



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA
CARRERA DE PSICOLOGÍA**

**EFFECTO DE AUTOEFICACIA GENERAL PERCIBIDA EN EL USO DE
COMPETENCIAS TRANSVERSALES EN ESTUDIANTES DE PREGRADO
DEL ÁREA DE LA SALUD**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

ALEJANDRA CERVANTES GONZÁLEZ

JURADO DE EXAMEN

DIRECTORA: DRA. BERTHA RAMOS DEL RIO

COMITÉ: DRA. MARÍA DEL SOCORRO CONTRERAS RAMÍREZ

DR. CARLOS GONZALO FIGUEROA LÓPEZ

LIC. SANTIAGO RINCÓN SALAZAR

LIC. ANA. KAREN TALAVERA PEÑA

POYECTO PAPIME PE307317



CIUDAD DE MÉXICO

ENERO 2019



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

A mi madre, que te encuentras en mi ser cada día.

Dedicatoria.

A mi padre por ser la persona más fuerte que conozco en mi vida, por levantarse cada mañana y cuidarnos, protegernos, motivarnos a mis hermanos y a mí. Eres el motor más grande que tenemos, eres la enseñanza de afrontar la vida con todo lo que tiene y no, por elegir tu vida a lado de nosotros, por los valores de amor y el significado de familia tan hermoso que tengo.

Agradecimientos.

A la Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Zaragoza por abrir sus puertas, entrar a la institución ha sido el logro más significativo en mi vida.

Al Proyecto PAPIME PE 307317 “Apoyos didácticos digitales para el desarrollo y fortalecimiento de competencias transversales en estudiantes de pregrado del área de la salud de la FES Zaragoza” por permitirme alcanzar conocimientos más allá de lo planeado.

A las jefaturas de las cuatro carreras de la Facultad, gracias por confiar en el trabajo de la Psicología, por más puertas abiertas.

Un gran reconocimiento especial a mi familia, los amo a todos: a ti Ady mi gemela del alma, gracias por soportar cada madrugada a mi lado, por motivarme cada vez que me tropezaba, por cuidar de mi alimentación, mi salud y por esa comunicación que no necesita de palabras.

A Nallely por creer en mi como hermana y profesionalmente, por compartir los conocimientos, por ser la hermana protectora, eres una profesional y mamá maravillosa.

A mi sobrino Elliot que desde que llegaste es luz, sonrisas infinitas y felicidad, le diste ese toque inesperado a la familia.

A ti Erick que eres parte de mi fortaleza ante los retos más grandes, gracias por enseñarme siempre ir por más y por defender mis ideales.

A ti Christian por ser mi compañero incondicional en el amor, porque iniciamos y terminamos juntos este sueño de pertenecer a la UNAM, por tu paciencia de estar ahí, por tus palabras, abrazos, enseñarme a reír y sobre todo por creer en mí.

A Chucho mi amigo y cuñado, gracias por estar tantos años en la familia, por tener un consejo de paz a los momentos difíciles y por tus deliciosos platillos.

Un reconocimiento a mis amigos, Ale y Sandy por los largos años de amistad, a Diana y Belén por enseñarme que la amistad no depende solo del tiempo si no de la honestidad y compañeros de universidad Melissa, Luis y Yaz.

A Blanquis porque eres la niña más linda en cualidades, valores, música, libros y charlas por ser mi amiguita y compañera de proyecto, gracias por ser tan dedicada y por darme a conocer que no importa la edad sino tu hermosa personalidad.

A Yes por creer en mí y darme un voto de confianza para trabajar en el proyecto, sin ti yo no tendría una tesis, toda la experiencia y amigos que conocí, gracias por ser esa compañera de escuela y de vida.

A Dani por permitirme ver que siempre es posible mejorar, tu dedicación es un ejemplo que seguir.

A Karen gracias por ver en mi algo en la entrevista y darme la oportunidad de formar parte del equipo, admiro la persona profesional y todo lo que has logrado tan joven.

A Santiago por el apoyo de lo más difícil para mí, el apoyo de tus conocimientos en la estadística, por la paciencia de explicarme con disposición para entenderla ya que sin ti no sería posible.

A el equipo de Competencias Transversales; Enriqueta por los aprendizajes y estar cada día nunca olvidare cuando me dijiste que todo tiene un tiempo, Lalo por tu inteligencia y ese humor que te caracteriza, Edgar por todo el aprendizaje en un año, Ashanty, Donald, Vere y Vale por fortalecernos en el proyecto.

Al Dr. Carlos por impulsarme en el primer paso y porque hizo que me exigiera cada vez más, por las sonrisas en cada momento.

Por último, un reconocimiento especial a mi directora de tesis, a la Dra. Bertha porque a pesar de no conocerme me brindo un espacio en su equipo, gracias por el apoyo incondicional y por tener la paciencia de retroalimentar mi proceso de aprendizaje.

Lo que la mente puede concebir y creer, la mente puede lograr.
Napoleón Hill

ÍNDICE

RESÚMEN	1
INTRODUCCIÓN	2
CAPÍTULO 1. COMPETENCIAS TRANSVERSALES	4
1.1 Proyecto Tuning.....	4
1.2 Competencias Transversales.....	5
1.2.1. Instrumentales.....	9
1.2.1.1 Resolución de problemas.....	10
1.2.1.2. Toma de decisiones	13
1.2.2. Interpersonales.....	15
1.2.2.1. Comunicación Interpersonal.....	15
1.2.2.2. Trabajo en equipo	19
1.2.3. Sistémicas.....	20
1.3. Evaluación de Competencias Transversales.....	21
CAPÍTULO 2. COMPETENCIAS TRANSVERSALES EN LOS PROFESIONALES DE LA SALUD.	24
2.1. Resolución de Problemas en los profesionales de la salud.....	24
2.2. Toma de decisiones en los profesionales de la salud	25
2.3. Comunicación Interpersonal en los profesionales de la salud	26
2.4. Trabajo en equipo en los profesionales de la salud.....	27
CAPÍTULO 3. AUTOEFICACIA Y COMPETENCIAS TRANSVERSALES	29
3.1. Conceptualización de autoeficacia.....	29
3.2. Tipos de Autoeficacia.....	35
3.3. Relación de la Autoeficacia General y Competencias Transversales	35
JUSTIFICACIÓN.	39
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	40
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	41
OBJETIVOS.	41
VARIABLES	42
MÉTODO	43
RESULTADOS	47
DISCUSIÓN	61
CONCLUSIONES	64
ANEXOS	73

RESÚMEN

Este trabajo es producto del proyecto PAPIME PE307317 enfocado en el estudio y desarrollo de competencias transversales en estudiantes de pregrado del área de la salud. El objetivo de esta investigación fue determinar el efecto de los niveles de Autoeficacia General Percibida (AGP) en el uso de las Competencias Transversales (CT) como la Resolución de Problemas, Toma de Decisiones, Comunicación Interpersonal y Trabajo en Equipo en estudiantes de pregrado del área de la salud de la FES Zaragoza, UNAM. Es un estudio transversal de tipo correlacional no experimental participó una muestra de 503 estudiantes, 147 Cirujano Dentista, 122 Enfermería, 111 de Médico Cirujano y 123 Psicología todos elegidos de forma no probabilística y por conveniencia. Se aplicaron la Escala de Autoeficacia General (AGP) (Padilla, Acosta, Guevara, Gómez y González, 2006) y la Escala de Evaluación de Competencias Transversales (CT) (Jimenez y Ramos, 2018). Los resultados indican que existe una correlación directamente proporcional de 0.488** lo que significa que a medida que aumente la AGP también lo hace las CT. Por otro lado, el análisis de varianza factorial identificó tres factores el primero, definido por los niveles de AGP, el segundo, por la carrera y el último dado por la interacción entre AGP y Carrera. En el factor definido por AGP y sus niveles (baja, media y alta) demuestra un efecto significativo en el uso de las cuatro competencias (Comunicación Interpersonal, Trabajo en Equipo, Resolución de Problemas y Toma de decisiones) con una $Sig.= 0,000 < 0.05$, mientras que en el factor carrera sólo ocurre con la competencia de Resolución de Problemas, Toma de Decisiones y Comunicación Interpersonal y la interacción solo se da entre Resolución de Problemas y Toma de decisiones lo que permite enfatizar la importancia AGP y la práctica de las CT.

Descriptor: Competencias Transversales, Autoeficacia General Percibida, Educación Superior, Área de la Salud.

INTRODUCCIÓN

Actualmente el desempeño profesional eficiente en una sociedad globalizada exige cada vez más conocimientos que tienen que ver con competencias específicas propias del ejercicio de una profesión, así como también de competencias genéricas o transversales, tales como la comunicación oral y escrita, el trabajo en equipo, la toma de decisiones, la resolución de problemas, el análisis crítico, entre otras, todas ellas necesarias para responder a las demandas sociales.

A lo largo de los años la etapa universitaria prepara a los estudiantes a obtener competencias específicas que están más centradas en el “*saber profesional*”, el “*saber hacer*” y el “*saber guiar*” de su propia área (Corominas, 2001) tanto que en algunos casos parecen obviarse otras competencias como las transversales. Las cuales se ha observado no son contempladas de forma explícitas en los planes de estudios de las diferentes carreras universitarias. Por lo que, no solo es un reto diseñar un currículo formador de competencias profesionales, que implica cambios tanto en los paradigmas de enseñanza y aprendizaje como en los roles que asumen los estudiantes y profesores para las universidades, sino también concebir la formación y desarrollo de Competencias Transversales (CT).

Hablar de CT, es hablar de aquellas que, en la vida real, ya están unidas al quehacer profesional y a la vida personal. Cuando se considera a un determinado profesionista como un actor destacado en su quehacer, es porque además de reconocer en él, el dominio de un conjunto de conocimientos y habilidades disciplinares, también se valora como poseedor de otro conjunto de actitudes, valores, aptitudes y conocimientos que no son necesariamente de la profesión, pero que permiten validar su calidad en el ejercicio de la misma (Alarcón, G., 2013).

Por lo que, es una realidad la necesidad de que los profesionales optimicen su cualificación en competencias transversales ya que los empleadores actualmente tienen muy presentes estos aspectos a la hora de contratar a sus colaboradores. Lo que ha sido reflejado en los estudios que se han realizado sobre inserción laboral de los egresados y los informes de estudiantes en

prácticas recogidos por el Observatorio Ocupacional de diversas Universidades tanto en América como Europa.

Por otro lado, una de las variables psicológicas, que la literatura considera importante en el desarrollo y práctica de las competencias es la Autoeficacia General Percibida (AGP) Es decir, la autoeficacia entendida como "*los juicios de las personas acerca de sus capacidades para alcanzar niveles determinados de rendimiento*" (Bandura, 1997). Por tanto, no basta con ser capaz y competente de, es preciso juzgarse capaz y realizarlo Capaz de utilizar las habilidades y destrezas personales ante circunstancias muy diversas, como las profesionales y personales, entre otras (Ornelas et al., 2012; Schmidt et al., 2008). La percepción de las personas acerca de su propia eficacia se considera como un requisito fundamental para desarrollar con éxito las acciones conducentes al logro de los objetivos personales (Salanova et al., 2011). Dicha autopercepción, influye en la elección de tareas y actividades, en el esfuerzo y perseverancia de las personas cuando se enfrentan a determinados retos.

En resumen, las creencias de autoeficacia representan un mecanismo cognitivo que media entre el conocimiento y la acción y que determina, junto con otras variables, el éxito de las propias acciones (Gutiérrez et al., 2011). Es decir, cuando los estudiantes se valoran más competentes, más confiados y seguros utilizan con mayor frecuencia a las CT.

Por todo lo anterior es que el propósito del presente trabajo fue determinar el efecto de los niveles de Autoeficacia General Percibida (AGP) en el uso de Competencias Transversales (CT) como la Resolución de Problemas, Toma de Decisiones, Comunicación Interpersonal y Trabajo en Equipo en estudiantes de pregrado del área de la salud de la FES Zaragoza, UNAM.

CAPÍTULO 1. COMPETENCIAS TRANSVERSALES

1.1 Proyecto Tuning

Debido a que cada vez se exigen profesionales más competentes dispuestos a responder las exigencias requeridas en el sector laboral, la formación académica se ha visto transformada en las estrategias de enseñanza aprendizaje para atender a las necesidades que la sociedad y los empleadores demandan. Es por eso por lo que surge en la década de los 90 en el contexto de las reformas de la educación superior el Proceso de Bolonia que tiene como objetivo convertirse en un facilitador de conocimiento más dinámico para la competitividad en el contexto laboral (González y Wagenaar, 2003).

Se entiende que en inglés “*tune*” significa sintonizar una frecuencia determinada en la radio, así es como Tuning refleja la búsqueda de puntos de acuerdo, de convergencia y entendimiento mutuo. El “*Proyecto Tuning*” (PT) surge para facilitar la comprensión de las estructuras educativas las cuales son necesarias para las titulaciones en los profesionales, nace a partir de consultas de docentes, profesionales de las áreas y empleadores de instituciones proporcionando así oportunidades y materiales acerca de las CT.

Para que el PT se desarrolle efectivamente se proponen líneas de acción que debe cumplir (Ferreira y Lima, 2013):

- 1) Un sistema de grados comprensible y comparable.
- 2) La adopción de un sistema de Educación Superior basado en dos ciclos: un establecimiento de un sistema de créditos y el fomento de la movilidad.
- 3) La promoción de la cooperación europea en la evaluación de calidad.
- 4) La promoción de la educación permanente.
- 5) Mayor participación de los estudiantes en la gestión de las Instituciones de Enseñanza Superior.
- 6) Promoción de la atractividad en el Espacio Europeo de Educación Superior.

A finales del 2004 tuvo lugar en universidades Latinoamericanas teniendo como puntos de referencias los que se desarrollaron en Europa que remiten a un marco reflexivo-crítico y una metodología con finalidad de incorporar los diferentes aspectos de la diversidad de los países que intervienen e interactúan. Sin embargo Tuning en América es un espacio de reflexión de personas comprometidas con la educación superior, que a través de la búsqueda de consensos contribuye para avanzar en el desarrollo de titulaciones fácilmente comparables y comprensibles de forma articulada (Beneitone, 2007).

Se ha tratado de mejorar cada vez más la práctica profesional a través de mejores métodos de enseñanza, siendo desde años pasados un tema relevante para la educación el PT está abierto a la reflexión permanente y permeable a la incorporación de nuevos países que enriquezcan y modifiquen la propuesta inicial para la actualización y la mejora de la enseñanza y aprendizaje. Debido a sus características es punto fundamental para el desarrollo de la presente investigación.

1.2 Competencias Transversales

La palabra *competencia* tiene varias acepciones etimológicas; en educación se utiliza la derivada del latín *competere*, que quiere decir: te compete, eres responsable de algo (Ramírez, Méndez, Pérez y Olvera, 2016). Hace énfasis en que no basta con aprender conocimientos, sino que hay que saber utilizarlos y aplicarlos con responsabilidad.

Por otro lado Jiménez, Lagos y Jareño (2013) plantean que las competencias son el resultado de una combinación adecuada de “*conocer*” y “*comprender*” tanto la aplicación como la práctica de forma operativa del conocimiento de ciertas situaciones. Autores como Villa y Poblete (2007) y Jiménez, Lagos y Jareño, (2013) coinciden en que al desarrollar ciertas competencias se pueden desarrollar mejores habilidades.

Por su parte, Moreno en el 2010 menciona que una competencia es más que conocimientos y habilidades, es la capacidad de enfrentar demandas complejas en un contexto particular, un saber hacer complejo, resultado de la integración, movilización y adecuación de capacidades, conocimientos, actitudes y valor

utilizados eficazmente en situaciones reales.

Diferentes autores se esfuerzan por definir a las competencias, este resulta un concepto bastante confuso y obtener un convenio para el entendimiento resulta muy complejo por lo que se convierte en un verdadero reto distinguir a las competencias de destrezas, aptitudes, habilidades o conocimientos. Ahora bien, el desarrollo de competencias en su función transversal implica que los estudiantes tengan prácticas que los aproximen a un enfrentamiento de la vida después de la etapa escolar. Las competencias son todo aquello que necesita una persona para responder a los problemas con los que se enfrentará a lo largo de su vida de un modo eficaz, movilizandocomponentes conceptuales (saber), procedimentales (hacer) y actitudinales (ser) el resultado, es la combinación del saber con la acción, de modo que la respuesta sea funcional con la situación (Gavidia, Aguilar y Carratalá, 2011).

De esta manera, el sistema educativo desde hace algunos años ha impulsado nuevos modelos para la enseñanza del conocimiento, reformas que incluyen a todos los niveles escolares y que también responden a demandas de organismos internacionales. Pero en la actualidad son pocas las instituciones que adoptan un modelo de enseñanza y aprendizaje basado en competencias ya que implica reestructurar todo un sistema, programas, docentes y alumnos.

Así que en la presente investigación se retomará todo el marco teórico para definir a las competencias desde el PT que define a una competencia como una combinación dinámica de atributos que juntos permiten un desempeño competente como parte del producto final de un proceso educativo que enlaza con el trabajo realizado en la educación superior por lo que las competencias se definen como: *“el desempeño apropiado en contextos diversos y auténticos basados en la integración y activación de conocimientos, normas, técnicas, procedimientos, habilidades y destrezas, actitudes y valores”* (Villa, y Poblete, 2007).

PT define dos tipos de competencias por un lado a las CT que son aquellas que rebasan los límites de una disciplina para desarrollarse potencialmente en todas

ellas, son habilidades necesarias para ejercer cualquier profesión, y por otro lado a las competencias específicas (CE) que son propias de un área o carrera.

Algunas de las características de las CT según Villa y Poblete (2007) son:

- a) Multifuncionales: responden a diferentes demandas cotidianas, profesionales y sociales.
- b) Orden superior de complejidad mental: ayudan a desarrollar habilidades intelectuales más elevadas como lo es el pensamiento e impulsar el crecimiento y desarrollo de actitudes.
- c) Multidimensionales: reconoce y analiza patrones, discrimina características relevantes, selecciona información apropiada, escucha y comprende a otras personas donde se tenga un estilo de hacer las cosas, con sentido analítico, crítico y con sentido común.

Es importante que el estudiante de pregrado fortalezca las CT y así desenvolverse en su profesión mejor, la situación en la actualidad es que sólo las escuelas se han centrado en la formación de competencias que otorgan identidad de la carrera, es decir en las competencias específicas y no en las transversales. Ya que para los estudiantes de pregrado en el área de la salud el papel que representan dichas competencias es significativo por lo que este ha motivado a la construcción de más estrategias o técnicas de enseñanza para su fortalecimiento y darles más importancia en los planes de estudio es una opción idónea para mejorarlas.

El estudiante de pregrado debe prepararse para responder a demandas, en este caso las que provienen del sector salud y así generar cambios significativos. Este sector es importante ya que tiene como objetivo observar y evaluar los factores de riesgo de la comunidad, así como el control de emergencias en enfermedades para garantizar la protección de la salud (Benavides, 2010).

Baños, y Pérez (2005) consideran la propuesta del PT y consideran en su estudio 30 competencias transversales pertenecientes a tres diferentes clasificaciones (***Instrumentales, Interpersonales y Sistémicas***) (Tabla 1). En el estudio actual solo se toman en cuenta cuatro, mismas que se consideran competencias de

alta demanda entre los estudiantes para una inserción en el campo laboral y personal.

Tabla 1.

Competencias Transversales de Proyecto Tuning.

Competencias Instrumentales	
1.	Capacidad de abstracción, análisis y síntesis.
2.	Capacidad para organización y planificación.
3.	Conocimientos generales básicos.
4.	Conocimientos básicos de la profesión.
5.	Comunicación oral y escrita.
6.	Conocimientos de idiomas.
7.	Habilidades elementales de manejo del ordenador.
8.	Habilidades de gestión de la información
9.	Resolución de problemas.
10.	Toma de decisiones.
Competencias Interpersonales	
1.	Capacidad de crítica y autocrítica.
2.	Trabajo en equipo.
3.	Habilidades interpersonales.
4.	Trabajo en equipo interdisciplinario.
5.	Capacidad para comunicarse con expertos de otras áreas.
6.	Reconocimiento de la diversidad y multiculturalidad.
7.	Habilidad para trabajar en un contexto internacional.
8.	Compromiso ético
Competencias sistémicas	
1.	Capacidad para aplicar el conocimiento en la práctica.
2.	Habilidades de investigación.
3.	Aprendizaje
4.	Adaptación a nuevas situaciones.
5.	Capacidad para generar nuevas ideas (creatividad).
6.	Liderazgo.
7.	Conocimiento de culturas y costumbres de otros países.
8.	Habilidad para trabajar de forma autónoma.
9.	Diseño y dirección de proyectos.
10.	Iniciativa y espíritu emprendedor.

11. Motivación la calidad.
 12. Motivación de logro.
-

1.2.1. Instrumentales

Son aquellas competencias que tiene una función de medio o herramienta para obtener un determinado fin. A su vez, se pueden distinguir tipos de competencias, por ejemplo, las cognitivas (tipos de pensamiento), metodológicas (básicas y fundamentales), tecnológicas y lingüísticas (tipos de comunicación).

En las cognitivas se distinguen diversos tipos de pensamiento, cuantas más modalidades de pensamiento desarrolle la persona, mayores posibilidades intelectuales tendrá. Algunos de los pensamientos a desarrollar son el analítico, sistémico, crítico, reflexivo, lógico, creativo, práctico, deliberativo y colegiado.

Las metodológicas pueden distinguirse en dos, básicas y fundamentales, entre las consideraras como clave están la; a) gestión de tiempo, que es un soporte para el desarrollo autónomo del estudiante y las fundamentales son a) resolución de problemas y b) toma de decisiones, esta últimas son necesarias no solo en la vida laboral sino en la cotidianidad de la propia persona, desde elegir un platillo, hasta tomar una decisión en una relación afectiva son competencias que la persona a lo largo de su vida ocupará innumerables ocasiones (Villa y Poblete, 2017).

Las competencias tecnologías, se caracterizan por el acceso a la información de forma rápida, por ejemplo, el uso del ordenador como herramienta en el proceso de enseñanza-aprendizaje o el uso de base de datos. Por ultimo las competencias denominadas lingüísticas que se refieren al buen uso de la comunicación verbal y escrita que son fundamentales para el estudiante de la salud por su acercamiento directo al paciente.

En los profesionales de la salud es importante ser capaz de manifestar un desempeño suficiente de las CT y sin duda el período universitario debe tener un papel fundamental en su desarrollo, para no dejárselo en manos de la improvisación o mal uso de herramientas al momento del trato directo con el

paciente u otras personas.

1.2.1.1 Resolución de problemas

La primera competencia por describir es resolución de problemas (RP), la cual es de las principales demandadas en los diferentes ámbitos del estudiante de pregrado. A lo largo del desarrollo de una carrera profesional se presentan ciertas problemáticas que se ven en la necesidad de ser resueltas para que se logren ciertos objetivos, metas establecidas y así conseguir una o varias soluciones eficaces para la persona. Aplicar eficazmente la competencia requiere de varias herramientas o pasos a desarrollar, pero en primer momento es importante conocer qué es un problema y una solución.

El *problema* dentro de un enfoque cognitivo se define como las situaciones específicas de la vida, ya sean presentes o anticipadas que exigen respuestas para el funcionamiento adaptativo, pero que, no reciben respuestas de afrontamiento eficaces provenientes de las personas que se enfrentan a ellas. Debido a la presencia de distintos obstáculos, estamos ante un problema cuando carecemos de líneas a seguir, o recursos para afrontar una situación, ya sea nueva o incluso cotidiana (Gabalda, 2007).

Se habla de la existencia de problemas cuando hay diferencias entre la situación actual y la situación que consideramos ideal, cuando hay una desfase entre la realidad y los objetivos a lograr, cuando se da una disfunción o un desajuste en las cosas que tratamos, esta no tiene una solución predefinida como quizá una operación matemática más bien tiene que ser una cuestión interesante que motive cierto interés a resolverlo y al que también se esté dispuesto a dedicarle tiempo y esfuerzo, por ello una vez resuelto provoca una sensación de satisfacción (Villa y Poblete, 2007).

Por su parte una *solución* se define como cualquier respuesta de afrontamiento encaminada a modificar la naturaleza de la situación problemática, las propias reacciones emocionales negativas o ambas. Originalmente, D'Zurilla y Goldfried, (1971) definieron la solución de problemas como un proceso de tipo conductual que posibilita una serie de respuestas alternativas, supuestamente eficaces,

para manejar una situación problemática y en segundo lugar como un proceso que incrementa la probabilidad de seleccionar aquella respuesta más eficaz de entre esas alternativas disponibles.

Más adelante el grupo de Nezu, Nezu y D´Zurilla (2014) han definido la resolución de problemas sociales, como un proceso metacognitivo mediante el cual las personas comprenden los problemas de la vida y se esfuerzan por alterar la naturaleza problemática de la situación, sus reacciones hacia éstas o ambas cosas a la vez. A partir del conocimiento de los conceptos principales se conceptualiza la competencia de RDP. Villa y Poblete (2007) la definen como la competencia que “sirve para identificar, analizar y definir los elementos significativos que constituyen un problema para resolverlos con criterio y de forma efectiva”.

Dicha competencia se evalúa a través de niveles y en este caso el primer nivel es demostrativo de dominio que se comprueba cuando se aplican los conocimientos y métodos aprendidos, por ejemplo, en la participación de resolver un problema en clase. El segundo nivel es cuando existe una reflexión y se obtiene una experiencia de ello, así se desarrollan criterios propios para solucionar problemas. En tercer lugar, un nivel más desarrollado se dará cuando el individuo es capaz de elaborar y proponer soluciones en temas no habituales con los que no se está familiarizado. Estos dominios pueden estar ubicados por la capacidad para identificar los problemas, definirlos, para recoger la información necesaria, seguir una metodología, elaborar distintas alternativas de solución, preparar y seguir un plan de acción (Villa y Poblete, 2007).

Es claro que no todos poseen los mismos niveles de dominio en esta competencia, pero hay otros autores que proponen una serie de pasos a seguir para poder desarrollarla con mayor facilidad. Uno de ellos es Nezu, Nezu, C y D´Zurilla (2014) que propone una serie de pasos para resolver un problema.

- a) *Definición e identificación del problema:* esta se refiere a delimitar las razones por las cuales una situación determinada se constituye en

un problema, así como establecer las metas y objetivos para alcanzar soluciones.

b) *Generar opciones*: en este paso se crean opciones a partir de una lluvia de ideas con el fin de aumentar las ideas más eficaces.

c) *Toma de decisiones*: la meta de este apartado es efectuar un análisis sistemático de conveniencia de las opciones al identificar y luego observar las consecuencias positivas y negativas para diseñar un plan general de la solución.

d) *Evaluar los resultados*: el propósito de este paso supervisar y evaluar la eficacia de un plan de solución, y corrección, si el resultado es insatisfactorio.

Por otra parte, D'Zurilla et al., en el 2002 citado en Rodríguez, Rabazo y Naranjo, (2015) menciona que la principal premisa del proceso es un constructo multidimensional constituido por componentes interrelacionados en donde el resultado está condicionado por la orientación del problema como las destrezas o habilidades que los individuos puedan mostrar en el momento de identificar soluciones efectivas. Nezu, Nezu, y D'Zurilla (2014) identifica dimensiones en dicho proceso que tienen que ver con la *orientación al problema*, estos pueden ser de forma *positiva* adoptando una postura constructiva suponiendo que el problema tiene solución y por último con una orientación *negativa* que ve al problema como una amenaza y no como un desafío.

Dentro del mismo modelo se clasifica diferentes *estilos* para solucionar problemas, el primero de ellos es el estilo *racional* en donde existen soluciones efectivas y que tienen que ver con los pasos propuestos, por ejemplo, desde la identificación del problema hasta la verificación de la solución. El estilo *impulsivo* se caracteriza por ser apresurado o toma de decisiones automáticas y por último el estilo *evasivo* en donde la decisión de solucionar el problema es muy poco probable que llegue porque jamás se toma o en otro caso se aplaza para no ser resuelto. Este modelo permite percatarse que existen buenos solucionadores de problemas, es decir que no solo se trata de conocer las opciones si no que se apliquen de forma eficaz (Nezu, Nezu, y D'Zurilla, 2014).

1.2.1.2. Toma de decisiones

La carrera, el trabajo, una relación interpersonal o el simple hecho de resolver un examen implica una toma de decisión (TD) esta competencia representa gran importancia desde el momento que se presenta un conflicto o situación que requiera de una solución. Se tiene que prestar atención que entre resolver un problema y tomar una decisión hay similitudes, se recordará que el primero requiere de ciertos elementos como identificar el problema o generar ideas que al final dará cuenta a una o más soluciones y tomar una decisión también considera estos elementos sin embargo dicha competencia está inmersa en la primera, lo que quiere decir que una no podría consolidarse sin la otra. La competencia caracteriza al estudiante en comparación con otros de tener buenas decisiones a través de la eficacia y calidad de los resultados siendo consciente del alcance de las consecuencias.

Villa y Poblete (2007) definen a la toma de decisiones como “el acto de elegir entre alternativas posibles a la mejor, sobre las cuales existe incertidumbre, por lo tanto puede hacer referencia a la habilidad cognitiva del humano para elegir, está debe de seguir un proceso para que los resultados sean de eficacia, también debe de realizarse de forma sistemática, para ser coherente entre sí y que a su vez involucre más habilidades por ejemplo la capacidad de análisis, categorización, juicios de valor y culminar con la ejecución de la decisión.

Además, se requiere que exista un proceso para lograrlo que en principio es cognitivo y después social-afectivo. Gomez (2017) señala una serie de pasos para lograr ejecutarla de forma eficaz.

- a) Identificar y definir la situación.
- b) Listar las alternativas de acción.
- c) Identificar criterios para comparar las alternativas y las posibles consecuencias de cada una de ellas.
- d) Valorar las posibles consecuencias de cada una de ellas.
- e) Recogida de información adicional.
- f) Planear la ejecución.

Dicho proceso retoma pasos importantes de la RP, pero es importante aclarar que la diferencia entre RP y TD y es que la segunda enfatiza a la elección como principal elemento, seguida de la evaluación. Evaluar la decisión, permite corroborar que sea efectiva y lograr desarrollarla cada vez más y con menos probabilidad de fallar. La TD puede tener algunos componentes influyentes para su efectividad, por ejemplo, el control de emociones o sentimientos, considerar controlarlos hará que no se tome una decisión errónea para que no perjudique a segundos. O como Ortega (2008) propone para que la competencia sea eficaz debe seguir estos pasos:

- a) Establecer el tiempo previsto para la consecución de los resultados deseados.
- b) Delimitar el objetivo y el límite de tiempo y comunicarles a las personas interesada y afectadas por la decisión.
- c) Concretar y establecer las tareas de forma gradual.
- d) Asignar responsabilidades a cada persona o grupo y hacer hincapié en los resultados esperados de cada una de ellas.
- e) Establecer normas y niveles de calidad de cada tarea.
- f) Asignar los recursos (humanos, tiempo, económicos, etc).

También existen factores que impiden que la competencia se cumpla. Algunos de ellos son la falta de tiempo para poder tomar la decisión correcta, en otras ocasiones se complica porque la decisión concierne a otras personas que deben de ser escuchadas para crear la solución también puede depender de la información que llega a la persona o quizá esa información no es la correcta o por otro lado está incompleta y otro que se considera muy relevante es que no se utiliza un pensamiento razonado y ordenado.

Elegir una decisión dependerá de tomar los puntos claves adecuados ya que si existe una actitud negativa ante la situación se complica, como se menciona esos factores pueden impedir la ejecución. También depende de que exista algo que lo impulse a tomar la decisión, mejorar esta competencia puede ser a través de la experiencia o seguir ciertos modelos organizados y sistemáticos que nos ayuden, pero qué pasa cuando se evita o se cree que es mejor que otra persona tome la decisión, qué pasa cuando se minimiza o hay un bloqueo de toda la

información, una respuesta bastante común es que el objetivo no se logre y que dicha competencia no se desarrolle.

1.2.2. Interpersonales

Estas competencias tienen que ver con las habilidades de desempeño relacionados con la capacidad de una buena relación social y cooperación. Son las capacidades individuales relativas a la facilidad de expresar los propios sentimientos, habilidades críticas y autocrítica. También son las destrezas sociales relacionadas con la capacidad de trabajar en equipo o el compromiso social y ético también tienden a facilitar los procesos de interacción social y cooperación.

Las competencias que definir en este estudio son la comunicación interpersonal y el trabajo en equipo. La primera se presenta con una deficiencia en los universitarios, ya que están pocos habituados a hablar frente a un público o a explicar puntos de vistas diferentes con otras personas, de utilizarla con efectividad las respuestas ante los problemas serían más eficaces. Por otro lado, el trabajo en equipo bien desarrollado conlleva a una mejor realización de proyectos o tareas a enfrentar. Así que la práctica y el desarrollo de estas constituirá un enriquecimiento con la actividad profesional del alumno (Villa y Poblete, 2007).

1.2.2.1. Comunicación Interpersonal

La comunicación es un elemento importante para el desarrollo del humano pues a lo largo de los años diferentes especies se han caracterizado por sus distintas formas de comunicar y la nuestra no es la excepción. El ser humano ha desarrollado diversas formas de comunicar con la necesidad de tener relaciones interpersonales y expresar todo aquello que siente, vive y observa.

La comunicación es una competencia que involucra a todo ser humano y se adquiere desde el primer momento de vida, existen diversos factores que constituyen una comunicación efectiva y depende también desde qué tipo de comunicación sea. La comunicación se aprende desde pequeños y aunque las formas en que nos comunicamos en un primer momento no es el más adecuado

a la comprensión de todos, cuando el tiempo que va pasando se va desarrollando mejor o aprendiendo nuevas formas para establecer una buena comunicación.

Para describirla se plantean diversos modelos que pueden referir a la comunicación desde diversos puntos por lo que se ha intentado buscar los componentes esenciales en una forma simplificada que permita una descripción, explicación y comprensión de esta (Ellis,1990). Existen modelos de comunicación que a lo largo de los años se han ido modificando, Aristóteles definió el estudio de la comunicación como la búsqueda de todos los medios de persuasión que tenemos a nuestro alcance y mencionó que la persuasión es la meta principal de la comunicación, por lo que él intentó llevar a los demás a tener su mismo punto de vista. El elemento del proceso de comunicación en este modelo se basa en: quién dice, qué se dice en, a quién, en otras palabras, el orador, el discurso y la audiencia (González, 2008).

Otro modelo de comunicación lo señala Berlo (2002) propone que los modelos subsiguientes han contemplado estos mismos elementos (emisor, mensaje y receptor), con la diferencia de que ha sido más complejo. Así que a lo largo de los años se han establecido modelos y por lo tanto elementos de la comunicación que coinciden en su descripción, diversos autores describen los siguientes elementos de la comunicación (Fournier, 2009; González, 2008; Berlo, 2002):

- a) *Fuente*: es el conjunto de elementos que conforman la realidad del emisor, constituida por el entorno en el cual se mueve y actúa.
- b) *Emisor*: es una persona encargada de iniciar o de conducir el proceso de la comunicación con su contenido
- c) *Receptor*: corresponde a la persona o grupo de personas ubicadas en el otro extremo del canal y que constituyen el objetivo de la comunicación
- d) *Mensaje*: corresponde al propósito de la fuente.
- e) *Canal*: corresponde al conducto por donde se transmite el mensaje, esto puede ser por medio de los sentidos (oído, vista, tacto, olfato y gusto) o a través de diversos medios técnicos (prensa, radio, cine, fotografía).
- f) *Ruido*: todo aquello que perturbe el proceso de comunicación, hay

dos tipos de ruido, el canal y el semántico. El primero incluye cualquier perturbación que se produzca en el conducto por el que viaja el mensaje y que lo afecte de cualquier forma o grado, y el ruido semántico equivale a cualquier interpretación equivocada del mensaje.

Existen formas distintas de comunicarse con las personas, por ejemplo, la *comunicación escrita*: este tipo de comunicación se define en saber relacionarse eficazmente con otras personas a través de la expresión clara de lo que se piensa y/o se siente, mediante la escritura y los apoyos gráficos. Es una habilidad en donde el proceso requiere de tiempo, esfuerzo, aprendizaje y que está caracterizado por cada persona ya que define un estilo a partir de la forma de transmitir ideas, sentimientos y momentos a través de un escrito.

La *comunicación verbal/no verbal*, la primera es aquella que expresa con claridad y oportunidad las ideas, conocimientos y sentimientos propias a través de la palabra, adaptándose a las características de la situación y las personas para lograr su comprensión y adhesión tanto como en actividades grupales como en presentaciones públicas ante audiencias más o menos numerosas o simplemente con otra persona.

Marroquín y Villa (1995) explican que el lenguaje verbal se realiza, lógicamente, a través de las palabras, pero éstas no poseen significados en sí mismas, son las personas quienes confieren el significado de una palabra y es un grupo de personas son las que determinan la conexión entre vocablo y objeto, por esa razón ninguna palabra significa exactamente lo mismo para dos personas o más. También existen errores de comunicación que suelen ser muy comunes pero que complican la transmisión del mensaje uno de ellos puede ser que no se logra expresar claramente la idea plantea la persona.

La *comunicación no verbal* va más allá de las palabras que el ser humano logra transmitir a través de un lenguaje, está muy ligada a los profesionales de la salud, principalmente al psicólogo en desarrollo porque el humano expresa ideas, pensamientos a través de otros factores que no son precisamente un escrito o una palabra, tiene que ver con la conversación o expresión corporal, gesticular

el uso del espacio y contacto físico. Este lenguaje en cambio al verbal es de un carácter analógico, en otras palabras, está constituido por signos, visuales, gestos, auditivos etc. que guardan una cierta relación o semejanza con el objeto de que representan por esta razón Marroquín y Villa (1995) señalan que es más universal, hasta el punto de que en diversas ocasiones es el único transporte entre personas de diferentes lugares del mundo. Puede indicar con mayor fiabilidad que las mismas palabras como diversos estados anímicos de alegría, tristeza, miedo etc. que marcan el contenido del mensaje comunicativo.

Por último la *comunicación interpersonal* en el estudiante en el área de la salud puede ser un punto clave importante para el seguimiento o adherencia al tratamiento de la enfermedad, por ejemplo en su estudio de Zoppi y Epstein (2001) mencionan que la relación del paciente y médico influye demasiado sobre la salud, ya que, las habilidades de comunicación pueden marcar la diferencias en la mejora y calidad de las interacciones e intervenciones con el fin de cubrir ciertas lagunas que se quedan expuestas en el servicio con el paciente o informar adecuadamente la información.

La comunicación interpersonal es poder relacionarse positivamente con otras personas a través de una escucha empática, a través de la expresión clara y asertiva de lo que se piensa y se siente, por medios verbales y no verbales. Es la comunicación más compleja ya que están relacionados más de un factor y se incorporan elementos más completos que tienen que ver con habilidades propias de un humano. Marroquín y Villa (1995) definen la comunicación interpersonal como el proceso en el que los participantes expresan algo de sí mismos, a través de signos verbales y no verbales, con la intención de influir de algún modo en la conducta del otro. También exige dos polos dialécticamente implicados, que se influyen mutuamente, no de manera lineal y que en muchas ocasiones pasa.

Recordar claramente que este tipo de comunicación es un proceso circular en donde el emisor y el receptor existen bilateral y/o simultáneamente en cada una de las partes comunicativas, solo así se podrá comprender la complejidad del proceso comunicativo interpersonal. Cuando uno comunica el emisor no manifiesta el mundo de su intimidad, sus sentimientos y sus razones explicativas

sin una motivación de intermedio, también lo hace por una demanda del exterior y con una intencionalidad, si se capta esta intencionalidad entonces el mensaje habrá llegado al receptor de forma adecuada.

1.2.2.2. Trabajo en equipo

Diversas especies tienen un apego social, el ser humano tiende a ser sociable desde muy pequeño, conforme el tiempo va transcurriendo somos más aptos de pertenecer a grupos con algunos objetivos en común y el apoyo social ha llegado a ser un factor que le permite al humano crecer y desarrollarse más, a diferencia de hacer un trabajo individual. El hombre puede unirse con otras personas para fines diferentes, desde un deporte, una organización laboral, actividades culturales, convivir o simplemente para divertirse y obtener un resultado.

Todo lo mencionado se puede definir como trabajo en equipo (TE) que se constituye por un grupo de más de dos personas. Villa y Poblete (2007) proponen que es la competencia de “integrarse y colaborar de forma efectiva en la consecución de objetivos comunes con otras personas, áreas y organizaciones”. Se menciona que esta competencia está estrechamente relacionada con otras habilidades como una buena socialización e interés interpersonal alto, con valores sociales que lleven a creer en la integridad, honestidad y competencia de los otros integrantes del grupo, madurez para afrontar las diferentes opiniones de cada uno de los integrantes del equipo, también tener una convicción por el trabajo que desarrollan las otras personas o la voluntad de compartir ideas e información que se posee.

Casanellas y Solé (2012) definen a la competencia como la capacidad de trabajar y colaborar con los demás con el fin de contribuir a un proyecto común, es una competencia fundamental que tiene efectos positivos muy importantes en la calidad del aprendizaje y en el crecimiento personal y resulta buena para actuar de una manera eficaz tanto en la vida académica como en la profesional y la personal, trata de integrarse en un grupo interdisciplinario y de colaborar de forma activa para conseguir un objetivo en común, así que se constituye porque se logran hacer tareas en conjunto para llegar a metas establecidas.

Sin embargo es un tema que ha sido bastante estudiado por los expertos en el área, han aportado importantes resultados de la competencia donde coinciden que es la capacidad para trabajar en grupo de tal forma que existe una coordinación y responsabilidad para alcanzar una meta u objetivo, sabiendo valorar las aportaciones y los puntos de vista del resto de los compañeros, algunos lo ven como un trabajo colaborativo para lograr un aprendizaje que permite un conocimiento más estructurado, profundo y significativo con un desarrollo interpersonal, aunque la clave no solo es llegar al objetivo o meta sino el proceso que se sigue para llegar (García y Cuello, 2012).

Las CT son un conjunto de habilidades que busca la realización para la mejora de los servicios y aprendizajes de los estudiantes universitarios para la formación, orientada a la formación integral de la persona y su crecimiento personal, TE es una de las competencias que resultan de la más complejas ya que pertenecen a las competencias interpersonales y para lograr desarrollarla se necesita desarrollar competencias básicas que determinarán a la persona. La capacidad de trabajar y colaborar con los demás con el fin de contribuir a un proyecto común es una competencia fundamental que tiene efectos positivos muy destacables en la calidad del aprendizaje y del crecimiento personal de los estudiantes (Casanelas y Solé, 2012).

1.2.3. Sistémicas.

Son aquellas competencias que se relacionan a la visión de conjunto y la capacidad de gestionar un proyecto en su totalidad. Son las destrezas y habilidades que conciernen al sistema como totalidad. Suponen una combinación de la comprensión, sensibilidad y el conocimiento que permiten al individuo ver cómo las partes de un todo se relacionan y se agrupan. Estas capacidades incluyen la habilidad de planificar los cambios de manera que puedan hacerse mejoras en los sistemas como un todo y diseñar nuevos sistemas. Requieren como base la adquisición previa de competencia instrumentales e interpersonales (Villa y Poblete, 2007). En el estudio no se retoma ninguna de estas competencias, pero sería importante trabajar con ellas a futuro.

1.3. Evaluación de Competencias Transversales

Se puede mencionar que adquirir este tipo de competencias tiene diversos beneficios por ser relevantes al aumentar el rendimiento académico y apoyar al estudiante a configurar su perfil profesional en el momento de transformar la teoría en práctica de aquí que detona su importancia en el nivel de desarrollo.

Hablar de evaluación en las CT es un tema amplio y con diferentes propuestas ya que el proceso debe de ser continuo, lográndose a medida que se practiquen las actividades de aprendizaje y no solamente al final como se establece con ciertas escalas. La evaluación se aborda mediante matrices que esencialmente se establecen en el desempeño. Para tener resultados complejos, Tobon, Pimienta, y Garcia, (2010) proponen indicadores que faciliten su evaluación:

- a) Identificar y comprender a la competencia que se pretende evaluar.
- b) Proceso de evaluación a llevar a cabo: se determina considerando los tipos (diagnóstico, formativa) y finalidades.
- c) Criterios: son los parámetros que dan cuenta de la competencia y posibilitan valorarla de acuerdo con los retos del contexto social, laboral, investigativo.
- d) Evidencias: son pruebas concretas y tangibles de que la competencia se está adquiriendo.
- e) Indicadores por nivel de dominio: donde se formulan indicadores con el fin de medir con claridad los niveles de logro.
- f) Ponderación y puntaje: consiste en asignarle un valor cuantitativo a los criterios e indicadores respecto a su grado de contribución para valorar la competencia.
- g) Criterios e indicadores obligatorios para acreditar una competencia: se necesita obtener criterios fundamentales de la competencia.
- h) Recomendaciones de evaluación
- i) Retroalimentación: que el alumno tenga claridad acerca de sus logros y aspectos a mejorar.

Existen diversos instrumentos para evaluar el rango en que se puede encontrar la persona en la adquisición de dichas competencias y facilitar su proceso de

aprendizaje. Por ejemplo Manuera y Navarro (2015) en su estudio de la Innovación en la Evaluación de Competencias Transversales tiene como objetivo conseguir la participación activa del estudiante sobre la adquisición, evaluación y seguimiento de sus competencias transversales. La metodología fue mixta y la herramienta cuantitativa es el cuestionario que evalúa competencias diseñado en su estudio y aplicado a una muestra de 191 alumnos y 60 profesores.

Los resultados mencionan que tanto estudiantes como profesores son conscientes de la importancia de la adquisición de las competencias transversales, así como de una existencia de jerarquía entre ellas debido a la relevancia de unas competencias sobre otras. Para la evaluación correcta de las competencias mencionan que su instrumento diseñado se encuentra en fase de experimentación con el fin de fortalecer sus posibles debilidades, dado que ayudará a regular el proceso de aprendizaje de competencias. Estos estudios orientan al experto en el área de competencias que se diseñen escalas y métodos cualitativos para una evaluación completa en las competencias.

En el estudio de Martínez y Garcia (2016) se menciona que mediante la evaluación auténtica de las competencias, los estudiantes trabajan sobre problemas complejos, utilizando el pensamiento crítico y que además la universidad se encuentra ante la necesidad de disponer de estrategias e instrumentos que permitan evidenciar el desarrollo y la adquisición de competencias que se exige al futuro profesional. Lo que significa que, si las competencias son evaluadas correctamente, los planes de acción para mejorarlas serán más complejos y completos.

Por otro lado Aguado, González, Antúnez y de Dios (2017) realizaron un estudio que lleva como título “Evaluación de Competencias Transversales en Universitarios. Propiedades Psicométricas”. El marco teórico se basa en el Proyecto Tuning, similar a este trabajo. En un primer momento analiza las propiedades métricas del instrumento, para su desarrollo emplea escalas de observación de la conducta para poner a prueba tanto su fiabilidad como su estructura dimensional en una muestra de 741 estudiantes del último grado de titulación, el instrumento consta de 185 elementos que responde a una escala

de frecuencia y se aprecian las 26 competencias que propone tuning en un primer momento y responde a un formato de escala BOS (Behavioral Observation Scales).

Los resultados muestran que las escalas que componen el cuestionario tienen una fiabilidad adecuada y altos índices de congruencia con un Alfa satisfactorio $>0,70$. Para un segundo momento se explora la validez criterio del cuestionario frente a los resultados académicos, trabajó con una muestra de 46 alumnos y utilizó varios instrumentos, uno de ellos fue el que desarrollaron en el primer momento, otro es el Test del Factor G evaluando Inteligencia General, con Alfa de 0,74, otro que califica el Rendimiento académico y el por último BFCP que evalúa personalidad. Se concluye que las diferentes competencias correlacionan significativamente con los resultados obtenidos por alumnos sobre el cuestionario que se realizó en el primer momento en comparación con otras escalas de evaluación.

Otra propuesta de evaluación son las rúbricas que consta de un proceso más complejo para evaluar a las competencias, estas garantizan una evaluación auténtica y alternativa. Son guías o escalas de evaluación donde se establecen niveles progresivos de dominio relativos al desempeño que una persona muestra respecto de un proceso determinado. A través de estas el alumno tiende a propiciar un aprendizaje autónomo y profundo, por lo que, la evaluación no solo se evalúa al final, sino que también lo hacen durante la formación (Rekalde y Bujan, 2014).

Finalmente, la revisión de estos trabajos reconoce la importancia de evaluar a las competencias transversales, ya que, es importante identificar si realmente son adquiridas o contamos con ellas y considerar que están sujetas a un desarrollo formativo constante. Los portafolios, casos clínicos, ensayos o coevaluaciones son elementos que complementan a la evaluación de competencias transversales. Aplicar el mejor método de evaluación realmente ha representado con anterioridad y hasta el momento un reto del evaluador, así que se debe de poner énfasis suficiente para lograr identificarlas en sus diferentes dominios.

CAPÍTULO 2. COMPETENCIAS TRANSVERSALES EN LOS PROFESIONALES DE LA SALUD.

El sector salud garantiza la protección de la salud en las personas, así como evaluar los factores de riesgo y la investigación para la mejora del servicio a la comunidad por lo tanto se requiere de profesionales competentes para atender diversas tareas como estas. Es preciso mencionar que se ha tornado difícil la situación de cubrir cada necesidad de la sociedad, pero se da hincapié a que los profesionales se interesen en desarrollar todo aquello que lo cubra.

Aún se identifica que la calidad del sector salud en nuestro país es deficiente, lo que hace que prevalezca la insatisfacción de los pacientes y los prestadores de servicio, es por ello por lo que se ha propuesto garantizar que los servicios de salud otorguen de manera eficiente sus servicios, con calidad y seguridad para el paciente. Esto se establece bajo la premisa de que la calidad es una cualidad esencial de la atención por parte de los profesionales de la salud y que es fundamental para la consecución de los objetivos nacionales, la mejora de la salud de la población y garantizar el futuro sostenible de los sistemas de atención en salud.

El profesional de la salud debe trabajar cubriendo la atención sanitaria, la seguridad del paciente y debe llevar a cabo una serie de acciones inmediatas para que los sistemas de salud sean servicios efectivos junto con el tratamiento de la enfermedad, la seguridad, atención accesible y apropiada para la satisfacción del usuario, en pro a la seguridad del paciente y la calidad de la atención (Alcántara, 2012).

2.1. Resolución de Problemas en los profesionales de la salud

Esta competencia es importante para la incorporación de la vida porque puede desarrollarse en actividades de tipo académico o para situaciones diferentes, esto les permite a los alumnos un mejor desarrollo para diferentes tareas como el trato con el paciente, o algunas situaciones en los que se vean envueltos para el desarrollo profesional y afrontamiento de problemas.

La competencia en el área de la salud se ve implicada desde el momento que el profesional resuelve problemas en el tratamiento, intervenciones o desarrollo de actividades de atención ciudadana. Los pacientes en esta área son diferentes, debido a que los problemas físicos, psicológicos, etc. son únicos de la persona y por esta razón las soluciones a los problemas también lo son en cada caso, el profesional de la salud debe de cubrir las necesidades tanto del paciente como de sí mismo.

En una investigación que tuvo como objetivo analizar el nivel de la adquisición de la competencia en 742 alumnos de una universidad, mencionan que mayores niveles de esta competencia relaciona positivamente con la productividad y la salud en el puesto de trabajo y resolver problemas es la competencia más requerida por los empleadores y para los recién graduados. En sus resultados demuestran que la competencia no está en el plan de estudios y que sus niveles son similares en su inicio y final de su carrera, así que, los futuros profesionales cuentan con un nivel bajo al inicio y al finalizar la carrera. Lo que lleva como conclusión que adquirir la competencia para el crecimiento profesional es importante y solidificarla en el campo de la salud es un requisito para la mejora de habilidades de los estudiantes (Rivero, Aurora, Rabazo Martín y Gil, 2015). La resolución de problemas añade que un buen profesional se mide en gran medida por su capacidad para enfrentarse a los problemas complejos y aportar alternativas eficaces.

2.2. Toma de decisiones en los profesionales de la salud

Esta competencia en sí sola es muy importante ya que a lo largo de los días las personas se enfrentan en situaciones que requieren de tomar una, ahora bien, si se plantea que los estudiantes deben estar involucrados a desarrollar competencias transversales que demuestren mejores resultados es cuando toma doblemente importancia. Desde elegir el tratamiento hasta resolver un problema durante la atención y decidir correctamente marcará una enorme diferencia para el éxito tanto de las competencias como de los pacientes que en su totalidad son diferentes.

En el estudio que realizó Granero, Frías, Barrio y Ramos (2016) de tipo cualitativo

que tuvo como objetivo conocer las dificultades que encuentran las enfermeras de atención primaria en planificar decisiones anticipadas con personas en el final de la vida. El estudio se realizó en Servicio Andaluz de Salud de Jaén y participaron 14 enfermeras por muestreo intencional donde se aplicaron entrevistas y a partir de los análisis se obtuvieron resultados para plantear intervenciones como el entrenamiento en habilidades de comunicación y toma de decisiones anticipadas ya que mencionan que a través de ello puede mejorar la atención al final de la vida y tienen beneficios para los profesionales de la salud, la institución, los pacientes y sus familiares.

Mencionan que existen evidencias del impacto positivo que tiene planificar anticipadamente las decisiones porque estas ayudan a situaciones complejas y mejoran la relación del paciente-profesional y profesional-familia pues alivia la carga que les supone decidir y facilita el manejo de ansiedad en escenarios de gran peso emocional, también puntualizan la importancia de que las enfermeras deben tener un entrenamiento en la TD. Para la institución también mejora debido a que si se toma decisiones anticipadas puede prevenir malos momentos y así la satisfacción por ambos lados puede ser benéfica.

La TD en cualquier profesional de la salud es sumamente importante porque al final de toda una preparación teórica metodológica se demuestra la unión de todo lo aprendido en la práctica para beneficio de pacientes. En el entorno profesional es muy frecuente la toma de decisiones con una gran carga excesiva de impulsividad, carentes de un fundamento sostenible, que pueden estar basadas en intuiciones, rumores, prejuicios y suposiciones lo cual acarrearán consecuencias negativas pudiendo afectar a las personas que tiene alrededor del profesional por tanto tener una inversión de tiempo y esfuerzo en desarrollar esta competencia es muy importante.

2.3. Comunicación Interpersonal en los profesionales de la salud

Toda relación con los profesionales de la salud implica de modo necesario un proceso de comunicación ya que es una herramienta indispensable para el trabajo, a medida que el profesional sea capaz de interactuar de manera apropiada y satisfactoria con el paciente podría mejorar su función y obtendría el

máximo rendimiento de las competencias que posee.

La comunicación interpersonal es una de las competencias que deben de estar desarrolladas en el profesional de la salud, como lo menciona Marín y León (2001) la causa más importante de insatisfacción de los pacientes hospitalizados es la falta de comunicación con el personal del hospital, por ejemplo la falta de información sobre los procesos de enfermedad que provoca un retraso en la búsqueda de tratamiento y agravando dichos procesos. Un ejemplo de ello es el estudio que realizó De la Uz (2010) donde describe que su objetivo es diagnosticar la competencia comunicativa en los estudiantes de medicina y al evaluarlos a través de un instrumento diseñado por los mismos se constata el nivel bajo e insuficiente la competencia. Lo que proponen de su investigación es ser un motor de arranque para ampliar al estudiante en el conocimiento y desarrollo de la competencia y que esta sea de formación permanente.

Se busca que la competencia de comunicación sea una herramienta que realmente facilite o brinde mejores resultados en el ámbito de cada profesional de la salud y que el mensaje que se brinde sea realmente efectivo ya que la labor del profesional va encaminada al bienestar de este. La transferencia de conocimiento, las relaciones laborales, la motivación laboral y la participación son situaciones en las que la interacción y la comunicación interpersonal desempeña un papel importante.

2.4. Trabajo en equipo en los profesionales de la salud

Desde que el estudiante se va formando en su carrera se enfrenta con situaciones que implican trabajar en equipo, desde un trabajo con compañeros hasta el llegar a acuerdos con los profesores los cuales rendirán frutos en las los resultados. La realidad es que va más allá de las calificaciones, es todo aquello que implica el proceso para obtenerla, es el aprendizaje y sobre todo las competencias que adquirirá para desarrollarse a sí mismo en el ámbito que lo espera en él después de la vida académica.

Cuando el estudiante deja de tener ese rol, es entonces cuando se enfrenta a situaciones reales o demandas que la sociedad exige, por ejemplo, el trabajo o

pacientes y en muchos de los casos se requiere que sea en una colaboración, es decir, que el trabajo en equipo y es entonces cuando las calificaciones ya no son suficiente evidencia. Los resultados de dicha competencia se convierten en productividad, eficacia, satisfacción del paciente y hasta crecimiento personal. Se requiere, que no solo se trabaje con las mismas personas de siempre sino a lo largo del trabajo se apeguen a otros departamentos o grupos de carácter multidisciplinario creados específicamente para una meta o un proyecto, donde sean capaces de resolver problemas, elaborar propuestas creativas y tener resultados efectivos.

En un estudio que realizan Rodríguez et al. (2013) que lleva como nombre "Identificación de las competencias actuales y futuras de los profesionales de la salud pública" plantean como objetivo identificar las competencias actuales y las necesarias para el futuro de los directivos y técnicos en los profesionales de la salud, presentan un estudio cualitativo en donde se aplican diversas entrevistas donde los resultados mencionan que el profesional de la salud debe desarrollar competencias transversales y las primeras en la lista son el trabajo en equipo y habilidades comunicativas. Asimismo, muestran que existe una gama amplia de CT en donde se localizan la orientación sectorial, las habilidades informáticas y el manejo de idioma. Esto corrobora que las CT en el sector salud son un área de conocimiento multidisciplinario e implica una constante y profunda actualización para cubrir las nuevas necesidades. Concluyen que el profesional de la salud es multidisciplinario estableciendo alianzas y colaboraciones de disciplinas, profesionales y organizaciones. Enfatizar el papel que toma la competencia TE en esta área permite localizar tanto las necesidades como las opciones efectivas que aporten un resultado en el ámbito clínico.

CAPÍTULO 3. AUTOEFICACIA Y COMPETENCIAS TRANSVERSALES

3.1. Conceptualización de autoeficacia

A lo largo del tiempo diversos autores han definido a la autoeficacia, pero no ha variado en esencia de su conceptualización, que se plantea a partir de los trabajos de Bandura, a continuación, se revisa la definición de autoeficacia.

Zimmerman, Kitsantas y Campillo (2005) menciona que la autoeficacia es la comprensión de las creencias propias acerca de las capacidades para aprender o rendir efectivamente. Tejada (2005) la define como un grupo de creencias entrelazadas en distintos dominios de funcionamiento con respecto a la autorregulación del proceso del pensamiento, la motivación y los aspectos afectivos y fisiológicos.

Olaz (2001) define a la autoeficacia como el juicio acerca de las capacidades personales de respuesta, determinándolo como un juicio negativo o positivo dependiendo de cómo se han interpretado por el sujeto los resultados obtenidos con anterioridad y en torno a las señales que ha dispuesto como índices de eficacia. Para Pajares(1996) la autoeficacia son las creencias que tiene la persona sobre sus capacidades para organizar y ejecutar caminos para la acción, requeridos en situaciones esperadas o basadas en niveles de rendimiento. Pero en la actualidad el principal autor de dicho constructo es Bandura a lo largo del tiempo propone avances en cada estudio para demostrar que el papel de la autoeficacia en el individuo es de gran relevancia para su bienestar.

La autoeficacia está definida y desarrollada justamente en la Teoría Social Cognitiva en donde su principal representante Albert Bandura y sostiene que gran parte del conocimiento del hombre es gracias a la interacción social. La Teoría Social Cognitiva tiene características diferentes a otras ya que esta abandona el modelo de causalidad lineal oponiéndose al determinismo ambiental unidireccional, esta permite el estudio del ser humano en toda su complejidad tomando en cuenta múltiples factores que operan como determinantes, así como influencias interactivas donde existen estímulos de carácter ambiental o externo.

La teoría está en oposición del determinismo personal unidireccional, ella busca causas del comportamiento en las predisposiciones del individuo en forma de rasgos, instintos, motivaciones, creencias y otras fuerzas (Rodríguez, 2017). Es importante mencionar que se le atribuye propiedades de reciprocidad triádica en donde se presenta una interacción confluyente a la conducta, los factores personales, cognitivos y acontecimientos ambientales los cuales actúan como determinantes interactivos, hecho por el cual es un proceso que se asocia con diferentes áreas debido a la multidireccionalidad en la que se puede involucrar.

Así que el estudio de la autoeficacia la inició Bandura en la década de 1970 motivado por la importancia que tiene el pensamiento autorreferente en la conducta de las personas. En su primer artículo publicado señala que “Los cambios logrados por diferentes métodos se derivan de un mecanismo cognitivo común, donde los procesos cognitivos juegan un papel destacado en la adquisición y retención de nuevos patrones de comportamiento” (Bandura, 1977).

Bandura hace énfasis en la forma que el ser humano piensa, siente y actúa en determinadas áreas de su vida y define a la autoeficacia después de varios años de estudio como “La creencia, un juicio referente a las habilidades propias para organizar y producir un curso de acción con la finalidad de lograr los resultados esperados” que funciona como potencial de tener mejores resultados y prevenir los que no se desean, inunda de incentivos a las personas para desarrollarse y tener un control personal (Bandura, 1999).

Un aspecto que resalta la importancia de la autoeficacia es su valor predictivo de la conducta humana. El comportamiento de las personas puede ser anunciado por las creencias que los individuos tienen acerca de sus propias capacidades y que logran hacer, estas percepciones contribuyen a delinear qué es lo que las personas hacen con las habilidades y el conocimiento que poseen (Grau, Salanova y Peiró, 2012).

Existen algunos fundamentos que pone en controversia dicha teoría y es que la autoeficacia tanto puede influir de una forma positiva como puede limitar al sujeto al no intentar algo nuevo ya que la persona no conoce sus capacidades y tampoco las evalúa como buenas, esto les prohíbe practicar actividades diferentes y lograr objetivos, la autoeficacia es lo que creemos que podemos hacer, no la simple cuestión de saber lo que hay que hacer. Así que percibirte con pocas habilidades puede obstaculizar a la propia persona.

En la autoeficacia convergen dos componentes para comprenderla uno de ellas es la motivación humana y la segunda es la conducta, ambas son reguladas por el pensamiento el cual integra expectativas de cumplimiento que se caracterizan de la siguiente forma Rodríguez (2017):

- a) *Expectativas de la situación*: son las que, las consecuencias son producidas por algo exterior, eventos ambientales que son independientes del individuo y de su acción.
- b) *Expectativas de resultado*: se refiere a la creencia que una conducta humana producirá y sobre las consecuencias que se tendrán. Pueden ser mediadoras importantes de la conducta misma y en el cambio que se genera en ella, también determinan la elección de las actividades a realizar y los escenarios con ello, el esfuerzo y la persistencia en las actividades elegidas para desafiar los obstáculos, los patrones de pensamiento y respuestas emocionales.
- c) *Expectativas de autoeficacia o autoeficacia percibida*: son las creencias que tiene el sujeto de poseer las capacidades para desempeñar las acciones necesarias que le permitan obtener los resultados obtenidos de un objetivo. Estas determinan el esfuerzo que las personas utilizarán y cuánto tiempo van a persistir en cara de los obstáculos y las experiencias aversivas, cuánto más fuerte es la autoeficacia percibida, más activos son los esfuerzos. Varían en diversas dimensiones, que son la magnitud, generalidad y fuerza: la magnitud se refiere a que las tareas son ordenadas por el nivel de dificultad, deben ir desde las tareas más simples, las moderadas hasta completar las tareas más difícil. La generalidad se determina por la creación de expectativas

en áreas específicas mientras que otras infunden un sentido más generalizado y por último se describe en las debilidades y fortalezas.

Bandura (1999) citado en (Velasquez, 2009) sostiene que la autoeficacia influye en factores del comportamiento humano como lo son:

a) *Afectivo*: tiene que ver con las emociones, sentimientos, estas influyen sobre la cantidad de estrés o depresión que experimentan las situaciones amenazadoras. Cada persona percibe de forma diferente cada situación y en ocasiones pueden tener un control sobre los pensamientos los cuales pueden favorecer a mejorar, mientras que en otras no puede controlarlos. Las personas que piensan que es imposible o muy complicado manejar situaciones complejas ante escenarios amenazadores se preocupan demasiado por sus deficiencias y exageran la gravedad de las posibles amenazas llevando a la persona a desanimarse afectando su nivel de funcionamiento. Al contrario de las personas que creen controlar las situaciones amenazantes, la principal fuente de angustia no es la frecuencia de los pensamientos perturbadores, sino que la persona no tenga la habilidad para bloquearlos. Es decir, las personas con baja autoeficacia exageran sus deficiencias y dificultades provocando estrés. En cambio, las que tienen autoeficacia alta percibida prestan atención a las demandas que el problema en sí solicita y ajustan mejor su nivel de activación.

b) *Cognitivo*: se relaciona con los pensamientos y resolución de tareas mientras tanto entre más sólido sean las percepciones de la autoeficacia mayor será el esfuerzo y permanencia para alcanzar los objetivos. Apunta que el establecimiento de objetivos que el sujeto realiza está determinado por las estimaciones que tiene de sí mismo. La función del pensamiento es facultar a las personas para predecir sucesos y desarrollar las formas para controlar aquellos sucesos que afectan a la vida. Las personas pueden aprender reglas para predecir y regular lo cual deben recurrir a su conocimiento para construir opciones, analizar, evaluar y revisar previsiones ante los resultados que se van obteniendo. También influyen sobre los escenarios anticipadores que

trabajan y repiten las personas, es decir se puede visualizar un escenario de éxito o fracaso (Olivas, M., Barraza, 2016).

c) *Conductual*: que abarca a los comportamientos a los hechos y a la aplicación de los pensamientos que se tienen desde la autoeficacia.

d) *Motivacional*: afirma que las creencias de eficacia desempeñan un papel clave en la autorregulación de la motivación que dirige a sus acciones porque es esencial en la persona que busca el desarrollo personal, mayor confianza repercute en mayor esfuerzo y constancia, mientras a menos motivación hará que el individuo demuestre poco interés y abandone la tarea que se propuso

Existen tres diferentes formas de motivadores cognitivos: las atribuciones causales, las expectativas de resultado y las metas cognitivas. La motivación está regulada por la expectativa de que una determinada acción o comportamiento producirá ciertos resultados y esto tendrá un valor para la personal.

Olivas en el 2016 establece que las creencias de las personas por si mismas pueden desarrollarse mediante cuatro formas que se presentan por orden de importancia:

a) *Experiencias de dominio*: aportan la prueba de si uno puede reunir o no lo que se requiere para lograr los objetivos. La autoeficacia se formará de acuerdo con el vencimiento de obstáculos para lograr las metas, también plantea que si las personas sólo experimentan éxitos fáciles llegan a esperar resultados inmediatos y se desalientan fácilmente de los fracasos.

b) *Experiencias vicarias*: menciona que por medio de la observación a otras personas en su superación ante situaciones complejas se fortalecen las creencias de la autoeficacia. Pues el hecho de observar el éxito eleva la creencia y creen en que ellos también poseen las cualidades o competencias necesarias para la superación. Aunque también puede tener su apartado negativo ya que si observan a otras personas fracasar también provoca una expectativa de fracaso.

c) *Persuasión social*: las personas que son persuadidos verbalmente de forma positivo movilizan mayores esfuerzos, es una forma de

persuadir a la persona a desarrollarse por medio de la palabra creer en sus capacidades para alcanzar los resultados.

d) *Estados psicológicos y emocionales*: no es la intensidad de las reacciones emocionales y físicas, sino más bien de cómo son percibidos e interpretados. Las personas con una alta autoeficacia son capaces de controlar aquellas reacciones fisiológicas, las emociones tanto positivas y negativas determinan el comportamiento de las personas y su forma de afrontar los problemas.

La autoeficacia ha sido un predictor altamente eficaz de motivación y comprensión de la conducta humana ante incomparables cambios sociales a nivel mundial. Se afirma que los diferentes cambios sociales han influido en que las personas adopten nuevos patrones de comportamiento que a la vez garantice un avance en su forma de actuar ante diferentes tipos de problemas y situaciones adversas que ocurran, su eficacia influirá demasiado en su forma de percibir y por lo tanto actuar en cualquier ambiente estresante.

Los individuos con niveles altos en su autoeficacia demuestran mayor constancia y perseverancia, ocupándose en tareas complejas, aquello determina una mayor motivación intrínseca que los invita a realizar o crear nuevas actividades, los retos propuestos son más intensos y a la vez se mantienen firmes para plantear situaciones a futuro promoviendo su bienestar, en cambio las personas con autoeficacia bajo dudan de sus capacidades, tienen bajas aspiraciones y escaso compromiso con los objetivos que deseen llevar, cuando se enfrentan con tareas complejas hacen énfasis a las deficiencias que suponen tener disminuyen sus esfuerzos rápidamente, interpretan sus fracasos como algo personal, cuestionándose y recriminándose, son individuos que piensan que los objetivos están fuera de su alcance (Bandura, 1999).

Al adoptar mecanismos reguladores de la conducta en las personas permiten obtener resultados funcionales, repercutiendo en mayor confianza de sus aptitudes y haciendo buen uso de las capacidades que caracterizan a la persona (Bandura, 1977). Además, es la capacidad de predicción de la autoeficacia aumenta cuando existe una correspondencia entre los juicios de eficacia y los

resultados.

De esta forma la autoeficacia debe ser consistente y estar adaptada a los resultados de actuación con los que se compara, las capacidades valoradas y verificadas deben estar emparejadas, las habilidades requeridas para realizar la tarea deben ser claras para el sujeto y cuando la tarea es desconocida la evaluación de la autoeficacia con medidas generalizadas conlleva una pérdida de poder predictivo. La autoeficacia muestra cómo es que personas con el mismo nivel de habilidad y conocimiento presentan conductas y/o resultados diferentes, por ejemplo en los estudiantes, cuando estos confían en sus capacidades se sienten más motivados para alcanzar sus metas (Ornelas, Blanco, Viciano y Rodríguez, 2015).

3.2. Tipos de Autoeficacia

La autoeficacia ha sido estudiada desde dos perspectivas: Schwarzer y Jerusalem (1995) citado en (Padilla, Acosta, Guevara, Gómez y González, 2006) propusieron el término de *Autoeficacia General (AG)* como primer perspectiva y la definen como la confianza global que tiene la persona sobre su capacidad para enfrentarse a un amplio rango de situaciones nuevas o estresantes. Asimismo, por su parte Sanjuán, Pérez y Bermúdez (2000) hace referencia a la creencia estable que hace un individuo sobre su capacidad para manejar adecuadamente una amplia gama de estresores de la vida cotidiana con respecto a esta última definición es la que se aborda en el presente estudio.

Por otra parte, la *Autoeficacia Específica*, definida como la creencia sobre el nivel de sensación de competencia total de la persona que la habilita para enfrentar nuevas tareas y hacer frente a una gran variedad de situaciones difíciles. En el trabajo propuesto se hace énfasis en la AG y la relación y efecto de las CT en los estudiantes en el área de la salud por lo que se revisan algunos estudios de las variables.

3.3. Relación de la Autoeficacia General y Competencias Transversales

Los estudios que se realizan en relación entre las variables han sido pocos, la propuesta de conocer su relación es con sentido de poder desarrollar a mejores

profesionales en un futuro que constantemente es cambiante y que atiendan las necesidades en el sector salud. Tener un nivel de autoeficacia alta favorecerá a conocer la percepción que tiene el estudiante en el área de la salud sobre sus propias capacidades para llevar a cabo todas las tareas necesarias para el logro de metas y objetivos profesionales.

Diversos estudios mencionan a las competencias como parte esencial de la vida la Autoeficacia General Percibida (AGP), es en gran medida un rol mediador que influye directa o indirectamente en el comportamiento humano donde representa un potencializador para intervenir y/o desarrollar a las CT. A continuación, se presentan algunos estudios de la relación que tienen ambas variables.

En una investigación se muestra que trabajan con la AG y algunas CT. Se divide en dos momentos y en un primer estudio se comprueba que una alta autoeficacia se correlaciona en un 29% con las competencias interpersonales que los empleados mostraban. La CT fueron el compromiso ético que tenían con la organización en donde los empleadores laboraban, otra competencia es el trabajo en equipo y describen a la creencia de eficacia colectiva como una acción social que repercute en medida en que las personas están dispuestas a compartir y colaborar con otros lo que corroboran que los equipos de trabajo consiguen sus objetivos en función de la creencia compartida por sus miembros de que sus grupos son eficaces. La siguiente competencia tiene que ver con la comunicación efectiva, acentúa que la autoeficacia y la comunicación aumentaba al generar lugares para practicar la competencia y la importancia de comunicarse efectivamente tiene resultados para ejecutar acciones. Para el manejo de conflictos mencionan que las creencias de AG son una influencia positiva en la forma en que las personas manejan los conflictos (Pasian y García, 2016).

Otro estudio plantea como objetivo la relación de la autoeficacia y la percepción del uso de competencias que tienen que ver las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) en la educación por parte del profesorado en formación. Sostienen que la autoeficacia en las TIC se convierte en un predictor y es importante para desarrollar en las competencias, el estudio se realizó con 331

estudiantes del Máster Universitario de Profesorado en Educación Secundaria de la Universidad de Valencia, pertenecientes a 11 especialidades diferentes y utilizaron instrumentos como Protocolo Innova tic (2009) que recoge información sobre diversos apartados relativos a las TIC y autoeficacia. Los resultados demuestran que un nivel alto en la AG sugiere que los docentes se sienten capacitados en el dominio de las TIC y describen que las creencias que tengan de sí mismos influirán en el dominio de las competencias. Como conclusión mencionan que debe ser puntualizado en los planes de estudio la formación inicial del profesorado para la enseñanza y desarrollo de competencias lo cual demuestra la existencia de una relación de la autoeficacia con competencias (Almerich, Orellana, y Díaz, 2015).

Díaz et al (2003) en su estudio propuso como objetivo explorar la actitud y la autoeficacia para la búsqueda de empleo (CT: búsqueda de información) en el apartado de autoeficacia resalta que las personas con una actitud positiva (creencia de poder encontrar un trabajo) hacia la búsqueda de empleo aumentan su autoeficacia después de la orientación, mientras que los usuarios con baja actitud positiva previa no aumentan su autoeficacia. El estudio se realizó con una muestra de 145 personas tituladas desempleadas, el instrumento que aplicaron fue el cuestionario de "Actitudes hacia la Búsqueda de Empleo" compuesto por dos tiempos en el cual incluían en uno a la autoeficacia. Elegir un empleo requiere de diferentes competencias como la toma de decisiones, evaluar resultados y la autoeficacia facilita la inserción laboral de los buscadores de empleo porque favorece la motivación de las personas para llevar a la práctica los conocimientos adquiridos y a la búsqueda. En conclusión, se enfatiza que existe una relación de las CT con la autoeficacia, en donde si se tiene un nivel considerable de la misma dará paso a realizar las competencias. La relación de la autoeficacia con la búsqueda de empleo puede resultar positiva o negativa ya que puede traducirse como un fracaso o insatisfacción provocando la aparición del desempleo en los jóvenes con consecuencias en la autoestima, bienestar psicológico, relaciones familiares, actitudes o intereses.

García (2014) en su artículo propuso como objetivo analizar el papel de las habilidades personales como las actitudes y autoeficacia en relación con el uso

de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC). El estudio se realizó con 200 maestros y los instrumentos que se utilizaron fueron “Escala de autoeficacia hacia el ordenador” “Escala de Actitudes hacia el ordenador” junto con cuestionarios demográficos. Al considerar su relación con el uso de las TIC se observa que éstas se utilizan en la práctica educativa cuando el maestro tiene la competencia, confianza y motivación para su implementación. Se retoma que las creencias de autoeficacia del maestro hacia el uso del ordenador aparecen entonces fuertemente correlacionadas con la disposición de adoptar nuevas prácticas y metodologías en el aula. También menciona que en un metaanálisis de 29 estudios en los últimos 25 años se puede observar que la autoeficacia se ha visto relacionada con la formación y transferencia de conocimientos. Y como conclusión mencionan que la autoeficacia es predictora del comportamiento humano y por lo tanto entre mayor autoeficacia mayor es la actitud positiva hacia el uso de las TIC.

La autoeficacia no solo es un proceso cognitivo que se queda en la literatura, sino que también está involucrado en diferentes contextos, la relación que ha tenido con las competencias hace, que se le dé la importancia de conocer si los estudiantes de pregrado del área de la salud cuentan con ello ya que de no ser así tendrían que modificar las creencias de sí mismos para lograr metas que se han propuesto como estudiantes y a corto plazo como profesionales de la salud.

JUSTIFICACIÓN.

En diversos países del mundo, de Europa y América la formación por competencias en la educación superior cobra cada vez más relevancia. Las Universidades tienen como función principal preparar profesionales competentes que resuelvan las demandas sociales y emergentes de sus países generando en ellos conocimiento nuevo, competencias, destrezas y habilidades que les permitan desempeñarse eficazmente tanto en lo individual, grupal como colectivo (Leyva, Ganga, Tejada, y Hernández, 2015).

Ahora bien, un aspecto psicológico relevante en el ámbito académico y en el desarrollo de conocimientos, competencias y habilidades de los estudiantes es la autoeficacia. De acuerdo con estudios, se ha evidenciado que el buen desempeño académico no puede ser garantizado sólo por los conocimientos y habilidades de los individuos, también llamadas competencias específicas. Pues las creencias de eficacia pueden determinar un desempeño diferente en dos personas con el mismo grado de habilidad. Esto se debe a que el éxito académico demanda procesos reguladores como la autoevaluación, el automonitoreo y el uso de estrategias metacognitivas de aprendizaje, procesos que son influidos positivamente por un alto grado de creencia en la propia capacidad o autoeficacia por lo que se ha observado que los alumnos con una autoeficacia alta tienden a cumplir sus metas de trabajo y de aprendizaje, percibiéndose con ello más eficaces, competentes y preparados para enfrentar las demandas ante diferentes situaciones (García, Escorcía, y Perez, 2017).

Si bien se ha identificado una relación positiva entre estas variables, aunque aún es poca la evidencia sobre la relación entre la autoeficacia y el empleo de competencias transversales existen estudios que comprueban su relación. Esto debido a que tal vez la mayoría de los planes de estudio de las universidades se ha priorizado de forma explícita en la formación de conocimientos específicos propios de cada disciplina y se ha “*obviado*” la enseñanza de las competencias transversales, importantes tanto para lo profesional como para lo personal a lo largo de la vida y que en estos planes no se encuentra la enseñanza de tener autoeficacia.

Ante esta situación, la presente investigación se enfocó en estudiar la relación y efecto entre las AGP y la CT en estudiantes de recién ingreso a cuatro carreras del área de la salud (Cirujano Dentista, Enfermería, Medicina, y Psicología) de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM para tener un panorama acerca de lo importante que es el conocimiento de variables que fortalecen a los estudiantes de pregrado del área de la salud y así enfatizar la importancia de estrategias pertinentes para el fortalecimiento de ellos.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

A lo largo de los años se han ido adecuando las estrategias de enseñanza y aprendizaje en el nivel superior, con el fin de preparar mejor a los estudiantes a enfrentarse a la vida laboral después del sistema escolarizado y así cubrir las demandas que requieren los empleadores en busca de profesionales altamente competentes en mejora de resultados. Pero no basta con ello, sino que también depende del propio alumno la adquisición del aprendizaje y demostrar las competencias en las que se esté preparando para cubrir sus deberes como profesional de la salud, aunque esto resulte en muchas ocasiones grandes dificultades. Es por eso por lo que, se debe apoyar al estudiante en el fortalecimiento de competencias transversales, pero, depende del mismo tener aspectos cognitivos como la autoeficacia para ser un profesional altamente preparado.

Por otra parte, en México la educación a comparación con otros países atraviesa por problemas de mayor relevancia como la fuerte disciplina tradicional centrado solo en la teoría, la falta de innovación y flexibilidad en los procesos de enseñanza, lo que afecta el desarrollo y adquisición de competencias transversales en el estudiante. En la etapa universitaria solo se percibe planes de estudio que asume el desarrollo de competencias que tienen que ver con la identidad de la carrera que se estudia y no con aquellas que son transferibles y comunes en cualquier área ni mucho menos se enseña a tener una creencia propia acerca de las capacidades para llegar efectivamente a diversas situaciones. La motivación o la creencia que el estudiante de pregrado tenga de sí mismo tendrá mucho que ver en el desarrollo de competencias como tomar

decisiones, resolver problemas, comunicarse y trabajar en equipo.

García y sus colaboradores (2010) describen que los alumnos con una autoeficacia alta tienden a cumplir metas de trabajo y en la parte contraria los alumnos que tienen menor autoeficacia no cumplen esas metas lo que puede provocar en alumno la experiencia de fracaso y presentar emociones negativas afectando al individuo no solo en la parte escolar si no también las situaciones cotidianas o personales.

Es por eso por lo que surge la investigación actual con la siguiente pregunta de investigación.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.

¿Existe efecto de los niveles Autoeficacia General en el uso de las Competencias Transversales (Resolución de Problemas, Toma de Decisiones, Comunicación Interpersonal y Trabajo en Equipo) en estudiantes de pregrado en el área de la salud de la FES Zaragoza?

OBJETIVOS.

General.

Determinar el efecto de los niveles de Autoeficacia General en el uso de las Competencias Transversales (Resolución de Problemas, Toma de Decisiones, Comunicación Interpersonal y Trabajo en Equipo) de estudiantes de pregrado del área de la salud de la FES Zaragoza.

Específicos.

1. Comparar las variables sociodemográficas y escolares en estudiantes de pregrado del área de la salud de la FES Zaragoza.
2. Evaluar y comparar la AGP en estudiantes de pregrado del área de la salud de la FES Zaragoza.
3. Evaluar y comparar las CT en estudiantes de pregrado del área de la salud de la FES Zaragoza.

4. Evaluar la relación entre la AGP y las CT en estudiantes de pregrado del área de la salud de la FES Zaragoza.
5. Evaluar el efecto de los niveles de AGP y el uso de las CT en estudiantes de pregrado del área de la salud de la FES Zaragoza.

VARIABLES

Autoeficacia General Percibida

Teórica: hace referencia a la creencia estable que tiene un individuo sobre su capacidad para manejar adecuadamente una amplia gama de situaciones de la vida cotidiana y profesional (Padilla, Acosta, Guevara, Gómez, y González, 2006).

Operacional: Puntaje obtenido en la Escala de Autoeficacia General Percibida (Padilla, Acosta, Guevara, Gómez, y González, 2006).

Competencia transversal

Teórica: son aquellas que todo profesional suele utilizar en contextos diversos basados en la integración y aplicación de conocimientos, normas, técnicas, procedimientos, habilidades, destrezas, actitudes y valores tales como la comunicación, la solución de problemas, la toma de decisiones y el trabajo en equipo, entre otras (Villa, y Poblete, 2007).

Operacional: Puntaje obtenido en la Escala de Evaluación de Competencias Transversales (Jimenez y Ramos, 2016).

Resolución de problemas.

Teórica: competencia que sirve para identificar, analizar y definir los elementos significativos que constituyen un problema para resolverlos con criterio y de forma efectiva (Villa y Poblete, 2007).

Toma de decisiones.

Teórica: es la capacidad de elegir la mejor alternativa para actuar, siguiendo un proceso sistémico y responsabilizándose del alcance y consecuencias de la opción tomado (Villa y Poblete, 2007).

Comunicación interpersonal.

Teórica: capacidad de relacionarse positivamente con otras personas a través de una escucha empática y a través de la expresión clara y asertiva de lo que se piensa y/o siente, por medios verbales y no-verbales (Villa y Poblete, 2007).

Trabajo en equipo

Teórica: capacidad de integrarse y colaborar de forma activa en la consecución de objetivos comunes con otras personas, áreas y organizaciones (Villa y Poblete, 2007).

MÉTODO

Diseño.

Estudio correlacional de tipo transversal no experimental.

Participantes.

Participo una muestra intencional y voluntaria de 567 estudiantes de pregrado del área de la salud de la Facultad de Estudios Superiores de Zaragoza, de los cuales se excluyeron 64 por no cumplir con los criterios de inclusión los 503 restantes correspondieron a cuatro grupos:

- a) Grupo1 (G1) Enfermería: 147 estudiantes.
- b) Grupo 2 (G2) Cirujano Dentista: 122 estudiantes.
- c) Grupo 3 (G3) Médico Cirujano: 111 estudiantes.
- d) Grupo 4 (G4) Psicología: 123 estudiantes.

Criterios de inclusión

1. Estudiantes de primer año de las carreras de enfermería, cirujano dentista y medicina.
2. Estudiantes de primer semestre de la carrera de psicología

Criterios de exclusión.

1. Estudiantes recursadores.
2. Estudiantes en rezago académico.
3. Dejar incompleto los instrumentos de evaluación.

Escenario

El estudio se llevó a cabo en la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza en las aulas de cada grupo con consentimiento del profesor titular de cada materia en ambos turnos.

Instrumentos

Los instrumentos que fueron utilizados para identificar y evaluar a los participantes fueron integrados en un Cuadernillo de Aplicación y dividido en dos

apartados (ver Anexo 1) mismos que se describen a continuación:

I. Información sociodemográfica y escolar: en este apartado se recolecto información como la edad, sexo, escuela de procedencia.

- *Ficha de Identificación*, la cual comprende información de los participantes acerca de datos sociodemográficos y escolares.
- *Consentimiento Informado*, documento a través del cual se garantizó que el estudiante o participante expresara voluntariamente su intención de participar en la investigación, después de haber comprendido la información que se le ha dado, acerca de los objetivos del estudio, los beneficios y la posibilidad de participar en un taller enfocado en el desarrollo de competencias transversales.

II. Escalas: con las cuales se midieron las variables de estudio, Autoeficacia General Percibida y Competencias Transversales:

- *Escala o Cuestionario de Evaluación de Competencias Transversales (ECCT)* (Jiménez y Ramos, 2018)¹, consta de 18 ítems y una escala tipo likert que va de 1 a 4 donde 1= Nunca, 2= A veces, 3= Generalmente, y 4= Siempre; posee un puntaje máximo de 72 puntos, y un alfa de 0.87. Evalúa cuatro competencias transversales las cuales se dividen en cuatro factores:

a) **Factor 1:** Elección de Alternativas y Solución de Problemas con 7 ítems y un $\alpha=0.83$; Total de 28 puntos.

1. *Resolución de Problemas*

2. *Toma de Decisiones:*

b) **Factor 2:** Escucha y Comprensión en la Comunicación Interpersonal con 4 ítems y un $\alpha=0.77$; Total de 16 puntos.

c) **Factor 3:** Expresión en la Comunicación Interpersonal con 4 ítems y un $\alpha=0.73$; Total de 16 puntos.

3. *Comunicación Interpersonal:*

d) **Factor 4:** Trabajo en Equipo con 3 ítems y un $\alpha=0.71$; Total de 12 puntos.

4. *Trabajo en Equipo*

¹ Instrumento diseñado y validado dentro del proyecto PAPIME PE307317.

- *Escala de Autoeficacia General* (Padilla, Acosta, Guevara, Gómez J. y González, 2006) la original es de Baessler y Schwarzer de 1996. Esta contiene reactivos sobre la confianza global de la persona para enfrentarse a un amplio rango de situaciones, consta de 10 ítems tipo likert por con un alfa de Cronbach de 0.94 en población mexicana con un formato de respuesta de 1 a 4 puntos donde 1= Incorrecto, 2= Apenas cierto, 3= Más bien cierto, 4= Cierto, con un puntaje total de 40 puntos. Esta escala se ajustó de manera estadística para obtener los puntos de corte para determinar los Niveles de AGP, quedando de la siguiente manera:
 - a) Autoeficacia General Baja (AGB):1-29 puntos.
 - b) Autoeficacia General Media (AGM): 30 a 34 puntos.
 - c) Autoeficacia General Alta (AGA): 35 a 40 puntos.
- *Ficha de Identificación*, la cual comprende información de los participantes acerca de datos sociodemográficos y escolares.
- *Consentimiento Informado*, documento a través del cual se garantizó que el estudiante o participante expresara voluntariamente su intención de participar en la investigación, después de haber comprendido la información que se le ha dado, acerca de los objetivos del estudio, los beneficios y la posibilidad de participar en un taller enfocado en el desarrollo de competencias transversales.

Procedimiento.

Para llevar a cabo esta investigación se contactó a los jefes de cada una de las carreras del área de la salud de la FES-Zaragoza, UNAM: Enfermería, Cirujano Dentista, Médico Cirujano y Psicología, todas ellas ubicadas en el Campus 1 de Facultad. A cada uno de ellos se les solicitó su apoyo para evaluar las competencias transversales y la autoeficacia general percibida. Esto como parte de las actividades del Proyecto PAPIME PE307317.

Una vez que los jefes de Carrera aceptaron, se seleccionó por conveniencia a los profesores titulares que dieron las facilidades para llevar a cabo la aplicación de los cuestionarios. La cual se realizó de forma grupal en un tiempo no mayor a 30 minutos, en el cual el investigador explicó a los estudiantes el objetivo del

estudio, y dio las instrucciones para que los alumnos respondieran los cuestionarios. Todo ello previa firma de un consentimiento informado. Al finalizar cada participante, el investigador revisaba el cuadernillo, verificando no faltara algún dato del estudiante, además de aclarar sus dudas.

Consideraciones Éticas.

Se aplicó el procedimiento del Consentimiento Informado mediante el cual se garantizó que el participante expresaba voluntariamente su intención de participar en la investigación, después de haber comprendido la información que se le había dado, acerca de los objetivos del estudio y de que su participación era libre y voluntaria (ver Anexo).

RESULTADOS

Los resultados del análisis de los datos se presentan en el siguiente orden: a) Comparación de información sociodemográfica y escolar, b) Comparación de la AGP y las CT de los grupos de estudio, c) Coeficiente de relación de Pearson y d) Análisis de varianza factorial (ANOVA) los cuales se llevaron a cabo con el SPSS versión 22.

a) Comparación de información sociodemográfica y escolar.

Los resultados sociodemográficos y escolares en la Tabla 2, muestran las características del total de participantes en el estudio, donde el promedio de edad de las cuatro carreras fue de 18.9 años (DE 1.72); el 69.4% eran mujeres; en cuanto a la escuela de procedencia la mayoría provenía del Colegio de Ciencias y Humanidades (CCH) de la UNAM con un 42.9%; el promedio escolar de ingreso a la licenciatura fue de 8.43; 71.6% eran del turno matutino; y el 97.4% reportó estudiar solo una carrera. Cabe destacar que al comparar los grupos de manera particular se observó que el G3 reportó tener el mayor promedio escolar (9.08) en comparación con las otras carreras. Mientras que en el resto de las variables no se observaron diferencias importantes.

Tabla 2

Descripción escolar y sociodemográfica de la muestra total y por grupos.

Variables	Muestra total	G1	G2	G3	G4
	N=503 % (N)	n=147 % (n)	n=122 % (n)	n=111 % (n)	n=123 % (n)
Edad					
\bar{X} = (DE)]	18.9 (1.72)	18.86 (2.30)	19.08 (1.56)	19.00 (1.31)	18.72 (1.36)
Sexo					
Hombre	30.6% (154)	34% (50)	27 (22.1%)	35 (31.5%)	34.1% (42)
Mujer	69.4% (349) *	66% (97)	95 (77.9%)	76 (68.5%)	65.9% (81)
Esc. de Proc.					
CCH UNAM	42.9% (216) *	40.1% (59)	45 (36.9%)	54 (48.6%)	47.2% (58)
ENP UNAM	37.0% (186)	7% (1)	38 (31.1%)	43 (38.7%)	37.4% (46)
Esc. In UNAM	1.2% (6)	1 (.7%)	3 (2.5%)	2 (1.8%)	0% (0)
Otras	18.5% (93)	18.4% (27)	36 (39.5%)	11 (9.9%)	15.4% (19)
Promedio Bach.	8.43	8.36	8.24	9.08*	8.13

Tabla 2

Descripción escolar y sociodemográfica de la muestra total y por grupos.

	Muestra total	G1	G2	G3	G4
	N=503	n=147	n=122	n=111	n=123
Variables	% (N)	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)
Turno					
Matutino	71.6% (360) *	68% (100)	93 (76.2%)	98 (88.3%)	56.1% (69)
Vespertino	25.4% (128)	31.3% (46)	29 (23.8%)	3 (2.7%)	40.7% (50)
Mixto	14 (2.8%)	1 (.7%)	0 (0%)	9 (8.1%)	3.3% (4)
Segunda carrera					
Si	24% (12)	2.7% (4)	2.5% (3)	1.8% (2)	2.4% (3)
No	97.4% (490) *	97.3% (143)	97.5% (119)	97.3% (108)	97.6% (120)

Nota. G1=Cirujano Dentista; G2= Enfermería; G3=Médico Cirujano; G4=Psicología; M=media; SD (DE)Desviación estándar; Esc. de Proc= Escuela de procedencia; CCH UNAM= Colegio de Ciencias y Humanidades de la Universidad Nacional Autónoma de México; ENP UNAM: Escuela Nacional Preparatoria de la Universidad Nacional Autónoma de México; Es IN UNAM= Escuela incorporada a la Universidad Nacional Autónoma de México; Promedio Bach=Promedio final del Bachillerato.

b) **Comparación de la AGP y las CT entre los grupos de estudio**

En la Tabla 3 se presentan los resultados de las medias de los instrumentos de Autoeficacia General y el de las subescalas de la Escala de Evaluación de Competencias Transversales por carrera. Demostrando que el G1 tiene la mayor Autoeficacia General percibida con una media de 32.73.

El G2 cuenta con una media de 9.72 en el TE siendo la carrera que más frecuencia tiene en el uso de esta competencia y en segundo lugar el G1 con una media de 9.55. En la Competencia de Resolución de Problema y Toma de decisiones el G3 tiene mayor frecuencia con una media de 21.75. En el factor de Escucha y Comprensión en la Comunicación Interpersonal el G2 con 13.33 siendo la que más la usa y por último el G1 ocupa con mayor frecuencia la Expresión en la Comunicación Interpersonal con una media de 12.48. Siendo las carreras de Cirujano Dentista y Enfermería las que más utilizan las CT y AGP. La carrera que menor autoeficacia percibida es Psicología con una media de 31.23, lo mismo pasa con TE con 9.36 quedando debajo de las demás carreras, pero son segundo lugar en la utilizar la competencia de Escuchar y Comprender la Comunicación con 13.21.

Tabla 3.

Comparación de medias AGP y CT para las pruebas

	G1 n=147 \bar{X} (DE)	G2 n=122 \bar{X} (DE)	G3 n=111 \bar{X} (DE)	G4 n=123 \bar{X} (DE)
AG	32.73 (4.46)	32.00 (3.91)	32.48 (4.06)	31.23 (4.78)
CT:				
• TE	9.55 (1.74)	9.72 (1.64)	9.26 (1.96)	9.36 (1.79)
• RPTD	21.63 (3.31)	20.78 (3.26)	21.75 (3.48)	20.78 (3.26)
• EyCCI	12.78 (2.27)	13.33 (2.09)	12.79 (2.25)	13.21 (2.05)
• ECI	12.48 (2.16)	12.10 (2.22)	11.80 (2.29)	11.96 (2.41)

Nota. AG= Autoeficacia General: G1= Cirujano Dentista: G2= Enfermería: G3= Médico Cirujano: G4= Psicología; TE= Trabajo en equipo: RPTD=Elección de alternativas y Solución de Problemas: Escucha y Comprensión de la Comunicación Interpersonal: ECI=Expresión en la Comunicación Interpersonal.

c) Coeficiente de correlación de Pearson

En la Tabla 4 se muestra la información referida al coeficiente de correlación de Pearson con un valor de .488** entre la AG y ECCT lo que da como resultado una relación directamente proporcional en donde si aumenta una variable la segunda también lo hace.

Tabla 4.

Correlación de Pearson de la muestra total de Autoeficacia General y Escala de Evaluación de Competencias Transversales.

	Autoeficacia General	EECT
Autoeficacia General	1	.488**
EECT	.488**	1

** . La correlación es significativa en el nivel 0.01 (2 colas).

Nota. EECT= Escala de Evaluación de Competencias Transversales.

En la Tabla 5 se observa un coeficiente de correlación de Pearson de AG y cada una de las subescalas del EECT en donde la AG tiene una relación significativa positiva de .560** de RPTD, tiene una relación débil con EyCCI de .173**. Las subescalas tienen relación significativa entre sí, TE se relaciona con EyCCI con .517** significativamente moderado, la RPTD tiene una relación más fuerte con ECI con un .540**. Con la tiene una relación débil es con EyCCI con un .173**

Tabla 5.

Correlación de Pearson muestra total.

Variables	AG	TE	RPTD	EyCCI	ECI
------------------	-----------	-----------	-------------	--------------	------------

AG		1	.220**	.560**	.173*	.412**
CT:						
• TE		1	.350**	.517**	.443**	
• RPTD			1	.371**	.540**	
• EyCCI				1	.415**	
• ECI					1	

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas).

* . La correlación es significativa en el nivel 0,05 (2 colas).

Nota. AG= Autoeficacia General: TE= Trabajo en equipo: RPTD=Elección de alternativas y Solución de Problemas: EyCCI=Escucha y Comprensión de la Comunicación Interpersonal: ECI=Expresión en la Comunicación Interpersonal.

A continuación, se presenta en la Tabla 6 la correlación de Pearson de AG con los 4 factores de la ECCT en la carrera de Cirujano Dentista tiene una relación directamente proporcional con RPTD de .556** seguida de ECI con .402 y tiene una relación débil con TE con un .160.

Tabla 6.

Correlación de Pearson de la carrera Cirujano Dentista.

Variables	AG	TE	RPTD	EyCCI	ECI
AG	1	.160	.556**	.193*	.402**
CT:					
• TE		1	.300**	.539**	.270**
• RPTD			1	.417**	.535**
• EyCCI				1	.328**
• ECI					1

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas).

* . La correlación es significativa en el nivel 0,05 (2 colas).

Nota. Nota. AG= Autoeficacia General: TE= Trabajo en equipo: RPTD=Elección de alternativas y Solución de Problemas: EyCCI=Escucha y Comprensión de la Comunicación Interpersonal: ECI=Expresión en la Comunicación Interpersonal.

En la Tabla 7 la correlación es directamente proporcional de la AGP en la carrera de Enfermería es con la RPTD con un.426** y la ECI con .412** . Demostrando que la autoeficacia tiende a relacionarse más con éstas dos variables y es débil con EyCCI con .122

Tabla 7.
Correlación de Pearson de la carrera Enfermería.

Variables	AG	TE	RPTD	EyCCI	ECI
AG	1	.180**	.426**	.122	.412**
CT					
• TE		1	.267**	.519**	.494**
• RPTD			1	.344**	.481**
• EyCCI				1	.457**
• ECI					1

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas).

* . La correlación es significativa en el nivel 0,05 (2 colas).

Nota. Nota. AG= Autoeficacia General: TE= Trabajo en equipo: RPTD=Elección de alternativas y Solución de Problemas: EyCCI=Escucha y Comprensión de la Comunicación Interpersonal: ECI=Expresión en la Comunicación Interpersonal.

La Tabla 8 se refiere a la carrera de Médico Cirujano la relación es directamente proporcional con un .616** en RPTD y .403** con ECI. Siendo la carrera que mayor relación tiene con la competencia y una relación es débil con EyCCI con .187**

Tabla 8.
Correlación de Pearson de la carrera Médico Cirujano

Variables	AG	TE	RPTD	EyCCI	ECI
AG	1	.201*	.616**	.187*	.403**
CT:					
• TE		1	.407**	.541**	.514**
• RPTD			1	.375**	.573**
• EyCCI				1	.416**
• ECI					1

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas).

* . La correlación es significativa en el nivel 0,05 (2 colas).

Nota. AG= Autoeficacia General: TE= Trabajo en equipo: RPTD=Elección de alternativas y Solución de Problemas: EyCCI=Escucha y Comprensión de la Comunicación Interpersonal: ECI=Expresión en la Comunicación Interpersonal.

En la siguiente Tabla 9 de la carrera de Psicología la relación más fuerte que tiene la AG es de .615** es nuevamente con la RPTD y con TE con 509** siendo la EyCCI la correlación débil con un .240**

En la siguiente Tabla 9 de la carrera de Psicología la relación más fuerte que tiene la AGP es de .615** es nuevamente con la RPTD y con TE con 509** siendo la EyCCI la correlación débil con un .240**

Tabla 9
Correlación de Pearson de la carrera Psicología.

VARIABLES	AG	TE	RPTD	EyCCI	ECI
AG	1	.342**	.615**	.240**	.429**
CT:					
1. TE		1	.468**	.471**	.509**
2. RPTD			1	.426**	.594**
3. EyCCI				1	.522**
4. ECI					1

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas).

* . La correlación es significativa en el nivel 0,05 (2 colas).

Nota. AG= Autoeficacia General; TE= Trabajo en equipo; RPTD=Elección de alternativas y Solución de Problemas; EyCCI=Escucha y Comprensión de la Comunicación Interpersonal; ECI=Expresión en la Comunicación Interpersonal.

d) Análisis de varianza factorial

En la Tabla 10 muestra los estadísticos descriptivos entre medias de la competencia RPTD y los niveles (bajo, medio, alto) de AGP. Se observa que el G1 cuenta con una media representativa de AGB (19.09) y el G3 con una media de (21.39 y24.59) en AGM y AGA.

Tabla 10
Medias de trabajo de Resolución de Problemas y Toma de Decisiones por carreras y niveles de Autoeficacia General Percibida.

Niveles	G1 n=147	G2 n=122	G3 n=111	G4 n=123
AGB (DE)	19.09 (2.50)	18.63 (3.02)	19.00 (3.05)	18.50(2.66)
AGM (DE)	20.78 (2.85)	21.30 (2.98)	21.39 (2.93)	20.63(2.49)
AGA (DE)	23.77 (2.77)	21.75 (3.13)	24.59 (2.47)	23.50(2.75)
Total (DE)	21.63 (3.31)	20.78 (3.26)	21.75 (3.48)	20.78(3.26)

G1= Cirujano Dentista; G2= Enfermería; G3= Médico Cirujano; G4= Psicología; AGB= Autoeficacia General Baja; AGM= Autoeficacia General Media; AGA=Autoeficacia General Alta.

Tabla 10

Medias de trabajo de Resolución de Problemas y Toma de Decisiones por carreras y niveles de Autoeficacia General Percibida.

Niveles	G1 n=147	G2 n=122	G3 n=111	G4 n=123
----------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------

La Tabla 11 es el resumen de ANOVA el valor R^2 (0.309) indica el 30.9% de la varianza de la variable dependiente RPTD. Los niveles críticos (Sig.) indican que RPTD definido por la variable Carrera son significativamente diferentes (Sig.= 0,029<0,05), mientras que RPTD de los grupos definidos por la variable Niveles de Autoeficacia (AGCat) también son significativamente diferentes (Sig.=0,000<0,05).

El efecto de la interacción entre Carrera y AGCat con el estadístico F correspondiente a este efecto lleva asociado un nivel crítico de 0,020 lo cual indica que la interacción posee un efecto significativo sobre RPTD.

Tabla 11.

Pruebas de efectos inter-sujeto Resolución de Problemas y Toma de Decisiones

Origen	Tipo III de suma de cuadrados	gl	Cuadrático promedio	F	Sig.
Modelo corregido	1741.340 ^a	11	15.304	19.98	.000
Interceptación	207859.731	1	207859.731	2623	.000
Carrera	72.357	3	24.119	3.044	.029
AGCat	1472.242	2	739.121	92.91	.000
Carrera*AGCat	120.037	6	736.121	2.525	.020
Error	3890.091	491	20.006		
Total	232693.00	503	7.923		
Total, Corregido	5631.431	502			

a.R al cuadrado=.309 (R al cuadrado ajustada=.294)

AGCat=Autoeficacia General Categorías:gl= Grados de libertad: F= Medias cuadráticas: Sig= Niveles Críticos.

En la figura (1) se muestra que los niveles de autoeficacia son significativamente diferentes con RPTD. Se anticipa que las diferencias de RPTD que se dan entre las distintas carreras no es el mismo en los niveles (bajo, medio y alto) de AG.

En el nivel AGA el G3 cuentan con mayor uso de RPTD y Psicología la tiene en menor proporción. En el nivel AGM G1 y G3 tienen similar AG y RPTD, G1 y G4 similares entre sí en ambas variables. Por último, el nivel AGA se observa grandes diferencias entre las carreras destacando el G3 que cuenta con mayor AG y RPTD. Se observa que la carrera y las categorías de la autoeficacia son significativas en el uso de la competencia RPTD

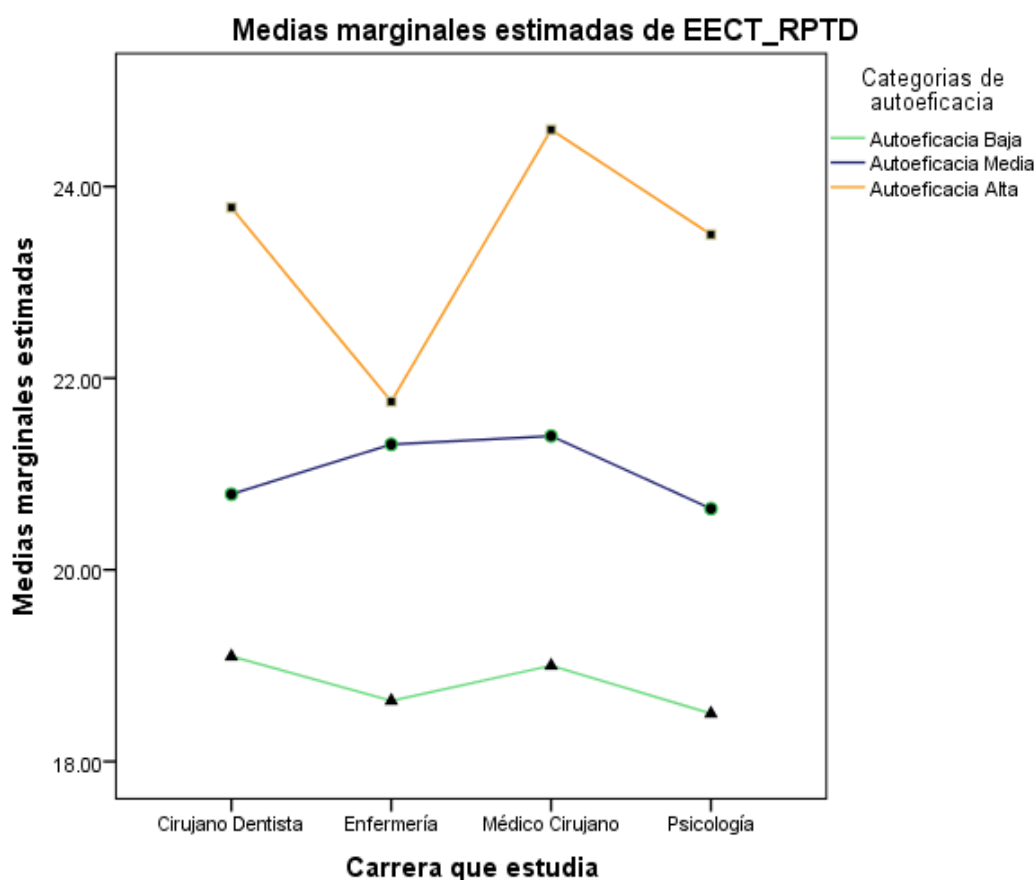


Figura 1. Medias de Niveles de Autoeficacia y RPTD en cuatro grupos.

En la Tabla 12 muestra los estadísticos descriptivos entre medias de la competencia EyCCI y los niveles (bajo, medio, alto) de AG. Se observa que la carrera con media representativa de AGB (12.80) y AGM (13.60) en el G2, pero en AGA (14.16) y es en G4 la de mayor valor.

Tabla 12.

Medias de trabajo en Escucha y Comprensión de Comunicación Interpersonal por carreras y los niveles de Autoeficacia General Percibida.

Niveles	G1 n=147	G2 n=122	G3 n=111	G4 n=123
AGB(DE)	11.64(2.65)	12.80(1.90)	12.26(2.14)	12.70(2.26)
AGM(DE)	12.78(1.79)	13.60(1.80)	12.83(2.10)	12.91(1.93)
AGA(DE)	13.37(2.58)	13.37(2.58)	13.15(2.56)	14.16(1.66)
Total (DE)	12.78(2.27)	13.33(2.09)	12.78(2.25)	13.21(2.05)

G1= Cirujano Dentista; G2= Enfermería; G3= Médico Cirujano; G4= Psicología; AGB= Autoeficacia General Baja; AGM= Autoeficacia General Media; AGA=Autoeficacia General Alta.

La Tabla 13 de ANOVA muestra el nivel crítico asociado al estadístico F($p=0,000<0,05$). El valor R^2 (0.68) indica que están explicando el 68% de la varianza de la variable dependiente EyCCI. Los niveles críticos (Sig.) indican que EyCCI definido por la variable Carrera son significativamente diferentes (Sig.= $0,025<0,05$), mientras que EyCCI los grupos definidos por la variable AGCat también significativamente diferentes (Sig.= $0,000<0,05$). El efecto de la interacción entre Carrera y AGCat con el estadístico F correspondiente a este efecto lleva asociado un nivel crítico de 0,320 lo cual indica que la interacción de Carrera-AGCat no posee un efecto significativo sobre EyCCI. Se observa que las diferencias de EyCCI que se dan entre las distintas carreras no es el mismo en los niveles (bajo, medio y alto) de AGP.

Tabla 13.

Pruebas de efectos inter-sujeto de Escucha y Comprensión de Comunicación Interpersonal.

Origen	Tipo III de suma de cuadrados	gl	Cuadrático promedio	F	Sig.
Modelo corregido	162.779 ^a	11	14.798	3.254	.000
Interceptación	78650.296	1	78650.296	17294.409	.000
Carrera	42.879	3	14.293	3.143	.025
AGCat	93.395	2	46.847	10.301	.000
Carrera*AGCat	31.966	6	5.328	1.172	.320
Error	2232.935	491	4.548		
Total	87715.000	503			
Total, Corregido		502			

a.R al cuadrado=0.68 (R al cuadrado ajustada=.047)

AGCat=Autoeficacia General Categorías;gl= Grados de libertad; F= Medias cuadráticas; Sig= Niveles Críticos.

En la figura (2) se muestra que mientras los niveles de autoeficacia cambian también lo hace la competencia EyCCI. En AGB el G1 cuenta con la media representativa y menor competencia. En AGM el G2 tiene la media representativa y la competencia con mayor uso, pero G1, G3 y G4 son similares en la AGM y en la competencia. En AGA el G1, G2 y G3 cuentan con AGA similar, pero se logra observar que la competencia es menor que con AGM. La carrera de Psicólogos demuestra mayor competencia incluso por encima de las medias representativas y mayor AGA. Se logra notar que existe diferencia significativa de la competencia determinada por la variable AGCat y carrera, pero no lo determina totalmente.

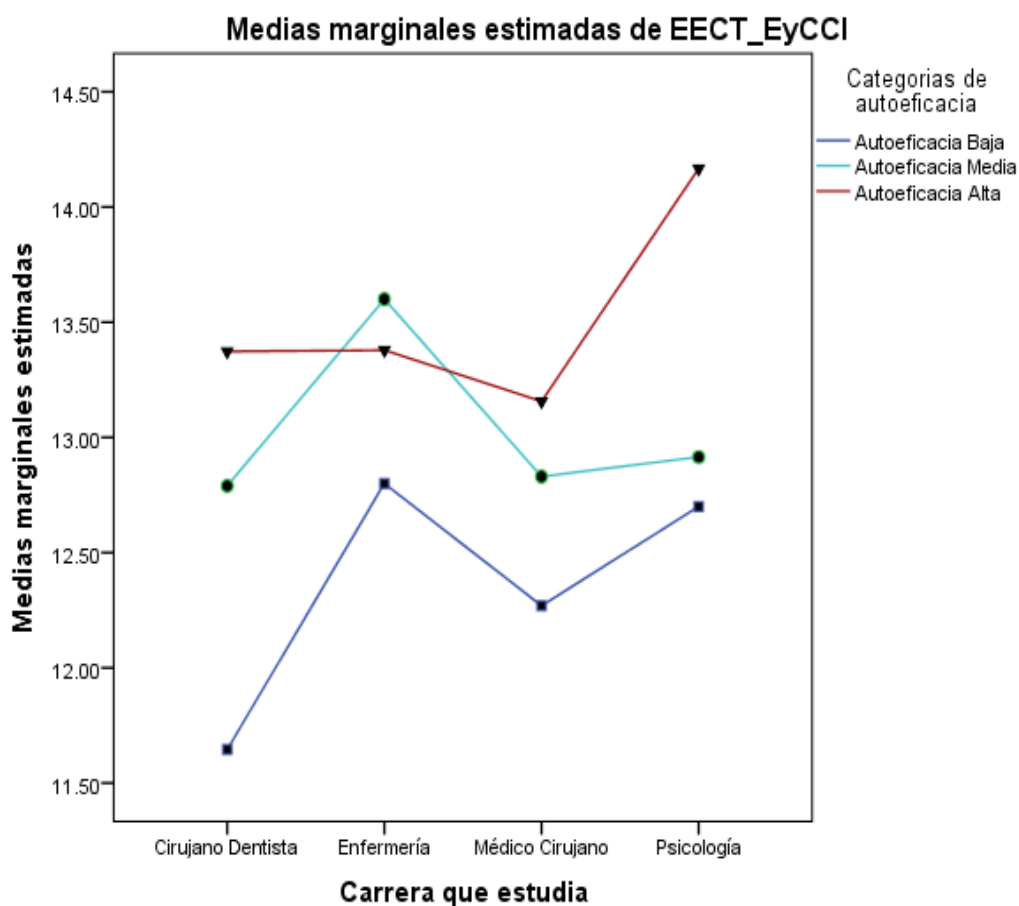


Figura 2. Medias de Niveles de Autoeficacia y EYCCI

La Tabla 14 muestra los estadísticos descriptivos entre medias de ECI y los niveles (bajo, medio, alto) de AG. Se observa el G1 tiene la media representativa de AGB (11.25) y AGM (12.15), pero en AGA es nuevamente la carrera de Psicología la de mayor valor (13.52).

Tabla 14.

Medias de trabajo en Expresión de la Comunicación Interpersonal por carreras y niveles de Autoeficacia General Percibida.

Niveles	G1 n=147	G2 n=122	G3 n=111	G4 n=123
AGB(DE)	11.25(1.93)	10.86(1.85)	10.65(2.27)	11.02(2.42)
AGM(DE)	12.15(2.15)	12.14(2.12)	11.69(1.87)	11.57(2.12)
AGA(DE)	13.44(1.87)	13.05(2.22)	12.90(2.50)	13.52(2.02)
Total (DE)	12.48(2.16)	12.10(2.22)	11.20(2.29)	11.96(2.41)

G1= Cirujano Dentista G2= Enfermería: G3= Médico Cirujano: G4= Psicología: AGB=Autoeficacia Baja: AGM= Autoeficacia Media: AGA=Autoeficacia.

La Tabla 15 de ANOVA muestra el valor R^2 (0.162) indica que están explicando el 16.2% de la varianza en la variable dependiente ECI. Los niveles críticos (Sig.) indican que ECI definido por la variable Carrera no son significativamente diferentes (Sig.= 0,295>0,05), mientras que EyCCI definidos por la variable AGCat son significativamente diferentes (Sig.=0,000<0,05). El efecto de la interacción entre Carrera y AGCat con el estadístico F correspondiente a este efecto lleva asociado un nivel crítico de 0,807 lo cual indica que la interacción de Carrera-AGCat no posee un efecto significativo sobre ECI. Se observa que las diferencias de ECI que se dan entre las distintas carreras no es el mismo en los niveles (bajo, medio y alto) de AGP

Tabla 15.

Pruebas de efectos inter-sujeto de Expresión de la Comunicación Interpersonal

Origen	Tipo III de suma de cuadrados	gl	Cuadrático promedio	F	Sig.
Modelo corregido	423.851 ^a	11	38.532	8.657	.000
Interceptación	676292.243	1	67629.243	15194.026	.000
Carrera	16.541	3	5.514	1.239	.295
AGCat	371.569	2	185.784	41.740	.000
Carrera*AGCat	13.410	6	2.23	.502	.807
Error	2185.461	491	4.451		
Total	76440.00	503			
Total, Corregido	2609.312	502			

En la figura (3) se observa que los niveles de autoeficacia cambian junto con ECI. En el nivel AGB y AGM el G1 tiene la media representativa de la competencia. Para el nivel AGA el G1 y G4 son los de mayores valores tiene en la competencia. Se nota una diferencia importante entre los niveles bajos y medias y altos de las categorías de Autoeficacia General.

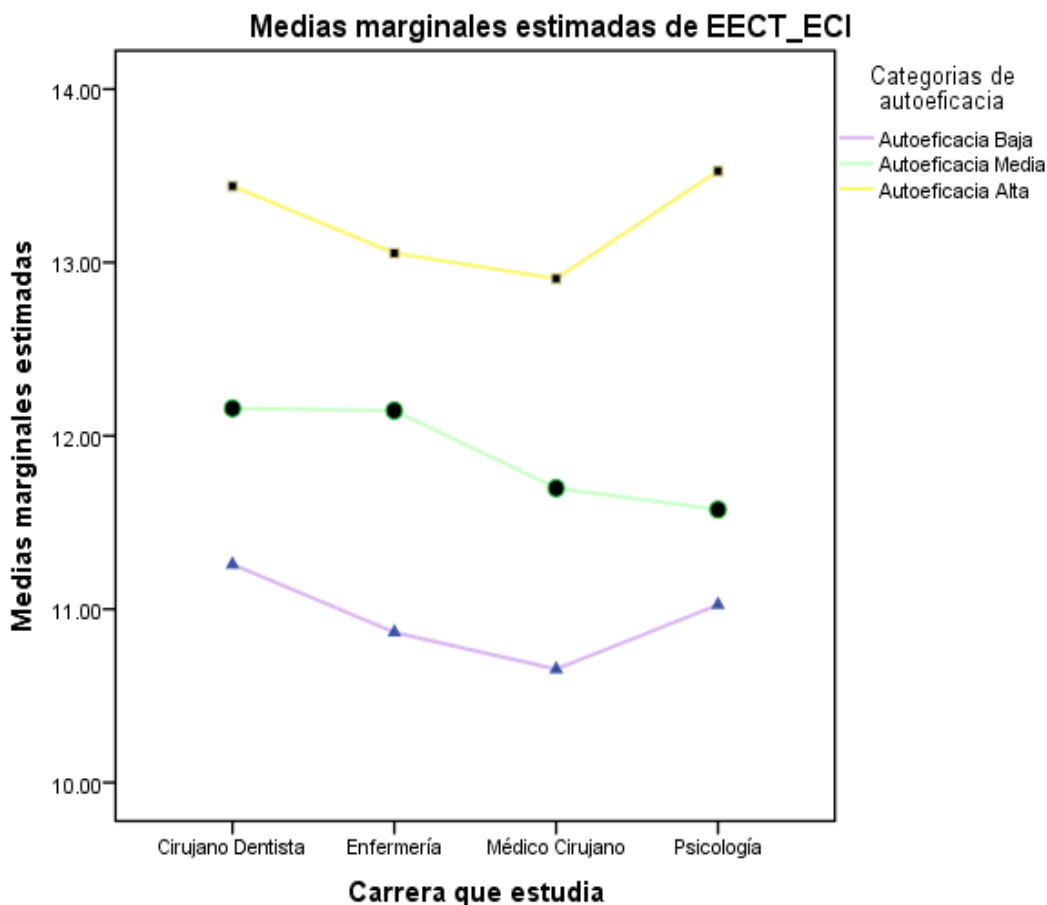


Figura 3. Medias de Niveles de Autoeficacia y ECI

En Tabla 16 de ANOVA muestra los estadísticos descriptivos entre medias del TE y los niveles de AG. Se observa que el G2 cuenta con 9.26 de AGB y 9.78 en AGM, el grupo con mayor AGA con un 10.08 el G4.

Tabla 16.

Medias de trabajo en Trabajo en Equipo por carreras y niveles de Autoeficacia General en Percibida.

Niveles	G1 n=147	G2 n=122	G3 n=111	G4 n=123
AGB(DE)	8.93(1.56)	9.26(1.63)	8.84(1.75)	8.88(1.69)

AGM(DE)	9.57(1.67)	9.78(1.60)	9.22(1.80)	9.48(1.70)
AGA(DE)	9.84(1.84)	10.00(1.68)	9.65(2.33)	10.08(1.59)
Total (DE)	9.55(1.74)	9.72(1.64)	9.26(1.96)	9.36(1.79)

G1= Cirujano Dentista G2= Enfermería: G3= Médico Cirujano: G4= Psicología: AGB=Autoeficacia General Baja: AGM= Autoeficacia General Media: AGA=Autoeficacia General.

En la Tabla 17 el nivel crítico asociado al estadístico F ($p=0,000<0,05$). El valor R^2 (0.529) indica que los tres efectos incluidos en el modelo (Carrera, AGCat y Carrera*AGCat) están explicando el 52.9% de la varianza de la variable dependiente TE.

Las dos filas siguientes recogen los efectos principales, es decir los efectos individuales de los dos factores incluidos en el modelo: Carrera y AGCat. Los niveles críticos (Sig.) indican que TE definido por la variable Carrera no difieren (Sig.= 0,309>0,05), mientras que TE de los grupos definidos por la variable AGCat son significativamente diferentes (Sig.=0,000<0,05).

La siguiente fila contiene información sobre el efecto de la interacción entre Carrera y AGCat. El estadístico F correspondiente a este efecto lleva asociado un nivel crítico de 0,873 lo cual indica que la interacción de Carrera-AGCat no posee un efecto significativo sobre TE. Se anticipa que las diferencias de TE que se dan entre las distintas carreras no es el mismo en los niveles (bajo, medio y alto) de AG.

Tabla 17.
Pruebas de efectos inter-sujetos Trabajo en Equipo.

Origen	Tipo III de suma de cuadrados	gl	Cuadrático promedio	F	Sig.
Modelo corregido	94.809 ^a	11	8.619	2.794	.002
Interceptación	41678.434	1	41678.434	13509.471	.000
Carrera	11.114	3	3.705	1.201	.309
AGCat	68.169	2	34.085	11.048	.000
Carrera*AGCat	7.586	6	1.264	.410	.873
Error	1514.797	491	3.085		
Total	46844.000	503			
Total Corregido	1609.606	502			

a.R al cuadrado=0.59 (R cuadrado ajustada=.038)

Tabla 17.

Pruebas de efectos inter-sujetos Trabajo en Equipo.

Origen	Tipo III de suma de cuadrados	gl	Cuadrático promedio	F	Sig.
--------	-------------------------------	----	---------------------	---	------

AGCat=Autoeficacia General Categorías;gl= Grados de libertad; F= Medias cuadráticas; Sig= Niveles Críticos.

En la figura (4) los niveles de autoeficacia son significativamente diferentes en TE. En AGB el G2 cuenta con mayor uso de TE y el G4 tiene menor AG y menor TE, el G3 y G4 tienen medias de menor AGM y menor TE. En AGA el G4 es el que mayor uso influyendo en TE. No existe una interacción entre las variables, pero si existen tres efectos.

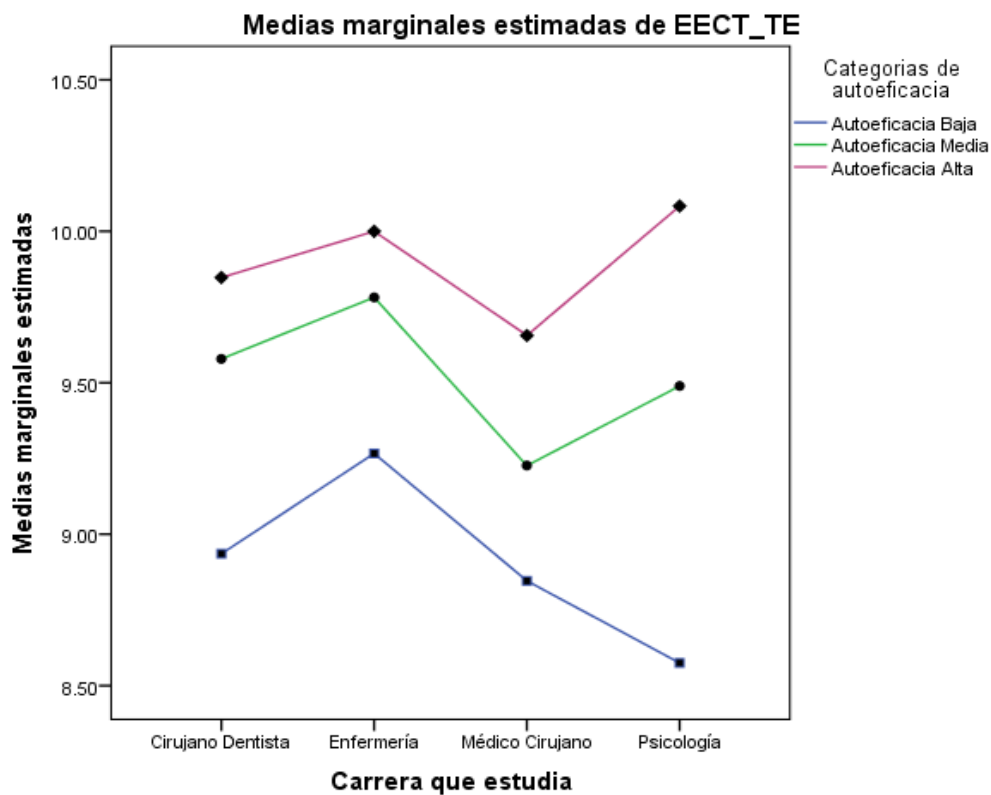


Figura 4. Medias de Niveles de Autoeficacia y Trabajo en equipo

DISCUSIÓN

El objetivo de la investigación fue “Determinar el efecto de los niveles de autoeficacia general percibida en el uso de las competencias transversales (Resolución de Problemas, Toma de Decisiones, Comunicación Interpersonal y Trabajo en Equipo) en estudiantes de pregrado en el área de la salud de la FES Zaragoza”. Los resultados de las variables sociodemográficas en los participantes sugieren que la muestra de estudio es similar entre los grupos o carreras.

A través del análisis de comparación de medias se observó que la carrera de Cirujano Dentista es quien se percibe con mayor Autoeficacia General en comparación con las otras carreras. Es decir, los estudiantes se observan con habilidades y destrezas personales para enfrentar circunstancias diversas, elemento fundamental para desarrollar con éxito las acciones dirigidas al logro de los objetivos personales y profesionales (Bandura, 1997; Ornelas et al., 2012).

Por su parte, la competencia de expresión de la comunicación interpersonal los Cirujanos Dentistas fueron quienes más reportaron emplearla. Al respecto, autores como Enoki y Aguirre (2015) reconocen que preparar a los odontólogos en comunicación oral, resolución de problemas, toma de decisiones, habilidades interpersonales, compromiso social y gestión administrativa son competencias indispensables para interactuar profesionalmente con los usuarios del servicio que ofrecen. En este sentido, Huerta, Pérez y Barajas (2011) en un estudio realizado en México, reportaron una lista de Competencias Transversales indispensables en la formación de estudiantes de odontología y destacan la resolución de problemas, comunicarse eficazmente a través de los diferentes medios respetando la diversidad de ideas con honestidad y ética profesional. Coincidiendo en la importancia de la Comunicación Interpersonal de la presente investigación.

Mientras tanto en la carrera de Enfermería se utiliza más la competencia de escucha y comprensión de comunicación interpersonal y el trabajo en equipo. Un dato similar al estudio es el reportado en México por Ayala et al (2017) donde

considera relevante aplicar las competencias trabajar en equipo, resolución de problemas, toma de decisiones, comunicación, el uso de tecnologías e investigación en estos profesionales de la salud. En este sentido Calderón (2012) destaca a la comunicación oral y escrita, resolución de problemas, liderazgo, capacidad de crítica como importantes y es el trabajo en equipo la más destacada al momento de ingresar al mundo laboral, misma que sobresale de forma predominante en la carrera de Facultad de Estudios Superiores Zaragoza.

Por su parte, los alumnos de la carrera de Médico Cirujano reportaron emplear más la resolución de problemas y la toma de decisiones. Lo que de acuerdo con Rivero et al (2015) estas competencias son de las más demandadas por los empleadores de los profesionales de la salud, ya que en la medida de que los médicos tomen buenas decisiones, alejados de intuiciones o suposiciones, hará que las soluciones y atención al paciente sea más eficaz.

Ahora bien, a diferencia de las otras carreras, Psicología se destaca porque manifestó utilizar las cuatro competencias, lo cual se atribuye a la naturaleza misma de la propia carrera y a la formación que de manera implícita está dentro de su plan de estudios y las unidades de aprendizaje, tales como la práctica supervisada y seminario de investigación. Actividades donde se ponen en práctica competencias transversales como la comunicación interpersonal, la resolución de problemas, la toma de decisiones, y el trabajo en equipo, entre otras. Al respecto, Pilar (2010) considera que existen carreras que por su naturaleza, social y humanística, los alumnos tienen la visión de un profesional autónomo, con capacidades para integrar esfuerzos centradas en la creación, difusión, transmisión y reconstrucción de conocimiento más que, en la acumulación del saber.

También se concluye que no existe ninguna competencia que predomine más que otra ya que los alumnos interpretan que todas las competencias son fundamentales para su desarrollo. Enlista una serie de competencias que los alumnos consideran importantes en su desarrollo académico, tales como: el liderazgo, la creatividad, la comunicación, trabajar en equipo y coincide que las clases teóricas y prácticas son las que fomentan el desarrollo de las

competencias en estos profesionales.

Por otra parte, en lo general, el análisis de Pearson muestra asociaciones significativas entre la Autoeficacia General Percibida y las Competencias Transversales, lo que significa, que, a mayor autoeficacia percibida por los alumnos, mayor será el uso de las Competencias Transversales. En lo particular, la resolución de problemas y la toma de decisiones son las que tiene una relación más fuerte con la Autoeficacia General Percibida. Lo cual desde la Teoría del Aprendizaje Social de Bandura se asume entonces que las expectativas de autoeficacia son un importante predictor de las intenciones y acciones de los individuos frente a diversas situaciones; ya que un elevado nivel de autoeficacia percibida se ha mostrado como un elemento protector que hace aumentar la motivación, disminuir las alteraciones emocionales, al tiempo que mejora las conductas (Bandura, 1997). Del mismo modo, que la percepción de la autoeficacia influye de forma positiva en la forma de resolver conflictos o demandas en los diferentes escenarios o situaciones (Pasian y García, 2016).

Por su parte en el análisis de varianza factorial se identificó que al evaluar el efecto de los niveles de Autoeficacia General Percibida (bajo, medio y alto) estos influyen directamente en el uso de las competencias transversales de las cuatro carreras en el área de la salud. Esto coincide con lo que plantea Bandura (1999) donde destaca que los individuos con niveles altos de autoeficacia demuestran mayor capacidad de realizar actividades y por lo tanto tienen mayor constancia y perseverancia para plantearse objetivos complejos. Por su parte, Almerich, Orellana y Díaz (2015) establecen que a niveles altos la Autoeficacia Percibida corresponde a un mayor dominio de las competencias. Además García (2014) aprueba que la autoeficacia es un factor que puede contribuir a desarrollar nuevas competencias y adquirir nuevos conocimientos, así como fortalecer aquellos ya existentes, por lo que la autoeficacia también puede ser un predictor en el comportamiento humano.

Mientras el factor carrera, solo afecta en las competencias de resolución de problemas, toma de decisiones y la competencia de escucha y comprensión de la comunicación interpersonal. Lo que significa, que estas dos Competencias

Transversales van a cambiar y depender del tipo de carrera en donde se desarrollen. Un dato importante es que a carrera de enfermería demuestra mayor dominio de esta competencia sin importar el nivel de autoeficacia que tengan. El último factor que describe la interacción de los niveles de Autoeficacia General Percibida y las Carreras solo afecta en la competencia resolución de problemas y toma de decisiones. Lo que quiere decir, que esta competencia varía cuando la asociación de estos dos factores se da.

CONCLUSIONES

En conclusión, la investigación en comparación con otros estudios (Díaz et al, 2003) también aporta evidencias de que la Autoeficacia General Percibida alta aumenta la actitud para utilizar Competencias Transversales a excepción de Enfermería en la competencia de escucha y comprensión de la comunicación interpersonal, aunque la revisión en la literatura es poca en este entorno de las asociaciones de dichas variables, existe evidencia suficiente que comprueba que esta variable psicológica tiene un aspecto positivo al comportamiento o capacidad de adquirir y realizar nuevos conocimientos por las personas.

Por lo que se puede asegurar que en la presente investigación existe efecto de los niveles de Autoeficacia General Percibida en el uso de cada Competencia Transversal en los estudiantes de la salud del campo de la salud. Es decir, que a medida que los niveles bajo, medio y alto se modifica el uso de la competencia es proporcional a dichos niveles. Lo que significa que las creencias de autoeficacia influyen en los pensamientos de las personas, en las acciones que ellas eligen para alcanzar los desafíos y metas que ellas se plantean para sí mismas y su compromiso con los mismos, la cantidad de esfuerzo que invierten en determinadas tareas; los resultados que esperan alcanzar por sus esfuerzos, la magnitud de su perseverancia frente a los obstáculos, su resistencia a la adversidad, el nivel de estrés y depresión que experimentan cuando se enfrentan con demandas exigentes del ambiente y los logros que alcanzan (Sansinenea et al., 2008).

Mientras en el factor carrera se concluye influye de manera directa en la formación y uso de las dos Competencias Transversales (resolución de

problemas y toma de decisiones), ya que estas no están incluidas de manera explícita y formal en los contenidos o temas de las unidades de aprendizaje de su plan de estudios. Lo que apunta que algunas unidades de aprendizaje están influyendo favorablemente. Ante esto, una sugerencia para futuras investigaciones es, identificar cuáles son las unidades de aprendizaje que influyen en el uso de estas y definir objetivos en el plan de estudios que dirijan la formación formalizada de dichas competencias

Como sugerencia para futuras investigaciones se propone establecer planes de mejora en el proyecto educativo de cada carrera profesional. Es decir, incorporar en las diversas unidades de aprendizaje material de apoyo que fortalezca las dichas competencias, para que los alumnos puedan colocarse como profesionales mayormente preparados en la sociedad, dando respuestas a las demandas del mercado laboral. Al respecto Arráez (2008) señala que actualmente, las distintas titulaciones del área de las Ciencias de la Salud han iniciado un proceso de reforma curricular siguiendo nuevos retos en el proceso de enseñanza-aprendizaje del sistema universitario por medio de la implementación de la propuesta del Proyecto tuning, que está centrado en el alumno y en la adquisición de aquellas competencias que se consideran imprescindibles para el ejercicio profesional, lo que requiere de la innovación en las metodologías docentes para desarrollarlas.

Además, se propone contar con formas distintas de evaluación de las Competencias Transversales, que permitan ver indirecta (auto reporte de los alumnos) y directamente (a través de la observación directa en la práctica) el desarrollo de dichas competencias. Algunos ejemplos de esto son el uso de rúbricas y coevaluaciones, listas de chequeo, simulaciones clínicas, entre otras, ya que, por su propia naturaleza las Competencias Transversales deben de ser demostrativas y observables.

Por último, cabe mencionar lo importante que es la formación de Autoeficacia y Competencias Transversales en estudiantes de pregrado en el ámbito de cada área o campo profesional a través de metodologías didácticas activas y participativas comprendidas en los planes de estudio. Ya que particularmente,

las competencias no técnicas, también denominadas transversales son susceptibles de aprendizaje en el ejercicio profesional y tienen impacto en el entorno laboral como en los propios profesionales en este caso particular en los del área de salud.

REFERENCIAS

- Aguado, D., González, A., Antúnez, M. y de Dios, T. (2017). Evaluación de Competencias Transversales en Universitarios. Propiedades Psicométricas Iniciales del Cuestionario de Competencias Transversales. *REICE. Revista Iberoamericana Sobre Calidad, Eficacia y Cambio En Educación*, 15(2), 129–152. <https://doi.org/10.15366/reice2017.15.2.007>
- Alarcón, G. (2013). El enfoque de las capacidades y las competencias transversales en el EEES. *Historia y Comunicación Social*, 18(SPEC. ISSUE DECEM), 145–157. <https://doi.org/10.5209/rev-HICS.2013.v18.44318>
- Alcántara, B. et al. (2012). *La calidad en la atención en Salud en México a través de sus instituciones*. (1st ed.). México. Retrieved from https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/60111/libro_02.pdf
- Almerich, G., Orellana, N. y Díaz, G. (2015). Las competencias en TIC en el profesorado en formación y su relación con las creencias pedagógicas, la autoeficacia y la percepción del impacto de las TIC en la educación. *Investigar Con y Para La Sociedad*, Vol. 2, (February 2016), 589–597.
- Arráez, A. et al. (2008). Adquisición de competencias transversales en alumnos de pregrado de Ciencias de la Salud en la Universidad Complutense: una experiencia positiva. *Educación Médica*, 11(3), 169–177. <https://doi.org/10.4321/S1575-18132008000300009>
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.84.2.191>
- Bandura, A. (1997). Self-efficacy: The exercise of Control. Freeman: New York
- Bandura, A. (1999). Social Cognitive Theory of Personality. *Handbook of Personality: Theory and Research*, 154–196. [https://doi.org/10.1016/0749-5978\(91\)90022-L](https://doi.org/10.1016/0749-5978(91)90022-L)
- Baños, J., y Pérez, J. (2005). New activities for developing generic skills in the health sciences. *Educación Médica*, 8(4), 216–225. Retrieved from <http://scielo.isciii.es/pdf/edu/v8n4/05.pdf>
- Benavides, F. (2010). Acerca de la formación de los profesionales de salud pública, algunos avances y muchos retos. Informe SESPAS 2010. *Gaceta Sanitaria*, 24(SUPPL. 1), 90–95. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2010.06.006>
- Beneitone, P. et al. (2007). Reflexiones y perspectivas de la Educación Superior en América Latina (Bilbao, p. 415).
- Casanellas, C. y Solé, C. (2012). La competencia Transversal de Trabajo en Equipo.

Instrumentos para su implementación y evaluación. *Jornada Sobre La Docencia Del Derecho y Tecnologías de La Información y La Comunicación.*, 169–180. Retrieved from http://www.uoc.edu/symposia/dret_tic2012/pdf/3.4.casanellas-montserrat-y-sole-marina.pdf

- Corominas, R. (2001). Competencias Genéricas en la formación universitaria. *Revista de Educación*, (325), 299–321. Retrieved from http://academicos.iems.edu.mx/cired/docs/tg/macroacademiaquimica/Competencias genericas en la formacion universitaria_CronominasRovira.pdf
- D’Zurilla, T. y Goldfried, M. (1971). Problem solving and behavior modification. *Journal of Abnormal Psychology*, 78(1), 107–126. <https://doi.org/10.1037/h0031360>
- De la Uz, H., et al. (2010). Competencia comunicativa en los estudiantes de medicina: diagnóstico preliminar Communicative competence in medical students: its initial diagnosis. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar Del Río*, 14(1), s/n. Retrieved from <http://scielo.sld.cu/pdf/rpr/v14n1/rpr31110.pdf>
- Ferreira, K. y, y Lima, P. (2013). Proyecto Tuning América Latina en las universidades Brasileñas: características y ámbitos en el área de la educación. *Paradigma*, 1, 83–96.
- Gabalda, C. (2007). *Manual Teórico-Práctico de Psicoterapias Cognitivas*. (D. de Brouwer, Ed.) (2nd ed.). Bilbao. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- García, D. y Cuello, O. (2012). El Trabajo en Equipo en un entorno virtual de aprendizaje. *Revista Para La Docencia Jurídica Universitaria.*, 5, 1–10.
- García, P., Escorcía, B. y Perez, S. (2017). Síndrome de Burnout y sentimiento de autoeficacia en profesores universitarios Burnout Syndrome and Self-Efficacy Beliefs in Professors. *Propósitos y Representaciones*, 5(2), 65–96. <https://doi.org/10.20511/pyr2017.v5n2.170>
- García, C. et al. (2014). El uso de las TIC y herramientas de la Web 2.0 por maestros portugueses de la educación primaria y la educación especial: La importancia de las competencias personales. *Revista de Currículo y Formación Del Profesorado.*, 18(1), 241–255.
- Gavidia, C., Aguilar, M. y Carratalá, B. (2011). ¿Desaparecen las transversales con la aparición de las competencias? *Didáctica de Las Ciencias Experimentales y Sociales*, 148(25), 131–148.

- Gomez, C. (2017). La toma de decisiones en adolescentes desde las habilidades para la vida. Una propuesta de intervención educativa (Tesina de). Ciudad de México.
- González, J. y Wagenaar, R. (2003). *Tuning Educational Structures in Europe. Informe Final. Proyecto Piloto-Fase 1.* (E. y cultura. Sócrates, Ed.) (3rd ed.). Bilbao.
- Granero, M., Frías, O., Barrio, C. y Ramos, M. (2016). Dificultades de las enfermeras de atención primaria en los procesos de planificación anticipada de las decisiones: un estudio cualitativo. *Atención*, 48(10), 649–656. Retrieved from <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-dificultades-las-enfermeras-atencion-primaria-S0212656716300683>
- Grau, R., Salanova, M. y Peiró, J. (2012). Efectos moduladores de la autoeficacia en el estrés laboral. *Apuntes de Psicología*, 18(1), 57–75. Retrieved from <http://www.apuntesdepsicologia.es/index.php/revista/article/viewFile/414/334>
- Gutiérrez M., Ampara E. y Carminal, P. (2011). Relaciones entre empatía, conducta prosocial, agresividad, autoeficacia y responsabilidad personal y social de los escolares, *Psicothema*, 23(1), 13-19.
- Huerta, A., Pérez G. y Barajas, R. (2011). El aprendizaje de las competencias generales en la carrera de Odontología según la opinión de los prestadores de servicio social. *Revista de Educación y Desarrollo*, (16), 11–18.
- Jiménez, J., Lagos, G., Jareño, F. (2013). El Aprendizaje Basado en Problemas como instrumento potenciador de las competencias transversales. *Revista Electronica Sobre La Enseñanza de La Economía Pública*, (13), 44–68.
- Leyva, O., Ganga, F., Tejada, J. y Hernández, A. (2015). *La formación por competencias en la educación superior. Alcances y limitaciones desde referentes de México, España y Chile.* (Tirant Hum).
- Manuera, G., Navarro, A. (2015). Innovación en la Evaluación de Competencias Transversales. El Instrumento PIAESCE. *Opcion*, 31, 510–528. Retrieved from <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-84961813429&partnerID=40&md5=8674c243a311da1da8ce608982f54573>
- Marín, S. y León, R. (2001). Entrenamiento en habilidades sociales: un método de enseñanza aprendizaje para desarrollar habilidades de comunicación interpersonal en el área de enfermería. *Psicothema*, 13(2), 247–251.
- Martínez, P. y Garcia, B. (2016). Evaluación de las competencias transversales mediante el Aprendizaje Basado en Problemas en estudiantes de enfermería.

- Revista CIDUI*, 3. Retrieved from
<https://www.cidui.org/revistacidui/index.php/cidui/article/view/838/798>
- Nezu, A., Nezu, C. y D´Zurilla, T. (2014). *Terapia de Solución de Problemas. Manual de tratamiento*. (D. de Brouwer, Ed.). España.
<https://doi.org/10.15713/ins.mmj.3>
- Olaz, F. (2001). La Teoría Social Cognitiva de la Autoeficacia. Contribuciones a la Explicación del Comportamiento Vocacional. Argentina: Trabajo de grado.
<https://doi.org/10.17979/reipe.2015.0.0>
- Olivas, M. y Barraza, M. (2016). *Expectativa de autoeficacia académica en alumnos de un bachillerato técnico de la ciudad de Durango*. (1st ed.). México: Universidad Pedagógica de Durangp.
- Ornelas, M., Blanco, H., Viciano, J. y Rodríguez, J. (2015). Percepción de Autoeficacia en la Solución de Problemas y Comunicación Científica en Universitarios de Ingeniería y Ciencias Sociales. *Formación Universitaria*, 8(4), 93–100.
<https://doi.org/10.4067/S0718-50062015000400011>
- Padilla, J., Acosta, B., Guevara, M., Gómez, J., y González, A. (2006). Propiedades psicométricas de la versión española de la escala de autoeficacia general aplicada en México y España. *Revista Mexicana de Psicología*, 23(2), 245–252. Retrieved from <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=243020649010>
- Pajares, F. (1996). Self-efficacy beliefs and mathematical problem-solving of gifted students. *Contemporary Educational Psychology*, 21(4), 325–344.
<https://doi.org/10.1006/ceps.1996.0025>
- Pasian, A. y García, S. (2016). *Autoeficacia y competencias clave de la administración pública chilena: un estudio preliminar en la formación media técnico profesional (Tesis de Licenciatura)*. Madrid: Facultad de Psicología.
- Pilar, A. (2010). La importancia y el nivel de desarrollo de las competencias en psicología. *Psicología Desde El Caribe*, 25(enero-junio), 84–107. Retrieved from <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21315106005>
- Ramírez D., Méndez, S., Pérez, T. y Olvera, A. (2016). Competencias específicas consideradas más realizadas y más importantes en los programas de física en México. *Perfiles Educativos*, 38(152), 68–87.
- Rekalde, R. y Bujan, V. (2014). Las eRúbricas ante la evaluación de competencias transversales en Educación Superior Using eRúbricas for assessing transversal competences in Higher Education. *Revista Complutense de Educación*, 355(2),

1130–2496. https://doi.org/10.5209/rev_RCED.2014.v25.n2.41594

- Rivero, E., Aurora, |., Rabazo, M., y Gil, D. (2015). Evidencia empírica de la adquisición de la competencia de resolución de problemas. *Perfiles Educativos*, 147.
- Rodríguez, R., Rabazo, M. y Naranjo, G. (2015). Evidencia empírica de la adquisición de la competencia de resolución de problemas. *Perfiles Educativos*, 27(147), 50–66. Retrieved from <http://www.scielo.org.mx/pdf/peredu/v37n147/v37n147a4.pdf>
- Rodríguez, D., Berenguera, A., Pujol, R., Capella, J., Lluís De P, J. y Roma, J. (2013). Identificación de las competencias actuales y futuras de los profesionales de la salud pública Current and future competencies for public health professionals. *Gaceta Sanitaria*, 27(5), 388–397. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2012.10.005>
- Rodríguez, D. M. (2017). *Autoeficacia académica y dependencia emocional en estudiantes de licenciatura*. (1st ed.). México: CECIP. Retrieved from <http://www.redie.mx/librosyrevistas/libros/autoeficaciaacademica.pdf>
- Sanjuán S, P., & Pérez, G., Bermúdez, M. (2000). Escala de autoeficacia general: datos psicométricos de la adaptación para población española. *Psicothema*, 12(2), 509–513. <https://doi.org/ISSN 0214-9915>
- Salanova, M., Llorens S. y Shaufeli W. B. (2011) "Yes, I can, I feel good, and I just do it!" On gain cycles and spirals of efficacy beliefs, affect, and engagement, *Applied Psychology: An International Review*, 60(2), 255-285.
- Schmidt V., Messoulam N. y Molina F. (2008). Autoconcepto académico en adolescentes de escuelas medias: presentación de un instrumento para su evaluación, *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 1(25), 81-106.
- Tejada, Z. (2005). Agenciación humana en la teoría cognitivo social: Definición y posibilidades de aplicación Los retos de la Modernidad. *Pensamiento Psicológico*, 1, 117–123.
- Tobon, S., Pimienta, J. y Garcia, J. (2010). *SECUENCIAS DIDÁCTICAS: aprendizaje y evaluación de competencias*.
- Velasquez, F. (2009). Autoeficacia: acercamientos y definiciones,. *Junio*, 12(21), 231–235. Retrieved from <http://www.unisimonbolivar.edu.co/rdigital/psicogente/index.php/psicogente>
- Villa, A. y Poblete, M. (2007). *Aprendizaje Basado en competencias. Una propuesta*

para la evaluación de las competencias genéricas. (Bilbao: Ed).

Zimmerman, B., Kitsantas, A. y, & Campillo, M. (2005). Evaluación de la Autoeficacia Regulatoria: Una Perspectiva Social Cognitiva. *Evaluar*, 5, 1–21.

ANEXOS



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
ZARAGOZA
CARRERA DE PSICOLOGÍA



CONSENTIMIENTO INFORMADO

La información recolectada a través de los siguientes cuestionarios será empleada con fines de investigación como parte del proyecto ***PAPIME PE307317 “Apoyos didácticos digitales para el desarrollo y fortalecimiento de Competencias Transversales en estudiantes de pregrado del área de la salud de la FES Zaragoza”***.

Su participación **NO** repercutirá en algún aspecto académico.

Toda la información será **usada de manera anónima**. Si usted está de acuerdo con lo estipulado en los párrafos anteriores, le pedimos que firme en la línea que se presenta a continuación.

!!! Gracias por tu colaboración!!!

PAPIME PE 307317

Estoy de acuerdo en participar

CUESTIONARIOS DE EVALUACIÓN

El presente cuadernillo, contiene una **Cédula de Información Sociodemográfica y Escolar**, así como dos cuestionarios que tienen como propósito analizar el uso de las **Competencias Transversales¹** y su percepción de **Autoeficacia General²**. Cada cuestionario cuenta con sus respectivas instrucciones y opciones de respuesta.

Se solicita **responda de forma honesta y sin omitir ninguna pregunta.**



iii Muy bien, comencemos!!!!

INFORMACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA Y ESCOLAR

INSTRUCCIONES: Llena los espacios correspondientes y marca con una "X" lo que se solicita.

1. Edad: _____	Fecha de aplicación DD/MM/AAAA: _____ / _____ / _____
2. Sexo: 1. Hombre () 2. Mujer ()	3. No. de cuenta: _____
4. Escuela de procedencia: 1. CCH UNAM () 2. Preparatoria UNAM () 3. Esc. incorporada UNAM () 4. Otra () ¿Cuál?: _____	5. Promedio final del Bachillerato: _____
6. Carrera que estudia: 1. Cirujano Dentista () 2. Enfermería () 3. Médico Cirujano () 4. Psicología ()	7. Turno en el que estudia: 1. Matutino () 2. Vespertino () 3. Mixto ()
8. ¿Cuenta con una segunda carrera? 1. Si () ¿Cuál?: _____ 2. No ()	9. Correo Electrónico (escribir 2): _____ 2. _____
10. Semestre/año: _____	11. Por favor escriba sin espacios las iniciales de su nombre completo y año de nacimiento (ejemplo, EJH1994): _____

Escala de Autoeficacia General²

Antes de responder este cuestionario es importante que sepas que la **Autoeficacia General** hace referencia a la creencia estable que tiene un individuo sobre su capacidad para manejar adecuadamente una amplia gama de situaciones de la vida cotidiana y profesional.

INSTRUCCIONES: Contesta a cada una de las frases que se te presentan y señala con una “X” el número que corresponde a la opción con la que te identificas.

1 Nunca o ninguna vez	2 Casi nunca	3 Casi siempre	4 Siempre o todos los días		
Frases				Escala	
1. Puedo encontrar la manera de obtener lo que quiero, aunque alguien se me oponga.	1	2	3	4	
2. Puedo resolver problemas difíciles si me esfuerzo lo suficiente.	1	2	3	4	
3. Me es fácil persistir en lo que me he propuesto hasta llegar a alcanzar mis metas.	1	2	3	4	
4. Tengo confianza en que podría manejar eficazmente acontecimientos inesperados.	1	2	3	4	
5. Gracias a mis cualidades y recursos puedo superar situaciones imprevistas.	1	2	3	4	
6. Cuando me encuentro en dificultades puedo permanecer tranquilo/a porque cuento con las habilidades necesarias para manejar situaciones difíciles.	1	2	3	4	
7. Venga lo que venga, por lo general soy capaz de manejarlo.	1	2	3	4	
8. Puedo resolver la mayoría de los problemas si me esfuerzo lo necesario.	1	2	3	4	
9. Si me encuentro en una situación difícil, generalmente se me ocurre qué debo hacer.	1	2	3	4	
10. Al tener que hacer frente a un problema, generalmente se me ocurren varias alternativas de cómo resolverlo.	1	2	3	4	

² Padilla, J. L., Acosta, B., Guevara, M., Gómez, J., & González, A. (2006). Propiedades psicométricas de la versión española de la escala de autoeficacia general aplicada en México y España. *Revista Mexicana de Psicología*, 23(2), 245–252

Escala de Evaluación de Competencias Transversales³

Antes de responder este cuestionario es importante que sepas que las **Competencias Transversales** son aquellas que todo profesional suele utilizar en contextos diversos basados en la integración y aplicación de conocimientos, normas, técnicas, procedimientos, habilidades, destrezas, actitudes y valores tales como la comunicación, la solución de problemas, la toma de decisiones y el trabajo en equipo, entre otras.

INSTRUCCIONES: Lee con atención las siguientes afirmaciones y recuerda en qué medida has aplicado tales acciones en tu vida personal y/o profesional. Posteriormente marca con una “X” la opción que mejor te describa utilizando la escala que está del lado derecho del cuestionario.

1 Nunca	2 A veces	3 Generalmente	4 Siempre	
Acciones			Escala	
1.Me integro en un equipo para conseguir objetivos comunes.	1	2	3	4
2.Elijo la mejor alternativa ante una situación y la llevo a cabo.	1	2	3	4
3.Escucho de manera empática a los demás.	1	2	3	4
4.Colaboré activamente con los demás para alcanzar metas en común.	1	2	3	4
5.Identifico los elementos de un problema.	1	2	3	4
6.Cuando tomo una decisión, lo hago siguiendo una serie de pasos.	1	2	3	4
7.Comprendo los sentimientos de los demás.	1	2	3	4
8.Defino las partes que conforman un problema.	1	2	3	4
9.Comprendo las propuestas de los demás.	1	2	3	4
10.Cuando trabajo en equipo, participé activamente para alcanzar las metas.	1	2	3	4
11.Escucho las ideas y opiniones de los demás.	1	2	3	4
12.Cuando resuelvo un problema elijo aquella alternativa que resulte viable.	1	2	3	4
13.Expreso con claridad mis ideas y opiniones a los demás.	1	2	3	4
14.Resuelvo problemas con efectividad.	1	2	3	4
15.Expreso con claridad mis sentimientos a los demás.	1	2	3	4
16.Tengo conversaciones constructivas con los demás.	1	2	3	4
17.Analizo los elementos más importantes de un problema para resolverlo.	1	2	3	4
18.Con mis acciones, expreso a los demás lo que pienso y siento.	1	2	3	4

³ Jiménez, H. y Ramos Del Río. (2018). *Construcción de una escala para medir Competencias Transversales en estudiantes de pregrado del área de la salud*. Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, Universidad Nacional Autónoma de México. México.