente de las competencias y subcompetencias (Roe, 2003).

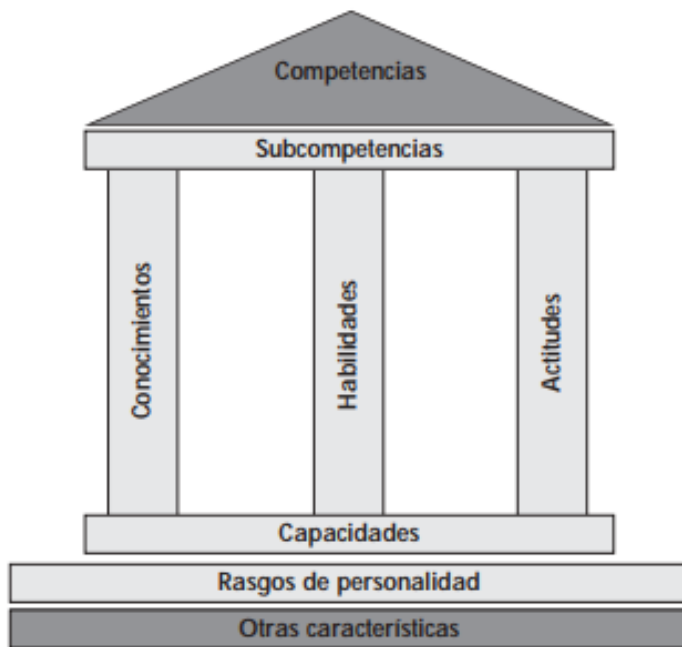


Figura 3. Arquitectura del modelo de competencia. Tomada de Roe (2003).

Por otro lado, Braslavsky y Acosta (2006) postulan seis principios básicos para la formación sistemática de competencias:

1. Desarrollo del modelo *Acción-Reflexión-Acción*.
2. Utilización de estrategias didácticas transversales.
3. Uso de estrategias didácticas específicas para cada competencia.
4. Conexión con procesos de trabajo de aquel a quien se enseña.
5. Fomentar la reflexividad.
6. Promover comunidades de práctica.

Las competencias se aprenden a través de aproximaciones progresivas, esto puede facilitarse por la interacción directa con problemáticas profesionales que permitan la

reflexión y transferencia por medio de estrategias que sean específicas de la competencia a desarrollar, siempre vinculadas al contexto de trabajo.

En el contexto nacional para el año 1998 se empezaba a contraponer el modelo tradicional con el que entonces se conocía como *nuevo enfoque*, lo que ahora se conoce como enfoque por competencias (Lozano, Castillo & Cerecedo, 2012). Sin embargo es a partir del año 2000 que se implementa el modelo educativo por competencias, aspecto que trajo diversas consideraciones por ser un modelo propuesto por países desarrollados (Chong & Castañeda, 2013).

En México la Universidad Nacional Autónoma de México en específico la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza (FES Zaragoza) pretende promover las competencias que le permitan al estudiante aprender durante su vida, aprender a aprender y aprender a convivir, esto centrado en la idea de mejorar su calidad de vida (FES Zaragoza, 2010).

1.5. Formación académica del psicólogo en la FES Zaragoza

La psicología a lo largo del tiempo ha ido ganando campos de actuación, hoy en día un psicólogo puede emplearse en las diversas áreas; educativa, organizacional o laboral, a nivel social o en el área clínica y de la salud, como tal es crucial que pase por un proceso de desarrollo profesional que le permita obtener las competencias necesarias para llevar a cabo su tarea con éxito.

La Facultad de Estudios Superiores Zaragoza se encarga de esto desde el año de 1976. En 1979 el plan de estudios se integra por nueve semestres y cuatro áreas: Metodología General y Experimental, Psicología Educativa, Psicología Clínica y

Psicología Social, sin embargo en 1997 se aprueba la modificación del plan de estudios a ocho semestres, (Disponible en la página de la FES Zaragoza) mismo que consiste en:

a) Una formación general e integral para los estudiantes, que estuviese caracterizada por un aprendizaje crítico y reflexivo.

b) Una estructura flexible que incorpora el avance del conocimiento de la disciplina y áreas afines. Misma que se integra por tres etapas de formación: Básica: Se imparte en el primero y segundo semestre, de carácter obligatoria. Comprende aspectos referentes al desarrollo de la psicología como ciencia, incluye conocimientos teóricos y habilidades prácticas vinculadas con el método científico. Profesional: Se integra por cuatro áreas de conocimiento, cada una con una duración de dos semestres: Psicología Educativa, Psicología Clínica y de la Salud, Psicología Social, y Psicología del Trabajo y las Organizaciones. Esta etapa se imparte de tercero a octavo semestre, con la característica de ser flexible, dándole oportunidad al alumno de elegir tres de las cuatro áreas que se ofrecen, así como el orden en que desea cursarlas. Complementaria: Se conforma por unidades de aprendizaje transversales optativas de elección, disciplinarias y genéricas que se cursan en el transcurso de los ocho semestres del plan, permitiéndole optar entre diversas alternativas, relacionadas con la disciplina, la ética y bioética, la multidisciplinaria y la investigación.

Con el nuevo plan de estudios lo que se pretende es brindar mayor flexibilidad a comparación del anterior, por el hecho de permitir a los alumnos elegir su trayectoria académica, además de actualizar el plan con los nuevos conocimientos y que de esta

forma vayan más enfocados a las necesidades de la sociedad actual, así este permite una formación unidisciplinar y multidisciplinar que deja actuar al psicólogo en diversos campos laborales.

El plan de estudios se sustenta en el modelo educativo denominado Sistema de Enseñanza Modular (SEM) que genera procesos formativos en sus participantes a partir de tres planos:

a) Individual. Se replantea la actividad del profesor y del alumno, lo que favorece un proceso interactivo y dinámico.

b) Académico. Se vincula la teoría con la práctica, mediante un proceso dialéctico que permite integrar el conocimiento con su posible aplicación a problemas concretos y, a su vez, posibilita su reelaboración.

c) Institucional. Permite crear sistemas que lo vinculan directamente con la problemática de la comunidad en la búsqueda de explicaciones y planteamiento de estrategias de solución.

1.5.1. Perfil de competencias

Según el plan de estudios de psicología (Propuesta de modificación al plan y programas de estudio de la licenciatura en Psicología, 2010) los alumnos deben contar, adquirir y desarrollar una serie de competencias, rasgos y atributos a lo largo del desarrollo curricular, de acuerdo al nivel de avance curricular.

Perfil de ingreso:

El perfil de ingreso marca que el estudiante que ingrese a la Licenciatura de Psicología de FES-Zaragoza debería contar con ciertos conocimientos, habilidades y actitudes, entre ellas:

Habilidades

- Capacidad para establecer relaciones interpersonales.
- Capacidad de expresión oral y escrita.

Perfil intermedio I. Al concluir la etapa de Formación Básica el plan señala que entre las competencias genéricas se encuentra;

Liderazgo

- Habilidad para coordinar y dirigir grupos de estudio y de trabajo.

Perfil intermedio II. Al concluir el Área de Formación Complementaria, del primero al octavo semestre, entre las competencias genéricas que desarrolla el estudiante también se encuentra el liderazgo y lo definen como:

- Habilidad para promover la participación de individuos y grupos en situaciones cambiantes del contexto, vinculadas con acciones que mejoren la calidad de vida de las personas (acciones proambientales, cuidados al final de la vida, entre otros).

Perfil profesional. El licenciado en Psicología es el profesional con una sólida formación, que posee los conocimientos, habilidades y actitudes para la promoción de

comportamientos saludables; la prevención, intervención e investigación de diferentes problemas relacionados con la disciplina en diversos contextos y escenarios. Está capacitado para aplicar el conocimiento teórico-metodológico de la disciplina y colaborar con otras disciplinas en la solución de situaciones con problemas de índole psicológica, a nivel local, regional, nacional y mundial, relacionadas con la investigación, evaluación, diseño e implementación de programas de intervención para la prevención, orientación, rehabilitación y promoción.

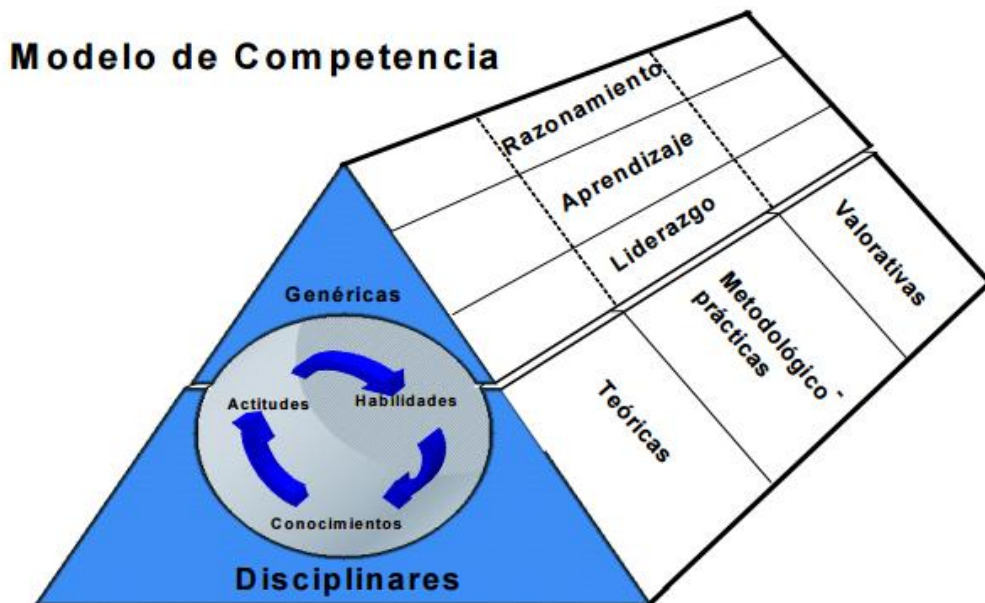


Figura 4. Tomada de la propuesta de modificación al plan y programas de estudio de la licenciatura en psicología (FES Zaragoza, 2010).

Cabe hacer hincapié en el asunto que nos compete, de acuerdo al perfil de ingreso se requiere como habilidad la capacidad para establecer relaciones interpersonales, sin embargo esta no se vuelve a mencionar de forma directa, sino solo a través de otras habilidades que nos dejan entrever la necesidad de ser capaces de

establecer relaciones interpersonales, a través de esto salen a relucir las habilidades sociales. Esto se puede observar en las competencias genéricas que se necesitan, por poner un ejemplo el liderazgo, donde recalcan el poder para promover, dirigir y coordinar grupos de personas, dicha cuestión no sería posible sin contar con una serie de habilidades sociales que le permitan fungir ese papel.

CAPÍTULO 2. ¿QUÉ SON LAS HABILIDADES SOCIALES?

Gil y León (1998) mencionan que el hecho de contar con conductas socialmente adecuadas implica dos cuestiones, en la primera la probabilidad de que suceda algo agradable aumenta y segundo disminuye la posibilidad de que algo desagradable suceda, en cualquiera de los casos son consecuencias positivas. Si esta conducta funciona para el individuo es muy probable que la vuelva a utilizar y se mantenga, además puede incluso llegar a generalizarse a otras situaciones (Or & Lema, 2000). Hablando de conductas inadecuadas socialmente hablando, las cosas van en el mismo sentido, promueven la aparición de situaciones que no son deseadas y/o la desaparición de aquellas que sí lo son, esto provoca consecuencias negativas para el individuo, sin embargo a pesar de esta situación muchas veces las conductas siguen siendo utilizadas debido a diversas razones, entre ellas que las personas no cuentan con otras más adecuadas para sustituirlas, no han analizado la situación y consideran que no hay necesidad de cambiarlas o estas conductas además de consecuencias negativas también genera algunas positivas.

De acuerdo con Del Prette y Del Prette (2002) los seres humanos nacen con un equipamiento biológico que se ve influenciado por diversos factores que decretan su potencialidad, de acuerdo a esto la base biológica predispone los tipos de interacción con el ambiente, sin embargo no son estas las que determinan el repertorio de comportamientos sociales sino las experiencias de aprendizaje. Uno de los periodos críticos para el aprendizaje de las habilidades sociales es la infancia, ya que durante esta es cuando comienza el desarrollo social del individuo. Sin embargo las habilidades

sociales se aprenden durante toda la vida, ya que a lo largo del desarrollo del ciclo vital se generan demandas diferentes para el individuo y por tanto las habilidades sociales que requiere para cada una son distintas y más complejas.

Como se mencionó anteriormente, el aprendizaje se da de acuerdo a las experiencias del individuo, esto determina su repertorio de habilidades sociales que depende de la estimulación adecuada en cada etapa de la vida, cuando esto no sucede el individuo puede no adquirir de forma adecuada las habilidades sociales necesarias y por tanto desarrollar un déficit en estas, es menester aclarar que la palabra déficit hace referencia a personas muy tímidas o inhibidas así como a aquellas demasiado expansivas o desinhibidas (Dongil & Cano, 2014) ya que de cualquiera de las dos formas no se da una expresión adecuada de las habilidades sociales. El déficit en habilidades sociales puede generar problemas psicológicos, entre ellos se encuentran problemas de desadaptación escolar, delincuencia juvenil, suicidio, además de algunos problemas de tipo clínico como la depresión o la esquizofrenia (Del Prette & Del Prette, 2002).

2.1. Antecedentes de las habilidades sociales

Caballo (2007) menciona que en el estudio sobre habilidades sociales tiene principalmente tres fuentes entre ellas las siguientes:

Una primera, frecuentemente reconocida como la única o, al menos la más importante, que se apoya en el temprano trabajo de Salter (1949) denominado *Conditioned reflex therapy* [Terapia de reflejos condicionados], a su vez influido por los estudios de

Pavlov sobre la actividad nerviosa superior. El trabajo de Salter fue continuado por Wolpe (1958), que fue el primer autor en emplear el término «asertivo» y más tarde por Lazarus (1966) y Wolpe y Lazarus (1966). Alberti y Emmons (1970), Lazarus (1971) y Wolpe (1969) dieron nuevos impulsos a la investigación de las HHSS, siendo el libro de Alberti y Emmons, *Your perfect right* [Estás en tu perfecto derecho], el primer libro dedicado exclusivamente al tema de la «asertividad» (o HHSS)... Una segunda fuente la constituyen los trabajos de Zigler y Phillips (1960, 1961) sobre la «competencia social». Esta área de investigación con adultos institucionalizados mostró que cuanto mayor es la competencia social previa de los pacientes que son internados en el hospital menos es la duración de su estancia en él y más baja su tasa de recaídas. (Caballo, 2007, pp. 1, 2).

Desde sus orígenes han existido términos que se relacionan con lo que se conoce como habilidades sociales, tal es el caso de competencia social, además de esto en los estados unidos se dieron diferentes cambios en los términos usados para expresar lo que después se denominó “habilidades sociales”, término que se acuñó a mediados de los setenta. La palabra “asertividad” muchas veces se usa como equivalente de “habilidades sociales” y viceversa, hay autores que difieren y defienden la idea de que asertividad es solo una parte de las habilidades sociales, mientras que otros más como en el caso de Caballo (1983; 2007) sostienen que asertividad, habilidades sociales y por otro lado entrenamiento asertivo y entrenamiento en habilidades sociales son

términos equivalentes al designar prácticamente el mismo tipo de procedimientos y dimensiones conductuales. Debido a la confusión que aún surge respecto a los términos, para efectos de este estudio se utilizarán como términos similares.

Las habilidades sociales se refieren a la conducta socialmente habilidosa que forma parte de un conjunto de conductas emitidas por un individuo en un determinado contexto interpersonal y que permite la expresión de sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos del individuo de manera adecuada según la situación, esto generalmente resuelve problemas que se generan de manera inmediata en la situación y por otro lado minimiza la probabilidad de problemas futuros (Caballo, 1986 como se citó en Caballo 2007), esta definición es a la que se hará alusión al hablar de habilidades sociales en la vida cotidiana.

Aunque existen infinidad de definiciones de lo que son las habilidades sociales, estas cuentan con una serie de características que predominan, entre ellas el que las conductas que se consideran socialmente habilidosas se desarrollan dentro de un marco cultural y contextual determinado, son específicas a una situación y a las metas del individuo que las ejerce, por lo tanto no hay algún comportamiento socialmente aceptable a nivel universal. Además existe un acuerdo en cuanto a que las habilidades sociales son un conjunto de capacidades de actuación aprendidas (Gil & León, 1998) y que son características de las conductas mas no de las personas. Su principal premisa es que el individuo escoge libremente su acción. Para llevar a cabo una conducta socialmente habilidosa se da la conjunción de diversos aspectos, pero además de lo anterior la conducta socialmente hábil consta de diversos componentes.

De acuerdo con Caballo (2007) la conducta que es considerada socialmente hábil posee tres componentes, esta consta de un componente cognitivo, uno conductual y otro de tipo fisiológico.

2.2. Componentes de las habilidades sociales:

Conductuales

Según Caballo (2007) los componentes de tipo conductual son aquellos referidos a conductas observables, estos se catalogan en componentes verbales, no verbales y paralingüísticos:

- Componentes verbales: tales como iniciar una conversación o realizar retroalimentación, también se encuentran aquellos que son de contenido general como el realizar peticiones, preguntas, dar refuerzos verbales, hacer uso del humor, manifestaciones de empatía, claridad, verbalizaciones positivas, contenidos de aprecio, expresiones en primera persona, pedir cambio de conducta, entre otros.
- Componentes no verbales, cualquier persona comunica algo ya sea de forma consciente o no, estos pueden ser también recibidos de esta forma, entre estos componentes no verbales se localiza la mirada o el contacto ocular, la sonrisa, gestos, expresión facial, postura, latencia de respuesta, distancia y proximidad, apariencia personal, etc.
- Componentes paralingüísticos; estos hacen referencias al cómo de las cosas que se dicen, por lo tanto se hallan aspectos como la voz y sus diferentes cualidades: volumen, donde se consideran aspectos como el tono, claridad,

velocidad, timbre, inflexión, otra cualidad es el tiempo del habla es decir la duración de la respuesta, número de palabras dichas, así como las perturbaciones en el habla; por ejemplo muletillas y vacilaciones y fluidez del habla.

Es importante mencionar que para que una conducta sea evaluada como hábil no es suficiente medir la frecuencia, es aún más relevante la regulación y distribución de esas respuestas a lo largo de la interacción.

Cognitivos

También hay elementos cognitivos que van a influir en las acciones y que componen las habilidades sociales, ya que el comportamiento social se ve afectado por sentimientos y cogniciones que el individuo forma sobre su interlocutor, situación social, de sus propios comportamientos y las consecuencias de estos (Del Prette & Del Prette, 2002).

En estas variables cognitivas aparecen las competencias cognitivas, expectativas, valores subjetivos otorgados a los estímulos, la percepción del ambiente de comunicación y los sistemas y planes de autorregulación que se llevan a cabo durante los procesos cognitivos y que a su vez influyen en las percepciones, pensamientos, sentimientos y acciones del individuo.

Estos procesos se mezclan con las situaciones ambientales en donde el individuo juega un papel activo al intervenir en su modificación y creación.

Fisiológicos

De acuerdo con Caballo (1988, como se citó en Caballo 2007), las variables de tipo fisiológico no han sido muy estudiadas, sin embargo entre las más frecuentes se encuentran la tasa cardíaca, presión sanguínea, flujo sanguíneo, respuestas electrodermales, respuesta electromiográfica y la respiración.

Estos componentes convergen junto con elementos situacionales para determinar lo que es una conducta socialmente hábil.

2.3. Modelos de las habilidades sociales

Hidalgo y Abarca (1999) hacen mención de la diversidad de modelos en la explicación de las habilidades sociales, mismo que comparten características. Se puede distinguir dos corrientes, las provenientes de la Psicología social y los de la Psicología clínica.

De acuerdo a las autoras el modelo del aprendizaje social está basado en la teoría del aprendizaje social de Albert Bandura, en cual habla sobre el papel del aprendizaje por observación o aprendizaje vicario. De acuerdo a este modelo las habilidades sociales son aprendidas por experiencias interpersonales directas o de tipo vicario, o sea a través de la observación. La permanencia y utilización de estas conductas se debe a sus consecuencias sociales, esto se da mediante el refuerzo social y retroalimentación con respecto al comportamiento de los otros, es por medio de esto que el sujeto se forma la creencia sobre su autoeficacia ante las diferentes situaciones a las que se enfrenta. Ello también depende de las consecuencias de las conductas

observadas, la admiración hacia la persona observada que emite la conducta y el ambiente.

Modelo cognitivo.

Tres elementos son fundamentales para un adecuado funcionamiento social, primero se considera que se conozca la meta de la interacción social, una vez que se tenga claro se debe considerar las estrategias que van a permitir alcanzar ese objetivo y no menos importante es contemplar el contexto en donde será aplicada esa estrategia ya que puede no ser conveniente. Una vez se tengan estos tres elementos se ponen en marcha por medio de habilidades de comunicación (Land & Mize, 1983 como se citó en Hidalgo & Abarca, 1999).

Modelo de la Psicología Clínica: modelos de asertividad

En la psicología clínica se habla de la asertividad como la forma de expresar lo que se piensa, siente y cree de forma oportuna según el medio en el que se esté inmerso y sin sentir ansiedad. Galassi y Galassi (1978, como se citó en Hidalgo & Abarca, 1999) distinguen tres dimensiones en la asertividad, una de ellas es de tipo conductual, refiriéndose al comportamiento interpersonal como la defensa de los derechos propios, iniciar mantener y concluir una conversación, expresión de afectos tanto positivos como negativos, entre otros. En la dimensión de tipo personal se erigen aquellas conductas que son adecuadas según el tipo de relación. Por último en la dimensión situacional se considera el ambiente contextual y físico en donde se desarrolla la interacción, ya que aquella conducta que es conveniente en un contexto determinado puede no serlo para otro.

2.4. Modelos explicativos del desarrollo de las habilidades sociales

Problemas de percepción social

La percepción social es la interpretación que el individuo hace de la situación social, en la cual identifica el rol del interlocutor, las normas culturales, las señales tipo verbal y no verbal que se aprecian, esto en función del contexto para llevar a cabo comportamientos adecuados a este (Del Prette & Del Prette, 2002).

Modelo de inhibición por ansiedad

Este modelo postula que el individuo posee un conjunto de habilidades sociales que le permiten enfrentar las situaciones que se presentan, no obstante no es capaz de llevarlo a cabo por la ansiedad condicionada a las situaciones sociales, esta ansiedad inhibe las iniciativas de interacción.

Modelo de inhibición mediatizada

La habilidad se ve inhibida por evaluaciones cognitivas distorsionadas, expectativas y creencias irracionales, autoinstrucciones poco adecuadas, autoverbalizaciones que resultan negativas o inhibitorias, patrones perfeccionistas, etc. Estos pueden ocasionar comportamientos sociales inadecuados. Como manera de intervenir, los programas de entrenamiento de habilidades sociales requieren de técnicas cognitivas y conductuales que lleven a la reestructuración cognitiva y modificación de esquemas cognitivos.

2.5. Entrenamiento en habilidades sociales

A pesar de que durante la niñez es la etapa donde se adquieren la mayoría de las habilidades sociales, son conductas que se pueden aprender. Es posible desarrollarlas y adquirirlas en cualquier punto del ciclo vital (Pades 2003).

Según Caballo (2007) el entrenamiento en habilidades sociales es una de las técnicas más frecuentes para el tratamiento de los problemas psicológicos, ya sea para mejorar la efectividad interpersonal o simplemente mejorar la calidad de vida en general. Entre los padecimientos que se han tratado se encuentra la esquizofrenia, autismo, fobias, alcoholismo, depresión, obesidad, timidez, agresividad, problemas escolares y diversos más. El objetivo de esta intervención es fomentar la adquisición de habilidades para relacionarse de forma interpersonal y la modificación de aquellos componentes que no permiten una interacción social adecuada.

De acuerdo a Caballo (2007) el entrenamiento en habilidades sociales hace referencia a la enseñanza de conductas específicas que serán integradas al repertorio del individuo, el tipo de conductas en las que se trabajará dependerá de cada caso en particular, el entrenamiento en habilidades sociales se utiliza para intervenir en diversas problemáticas, prevenir o potencializar las habilidades sociales, por lo tanto se tiene que adaptar a las particularidades de cada persona.

El entrenamiento de las habilidades sociales está conformado por diversas técnicas que tienen como objetivo el que los individuos adquieran habilidades sociales para poder tener interacciones sociales que les resulten satisfactorias. Estas técnicas van enfocadas según la población y las características de cada una, las técnicas y estrategias son de tipo cognitivo conductuales. Entre estas técnicas se encuentra el role-playing, reestructuración cognitiva, relajación, autoinstrucciones, modelaje, estrategias de resolución de problemas, técnicas de imaginación retroalimentación y reforzamiento.

2.6. Relevancia de las habilidades sociales

En la vida cotidiana se interactúa de forma constante con otros, como seres sociales es imposible no hacerlo. Desde el momento en que nacemos comenzamos a interactuar con los demás. En la infancia es donde se adquiere una gran parte de nuestra percepción respecto al entorno social y nuestro papel frente a él, aprendemos conductas que nos permiten enfrentar las situaciones que se nos presentan y también conformamos nuestras cogniciones respecto a eso. La adquisición y desarrollo de habilidades sociales se da de forma asistemática, si bien es cierto que durante esta etapa se aprenden buena parte de las habilidades sociales, estas se siguen desarrollando a lo largo de nuestro ciclo vital.

El poseer habilidades sociales te puede llevar a tener situaciones de gran satisfacción, no obstante el carecer de ellas también puede ser la razón de grandes malestares (Cañón & Rodríguez, 2011). El no poseer las habilidades necesarias para interactuar de forma adecuada con los otros resulta perjudicial tanto para quien no las posee como para aquellos que interactúan con esa persona. A largo plazo las consecuencias psicológicas incluyen; inhibición social, aislamiento, ansiedad, inseguridad y baja autoestima (Hidalgo & Abarca, 1999).

Derivado de lo anterior se puede apreciar la importancia que las habilidades sociales poseen en la vida cotidiana, pero no únicamente en este ámbito es donde adquieren importancia, ya que a nivel profesional cada vez se da una mayor demanda en cuanto a las habilidades que un profesional debe poseer para desempeñar su rol de forma efectiva, esto debido a que en algunas profesiones la actuación social puede ser

decisiva para el éxito profesional (Bueno, Durán & Garrido, 2013), principalmente aquellas en donde la principal característica es el contacto y trato directo con personas. Tal es el caso de la psicología ya que en cada una de sus ramas se establece una interacción cara a cara con el otro.

CAPÍTULO 3. HABILIDADES SOCIALES EN DIFERENTES POBLACIONES

Desde el surgimiento del concepto de habilidades sociales se han realizado diversas investigaciones en población clínica y no clínica. Entre el primer tipo de población el entrenamiento en habilidades sociales se utilizó para tratar algunos padecimientos severos como la esquizofrenia, alcoholismo, etc. Mientras que en el segundo tipo de población se han hecho estudios de diversa índole, entre ellos referentes al impacto que tienen en la educación, la influencia en la adaptación de inmigrantes, algunos que van enfocados a profesionales y estudiantes de diversos campos disciplinarios y niveles académicos, esto con la finalidad de explorar las implicaciones de los entrenamientos en habilidades sociales.

En las investigaciones relacionadas a población clínica se encuentran intervenciones en población con padecimientos como; fobia social, ansiedad, timidez, depresión, problemas de pareja, inseguridad, autismo, obesidad, comportamientos disruptivos, bullying, entre otros. Estos padecimientos abordados desde las diferentes etapas de desarrollo: infancia, adolescencia, adultez, vejez, sin embargo hay algunos que debido a la problemática se presentan más comúnmente a determinada edad. Las investigaciones en torno a esto se basan en programas de entrenamiento en habilidades sociales diseñados para afrontar el padecimiento y disminuir sus efectos.

La mayoría de los estudios realizados van enfocados a evaluar el nivel de habilidades sociales de tal o cual población, pero es a partir de la década de los 80's donde el objetivo de entrenar en habilidades de tipo interpersonal va dirigido a la

actuación profesional y el trabajo, sin embargo muchos de estos estudios pretende alcanzar objetivos clínicos y no educativos (Del Prette, Del Prette & Mendes, 1999).

En la población no clínica las investigaciones sobre habilidades sociales son muy diversas, por mencionar algunos temas relacionados con habilidades sociales se encuentra la adherencia a tratamientos, beneficios para el deporte, intervenciones en personas migrantes, con alguna discapacidad, implicaciones tanto de la falta como del entrenamiento en habilidades sociales en profesionales y algunas más con fines educativos, entre estos los estudios con profesionales y estudiantes se centran principalmente en aquellos que tienen contacto directo con personas, tal es el caso de los profesionales de la salud, entre ellos encontramos estudios sobre psicólogos, enfermeros, trabajadores sociales y cuidadores primarios.

Durante la revisión literaria se encontraron resultados positivos entre las habilidades sociales y las implicaciones profesionales, es decir en aquellas investigaciones donde se aplicaron programas de entrenamiento en habilidades sociales se observaron mejoras en cuanto a la calidad del servicio y eficacia en la tarea. En algunos de los estudios se propusieron entrenar las habilidades sociales como forma de optimizar la calidad del cuidado, teniendo como resultado la importancia del entrenamiento en habilidades sociales y no únicamente los métodos encaminados al desarrollo de habilidades técnico-sanitarias, de acuerdo al estudio se deberían incluir procedimientos que capaciten al sujeto para establecer, mantener y mejorar sus relaciones interpersonales ya que esto lleva al profesional a relacionarse con otros profesionales y pacientes, además de que varios procedimientos sanitarios requieren de estas habilidades para llevarse a cabo (Marín & León, 2001).

El entrenamiento en habilidades sociales en profesionales se considera importante debido a la interdisciplinariedad de profesiones, lo cual exige ser capaces de establecer una relación independientemente del campo de actuación.

Tabla 2. Investigaciones sobre habilidades sociales en población no clínica. Tomada de García (2017).

Investigaciones sobre habilidades sociales en población <u>no clínica</u>		
Autor (es)	Población estudiada	Aportaciones
Marín y León (2001) Pades (2003) Peñacoba, Arday, González, Moreno y Martínez (2003) Cañon y Rodríguez, 2011)	Enfermeras y personal de salud	Se establecen repertorios en HS Se mejoran las interacciones en grupo
Turkington y cols. (2006)	Enfermeras especialistas en esquizofrenia	Se mejora la autoeficacia, la planificación y la metapercepción de los participantes
Müggenburg y cols. (2015) Milne y Cameron (2008)	Enfermeras en hospital Médicos de atención primaria	Mejora la calidad de las interacciones
Lorenzo y Bruno (2011) Gockel y Burton (2012) León, León y Herrera (2012)	Jugadores de futbol Trabajadores sociales Organizaciones	
Emilson y Litje (2008)	Estudiantes de ingeniería Estudiantes de medicina y enfermería	Consideraciones
Yen-Ru y cols (2004)		Adecuar los programas a las características de la población
Kearley y Croft (2010)	Estudiantes de medicina	Tomar en cuenta las necesidades a las que responde el entrenamiento
Cushman, Delva, Cheryl, Jiménez Glover y Begg (2015)	Estudiantes de salud pública	Usar medidas conductuales además del autoinforme
Merayo (2013)	Estudiantes de enfermería	
Barnfield y Mathenson (2007)	Enfermeras y trabajadores sociales estudian posgrado	Que los programas se generalicen a otros ámbitos

Se da una tendencia a investigar el impacto de las habilidades sociales en carreras de carácter interpersonal, como en el caso de la psicología clínica, específicamente en psicólogos en formación, como se observa en el tabla 3, donde el contar con las

habilidades para mantener una relación interpersonal, deriva en la posibilidad de la consecución de casi todas las metas (Vargas, Ibáñez & Landa, 2011). Algunos autores hablan de las habilidades sociales sin hacer gran diferencia entre aquellas que se utilizan en el contexto cotidiano y las que se requieren en el ámbito terapéutico, sin embargo sí plantean algunas especificaciones de acuerdo a la tarea profesional. (Del Prette, Del Prette & Mendes, 1999; Ibáñez, et al., 2011).

Tabla 3. Investigaciones sobre habilidades sociales en psicólogos en formación. Tomada de García (2017).

Investigaciones sobre habilidades sociales en <u>psicólogos en formación</u>		
Autor (es)	Entrenamiento	Aportaciones
Mannix y cols (2006)	Habilidades Sociales en psicólogos de cuidados paliativos	El entrenamiento mejora los repertorios en HS
Bueno, Durán y Garrido (2012)		
Del Prette y Del Prette (1999)		
Hidalgo y Abarca (1990)		Mejoran la cooperación
Landa y García (2014)	Habilidades Sociales durante un curso de formación	
Morrison y Bellack (1981)		El uso de recursos multimedia es adecuado para este tipo de habilidades
Vargas, Ibáñez y Landa (2011)		
Villa (2009)		
Del Barco (2009)	Habilidades sociales y de cooperación	Consideraciones
		Adecuar intervenciones a situaciones específicas
		Las competencias No se trasladan a otro escenario
		Incluir en los programas escolares
Dimeff y cols. (2009)	HS mediante recursos multimedia	
Bouchard y cols (1980)	Intervención a partir de dos enfoques en el aprendizaje de HS	Tomar en cuenta la perspectiva de los consultantes

De acuerdo a las investigaciones las principales consideraciones son:

➤ En población no clínica; adecuar los programas de entrenamiento a la población donde serán implementados, para obtener más información utilizar medidas conductuales y no únicamente de autoinforme. Un punto a resaltar es la generalización de las habilidades sociales a otros ámbitos y no únicamente en el que se implementó el programa de entrenamiento.

➤ En psicólogos en formación; Adecuación de las intervenciones a situaciones específicas, generalización a otros escenarios y finalmente la inclusión de este tipo de entrenamientos como parte de los programas curriculares.

En los estudios realizados en psicólogos en formación podemos observar las siguientes aportaciones:

➤ El entrenamiento en habilidades sociales mejora el repertorio de habilidades sociales.

➤ El uso de recursos multimedia son adecuados para la enseñanza de las habilidades sociales.

➤ Las habilidades sociales mejoran la cooperación.

CAPÍTULO 4. HABILIDADES SOCIALES EN PSICÓLOGOS CLÍNICOS

De acuerdo a Cañón y Rodríguez (2011) en las ciencias de la salud se pone demasiado énfasis en la adquisición de competencias de tipo técnico-científicas y se deja de lado las habilidades sociales e interpersonales, aun teniendo en cuenta que los profesionales de la salud interactúan de forma constante con otras personas y el no poseer esas habilidades para relacionarse lleva a situaciones que les generan conflictos y estrés, mismo que puede afectar el desempeño del rol profesional. Por lo tanto el poseer habilidades sociales permitiría manejar mejor las situaciones de estrés, incrementando la eficacia, calidad y competencia de los servicios que se prestan.

El déficit de habilidades sociales de un profesional puede influir de manera negativa en la relación con el cliente y esto podría provocar la puesta en duda de las demás competencias profesionales, en cambio contar con las habilidades sociales llevaría a una buena relación lo cual podría convertirse en un recurso fundamental para alcanzar los objetivos profesionales y compensar las deficiencias de tipo técnico (Gil, León, Jarana, 1995).

En los planes de estudio se dedica muy poco al desarrollo de las habilidades sociales para aplicarlas en el ámbito profesional. Anteriormente al revisar la formación del psicólogo en la FES Zaragoza, se observó como las habilidades a nivel interpersonal forman parte del perfil de egreso pero la elección de materias que ayuden a cumplir con ese objetivo son optativas y por lo tanto no todos los alumnos tienen la misma probabilidad de aprender a desenvolverse en el aspecto social de acuerdo a las competencias que se espera que tengan.

En la psicología se está en constante interacción con el otro, independientemente del área a la que se haga referencia, sin embargo en lo que respecta a la psicología clínica la relación con el otro se torna más relevante, al llevar a cabo la intervención terapéutica, ya sea con niños, adultos, personas mayores; a nivel individual, pareja o grupal se requieren de habilidades sociales aplicadas en ese contexto para poder cumplir con el quehacer del psicólogo. Antes de ahondar en esto es necesario aclarar lo que es la intervención en psicología.

La intervención psicológica es una intervención profesional que se realiza para generar cambios en el comportamiento, sentimientos y pensamientos, esta se puede dar para solucionar un problema, mejorar la capacidad de un individuo, prevenir alguna situación o explotar algún potencial (Trull & Phares, 2003).

En terapia el logro de los objetivos depende de diversos factores: el enfoque, elección de técnicas, características del sujeto y del psicólogo clínico, (Barraca, 2009) así como de las habilidades de este para establecer la relación terapéutica, estas habilidades se denominan terapéuticas y no necesariamente tienen relación con las habilidades teóricas.

De acuerdo a Carrasco (2002) en el proceso terapéutico influyen diferentes habilidades:

- Habilidades en estrategias terapéuticas.
- Habilidades en el proceso terapéutico.
- Habilidades en la relación terapéutica: habilidades que son un requisito básico para establecer la relación terapéutica.

4.1. Relación terapéutica

Es mediante la relación terapéutica que el terapeuta maneja y obtiene sentimientos e ideas significativas, que requieren de modificación para alcanzar el objetivo de la terapia, no obstante sin una relación terapéutica efectiva es poco probable que esto suceda, es por eso que un equilibrio entre las habilidades interpersonales y técnicas del psicólogo son determinantes (Amador, 2010).

En la intervención terapéutica el vínculo emocional que se da entre el terapeuta y cliente es fundamental para el éxito terapéutico y constituye un aspecto fundamental para la eficacia de la terapia. Entre los componentes más importantes en la relación terapéutica se encuentra la alianza terapéutica que es la construcción que el terapeuta y el cliente realizan sobre las expectativas, opiniones, construcciones que están realizando en la terapia, así como la visión del otro que cada uno tiene (Corbella & Botella, 2003).

En un estudio realizado por Navia y Arias (2011) mencionan que la alianza terapéutica depende de las destrezas técnicas del terapeuta, las características personales de este y de las variables del consultante. Por otro lado en la intervención terapéutica el terapeuta necesita desarrollar competencias que le permitan establecer relaciones íntimas y cercanas que permitan promover su confianza en los procedimientos y el convencimiento en su efectividad.

Por otro lado alianza terapéutica y por lo tanto la relación terapéutica influyen en lo que se conoce como adherencia terapéutica.

De acuerdo a Puentes-Silva (1985) la adherencia terapéutica es el proceso por medio del cual el paciente cumple de manera adecuada las indicaciones del terapeuta. La falta de adherencia terapéutica se refiere a conductas tales como fallas para iniciar un tratamiento, la suspensión prematura de la terapia, deficiencia en la implementación de las indicaciones. Las consecuencias de la falta de la adherencia terapéutica van de lo personal, lo familiar hasta el ámbito social. El autor reporta que en diversos reportes se confirma la existencia de algunos factores importantes en cuanto a la relación terapeuta-paciente que indican que mientras mayor sea la satisfacción del paciente en la relación con su terapeuta habrá un mejor cumplimiento del programa terapéutico, también a mayor satisfacción del paciente menor probabilidad de deserción.

Ruiz y Cuevas (1985) postulan que factores referentes a la relación médico paciente, tales como la mala comunicación, constituyen un factor para la falta de adherencia terapéutica, es decir falta de compromiso por parte del paciente respecto al tratamiento e indicaciones terapéuticas.

Por lo anterior es claro que la relación que se forma entre el terapeuta y el usuario tiene altas repercusiones a lo largo del proceso terapéutico, puede esta ser un factor para el éxito terapéutico o un factor de riesgo para el abandono de la intervención, como en el caso de la adherencia terapéutica. Tener habilidades sociales y ser capaz de mostrarlas en el contexto terapéutico resulta fundamental.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La tarea del psicólogo es inminentemente interpersonal, en cualquiera de las áreas la interacción con el otro se lleva a cabo de forma permanente. En la psicología clínica esto resalta de manera prominente, específicamente en lo que se conoce como psicoterapia, es por eso que habilidades que permitan una adecuada comunicación y la formación de la relación terapéutica resultan fundamentales, una buena relación con el usuario, lleva a una mejor adherencia terapéutica, esto implica la aceptación del tratamiento y la participación activa en este por parte del usuario (Alonso & De Prado, 2009).

Un factor que puede afectar la adherencia terapéutica es una relación con una comunicación inadecuada, poca empatía, ausencia de actitudes y conductas necesarias (Meichenbaum & Turk, 1991) para el establecimiento de la denominada alianza terapéutica, que es uno de los componentes más importantes en la relación terapéutica (Corbella & Botella, 2003).

Pese a la gran importancia de las habilidades sociales en el contexto terapéutico, estas no forman parte del currículo de la licenciatura en psicología en la FES Zaragoza y existen muy pocas materias que vayan enfocadas a su desarrollo, esto va en contra de lo que proponen Vargas, et al., (2011), quienes postulan que el entrenamiento en habilidades sociales para los futuros terapeutas debe constituir un punto de partida nodal ya que a través de la interacción con el usuario que la psicoterapia resulta exitosa.

En este sentido, los psicólogos en formación de la FES Zaragoza que tienen interacciones con usuarios se enfrentan a esta situación únicamente con las habilidades sociales que adquirieron en su vida cotidiana y que aplican en ella. La cuestión aquí es si estas habilidades sociales muestran una relación con aquellas mostradas en el contexto de la terapia, por lo tanto la problemática del estudio se basa en explorar si ¿Existe asociación entre las habilidades sociales que los estudiantes muestran en la vida cotidiana y aquellas que emplean en el contexto terapéutico?

MÉTODO

Objetivo general

Identificar si existe alguna relación entre las habilidades sociales que los alumnos muestran en la vida cotidiana y las habilidades sociales que emplean en el contexto terapéutico.

Objetivos específicos

- Describir las habilidades sociales en la vida cotidiana de los estudiantes de la FES Zaragoza.
- Describir las habilidades sociales que muestran en el contexto de la terapia los estudiantes de la FES Zaragoza.

Hipótesis

- Existe una relación positiva entre las habilidades sociales que los estudiantes muestran en la vida cotidiana y las empleadas en el contexto terapéutico.

Diseño

Se utilizará un diseño correlacional transversal.

Muestra

No probabilística intencionada de 98 estudiantes de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza de la licenciatura en Psicología del área de psicología clínica y de la salud de séptimo semestre con un rango de edad que va de los 20 a los 25 años.

Criterios de inclusión:

- Ser estudiantes inscritos de Psicología clínica y de la salud de séptimo semestre.
- Cursar la materia de práctica supervisada.

Criterios de exclusión:

- Que el estudiante presente alguna patología sin control medicamentoso.

Variables

Variable independiente - Habilidades sociales en la vida cotidiana.

Definición:

Constitutiva

Habilidades sociales en la vida cotidiana: La conducta socialmente habilidosa es ese conjunto de conductas emitidas por un individuo en un contexto interpersonal que expresa los sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de ese individuo de un modo adecuado a la situación, respetando esas conductas en los

demás, y que generalmente resuelve los problemas inmediatos de la situación mientras minimiza la probabilidad de futuros problemas (Caballo, 1986, en Caballo, 2007).

Operacional

Habilidades sociales en la vida cotidiana: Resultado del Inventario de Asertividad de Gambrill y Richey (1975) en su versión estandarizada para la población mexicana por Castaño, et al., (2011).

Variable dependiente - Habilidades sociales en contexto terapéutico.

Definición

Constitutiva

Habilidades sociales en el contexto terapéutico: las habilidades sociales hacen referencia al comportamiento socialmente responsable que despliega un individuo en el contexto interpersonal, este expresa los sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos propios, de forma adecuada a la situación y respetando esas conductas en los demás (Ibáñez, et al., 2011).

Operacional

Habilidades sociales en el contexto terapéutico: Resultado obtenido del Inventario de Habilidades Sociales para Terapeutas (Landa, García, Serrano & Delgado, 2016 (como se citó en Delgado 2017)).

Instrumentos

- Inventario de Asertividad de Gambrill y Richey-II Se utilizará la última versión estandarizada para población mexicana realizada por Castaño, et al., (2011). Los autores reportan que Alfa de Cronbach (α) total tuvo una alta confiabilidad $\alpha = 0.93$, para la subescala de Grado de Incomodidad (GI) $\alpha = .91$ y Probabilidad de Respuesta (PR) $\alpha = .89$. El inventario consta de 39 reactivos que se contestan mediante dos subescalas: Grado de Incomodidad (GI) y Probabilidad de Respuesta (PR), ambas subescalas se califican con una escala tipo Likert, Grado de Incomodidad de 1 = En absoluto a 5 = Muchísimo y Probabilidad de Respuesta donde 1 = Siempre lo hago a 5 = Nunca lo hago. La forma de interpretación dada por los autores se basa en la combinación de las dos puntuaciones donde si obtienen baja puntuación en GI y alta en PR se consideran asertivos, una baja puntuación en GI y baja en PR indica que son indiferentes, si tienen alto GI y alta PR ansioso, mientras que un alto GI y baja PR son no asertivos.

- Inventario de Habilidades Sociales para Terapeutas de Landa, García, Serrano & Delgado (2016, como se citó en Delgado, 2017). La versión consta de 13 reactivos que se califican con dos subescalas Grado de Malestar (GM) y Probabilidad con la que te comportarías (P), estas se califican con una escala tipo Likert en donde Grado de Malestar 0= Ninguno y 4= Muchísimo y Probabilidad con la que te comportarías 0= Siempre lo hago y 4= Nunca lo hago. La forma de interpretación no está especificada por los autores, se utilizará la misma que en el Inventario de Asertividad de Gambrill y Richey.

Procedimiento

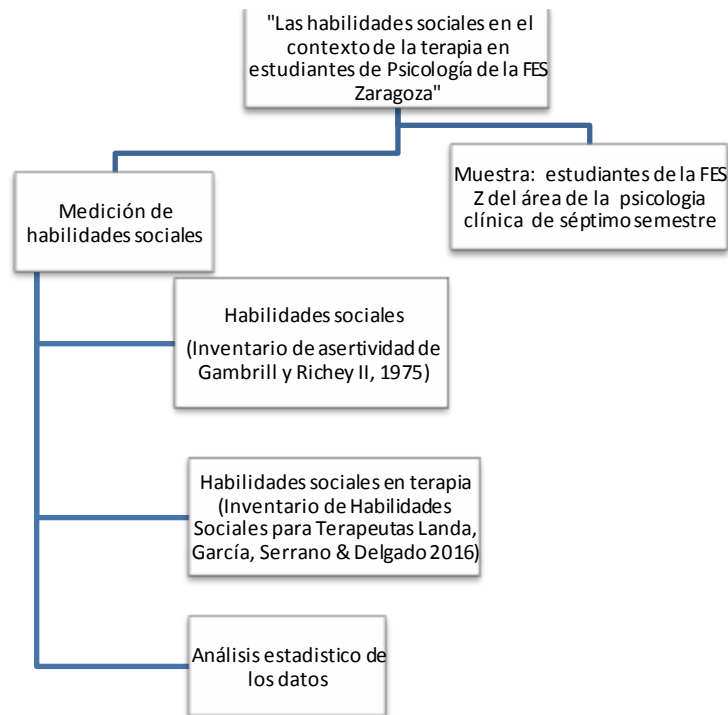


Figura 5. Procedimiento de la investigación. Elaboración propia.

Fase 1. Selección de los instrumentos para realizar la evaluación de las habilidades sociales en la vida cotidiana y en el ámbito terapéutico.

Fase 2. Aplicación de los instrumentos seleccionados “Inventario de Habilidades Sociales para Terapeutas (Landa, García, Serrano & Delgado 2016, como se citó en Delgado, 2017)” e “Inventario de Asertividad de Gambrill y Richey” en su versión estandarizada por Castaño, et al., (2011). Los inventarios sobre asertividad se aplicaron a dos grupos de la carrera de psicología de séptimo semestre, del turno vespertino.

Se pidió la cooperación de los profesores a cargo de impartir la modalidad de curso de cada uno de los grupos para realizar la aplicación.

Al realizar la misma se les explicó brevemente en qué consiste cada uno de los instrumentos, que es lo que evalúan y de qué forma se tiene que contestar, antes de proceder a su aplicación se les entregó una ficha técnica que contenía algunos datos sociodemográficos, esto con finalidades estadísticas.

El instrumento que se les indicó deberían contestar primero es el referente a Inventario de Asertividad de Gambrill y Richey y posteriormente el Inventario de Habilidades Sociales para Terapeutas, una vez concluida la aplicación se les dio las gracias por la participación.

Fase 3. Análisis de los datos. El tratamiento de los datos obtenidos se realizó mediante el programa estadístico SPSS 20.0, en primera instancia se procedió a formar la base con la información de los inventarios, para posteriormente iniciar con los análisis estadísticos; pruebas de normalidad, descriptivos, de asociación, correlación, confiabilidad, etc.

RESULTADOS

Análisis de confiabilidad

Primero se procedió a verificar la confiabilidad de los instrumentos, esto se llevó a cabo mediante el coeficiente de Alfa de Cronbach (α). El Inventario de Asertividad de Gambrill y Richey-II (Castaño, S., Reyes, I., Rivera, S. & Díaz, R. 2011) con 39 reactivos obtuvo una confiabilidad de $\alpha = .947$, para la subescala de Grado de Incomodidad (GI) $\alpha = .947$ y en Probabilidad de Respuesta (PR) $\alpha = .926$

El Inventario de Habilidades Sociales para Terapeutas, con 13 reactivos, obtuvo un alfa de Cronbach total de $\alpha = .887$, para la subescala de Grado de Malestar (GM) $\alpha = .895$ y para Probabilidad de respuesta (P) $\alpha = .844$.

Análisis descriptivo

La muestra total estuvo conformada por 98 individuos, de séptimo semestre, con un rango de edad de 20 a 25 años. El promedio académico de la muestra osciló en un rango de 7.3 a 9.93 con una media de 9.05 y $s = .392$

Tabla 4

Datos descriptivos de la muestra

	Frecuencia (%)
Sexo	
Hombres	26 (26.5)
Mujeres	72 (73.5)
Turno	
Matutino	52 (53.1)
Vespertino	43 (43.9)
Mixto	3 (3.1)

Continúa

		Frecuencia (%)
Regularidad*		
		91
	Sí	(92.9)
	No	7 (7.1)
Curso previo de HS		
		40
	Sí	(40.8)
		58
	No	(59.2)
Preferencia teórica		
		39
	Cognitivo y/o conductual	(39.8)
	Sistémico	9 (9.2)
	Humanista	8 (8.2)
		12
	Psicoanálisis	(12.2)
		23
	Ninguna	(23.5)
	Otra	7 (7.1)
Número de usuarios atendidos		
		13 (13.3)
	0	()
		31
	1	(31.6)
		28
	2	(28.6)
		17
	3	(17.3)
	4	7 (7.1)
	5 o más	2 (2.0)

*Regularidad hace referencia a la situación académica, específicamente relacionada con la no acreditación de materias en los semestres previamente cursados.

La calificación de los inventarios se realizó siguiendo la propuesta de Gambrill y Richey (1975) de cuatro posibles clasificaciones de acuerdo a las puntuaciones de ambas subescalas. La muestra obtuvo los siguientes resultados en los inventarios:

Tabla 5

Resultados de la muestra en el Inventario de Asertividad

	Frecuencia (%)
Asertivo	34 (34.7)
Indiferente	15 (15.3)
Ansioso	18 (18.4)
No asertivo	31 (31.6)

Únicamente el 34.7% de la muestra es asertiva, mientras que el 65.3% se divide en las otras categorías: no asertivos, ansiosos o indiferentes.

Tabla 6

Resultados de la muestra en el Inventario de Habilidades Sociales para Terapeutas

	Frecuencia (%)
Asertivo	31 (31.6)
Indiferente	21 (21.4)
Ansioso	21 (21.4)
No asertivo	25 (25.5)

El porcentaje es similar al de la tabla 5, el 31.6% de la muestra es asertivo mientras que el 68.4% no lo es frente a situaciones que se presentan en el contexto terapéutico.

Análisis estadísticos de asociación

Para las pruebas de normalidad se utilizó Kolmogorov Smirnov, de acuerdo a los resultados se aplicaron pruebas paramétricas y no paramétricas en las variables.

El problema planteado en el estudio fue explorar si existe asociación entre las habilidades sociales que los estudiantes muestran en la vida cotidiana y aquellas que

emplean en el contexto terapéutico. Para explorar si existía dicha relación se utilizó Chi cuadrada (χ^2), una vez identificada la asociación se estimó la fuerza con un coeficiente de contingencia, recalcando que un coeficiente mayor a .30 refleja una buena asociación entre variables (Acuña, 2004).

Tabla 7

Asociación entre los resultados de ambos inventarios

		Inventario de Habilidades Sociales para Terapeutas			
		Asertivo	Indiferente	Ansioso	No asertivo
Inventario de Asertividad de Gambrill y Richey	Asertivo	19	7	4	4
	Indiferente	4	5	2	4
	Ansioso	3	2	8	5
	No asertivo	5	7	7	12

χ^2 (9, N=98)= 23,07 p= .000. Coeficiente de contingencia= .43 p= .00

La asociación resultó ser significativa, es decir las habilidades sociales que los estudiantes muestran en su vida cotidiana están asociadas con aquellas que muestran y emplean en el contexto terapéutico.

Análisis de correlación

Después de analizar la asociación entre los inventarios, se correlacionó sus respectivas subescalas; Grado de Incomodidad, Probabilidad de Respuesta (Inventario de Asertividad) y Grado de Malestar, Probabilidad de hacerlo (Inventario de Habilidades Sociales para Terapeutas), utilizándose el estadístico de correlación de Pearson.

Tabla 8*Correlación de las subescalas de los inventarios*

Escala	Correlación de Pearson	Sig. Bilateral
Grado de Incomodidad(IA)*Grado de Malestar(IHST)	.541	.000*
Probabilidad de Respuesta(IA)*Probabilidad(IHST)	.317	.001*
Grado de Incomodidad(IA)*Probabilidad(IHST)	.202	.047*
Grado de Malestar(IHST)*Probabilidad de Respuesta(IA)	.127	.214

NOTA: IA = Inventario de Asertividad; IHST = Inventario de Habilidades Sociales para Terapeutas. *P= .05,

De acuerdo a los resultados, existe asociación positiva y significativa en las subescalas de los dos inventarios; Inventario de Asertividad (IA): el Grado Incomodidad mostrado en situaciones comunes se asoció con el Grado Malestar (Inventario de Habilidades Sociales para Terapeutas; IHST) que reportaron los estudiantes ante situaciones del contexto terapéutico. El Grado de Incomodidad frente a situaciones cotidianas también se asoció con la Probabilidad de actuar en el contexto terapéutico. La Probabilidad de Respuesta se asoció con la Probabilidad de Responder (IHST). Es decir que mientras mayor grado de incomodidad les genere las situaciones comunes mayor será también el reportado en situaciones terapéuticas y lo mismo sucede con la probabilidad de responder, si en el contexto cotidiano tienen alta probabilidad de responder en terapia también será alta la probabilidad de actuar ante las situaciones terapéuticas.

Para ilustrar la asociación entre los inventarios se aplicó el coeficiente de correlación de Spearman en los ítems con mayor correspondencia teórica de ambos inventarios.

Tabla 9*Correlación entre ítems de la escala de Grado de Incomodidad de ambos inventarios*

Grado de Incomodidad/Grado de Malestar		Spearman	Sig. Bilateral
2.Halagar a un amigo/5.Felicitar al usuario		0.224	.027*
2.Halagar a un amigo/13.Elogiar al usuario		0.215	.033*
16.Halagar a una persona/13.Elogiar al usuario		0.195	0.055
16.Halagar a una persona/5.Felicitar al usuario		0.188	0.063
26.Resisitir proposiciones/8.Rechazar coqueteo del usuario		0.272	.007*
8.Decir a alguien que lo que hace le molesta/2.Amonestar al usuario		0.386	.000*
8.Decir a alguien que lo que hace le molesta/6.Expresar molestia por lenguaje ofensivo		0.227	.024*
8.Decirle a alguien que lo que hace le molesta/10.Expresar incomodidad cuando el usuario se altera		0.256	.011*
13.Cortar la plática/3.Interrumpir al usuario		0.335	.001*
18.Discutir abiertamente con alguien/11.Confrontar al usuario		0.218	.031*
23.Dicutir abiertamente/11.Confrontar al usuario		0.389	.000*
34.Discutir con quien critica su trabajo/12.Asumir expresiones de descontento del usuario		0.209	.038*
25.Expresar opinión contraria/6.Expresar molestia por lenguaje ofensivo		0.104	0.308
37.Continuar conversación con quien está en desacuerdo/11.Confrontar al usuario		0.282	.005*
38.Decirle a un compañero que algo que hace le molesta/2.Amonestar al usuario		0.413	.000*
38.Decirle a un compañero que algo que hace le molesta/6.Expresar molestia por lenguaje ofensivo		0.289	.004*
36.Recibir halago/4.Agradecer comentarios positivos por parte del usuario		0.277	.006*

* p= .05

En la tabla 9 se correlacionó el Grado de Incomodidad que los estudiantes reportan en situaciones de la vida cotidiana (primeras de izquierda a derecha), con el Grado de Malestar (IHST) que presentan ante situaciones del contexto terapéutico, de los ítems seleccionados todas las correlaciones resultaron positivas y significativas. Es decir a mayor grado de incomodidad frente a situaciones de la vida cotidiana, mayor será el malestar en el contexto terapéutico.

Tabla 10*Correlación entre ítems de Probabilidad de Respuesta de ambos inventarios*

Probabilidad de Respuesta/Probabilidad		ρ	Sig. Bilateral
2.Halagar a un amigo/5.Felicitar al usuario		.408	.000*
2.Halagar a un amigo/13.Elogiar al usuario		.306	.002*
16.Halagar a una persona/13.Elogiar al usuario		.226	.025*
16.Halagar a una persona/5.Felicitar al usuario		.158	.121
26.Resisitir proposiciones/8.Rechazar coqueteo del usuario		.209	.039*
8.Decirle a alguien que lo que hace le molesta/2.Amonestar al usuario		.262	.009*
8.Decirle a alguien que lo que hace le molesta/6.Expresar molestia por lenguaje ofensivo		.162	.112
8.Decirle a alguien que lo que hace le molesta/10.Expresar incomodidad cuando el usuario se altera		.207	.041*
13.Cortar la plática/3.Interrumpir al usuario		.229	.024*
18.Discutir abiertamente con alguien/11.Confrontar al usuario*		.031	.762
23.Dicutir abiertamente/11.Confrontar al usuario		.13	.203
34.Discutir con quien critica su trabajo/12.Asumir expresiones de descontento del usuario		.014	.890
25.Expresar opinión contraria/6.Expresar molestia por lenguaje ofensivo		.054	.595
37.Continuar conversación con quien está en desacuerdo/11.Confrontar al usuario		.204	.044*
38.Decirle a un compañero de trabajo que algo que hace o dice le molesta/2.Amonestar al usuario		.168	.098
38.Decirle a un compañero que algo que hace le molesta/6.Expresar molestia por lenguaje ofensivo		.174	.087
36.Recibir halagos/4.Agradecer comentarios positivos por parte del usuario		.310	.002*

*P=.05

En las tablas se observan que algunos ítems tienen correlaciones significativas en ambas subescalas. Mencionando algunos ejemplos del Inventario de Asertividad, el ítem 2 correlacionó con el 5 y 13, cuyos ítems hacen referencia a elogiar a alguien más, el ítem 8 con el 2 y el 10 que se refieren a expresarle al otro la molestia que le causa lo que hace o dice. La correlación indica que si en un escenario el Grado de Incomodidad es alto o bajo, en el otro el Grado de Malestar corresponderá siendo o bien alto o bajo, respectivamente, situación que se repite en la Probabilidad de Respuesta con la Probabilidad en el contexto terapéutico.

También se realizaron análisis estadísticos de asociación entre los ítems del Inventario de Habilidades Sociales para Terapeutas, para corroborar que el Grado de Malestar (GM) influía en la Probabilidad de Responder (P) en el contexto terapéutico. Los ítems que resultaron correlacionados fueron: 2, 4, 5, 7, 8, 11, 12, 13.

Tabla 11

Significancia de Tau-b de Kendall de los ítems del Inventario para Terapeutas

Ítems	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13
GM1	.055												
GM2		.209*											
GM3			.006										
GM4				.262*									
GM5					.28*								
GM6						-.059							
GM7							.215*						
GM8								.234*					
GM9									.148				
GM10										.082			
GM11											.214*		
GM12												.399**	
GM13													.37**

GM= Grado de Malestar, P= Probabilidad de Responder. *p< .05, **p<.01

La correlación se da entre el grado de malestar que generan ciertas situaciones y la probabilidad que existe de que el terapeuta responda ante estas, a menor grado de malestar la probabilidad de responder ante esa situación es mayor, esto correspondería a un comportamiento asertivo. A continuación se pueden observar algunos ejemplos de graficas de barras donde es posible apreciar la correlación entre el grado de malestar y la probabilidad de responder.

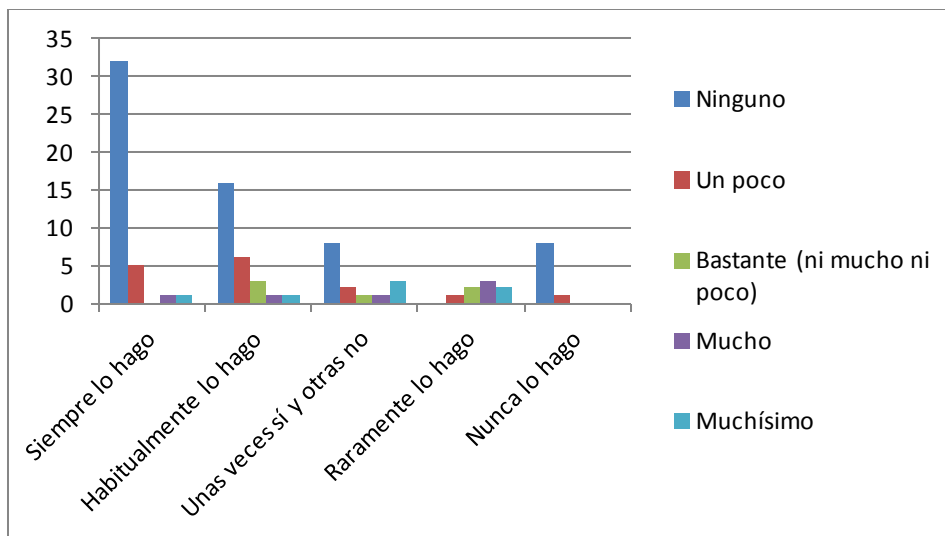


Figura 6. Ítem 4. Agradecer al usuario los comentarios positivos que haga hacia tu trabajo como terapeuta.

En la figura 6, la acumulación de frecuencias se ve en aquellos que tienen bajo o poco grado de malestar y siempre o habitualmente lo hacen, sin embargo también se observan terapeutas que aun con ningún grado de malestar no responden nunca.

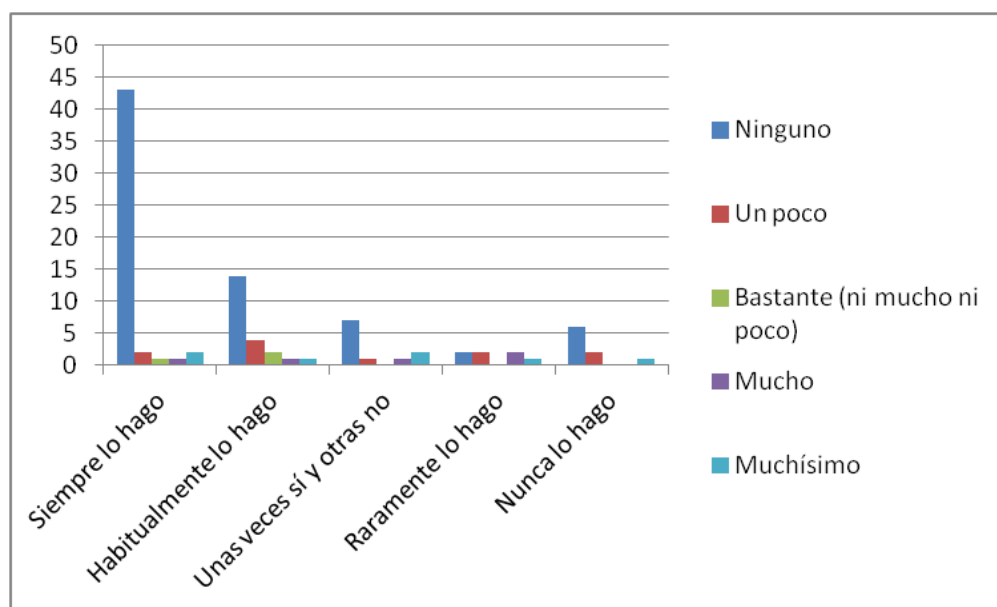


Figura 7. Ítem 5. Felicitar al usuario por cumplir con las tareas que ayudan al proceso terapéutico.

La figura 7 al igual que en la figura 6, se observa mayores frecuencias en aquellos que responden siempre o habitualmente y tienen poco o ningún grado de malestar, a medida que el malestar ante dada situación aumenta, la probabilidad de responder disminuye, sin embargo no en todos los ítems se presenta esta situación como en el caso de la figura 8.

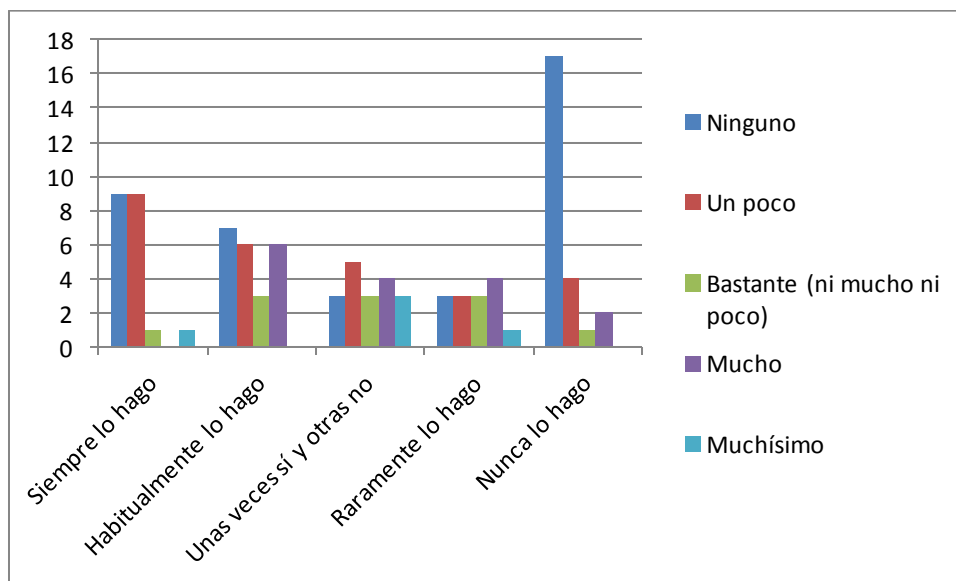


Figura 8. Ítem 6. Expresar molestia cuando el usuario utiliza un lenguaje ofensivo durante la sesión.

El grado de malestar y la probabilidad de responder en ésta situación, se encuentran muy dispersos y a diferencia de los otros ítems aquellos que no tienen ningún grado de malestar nunca responden a esta situación, esto podría deberse a que quizá no identifican como necesario actuar ante el lenguaje ofensivo del usuario o son indiferentes ante esa situación.

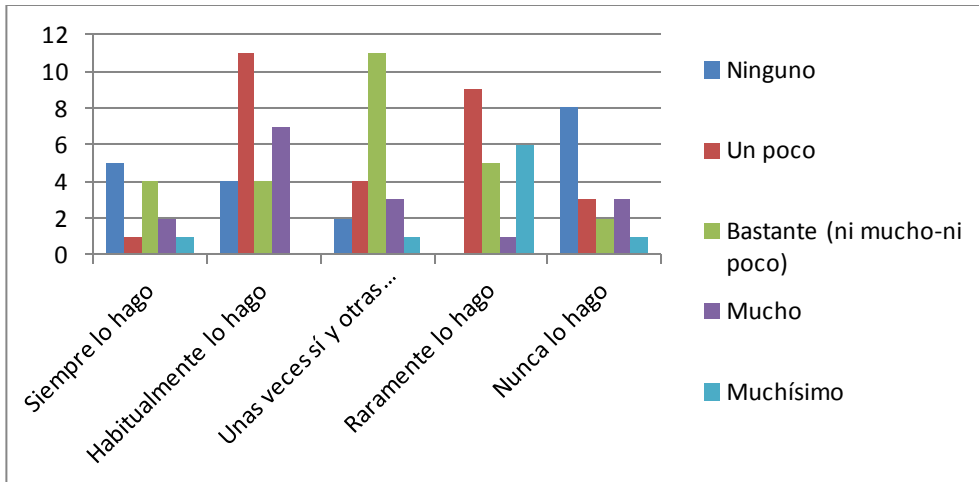


Figura 9. Ítem 3. Interrumpir al usuario cuando habla demasiado sin proporcionar información pertinente.

En la figura 9 al igual que en la 8 se aprecia como las frecuencias se encuentran dispersas y la probabilidad de responder no se ve asociada con el grado de malestar que tengan.

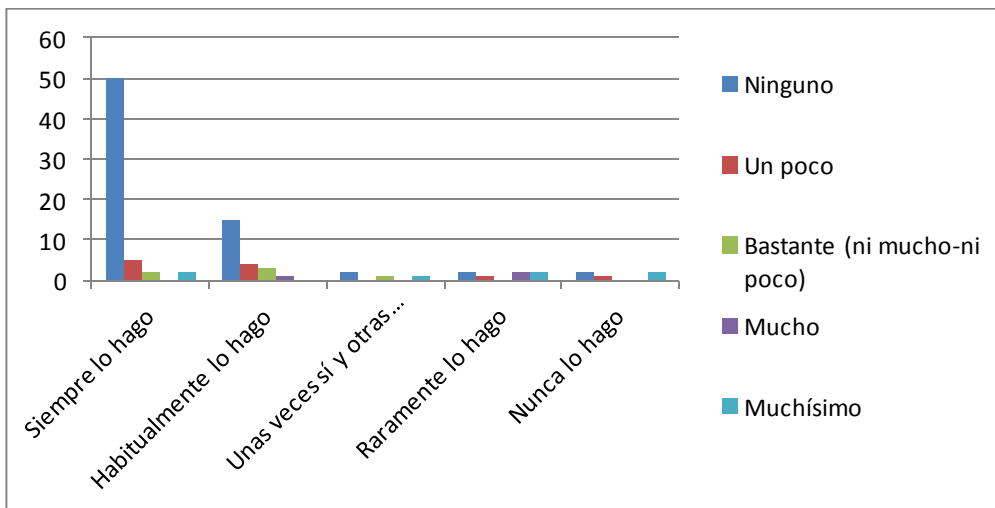


Figura 10. Ítem 13. Elogiar al usuario por lo cambios logrados durante la terapia.

La distribución de las frecuencias de la figura 10 se observan claramente en aquellos que siempre o habitualmente lo hacen y sienten ningún o poco grado de malestar.

También se midió la asociación de algunas variables sociodemográficas con las dos medidas de habilidades sociales, utilizando el mismo método de tablas cruzadas, χ^2 y coeficiente de contingencia.

Tabla 12

Asociación entre el sexo y los puntajes del Inventario de Asertividad

		Asertivo	Indiferente	Ansioso	No asertivo
sexo	Hombre	7	1	10	8
	Mujer	27	14	8	23
	Total	34	15	18	31

$\chi^2(3, N=98) = 11.44. p = .01. \text{ Coeficiente de contingencia} = .32 p = .01$

En el Inventario de Asertividad, las mujeres se distribuyen principalmente entre asertivas y no asertivas, mientras que los hombres en ansiosos y no asertivos.

Tabla 13

Asociación entre el sexo y los puntajes del Inventario de Habilidades Sociales para Terapeutas.

		Asertivo	Indiferente	Ansioso	No asertivo
sexo	Hombre	6	3	5	12
	Mujer	25	18	16	13
	Total	31	21	21	25

$\chi^2(3, N=98) = 8.42. p = .03. \text{ Coeficiente de contingencia} = .28 p = .03$

En el Inventario de Habilidades Sociales para Terapeutas los hombres se distribuyen entre asertivos y no asertivos y las mujeres entre asertivas e indiferentes.

Como se observa en ambos inventarios, el sexo está asociado con los resultados, sin embargo por la proporción de la muestra no se puede afirmar que el sexo y la asertividad estén asociados.

Tabla 14

Asociación entre la preferencia teórica y el Inventario de Habilidades Sociales para Terapeutas

		Inventario de Habilidades Sociales para Terapeutas			
		Asertivo	Indiferente	Ansioso	No asertivo
Preferencia teórica	Cognitivo y/o conductual	12	4	14	9
	Sistémico	1	4	0	4
	Humanista	0	4	2	2
	Psicoanálisis	9	1	2	0
	Ninguna	7	6	1	9
	Otra	2	2	2	1

$\chi^2(15, N=98) = 35.45. p = .00. \text{Coeficiente de contingencia} = .51 p = .00$

Las habilidades sociales en terapeutas también mostraron una buena asociación con la preferencia teórica, las frecuencias se concentran en la preferencia cognitivo conductual, donde se observan más ansiosos y asertivos que en cualquier otra preferencia, sin embargo debido al gran número de participantes con la preferencia cognitivo conductual no es posible afirmar que haya una asociación.

A diferencia de lo que se esperaría, el haber asistido a un curso de habilidades sociales no estuvo asociado con el resultado de ninguno de los inventarios.

DISCUSIÓN

El objetivo de esta investigación fue explorar si existe una relación entre las habilidades sociales que los estudiantes muestran en la vida cotidiana y aquellas que se hacen presentes al fungir como terapeutas en formación. De acuerdo a los resultados las habilidades sociales en la vida cotidiana están asociadas con las habilidades sociales que los estudiantes muestran en el contexto terapéutico. Esto se traduce en que estudiantes que habitualmente son asertivos (hábil socialmente) en su entorno social cotidiano, es más probable que se muestren asertivos en el contexto terapéutico, lo mismo aplica para aquellos que no lo son y caen en alguna de las otras categorías; tales como no asertivo, ansioso o incluso indiferente.

En el aprendizaje de las habilidades sociales existe el concepto de generalización, que se refiere a mostrar las habilidades aprendidas en contextos diferentes a aquellos donde se dio el aprendizaje, estas pueden ser generalizadas a distintas situaciones interpersonales y contextuales (Or & Lema, 2000). Esto se ve más claramente en la correlación que se dio entre diversas situaciones que eran similares, tales como rechazar coqueteos, cortar o interrumpir pláticas, hacer comentarios positivos, decirle a alguien que algo de lo que hace le molesta, etc. Si en una circunstancia cotidiana lo hacen, en el ámbito terapéutico también es probable que suceda, debido probablemente a que las reglas sociales son parecidas en ambos contextos, por otro lado la probabilidad de que les moleste en ambos contextos también está asociada.

Sin embargo, como se sabe la relación que se forma entre el terapeuta y el usuario no tiene por mucho los objetivos de otra situación social, para que la relación se lleve a

cabo el psicólogo requiere de una formación en donde aprenda diferentes habilidades y competencias que le permitan llevarla a cabo.

En terapia, es a través de la relación que el terapeuta forma con el usuario que se conseguirán casi todas las metas (Vargas, et al., 2011), por lo tanto, se deduce como algo crucial que el psicólogo tenga la habilidad para identificar y actuar ante las situaciones que se puedan presentar durante la intervención terapéutica.

En los puntajes de los inventarios y de cada uno de los ítems se observan diferentes casos donde pueden tener un alto grado de malestar y baja probabilidad de respuesta o viceversa, un bajo grado de malestar y alta probabilidad, en fin, se dan diversas combinaciones posibles, entre ellos aquellos individuos a los que una situación no les produce malestar y aun así no responden, lo cual se puede deber a que no la identifican como algo en lo que tengan que emitir una respuesta, o simplemente se muestren indiferentes ante eso, también se dan escenas donde algo les molesta muchísimo y pueden o no emitir una respuesta, lo cual demuestra o bien un comportamiento ansioso o no asertivo. Sin embargo el grado de malestar estuvo asociado con la probabilidad de respuesta, a mayor grado de malestar la probabilidad de responder es menor y a menor grado de malestar la probabilidad de responder es mayor.

De acuerdo a los resultados, menos de la mitad de la muestra se comporta de forma asertiva en el contexto terapéutico, o sea que más de la mitad son no asertivos, indiferentes o bien ansiosos, esto frente a situaciones con el usuario. Poniendo en retrospectiva con la revisión literaria esto tendría repercusiones en la relación que se

establece con el usuario y por tanto con la consecución de objetivos terapéuticos. Esto se torna aún más alarmante al pensar que ante situaciones como “Rechazar actitudes de coqueteo por parte del usuario” solo la mitad de los estudiantes actúa de forma asertiva, el no poner un alto a esa situación puede tener repercusiones futuras y suscitar confusiones al no establecer límites referente al tipo de comportamientos que son aceptables en la relación terapéutica.

Las habilidades sociales tienen una repercusión en la ya mencionada relación terapéutica que a su vez es uno de los factores que influyen, por ejemplo, en la adherencia terapéutica (Ginarte, 2001; Meichenbaum & Turk 1991) y la alianza terapéutica, misma que es uno de los principales factores no específicos explicativos del éxito terapéutico. Entre esos factores no específicos referentes a la relación terapéutica se encuentran cualidades como la calidez, empatía, aceptación y expectativas mutuas de éxito. (Bustos, 2001).

Lo más preocupante es que estos psicólogos en formación pronto egresarán y pueden o no tomar una especialización donde adquieran estas habilidades, por tanto la problemática surge cuando no es así y como tarea profesional se encuentra el brindar terapia psicológica, la carencia de estas habilidades afectará su desempeño profesional. Reidl (2008) comenta que un psicólogo competente debe tener como habilidades el poder comunicarse de forma efectiva, ya sea de forma verbal o escrita, con los demás y comunicarse verbalmente ante individuos y medios usando estrategias de entrevista, rapport, manejo de silencio, liderazgo, etc. Con esta lógica el carecer de esas habilidades significaría que la competencia del psicólogo se pone en duda. De acuerdo al código ético de los psicólogos (Sociedad Mexicana de Psicología, 2007) en

el principio de cuidado responsable se menciona que el psicólogo debe ser competente, si al egresar de su formación no cumple con el perfil de competencias se estaría hablando de que no es competente para llevar a cabo su tarea profesional. Por otro lado como ya se comentó antes, independientemente del área de la psicología a la que el profesional se dedique requiere de estas habilidades por la interacción con el otro, ya sea al realizar una entrevista de trabajo o establecer una relación con compañeros.

Independientemente de la profesión, las habilidades sociales son esenciales en la vida cotidiana para la formación de relaciones satisfactorias (Hidalgo & Abarca, 1990). Como ya se mencionó, menos de la mitad de la muestra son asertivos en situaciones cotidianas, el resto se divide en no asertivos, ansiosos e indiferentes. Retomando a Hidalgo y Abarca, (1999) la falta de habilidades sociales puede provocar inhibición social, aislamiento, ansiedad, inseguridad y baja autoestima.

Las habilidades sociales tanto de la vida cotidiana como las mostradas en el contexto terapéutico mostraron relación con algunas variables sociodemográficas, como es el caso del sexo, que estuvo asociado con los resultados de ambos inventarios. A ese respecto algunos autores sostienen que las habilidades sociales varían según el sexo, como es el caso de Furnham y Hendersonb (1988, como se citó en Caballo, 2007) quienes encontraron que los hombres son significativamente más inadecuados socialmente que las mujeres. García, Cabanillas, Morán y Olaz (2014), declara que las diferencias de género en las conductas sociales se han observado en que los hombres experimentan menos dificultades para concertar citas, en su investigación obtuvieron mayores puntajes respecto a habilidades para abordaje

afectivo-sexual y las mujeres tuvieron mejores puntuaciones en las habilidades conversacionales, de oposición asertiva y comportamientos empáticos.

La asociación significativa entre las variables sexo y habilidades sociales, pudo verse afectada por la distribución de la muestra.

La preferencia teórica mostró una asociación significativa con el Inventario de Habilidades Sociales para Terapeutas, esto se contrapone a autores como Ibáñez, Vargas, Landa y Olvera (2011) que postulan que las habilidades interpersonales de un terapeuta no se encuentran ligadas al marco teórico que maneje este. Sin embargo Bustos (2001) explica que ante ciertas actitudes, habilidades, etc. como la sinceridad, autenticidad, empatía y acogida del terapeuta no son iguales en todas las orientaciones terapéuticas. No obstante la asociación se toma con cuidado debido a que las preferencias teóricas no se distribuyeron con el mismo número de individuos.

CONCLUSIONES

Las habilidades sociales que los estudiantes muestran en la vida cotidiana están relacionadas con las habilidades sociales que utilizan y muestran con el usuario en el contexto terapéutico. Esto se aprecia en la correlación del grado de incomodidad en situaciones similares de ambos contextos, así como la probabilidad de responder a ellas, esto nos permitiría entrever que los estudiantes logran una generalización de este tipo de habilidades, cabe preguntarnos sobre qué tanto de las habilidades logran trasladar o generalizar al ámbito terapéutico, de acuerdo a algunos autores estas son específicas de ese contexto y como tal requieren de un entrenamiento diferente y no solo enfocadas a la vida cotidiana, por otro lado algunos participantes de la muestra reportaron haber tomado un curso de habilidades sociales, sin embargo no obtuvieron mejores resultados para ninguno de los dos inventarios, situación que podría estar asociada al tipo de curso y la forma de abordar las habilidades sociales.

El porcentaje de estudiantes que son asertivos, ya sea en el contexto cotidiano o de la terapia ronda en torno al 30%, esto permite apreciar la necesidad de contenidos curriculares que promuevan la adquisición y desarrollo de habilidades sociales, ya sea para la vida cotidiana o para la futura tarea profesional.

En el aspecto terapéutico, donde las habilidades sociales se vuelven fundamentales al tener que interactuar de manera constante con el otro, más del 50% de la muestra se comporta de forma diferente a la asertiva, esto se traduce en terapeutas ansiosos, no asertivos o indiferentes, de acuerdo a cada categoría se podría tener una idea sobre la causa de la falta de asertividad, esas categorías representan a futuros terapeutas que

no poseen las habilidades sociales para hacer frente a las situaciones que se presentan con el usuario en la intervención terapéutica, esto puede afectar a cada una de las etapas de la misma, ya sea durante la presentación, entrevista, formación del plan de intervención del usuario, etc. Todas estas etapas requieren de la constante comunicación del terapeuta con el usuario, si esto no se lleva a cabo de forma adecuada puede derivar en diferentes consecuencias, falta de adherencia terapéutica con la inexistencia de la denominada alianza terapéutica, así como falta de confianza por parte del usuario y por tanto, que no exista una comunicación sincera de los conflictos que le aquejan, es decir la falta de habilidades sociales puede traer diversas repercusiones.

Una de las principales aportaciones de este estudio es vislumbrar la necesidad de los estudiantes de la FES Zaragoza en el área clínica y de la salud, de programas que le permitan adquirir y desarrollar habilidades sociales para hacer frente a la situación terapéutica tanto durante su formación como fuera de ella.

En cuanto a las limitantes del estudio se considera la distribución de la muestra: la proporción de participantes que afirman pertenecer a una preferencia teórica o a otra es desigual, por tanto se cuestiona la asociación de esta variable con las habilidades sociales en terapeutas, para futuras investigaciones se recomienda retomar esto en consideración, aumentando el tamaño de la muestra, así mismo sería conveniente utilizar otros instrumentos y estudiar a otras poblaciones para verificar si se replican los resultados de esta investigación.

REFERENCIAS

Acuña, E. (2004). Análisis de datos categóricos. Departamento de Matemáticas, Universidad de Puerto Rico-Mayagüez.

Aguerrondo, I. (2009). *Conocimiento complejo y competencias educativas*. UNESCO: IBE working papers on curriculum issues, n° 8. Recuperado de http://www.ibe.unesco.org/sites/default/files/resources/wpci-08-knowledge_compet_spa.pdf

Alonso, D. & De Prado, A. (2009). *Adherencia terapéutica: programa para mejorar la vida*. (Tesis de licenciatura). FES Iztacala, UNAM, México.

Amador, E. (2010). *La supervisión de casos como herramienta para el desarrollo de habilidades terapéuticas en psicólogos clínicos*. (Tesis de licenciatura). Universidad Latinoamericana, México.

Argudín, Y. (2005). *Educación basada en competencias: nociones y antecedentes*. México: Trillas.

Bados, A. & García, E. (2011). *Habilidades terapéuticas*. Facultad de Psicología, Universidad de Barcelona. Recuperado de <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/18382/1/Habilidades%20terap%C3%A9uticas.pdf>

Ballesteros, B., González D. & Peña, T. (2010). *Competencias disciplinares y profesionales del psicólogo en Colombia*. Instituto Colombiano para la Evaluación de la Educación, Asociación Colombiana de Facultades de Psicología. Recuperado de http://www.ascofapsi.org.co/portal/archivos/Competencias_profesionales_psicologia.pdf

Barraca, J. (2009). Habilidades clínicas en la terapia conductual de tercera generación. *Clínica y Salud*, 20(2), 109-117.

Braslavsky, C. & Acosta, F. (2006). La Formación en Competencias para la Gestión de la Política Educativa: un Desafío para la Educación Superior en América

Latina. *Revista Iberoamericana sobre Calidad, Eficacia y Cambio en Educación*, 4(2e), 27-42.

Bueno, M., Durán, M. & Garrido, M. (2013). Entrenamiento en habilidades sociales en estudiantes universitarios de Magisterio de la especialidad de Educación Primaria: un estudio preliminar. *Apuntes de Psicología*, 31(1), 85-91.

Bustos, C. (2001) La persona del terapeuta y su importancia en los distintos tipos de terapia. *Archivo del portal de recursos para estudiantes*. Recuperado de http://www.robertexto.com/archivo19/persona_terapeu.htm

Caballo, V. (1983) Asertividad: definiciones y dimensiones. *Estudios de psicología*, 13.

Caballo, V. (2007). *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. España: SIGLO XXI.

Cañón, W. & Rodríguez, A. (2011). Asertividad: una habilidad social necesaria en los profesionales de enfermería y fisioterapia. *Texto Contexto Enferm, Florianópolis* 20, 81-87.

Carrasco, M. (2002). La empatía en la terapia cognitivo conductual. *Revista de Teología y Ciencias Humanas*, 60(117), 435-445.

Castaño, S., Reyes, I., Rivera, S. & Díaz, R. (2011). Estandarización del Inventario de Asertividad de Gambrill y Richey-II. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 29(1), 27-50.

Chong, M. & Castañeda, R. (2013). Sistema Educativo en México: De la industria a la Educación. *Revista de Filosofía y Letras*, 63, 1-6.

Corbella, S. & Botella, L. (2003). La alianza terapéutica: historia, investigación y evaluación. *Anales de Psicología*, 19(2), 205-221.

Delgado, C. (2017). *Adaptación de la escala de habilidades asertivas para terapeutas cognitivo conductuales*. (Tesis de licenciatura). FES Zaragoza, UNAM, México.

Del Prette, A. & Del Prette, Z. (2002). *Psicología de las habilidades sociales: terapia y educación*. Bogotá: Manual Moderno.

Del Prette, A., Del Prette, Z., & Mendes, M. (1999). Habilidades sociales en la formación profesional del psicólogo: análisis de un programa de intervención. *Psicología conductual*, 7(1) 27-47.

Dongil, E. & Cano, A. (2014) Habilidades sociales. *Sociedad Española para el estudio de la Ansiedad y el Estrés (SEAS)*. Recuperado de http://www.bemocion.msssi.gob.es/comoEncontrarmeMejor/guiasAutoayuda/docs/guia_habilidades_sociales.pdf

European Certificate in Psychology EuroPsy. (2015). *Competencias de los psicólogos*. Recuperado de <http://www.europsy.cop.es/index.php?page=competencias-de-los-psicologos>

FES Zaragoza (2010) *Propuesta de modificación al plan y programas de estudio de la licenciatura en psicología*, UNAM, México

García, A. (2017). *Efecto del entrenamiento en habilidades interpersonales de estudiantes de psicología clínica, en inserción a la comunidad*. En prensa. PAPIME, UNAM.

García, A. (2010). Estudio sobre la asertividad y habilidades sociales en el alumnado de Educación Social. *XXI, Revista de educación*, 12. Recuperado de <http://www.uhu.es/publicaciones/ojs/index.php/xxi/article/view/2383>

García, M., Cabanillas, G., Morán, V. & Olaz, F. (2014). Diferencias de género en habilidades sociales en estudiantes universitarios de Argentina. *Anuario electrónico de Estudios en Comunicación Social "Disertaciones"*, 7(2).

García, R. (2011). Modelo Educativo Basado en Competencias: Importancia y Necesidad. *Actualidades Investigativas en Educación*, 11(3).

Gil, F. & León, R. (1998). *Habilidades sociales: teoría, investigación e intervención*. Madrid: Síntesis.

Gil, F., León, J. & Jarana, L. (coord.) (1995) *Habilidades Sociales y Salud*. Madrid: Pirámide

Ginarte, Y. (2001) La adherencia terapéutica. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 17(5).

Gómez, J. (2015). Las competencias profesionales. *Revista Mexicana de Anestesiología*. 38(1), 49-55.

Guzmán, J. (2003). Los claroscuros de la Educación Basada en Competencias (EBC). *Nueva Antropología*, 19(62).

Hidalgo, C. & Abarca N. (1990). Desarrollo de habilidades sociales en estudiantes universitarios. *Revista Latinoamericana de Psicología*. 22(2), 265-28.

Hidalgo, C. & Abarca N. (1999). *Comunicación Interpersonal: Programa de entrenamiento en habilidades sociales*. 3^a ed. México: Alfaomega.

Ibáñez, E., Vargas, J., Landa, P. & Olvera, J. (2011). Evaluación de un manual de entrenamiento en habilidades interpersonales para terapeutas. *Revista electrónica de Psicología Iztacala*, 14(4), 384-406.

Lozano, R., Castillo, A. & Cerecedo, M. (2012). Modelo Educativo Basado en Competencias en Universidades Politécnicas en México: Percepción de su personal docente y administrativos. *Actualidades Investigativas en Educación*, 12(2).

Marín, M. & León, J. (2001). Entrenamiento en habilidades sociales: un método de enseñanza aprendizaje para desarrollar las habilidades de comunicación interpersonal en el área de enfermería. *Psicothema, Revista Anual de Psicología*, 13(2), 247-251. Recuperado de <http://www.psicothema.com/pdf/443.pdf>.

Meichenbaum, D. & Turk, D. (1991). *Como facilitar el seguimiento de los tratamientos terapéuticos: Guía práctica para los profesionales de la salud*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

Monsalve, J. (2014) *Jóvenes, talento y perfil emprendedor*. Madrid: España

Navia, C. & Arias, E. (2011). Alianza terapéutica y su relación con las variables de apego del terapeuta y del consultante. *Universitas Psychologica*, 11(3), 885-894.

Or, S. & Lema, M. (2000) Generalización de los efectos del entrenamiento en los programas de habilidades sociales. *Intervención Psicosocial*, 9(1), 117- 126.

Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), (Sin fecha). *La definición y selección de competencias clave*. Resumen ejecutivo. Recuperado de <http://deseco.ch/bfs/deseco/en/index/03/02.parsys.78532.downloadList.94248.DownloadFile.tmp/2005.dsceexecutivesummary.sp.pdf>

Ovejero, A. (1990.) Las habilidades sociales y su entrenamiento; un enfoque necesariamente psicosocial. *Psicothema*, 2(2), 93-112. Recuperado de <http://www.unioviedo.net/reunido/index.php/PST/article/view/7046>

Pades, A. (2003). *Habilidades sociales en enfermería: propuesta de un programa de intervención*. (Tesis de doctorado) Universitat de les Illes Balears. Mallorca.

Puentes-Silva, F. (ed.) (1985). *Adherencia terapéutica: Implicaciones para México*. México.

Reidl, L. (2008). Competencias profesionales y científicas del psicólogo. Investigación, experiencia y propuestas. En Carpio, C. (Ed.) *Competencias profesionales y científicas del psicólogo. Investigación, experiencia y propuestas*. México, UNAM.

Rial, A. (2007). Diseño curricular por competencias: el reto de la evaluación. *Jornada de treball - L'avaluació dels aprenentatges a partir de competències*. Universitat de Girona.

- Roca, E. (2014). *Como mejorar tus habilidades sociales*. 4ª ed. Valencia: ACDE.
- Roe, R. (2003) ¿Qué hace competente a un psicólogo?, *Papeles del psicólogo*, 24(86), 1-12.
- Ruiz, M., Cuevas, M. en Puentes-Silva, F. (ed.) (1985). *Adherencia terapéutica: Implicaciones para México*. México.
- Sánchez, A. (2008). *Psicología clínica*. México: Manual Moderno.
- Sociedad Mexicana de Psicología. Código ético del Psicólogo. (2007) 4ª ed. México. Trillas
- Tobón, S. (2006). *Aspectos básicos de la formación basada en competencias*. Recuperado de http://www.urosario.edu.co/CGTIC/Documentos/aspectos_basicos_formacion_basada_competencias.pdf
- Trull, E. & Phares, J. (2003). *Conceptos, métodos y aspectos prácticos de la profesión*. 6ª ed. México: Thomson Learning.
- Tuning Educational Structures in Europe (2006). *La contribución de las universidades al proceso de Bolonia*. Recuperado de http://www.unideusto.org/tuningeu/images/stories/documents/General_Brochure_Spanish_version.pdf
- Vargas, J., Ibáñez, E. & Landa, P. (2011). Estudio comparativo de entrenamiento en habilidades interpersonales para terapeutas. *Revista electrónica de Psicología Iztacala*. 14(3) 117-128.
- Vargas, M. (2008) *Diseño Curricular por Competencias*. Asociación Nacional de Facultades y Escuelas de Ingeniería. México.