



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA
CARRERA DE PSICOLOGÍA

**COMPARACIÓN DE DIFERENTES GRUPOS DE PSICOLOGÍA
CLÍNICA EN UN ENTRENAMIENTO DE HABILIDADES
INTERPERSONALES PARA TERAPEUTAS**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

DANIA ELIZABETH FLORÍN FLORÍN

JURADO DE EXAMEN

DIRECTOR: MTR. ÁNGEL FRANCISCO GARCÍA PACHECO

COMITÉ: MTRA. KARINA SERRANO ALVARADO

DRA. LILIA MESTAS HERNÁNDEZ

LIC. RUBÉN TORRES AGUSTÍN

DR. ÁLVARO VIRGILIO BUENROSTRO AVILÉS

Trabajo apoyado por el proyecto PAPIME PE-313619



CIUDAD DE MÉXICO

OCTUBRE 2021



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.

Agradecimientos

Gracias mamá por todo tu esfuerzo, por tus ganas de quedarte conmigo, por cada enseñanza y por todo el amor que me diste y que sigue aquí cada día, cada segundo. Gracias abue por todas las tardes de pláticas, abrazos y café, por todo el amor y apoyo que siempre me diste ... Gracias porque a ustedes les debo todo lo que soy hoy en día. Este trabajo es suyo. Los amo infinitamente.

Gracias por todo papá. Te amo.

Gracias a la UNAM, mi casa de estudios, por las oportunidades que me ha brindado.

Gracias Dra. Lilia por la dedicación y el tiempo invertidos en este trabajo. Dr. Álvaro gracias porque usted ha sido una inspiración desde que fui su alumna, me enseñó a siempre dar la mejor atención posible a mis pacientes. Mtro. Rubén muchas gracias por dedicar tiempo y empeño a este trabajo desde sus inicios.

Mtra. Karina, gracias infinitas por todo. De usted aprendí que debo hacer lo que amo y me apasiona pero que, además, lo debo hacer bien; cuestionar, investigar, aplicar y enorgullecer a la Psicología. Usted es una fuente inmensa de inspiración académica y personal. Ser asesorada por usted y poder decirme su alumna es un honor.

Tatis y Elo, la vida es mucho más bonita con ustedes. El paso por la universidad a su lado fue maravilloso. Gracias por todo, por las risas, las lágrimas, la fiesta, las horas de estudio, por el acompañamiento y por bríndame su amistad.

Chava, Belén, Ross, Lau, los años pueden seguir pasando y seguiré estando agradecida con ustedes por todo lo que hemos vivido juntos. Aunque en diferentes lugares siguen estando aquí, muchas gracias por nunca irse. Los amo.

Doris, gracias por ser mi persona y por todo lo bonito que hemos pasado juntas. Gracias por todos los años que hemos convivido y por estar siempre dispuesta a estar a pesar de todo, y pese a que en ocasiones fue difícil. Te amo.

Luzma no tengo forma de agradecerte todo el apoyo y cariño incondicional, gracias por todo, por acompañarme y abrirme las puertas de tu casa y de tu corazón en los momentos más complicados.

Ángel las palabras me faltan para agradecerte todo lo que has hecho por mí. Has sido el mentor que cualquier persona podría desear tanto académica como personalmente. Gracias por enseñarme lo hermosa que es la psicología y la investigación, por enseñarme que las cosas se pueden y se deben hacer bien, por enseñarme que el conocimiento se comparte y que la ciencia nunca debería ser egoísta. Gracias también por los regaños cuando fueron necesarios, gracias por ser apoyo, guía y amigo en momentos muy oscuros y difíciles.

Jos, gracias infinitas por tu amor, cariño y apoyo incondicional. Gracias por ser mi compañero no sólo académico, de investigación y de estudio, sino de vida; siempre me alientas a ser mejor en todo y dar lo mejor de mí. Gracias por no dejarme rendir en ningún momento, por las porras, los abrazos, por escucharme y por alentarme a escribir todos los días. Gracias infinitas por nunca dejarme caer, estar a mi lado y nunca dejarme atrás. Este es un logro más de los muchos que vendrán juntos. Te amo de aquí hasta recorrer todo el multiverso.

Índice

Resumen	5
Introducción	6
Marco Teórico	11
Capítulo 1. Habilidades Sociales/Interpersonales	11
<i>Orígenes del Estudio de las Habilidades Sociales</i>	11
<i>Concepto de Habilidades Sociales</i>	12
<i>Componentes de las Habilidades Sociales</i>	15
<i>Evaluación de Habilidades Sociales</i>	16
Capítulo 2. Entrenamiento y Estudio de Habilidades Sociales	19
<i>Habilidades Sociales y su Relación con Otras Variables</i>	19
<i>Programas de Entrenamiento de las Habilidades Sociales en Población Clínica</i>	22
<i>Programas de Entrenamiento de las Habilidades Sociales en Población Universitaria</i>	23
<i>Habilidades Sociales en Estudiantes de Psicología</i>	26
Capítulo 3. Competencias	30
<i>Concepto de Competencia</i>	30
<i>Competencias del Psicólogo Clínico</i>	31
Planteamiento del Problema.....	33
Método	35
Pregunta de Investigación	35
Objetivo.....	35
<i>Objetivos Específicos</i>	35
Hipótesis.....	35
Participantes	36
Diseño	36
Variables	37
<i>Variables Dependientes</i>	37
<i>Variable Independiente:</i>	38
Instrumentos.....	48
Procedimiento	50
Resultados	52
Discusión.....	63
Conclusiones	66
Referencias.....	68
Anexos.....	76

Resumen

El presente trabajo tuvo como objetivo comparar las diferencias de un entrenamiento en habilidades interpersonales en diferentes grupos de estudiantes de Psicología Clínica y de la Salud. Se aplicó el programa de “Entrenamiento en habilidades interpersonales para psicólogos que inician su práctica clínica” (García & Rojas, en prensa). Las variables dependientes fueron: las **habilidades sociales para terapeutas** medidas con las subescalas de Grado de malestar (TGM) y Probabilidad de respuesta (TPR) (Delgado, 2017); y las **habilidades sociales** medidas con las subescalas de grado de nerviosismo (AGM) y la probabilidad de responder (APR) (Caballo y Salazar, 2005). Se esperaba que los puntajes de TGM y AGM disminuyeran y que los de TPR y APR aumentaran en el grupo de intervención en la medición post. La muestra estuvo conformada por 45 participantes de 3°, 5°, 6° y 7° semestres de la carrera de psicología del área clínica; 18 en el grupo control y 27 en el experimental. El análisis se realizó con el paquete estadístico STATA v.14, mediante una regresión lineal de panel con efectos aleatorios para las variables condición y tiempo, ajustada por semestre. Los resultados muestran cambios estadísticamente significativos de la línea base a la medición post en los grupos de intervención con respecto del grupo control, a excepción del AGM y no se encontraron diferencias estadísticamente significativas por semestre en ninguna de las escalas. Se concluye que la intervención es efectiva, que el semestre no influye en el desarrollo de las habilidades sociales de manera significativa en esta población, y que se debe considerar añadir el entrenamiento de estas competencias en los planes de estudio de las carreras de Psicología.

Palabras clave: habilidades sociales, psicología clínica, competencia social, entrenamiento en habilidades sociales.

Introducción

Actualmente se sabe que las habilidades sociales son de gran utilidad en diferentes ámbitos de la vida de los individuos, han sido estudiadas desde diferentes corrientes y, por diversos autores. Caballo (2007) clasifica dos grandes orígenes, uno en los Estados Unidos, otro en Inglaterra y, además, la escuela que él lidera en España.

Definir a las habilidades sociales ha representado un desafío. Dado que el término que se utiliza para referirse a las mismas cambia de investigador a investigador, llegar a un acuerdo ha sido complicado. Los términos más comunes son habilidades sociales, habilidades de interacción social, habilidades para la interacción, habilidades interpersonales, habilidades de relación interpersonal, habilidades para la relación interpersonal, destrezas sociales, habilidades de intercambio social, entre otras (Isaza y Henao, 2010). A pesar de todos los términos utilizados, en este trabajo se utilizarán los términos habilidades interpersonales y habilidades sociales como equivalentes.

Las definiciones, en general, hablan de una serie de repertorios comportamentales que permiten la adaptación del individuo a su medio social y las exigencias de este sin que genere malestar en la persona (Isaza y Henao, 2010). Otras definiciones hacen alusión a comportamientos de tipo social que están presentes en los individuos y que facilitan las relaciones interpersonales (del Prette y Pereira del Prette, 2013). En el presente trabajo se utilizará la definición de Caballo (2007) quien establece que las habilidades sociales son un:

“...conjunto de conductas emitidas por un individuo en un contexto interpersonal que expresa los sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de ese individuo de un modo adecuado a la situación, respetando esas conductas en los demás, y que

generalmente resuelve los problemas inmediatos de la situación mientras minimiza la probabilidad de futuros problemas” (p.6).

Se han realizado diferentes estudios sobre las habilidades sociales en diferentes poblaciones; tanto en poblaciones clínicas como en poblaciones no clínicas. Los estudios en población clínica hacen referencia a todos aquellos en los que las habilidades interpersonales han sido utilizadas como parte del tratamiento terapéutico. En algunos de estos se ha estudiado el impacto de las habilidades interpersonales en trastornos de ansiedad (Caballo et al., 2014; Wagner et al., 2014)

Por su parte, las investigaciones en universitarios son un claro ejemplo de los estudios en poblaciones no clínicas, consideradas así porque los participantes no tienen un problema de salud mental diagnosticado. Las habilidades interpersonales en estudiantes de Psicología han sido estudiadas por algunos autores (Ginzburg et al., 2012; Olivares et al., 2014) y se ha encontrado que éstas se relacionan con el éxito de la terapia ya que propician una mejor relación terapéutica.

En ese sentido Ibáñez et al. (2011) definen las habilidades interpersonales del terapeuta como:

“Un conjunto de comportamientos desplegados por un individuo en un contexto interpersonal, que expresan sus sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos, de una manera apropiada a la situación, respetando estas conductas en los demás. Las habilidades sociales involucran comportamiento verbal y no verbal, cognitivo-afectivo, que participa en la interpretación de las demandas de la situación interpersonal, la autoevaluación del comportamiento requerido en esa situación y el auto monitoreo del desempeño” (p. 385).

Es justo en el ámbito de la psicoterapia donde se considera que el psicólogo debe contar con diversas competencias para obtener un resultado óptimo. Rodríguez et al. (2013) identificaron que las habilidades interpersonales son esenciales para el desempeño de la labor como profesional de la salud, debido a que estas habilidades se utilizan en diversas situaciones en la consulta, tales como confrontar al paciente, establecer límites, hacer frente a situaciones emocionales, etc.

Por otro lado, es importante considerar la curva epidemiológica que indica que enfermedades crónico-degenerativas y las enfermedades mentales están aumentando, así como los recursos humanos, temporales y estructurales deficientes (Berenzon et al., 2013; Secretaria de Salud, 2013). Es así que se hace evidente la necesidad de formar personal altamente capacitado para la atención de los problemas de salud mental desde el primer nivel de intervención.

Si bien es cierto que, de acuerdo con la Asociación Nacional de Universidades e Instituciones de Educación Superiores (ANUIES, 2018) en el periodo escolar 2017-2018 se tenían 762 planes de estudio de Psicología, y eso genera una gran cantidad de egresados; cabe señalar que más allá de la cantidad es importante la calidad de la educación que reciben.

Las instituciones universitarias no suelen considerar la enseñanza de las habilidades sociales como una parte fundamental de su plan de estudios. Tal es el caso de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, la cual a partir de su modificación más reciente en el plan de estudios (Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, 2010) oferta una optativa de elección para el desarrollo de habilidades transversales, pero no contempla el Entrenamiento en Habilidades Sociales (EHS) para psicólogos de ninguna área; se tienen aproximaciones a estos entrenamientos mediante proyectos y talleres con el propósito de desarrollar estas

habilidades en estudiantes, sin embargo no son parte de la formación profesional del psicólogo.

Autores como García et al. (2018), Ibáñez et al. (2011) y Vargas et al. (2011) han investigado la aplicación de intervenciones en habilidades sociales cuyo propósito es entrenar a los alumnos en formación en situaciones de interacción social que son frecuentes en la consulta psicológica. El estudio de Ibáñez et al. (2011) consistió en evaluar un Manual de entrenamiento en habilidades sociales para alumnos que deben cursar la materia de Psicología Clínica aplicada, se realizó con dos grupos un grupo experimental que recibió entrenamiento con el manual propuesto y un grupo control, el cual recibió el entrenamiento sin manual. Se encontró que el grupo experimental obtuvo mejores puntajes en la escala de comportamientos socialmente adecuados, así como en la escala de comportamientos socialmente apropiados en situaciones de entrevistas, por lo cual, los autores concluyen que el manual que proponen puede ser un buen recurso para el entrenamiento de habilidades sociales en estudiantes de Psicología Clínica.

Por su parte, Vargas et al. (2011) realizaron una comparación entre un grupo control y un grupo experimental, el primero recibió un entrenamiento tradicional para su desempeño como terapeutas novatos, el segundo grupo recibió un entrenamiento en habilidades sociales, se encontraron diferencias significativas en las habilidades sociales, siendo el grupo experimental el que obtuvo mejores puntajes. En el estudio de García et al. (2018) se realizó una comparación de un entrenamiento de habilidades sociales en línea entre dos grupos de alumnos de psicología clínica de dos facultades. Ambos grupos mostraron resultados favorables y no hubo diferencias estadísticamente significativas, sin embargo, no se contó

con un grupo control o con una medición pre, lo cual indica que hay investigaciones que realizar a futuro.

A pesar de los resultados mencionados por los estudios previos, existen limitaciones que podrían afectar la validez de las conclusiones, por ejemplo, en dichos estudios, no se realizaron seguimientos posteriores a la intervención, ni se tomó en cuenta el grado escolar en que se encuentran los estudiantes de Psicología cuando se realiza el entrenamiento. Por lo que es necesario el desarrollo de investigaciones que exploren el efecto a largo plazo de las intervenciones y si los resultados son similares dependiendo del grado de avance en los estudios universitarios, a fin de estimar el efecto de la experiencia.

Marco Teórico

Capítulo 1. Habilidades Sociales/Interpersonales

Las habilidades sociales (HS en adelante) han tenido un amplio campo de estudio. De acuerdo con Morán y Olaz (2014) establecer relaciones sociales satisfactorias, en las diferentes esferas de un individuo, es un importante factor en el desarrollo de las personas; por ello, su estudio se ha vuelto especialmente relevante.

Orígenes del Estudio de las Habilidades Sociales

Las personas pasan la mayor parte del tiempo en interacción con otros, ya sea de manera aislada o en grupos. El estudio de esta interacción se remonta al siglo XX, en la década de los 30's; sin embargo, aún no se le daba un nombre específico, se estudiaban por separado partes, factores y componentes de lo que hoy conocemos como habilidades sociales.

La historia del estudio de las HS se encuentra llena de diferentes autores y términos. En el caso específico de Estados Unidos, el primer autor que hace mención del concepto de conducta asertiva es Wolpe en 1958. Alberti y Emmons dedican un libro exclusivo para este concepto más de una década después. Por otra parte, se encuentran los estudios realizados por Zigler y Philips quienes hablan de la competencia social en los años sesenta. Posteriormente, en los 70, se comienzan a elaborar programas de entrenamiento en HS. Existe otra corriente histórica en el estudio de las HS con origen en Inglaterra. En la cual se plantea que el concepto de habilidad referido a la interacción hombre-hombre, es retomado del usado en la interacción hombre-máquina, debido a los procesos que involucra (Caballo, 2007).

En los años posteriores el estudio de las HS continuó y con el paso de los años ha adquirido cada vez más relevancia. Para 1997, Vicente Caballo ya estaba involucrado en el

estudio de este concepto, desarrollando un entrenamiento en habilidades sociales además de diversas formas de evaluar sus componentes.

Concepto de Habilidades Sociales

Como se mencionó anteriormente, el origen de las HS se encuentra repartido en diferentes partes del mundo y su estudio ha sido realizado por múltiples autores. Debido a esto, hablar del concepto de habilidad social o interpersonal es sumamente complicado. Prueba de lo anterior son las múltiples definiciones existentes. A continuación, se presentan las principales definiciones que se han dado al concepto, las cuales son retomadas del Manual de Vicente Caballo (2007), (p.5).

- “La habilidad de buscar, mantener o mejorar el reforzamiento en una situación interpersonal a través de la expresión de sentimientos o deseos cuando esa expresión se arriesga a la pérdida de reforzamiento o incluso el castigo” Rich y Schroeder, 1976
- “La capacidad de expresar interpersonalmente sentimientos positivos y negativos sin que dé como resultado una pérdida de reforzamiento social” Klaus, Hersen y Bellack, 1977
- “La expresión adecuada, dirigida hacia otra persona, de cualquier emoción que no sea la respuesta de ansiedad” Wolpe, 1978
- “La conducta que permite a una persona actuar según sus intereses más importantes, defenderse sin ansiedad inapropiada, expresar cómodamente sentimientos honestos o ejercer los derechos personales sin negar los derechos de los demás” Alberti y Emmons, 1978

- “La expresión manifiesta de las preferencias (por medio de palabras o acciones) de una manera que satisfaga los propios derechos personales sin negar los derechos de los demás” MacDonald, 1978
- “El grado en que una persona se puede comunicar con los demás de manera que satisfaga los propios derechos, necesidades, placeres u obligaciones hasta un grado razonable sin dañar los derechos, necesidades, placeres u obligaciones similares de la otra persona y comparta esto derechos, etc. con los demás en un intercambio libre y abierto” Phillips, 1978
- “Un conjunto de conductas identificables, aprendidas, que emplean los individuos en las situaciones interpersonales para obtener o mantener el reforzamiento de su ambiente” Kelly, 1982
- “La capacidad compleja para emitir conductas o patrones de respuesta que optimicen la influencia interpersonal y la resistencia a la influencia social no deseada (eficacia en los objetivos) mientras que al mismo tiempo optimiza las ganancias y minimiza las pérdidas en la relación con la otra persona (eficacia en la relación) y mantiene la propia integridad y sensación de dominio (eficacia en el respeto a uno mismo)” Lineham, 1984

Además de estas definiciones, Carrillo (2015) menciona que Michelson, Sugai, Wood y Kazdin, proponen los siguientes puntos para comprender las habilidades sociales:

- Se pueden adquirir mediante el aprendizaje.
- Incluyen comportamientos verbales y no verbales.
- Suponen respuestas efectivas y apropiadas.
- Su práctica se ve determinada por las características del medio.

Como se puede apreciar la historia de las HS es basta, a lo largo de la cual se han desarrollado diversos conceptos que varían principalmente dependiendo de la escuela a la que se ciñen los autores. Debido a la relevancia del concepto y a los componentes que integra, en el presente trabajo se tomará la definición de Caballo (2007), la cual establece que las habilidades sociales son:

“...conjunto de conductas emitidas por un individuo en un contexto interpersonal que expresa los sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de ese individuo de un modo adecuado a la situación, respetando esas conductas en los demás, y que generalmente resuelve los problemas inmediatos de la situación mientras minimiza la probabilidad de futuros problemas” (p.6).

Este autor describe cuales son las principales HS con las que debería contar una persona; las cuales son:

1. Iniciar y mantener conversaciones.
2. Hablar en público.
3. Expresión de amor, agrado y afecto.
4. Defensa de los propios derechos.
5. Petición de favores.
6. Rechazar peticiones.
7. Hacer cumplidos.
8. Aceptar cumplidos.
9. Expresión de opiniones personales (desacuerdo)
10. Expresión de molestia, desagrado o enfado.
11. Disculparse o admitir ignorancia.

12. Petición de cambios en la conducta del otro

13. Afrontamiento de las críticas.

Cada una de estas habilidades sociales están constituidas por algunos componentes que Caballo explica. Este listado de habilidades sociales se puede encontrar en la interacción de las personas con su medio ambiente, pero teóricamente operan mediante el componente cognitivo, conductual y contextual.

Componentes de las Habilidades Sociales

Se debe tener en cuenta que las HS hacen referencia a respuestas que se emiten de acuerdo con la situación que se presente. Es necesario comprender que cada situación estará determinada por factores específicos, por ello es necesario que las habilidades sociales se conceptualicen de manera adecuada.

De acuerdo con Caballo e Irurtia (2013) existen tres componentes esenciales en las HS:

- Dimensión conductual, la cual hace referencia al tipo de habilidad requerida.
- Dimensión personal, referida a las variables cognitivas del individuo.
- Dimensión situacional, que considera el contexto ambiental en que se desarrolla la situación.

Por su parte Caballo (2007), establece que las HS tienen componentes conductuales, cognitivos y fisiológicos (Figura 3). En el caso de los componentes conductuales, se deben considerar principalmente tres aspectos: el contenido verbal, el no verbal y el paralingüístico. El contenido verbal incluye el discurso, es decir, la manera en que se formulan preguntas, en que se dan instrucciones, se hacen comentarios, las palabras con que se expresan emociones y los mensajes implícitos en el discurso del individuo.

La parte no verbal tiene que ver con la postura corporal, la mirada, la expresión facial, las sonrisas, la orientación, los gestos, la distancia o proximidad, el contacto físico y la apariencia personal. Para el aspecto paralingüístico se consideran el tono, volumen, timbre e inflexión de la voz, así como la fluidez, la latencia, el tiempo de habla, la claridad y la velocidad.

Los componentes cognitivos tienen que ver con las percepciones que el individuo tiene acerca de los ambientes de comunicación. Se ponen en juego las competencias cognitivas del individuo y el conocimiento que el individuo tiene de su conducta habilidosa y de costumbres sociales. Además, se consideran las expectativas, las valoraciones que el individuo hace acerca de los estímulos, el nivel de planeación y autorregulación, así como sus creencias acerca de sí mismo y de los demás.

Finalmente, el componente fisiológico, incluye la tasa cardíaca, la presión sanguínea, el flujo sanguíneo y la respiración. Si se toman en cuenta los tres componentes en el entrenamiento de las HS, es más probable que un individuo pueda desarrollar las habilidades sociales que requiere de manera más precisa.

Evaluación de Habilidades Sociales

Una vez que se ha revisado la historia, la definición y los componentes de las HS, es importante conocer la manera en que se evalúan. Existen distintas formas para realizar la evaluación, por un lado, Vicente Caballo (2007) en el capítulo 5 del libro “Manual de Evaluación y Entrenamiento de las Habilidades Sociales” presenta medidas directas e indirectas desarrolladas por él y por otros autores. El autor menciona que existe la observación directa o indirecta por parte del experto, los auto reportes y los cuestionarios y escalas estandarizadas.

En el caso de la evaluación por observación, en el Manual de Evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales (Caballo, 2007), se encuentra el formato llamado “Sistema de evaluación conductual de la habilidad social” (SECHS). Así mismo, el autor establece que se deben considerar los métodos de observación directa, lo cual se puede realizar mediante diversos métodos, por ejemplo, utilizando situaciones modelo para poder evaluar la parte conductual de las HS. Otro método es el indirecto, el cual se puede realizar mediante la evaluación del sujeto por parte de sus amigos, familiares y conocidos.

Respecto a los auto reportes, las escalas y cuestionarios estandarizados son diversos. Caballo desarrolló la Escala multidimensional de expresión social-Parte Motora en 1987 y posteriormente, la Escala multidimensional de expresión social-Parte Cognitiva diseñada en el mismo año. Además, dentro de este rubro se encuentra el Inventario de Asertividad de Rathus (1973), la Escala de Autoexpresión Universitaria de Galassi, Delo, Galassi y Bastien (1974), la Escala de Autoexpresión para Adultos de Gay, Hollansworth y Galassi (1975), el Inventario de Situaciones Sociales de Trower, Bryant y Argyle (1978), entre otros.

Por otro lado, de forma más reciente, Morán y Olaz (2014), realizaron un análisis bibliográfico de los instrumentos de evaluación en Latinoamérica, en el período de 1990 a 2013. El propósito fue analizar la tendencia de productividad de artículos científicos en los que se presentan instrumentos de evaluación que pretenden evaluar competencia social, asertividad y autoeficacia social.

Se encontraron y analizaron 37 artículos encontrados en revistas y tesis, entre los instrumentos de medición que listados en esta revisión se encuentran el inventario de Asertividad de Gambrill y Richey – II (Castaños et al., 2011) con una estandarización realizada en México, una escala de competencia social para niños de 3 a 6 años versión padres

de familia, realizado por Milton Bermúdez (2010) y el Cuestionario Brasileño de respuestas socialmente habilidosas según el relato de profesores, construido y validado por Bolsoni-Silva et al., (2009).

Capítulo 2. Entrenamiento y Estudio de Habilidades Sociales

Posterior a la presentación de la historia, el concepto, los componentes y la evaluación de las HS, es importante revisar las investigaciones que se han realizado respecto a las variables relacionadas y los programas de entrenamiento que se han estructurado.

Habilidades Sociales y su Relación con Otras Variables

En las últimas décadas se han realizado diversos estudios con múltiples variables psicológicas, ambientales y demográficas relacionadas con la HS.

En primera instancia se presentan los estudios que involucran variables psicológicas. Entre estas se encuentra un estudio descriptivo sobre asertividad y habilidades sociales en alumnos de educación social (García, 2010), en aras de diseñar un programa de intervención. Los resultados muestran que los participantes tenían niveles similares de asertividad y HS, posiblemente debido a que la educación social tiene relación directa con las HS. Pero, parece ser que los estudiantes que recibieron formación en HS tienden a mejorar su conducta asertiva.

Betina y Contini (2011) realizaron una revisión bibliográfica cuyo objetivo fue describir las características de las habilidades sociales en la infancia y la adolescencia, así como destacar su importancia en el desarrollo desde una perspectiva salutogénica, pretendiendo mostrar la importancia de las HS en la prevención de trastornos psicopatológicos.

Otro estudio con variables psicológicas es el de Herrera et al. (2010), cuyo objetivo fue encontrar relaciones entre la adicción a Facebook, la baja autoestima, la depresión y la falta de habilidades sociales. Después de realizar los análisis encontraron que sí existía una

relación estadísticamente significativa entre las variables. Los adictos a Facebook fueron más propensos a tener menores HS, una baja autoestima y depresión.

Así mismo, Caballo et al. (2014) realizaron un estudio para encontrar posibles relaciones entre las HS con la ansiedad social y los estilos y trastornos de la personalidad. Se encontró que a mayor habilidad social menor ansiedad social. En el caso del estilo o trastorno de la personalidad se encontró que los estilos/trastornos evitativo, dependiente, esquizoide, paranoide, límite de la personalidad y el antisocial muestran una relación negativa con las HS, esto se tomó en cuenta para los criterios de exclusión del presente trabajo.

En Jalisco, México, se realizó una investigación acerca de las habilidades sociales y el autoconcepto en universitarios (Caldera et al., 2018), se pretendía estudiar la relación entre las variables propuestas, identificaron una correlación positiva con fuerza de asociación media. Se compararon también las variables según el sexo de la población; en general, los hombres tuvieron mayores habilidades sociales que las mujeres, esta diferencia se presentó de manera específica en los factores relacionados con: hacer peticiones, decir que no y comenzar la interacción con el sexo opuesto. Finalmente, se quería identificar la fuerza de las dimensiones del autoconcepto en la predicción de las HS, mediante un análisis de regresión lineal se obtuvo que los factores emocional, físico y social del autoconcepto fueron las principales variables predictoras para las HS.

Respecto a los estudios acerca de las variables ambientales relacionadas con las HS, se incluye un estudio desarrollado por Braz et al. (2013) sobre HS e intergeneracionalidad en las relaciones familiares. Se estudiaron diadas de padres e hijos, tanto padres adultos con hijos adolescentes como padres ancianos e hijos adultos. Se identificó una relación entre la

relación que mantienen los padres con sus hijos y el repertorio de conductas que éstos adquieren, encontrándose que las HS se transmiten de generación en generación.

Por su parte Tapia-Gutiérrez y Cubo-Delgado (2017), estudiaron las habilidades sociales desde la percepción de diferentes actores involucrados en la educación, es decir, profesores, académicos y estudiantes. Esta investigación, de tipo cualitativo, concluyó que para esta población las HS fueron centrales para la enseñanza, el aprendizaje y la sana convivencia en el aula. La empatía, la solidaridad y la comunicación fueron consideradas como las habilidades más importantes.

Las variables demográficas abarcan estudios de género (García et al., 2014), en donde se encontró que los hombres presentaron mayores puntuaciones en las habilidades que implican la interacción afectivo-sexual. Y las mujeres tuvieron puntuaciones mayores en habilidades de conversación, habilidades empáticas y las de oposición asertiva, es decir en la expresión de desacuerdos.

En el estudio realizado por Oyarzún et al. (2012) sobre rendimiento académico y del género, se encontró que las asociaciones entre las variables variaron de acuerdo con el género. Las habilidades interpersonales positivas, tales como la defensa de los propios derechos y asertividad con pares, se asociaron con un mejor rendimiento académico, específicamente en las mujeres.

En la Universidad Nacional Autónoma de México, se realizó una investigación titulada “Las habilidades sociales y sus diferencias en estudiantes universitarios” (Holst et al., 2017), en el que se pretendía obtener la validez de constructo de una escala de HS e identificar las diferencias de HS en universitarios, participaron estudiantes de diversas carreras de la FES-Zaragoza y de Ciudad Universitaria de la UNAM. Se obtuvo una escala

con validez y confiabilidad con alfa de Cronbach mayor a .70. Así mismo, se observó que los estudiantes de Ciudad Universitaria tenían mejores habilidades sociales para resolver conflictos que los de FES-Zaragoza.

Programas de Entrenamiento de las Habilidades Sociales en Población Clínica

Dentro del estudio de las HS, a lo largo de los años, también se han diseñado y probado entrenamientos en diferentes poblaciones. Antes de hablar de ellos, es importante definir el Entrenamiento en Habilidades Sociales (EHS en adelante), el cual es entendido por Del Prette y Pereira del Prette (2013) como:

“...un conjunto de actividades planificadas que estructuran procesos de aprendizaje, mediados y conducidos por un terapeuta o coordinador, observando: (a) ampliar la frecuencia y/o mejorar las habilidades sociales ya aprendidas, pero deficitarias; (b) enseñar habilidades sociales nuevas y significativas; (c) disminuir o extinguir comportamientos concurrentes con tales habilidades.” (p. 68)

Estos programas de entrenamiento se han planeado para diferentes poblaciones, tanto clínicas como no clínicas, por ejemplo, Moriana et al. (2015) realizaron una revisión sistemática de los entrenamientos para pacientes con esquizofrenia, veinticinco de los estudios analizados cumplen con los criterios de selección y búsqueda. Utilizaron bases de datos internacionales con las palabras clave “social skills training” “schizophrenia” “treatment” “randomized clinical trials” “metanalyses” “review” y posteriormente se hizo un filtrado por ensayos clínicos, metaanálisis y guías de práctica clínica. En general estos estudios demostraron ser efectivos, pues mejoran las HS de los pacientes y reducen los síntomas del padecimiento, sin embargo, algunos presentan deficiencias metodológicas, tales como la ausencia de un grupo control o de la comparación con otros tratamientos.

Otros entrenamientos para poblaciones clínicas incluyen el Programa de EHS en la disminución de la ansiedad social realizado por Wagner et al. (2014) en la cual se buscaba demostrar la eficacia del entrenamiento propuesto. En este se planteó entrenar aquellas habilidades relacionadas con la asertividad, la defensa de los propios derechos, la expresión de sentimientos, la solución de problemas y toma de decisiones. Los resultados muestran que el programa tuvo eficacia y que la ansiedad social disminuyó de manera significativa.

Por otra parte, Carrillo (2015), probó el Programa lúdico para la mejora de las habilidades sociales en niños de 9 a 12 años, el programa incluyó dos fases, en la primera se llevaron a cabo sesiones teóricas sobre HS, en la segunda fase se realizó la aplicación/intervención con los participantes. Las técnicas utilizadas fueron el modelado, la representación de papeles, la retroalimentación y el reforzamiento. Se obtuvieron los resultados esperados; en el grupo experimental hubo una mejora en los comportamientos asertivos, a la par de la disminución de aquellos comportamientos considerados como no asertivos, así como una disminución en la ansiedad social de los participantes.

Con los estudios revisados queda clara la importancia de entrenar las HS en población clínica, pues se muestra una mejora considerable en las HS y una disminución de la respuesta ansiosa de los participantes. No obstante, parte importante del presente trabajo de tesis radica en entrenar a estudiantes universitarios, ya que las habilidades sociales forman parte de las competencias transversales necesarias para el desarrollo profesional. Por ello, a continuación, se presentan investigaciones de EHS desarrollados para población universitaria.

Programas de Entrenamiento de las Habilidades Sociales en Población Universitaria

La investigación realizada por Marín y León (2001) propuso un EHS para estudiantes de enfermería, centrado en desarrollar las habilidades de comunicación en esta población.

Las habilidades entrenadas se relacionaron con la solución de conflictos interpersonales y la toma de decisiones, mediante técnicas como el modelado y el role-playing. Se obtuvieron los resultados esperados, pues hubo una diferencia estadísticamente significativa en las puntuaciones antes y después del entrenamiento, a diferencia del grupo control en el que se obtuvo un desempeño menor en estas habilidades.

Bueno et al. (2013) realizaron un estudio preliminar del entrenamiento en habilidades sociales en estudiantes universitarios de Magisterio de la especialidad en Educación primaria. El entrenamiento incluyó temas sobre la comunicación asertiva; contó con un grupo control no equivalente. En la escala de la probabilidad de responder se obtuvieron los resultados esperados, hubo un incremento en las puntuaciones del grupo experimental en la medición post con respecto de la medición pre; en el grupo control las puntuaciones fueron similares en el pre y post. En la escala del grado de incomodidad, no hubo diferencias para el pre y el post en ambos grupos. Los autores concluyeron que los participantes tenían una baja implicación con el curso, miedo al ridículo y tenían una baja adhesión a las normas de convivencia, lo cual podría deberse al sesgo de selección.

En España, Rosa, et al. (2014) desarrollaron una investigación en alumnos de Educación y trabajo social, el plan de estudios incluye una asignatura de HS debido a la importancia que tienen en el quehacer profesional, ya que gran parte de este tiene que ver con la interacción con otros. Los investigadores propusieron una nueva metodología para la asignatura en la cual los estudiantes se ven implicados en el proceso de aprendizaje mediante el uso de diversas actividades como simulaciones en grupos reducidos, la visualización de videos, la intervención de expertos para el intercambio de experiencias, propuestas de casos prácticos por parte de los estudiantes, role-playing y modelado. Los resultados mostraron que

los alumnos mejoraron su percepción de la materia, lo cual puede favorecer el proceso de aprendizaje y el desarrollo de competencias en el alumnado.

En México, en el estudio “Diversidad cultural para promover el desarrollo de habilidades sociales en educación superior” Duran y Parra, (2014) destacaron el papel de las HS en la socialización de los alumnos universitarios, propusieron que las entidades universitarias tendrían que integrar a sus alumnos tanto en procesos académicos como en ejes transversales, tal es el caso de las habilidades interpersonales.

Müggenburg et al. (2016), realizaron un entrenamiento enfocado en las habilidades de comunicación de las enfermeras. El entrenamiento utilizó el modelamiento, el aprendizaje estructurado y la práctica de habilidades de comunicación. Se utilizaron mediciones de observación indirecta por parte de los pacientes. Los resultados no son concluyentes ya que la percepción de las habilidades de comunicación tuvo un cambio ligero favorable, sin embargo, no hubo diferencias estadísticamente significativas.

La revisión de la literatura indica que los EHS son efectivos para aumentar estas habilidades, sin embargo, no todos cuentan con los criterios para considerarse como una Práctica Basada en la Evidencia Psicológica (PBEP), tales como tener un manual de procedimientos, tener un grupo control, variables operacionalizables y homogéneas y procedimientos susceptibles de aplicación.

Hasta aquí se ha observado que el EHS funciona con población clínica y no clínica, sin embargo, el interés de este estudio son las HS en los estudiantes de psicología, ya que son parte de las competencias transversales que se tienen que desarrollar para el quehacer profesional.

Habilidades Sociales en Estudiantes de Psicología

Primero se van a citar las investigaciones de tipo descriptivo donde sólo se analiza el nivel de HS y su relación con otras variables de interés. Después se citarán estudios donde se analiza el efecto de algunas intervenciones en esta variable.

En Colombia se han realizado estudios de tipo descriptivo en estudiantes de psicología. Por ejemplo, Gallego (2008) midió los componentes comportamentales y cognoscitivos de las habilidades sociales y encontró que los grupos de semestres avanzados reportaron un mayor dominio en las habilidades sociales al emitir la respuesta y un mayor control de pensamientos ansiosos. El autor plantea que es posible al entrenamiento que reciben los alumnos en diversas materias puede contribuir al desarrollo de HS.

Campo y Martínez (2009) realizaron un estudio para identificar el nivel de habilidades sociales de estudiantes de Psicología donde encontraron que los alumnos de mayor edad obtuvieron mejores niveles de habilidades sociales para interactuar con desconocidos y con personas que les atraen, sin embargo, se identificó la necesidad de mejorar sus habilidades para interactuar con la familia y para hacer y rechazar peticiones al igual que los participantes de menor edad.

Por su parte, Pedraza et al. (2014), realizaron un estudio descriptivo para identificar el nivel de HS que tenían estudiantes de Psicología en la Universidad del Magdalena en Colombia y determinan que estos poseen adecuadas habilidades sociales tanto en aquellas que tienen que ver con el acercamiento a otras personas, como en aquellas que requieren un mayor esfuerzo tales como pedir ayuda, participar, dar instrucciones y disculparse.

En Argentina, Herrera et al. (2012) llevaron a cabo un estudio cuyo propósito fue conocer el repertorio de habilidades sociales en estudiantes de Psicología, así como realizar

una comparación de acuerdo con el grado cursado. Se obtuvo que los alumnos de quinto año tuvieron menores puntajes que los alumnos de ingreso reciente, el 39% de los estudiantes de quinto grado tuvieron un repertorio de HS deficiente.

Hasta aquí los estudios han sido de tipo descriptivo o correlacional, sin embargo, en el rubro de la intervención hay pocos precedentes, entre los cuales se encuentra la intervención planteada por Del Prette et al. (1999), este programa fue de tipo práctico vivencial, en dónde se desarrollaron procedimientos y técnicas de entrenamiento comportamental, reducción de ansiedad, reestructuración cognitiva y solución de problemas. Los resultados obtenidos indicaron que hubo una diferencia en las medias pre y post intervención en el grupo experimental, lo cual no ocurre con el grupo control. Además, se discutió que la intervención puede ser un programa de promoción de desarrollo interpersonal.

Gallego (2009) planteó un programa de intervención en HS para estudiantes de psicología, al igual que Ruiz y Jaramillo (2010), estos programas siguieron los lineamientos del entrenamiento de Vicente Caballo. Las situaciones planteadas en estos entrenamientos son de tipo social, es decir, hasta este punto no hay una intervención específica para situaciones de la consulta psicológica.

En México, por su parte, los estudios de EHS en estudiantes de psicología son innovadores en el campo, debido a la naturaleza de la intervención. Es importante establecer que, en el caso de los siguientes tres estudios citados, en el diseño del EHS se tomó como base teórica a Caballo (2007). Sin embargo, las situaciones presentadas están adaptadas al ámbito terapéutico. Esta adaptación se realizó mediante la recopilación de las situaciones más comunes en la terapia de acuerdo con expertos y su clasificación según las dimensiones teóricas que propone el autor. Es decir, los escenarios considerados en el entrenamiento son

situaciones que se presentan en la terapia psicológica, en las cuales se debe poner en juego la habilidad y competencia social.

Ibáñez et al. (2011) desarrollaron un manual para el entrenamiento de HS y lo utilizaron en el entrenamiento de alumnos de psicología clínica donde el grupo de intervención empleó el manual y el grupo control no. Los resultados no son concluyentes, porque, aunque se obtuvieron diferencias estas no fueron estadísticamente significativas, sin embargo, los autores argumentan que los resultados se movieron de forma cualitativa, y se concluye que dicho manual podría servir como una herramienta en la formación de terapeutas, ya que las situaciones que presenta el manual se presentan en la consulta de manera regular.

Vargas et al. (2011) realizaron un estudio comparativo de entrenamiento en habilidades interpersonales para terapeutas, en el cual se comparó el entrenamiento apoyado por el manual de HS mencionado por Ibáñez et al. (2011) con el curso tradicional del plan curricular de la carrera de Psicología en la Facultad de Estudios Superiores-Iztacala, UNAM. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas, siendo los participantes del grupo de intervención los que obtuvieron mejores puntuaciones en las Escala de Comportamientos Socialmente Apropriados al final de la intervención.

Finalmente, García et al. (2018) realizaron una comparación del efecto de un curso en línea para mejorar las habilidades interpersonales en dos grupos de estudiantes de psicólogos clínicos y de la salud en dos facultades de la Universidad Nacional Autónoma de México. Los resultados mostraron una mejora en las habilidades interpersonales de los participantes en ambos grupos con ligeras diferencias entre ellos en las lecciones en las que mejores puntajes obtienen; en el caso de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala se

destacan ser asertivo, pensar asertivamente y reducir la tensión; mientras que para Facultad de Estudios Superiores Zaragoza se destaca afrontar la crítica.

Teniendo en cuenta los hallazgos de las investigaciones mencionadas, en donde el EHS es una herramienta importante para el desarrollo de competencias profesionales, este trabajo se basó en los hallazgos de los estudios anteriores, ya que las situaciones presentadas en estos están orientadas al quehacer profesional del psicólogo clínico. Las ventajas de que los estudiantes tengan HS son que se les beneficia con una formación integral, con un posible ingreso más rápido al campo laboral y en las relaciones con pares, superiores y subordinados.

Capítulo 3. Competencias

El estudio de las competencias en el proceso de aprendizaje ha sido amplio; es un constructo importante en diferentes áreas, tal es el caso de la formación y el desempeño profesional de psicólogos clínicos. Por ende, en el presente capítulo se habla acerca del concepto y de las competencias que un terapeuta clínico debe poseer.

Concepto de Competencia

El estudio de las competencias ha hecho que el concepto haya evolucionado a lo largo de los años, actualmente, ser competente hace referencia a poder hacer algo que ya se ha hecho o de lo que se tiene conocimiento, además, se debe tener un objetivo o buscar un resultado (Ribes, 2006). El ser competente implica tener la habilidad de realizar algo, pero también satisfacer determinado nivel de criterio o aptitud para poder adaptar la habilidad (Ibáñez y Sancha, 2013; Ribes-Iñesta, 2011).

De acuerdo con Ribes-Iñesta (2011), las competencias se presentan en un determinado campo de acción y de acuerdo con objetivos específicos. Dicho de otra forma, ser competente quiere decir que se puede hacer algo ante un evento o persona determinada, buscando determinados objetivos y que, para lograrlos, debe haber una adaptación del desempeño de acuerdo con las demandas del ambiente. Por ejemplo, en la interacción que puede tener un terapeuta en la primera entrevista con el usuario, el objetivo es conocer el motivo de consulta, realizar la evaluación inicial y el análisis funcional. Sin embargo, la conducta emitida por parte del terapeuta será distinta dependiendo de si el paciente llega en estado de crisis o si llega contenido.

Competencias del Psicólogo Clínico

Ahora bien, la formación del psicólogo implica desarrollar diversas competencias. De acuerdo con Rodolfa et al. (2005), los psicólogos deben desarrollar dos tipos de competencias. Por un lado, competencias generales, las cuales hacen referencia a los conocimientos, habilidades, actitudes y valores que un psicólogo debe poseer y, por otro lado, las competencias específicas, que hacen referencia a lo que los psicólogos hacen en su quehacer profesional. Dentro de las competencias generales se encuentran la reflexión, el conocimiento científico y la metodología, así como las relaciones que se establecen y los estándares éticos y legales. Por su parte, en las competencias específicas se encuentran la evaluación, la intervención, la consulta, la investigación, la supervisión, el aprendizaje, la gestión y administración.

Es necesario considerar que para las prácticas e intervenciones psicoterapéuticas se deben poseer ciertas competencias, entre estas se encuentra la capacidad de responder ante situaciones no previstas, para lo cual se necesitan competencias de psicoterapeuta (Angona et al., 2013). Las cuales de acuerdo con Angona, et al. (2013) incluyen la capacidad de establecer y mantener una relación profesional, la capacidad de facilitar al paciente hablar abierta y libremente, así como la capacidad de tolerar expresiones directas de hostilidad, afectividad, sexualidad y otras emociones, transmitir comprensión empática y confrontar la declaración, comportamiento o afecto de un paciente.

Lo anterior, requiere de la capacidad de solicitar información, mostrar aceptación y desacuerdo, así como la verbalización de emociones negativas y la habilidad de debatir, argumentar y confrontar (Barranca, 2009; Calero-Elvira et al., 2011). Además, para Fernández et al. (2012) estas habilidades son muy importantes en cualquier tipo de terapia,

incluida la cognitivo conductual, ya que estas competencias son fundamentales para el desarrollo de la relación terapéutica y el correcto desarrollo del proceso terapéutico.

Teniendo lo anterior en cuenta, es necesario incorporar asignaturas universitarias para desarrollar competencias de tipo transversal en los futuros psicólogos, específicamente, aquellas que ayudarán al éxito de la terapia. Tal es el caso de la competencia social (Barranca, 2009; Guzmán et al., 2013).

Planteamiento del Problema

Una vez revisada la literatura científica, se pudo establecer que el EHS de estudiantes de psicología es importante dado que el comportamiento socialmente habilidoso debe ser parte de las competencias profesionales de un psicólogo (Rodolfa et al., 2005), por ende, es necesario diseñar, probar y aplicar programas de intervención que desarrollen las habilidades sociales en psicólogos como parte de su formación profesional.

En ese sentido, en México los antecedentes se presentan a partir de 2011 (García et al., 2018; Ibáñez et al., 2011; Vargas et al., 2011), donde se propone realizar este entrenamiento mediante la especialización del entrenamiento enfocándolo al quehacer profesional del psicólogo clínico. Esto debido a que es necesario incluir escenarios de entrenamientos relacionados directamente con el ejercicio profesional y no sólo entrenar estas competencias de manera genérica, ya que en la psicología clínica esto tiene un impacto directo en la relación terapéutica y en los resultados obtenidos en el proceso terapéutico (Fernández, et al., 2012; Angona et al., 2013; Rodolfa, et al., 2013).

Se debe considerar que existen factores que tienen que ver con el proceso de la adquisición de competencias, ya que estas se desarrollan mediante el proceso de formación y la maduración, tal como lo mencionan Gallego (2008), Campos y Martínez (2009) y Herrera et al. (2012) en sus respectivos estudios.

Además, para mejorar el diseño experimental de los estudios previos, es necesario usar grupos de comparación y mediciones pre y post intervención, con el fin de identificar el efecto real del entrenamiento propuesto, así como agregar una variable de morfología similar que proporcione al estudio validez concurrente (Moriana et al. 2015).

Con ello, en el presente trabajo se presenta la aplicación del Entrenamiento de Habilidades Interpersonales para Terapeutas que Inician su Práctica Clínica (García y Rojas, en prensa) con la ayuda del Manual propuesto por estos autores.

Método

A continuación, se presenta la metodología planeada para el presente estudio.

Pregunta de Investigación

¿El resultado del Entrenamiento de habilidades interpersonales para psicólogos que inician su práctica clínica (García y Rojas, en prensa) es diferente entre estudiantes de distintos semestres de Psicología Clínica y de la Salud en la FES Zaragoza?

Objetivo

Comparar el efecto del “Entrenamiento de habilidades interpersonales para psicólogos que inician su práctica clínica” en grupos estudiantes de distintos semestres que cursan el área Psicología Clínica y de la Salud en la FES-Z.

Objetivos Específicos

- Identificar las habilidades interpersonales en el ámbito terapéutico de los participantes antes y después de la intervención.
- Identificar el nivel de competencia para la conducta asertiva de los participantes antes y después de la intervención.
- Comparar el efecto de un entrenamiento en habilidades interpersonales en estudiantes de distintos semestres de Psicología Clínica y de la Salud.

Hipótesis

Habrán diferencias significativas en las habilidades interpersonales entre los grupos de Psicología Clínica y de la Salud en la FES-Z que recibieron el “Entrenamiento de habilidades interpersonales para psicólogos que inician su práctica clínica” en comparación con los que no lo recibieron.

Habrán diferencias significativas en las habilidades interpersonales entre grupos de distintos semestres de Psicología Clínica y de la Salud en la FES-Z entre las mediciones de antes y después del “Entrenamiento de habilidades interpersonales para psicólogos que inician su práctica clínica”.

Las Habilidades Interpersonales de los estudiantes serán semejantes en los grupos que recibieron el entrenamiento independientemente del semestre que cursen.

Participantes

Los participantes fueron alumnos de Psicología Clínica de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza. El muestreo fue de tipo no probabilístico tomado de grupos naturales.

- Criterios de inclusión: Alumnos de Psicología Clínica, alumnos de entre 18 y 23 años. Alumnos que hayan atendido máximo 3 pacientes durante la carrera, para conservar la ingenuidad experimental en el área de psicología clínica.
- Criterios de exclusión: alumnos irregulares que posiblemente hayan adquirido competencia social por el hecho de estar más tiempo expuesto al contacto escolar, alumnos que haya recibido un entrenamiento en habilidades sociales con anterioridad, alumnos con un diagnóstico psiquiátrico.
- Criterios de eliminación: alumnos que no concluyeron el entrenamiento, alumnos que no quisieron continuar con el estudio, alumnos que no contestaron completamente los instrumentos.

Diseño

El diseño del estudio fue cuasiexperimental de grupos relacionados pre y post con grupo control.

Figura 1.

Diseño de la investigación.

Grupo	Medición pre	Intervención	Medición post
Grupo 1: 3° semestre	O1	X	O2
Grupo 2: 5° semestre	O1	X	O2
Grupo 3: 6° semestre	O1	X	O2
Grupo 4: 7° semestre	O1	X	O2
Grupo 5: 5° semestre	O1		O2
Grupo 6: 6° semestre	O1		O2

O1= Medición pre; X= Intervención; O2= Medición post

Variables

Variables Dependientes.

Habilidades sociales del terapeuta.

- ***Definición conceptual:*** Conjunto de comportamientos desplegados por un individuo en un contexto interpersonal, que expresan sus sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos, de una manera apropiada a la situación, respetando estas conductas en los demás. Las habilidades sociales involucran comportamiento verbal y no verbal, cognitivo-afectivo, que participa en la interpretación de las demandas de la situación interpersonal, la autoevaluación del comportamiento requerido en esa situación y el auto monitoreo del desempeño (Ibañez et al. 2011).
- ***Definición operacional:*** Se tomó la puntuación de las subescalas Grado de Malestar y Probabilidad de respuesta de Escala de Habilidades Asertivas Para Terapeutas (Delgado, 2017).

Habilidades sociales.

- ***Definición conceptual:*** Conjunto de conductas emitidas por un individuo en un contexto interpersonal que expresa los sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de ese individuo de un modo adecuado a la situación, respetando esas conductas en los demás, y que generalmente resuelve los problemas inmediatos de la situación, mientras minimiza la probabilidad de futuros problemas (Caballo,2007).
- ***Definición operacional:*** Se tomará la puntuación de las subescalas de Grado de Nerviosismo y Probabilidad de Respuesta del Inventario de competencia para la conducta asertiva (Caballo y Salazar, 2005).

Variable Independiente:**Intervención:**

El Entrenamiento en Habilidades sociales para terapeutas que inician su práctica clínica (García y Rojas, en prensa) tuvo una duración de 12 horas y constó de 21 situaciones que se presentan de manera común en la práctica clínica. A continuación, se describe a detalle el contenido del curso.

Al inicio, se realizó una introducción teórica al curso que tuvo una duración de 60 minutos. En esta parte se abordaron los siguientes temas: Introducción, conceptos básicos, concepto de habilidad social (Caballo, 2007), Concepto de competencia (Ribes, 2011) y las reglas del curso. Posteriormente, se realizó el entrenamiento de las 21 situaciones divididas en 6 módulos.

Figura 2.

Estructura del Entrenamiento de habilidades interpersonales para psicólogos que inician su práctica clínica, (García y Rojas en prensa).

Módulo 1. El inicio y final de la entrevista inicial	
Dimensión teórica: Iniciar, mantener y terminar una conversación	<ul style="list-style-type: none"> • Situaciones <ul style="list-style-type: none"> ○ El usuario llega a su primera entrevista al consultorio ○ El terapeuta explica al usuario los lineamientos de la terapia ○ Hacia el final de la sesión el usuario insiste en seguir platicando
Módulo 2. El usuario tiene comportamientos inapropiados con el terapeuta	
Dimensión teórica: Hacer y rechazar peticiones	<ul style="list-style-type: none"> • Situaciones <ul style="list-style-type: none"> ○ El usuario muestra actitudes de agrado excesivo hacia el terapeuta ○ El usuario hace preguntas personales inapropiadas al terapeuta ○ El usuario se involucra en comportamientos inapropiados (fumar, tirar basura, comer) ○ El usuario solicita información sobre las personas involucradas en el problema
Módulo 3. El terapeuta expresa una opinión de desacuerdo/ contrasta información con el usuario	
Dimensión teórica: Confrontar	<ul style="list-style-type: none"> • Situaciones <ul style="list-style-type: none"> ○ La información que brinda el usuario es contradictoria o inconsistente ○ El usuario manifiesta un desacuerdo ○ El usuario propone metas poco viables
Módulo 4. El terapeuta retroalimenta al usuario para que regule su comportamiento	
Dimensión teórica: Retroalimentación negativa	<ul style="list-style-type: none"> • Situaciones <ul style="list-style-type: none"> ○ Entra una llamada al celular del terapeuta ○ Entra una llamada al celular del usuario cuando no se ha explicitado la regla de uso ○ El usuario utiliza un lenguaje inapropiado (grosero) para referirse a las personas con las que tiene problemas ○ El usuario falta a la sesión sin previo aviso

	<ul style="list-style-type: none"> ○ El usuario se altera cuando se le confronta o contradice ○ El usuario llega tarde a la sesión de manera reiterada ○ El usuario no ha cumplido con la tarea
Módulo 5. Afrontar críticas por parte del usuario	
Dimensión teórica	<ul style="list-style-type: none"> • Situaciones <ul style="list-style-type: none"> ○ El usuario manifiesta desconfianza en la capacidad del terapeuta para ayudarlo ○ El usuario manifiesta la intención de abandonar la terapia ○ El usuario comenta que se siente incómodo con la forma de trabajar
Módulo 6. Manejar situaciones emocionales del usuario	
Dimensión teórica: Involucrarse en conversaciones agradables o desagradables	<ul style="list-style-type: none"> • Situaciones <ul style="list-style-type: none"> ○ Durante la entrevista inicial, el usuario llora reiterada e incontrolablemente

El procedimiento didáctico para cada una de las 21 situaciones está basado en los principios del diseño instruccional de Merrill (2002), el cual tiene cinco fases:

1. **Problematización:** El aprendizaje se promueve cuando el aprendiz se encuentra comprometido con resolver un problema del mundo real. El estudiante será promovido cuando sea capaz de resolver una tarea o problema para completar un módulo y cuando resuelva problemas cada vez más complejos. Este principio se puede ver ejemplificado en la **Figura 3**.
2. **Activación del conocimiento:** Se refiere a la activación de la experiencia previa, es decir, a que el estudiante recuerda, relata, describe o aplica el conocimiento de experiencias pasadas que, además, pueden ser usadas como base para el nuevo conocimiento. Cuando el estudiante no tiene experiencia alguna con el tema, se crea una oportunidad mediante el uso de un esquema, mapa, cuadro o diagrama general,

para que pueda recuperar esa información eventualmente. Este principio se puede ver ejemplificado en la **Figura 4**.

3. Demostración: Se lleva a cabo cuando un experto o modelo expone lo que el aprendiz debe hacer, en lugar de solo brindar la información. La demostración debe ser consistente con la meta ya sea con ejemplos, demostración de un procedimiento, visualización de un proceso o modelado de una conducta. Este principio se puede ver ejemplificado en las **Figuras 5, 6 y 7**.
4. Aplicación: En esta fase el estudiante debe utilizar su nuevo conocimiento o habilidad en la solución de un problema. La práctica debe ser consistente con los objetivos de aprendizaje, como recordar información acerca de la práctica, localizar partes de la práctica, localizar algún elemento y hacer el procedimiento. El estudiante debe ser guiado en la solución de problemas con una apropiada retroalimentación, incluyendo la detección y corrección de errores, además, la tutoría se va desvaneciendo con el tiempo. Finalmente, debe existir una variedad de problemas a resolver, es decir, el estudiante debe tener diferentes oportunidades de resolver el problema. Este principio se puede ver ejemplificado en la **Figura 8**.
5. Integración del conocimiento: En esta fase el estudiante es animado a transferir el conocimiento en su vida cotidiana a través de tres puntos. Observación: el estudiante tiene la oportunidad de demostrar públicamente su nuevo aprendizaje. Reflexión: el estudiante puede reflexionar, discutir y defender su nuevo conocimiento o habilidad. Creación: el estudiante puede crear, inventar y explorar nuevos caminos personales usando su nuevo conocimiento. Este principio se puede ver ejemplificado en la **Figura 9**.

A continuación, se presenta un ejemplo de cada fase con una situación.

Figura 3.

Fase de problematización con la situación 8 del Entrenamiento.

SITUACIÓN 8. La información que brinda el usuario es contradictoria o inconsistente
<p>Objetivo específico. Que el terapeuta sea capaz de cuestionar acerca de alguna inconsistencia en la información por parte del usuario y solicitar al usuario una explicación.</p> <p>Introducción. Una competencia básica del terapeuta es contrastar ideas; y sirve para cotejar información inconsistente o para poner frente al paciente información poco viable. Confrontar en sí mismo suena exigente, pero en el contexto de la terapia no significa pelear o buscar tener la razón. El terapeuta aprenderá a confrontar al paciente cuando hay información contradictoria, cuando no está de acuerdo o cuando propone metas difícilmente alcanzables.</p>

Nota: Retomado del Manual para el entrenamiento de habilidades interpersonales para psicólogos que inician su práctica clínica (García y Rojas, en prensa).

Figura 4.

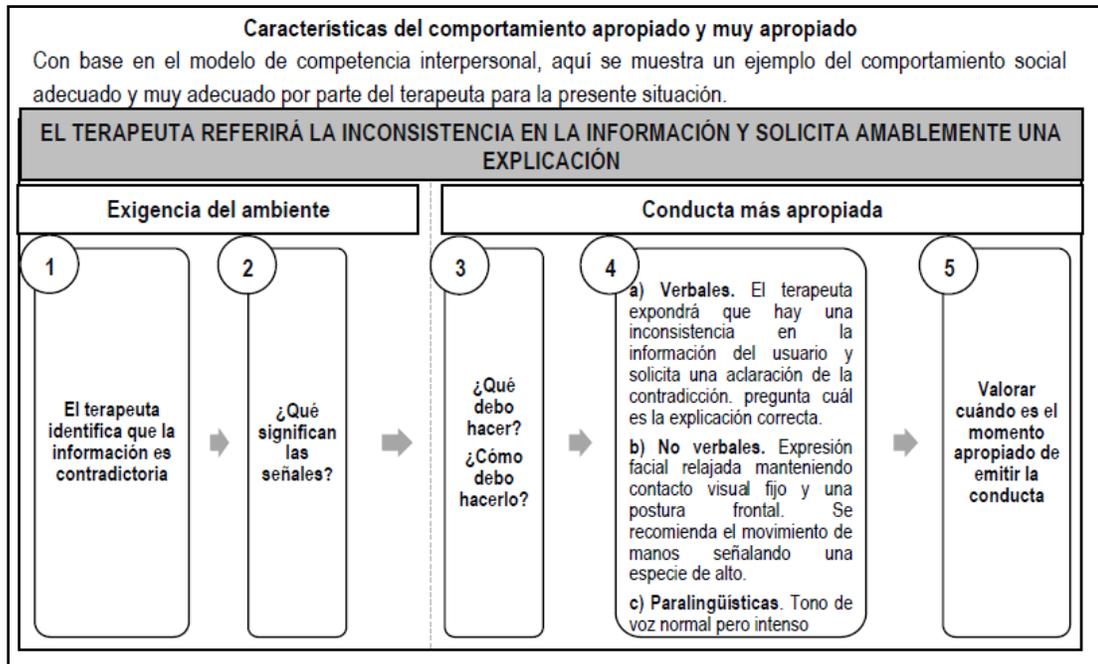
Ejemplo de la fase de la activación del conocimiento previo con una escala de posibles comportamientos en la situación 8 del Entrenamiento.

Escala de posibles comportamientos	
A continuación, se presenta la escala de posibles comportamientos por parte del terapeuta ante dicha situación.	
Aprendizaje esperado. El terapeuta referirá la inconsistencia en la información y solicitará amablemente una explicación	
Escala	Descripción
<i>Muy inapropiado</i>	Se molesta por que el paciente miente y le indica que es su obligación brindar información veraz
<i>Inapropiado</i>	Deja pasar la inconsistencia y no refiere nada al paciente
<i>Apropiado</i>	Refiere que esa información no corresponde, pero no solicita explicación.
<i>Muy apropiado</i>	Refiere que esa información no corresponde y solicita amablemente una explicación al respecto

Nota: Cuadro retomado del Manual para el entrenamiento de habilidades interpersonales para psicólogos que inician su práctica clínica (García y Rojas, en prensa).

Figura 5.

Ejemplo de la fase de demostración con un modelo de competencia interpersonal con las características del comportamiento apropiado y muy apropiado para la situación 8 del Entrenamiento.



Nota: Modelo retomado del Manual para el entrenamiento de habilidades interpersonales para psicólogos que inician su práctica clínica (García y Rojas, en prensa).

Figura 6.

Ejemplo de la fase de modelado en la situación 8.

Video de la situación

A través de este **código QR** tendrá acceso a un video en donde se modela el comportamiento apropiado y muy apropiado de un terapeuta cuando la información que brinda el usuario es contradictoria o inconsistente.

Podrá observar la **conducta no verbal**, las **paralingüísticas** y la **conducta verbal** del terapeuta ante dicha situación. Identifique cada una de las anteriores, de acuerdo con lo presentado en el modelo de competencia interpersonal.



Nota: Código QR retomado del Manual para el entrenamiento de habilidades interpersonales para psicólogos que inician su práctica clínica (García y Rojas, en prensa).

Figura 7.

Fase de modelado mediante un vídeo de la situación 8. La información que brinda el usuario es contradictoria o inconsistente.



Nota: En el vídeo se presenta una situación modelo y se muestra el comportamiento competente, se explican los componentes verbales, no verbales y paralingüísticos de la habilidad social. Capturas tomadas de los videos creados en el proyecto PAPIME 301415 (UNAM, 2015).

Figura 8.

Ejemplo de la fase de la aplicación en la situación 18 (García y Rojas, en prensa).

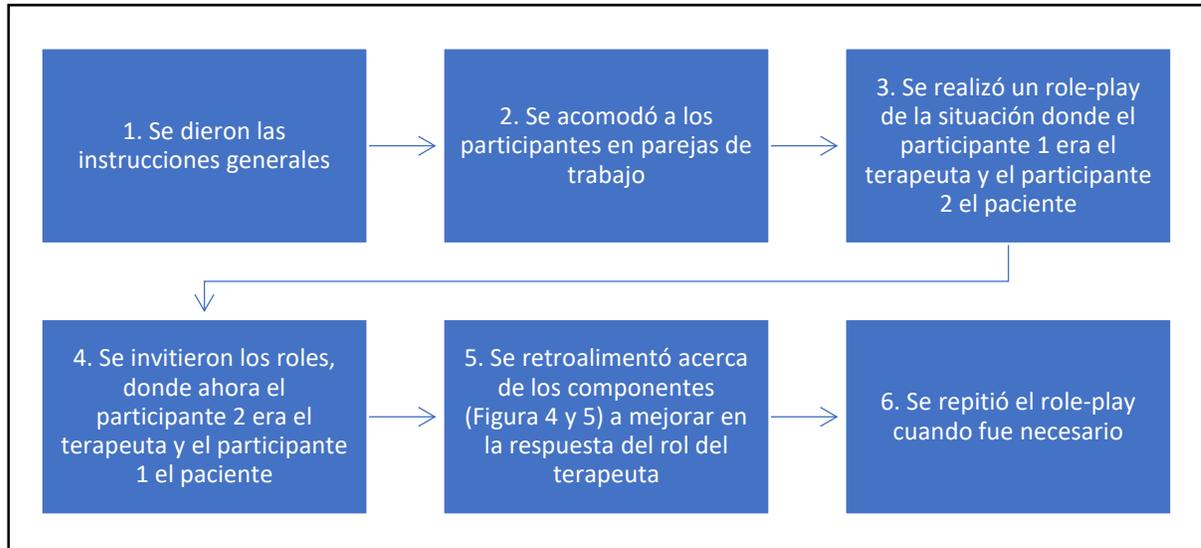


Figura 9.

Ejemplo de la fase de integración con auto registro de la conducta en la situación 8 del Entrenamiento

Auto registro de conducta	
Una vez que ha realizado el juego de roles, evalúe su desempeño con el registro presentado a continuación.	
Situación	La información que brinda el usuario es contradictoria o inconsistente
Descripción	Describa qué hizo para solucionar la situación
Autoevaluación	Comente si la situación quedó solucionada o considera que faltó algo por hacer

Nota: Autoregistro tomado del Manual para el entrenamiento de habilidades interpersonales para psicólogos que inician su práctica clínica (García y Rojas, en prensa).

Instrumentos

- Consentimiento informado (elaboración propia) (**Anexo 1**)
- Ficha de identificación (elaboración propia). (**Anexo 2**)
 - En esta se recopilaron datos sociodemográficos, académicos, familiares y también acerca de la experiencia en la psicoterapia.
- Escala de Habilidades Asertivas Para Terapeutas (Delgado, 2017). (**Anexo 3**)
 - La escala consta de 20 situaciones que se presentan con frecuencia en la consulta clínica. Se conforma de dos subescalas: “el grado de malestar” y la “probabilidad de respuesta”. El Alpha de Cronbach del instrumento original para esta escala es de .893
 - Grado de malestar (TGM en adelante): este concepto es entendido como el grado de malestar que podría provocar al participante la situación que se plantea en cada reactivo. Se compone de una escala tipo Likert con cinco opciones de respuesta que van de 1 a 5, donde los valores son 1= ninguno, 2= un poco, 3= bastante, 4= mucho y 5= muchísimo. El puntaje mínimo que se puede obtener es de 0 y el máximo es de 80. Se esperaba que las puntuaciones fueran bajas al finalizar la intervención.
 - Probabilidad de respuesta (TPR en adelante): entendido como la probabilidad con la que el participante se comportaría ante la situación presentada en cada reactivo. Se tiene una escala tipo Likert con cinco opciones de respuesta que van de 1 a 5, donde los valores son 1= siempre lo hago, 2= habitualmente lo hago, 3= unas veces sí y otras veces no, 4= raramente lo hago y 5= nunca lo hago. El puntaje mínimo

que se puede obtener es de 0 y el máximo es de 80. Se esperaba que las puntuaciones fueran altas al finalizar la intervención.

- Inventario de Competencia para la Conducta Asertiva (Caballo y Salazar, 2005).

(Anexo 4)

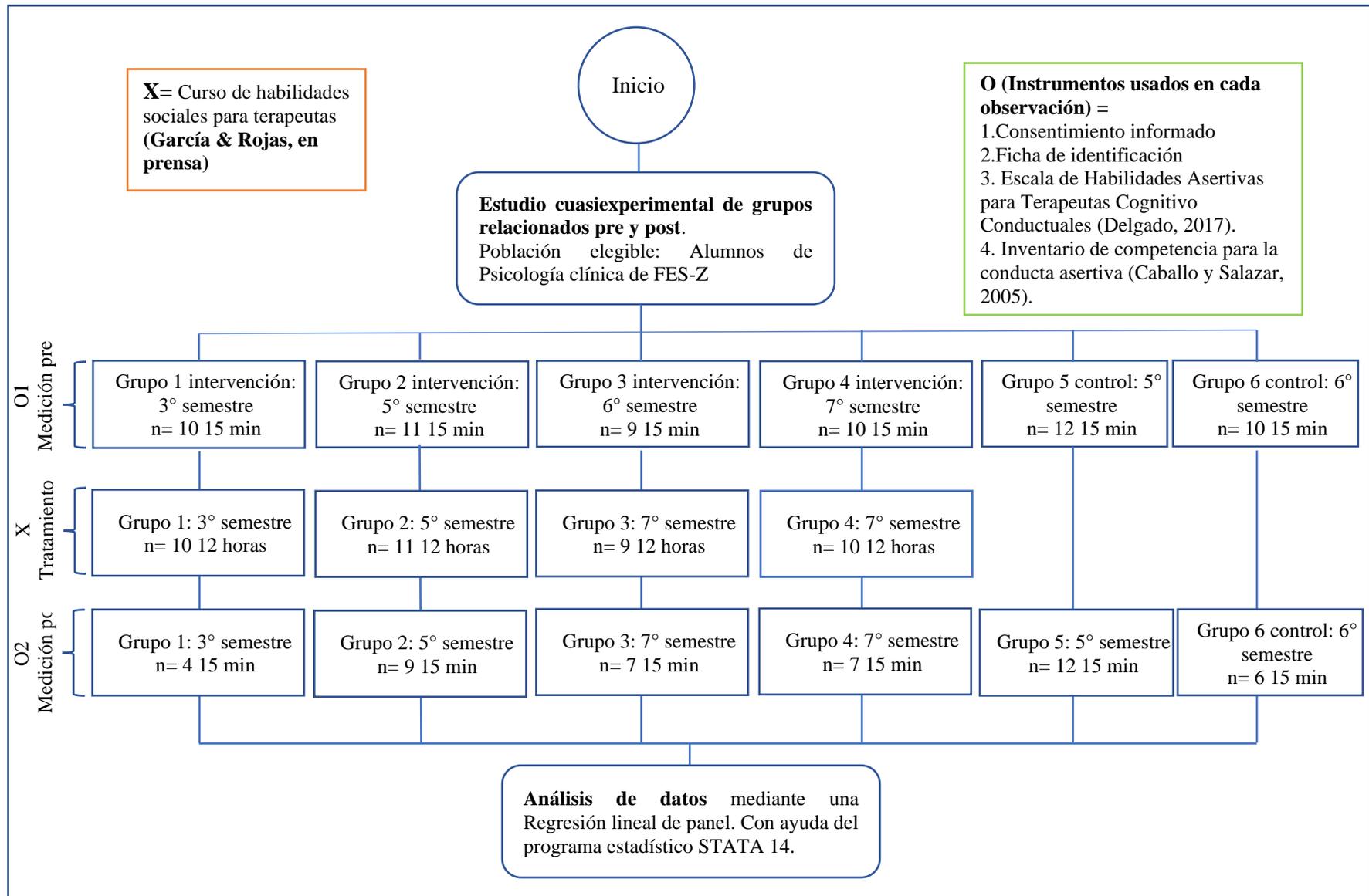
- El instrumento presenta 25 situaciones sociales. Las respuestas se dan en dos dimensiones; por un lado, el “grado de nerviosismo”, y por otro la “probabilidad de respuesta”. El Alpha de Cronbach del instrumento original para esta escala es de .87
 - Grado de nerviosismo (AGM en adelante): escala tipo Likert con cinco opciones de respuesta que van de 1 a 5, donde los valores son 1= ninguno, 2= un poco, 3= bastante, 4= mucho y 5= muchísimo. El puntaje mínimo que se puede obtener es de 24 y el máximo es de 120. Se esperaba que las puntuaciones fueran bajas al finalizar la intervención.
 - Probabilidad de responder (APR en adelante): escala tipo Likert con cinco opciones de respuesta que van de 1 a 5, donde los valores son 1= siempre lo hago, 2= habitualmente lo hago, 3= unas veces sí y otras veces no, 4= raramente lo hago y 5= nunca lo hago. El puntaje mínimo que se puede obtener es de 24 y el máximo es de 120. Se esperaba que las puntuaciones fueran bajas al finalizar la intervención.

Procedimiento

El procedimiento que se siguió en este estudio se muestra en la **Figura 10**. El entrenamiento se realizó en 3 Clínicas Universitarias de Atención a la Salud de la FES Zaragoza (CUAS Aurora, CUAS Tamaulipas y CUAS Los Reyes) y en aulas de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza. En las CUAS el curso se impartió a lo largo de 3 sesiones de 4 horas cada una, mientras que en la FES Zaragoza se impartió en 6 sesiones de 2 horas cada una. El curso se impartió de manera presencial durante las primeras semanas del semestre en curso. Los grupos de la CUAS Aurora, la CUAS Tamaulipas y las FES Zaragoza se reclutaron del 5 al 23 de agosto del 2019; mientras que el grupo de la CUAS Los Reyes se reclutó del 17 al 28 de febrero del 2020. El grupo control recibió el entrenamiento al término de la investigación.

Figura 10.

Procedimiento del estudio.



Resultados

Para las escalas empleadas se realizaron análisis de consistencia interna mediante alpha de Cronbach. En el caso de la Escala de Habilidades Asertivas para Terapeutas Cognitivo Conductuales (Delgado, 2017), la evaluación se realizó para cada subescala y para el Inventario de Competencia para la Conducta Asertiva, la evaluación se hizo para la escala general y las subescalas. Los resultados se muestran en la Tabla 1.

Tabla 1.

Alphas de Cronbach para las escalas utilizadas

Escala	Subescala	α de Cronbach
Escala de Habilidades Asertivas Para Terapeutas (Delgado, 2017).	Grado de Malestar	.8612
	Probabilidad de Respuesta	.8455
	Total	.8709
Inventario de Competencia para la Conducta Asertiva (Caballo y Salazar, 2005).	Grado de nerviosismo	.9204
	Probabilidad de responder	.8161
	Total	.8822

Dado que las alphas encontradas para la escala de conducta asertiva fueron similares que las reportadas por (Caballo y Salazar, 2005), el uso de las subescalas se mantuvo sin modificaciones, en el caso de la escala para terapeutas, se decidió utilizar como indicador el total de cada subescala, ya que el análisis factorial realizado no discriminó los factores propuestos por Delgado, para el total de las subescalas las alphas fueron similares a las reportadas por Delgado (2017).

Participaron 45 alumnos en 6 grupos naturales que correspondieron a un grupo de tercer semestre, dos grupos de quinto, dos grupos de sexto y un grupo de séptimo, 4 grupos recibieron intervención y 2 grupos participaron como control con intervención demorada. La media de la edad general fue de 20.27 con una desviación estándar de .94. En la tabla 2 se

puede apreciar que hay más mujeres que hombres en la muestra total y que las medias de edad son muy parecidas. Sin embargo, puede observarse también que la proporción de participantes por semestre no fue equivalente.

Tabla 2.

Datos descriptivos de la muestra.

Variable	Intervención n= 27	Control n= 18	p
Edad m (d.e)	20.29 (1.06)	20.23 (.75)	0.758
Género n (%)			
Hombre	3 (11.11%)	3 (16.67%)	0.288
Mujer	24 (88.89%)	15 (83.33%)	
Semestre n (%)			
3°	4 (14.81%)	-	0.018
5°	9 (33.33%)	12 (66.67%)	
6°	7 (25.93%)	6 (33.33%)	
7°	7 (25.93%)	-	

Posteriormente se realizaron pruebas Shapiro-Wilk para comprobar el supuesto de normalidad, todas las mediciones de los diferentes grupos fueron simétricos ($p > 0.05$) por lo que se decidió utilizar estadística paramétrica.

En la Tabla 3 se muestran las medias de las subescalas de la Escala de Habilidades Asertivas para Terapeutas Cognitivo Conductuales: Grado de Malestar (TGM en adelante) y Probabilidad de Respuesta (TPR en adelante) de los participantes ordenados por condición y por semestre. Así como de las subescalas del Inventario de competencia para la conducta asertiva: Grado de Nerviosismo (AGM en adelante) y Probabilidad de Responder (APR en adelante). Se esperaba que los puntajes de TGM y AGM disminuyeran y que los de TPR y APR aumentaran en el grupo de intervención en la medición post.

Tabla 3.

Comparación de las puntuaciones obtenidas en escalas de habilidades sociales para terapeutas y asertividad por condición, semestre y tiempo.

	<i>Intervención (n= 27)</i>			<i>Control (n= 18)</i>		
	Pre <i>x</i> (d.e)	Post <i>x</i> (d.e)	p	Pre <i>x</i> (d.e)	Post <i>x</i> (d.e)	p
Grado de malestar de terapeutas (TGM)						
Tercero	26.25 (5.31)	10.25 (7.22)	0.00	-	-	-
Quinto	28.88 (15.91)	18.77 (13.90)	0.02	26 (13.12)	24.58 (10.38)	0.59
Sexto	31.28 (10.53)	16 (9.79)	0.00	21.83 (7.11)	17.83 (11.42)	0.34
Séptimo	31.28 (12.61)	10.71 (8.86)	0.00	-	-	-
n	29.74 (12.12)	14.70 (10.92)	0.00	24.61 (11.42)	22.33 (10.90)	0.29
Probabilidad de respuesta de terapeutas (TPR)						
Tercero	58.5 (12.89)	70.75 (7.88)	0.14	-	-	-
Quinto	54.88 (14.86)	69.77 (6.43)	0.01	50.83 (11.16)	53.66 (12.04)	0.47
Sexto	49.57 (8.34)	66.71 (7.84)	0.00	57.16 (7.52)	59.66 (10.72)	0.60
Séptimo	57.14 (8.80)	69 (8.56)	0.00	-	-	-
n	54.62 (11.49)	68.92 (7.29)	0.00	52.94 (10.33)	55.66 (11.67)	0.36
Grado de malestar asertividad (AGM)						
Tercero	54 (19.61)	46.75 (12.68)	0.21	-	-	-
Quinto	61.22 (22.28)	47.88 (16.69)	0.05	51.16 (11.36)	44.66 (19.04)	0.22
Sexto	67.14 (21.08)	57.57 (19.89)	0.09	51 (9.77)	48.5 (7.09)	0.51
Séptimo	54.14 (13.65)	44 (12.87)	0.16	-	-	-
n	59.85 (19.28)	49.22 (16.17)	0.00	51.77 (10.58)	45.94 (16.22)	0.16
Probabilidad de responder asertividad (APR)						
Tercero	87.5 (15)	97.25 (17.44)	0.03	-	-	-
Quinto	79.88 (12.18)	93.11 (14.42)	0.04	65.33 (9.13)	61.08 (9.22)	0.09
Sexto	72.42 (13.13)	88.14 (15.91)	0.07	72.33 (10.83)	58.16 (6.67)	0.08
Séptimo	77.42 (5.56)	86.57 (11.41)	0.09	-	-	-
n	78.44 (11.91)	90.74 (14.23)	0.00	67.66 (10.00)	60.11 (8.37)	0.01

En la tabla se puede apreciar que, para el Inventario de Habilidades Sociales para terapeutas, los puntajes generales de TGM en el grupo de intervención disminuyeron 15 puntos ($p=0.00$), mientras que en el grupo control disminuyeron únicamente dos puntos ($p=0.29$) con respecto de la medición inicial. Además, se identifica una tendencia a la disminución del GM conforme el semestre incrementa, a excepción de los datos del tercer semestre, pues es el grupo con menor GM después de la intervención.

En el caso de TPR, los puntajes aumentaron 14 puntos ($p=0.00$) en el grupo de intervención tal como se esperaba, mientras que el incremento en el grupo control el aumento fue de menos de tres puntos ($p=0.36$). Al finalizar la intervención no se identificó una tendencia clara en el aumento o disminución de los puntajes con respecto del aumento del semestre. El grupo de intervención con un mayor aumento en la PR fue el de sexto semestre.

Las puntuaciones de los controles tienden a ser menores en todas las subescalas, en el caso de TGM y AGM muestran puntajes esperados, sin embargo, en TPR y APR los puntajes son contrarios a lo esperado, lo cual indica que la HS no está desarrollada como se espera en ambos componentes. Lo cual se puede explicar por posibles variables psicológicas y de formación académica de la muestra.

En las subescalas del Inventario para la conducta asertiva, los puntajes generales de AGM disminuyeron 10 puntos ($p=0.00$) después de la intervención, mientras que el grupo control la disminución fue de 6 puntos ($p=0.16$). En el análisis por semestre se observó que solo el grupo de intervención de sexto semestre tuvo una diferencia significativa. De igual forma no se identifica una tendencia clara al aumento o disminución de la puntuación con respecto del semestre.

Finalmente, los puntajes para la subescala de APR aumentaron 12 puntos ($p=0.00$) en el grupo de intervención, por su parte en el grupo control la disminución fue de 7 puntos ($p=0.01$) con respecto de la primera medición. Los grupos de intervención de tercer y quinto semestre tuvieron diferencias significativas antes y después. En el grupo control se encontró que las puntuaciones se mantuvieron y en un grupo disminuyeron en la segunda medición. Se encontró una tendencia a la disminución de la PR conforme el semestre es mayor.

Para poder analizar el efecto de la intervención sobre las puntuaciones de la pre y post evaluación, se realizaron modelos de regresión lineal de panel ya que este permite identificar las interacciones de las variables, así como ajustar por variables de confusión. Se tomaron las puntuaciones de las escalas TGM, AGM, TPR Y APR como variables dependientes. Mediante una prueba de Hausman, se determinó realizar modelos de efectos aleatorios, las variables independientes para cada modelo, fueron condición (intervención vs control) y tiempo (pre- post) todos los modelos se ajustaron por semestre. Los resultados se muestran en la Tabla 4 y la Tabla 5.

Tabla 4.

Regresión lineal de panel para TGM y TPR en relación con la condición y tiempo ajustadas por semestre

Variable	β	e.e.	p	I.C. 95%
Grado de malestar del terapeuta (TGM)				
Condición				
Control (referencia)				
Intervención	6.95	3.90	0.075	-0.69 - 14.60
Tiempo				
Pre (referencia)				
Post	-2.27	2.38	0.340	-6.95 - 2.40
Condición x tiempo				
Control (referencia)				
Intervención-post	-12.75	3.08	0.000**	-18.80 - -6.71
Semestre				
Tercero (referencia)				
Quinto	6.74	6.01	0.262	-5.04 - 18.53
Sexto	3.89	6.15	0.526	-8.16 - 15.96
Séptimo	2.75	6.50	0.672	-9.99 - 15.49
Probabilidad de respuesta del terapeuta (TPR)				
Condición				
Control (referencia)				
Intervención	0.30	3.46	0.931	-6.49 0 - 7.09
Tiempo				
Pre (referencia)				
Post	2.71	2.61	0.298	-2.40 - 7.85
Condición x tiempo				
Control (referencia)				
Intervención -post	11.57	3.37	0.001**	4.95 - 18.19
Semestre				
Tercero (referencia)				
Quinto	-4.57	5.08	0.368	-14.53 - 5.38
Sexto	-3.54	5.2	0.495	-13.73 - 6.64
Séptimo	-1.55	5.49	0.777	-12.31 - 9.20

p<0.05**

Para TGM se encontró una interacción estadísticamente significativa para condición y tiempo, es decir, las puntuaciones obtenidas fueron distintas entre grupos en la post evaluación ya que disminuyeron. No se encontraron diferencias por semestre, a pesar de la

tendencia identificada que refleja que a mayor semestre menor puntuación en esta escala, a excepción del grupo de tercer semestre.

Por su parte, para TPR se encontró que la interacción entre condición y tiempo fue estadísticamente significativa, es decir, las puntuaciones obtenidas fueron distintas entre grupos en la post evaluación, ya que los puntajes aumentaron. No se encontraron diferencias por semestre, a pesar de la tendencia identificada que refleja que a mayor semestre mayor puntuación para esta escala, con excepción del grupo de tercer semestre.

Tabla 5.

Regresión lineal de panel para AGM y APR en relación con la condición y tiempo ajustadas por semestre

Variable	β	e.e.	p	I.C. 95%	
Grado de malestar asertividad (AGM)					
Condición					
	Control (referencia)				
	Intervención	11.03	5.48	0.044**	0.29 – 21.77
Tiempo					
	Pre (referencia)				
	Post	-5.83	3.68	0.114	-13.06 – 1.39
Condición x tiempo					
	Control (referencia)				
	Intervención-post	-4.79	4.76	0.314	-14.12 – 4.53
Semestre					
	Tercero (referencia)				
	Quinto	5.60	8.28	0.499	-10.63 - 21.85
	Sexto	10.14	8.47	0.231	-6.47 - 26.76
	Séptimo	-1.30	8.95	0.884	-18.85 - 16.24
Probabilidad de respuesta asertividad (APR)					
Condición					
	Control (referencia)				
	Intervención	10.18	3.88	0.009**	2.57 – 17.78
Tiempo					
	Pre (referencia)				
	Post	-7.55	3.18	0.018**	-13.79 – 1.31
Condición x tiempo					
	Control (referencia)				
	Intervención-post	19.85	4.10	0.000**	11.79 - 27.90
Semestre					
	Tercero (referencia)				
	Quinto	-7.69	5.52	0.164	-18.53 - 3.14
	Sexto	-9.74	5.65	0.085	-20.83 - 1.33
	Séptimo	-10.37	5.97	0.082	-22.08 - 1.33

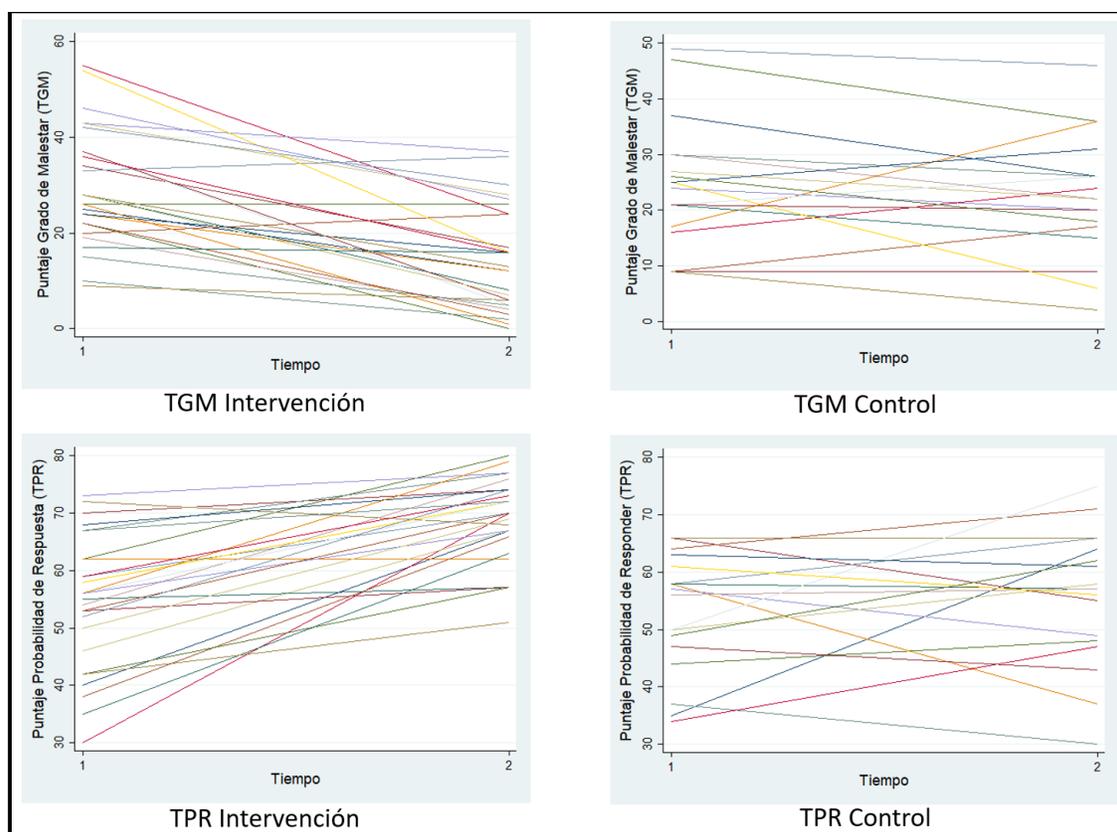
En el modelo para AGM, se encontró que la interacción para condición y tiempo no fue estadísticamente significativa, aunque, las puntuaciones obtenidas fueron distintas entre

grupos en la post evaluación ya que disminuyeron. No se encontraron diferencias por semestre, y no se encuentra una tendencia clara en los puntajes con respecto de esta variable.

En el caso de la subescala APR se encontró que la interacción entre condición y tiempo fue estadísticamente significativa, es decir, las puntuaciones obtenidas fueron distintas entre grupos en la post evaluación, ya que los puntajes aumentaron. No se encontraron diferencias por semestre, a pesar de la tendencia identificada que refleja que a mayor semestre menor puntuación para esta escala.

Figura 11.

Tendencias de los puntajes en TGM y TPR por condición y por tiempo



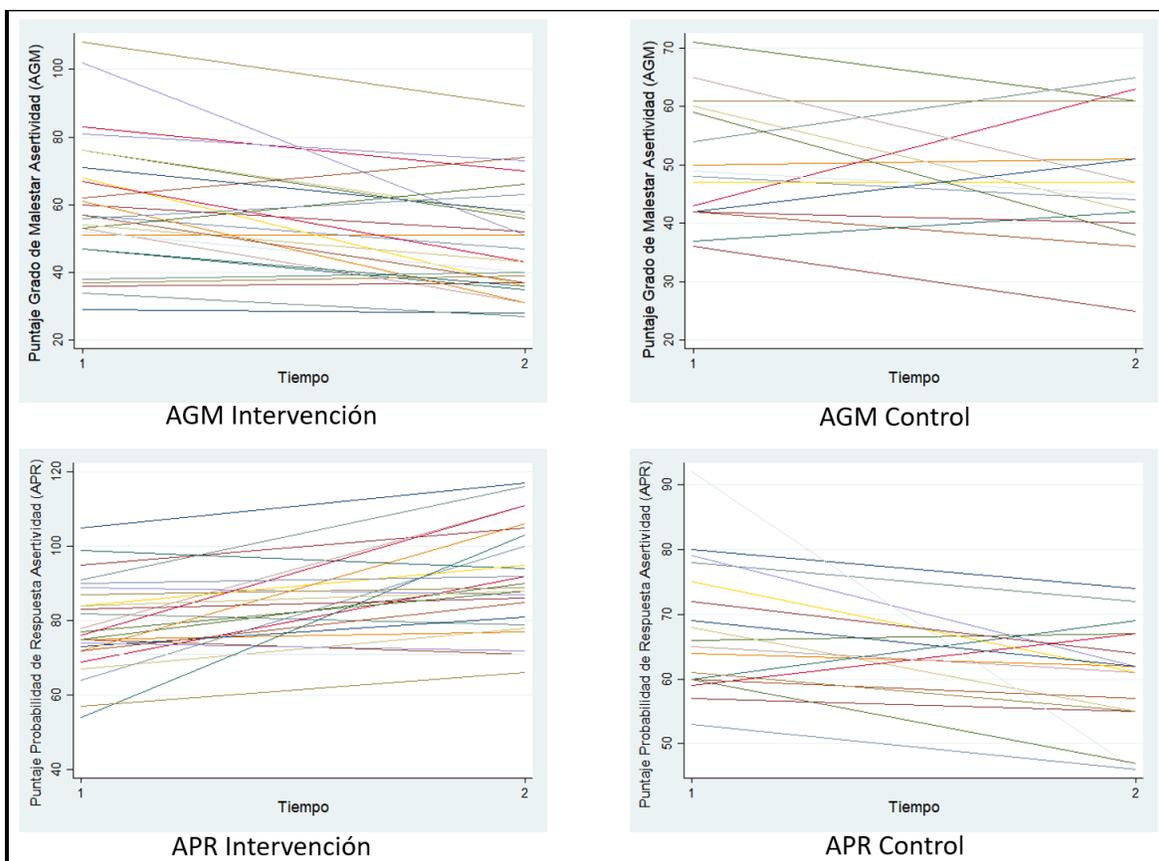
La Figura 11 muestra de manera gráfica los cambios en los puntajes de las escalas que conforman el inventario de Habilidades Sociales para terapeutas, en donde cada línea

representa a un participante. En el grupo de intervención en TGM se observó una disminución en los puntajes de todos los participantes en el tiempo dos (medición post) con respecto del tiempo uno (medición pre). En el grupo control, por el contrario, los puntajes no tienen una tendencia descendente sino aleatoria.

En la escala de TPR se observó una tendencia ascendente en los puntajes del grupo de intervención para el tiempo dos. Mientras que en el grupo control no existió una tendencia determinada.

Figura 12.

Tendencias de los puntajes en AGM y APR por condición y por tiempo



En la Figura 12 se pueden apreciar gráficamente los cambios en los puntajes de las escalas que conforman el inventario de competencia para la conducta asertiva, en donde cada línea

es un participante. En el grupo de intervención en AGM se notó una tendencia a la disminución en los puntajes de todos los participantes en el tiempo dos (medición post) con respecto del tiempo uno (medición pre) sin llegar a ser significativo el cambio. En el grupo control, por el contrario, los puntajes no tienen una tendencia descendente sino aleatoria más que en un solo caso.

En la escala de APR se puede notar que para el grupo de intervención se presentó una tendencia ascendente en los puntajes para el tiempo dos. Mientras que en el grupo control la tendencia fue contraria a lo esperado.

Discusión

El principal objetivo de este trabajo consistió en comparar las diferencias del “Entrenamiento de habilidades interpersonales para psicólogos que inician su práctica clínica” en diferentes grupos de estudiantes de Psicología Clínica y de la Salud, lo cual se realizó mediante la aplicación del entrenamiento en 4 grupos de intervención y dos controles.

Los resultados demuestran la efectividad del curso presencial del “Entrenamiento en habilidades interpersonales en psicólogos que inician su práctica clínica” propuesto por García y Rojas (en prensa), ya que después de la intervención los participantes en el grupo experimental presentaron una mayor probabilidad de responder de comportarse de manera socialmente competente en situaciones dentro de la terapia, así como un menor grado de malestar al responder de esta forma. Esto indica que hubo una mejora en las habilidades sociales de los participantes como consecuencia del entrenamiento y concuerda con lo encontrado en otros estudios realizados (García et al., 2018; Ibáñez et al., 2011; Vargas et al., 2011).

Por otro lado, en el grupo control hubo una mejora en las habilidades sociales, sin embargo, esta fue menor y no significativa. Esto concuerda con lo encontrado por Gallego (2008) acerca de que con el paso del tiempo se reporta un mayor dominio en las habilidades sociales al emitir la respuesta y un mayor control de pensamientos ansiosos.

Lo anterior permite aceptar la hipótesis principal del estudio que señala que hubo diferencias significativas en la medición post intervención en comparación con la medición pre en el grupo de intervención, lo cual fue diferente del grupo control donde no se tuvo una diferencia estadísticamente significativa.

Después de la intervención y tras el análisis de los datos se rechazó la hipótesis que establecía que se presentarían diferencias en las HS entre semestres en las mediciones pre y post. Esto ya que no se encontraron diferencias entre los grupos, en las puntuaciones de las subescalas de la Escala de Habilidades Asertivas Para Terapeutas y las subescalas del Inventario de competencia para la conducta asertiva.

Lo anterior es contrario a lo encontrado por Gallego (2009) y Campo y Martínez (2009) quienes encontraron diferencias entre semestres. Antes del tratamiento, esto podría deberse al tipo de entrenamiento que reciben los estudiantes dependiendo del enfoque de los docentes, además del nivel de implicación con los contenidos académicos. Posterior al tratamiento, las puntuaciones terminaron siendo muy parecidas como resultado de la intervención.

Finalmente, se aceptó la hipótesis que establecía que las HS de los estudiantes serían semejantes independientemente del semestre que curse. Lo cual indica que el curso es efectivo no importando el momento de la formación profesional en el cual se imparte al estudiante.

Los resultados para la variable de habilidades sociales difieren a los obtenidos en los trabajos realizados para comprobar la efectividad de los entrenamientos en habilidades sociales en psicólogos (Del Prette et al., 1999; Gallego, 2009; Ruiz y Jaramillo, 2010). Posterior a la intervención, la probabilidad de que los participantes respondan de manera socialmente competente, ante situaciones de interacción interpersonal cotidiana, incrementó de manera significativa tal como se esperaba.

Sin embargo, aunque el grado de malestar disminuyó, la diferencia no fue la esperada, esto se puede deber a que el presente trabajo está diseñado para entrenar las Habilidades Sociales en el quehacer terapéutico y se esperaba que la evaluación de las habilidades sociales a través del Inventario de Competencia para la Conducta Asertiva proporcionara validez concurrente para los resultados de las escalas de HS en terapeutas, es decir que el curso tuviera el mismo impacto en una variable de morfología similar. Esto, aunado a que la intervención se enfoca principalmente en la parte conductual de la HS puede explicar el cambio no significativo en la subescala de AGM.

Para el Inventario de competencia para la conducta asertiva, el grupo que tuvo una mayor disminución del AGM fue el de quinto semestre, mientras que el que tuvo un mayor aumento en el APR fue el grupo de sexto semestre. Después de la intervención el grupo con menor AGM fue el de séptimo semestre y el grupo con mayor APR fue el de tercer semestre.

Las diferencias con la teoría se pueden explicar como resultado de diversas variables, por ejemplo, el tamaño de la muestra, variables psicológicas en los individuos, las condiciones en las que se impartió el curso y la información que les fue dada a los participantes entre las sesiones. Por ello se recomienda ampliar el tamaño de la muestra y medir variables de índole psicológico. Así como cubrir las limitaciones del presente trabajo como lo son la falta de grupos equivalentes intra y entre grupos, además de realizar seguimientos más allá de la medición post intervención.

Conclusiones

En este trabajo se planeó comparar las diferencias de un entrenamiento en habilidades interpersonales en diferentes grupos de estudiantes de Psicología Clínica y de la Salud. Mediante la metodología descrita y el análisis de datos se obtuvieron las siguientes conclusiones.

El curso presencial del Entrenamiento en habilidades interpersonales en psicólogos que inician su práctica clínica propuesto por García y Rojas (en prensa) es efectivo pues genera mejoras significativas en el comportamiento socialmente competente en las interacciones dentro de la consulta psicológica en alumnos de psicología clínica del grupo de intervención comparados con el grupo control donde la mejoría es mínima.

Considerando estos resultados, el entrenamiento de habilidades interpersonales debería de incluirse en los planes de estudio de la carrera de Psicología, pues permitiría la aceleración de la adquisición de las mismas, las cuales son de vital importancia para el quehacer profesional de los psicólogos clínicos, tanto para la mejora de la relación terapéutica, así como para el logro de los objetivos de la terapia (Barranca, 2009; Calero-Elvira, et al., 2011; Fernández et al., 2012; Angona et al., 2013 y Guzmán, et al., 2013).

Además, gracias al uso de grupos de comparación, así como las mediciones pre y post, los resultados obtenidos pueden ser considerados como confiables ya que el efecto de la intervención se estableció de manera clara. También es importante destacar que debido al uso de una Manual de intervención este estudio se puede replicar para verificar la efectividad de este entrenamiento.

Las habilidades sociales en situaciones cotidianas el comportamiento no mejoraron de la forma esperada debido a que, aunque es una variable de morfología similar la intervención no estaba diseñada para esta.

El entrenamiento es efectivo en cualquier momento y semestre de la carrera en el que sea impartido. Sin embargo, variables tales como la motivación, el rendimiento académico y el compromiso pueden afectar los resultados del entrenamiento en los participantes. Es importante considerar estas variables en estudios futuros. Especialmente, se recomienda realizar un seguimiento meses después de la intervención, así como ampliar la muestra en futuras investigaciones.

Referencias

- Angona, P., Ruiz, I. y Sánchez, F. (2013). Evidencias y Competencias en Psicoterapias. *Revista de La Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 33(118), 301–322. <https://doi.org/10.4321/s0211-57352013000200006>
- Asociación Nacional de Universidades e Instituciones de Educación Superior. (2018). Anuarios estadísticos de educación superior. <https://cutt.ly/Mt8snxE>
- Barranca, J. (2009). Habilidades Clínicas en la Terapia Conductual Tercera Generación. *Clínica y Salud*, 20(2), 109–117. <https://www.redalyc.org/pdf/1806/180613879001.pdf>
- Berenzon, S., Saavedra, N., Medina-Mora, M., Aparicio, V., y Galván, J. (2013). Evaluación del sistema de salud mental en México: ¿hacia dónde encaminar la atención? Investigación original / Original research. *Rev Panam Salud Publica Rev. Panam Salud Publica*, 33(4), 252–258. <https://cutt.ly/ptCVfe9>
- Bermúdez, M. (2010). Diseño, construcción y análisis psicométrico de una escala de competencia social para niños de 3 a 6 años versión padres de familia. *Revista Iberoamericana de Psicología: Ciencia y Tecnología*, 3(1), 49–66. <https://doi.org/10.33881/2011-1786.rip.%x>
- Betina, A. y Contini, N. (2011). Las habilidades sociales en niños y adolescentes. Su importancia en la prevención de trastornos psicopatológicos. *Fundamentos En Humanidades*, XII(23), 159–182. <http://hdl.handle.net/11336/72163>
- Bolsoni-Silva, A., Marturano, E. y Loureiro, S. (2009). Construction and validation of the brazilian questionário de respostas socialmente habilidosas segundo relato de professores (QRSH-PR). *The Spanish Journal of Psychology*, 12(1), 349–359. <https://doi.org/10.1017/S1138741600001748>

- Braz, A., Cómodo, C., del Prette, Z., del Prette, A. y Fontaine, A. (2013). Habilidades sociales e intergeneracionalidad en las relaciones familiares. *Apuntes De Psicología*, 31(1), 77–84. <https://cutt.ly/cr20iv3>
- Bueno, M. R., Durán, M. y Garrido, M. (2013). Entrenamiento en habilidades sociales en estudiantes universitarios de Magisterio de la especialidad de Educación Primaria: un estudio preliminar. *Apuntes de Psicología*, 31(1), 85–91. <https://cutt.ly/rr20i2o>
- Caballo, V. (2007). *Manual de Evaluación y Entrenamiento de las Habilidades Sociales*. Siglo XXI. <https://cideps.com/wp-content/uploads/2015/04/Caballo-V.-Manual-de-evaluación-y-entrenamiento-de-las-habilidades-sociales-ebook.pdf>
- Caballo, V. y Iurrtia, J. (2013). Entrenamiento en habilidades sociales. In *Técnicas de Modificación de Conducta* (p. 784). Psicología Pirámide. <https://www.pdfdrive.com/modificacion-de-la-conducta-e39273252.html>
- Caballo, V., Salazar, I., Iurrtia, M., Olivares, P. y Olivares, J. (2014). Relación de las habilidades sociales con la ansiedad social y los estilos/trastornos de la personalidad. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 22(3), 401–422.
- Caldera, J., Reynoso, O., Angulo-Legaspi, M., Cadena, A. y Ortíz, D. (2018). Habilidades sociales y autoconcepto en estudiantes universitarios de la región Altos Sur de Jalisco, México. *Escritos de Psicología / Psychological Writings*, 11(3), 144–153. <https://doi.org/10.5231/psy.writ.2018.3112>
- Calero-Elvira, A., Froján-Parga, M., Ruiz-Sancho, E. y la Cruz, I. de. (2011). Conducta verbal de terapeutas y pacientes durante la aplicación de los distintos componentes de la

reestructuración cognitiva. *Revista Mexicana de Psicología*, 28(2), 133–150.
<https://www.redalyc.org/pdf/2430/243029631003.pdf>

Campo, L. y Martínez, Y. (2009). Habilidades sociales en estudiantes de psicología de una Universidad privada de la Costa Caribe Colombiana. *Revista Iberoamericana de Psicología: Ciencia y Tecnología*, 2(1), 39–52. <https://doi.org/10.33881/2027-1786.rip.%x>

Carrillo, G. (2015). *Validación de un programa lúdico para la mejora de las habilidades sociales en niños de 9 a 12 años*. <http://digibug.ugr.es/handle/10481/43024>

Castaños, S., Reyes, I., Rivera, S. y Díaz, R. (2011). Estandarización del Inventario de Asertividad de Gambrill y Richey-II. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 1(29), 27–50. https://www.aidep.org/03_ridep/R29/r29art2.pdf

Del Prette, A., del Prette, Z., y Mendes, M. (1999). Habilidades sociales en la formación profesional del psicólogo: Análisis de un programa de intervención. *Psicología Conductual Revista Internacional de Psicología Clínica de La Salud*, 7(1), 27–47.
<https://cutt.ly/Bt8hqZD>

Del Prette, A. y Pereira del Prette, Z. (2013). Programas eficaces de entrenamiento en habilidades sociales basados en métodos vivenciales. *Apuntes de Psicología*, 31(3), 67–76.
<https://cutt.ly/wr20sf4>

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

Duran, S. y Parra, M. (2014). Diversidad Cultural para promover el desarrollo de habilidades sociales en educación superior. *Cultura Educación y Sociedad*, 5(1), 55–67.
<https://cutt.ly/Or20dbJ>

- Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, U. (2010). *Propuesta de modificación al plan y programas de estudio de la licenciatura en psicología (sistema presencial)*.
<https://cutt.ly/PtCBfTd>
- Fernández, O., Herrera, P., Krause, M., Pérez, J., Valdés, N., Vilches, O. y Tomicic, A. (2012). Episodios de Cambio y Estancamiento en Psicoterapia: Características de la comunicación verbal entre pacientes y terapeutas. *Terapia Psicológica*, 30(2), 5–22.
<https://doi.org/10.4067/S0718-48082012000200001>
- Gallego, Ó. (2008). Descripción de las habilidades sociales en estudiantes de psicología de una institución de educación superior. *Revista Iberoamericana de Psicología: Ciencia y Tecnología*, 1, 61–72. <https://doi.org/10.33881/2027-1786.rip.%x>
- Gallego, Ó. (2009). Diseño y pilotaje de un programa de entrenamiento en habilidades sociales para estudiantes de psicología de una universidad privada de Bogotá. *Psychologia. Avances de La Disciplina*, 3(2), 55–80. <https://www.redalyc.org/pdf/2972/297225531003.pdf>
- García, A. (2010). Estudio sobre la asertividad y las habilidades sociales en el alumnado de Educación Social. *XXI : Revista de Educación*, 12, 225–240.
- García, Á., Landa, P. y Serrano, K. (2018). El entrenamiento online de habilidades interpersonales: comparación de dos grupos de estudiantes de psicología clínica. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 21(1), 166–183.
<http://www.revistas.unam.mx/index.php/repi/article/view/64022>
- García, A. y Rojas, M. (en prensa). *Manual para el entrenamiento de habilidades interpersonales en psicólogos que inician su práctica clínica*.

- García, M., Cabanillas, G., Morán, V. y Olaz, F. (2014). Diferencias de género en habilidades sociales en estudiantes universitarios de Argentina. *Anuario Electrónico de Estudios En Comunicación Social "Disertaciones,"* 7(2), 114–135. <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/disertaciones/a.3736>
- Ginzburg, D., Bohn, C., Höfling, V., Weck, F., Clark, D. y Stangier, U. (2012). Treatment specific competence predicts outcome in cognitive therapy for social anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 50(12), 747–752. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2012.09.001>
- Guzmán, R., Riberas, G., Sogas, À. y Boadas, B. (2013). Las habilidades sociales y la entrevista: metodología para la intervención social. *Educación Social. Revista de Intervención Socioeducativa*, 53, 11–24. <https://cutt.ly/8r20k3Y>
- Herrera, A., Freytes, V., López, G. y Olaz, F. O. (2012). Un estudio comparativo sobre las habilidades sociales en estudiantes de psicología. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 12(2), 277–287. <https://www.redalyc.org/pdf/560/56023336010.pdf>
- Herrera, M., Pacheco, P., Palomar, J., y Zavala, D. (2010). La Adicción a Facebook Relacionada con la Baja Autoestima, la Depresión y la Falta de Habilidades Sociales. *Psicología Iberoamericana*, 18(1), 6–18. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=133915936002>
- Holst, I., Galicia, Y., Gómez, G. y Degante, A. (2017). Las habilidades sociales y sus diferencias en estudiantes universitarios. *Vertientes*, 20(2), 22–29. <https://cutt.ly/dt8haIw>
- Ibáñez, C. y Sancha, E. (2013). La evolución del concepto de competencia en la Teoría de la Conducta. *Acta Comportamentalia: Revista Latina de Análisis Del Comportamiento*, 21(3), 377–389.

- Ibáñez, E., Vargas, J., Landa, P. y Olvera, J. (2011). Evaluación De Un Manual De Entrenamiento En Habilidades Interpersonales Para Terapeutas. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 14(4), 384–406. <https://cutt.ly/2t8hdL3>
- Isaza, L. y Henao, G. (2010). El desempeño en habilidades sociales en niños, de dos y tres años de edad, y su relación con los estilos de interacción parental. *Electronic Journal of Research in Education Psychology*, 8(22), 1051–1076. <https://doi.org/10.25115/ejrep.v8i22.1453>
- Marín, M. y León, J. (2001). Entrenamiento en habilidades sociales: un método de enseñanza-aprendizaje para desarrollar las habilidades de comunicación interpersonal en el área de enfermería. *Psicothema*, 13(2), 247–251. <https://cutt.ly/br20bo8>
- Merrill, D. (2002). First principles of instruction. *ETR&D*. 50(3), 43-59. <https://psycnet.apa.org/record/2003-11036-003>
- Morán, V. y Olaz, F. (2014). Instrumentos de evaluación de habilidades sociales en América Latina: un análisis bibliométrico. *Revista de Psicología*, 23(1), 93–105. <https://doi.org/10.5354/0719-0581.2014.32877>
- Moriana, J, Liberman, R., Kopelowicz, A., Luque, B., Cangas, A. y Alós, F. (2015). El entrenamiento en habilidades sociales en la esquizofrenia. *Behavioral Psychology/ Psicología Conductual*, 23(1), 5–24. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5186098>
- Müggenburg, C., Riveros-Rosas, A. y Juárez-García, F. (2016). Entrenamiento en habilidades de comunicación en enfermeras y percepción del paciente que recibe su cuidado. *Enfermería Universitaria*, 13(4), 201–207. <https://doi.org/10.1016/j.reu.2016.08.001>

- Olivares, J., Olivares-Olivares, P., Rosa-Alcázar, A., Montesinos, L. y Macià, D. (2014). The contribution of the therapist's competence in the treatment of adolescents with generalized social phobia. *Psicothema*, 26(4), 483–489. <https://doi.org/10.7334/psicothema2014.69>
- Oyarzún, G., Estrada, C., Pino, E. & Oyarzún, M. (2012). Habilidades sociales y rendimiento académico: Una mirada desde el género. *Acta Colombiana de Psicología*, 15(2), 21–28. <https://cutt.ly/zr20mYB>
- Pedraza, L., Socarras, X., Fragozo, A. y Vergara, M. (2014). Caracterización de las habilidades sociales en estudiante de psicología de una universidad pública del Distrito de Santa Marta. *Tesis Psicológica*, 9(2), 190–201. <https://www.redalyc.org/pdf/1390/139039784013.pdf>
- Ribes, E. (2006). Competencias conductuales: Su pertinencia en la formación y práctica profesional del psicólogo. *Revista Mexicana de Psicología*, 23(1), 19–26. <https://www.redalyc.org/pdf/2430/243020646003.pdf>
- Ribes-Iñesta, E. (2011). *Concepto de competencias: su pertinencia en el desarrollo psicológico y la educación*. 63(1), 33–45. <https://recyt.fecyt.es/index.php/BORDON/article/view/28902>
- Rodolfa, E., Eisman, E., Rehm, L., Bent, R., Nelson, P. y Ritchie, P. (2005). A cube model for competency development: Implications for psychology educators and regulators. *Professional Psychology: Research and Practice*, 36(4), 347–354. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.36.4.347>
- Rodríguez, D., Berenguera, A., Pujol-Ribera, E., Capella, J., Peray, J. y Roma, J. (2013). Identificación de las competencias actuales y futuras de los profesionales de la salud pública. *Gaceta Sanitaria*, 27(5), 388–397. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2012.10.005>

- Rosa, G., Navarro-Segura, L. y López, P. (2014). El aprendizaje de las habilidades sociales en la Universidad. Análisis de una experiencia formativa en los grados de educación social y trabajo social. *Formacion Universitaria*, 7(4), 25–38. <https://doi.org/10.4067/S0718-50062014000400004>
- Ruiz, V. y Jaramillo, E. (2010). Habilidades sociales en estudiantes de psicología de la Universidad Cooperativa de Colombia, sede Montería. *Revista Pensando Psicología*, 6(11), 53–63. <http://198.46.134.239/index.php/pe/article/view/366/370>
- Secretaria de Salud, M. (2013). *Programa de Acción Específico Salud Mental 2013-2018*. Recuperado de https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/11918/Salud_Mental.pdf
- Tapia-Gutiérrez, C. y Cubo-Delgado, S. (2017). Habilidades sociales relevantes: percepciones de múltiples actores educativos. *Magis. Revista Internacional de Investigación En Educación*, 9(19), 133–148. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.m9-19.hsrp>
- UNAM (2015). Mejoramiento en la enseñanza de habilidades prácticas en estudiantes de psicología clínica y de la salud. Una estrategia multimedia de entrenamiento. PAPIME PE-301415.
- Vargas, J., Ibáñez, E. y Landa, P. (2011). Estudio comparativo de entrenamiento en habilidades interpersonales para terapeutas. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 14(3), 117–128. <https://cutt.ly/Kr20Ecy>
- Wagner, M., Pereira, A. y Oliveira, M. (2014). Intervención sobre las dimensiones de la ansiedad social por medio de un programa de entrenamiento en habilidades sociales. *Behavioral Psychology/ Psicología Conductual*, 22(3), 423–440. <https://cutt.ly/Pr20ROs>

Anexos

Anexo 1



Consentimiento informado



Por medio de la presente se le hace una cordial invitación para participar en este estudio realizado por la alumna Dania Elizabeth Florín Florín, perteneciente a la carrera de Psicología de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza. El objetivo de dicho trabajo es “Describir las diferencias en estudiantes de Psicología Clínica de la FES-Z en un programa de entrenamiento en habilidades interpersonales dependiendo del semestre que cursen (3°, 5° y 7°).”

Su participación totalmente anónima y voluntaria. El estudio se divide en tres momentos, la aplicación de cuestionarios (antes y después del curso) con una duración de 15 minutos aproximadamente. Y la participación en el “Curso de habilidades sociales para terapeutas”, el cual tiene una duración de 12 horas efectivas. Está en total libertad de negar o retirar su participación en cualquier momento. La información que nos proporcione es confidencial y únicamente con intereses académicos. Al registrarse, se va a contemplar un número de folio, más no su nombre.

Cualquier pregunta, inquietud, aclaración o comentario respecto a esta investigación, puede preguntarla al aplicador.

¡Muchas gracias!

Acepto participar en esta investigación. Me considero informado y doy mi consentimiento para contestar las preguntas asignadas y realizar las pruebas que se tengan que hacer.

Firma del participante

México, CDMX; a ____ de _____ de 2019.

Anexo 2



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA**



Por favor responde la siguiente ficha de manera sincera, recuerda que los datos proporcionados serán confidenciales y utilizados únicamente para fines de investigación. De preferencia contesta con lápiz.

FICHA DE IDENTIFICACIÓN		
Edad:	Semestre: <input type="checkbox"/> Tercero <input type="checkbox"/> Quinto <input type="checkbox"/> Séptimo	¿Qué áreas has cursado con anterioridad? <input type="checkbox"/> Educativa <input type="checkbox"/> Social <input type="checkbox"/> Organizacional <input type="checkbox"/> Ninguna
¿Has cursado alguna licenciatura con anterioridad? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
Actualmente, ¿cursas una doble licenciatura? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
Género: Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/>	Promedio obtenido en el último semestre:	
Delegación o Municipio:	¿Trabajas? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
	¿En qué trabajas?	
Tipo de familia. <input type="checkbox"/> Nuclear <input type="checkbox"/> Extensa <input type="checkbox"/> Reconstruida <input type="checkbox"/> Monoparental <input type="checkbox"/> Adoptiva		
¿Qué tipo de crianza percibes en tu familia? Autoritaria <input type="checkbox"/> Permisiva <input type="checkbox"/> Democrática <input type="checkbox"/> Negligente		
¿A qué se dedica tu padre?		
¿A qué se dedica tu madre?		
Marca la casilla correspondiente de acuerdo con el nivel académico de tu padre. <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Nivel Básico <input type="checkbox"/> Nivel Medio Superior <input type="checkbox"/> Nivel Superior		
Marca la casilla correspondiente de acuerdo con el nivel académico de tu madre. <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Nivel Básico <input type="checkbox"/> Nivel Medio Superior <input type="checkbox"/> Nivel Superior		

Anexo 3

PARTE I

Es muy frecuente, que al ejercer la profesión de psicólogos clínicos se presenten situaciones que en ocasiones resulta difícil resolver. En las siguientes páginas se enlistan algunas de ellas.

Instrucciones: Este cuestionario está formado por 13 ítems, los cuales debe leer cuidadosamente antes de contestar cada uno.

Cada ítem consta de dos partes: en la primera, responde a la izquierda del ítem, indicando el grado de malestar que te provocaría la situación. Utiliza la escala siguiente para indicar tu grado de malestar:

0 = Ninguno

1 = Un poco

2 = Bastante (ni mucho-ni poco)

3 = Mucho

4 = Muchísimo

En la segunda parte anota a la derecha la probabilidad con la que te comportarías si se te presentara la situación. Utiliza la siguiente escala:

0 = Nunca lo hago

1 = Raramente lo hago

2= Unas veces sí y otras veces no

3 = Habitualmente lo hago

4 = Siempre lo hago

M	Situación	P
	1.- Felicitar al usuario por cumplir con las tareas que ayudan al proceso terapéutico.	
	2.- Interrumpir al usuario cuando habla demasiado sin proporcionar información pertinente	
	3.- Aceptar el posible deseo del usuario de abandonar la terapia.	
	4.- Amonestar al usuario cuando rompe el acuerdo previo sobre faltar a la sesión sin previo aviso.	
	5.- Rechazar actitudes de coqueteo por parte del usuario.	
	6.- Asumir las expresiones de descontento, por parte del usuario, con la forma de llevar la terapia.	
	7.- Finalizar la conversación cuando al término de la sesión el usuario insiste en seguir hablando.	
	8.- Amonestar al usuario cuando rompe el acuerdo previo acerca de no utilizar el celular durante la sesión.	
	9.- Regresar al tema principal de la conversación cuando ésta se ha salido de contexto.	
	10.- Elogiar al usuario por los cambios logrados durante la terapia.	
	11.- Amonestar al usuario, cuando rompe el acuerdo previo, por llegar tarde a la sesión de manera reiterada.	
	12.- Rechazar preguntas personales inapropiadas por parte del usuario.	
	13.- Rechazar la petición de información al usuario, acerca de otras personas involucradas en el problema, para mantener la confidencialidad.	

	14.- Confrontar al usuario cuando la información proporcionada es contradictoria o inconsistente.	
	15.- Agradecer al usuario los comentarios positivos que haga hacia tu trabajo como terapeuta.	
	16.- Expresar molestia cuando el usuario utiliza un lenguaje ofensivo durante la sesión.	
	17.- Requerir al usuario que no utilice un lenguaje ofensivo para referirse a las personas con las que tiene problemas.	
	18.- Hablar abiertamente con el usuario cuando manifiesta desconfianza en tu capacidad para ayudarlo.	
	19.- Amonestar al usuario por no cumplir con las tareas acordadas durante el proceso terapéutico.	
	20.- Finalizar la sesión, rescatar los elementos más importantes de la consulta y despedirse del usuario.	

Anexo 4

PARTE II

Instrucciones. Muchas personas tienen dificultades al comportarse en situaciones sociales e interpersonales que de alguna manera les exigen ser *asertivos*. Por favor, lee cuidadosamente cada una de las situaciones descritas en las siguientes páginas y responde a ellas. En primer lugar, *a la izquierda* de cada ítem, indica el grado de malestar que sentirías si te comportaras como se describe en la situación. Utiliza la escala siguiente para indicar tu grado de malestar:

- 1 = Ninguno
- 2 = Un poco
- 3 = Bastante
- 4 = Mucho
- 5 = Muchísimo

Por ejemplo, si experimentas *bastante* ansiedad cuando pides un favor a alguien cercano, deberías marcar un «3» a la izquierda del ítem número 1. Después de indicar tu grado de malestar en cada uno de los 25 ítems, vuelve a leer la lista por segunda vez e indica a la derecha de cada situación la *probabilidad* con la que te comportarías de esa manera si se te presentara la situación. Utiliza la siguiente escala para indicar tu probabilidad de respuesta:

- 1 = Siempre lo hago
- 2 = Habitualmente lo hago
- 3 = Unas veces sí y otras veces no (mitad-mitad)
- 4 = Raramente lo hago
- 5 = Nunca lo hago

Grado de malestar o nerviosismo	Situación	Probabilidad de respuesta
	1. Pedir un favor a alguien cercano a ti	
	2. Resistir la presión de un vendedor	
	3. Pedir que te atiendan cuando no lo están haciendo (por ejemplo, en un restaurante)	
	4. Empezar conversaciones con otras personas	
	5. Expresar una opinión que difiere de la de la persona con la que estás hablando	
	6. Rechazar la petición de un favor proveniente de un amigo o familiar	
	7. Hacer un cumplido a otra persona	
	8. Llamar la atención a una persona cercana a ti que dice o hace algo que le molesta	
	9. Contestar a una persona que no sabes algo que ella espera que sepas	
	10. Cortar la conversación a un amigo muy hablador	
	11. Quedar para salir con un amigo o conocido	
	12. Pedir a un médico información sobre lo que va mal o por qué tienes que tomar una medicación determinada	
	12. Pedir a un médico información sobre lo que va mal o por qué tienes que tomar una medicación determinada	
	14. Decirle a alguien que te cae bien	
	15. Pedir que te devuelvan algo que has prestado	
	16. Discutir abiertamente con alguien sobre su crítica respecto a algo que has dicho o hecho	
	17. Decírselo a otra persona cuando piensas que ha hecho o está haciendo algo que no es justo	
	18. Pedir a una persona que te está molestando en un lugar público que deje de hacerlo	
	19. Continuar hablando con alguien que no está de acuerdo contigo	
	20. Pedir información cuando la necesitas	
	21. Compartir tus pensamientos y sentimientos personales con un amigo o conocido	
	22. Ofrecer dinero u otra ayuda a un amigo o familiar que lo necesita	
	23. Rechazar una invitación social de un amigo o conocido a la que no quieres asistir	
	24. Insistir en que te den atención médica lo más pronto posible cuando tienes una preocupación por tu salud	
	25. Pedir ayuda a un desconocido cuando la necesitas	