



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

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

**IMPORTANCIA DE LAS HABILIDADES SOCIALES EN LA
PREVENCIÓN DEL BURNOUT EN MÉDICOS**

T E S I N A

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A :

RODRIGO GAYTÁN SÁNCHEZ

JURADO DEL EXAMEN

**DIRECTORA: DRA. GERALDINE STEPHANIE BOUQUET
ESCOBEDO**

ASESOR: DR. RICARDO MEZA TREJO

ASESORA: DRA. ELIZABETH ALVAREZ RAMÍREZ

SINODAL: DRA. MA.DEL REFUGIO CUEVAS MARTÍNEZ

SINODAL: DR. RUBÉN ANDRÉS MIRANDA RODRIGUEZ



CIUDAD DE MÉXICO

JUNIO 2024



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas

Tesis Digitales

Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©

PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Índice

Introducción.....	4
1. Burnout	7
1.1 Antecedentes	7
1.2 Evolución del concepto.....	9
1.3 Diferenciación de conceptos.....	13
1.4 Dimensiones del burnout	16
1.4.1 Agotamiento emocional.....	17
1.4.2 Despersonalización.....	18
1.4.3 Baja realización personal en el trabajo	18
1.5 Fases del burnout.....	19
1.6 Causas del burnout.....	20
1.7 Consecuencias físicas.....	23
1.8 Consecuencias psicológicas	23
1.9 Consecuencias sociales	24
1.10 Consecuencias laborales.....	25
1.11 Prevención y tratamiento del burnout.....	25
1.12 Estudios del burnout en la población de médicos.....	29
2. Habilidades sociales (HHSS)	31
2.1 Antecedentes	31
2.2 Evolución del concepto.....	33
2.3 Importancia de las HHSS	35
2.4 Tipos de HHSS.....	37
2.4.1 Modelo psicosocial básico de habilidades sociales de Argyle y Kendon (1964)	38
2.4.2 Tipología de las HHSS según Goldstein et al. (1980).....	41
A) HHSS básicas.....	41
B) HHSS avanzadas.	42
C) HHSS manejo de sentimientos.	42
D) HHSS alternativas a la agresión.	42
E) HHSS para hacer frente al estrés.	43
F) HHSS de planificación.....	43
2.5 Diferenciación de conceptos.....	45

2.6 Componentes físicos de las HHSS	50
2.6.1 Elementos no verbales de las HHSS.....	51
2.6.2 Elementos paraverbales de las HHSS.....	54
2.6.3 Componentes verbales de las HHSS.	56
2.7 Componentes cognitivos de las HHSS.	58
2.8 Estudios de las HHSS en la población de médicos.	63
2.9 Entrenamiento en HHSS (EHS)	69
2.9.1 El autorregistro.	70
2.9.2 La observación.	71
2.9.3 Las medidas de auto-informe.	72
2.9.4 Reestructuración cognitiva.	72
2.9.5 Ensayo conductual.....	73
2.9.6 Imágenes emotivas racionales.	74
2.9.7 Modelamiento.....	75
2.9.8 Retroalimentación y reforzamiento.	76
2.9.9 Instrucciones/Aleccionamiento.	77
2.9.10 Tareas para casa.....	77
3. Discusión.	79
Referencias	81

Agradecimientos

A la Universidad Nacional Autónoma de México por todo lo que me ha concedido en mis años de preparación profesional, ya sea por medio de conocimientos, experiencias, profesores, compañeros y amigos.

A la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, por contribuir a mi experiencia profesional, su maravilloso plan de estudios, sus instalaciones y el hogar que pude encontrar dentro de sus puertas.

A la Escuela Nacional Preparatoria Gabino Barreda, por despertar en mi el interés por la psicología y el amor hacia sus temas.

A la Dra. Stephanie Bouquet Escobedo por aceptar ser mi directora, aportando su orientación, observaciones y correcciones sumamente puntuales y analíticas, así como su apoyo constante, paciencia y motivación que generó en mi para estar siempre al pendiente, así como formar parte este hermoso proyecto.

Al Dr. Ricardo Meza Trejo por ser mi profesor en el área social, aceptar ser uno de mis asesores y enseñarme temas sumamente trascendentes, no solo para mi formación académica, sino también para mi vida.

A la Dra. Elizabeth Álvarez Ramírez por aceptar ser uno de mis asesores y darle la oportunidad a mi proyecto poniendo su confianza y apoyo en él.

A la Dra. Ma. Del Refugio Cuevas Martínez por aceptar ser parte de mis sinodales y enseñarme de una manera muy amena temas tan complejos como los procesos psicológicos. Aunado a su carisma inspirador para generar un ambiente cálido en sus clases y propiciar en mí una sensación de superación.

Al Dr. Rubén Andrés Miranda Rodríguez por aceptar ser parte de mis sinodales, tener su apoyo, colaboración y disposición de formar parte en un proyecto tan importante para mí.

Dedicatoria

A mis padres quienes han estado desde el inicio de mis logros y me han enseñado a luchar por mis sueños y metas. Aunado a su amor y cariño incondicional que me han brindado durante todo mi crecimiento como ser humano.

A Xiadani García Dosamantes, mi novia quien me ha enseñado a valorar cada instante de mi vida, a ser más constante en mis objetivos y sobre todo mejorar mi expresión emocional.

A mi familia, mis tíos/as, primos/as y sobrinos/as, ellos han sido mi paracaídas en los peores momentos y mi motor en los mejores momentos. Siempre se han mostrado sinceros y solidarios otorgándome su tiempo, apoyo, experiencias y recuerdos inolvidables.

A Héctor Alejandro Yáñez Guzmán, quien desde la prepa ha sido mi amigo, mentor, consejero y compañero de aventuras. De él aprendí a valorar y cuidar una verdadera amistad.

A mis amigos y amigas por siempre sacarme una sonrisa y mantenerse cerca tanto en los mejores como en los peores momentos, además de enseñarme temas tan diversos que jamás hubiera aprendido de otras fuentes.

A la música y el ejercicio por ser mis compañeras en momentos muy difíciles de mi vida y sacar lo mejor de mí para aprender y disfrutar de la vida.

Resumen

Las largas jornadas, el cansancio, sumado al estrés constante al cual se someten los médicos, entre otras características, son situaciones cotidianas en las instituciones mexicanas de salud, ya sea en instituciones públicas o privadas. Con la finalidad de entender los factores de riesgo que acontecen en los médicos de México, aunado a los factores de protección a los cuales pueden recurrir, en el presente trabajo se realiza una descripción detallada del burnout, así como también de las habilidades sociales, y la relación entre ambos. A las circunstancias en las que se produce una disminución de vigor, desmotivación, además de un notable desinterés por el trabajo se denomina burnout. Por su parte, las habilidades sociales son el conjunto de conductas y demás expresiones interactivas hacia y para los demás. El desarrollo de dichas habilidades o no puede determinar el éxito de las relaciones que el individuo tenga. Concretamente, los médicos se enfrentan a diversos problemas. Por ejemplo, el burnout trae consigo problemas de salud, pues de no ser frenado de manera adecuada puede desencadenar alteraciones mentales, inmunológicos, cardiovasculares, dermatológicos, digestivos, entre otros. Otro aspecto significativo es el elevado costo económico que esto genera a las instituciones, debido a bajas laborales, ausencias, accidentes y otros errores perjudiciales a la organización. Por ejemplo, el presente trabajo retoma evidencia que señala que los trabajadores que se encuentran en constante interacción con el público, incluso cuando ésta es cordial, empática y amable, están más expuestos a padecer algún problema de salud mental. Debido a lo anterior, se propone la futura investigación en instituciones mexicanas de salud con estudios al respecto, además, de la implementación de programas de psicoeducación e intervención sobre el burnout y las habilidades sociales. Lo cual puede favorecer los recursos cognitivos para afrontar situaciones de estrés, tener una comunicación asertiva, mejor resolución de conflictos, así como un impacto positivo del autoestima y en las redes de apoyo social de cada uno de los profesionistas.

Introducción

Berenzon-Gorn et al. (2013) señalan que México, al igual que el resto de América Latina, ha sufrido una serie de graves recesiones financieras que han reducido gradualmente el presupuesto sanitario, lo que ha afectado a la cantidad de dinero destinada a la salud mental. Vique-Sánchez y Galindo-Hernández (2021) afirman que México vive una etapa de cambios epidemiológicos en diversos aspectos, siendo los más conocidos el crecimiento de las enfermedades crónico-degenerativas y la reducción de las patologías de origen infeccioso. De manera similar, Basañez (2008) señala que se incluyen las enfermedades mentales, las cuales, por su importante prevalencia en la sociedad, son consideradas como un tema preocupante en términos de salud emocional.

Por si fuera poco, dichas enfermedades generan altos costos económicos y sociales. El Banco Mundial (2020) determina a México como un país con niveles de ingresos medio-altos, con una media de crecimiento anual del 2% entre 1980 y 2018. No obstante, dichos ingresos no se reparten de manera equitativa. Por ello, existen importantes carencias de sectores esenciales: salud, educación, alimentación y servicios básicos. Sumado a esto, Larrea et al. (2020) mencionan que en la actualidad se atraviesa un momento difícil, donde la inseguridad, la violencia, y la pandemia, son grandes preocupaciones de los mexicanos, razón por la cual el miedo, además de la desesperanza se han convertido en situaciones cotidianas propias de su población. Aunado a lo anterior, las instituciones de salud públicas y privadas poseen una sobrecarga de trabajo importante. Campo y Ortegón (2012) explican que los profesionistas que ejercen la medicina presentan altos niveles de estrés, debido a las largas horas de jornada, el cansancio, la falta de rotación, entre otros factores, inciden directamente en la disminución de la calidad de la atención al paciente pudiendo ocasionar deshumanización y accidentes de los

misimos pacientes o a otros compañeros del personal de salud, a esto se le define como burnout. En los médicos, este estado puede provocar depresión, falta de empatía, ansiedad y demás aspectos psicosociales que perjudican sus relaciones laborales, sociales y personales (Plata et al., 2011).

Las instituciones mexicanas de salud pública llevan a cabo un trabajo arduo en cuanto al trato a paciente se refiere. Cote et al. (2021) y SEDESA (2015) mencionan que el cuerpo técnico (médicos, enfermeros, psicólogos, personal administrativo e investigadores) se enfrenta día a día a las adversidades y complicaciones presentes en la realidad mexicana, no solo en las cuestiones de salud, sino también al momento de entablar relaciones laborales, además de sus relaciones sociales en sus centros de trabajo y de estudio para los médicos recién egresados, quienes buscan una oportunidad para ofrecer sus conocimientos y capacidades. Tanto el Gobierno de México (2021) como Thompson (2021) argumentan que el estrés, las largas jornadas, el esfuerzo y la gran demanda de los médicos no es algo nuevo en realidad, aunque ciertamente, a raíz de la pandemia del SARS-COV- II del 2019 en la CDMX se observaron una serie de deficiencias sociales, laborales, familiares y sobre todo en el sistema de salud. Domínguez et al. (2020) proponen que las instituciones de salud necesitan un conocimiento mayor en materia de salud mental. Por un lado, de una psicoeducación de los factores de riesgo del burnout y por otro, a los factores de protección a los que pueden acudir, como las habilidades sociales.

Zamudio-Villareal (2011) argumenta que la salud mental es fundamental para afrontar, sobrellevar y resolver problemas de cualquier índole en el desempeño laboral. Los médicos se enfrentan todos los días a retos y desafíos. Debido a ello, es vital poseer cualidades, conocimientos, aptitudes y pensamientos que sean acordes a los valores la profesión de la medicina, esto según

Núñez-Cortés (2014) refiriéndose a la honestidad con los pacientes, confidencialidad, con el paciente, compromisos y responsabilidad en su labor, justa distribución de recursos, conocimiento científico, mejoramiento en la calidad de la atención, así como el acceso de la atención sanitaria.

Acosta-Fernández et al. (2020) y Navarro-Moya (2019) coinciden y argumentan que se requiere de evaluaciones que permitan determinar si un médico está en condiciones de ingresar, no solo a las residencias médicas, sino también si está preparado para enfrentarse a la realidad que viven los médicos. Esto va más allá de todo el bagaje médico y conocimientos específicos de la ciencia que debe cubrir el perfil del médico. Los autores se refieren a una serie de aspectos importantes: los factores psicosociales. Ello implica tener una adecuada gestión emocional; conocimiento de los riesgos laborales, niveles de seguridad, confianza y motivación propias de cada individuo para superar los obstáculos de las situaciones cotidianas; generar confianza y saber trabajar en equipo. Los ejemplos anteriores, entre muchos otros, son fundamentales para llevar a cabo un trabajo adecuado en el hospital que labore dicho profesional de la salud.

El trabajo en cuestión tiene como meta describir las implicaciones que las habilidades sociales (HHSS) tienen sobre el burnout en los profesionales de la medicina, con la finalidad de reconocer los elementos que, de ser promovidos, provoquen una mejora en su salud mental. A través de dicha información, se pretende tener una perspectiva más holística de las cualidades de un médico al momento de tratar con pacientes, familiares, compañeros de trabajo y por supuesto, sus jefes.

1. Burnout

1.1 Antecedentes

A principios de los años sesenta, el novelista Graham Green, en su obra: *Un caso perdido*, se hace un acercamiento al concepto de burnout, donde señala ejemplos de un estado psicológico de desgaste en el ámbito profesional del protagonista. La trama abarca la vida de un arquitecto europeo, que, harto de su trabajo, deja su vida atrás para mudarse a África con la finalidad de cambiar de aires y alejarse de las molestas situaciones de la ciudad. Una vez instalado, se convierte en un doctor dedicado al tratamiento de la lepra, además de trabajar como voluntario con unos misioneros. De igual modo, Thomas Mann, en 1901, había relatado las vivencias de otro probable caso de burnout en “Los Buddenbrook” cuyo protagonista, debido a los problemas que tiene, termina por destruir la prosperidad de una célebre familia de comerciantes. Sin embargo, Thomas Mann no utilizó el término burnout para describir la situación del protagonista, por lo que la primera referencia directa al burnout fue acuñada por Green, en 1960, alrededor de diez años antes de que el síndrome comenzase a ser estudiado de forma sistemática (Montero-Marín, 2016).

Moreno-Jiménez et al. (2005) relatan el origen del estudio del burnout, remontándose a la década de los setenta, donde en 1974, un médico psiquiatra llamado Herbert Freudenberger postula su artículo, “*Staff burnout*”, en el cual relata su trabajo como trabajador de la *Free Clinic* de Nueva York, allí él estudia los comportamientos de personas con adicciones a los estupefacientes y a otros jóvenes con problemas. A lo largo de un término de 12 a 36 meses, encontró, que gran parte de los empleados adolecían de una carencia paulatina de vitalidad y desinterés por las labores diarias. Ello, los llevó a padecer sensaciones de agotamiento y muchas otras manifestaciones de ansiedad y depresión.

Lo anterior se debía principalmente a la carencia de un horario fijo, un número elevado de horas laborales, un sueldo precario, aunado a unas exigencias sociales altas, donde con frecuencia acontecían muchas tensiones y a menudo se suscitaban conflictos (Leiter, 1991, citado en Hernández-Zamora et al, 2004). Freudenberger describió cómo los participantes del estudio se convierten en individuos más insensibles, irracionales y agresivos con los pacientes, con comportamientos evitativos y cínicos. Con frecuencia responsabilizan al paciente del problema que están experimentando. Al enunciar este comportamiento homogéneo, Freudenberger escogió la misma palabra burnout, la cual en aquella época era empleada para referirse a los efectos del consumo crónico en personas que abusaban de sustancias tóxicas. En los deportes y las artes, era un término muy utilizado para describir a las personas que se esforzaban en su disciplina, pero no lograban los resultados previstos.

Sin embargo, es menester hablar del estrés para comprender el origen del burnout. El estrés laboral, según la Agencia Europea de Seguridad y Salud en el Trabajo (2014) describe al estrés como las exigencias laborales que sobrepasan la capacidad del trabajador para hacerle frente, pudiendo generar reacciones físicas y emocionales nocivas para el mismo trabajador. La evolución de la literatura en las últimas décadas del S. XX dan un origen paulatino al concepto de burnout, pasando por el concepto de estrés, donde se comienzan a estudiar las consecuencias emocionales a largo plazo, aunque es importante resaltar que el burnout no es un sinónimo de estrés. Si bien comparten algunas similitudes, hay diferenciaciones puntuales que diferencian ambos conceptos, ello será mencionado más adelante.

1.2 Evolución del concepto

Cabe señalar que El-Sahili (2015) indica seis momentos clave determinantes para la formación de concepto. El primero hace una mención nosológica por Bradley en 1969, quien en su artículo “*Community bases tratment for Young adult offenders*”, designa con el término burnout a un tipo de estrés que consume energía en los profesionistas en su trabajo. El segundo suceso tiene que ver con la ya mencionada definición propuesta por Freudenberg en 1974, en su artículo “*Staff burnout*”. El tercer momento alude directamente a uno de los mayores exponentes en el tema: Maslach (1976), quien enfocó su interés en desarrollar estrategias para hacer frente a la carga emocional que presentaban algunas personas que trabajaban con atención al público, como cuidadores, médicos, terapeutas, entre otros. El cuarto suceso que marcó la consolidación del burnout tiene que ver con la compleja conceptualización por parte de la comunidad científica, puesto que no existía un consenso en la conceptualización. Gracias a esto, en un periodo temporal que tuvo lugar desde 1976 a 1981, la difusión, el creciente interés, así como la acumulación de teorizaciones y modelos, se fueron diversificando, acaparando la atención de los investigadores y de la misma comunidad interesada en la temática. Esto último, lleva directamente al quinto suceso. Durante los inicios de la década de los ochenta, los estudios, especulaciones y demás modelos se habían esparcido por todo el mundo. Maslach y Jackson (1981) serían las primeras en universalizar el estudio del burnout y así mismo su conceptualización. Mediante un instrumento llamado: “*inventario de burnout de Maslach*”. Finalmente, el sexto hito que marco la historia del burnout, fue identificarlo como un factor universal en cualquier ámbito laboral, más allá de un pequeño sector de la población: los profesionales de la atención médica.

En la actualidad, nuevamente se ha diversificado el concepto dando pie a otras acepciones. Sin ir más lejos, en el idioma español se escribe de diferentes maneras: Burnout, burn-out, *burnout*, burnout y SBO (síndrome de burnout). El término burnout es un término en inglés que quiere decir estar quemado, desgastado, exhausto y perder la ilusión por el trabajo. Según el Diccionario de la Real Academia de Lengua Española (2019), se entiende por “síndrome” al conjunto de síntomas característicos de una enfermedad; entonces el síndrome de burnout corresponde a un tipo de respuesta al estrés, entendido como un desequilibrio entre las demandas y las capacidades para hacer frente a dichas demandas, el cual reúne una serie de signos y síntomas característicos.

Aun así, el término no deja de ser poco claro o ambiguo. Entre sus diferentes conceptualizaciones, destacan el significado como depresión profesional; cansancio laboral, presentismo, insatisfacción, diestrés (utilizado de manera errónea) A parte de las ya mencionadas, existen una serie de definiciones que aluden al burnout con términos más complejos, tales como el síndrome de desgaste profesional (SDP) o también síndrome de desgaste ocupacional (SDO), síndrome de quemarse por el trabajo (SQT) o síndrome del trabajador quemado (STQ). Una de las maneras menos comunes y utilizado de nombrarlo, es la enfermedad de Tomás, propuesto por los médicos españoles Hernández y Gervás (1989), dicha concepción se refiere al protagonista de la novela “La insoportable levedad del ser”. Escrita en 1984 por el poeta y dramaturgo Milan Kundera. En la novela acontece la historia de un hombre y sus dudas existenciales relativas a la vida en pareja, haciendo alusión a conflictos emocionales y relaciones conyugales. La novela relata escenas de la vida cotidiana trazadas con un sentido trascendental que rescata elementos de la filosofía existencialista. La basta manera de nombrar al síndrome es diversa, por ello, la forma de encontrar investigaciones, estudios, libros, instrumentos, etc, tanto en español (en Latinoamérica y en España), como en inglés y francés puede ser diversa. Normalmente se encuentran por los nombres anteriormente mencionados.

Retomando el tema, Martínez (2010) refiere que el concepto de burnout empezó a tener relevancia a partir de 1977, tras una ponencia de Maslach durante una convención de la Asociación Americana de Psicología (APA) en la que empleó el término para hacer referencia al desgaste profesional de las personas que trabajan únicamente en diferentes trabajos relativo a los servicios humanos, que se encuentran en constante interacción con las personas, especialmente personal sanitario y docentes. Por su parte, Maslach y Jackson (1981,1982, citado en Martínez, 2010) definen al burnout como una respuesta extrema al estrés crónico originado expresamente en el ámbito laboral y tiene afectaciones el individuo, incidiendo directamente en algunos aspectos de los ámbitos sociales y organizacionales.

Carlin y Garcés (2010) comentan que, a lo largo del tiempo el concepto evolucionó hacia dos perspectivas distintas: la primera es de carácter clínico, considerada como un estado al que llega el individuo en consecuencia del estrés acumulado al momento de desempeñar las tareas del empleo; el segundo enfoque es psicosocial, este, contempla al concepto más como un fenómeno que surge de la interacción de múltiples esferas, haciendo hincapié en la personal y la profesional. Haciendo un recorrido histórico, Burke (1987, citado en Quiceno & Alpi, 2007) Define el burnout como una forma de afrontar el estrés en el trabajo, caracterizado por sentimientos de aislamiento, desapego emocional, falta de dirección laboral y culpabilidad por la percepción de no haber alcanzado las metas propuestas. En la mayoría de los contextos laborales contemporáneos, según Farber (2000), obtener los mejores efectos en el tiempo mínimo posible y con los mínimos requisitos indispensables para el cumplimiento de la tarea, es una parte necesaria de la naturaleza competitiva del lugar de trabajo. Basándose en estos sucesos, Serrano et al. (2017) y El-Sahili (2015) coinciden en que deben considerarse cuatro factores para explicar cómo comienza y progresa el burnout. En primer lugar, la

necesidad de satisfacer las expectativas de otras personas; en segundo lugar, la rivalidad feroz; en tercer lugar, la necesidad de obtener mayores beneficios económicos; y, por último, la percepción de no haber sido recompensado por los méritos o logros profesionales. En un intento de ampliar la definición de burnout y contrarrestar la inclinación a asociarlo exclusivamente a las carreras de atención al cliente, o a los profesionales de la salud, Maslach y Schaufeli (1993) aceptaron múltiples definiciones basadas en algunos rasgos compartidos, entre los que sobresalen los siguientes: el predominio de los síntomas afectivos o de la conducta, más que los físicos, que suelen manifestarse más externamente. Entre los síntomas disfóricos se señalan, el cansancio mental o emocional, fatiga y depresión. En segundo, los síntomas se manifiestan en personas sanas que no tenían padecimientos mentales previos. Tercero, es clasificado como un síndrome clínico-laboral. Cuarto, se desencadena debido a una situación desadaptativa con relación al concepto de trabajo, ello, conlleva a una disminución del rendimiento laboral junto a la sensación de baja autoestima.

La UNAM (2007) agrega que, por lo general, se acepta que el factor por excelencia que desencadena todo suele ser el excesivo agotamiento emocional (*agotamiento*) que poco a poco, lleva a las personas que lo padecen a una situación de distanciamiento mental y emocional con respecto a sus actividades diarias. Por consiguiente, se tiende a tener la dificultad de atender a las tareas que se encuentran alrededor en tiempo y forma. En el proceso de este distanciamiento ocurre un fenómeno de despersonalización, en dicho proceso, las personas tienden a actuar de manera indiferente con una predominancia de actitudes cínicas hacia las responsabilidades o hacia las personas que demandan la atención de quien lo padece (*cinismo*).

Por el contrario, aquellos investigadores que amplían el síndrome a personas de otros sectores que no se dedican a labores asistenciales, destacan los conocidos y numerosos trabajos de Pines y Aronson (1988) que definen los síntomas del burnout como observables en personas que no laboran en el sector de servicio a la comunidad, sectores sociales y demás sectores de atención al cliente. Cotter y McCormack (2013) mencionan que es visto como un estado físico, emocional y un desgaste mental, a través de una participación a largo plazo en situaciones laborales que son emocionalmente exigentes, por lo que el burnout se asocia directamente con el número de horas de trabajo semanales. Dicho síndrome aparece cuando fallan las estrategias cognitivas que el sujeto posee, más específico cuando estos recursos de afrontamiento fallan ante determinadas situaciones. Las consecuencias para este tipo de afección provocan interferencia en la adecuada atención en los pacientes, faltas frecuentes de trabajo, cinismo, negación de problemáticas, ambientes hostiles, entre otras cosas. Redón (2018) comenta al respecto que no es solo el hecho de conocer cuáles son las causas, sino también, mejorar las condiciones y evitar provocar situaciones que evoquen situaciones desencadenantes de trastornos mentales. Por consiguiente, las soluciones adecuadas deben centrarse en prevenir o reducir las circunstancias laborales insuficientes y precarias, independientemente de la causa: una carga de trabajo excesiva en comparación con la remuneración, tareas administrativas voluminosas o problemas derivados de las tecnologías modernas.

1.3 Diferenciación de conceptos

Como se ha indicado previamente, el concepto empieza a tomar forma en la década de los 70's, con las publicaciones de Freudemberger (1974) (citado en Vila et al., 2012) quien califica el síndrome como “el agotamiento de energía experimentado por los trabajadores cuando se sienten

sobrepasados por los problemas de los demás” (p. 156). Si bien inicialmente se pensaba que el burnout era un síndrome exclusivo de los empleos en el sector servicio, la investigación sobre el tema se ha expandido desde entonces para incluir a personas que trabajan en diversas áreas, siendo de las más usuales las de telemarketing, archivistas, contabilidad, fabricación, estudiantes universitarios, y en efecto, el sector sanitario.

Con frecuencia existe la ambivalencia para delimitar el concepto, inclusive en ocasiones llega ser confundido con otros términos, es por ello, que surge la necesidad de distinguirlo, Leviñanco (2019) señala las siguientes diferencias: la depresión y el burnout presentan tantas similitudes que su delimitación es muy complicada puesto que en ambas existe un cansancio, abandono social y sensaciones negativas en caso de no conseguir el éxito. Leviñanco señala que el burnout es fundamentalmente un estresor social desencadenado por las relaciones entre compañeros, así como las constantes presiones que ejercen las organizaciones. La depresión, por su parte, tiene que ver más con un conjunto de emociones y cogniciones con consecuencias sobre esas relaciones interpersonales. Camarena (2020) indica que investigaciones han demostrado que se correlacionan positivamente y que pacientes que cumplen con los criterios para burnout pueden desarrollar depresión en consecuencia. Algunos puntos de vista señalan que el burnout se asocia con la furia, reacciones iracundas y usualmente confrontativas, mientras que la depresión suele ir de la mano de sentimientos de culpa.

En adición, Zoghbi-Manrique de Lara y Caamiño-Brito (2010) comentan que existe mucha confusión en torno al concepto de alienación, que se define como el hecho de que una persona perciba que posee escasa soltura para realizar una actividad o que sus labores carecen de sentido, mientras que el burnout surge cuando un sujeto siente que tiene demasiada libertad en una actividad

que no puede completar. Debido a lo anterior, es por lo que ambos conceptos difieren: la alienación está influida por criterios organizacionales o profesionales, mientras que en el burnout no es la organización la que determina que el individuo presente sintomatología de burnout, sino la relación que éste tiene con ella.

Por su parte, con respecto a la ansiedad y el burnout, Bresó-Esteves et al. (2019) aseguran que el burnout, tiene una definición un tanto más amplio que el término de ansiedad. El burnout es el resultado de poner un exceso de requisitos sobre las habilidades de la persona, en tanto que la ansiedad de una persona aparece ante la falta de los medios para manejar un problema. Además, Sierra et al. (2003) proporcionan apoyo adicional al dilucidar la distinción entre ansiedad de estado y ansiedad de rasgo, la primera de las cuales refiere a una situación emocional pasajera vinculada a una circunstancia concreta y la segunda a una situación emocional generalmente persistente.

Leviñanco (2019) argumenta que una de las diferencias más notorias entre el burnout y la fatiga física es que la persona se recupera con mayor rapidez de la fatiga, pero no así con el burnout, debido a una situación más prolongada. Seguel y Valenzuela (2014) también señalan que el exceso de actividad física o laboral no siempre está relacionado con el agotamiento o fatiga. Se trata de una condición funcional protectora caracterizada por manifestaciones corporales displacenteras que afectan a los estados emocional y cognitivo de la persona. Es percibido como un cansancio que oscila en duración e intensidad, que puede mitigarse o no con las técnicas de reposo habituales y que requiere una disminución del esmero o la potencia necesarios para llevar a cabo las tareas cotidianas en diversos grados.

Según la FREMAP (2016), existen importantes distinciones entre el estrés y el burnout, aunque ambos se confundan a menudo porque el segundo es el resultado del primero. Por un lado, el burnout se define como un fenómeno que provoca ausencia de dedicación, agotamiento emocional y falta de motivación como efectos primordiales, con un efecto secundario en la disminución de la energía corporal. Por su parte, el estrés se distingue típicamente por un involucramiento excesivo en diversas tareas que causan primordialmente deterioros corporales, cansancio excesivo e hiperactivación emocional.

Es necesario apuntar que el estrés se presenta ante estímulos que lleven a las personas a elevados niveles de estrés. Por ejemplo, una carga de trabajo muy alta o un horario muy demandante, mientras que el burnout puede producirse por una labor que no es necesariamente estresante, pero sí que lo lleve a una desmotivación que inhiba las capacidades de la persona.

1.4 Dimensiones del burnout

Como se mencionó anteriormente, el hecho de que haya tantos incidentes relacionados con el burnout aumenta la atención sobre los trabajos publicados que abordan el tema, esto hace que sea extremadamente difícil diagnosticar los síntomas del burnout. De acuerdo con Aranda et al. (2016) se reconocen una serie de conjuntos de síntomas que impactan negativamente en los afectos y emociones (agotamiento emocional, irascibilidad, enojo), actitudes (impersonales, deshumanizantes, desidia, aversivas), pensamientos (poco entusiasmo por las labores, problemas para prestar atención y escasa realización personal en el empleo), comportamientos (comportamiento desconfiado, paranoico, solitario, uso de sedantes, reclamos frecuentes, ausencias laborales, etc.), inclusive a nivel fisiológico (exhaustividad, problemas de sueño, cefaleas estomacales o musculares, además de fatiga, problemas de presión alta, etc.) de las personas afectadas.

Dicha concepción parte de la idea de que la sintomatología del burnout está presente en mayor medida en aquellos profesionales que trabajan en atención al cliente o en el sector servicio y que según la literatura, se manifiesta en tres dimensiones. Las investigadoras Maslach y Jackson (1981) propusieron la definición sintomática del burnout, también nombrada modelo tridimensional. Las tres dimensiones son la despersonalización, la baja realización personal en las labores del empleo y el agotamiento, cabe destacar que para que se cumpla dicha sintomatología las dimensiones pueden estar presentes al mismo tiempo, o dos, o únicamente una. Más tarde, Maslach y Schaufeli (1993) agregan que las presiones sistemáticas dentro del clima laboral pueden conducir al burnout, cuyas manifestaciones pueden producir un cansancio excesivo, cinismo, sensaciones de ineffectividad, despersonalización en el empleo y una baja realización personal. Diversos autores (Olivares, 2017; Salvador, 2019; Leviñanco, 2019) coinciden en que el modelo tridimensional del burnout de Maslach y Schaufeli es la conceptualización más aceptada. Prueba de lo anterior, es el hecho de estar de acuerdo en definiciones posteriores. Dichas concepciones, parten de la base de por lo menos una, si no es que más de las dimensiones sintomáticas originales propuestas por estas dos autoras, existen y además son revisadas a mayor profundidad.

1.4.1 Agotamiento emocional

Maslach y Jackson (1981), Olivares (2017), López (2017), Schaufeli, y Taris (2014) concluyen que la dimensión más importante del burnout es el agotamiento emocional. Los autores añaden que, el agotamiento emocional es considerado como una reacción al estrés, es decir que el cansancio manifiesta las personas cuando se sienten emocionalmente exhaustas y desbordadas en lo que respecta a su capital emocional, es una respuesta al estrés. Además, guarda relación con otras sensaciones como el desgaste, la pérdida de energía, la extenuación y la fatiga.

Además, de relacionarse directamente con otras sensaciones como el desgaste, la pérdida de energía, la extenuación y la fatiga. En pocas palabras, el agotamiento emocional refiere a la idea propia de tener la incapacidad de ofrecer un incremento de esfuerzo tanto físico como anímico a las personas que se encuentran al rededor.

1.4.2 Despersonalización

Concibe la dimensión número dos del modelo, Maslach y Jackson (1993), López (2017), y Olivares (2017) explican que implica un desarrollo de actitudes negativas, cínicas, impersonales, y respuestas negativas, distantes/frías hacia otras personas, especialmente hacia los clientes, pacientes, usuarios, etc. Dicha interacción genera sentimientos demasiado distantes hacia otras personas, llega a considerarse más peligroso cuando repercute en las acciones que toma la persona en su ámbito laboral. Apiquian (2007) añade que el individuo, trata de distanciarse no sólo de las personas de su entorno social, incluyendo a los miembros del equipo con los que trabaja, mostrándose cínico, irritable, irónico e incluso utilizando a veces apodos o sobre nombres despectivos para nombrar a los demás, tratando de hacerles culpables de sus frustraciones y descenso del rendimiento laboral. Usualmente, se acompaña de un incremento en la irritabilidad y una pérdida de motivación.

1.4.3 Baja realización personal en el trabajo

Olivares (2017) refiere que, en la baja realización personal acontece una menor sensación de valía y competencia, así como también de logro en el trabajo. Con tendencias a autoevaluarse negativamente, particularmente en el trabajo con otras personas. Como consecuencia Maslach y Jackson (1981) y López (2017) explican que, hay una transformación de la eficacia profesional que, en última instancia, deviene de la percepción de incompetencia y carencia tanto de logros como de productividad en el desempeño del puesto de trabajo. Según Apiquian (2007), la falta de éxito

profesional origina una desilusión y sensación de fracaso a las actividades laborales. Se experimentan sentimientos de fracaso personal (falta de competencia, de esfuerzo o conocimientos), carencias de expectativas en el trabajo y una insatisfacción generalizada. A raíz de ello, se generan la impuntualidad, la evitación del trabajo, el ausentismo y el probable abandono de la profesión.

1.5 Fases del burnout

La guía de prevención de riesgos psicosociales en el trabajo (2009); el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (2005); el protocolo de prevención y actuación del burnout (2015) recogen información de las fases, y por las cuales la persona atraviesa para llegar a presentar una sintomatología recurrente. Siguiendo con la perspectiva psicosocial, el proceso de llegar a presentar burnout se divide en cinco etapas o fases: en la primera fase, llamada *fase inicial o de entusiasmo*, la persona que se adentra a un nuevo puesto de trabajo experimenta gran energía en combinación con expectativas positivas, en un inicio sin darle demasiada importancia al hecho de ampliar la jornada laboral.

La segunda *fase de estancamiento* presenta un incumplimiento de las expectativas profesionales, debido a la valoración de las contraprestaciones del trabajo, teniendo una percepción desequilibrada entre el esfuerzo entregado y la recompensa dada. Al mismo tiempo, el desequilibrio percibido genera estrés psicosocial que, de no ser atendido, puede desencadenar un problema de burnout a futuro.

La tercera *fase de frustración*, en el cual el trabajo deja de tener sentido para la persona, se presentan errores en la realización de tareas cotidianas, así mismo, una mala experiencia o un suceso desagradable es un potencial detonante para provocar molestia, rabia o ira originando de esta forma

conflicto con el grupo de trabajo. En esta fase, la salud tanto física como mental, puede empezar a mermar, apareciendo problemas de índole emocional, fisiológico y conductual. En la cuarta *fase de apatía* acontecen una serie de cambios actitudinales y conductuales. Se tiende a tratar a las personas de manera distante o mecánica, existe una disposición cínica de velar por los propios intereses antes que el mejor servicio al cliente, así como un continuo afrontamiento defensivo o evitativo de las tareas estresantes, además del propio ausentismo y/o retrasos laborales.

Finalmente, la *fase de estar quemado* produce un derrumbe sistemático en todo el cuerpo, comenzando por un impacto en el estado mental, pero impactando en el ámbito físico, el psicológico, social, laboral y familiar. La anterior descripción del burnout tiene un carácter cíclico. Repitiéndose en el mismo o diferentes trabajos y en diferentes momentos de la vida laboral.

1.6 Causas del burnout

Según informes de la OIT (2016), los factores de riesgo psicosociales principales que contribuyen al desarrollo del burnout son: la ambigüedad de rol, los cambios organizativos, la violencia, el acoso (*mobbing*), el acoso sexual, las escasas relaciones de apoyo en el trabajo, la sobrecarga de trabajo, y la baja satisfacción laboral. A continuación, se explican a mayor profundidad los conceptos anteriores.

Según Díaz-Fúnez et al. (2016), la ambigüedad de rol es la falta de datos explícitos sobre el rendimiento esperado, los objetivos, cometidos, dirección adecuada, tareas, compromisos y demás características en el trabajo pertinentes. Surge cuando los miembros del personal creen que algunas tareas esenciales para completar una actuación precisa no están claras o faltan instrucciones. Asimismo, como aclaran Moreno-Jiménez y Garrosa (2013) explican que en los cambios

organizativos existen ciclos cortos de trabajo o muy largos de manera casi instantánea, lo que implica un trabajo fragmentado y probablemente una alta incertidumbre. Por el contrario, la falta de variedad en el trabajo (monotonía) y sin sentido produce trabajadores con un bajo uso de habilidades, llevándolos eventualmente a una gran desmotivación.

Por su parte, a partir de la información recabada por Camacho y Mayorga (2017), los actos de abuso, amenazas o agresiones contra las personas que ocurren en el curso de su empleo, proporcionan un riesgo directo o indirecto para la integridad, bienestar o incluso la salud de los trabajadores siendo así la causa fundamental de la violencia. La incivilidad (comportamientos groseros e irrespetuosos) y el abuso emocional (comportamientos agresivos) son dos de los comportamientos que se han clasificado como violentos.

Leymann (1991, citado en Palmero et al. 2018, Blanco y Feldman 2017, y De Pablo 2007) plantean en el caso del acoso (*mobbing*), es visto como un psicoterror en el trabajo caracterizado por un encadenamiento de comportamientos hostiles dirigida por una o varias personas, Asimismo, Leymann sugiere que principalmente el *mobbing* es dirigido hacia un individuo, que es arrastrado a una posición de indefensión, estos actos se producen con frecuencia (prácticamente a diario) a lo largo de un lapso de tiempo prolongado (al menos 24 semanas) y provocan un padecimiento psicológico, físico y social significativo como consecuencia de su constancia y lapso de tiempo. El hostigamiento sexual es otro tipo de acoso, Fitzgerald et al. (1997) argumentan que es producido en el lugar de trabajo y se caracteriza por un comportamiento sexual no deseado que la víctima percibe como hostil, fuera de sus posibilidades o como una situación de peligro para su seguridad.

Bowling (1991, citado en Alonso et al., 2013) comenta que un factor fundamental para afrontar adversidades no solo laborales sino también de índole personal, es contar con una buena base de familiares, amigos, mentores y en general personas que sean de ayuda. El apoyo social es la medida en que se satisfacen las necesidades elementales de los individuos a través de la interrelación social; de manera adyacente, dichas necesidades comprenden conceptos de seguridad, aceptación, pertenencia, apego e identificación. El apoyo social es esencialmente un proceso dinámico en el que una persona recibe apoyo financiero, práctico o psicológico de la red de apoyo a la cual pertenece. Cox y Griffiths (1996, citado en Moreno-Jiménez, 2014) aseguran que, de no ser el caso y no contar con un apoyo social adecuado y tener escasas relaciones de apoyo en el trabajo mencionan, se corre el riesgo de presentar un distanciamiento físico o social. Caracterizado por escasas relaciones con los jefes cuya falta de simpatía trae consigo conflictos interpersonales, con los mismos jefes, compañeros, clientes y subordinados.

Asimismo, Gil-Monte y García-Juesas (2008) identifican que la sobrecarga de trabajo se refiere tanto a la cantidad como a la intensidad de la tarea; en concreto, se refiere a trabajar mucho, con limitaciones de tiempo o en un trabajo que es constantemente exigente. Por un lado, la sobrecarga cualitativa está relacionada con el análisis de la información y la complejidad de la labor. Por su parte, la sobrecarga cuantitativa es el resultado de tener un trabajo excesivo que se debe realizar en un corto periodo temporal.

Por último, Pujol-Cols (2008) refiere que una baja satisfacción laboral es el nivel de desagrado que tienen los trabajadores por su labor, además del hecho de no sentirse a gusto en el ambiente laboral. Emerge tanto de procesos emocionales como cognitivos, a través de los cuales el sujeto evalúa su experiencia en el trabajo. La causa por excelencia que desarrolla con mayores probabilidades el burnout es el estrés relacionado con el trabajo.

Dichos factores son un indicador bastante factible de la aparición de síntomas físicos, psicológicos, sociales y organizaciones que afectan tanto de manera intra como interpersonal, es sin duda, una enfermedad multidimensional que puede desencadenar en otras patologías mucho más severas. Aris (2009) menciona que el proceso del burnout no es fijo, ya que depende de la persona, así como de su contexto. Siguiendo esta misma línea, el burnout no aparece así sin más, sino que forma parte de un proceso que emerge gradualmente determinado por el aprendizaje laboral y diversos sucesos personales. Oliver-Hernández (1993) comenta al respecto que no hay situaciones propiamente difíciles o estresantes, sino que dependen tanto de las características de la persona (aspectos físicos y de su historia personal) como del contexto social, sin embargo, la repercusión en mayor medida será interpretada por la persona.

1.7 Consecuencias físicas

Como sintomatología, Tonon (2004); Shirom (2005); Campo y Ortegón (2012) identifican alteraciones físicas como complicaciones respiratorias, alteraciones gastrointestinales, dolor de cabeza, dolores musculares, taquicardias, hipertensión. Así mismo, existe una disminución de la energía percibida por las personas, además, debido a la cantidad de energía necesaria para mantener tales niveles de atención, concentración, estrés y demás actividades, el sistema inmunológico decae, teniendo consecuencias que varían desde resfriados frecuentes hasta la aparición de alergias y alteraciones cutáneas.

1.8 Consecuencias psicológicas

Quiceno y Vinaccia (2007), y Medina (2000), mencionan que las personas pueden presentar múltiples problemas que impacten de manera negativa su salud emocional. Se perciben sensaciones de apatía, sentimientos de soledad, conductas violentas tanto físicas como verbales,

estados de impotencia, frustración, episodios depresivos, sentimientos de culpa, alienación, aburrimiento, insomnio, consumo de sustancias lícitas e ilícitas, incremento de actividades para escapar de la realidad, mayor ingesta de alimentos, ansiedad e irritabilidad.

Por su parte, Gil-Monte (2003) establece cuatro categorías para las consecuencias personales. El primero es la identificación emocional, en la que el individuo utiliza técnicas de distanciamiento afectivo para apartarse emocionalmente de la circunstancia que le provoca sensaciones de aislamiento, alienación, miedo inespecífico, ineptitud e insuficiencia. El segundo grupo reconoce las tendencias agresivas, los problemas de conducta y la presencia de cambios bruscos de humor, son aquellos que establecen las clasificaciones del comportamiento, ésta, identifica la visibilidad de cambios bruscos de humor y comportamientos agresivos (destacan la alta frecuencia de gritos, enfados y explosiones desproporcionadas de ira). La tercera categoría establece las clasificaciones somáticas, donde existe una gran cantidad de sintomatología, mencionándose únicamente como ejemplo al insomnio, las alteraciones sexuales y jaquecas. Por último, está la categoría de las actitudes, establecidas por el desarrollo de actitudes negativas, cínicas, apáticas, hostiles frente a principalmente todos los ámbitos laborales, pudiendo afectar a las relaciones sociales de cualquier tipo.

1.9 Consecuencias sociales

Cabe resaltar que las consecuencias que el síndrome traen consigo son grandes. Marrau (2009) menciona que las implicaciones no solo son en términos de costos para la organización, sino también ejerce una influencia directa en todos los aspectos de la vida, trayendo consigo una decadencia en la salud y relaciones interpersonales de los trabajadores. Dichas relaciones repercuten en la familia, amigos, compañeros de trabajo, y demás personas que rodean el medio social, puesto

que la persona que lo padece dirige sus pensamientos hacia lo negativo mostrándose pesimista. En las relaciones más cercanas se evidencia que los conflictos en el trabajo inciden de manera directa en el ámbito personal, concretamente en la familia, esto se debe a que la persona afectada pasa menos tiempo con los suyos, además tiende a padecer comportamientos explosivos y cambios de humor repentinos. También, se encontró que estas personas suelen tener un círculo social cercano muy reducido, ya que se aíslan socialmente. Por ello, es importante prever las situaciones lo más que se pueda y si la situación ya está presente intervenir para posteriormente remediarlo.

1.10 Consecuencias laborales

En cuanto a las cuestiones laborales, Campo y Ortegón (2012) mencionan que predominan un aumento de actitudes negativas hacia las personas que se atiende o se les brinda el servicio, así como a los mismos compañeros. Consecutivamente, se da una disminución de la calidad y cantidad de trabajo, insatisfacción laboral, bajos niveles de compromiso, ausentismo, llegadas tardías, cansancio excesivo. Por lo que estos factores pueden propiciar un mayor número de accidentes laborales.

En el campo de las organizaciones, los mandos medios que trabajen en los puestos de recursos humanos deben implementar campañas de información de este fenómeno, trabajar en propuestas que sean preventivas de riesgos, colaborar para evitar dichos conflictos, realizando así una correcta intervención.

1.11 Prevención y tratamiento del burnout

Las notas técnica NTP 704 y 705 del (INSHT) Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (2005; 2006) así como la aportación de Pérez-Jauregui (2018) describen las medidas para prevenir el burnout. Dichas medidas se pueden encuadrar en tres niveles distintos de actuación. Es una clasificación orientativa, es decir son conductas y actitudes recopiladas que pueden servir como

medidas precautorias para evitar la aparición del burnout como punto de referencia dónde se deben centrar las actuaciones. En primera instancia, deben centrarse aquellas acciones organizativas, posteriormente, aquellas interpersonales que regulen interacciones entre los individuos, por último, se clasifican aquellas conductas que se centran en el trabajador de manera personal.

Sin embargo, es importante resaltar que todas las acciones preventivas que se exponen deben ser implementadas desde y por la empresa. La INSHT (2005;2006) plantea que, a nivel organizativo, se deben poseer las siguientes cuestiones: realizar la identificación y calificación de riesgos psicosociales, modificando aquellas condiciones específicas y circunstancias que promueven el comienzo del burnout. Para ello es necesario crear programas que integren un trabajo de ajuste entre los objetivos de la empresa y los percibidos por el individuo. Esto debe lograrse, mediante un principio de mecanismos de retroalimentación o *feedback* del resultado del trabajo. Una vez implementada la retroalimentación, los avances del trabajo en conjunto con los demás será crucial para el beneficio de la organización. Sin embargo, para que esto se logre es necesario otorgar un espacio adecuado para tener un aprendizaje continuo y con ello, obtener un trabajo constante y eficiente.

Para conseguir lo anterior, Chiavenato (2019) menciona que es necesario aumentar el nivel de motivación en los trabajadores, ello se consigue con autonomía en la realización de una labor y control del trabajo. Para ello, es importante descentralizar la toma de decisiones, disponer del análisis y la concreción de los puestos de trabajo, evitando errores y conflictos de roles. Entonces, es esencial definir objetivos claros para el actuar de los profesionales. La manera de evitar dichos conflictos es la proposición de líneas claras de dirección y responsabilidad, una vez establecidas, tiene que residir una clara definición de competencias y responsabilidades.

Además, Chiavenato (2019) explica que es decisivo alcanzar un diseño óptimo de los derechos y obligaciones propias de la actividad laboral, es decir, un organigrama apto. También es prioritario regular las demandas en lo referente a la carga de trabajo, adecuarla a una modalidad que no sea tan apremiante ni tan austero. Para ello, Pérez-Bustamante y Sáenz (2009) añaden que se deben mejorar las redes de comunicación y causar la participación en las empresas, ello ayudará a fomentar la colaboración en vez de la competitividad.

La INSHT (2005;2006) y Pérez-Jauregui (2018) coinciden en que la organización, suelen poseer exigencias que sobrepasan la capacidad del trabajador. Una iniciativa que ayuda a disminuir dichas exigencias es, proveer la impartición de horarios flexibles. Algo importante a considerar es el fomentar y desarrollar procesos de promoción claros para la posterior difusión de información sobre ellos, así como crear círculos de asistencia con la finalidad de aprender a gestionar la ansiedad y la angustia (en caso de que el foco de riesgo se retire inevitablemente); también debe procurarse salvaguardar la integridad del personal mediante el correcto asesoramiento de especialistas dentro de la plantilla. Además, hay que anunciar a los trabajadores de los servicios que ofrecen las empresas. Y, por último, suministrar a los trabajadores los materiales adecuados para alcanzar los objetivos de encargo.

En un sentido interpersonal, Pérez-Jauregui (2018) menciona que es necesario incrementar los lazos entre los trabajadores, promover, así como mejorar el trabajo en equipo y así, evitar el trabajo solitario. Formar a los trabajadores en estrategias de colaboración/cooperación grupal. Para ello se recomienda crear y ejercitar grupos de apoyo, ello promueve y traza el apoyo social en el trabajo, con la finalidad de discutir la relación entre los individuos y el trabajo. De ser necesario, los mandos directivos e intermedios supervisan y entrenan a su personal de manera aceptable y con una

interpretación apta. Para ello, se realiza un adiestramiento en HHSS, después de conseguirlo, se deben generar sistemas democráticos-participativos en el trabajo. Una vez realizado lo anterior, se implementa una dinámica grupal para incrementar el control del trabajador sobre las demandas psicológicas del puesto. Finalmente, se recomienda crear trabajos de supervisión laboral (en grupos) a los trabajadores.

Por último, Pérez-Jauregui (2018) y Chiavenato (2019) afirman que en un sentido individual al momento de realizar un trabajo es necesario tener una clara orientación profesional. Como primera instancia, es menester tener en cuenta la heterogeneidad de las tareas y la rotación en las mismas. Es esencial formarse en la identificación, en la discriminación y solución de problemas. Se debe tener en cuenta, que los trabajos en muchos aspectos son estresantes y pueden incidir en uno, para evitar esto, es prioritario entrenar en la gestión tanto de la ansiedad como del estrés en situaciones inevitables de relación interpersonal. Además, el manejo de la distancia emocional con las personas es importante, para así sostener un equilibrio entre la sobreimplicación e indiferencia. Para poseer una adecuada relación con los compañeros y clientes, es necesario mejorar las dotes de comunicación y negociación. Establecer programas de supervisión laboral profesional de manera individual. Trabajar la retroalimentación, reconociendo adecuadamente las actividades finalizadas.

De forma complementaria, Leviñanco (2019) propone un conjunto de tácticas necesarias para proteger y otorgar más poder al trabajador. Asimismo, destaca la importancia de los objetivos terapéuticos. Para ello, es necesario replantear y reordenar los escenarios conflictivos para transformarlos y llegar a dar soluciones factibles, a esto se le conoce como:

reestructuración cognitiva. Además de lo anterior, se deben de entrenar las estrategias de autorregulación, como manejo adecuado del tiempo o la obtención de mejores HHSS; métodos de disolución de conflictos; adquisición de estrategias de descanso, como yoga y relajación muscular. Son ejemplos de una serie de mecanismos de afrontamiento para dotar a una persona.

Según Sánchez (2013), las relaciones sociales, el sentimiento de afiliación, o de pertenecer a un grupo, son una de las principales necesidades de la persona, por ende, la falta de su existencia puede incidir en la aparición del burnout. Dado lo anterior, se entiende que, a mayor presencia ante un grupo, mayor es la satisfacción personal aparente. Dicho trabajo, argumenta que mejores las redes de apoyo serán aquellos generados a partir de la empatía, cuidado, amor y confianza.

Gómez (2015) describe que el ramo de la medicina es una actividad de gran importancia en el desarrollo de cualquier sociedad, por lo cual, es necesario reflexionar sobre cuanto ocurre en ella, el actor principal es esta actividad es el médico, es especial aquel que se encuentra en formación, pues este debe asumir una serie de tareas, planes académicos y actividades a desarrollar para construir su propio aprendizaje. La formación de este, implican habilidades intelectuales y emocionales que la facilitan o la inhiben.

1.12 Estudios del burnout en la población de médicos.

En un primer estudio elaborado por Zis et al. (2014) sugieren que, en uno de los más grandes hospitales de Grecia, los 263 médicos residentes que participaron en el estudio se encuentran con altos niveles de burnout. Se utilizó el *Maslach Burnout Inventory* (MBI) para medir los niveles y dimensiones del síndrome. La ventaja de dicho estudio es que únicamente se centra en los residentes logrando cubrir una serie de veinticinco especialidades. Arrojando una tasa de: 134 participantes

(51.0%) que presentaron altos niveles en al menos una de las tres dimensiones, 48 participantes (18.3%) en al menos dos dimensiones y 13 personas (4.9%) en las tres dimensiones. Pese a que únicamente se limita a un estudio de un hospital en la población griega, los índices de burnout son alarmantes a considerar.

El segundo estudio, llevado a cabo en España por Ramírez et al. (2019) en el que participaron 119 residentes de hospitales del área sureste de Madrid. Se encontraron que la prevalencia del burnout se encuentra en un 29.4%. A sí mismo, los hallazgos de la investigación indicaron que ser mujer era el único factor vinculado a una mayor predominancia de burnout. Sin embargo, se descubrieron factores vinculados a la dimensión de despersonalización. No destacan factores relacionados a las dimensiones de realización personal ni de agotamiento emocional. Se constata que estar en los últimos años de residencia es considerado un factor protector frente a la obtención de una elevada prevalencia de despersonalización, mientras que tener personas a cargo supone un riesgo.

Finalmente, un tercer estudio, realizado por Terrones-Rodríguez et al. (2015) en el estado de Durango, México, arrojó con base en los datos de 116 residentes, una prevalencia del 89.66% en el burnout, donde los afectados en una dimensión, fueron del 48.28 %, en dos dimensiones el 35.34% y en las tres dimensiones el 6.03 %. En las tres dimensiones, el agotamiento emocional alto fue del 41.38 % alta despersonalización en el 54.31 % y baja realización personal en el 41.38 %. Se concluye que la prevalencia se encuentra por arriba de la reportada, (con respecto a los antecedentes revisados en dicho estudio). Los efectos más comunes fueron la despersonalización, después el cansancio emocional y, por último, la realización personal.

El problema que presenta el burnout se encuentra en diversas partes del mundo, siendo cada vez más frecuente en los ámbitos hospitalarios y de salud. Por ello, Mendoza (2014) menciona que son primordiales contemplar sus características, mismas que serán importantes para el presente estudio. Por ejemplo, la carga de trabajo se relaciona con la dimensión emocional, debido a ello es importante que un médico cuente con unos adecuados niveles de IE, HHSS, empatía y demás recursos, ya que el médico deberá tomar decisiones vitales que conlleven, además de su conocimiento científico, su sentir propio, del paciente, familiares y la sociedad a la que pertenece. A sí mismo, el adecuado manejo emocional, aunado los factores de protección como el apoyo social, manejo del estrés entre otros, impedirá en el mejor de los casos, un desarrollo del burnout a lo largo de la carrera profesional y de la propia vida personal del personal de salud.

2. Habilidades sociales (HHSS)

2.1 Antecedentes

A lo largo de toda su historia, el ser humano ha experimentado un largo proceso de socialización, que lo ha llevado a enfrentarse a adversidades y obstáculos. El proceso mediante el cual las personas adquieren valores, ideologías, roles, leyes y actitudes a través del aprendizaje se conoce como socialización. Este proceso se basa en el momento sociohistórico en el que están inmersos y es facilitado por una variedad de factores de socialización, incluyendo la familia, los amigos o compañeros, los medios de difusión, las instituciones de culto, formativas y de ocio, por mencionar algunos ejemplos (Arnett, 1995; Simkim & Becerra, 2013).

Para entender el fenómeno de las habilidades sociales (HHSS) es necesario comprender que no parte de un modelo único, ni tampoco de un paradigma psicológico que lo defina de manera universal y única. El constructo, ha sido elaborado a lo largo de la historia teniendo en cuenta preceptos remotos que actualmente pueden entrar dentro del concepto de HHSS. Sus orígenes surgen de la perspectiva de la psicología social, con el estudio de Philips (1985); (citado en Mendo-Lázaro et al, 2016), donde se analizan diversos aspectos de la conducta en niños, aspectos que hoy día se pueden considerar dentro del campo de las habilidades sociales. Aunque, ciertamente desde los años 30's estudios como los de Willians en 1937 (citado en Ovejero, 1990) señala el desarrollo social en niños, identificando principalmente, lo que hoy día se conoce como asertividad, la cual comprende elementos como la simpatía, búsqueda de la aprobación social, la responsabilidad, entre otros elementos. Por su parte, Murphy y Newcomb en 1937 (citado en Ovejero, 1990), proponen la distinción de dos clases de asertividad: una socialmente asertiva y la otra socialmente molesta y ofensiva. Autores diversos con un enfoque mentalista explicaron que la socialización de los infantes se da mayormente a partir de diversas variables teniendo, menor relevancia las variables sociales externas. Destacan los estudios de Jack en 1934 (citado en Ovejero, 1990) sobre la conducta ascendente, entendida como la dominancia que tienen los niños preescolares. Esto es, ser contundente y tener un interés personal, persistente, perseverante. Adicionalmente, los estudios de Page en 1936 continúan su trabajo comprendiendo que las conductas dominantes pueden ser aprendidas por los niños, concluyendo así que una conducta sumisa puede ser corregida. Sin embargo, la particularidad de todos estos trabajos es que eran cognitivistas, meramente se explica la conducta social del niño mediante variables internas, sin tomar en cuenta el ambiente y contexto. Ya en la década de los 50's Sullivan 1953, sigue un modelo interpersonal de la personalidad y de habilidades sociales, de acuerdo con el autor, defendía que el concepto de personalidad existe gracias

al contexto de las relaciones interpersonales, más que la satisfacción de impulsos como mencionaba Freud. La estimación del yo dependerá directamente de la retroalimentación social, originada a su vez por la calidad de la interacción satisfactoria entre los individuos. Por otro lado, al ver que las HHSS se manifestaban a través de conductas Argyle y Kendom (1967) en la universidad de Oxford concibieron un modelo de competencia social basado en la similitud entre la conducta social y las habilidades motoras. Más adelante se incorporó al modelo, la pertinencia de las señales no verbales Argyle (1975). Gracias a estudios más pragmáticos, desarrollados dentro de la psicología social, estudios como los de Dunkin y Biddle (1976) hablan de la *microenseñanza*, entendida como la capacitación profesional a los docentes a través de la práctica programada de las habilidades necesarias para desempeñar adecuadamente sus tareas. Gil y Sarria (1985) añaden que dichas enseñanzas, posteriormente pasan a ser inculcadas a los alumnos. Michelson et al. (1987) complementan, mencionando que además de los programas de adquisición de HHSS mediante la *microenseñanza* surgen nuevos aportes mediante la mejora de habilidades de comunicación y de habilidades interpersonales.

2.2 Evolución del concepto

Las investigaciones anteriores, dan pie a la formulación del concepto de HHSS, sin embargo, existen una considerable cantidad de estudios, que abarcan diferentes finalidades y objetivos que no se relacionan con la presente investigación. Por ello, es primordial desglosar la evolución de dicho concepto. Según Ibarra (2020) Cada persona posee una distinta formación cultural, con sus respectivas convicciones, aptitudes y posturas, por lo tanto, no es factible asignar una concepción generalizada al constituyente de las HHSS. Debido al componente social implicado, el mismo término adoptará diversas interpretaciones. Entre muchas otras cuestiones, las HHSS, son inherentes

a los seres humanos. Para bien o para mal, ellas, forman parte, en un gran porcentaje, de la personalidad de los individuos. Michelson et al. (1987) mencionan que las habilidades sociales, utilizadas en interacciones interpersonales, son eficaces cuando existen un gran repertorio de comportamientos sociales, de esta manera, tienden a provocar reforzamientos positivos, dando de manera general consecuencias positivas. Dichas habilidades sociales, preparan al individuo para la participación competente y eficaz en diversos aspectos de la interacción humana.

La evolución de la terminología de HHSS, se dio sistemáticamente, aun así, existen una serie de coincidencias en la definición de sus términos dadas por diversos autores. La mayoría de los autores coincide en que las habilidades sociales son expresiones del individuo en forma de conductas, sentimientos, deseos, emociones, derechos y obligaciones que los orienta a una interacción con los demás y que, a su vez, garantice una adecuada comunicación en un determinado contexto, además de existir con la finalidad de cumplir objetivos específicos. (Alberti & Emmons, 1978; Caballo, 1986; Goldstein et al., 1987; Hargie et al., 1988; Hersen & Bellack, 1977; Lineham, 1984; Rich & Shoeder, 1976; Rimm, 1974; Peñafiel & Serrano, 2010; Philips, 1978; Wolpe, 1977).

Los HHSS son acciones verbales y no verbales presentes y visibles que pueden suscitarse en diversos contextos cuando las personas se relacionan entre sí. Por otra parte, las HHSS son reacciones determinadas, ya que el contexto particular de la interacción y los patrones que intervienen en ella determinan su eficacia. En la mayoría de los casos, se obtienen a través del aprendizaje, son circunstanciales o se derivan de una instrucción especializada. Para adaptar un comportamiento a las exigencias del entorno deben tomarse en consideración las habilidades de la persona que se dan en cada entorno en el que se demuestra esa HHSS. En consecuencia, es

imperativo modificar la conducta en función de los resultados deseados y las circunstancias del momento, huyendo de la aplicación de patrones de comportamiento recurrentes y estereotipados. (Caballo, 2007; Gil-Rodríguez, et al., 1991; Monjas-Casares & González-Moreno, 1998).

Otras definiciones dadas por Monjaras y González, (1998) apuntan a la implicación de un desarrollo social que le permiten al individuo, adaptarse a su medio, así como en la relación a lograr una autonomía e independencia personal para desenvolverse por sí mismo de manera correcta, adecuada y eficaz con respecto a las relaciones interpersonales.

De manera adyacente, no puede haber una manera correcta de comportarse que sea aplicable en todos los contextos, sino una serie de enfoques que determinan la aceptación de la conducta o no de acuerdo con cada individuo, además de la sociedad a la que pertenece. En consecuencia, es posible que dos personas actúen de forma distinta en la misma circunstancia y, sin embargo, encuentren una solución, o que un individuo se comporte de forma distinta en circunstancias comparables y ante una sociedad determinada, sea considerado como una HHSS (Caballo, 2007).

2.3 Importancia de las HHSS

La vida del ser humano está compuesta por un interminable número de redes sociales, de ahí radica la pertinencia de afianzar, reforzar y conservar dichas redes de apoyo. Buendía et al. (2013) mencionan que ser habilidosos socialmente implica una facilitación y mejora de las relaciones entre pares, evitando el aislamiento, baja aceptación social, el rechazo social y numerosos problemas de salud mental como los que mencionan Pereira y Espada (2010) en los que destacan el trastorno de la personalidad límite, trastornos de estado de ánimo, ansiedad,

fobias, esquizofrenia, entre otros. Además, poseer HHSS aumenta la probabilidad de conseguir aquellas metas, objetivos y expectativas que se desean cuando se interactúa con los demás.

Torres (2014) menciona que disponer de HHSS proporciona en las personas muchas ventajas, siendo la primera de ellas la flexibilidad para elegir si se utilizan o no, la confianza en las circunstancias sociales, la capacidad para reconocer y proteger los propios derechos. Lo anterior, repercute directa y satisfactoriamente en la autoestima del individuo, lo que se traduce en una mejora del equilibrio mental y, en consecuencia, del bienestar subjetivo. En segundo lugar, se presenta una correlación favorable entre la HHSS y el aprovechamiento en el aprendizaje escolar. Según Martínez et al. (2010), reafirman que los niños que tienen conexiones interpersonales positivas, estables y saludables obtienen mejores resultados académicos, lo que a su vez mejora el rendimiento escolar. En consecuencia, es visible la relación de las HHSS en la influencia en el éxito académico de la persona.

Desde la perspectiva de Monjas (2002), las relaciones sociales cumplen con una serie de funciones. Destacan el autoconocimiento y el de los demás, debido a lo anterior, la persona es capaz de tener un autocontrol y una regulación constante de la propia conducta en función de la retroalimentación que recibe de los demás. También, destacan el desarrollo de determinados aspectos del conocimiento social y determinadas conductas, habilidades y estrategias, como lo son la reciprocidad, empatía, habilidades de adopción de roles (reconocimiento de diversas perspectivas); intercambio en el control de la relación; colaboración y cooperación; estrategias sociales de negociación de acuerdos. Siguiendo con la perspectiva de Monjas, una persona segura de sí misma y de lo que es capaz de hacer, además de sus limitantes, puede fungir como un gran apoyo emocional y fuente de disfrute para los demás siendo tanto una fuente inspiración como una de aprendizaje en las relaciones interpersonales, incluyendo aspectos que van desde la moral hasta un rol sexual.

En consecuencia, Argyle (1990) señaló que poseer vínculos interpersonales positivos mejora la salud general, incluido el bienestar mental y físico. En línea con este razonamiento, autores como Bijstra et al. (1994) (citado en Garalgordobll & Durá, 2006) y Martínez et al. (2010) confirman que fomentar conexiones sociales saludables incrementa la autoestima, lo que a su vez produce serenidad y paz mental en el individuo. Por lo tanto, el impacto sobre la autoestima y el bienestar general aumenta con la cantidad de contactos sociales positivos. Asimismo, la rivalidad en la sociedad desempeña un papel esencial en la eficiencia y eficiencia del individuo. Además, la sensación de logro de un individuo, según la literatura, está más estrechamente asociada a sus HHSS que a sus capacidades cerebrales e intelectuales.

En tanto, el comportamiento socialmente inepto tiene una serie de efectos perjudiciales, como una escasa aceptación o rechazo por parte de la sociedad (Rapee et al. 2009), inadaptación psicológica (Matiensen et al. 2009; Vieno et al. 2008) y comportamiento antisocial (Cummings et al. 2008). Como resultado, un funcionamiento social inadaptado puede tener un impacto negativo tanto en el desarrollo de individuos sociales, como en la salud personal.

2.4 Tipos de HHSS

Aunque el concepto tenga diversas posturas, Ovejero (1990) postula que, dependiendo de la corriente, si es americana se opta por un punto de vista mayoritariamente clínico o si la corriente es europea, se observa en mayor medida desde una perspectiva psicosocial. Ovejero explica que existen acepciones, delimitaciones, características y apartados del concepto, las cuales varían dependiendo del contexto, la cultura, los canales de comunicación, la conducta y una infinidad de variables sociales e individuales.

2.4.1 Modelo psicosocial básico de habilidades sociales de Argyle y Kendon (1964)

Chamaya-Altamirano (2017) describe que en Europa en los años 60's las perspectivas psicosociales comenzaron a tener un impacto a raíz su aplicación en las organizaciones. El enfoque de procesamiento de la información, en el que se toma como analogía la relación hombre-máquina, aplicado a su vez a la relación hombre-hombre. Surge entonces el modelo psicosocial básico de HHSS de Argyle y Kendon (1967).

Dicho modelo actúa en función del rol en el que participa el individuo, las conductas motoras, los procesos de percepción y cognitivos que emplea. La tesis es la siguiente: las habilidades necesarias para que un individuo utilice un artefacto o equipo de trabajo (analogía hombre-máquina) se hacen extensibles al uso de habilidades que permiten a las personas crear una adecuada relación laboral y profesional con los demás, cumpliendo la analogía hombre-hombre. Las semejanzas entre la interacción social y las habilidades motrices se representan con un círculo cerrado que incluye una serie de procesos:

En el primer proceso se encuentran los *Fines de actuación hábil*. Consiste en alcanzar metas u objetivos bien definidos; segundo proceso, la *percepción selectiva de señales sociales de los demás*. Un participante (A) observa las señales sociales que percibe de su interacción con un participante (B). Como ejemplo, un profesional de la salud (A) observa la expresión facial de un paciente (B) cuando le comunica un diagnóstico; tercer proceso, los *procesos centrales de traducción*, se asignan una significación concreta a la información que recibe el uno del otro. El participante (A) le da una significación específica a dichas señales del participante (B). Ejemplo, el profesional de la salud (A) cree que el paciente (B) se encuentra decaído; posteriormente, en cuarto lugar, se encuentra la *planificación*. En esta parte, existe una búsqueda y una valoración de una/s

alternativa/s de actuación que se consideran eficientes en una situación determinada. El participante (A) planifica sus acciones, con base en las diversas alternativas, valorando sus respectivas ventajas y desventajas de cada una de ellas. Ejemplo, el profesional de la salud (A) considera la probabilidad de dar ánimos, o emplear alguna de tantas técnicas terapéuticas que considere pertinente; el quinto proceso, se refiere a las *respuestas motrices o de actuación*. El participante (A) ejecuta la opción que más le parece adecuada al contexto. Ejemplo, el profesional de la salud resta gravedad al asunto y da ánimos al paciente (B); sexto proceso, *feedback y acción correctiva*. La actuación del participante (A) es simultáneamente además de una conducta, una señal para que el participante (B) ponga en marcha todos los procesos anteriormente mencionados, proporcionando así información de su acción inicial o dar por cerrado el circuito de interacción. Cualquier fallo dará lugar a un “corto circuito” en el sistema generando una conducta incompetente. Ejemplo, el profesional de la salud (A) decide no hacer nada para tranquilizar al paciente (B) bien porque no se dio cuenta de la expresión de preocupación de aquel o lo consideró como algo normal, o bien no sabía que hacer, o no se sentía con motivación suficiente como para tranquilizarlo; finalmente, el séptimo proceso, *timing de respuestas*. durante la interacción social de los participantes debe haber una sincronía de las respuestas. Para lograr una sincronía adecuada será necesario que los interlocutores asuman el papel del otro, es decir tratar de anticiparse al momento de emitir una determinada respuesta y como esta puede influir en el otro participante. Ejemplo, el participante (A) entiende, al interpretar la expresión facial del participante (B) que se siente angustiado y debe hacer algo.

El modelo anterior es sencillo y práctico, además de explicar una serie de deficiencias en las HHSS como un error producido en algún momento determinado del círculo generaría un “corto circuito” en todo el proceso, presentando, además, una clara analogía entre las HHSS y las motoras.

Argyle (1981) con ello, sugiere que la noción de HHSS implica una analogía con una gran variedad de habilidades de otro tipo, como las habilidades motoras utilizadas para escribir en una computadora o manejar un coche. Ello implica que, de la misma manera que una persona puede adquirir una habilidad motora con el entrenamiento pertinente, también puede adquirir una habilidad social. Esta analogía, implica además que las HHSS pueden variar a partir de los demás individuos implicados y de la actividad a realizar.

A modo de complemento, García-Sáiz y Gil (1992) explican que los déficits son errores producidos por algún punto del sistema. Dados los preceptos de dicha postura, los déficits en HHSS son un error producido en algún momento determinado del circuito. Los errores pueden deberse a: desajustes en los objetivos de los participantes involucrados, bien porque sean incompatibles, inapropiados o inalcanzables; errores de percepción, bajo nivel de discriminación, percepción estereotipada, errores de atribución causal, efectos de halo, errores en la traducción de las señales sociales, fracaso al evaluar alternativas, no tomar decisiones o tardar en tomarlas, tomar decisiones negativas, errores de planificación, no analizar las diferentes alternativas de actuación; errores en la actuación, no saber qué hacer, no poseer experiencia.

Sin lugar a duda, el modelo de Argyle y Kendon, es una forma muy sencilla de explicar el funcionamiento social de las personas y su uso de las HHSS, manejando la idea principal del rol, las conductas y los procesamiento mentales superiores (cognición y percepción) sin embargo, como se puede apreciar en sus errores, deja fuera la atribución de sus errores, así como la clasificación puntual de las HHSS.

2.4.2 Tipología de las HHSS según Goldstein et al. (1980)

Es una perspectiva teórica basada en la corriente americana de la psicología clínica, Alsinet-Mora (1997) explica que se fundamentan en la utilización de diferentes técnicas didácticas, con la finalidad de modificar las posibles deficiencias en habilidades personales, prosociales y cognitivas, que pueden tener las personas. Además, tiene una forma de evaluarse mediante la escala de evaluación de habilidades sociales (EEHS) Dicho aprendizaje estructurado, está compuesto por cuatro técnicas: el modelado, el *role-playing*, el proceso de *feedback* y por último la generalización del aprendizaje. Con el objetivo de estructurar el proceso de entrenamiento en HHSS. Goldstein et al. (1980) reunieron un total de cincuenta habilidades que estructuraron en seis grupos:

En el primer grupo, se encuentran las habilidades básicas, luego se encuentran las avanzadas, las relacionadas con los sentimientos, las alternativas a la agresión, las que son para hacer frente al estrés y habilidades de planificación. Se puede advertir la presencia de alguna de ellas en las relaciones diarias de los niños. Independientemente de las creencias, por ejemplo, ellos tienen jerarquías y reglas establecidas que tienen que respetar. Si se le piden que relaten algunas experiencias diarias, se pueden saber cuántas de estas habilidades utilizan (Goldstein et al. 1980;1989).

A) HHSS básicas

Las habilidades sociales básicas, llamadas también primeras habilidades sociales o iniciales, son aquellas destrezas que le otorgan a la persona un desenvolvimiento social elemental o básico; hace referencia a los estándares mínimos de cortesía convenidos en una sociedad. Dentro de dichas habilidades se integran elementos básicos de comunicación, establecimiento de los primeros vínculos interpersonales, identificación y expresión de los propios intereses, además de involucrar

agradecimiento por favores recibidos. Ejemplos de estos pueden ser las primeras interacciones como atender o prestar atención, iniciar y mantener una conversación, preguntar, dar las gracias, presentarse a sí mismo y presentar a otras personas.

B) HHSS avanzadas.

Las habilidades sociales avanzadas son las destrezas de desenvolvimiento social que conlleva una interacción un tanto más compleja, aunado a una serie de reglas de convivencia en sociedad. Describen la capacidad para pedir ayuda, para integrarse a un grupo, para disculparse y para persuadir convenciendo a los demás, también resulta en la capacidad para discutir, para seguir instrucciones y para brindar explicaciones sobre tareas específicas.

C) HHSS manejo de sentimientos.

Las habilidades relacionadas con los sentimientos son las destrezas relativas a una gestión adecuada de la propia expresión emocional, que, además deberá ser aceptada por la sociedad a la cual se pertenece, de acuerdo con las normas de comportamiento de una determinada sociedad o grupo social. Agrupan las capacidades para comprender, reconocer y expresar las propias emociones y las de los demás, preocuparse por otros, y recompensarse por una buena acción. Además de afrontar el enojo de alguien y expresar afecto.

D) HHSS alternativas a la agresión.

Definidas como todas aquellas destrezas de interacción social que buscan resolver una situación problemática a partir de una serie de diversas vías, sin recurrir a ningún tipo de violencia. Hacen referencia a la capacidad para compartir, pedir permiso, ayudar, conciliar, negociar, defender los propios

derechos, autocontrolarse y solicitar autorizaciones. Se consigue mediante una respuesta ante una amenaza resolviendo el conflicto, evitando problemas con los demás sin la necesidad de pelear.

E) HHSS para hacer frente al estrés.

Explica como una persona puede enfrentar con paciencia y temple momentos complicados que generen tensión, dudas o discrepancia. Ejemplos de estos, pueden ser el hecho de sentirse rechazado o apenado, ayudar a un amigo, mostrar deportividad durante y después de un juego, responder a la persuasión y al fracaso, manejo de mensajes contradictorios o de una acusación, prepararse para una conversación difícil, manejar la presión de grupo. Además de enfrentar los propios errores o la injusticia, recibir críticas y reconocer el mérito de otros.

F) HHSS de planificación.

Conforma la capacidad de prever los obstáculos y complicaciones, optimizando el tiempo, así como los recursos mentales para la resolución de conflictos y una adecuada toma de elecciones. Ejemplos de esto pueden ser las siguientes acciones: tomar decisiones, aclarar la causa del problema, plantearse una meta, decidir sobre las habilidades propias, recoger información, establecer los problemas en función de su importancia y concentrarse en la tarea.

La teoría central que es de suma importancia al momento de hablar de las HHSS es la propuesta por Goldstein et al. (1980) quien plantea una clasificación, además de formas específicas de observarlas de manera conductual. Ibarra (2020) explica que dicha postura propone una serie de conductas que conforman a las HHSS durante el periodo de vida, de las personas y que les permiten desarrollarse en el entorno social. A diferencia de otros teóricos,

Goldstein et al. (1980) brindan una clasificación para agrupar las HHSS y ofrecen las especificaciones de cómo pueden ser detectadas dichas conductas en el contexto social por medio de la observación directa.

A partir de las dos posturas anteriores, Torres (2014) argumenta que actualmente las personas de diversas sociedades enfrentan dificultades para tener relaciones interpersonales. Tanto en la familia como en la escuela existe un descuido de la enseñanza de las HHSS. La familia, debido a cambios internos que se han desarrollado recientemente tanto en su estructura como en la designación de rol, delega en las escuelas la enseñanza de conductas sociales adecuadas. Aunque, las instituciones educativas, están más enfocadas en enseñar aspectos intelectuales relacionados con el éxito académico, es así como se delega la responsabilidad a cada profesor en la formación de la competencia social de sus alumnos. Marín-Gutiérrez y González-Piñal (2011) De manera adyacente, los alumnos que se dedican a una continua actividad académica, la mayor parte de su ocio se enfoca a cuestiones individuales, con una predominancia de aparatos electrónicos. Los momentos de diversión con amigos, de convivencia y en general situaciones de relación con los demás se ha visto relegado o mediatizado por los objetos electrónicos, por el consumo de tiempo en redes sociales y del dinero en caprichos personales. Es importante señalar, que una serie de enfermedades mentales y conductuales se asocian directamente a problemas interpersonales. Casi todos los problemas psicológicos incluyen como síntoma característico la dificultad en la relación interpersonal. Por tanto, las dificultades en el establecimiento de relaciones interpersonales existen independientemente o en conjunto con otros problemas cognitivos y/o emocionales. Goldstein et al. (1989) añade que precisamente en el periodo de adolescencia, las personas son más propensos a padecer estos conflictos, al verse en situaciones nuevas con experiencias desconocidas que requieren

HHSS más precisas y que en muchos casos, los adolescentes no poseen recursos necesarios para enfrentarlos. Bauman (2000) y Tortosa-Jiménez (2018) afirman que las complejas interacciones llevadas a cabo en sociedad han provocado cambios en la manera de relacionarse, donde el enfoque de las metas posee características mayormente individualistas, encaminada hacia la obtención de logros, entendidos en mayor medida como la acumulación de riqueza, la adquisición de influencias que generen un mayor estatus social, dejando de lado los aspectos de cooperación, socialización e intereses de grupo.

2.5 Diferenciación de conceptos

Para comprender la importancia de las HHSS y ahondando en los temas que las competen, hay conceptos aparentemente aislados que son importantes mencionar. Sin embargo, por fines pedagógicos es necesario diferenciarlos y explicarlos cada uno en su justa medida, ya que cada concepto tiene sus propias acepciones, características, postulados e inclusive modelos. Si bien es cierto que dependiendo de los criterios de algunos autores como Roca (2014), Villasana y Dorrego (2007) es probable que más de uno de los siguientes conceptos puedan entrar en la categoría de HHSS. Algunos otros autores como Meichembaum et al. 1981 (citado en Ortego-Maté et al. 2011) piensan que son más bien conceptos asociados, ya que las HHSS dependen más del contexto y de la situación que de los conceptos en sí mismos, aunque de igual manera son importantes y esenciales en las relaciones sociales e interpersonales más cercanas. En los siguientes apartados se comentarán los siguientes conceptos: asertividad, resiliencia, inteligencia emocional (IE) y la empatía.

La asertividad, es el estilo con el que las personas interactúan García (2010) la define como una actitud de autoafirmación y defensa de los derechos personales, que incluye la expresión de los sentimientos, preferencias, necesidades y opiniones, en forma adecuada; respetando al mismo

tiempo los de los demás. Una persona asertiva es aquella que se conoce a sí misma y suele ser consciente de lo que siente y lo que desea en cada momento. También, es una persona que se acepta incondicionalmente, sin que de ello dependan de sus logros ni tampoco de la aceptación de los demás, lo anterior le da la facultad a la persona de poder comunicarse de manera correcta con todo tipo de personas ya sean conocidas o no (Roca, 2014). Olaya-Matute (2021) Menciona que una diferencia clave al momento de hablar de resiliencia y HHSS es que a pesar de que en ambas se realizan conductas con una finalidad de tener una adecuada comunicación, en las HHSS dichas conductas tienen un objetivo más allá de la comunicación adecuada entre los individuos. Además, las HHSS, son un proceso de aprendizaje propiciado a través de la convivencia humana, mediante los mecanismos de variación y selección en tres niveles de análisis: filogenético, ontogénico y cultural. Dicho de otro modo, las HHSS vienen motivadas por un conjunto de parámetros medioambientales del individuo, factores que se ven influenciados tanto por motivaciones internas como por las expectativas desarrolladas del ambiente en que se desenvuelve.

Gracias a la asertividad una persona es capaz de expresarse de manera adecuada y capaz de adaptarse a las circunstancias de la vida, un concepto que presenta características similares es la resiliencia. La OPS (2020) define a la resiliencia como la capacidad que posee el ser humano, un grupo, la sociedad o un sistema que se encuentra expuesto a una fuente generadora de estrés para resistir, absorber, adaptarse, superarla y recuperarse de los efectos que esta genera de manera oportuna y eficaz. Se construye a lo largo del ciclo vital, de los aprendizajes y tipos de afrontamiento desarrollados. Por su parte Melillo y Suarez-Ojeda, 2001 (citado en Ángeles, 2016) así como también Salgado (2005) afirman que la resiliencia, es el resultado de un equilibrio entre factores de riesgo, factores de protección y la personalidad del ser humano, donde los eventos de vida positivos

y negativos se interceptan logrando en su momento alterar o adaptar a la persona. Otros autores (Hill et al. 2007) señalan que existen factores de protección en las personas como la seguridad emocional, autoestima, autoconfianza, autoeficacia, habilidades sociales, autonomía, locus de control interno, resolución de problemas, proyecto de vida, fe, habilidades de planificación y sentido del humor, que permiten fortalecer la resiliencia. Sosa y Salas-Blas (2020) mencionan que mientras que la resiliencia hace referencia más bien a proceso dinámico donde la influencia del ambiente y del individuo interactúan permitiendo a la persona adaptarse a pesar de la adversidad presente; enfrentar el dolor, heridas o problemas. Las HHSS por su parte son eso, habilidades que en conjunto ayudan a la persona a afrontar dichas adversidades, el cual, por medio de un conjunto de respuestas verbales y no verbales aprendidas y emitidas por un individuo en un contexto interpersonal se expresa de manera adecuada.

Un tercer concepto que se complementa perfectamente con los dos anteriores es la inteligencia emocional (IE) un concepto que debe ser bien explicado y diferenciado de las HHSS. Dos posturas serán fundamentales para comprender el concepto de manera adecuada. Tanto los modelos de Salovey y Meyer (1993) como el de Goleman (1996) brindan un panorama más completo de los elementos que componen a la IE. Si bien, ambos parten de un modelo cognitivo, las diferencias más notorias es el involucramiento de otros componentes en el modelo de Goleman, como lo son la motivación, satisfacción, liderazgo, entre otros.

El modelo de Salovey y Mayer (1993) plantea una implicación de la realización de acciones previamente razonadas y pensadas a partir de los pensamientos y emociones implicados en los individuos. El presente modelo cumple cuatro apartados básicos: el primero de ellos, es la percepción emocional, esto es identificar, valorar y expresar, el actuar de los demás, a partir de

situación personal; siendo estas percepciones cargadas negativa o positivamente. En segundo término, se encuentra la facilitación emocional del pensamiento; manifiesta que, el actuar, va a estar motivado por la emoción personal, implicando procesos atencionales y de pensamiento que dirigen la conducta. El tercer apartado, se refiere a la comprensión emocional; implicado en las relaciones interpersonales, es la empatía para comprender los discursos y acciones de los demás desde un punto de vista emocional, dándole una etiqueta y un significado. El último y cuarto apartado, hace alusión a la regulación emocional.

Por su parte, Goleman (1996) propone un modelo que tiene la particularidad de estar dividido en una serie de etapas que conforman a la IE. En primer lugar, se encuentra el conocimiento de las propias emociones, esto es, la capacidad de identificar un sentimiento en el momento preciso el que ocurre una determinada situación, además de seguir momento a momento los sentimientos que se generan de manera constante en la vida. En segundo término, se encuentra la capacidad de gestionar las emociones, la capacidad de administrarse a uno mismo es una habilidad necesaria que otorga la capacidad de manejar adecuadamente las propias emociones, y gracias a ello adecuarlos al momento. Una vez detectada la emoción, la persona tiene la certeza de cómo actuar ante ella. Tercero, la capacidad de motivarse a uno mismo. Una vez superado el autoconocimiento y el autocontrol, es importante destacar factores tales como la atención, la motivación y la creatividad, que, en un perfecto equilibrio, predomina el seguimiento de una constante que fluye y que, gracias a ello, es posible lograr buenos resultados en cualquier meta u objetivo planteado previamente. El cuarto paso, se refiere al correcto reconocimiento de las emociones ajenas. Dicho de otro modo, la empatía, como capacidad que induce a la conciencia emocional de uno mismo, constituyéndose como la habilidad popular fundamental. Por último, el quinto paso, se remite al dominio de las relaciones

interpersonales. El arte de las relaciones se basa, principalmente en la capacidad para identificar adecuadamente las emociones ajenas y actuar en consecuencia. Es interesante la relación entre la IE y las HHSS, Roca (2013) y Goleman (1996) afirman que las HHSS son en realidad la inteligencia interpersonal, esto se debe a que las HHSS tienen una serie de elementos emocionales, el dominio y control de dichas emociones, por tanto, es semejante al apartado de inteligencia interpersonal de la IE.

Goleman (1996) indica que la empatía se deriva del término griego, *empathia*, es la amplitud para manifestar el área emocional con los demás, donde la conciencia de la persona ofrece la cualidad de ser más humanista, tarea que se solicita en el instante en que se trabaja con sujetos que no saben cómo manejar cierto tipo de conflictos que puedan causarle algún dolor emocional. Ahora bien, la empatía, según la UNICEF (2019), implica la capacidad de comprender y compartir los sentimientos de los demás. Se describe coloquialmente como ponerse en el lugar de otras personas y ver el mundo desde su perspectiva, lo que lleva a una comprensión más profunda de sus emociones y fomenta actitudes más respetuosas, comprensivas e inclusivas la empatía es una habilidad que permite entender y compartir los sentimientos de los otros.

Aunque hay un cierto acuerdo sobre las prácticas conductuales asociadas a la empatía, su definición no cuenta con un consenso absoluto. Según Chlopan et al. (1985) citado en ULP GC, SA, la discrepancia radica en si la empatía implica ponerse en el lugar mental del otro o se refiere a sentir la emoción de manera vicaria. En contraste, Monforte (2019) argumenta que sentir y mostrar empatía no requiere necesariamente compartir las mismas vivencias o situaciones que los demás. En su lugar, la empatía representa un esfuerzo por comprender mejor a la otra persona al adoptar su perspectiva. Al igual que la IE, la empatía forma parte de la inteligencia interpersonal. Roca (2013)

y Goleman (1996) explican que la empatía, dada la acepción anterior, es comprendida dentro de las HHSS, debido a que los individuos con mayor índice de empatía tienen una capacidad mayor de entender de manera adecuada los sentimientos y las perspectivas de sus semejantes, esto genera a su vez un mayor ajuste emocional y son evaluadas de manera más positiva por aquellos con quienes interactúa.

Los conceptos anteriores, sirven para entender y conocer a mayor profundidad conceptos relacionados en cierta medida con las relaciones sociales, así como sus principales diferencias y algunas de sus similitudes. Mardones-Luco (2016) En cierta medida, al hacer la recopilación de los conceptos, se encuentran ciertas dimensiones que se ven tanto en los modelos de HHSS como en los conceptos desarrollados en este apartado. Al menos se rescatan tres dimensiones: una conductual, donde se ve la pregnancia de las acciones; la segunda dimensión, la cognitiva, donde los individuos actúan con base en su sistema de creencias; y finalmente, una dimensión situacional, las personas actúan conforme a un contexto determinado. De igual forma, la falta de conocimiento por parte de cualquier concepto, aunque sea de manera empírica, traerá consigo deficiencias en las HHSS, es por ello, que, en el siguiente apartado, se recogerá información pertinente para respaldar la necesidad de un adecuado repertorio en materia de HHSS.

2.6 Componentes físicos de las HHSS

A continuación, se mencionan los aspectos físicos o conductuales de las HHSS. Caballo (2007) menciona que a través del estudio de diversas investigaciones que se han tratado de conjuntar, se plantea la cuestión de si el concepto de HHSS es multidimensional o unidimensional. Aunque, se opta en mayor medida la multidimensionalidad de estas habilidades, aún no existe un consenso generalizado sobre las clases de conducta que comprende este concepto. La mayoría de los estudios

que han analizado factorialmente escalas de HHSS han encontrado toda una serie de factores que apoyan la naturaleza específica y multidimensional de las HHSS, sin embargo, todavía no existe un consenso general sobre las dimensiones que comprende. Se han obtenido una serie de factores similares en las distintas investigaciones apuntando a la clase de conducta que se lleva a cabo (Alberti & Emmons, 1978; Bellack & Morrison, 1982; Galassi & Galassi, 1977).

Independientemente del conceso, Figueroa (2015) explica que son denominados físicos o conductuales, debido a la posibilidad de la expresión corporal, ya que son medibles y cuantificables en aspectos tales como su frecuencia, intensidad y duración. En sí, es la conducta observable que está conformada por elementos no verbales, paraverbales y verbales.

2.6.1 Elementos no verbales de las HHSS.

Empezando por el contacto visual, el psicólogo Ekman (2014) así como el estudio de Páez et al. (2004) describen que es uno de los indicadores más importantes de los componentes no verbales. Esto es debido a la considerable subjetividad que implica aunado a la atención prestada por el interlocutor. Por ende, se convierte en un indicador clave de la atención prestada a las personas con las que se está interactuando. Cuando alguien mantiene el contacto visual, en ese momento está desempeñando la función de sincronización cumpliendo con la función de sincronización, es decir, se acompaña el dialogo emitido con la finalidad de regular los turnos que se dan en la conversación. Con frecuencia, aquellos que mantienen una mirada constante al hablar tiende a ser más persuasiva, sin embargo, a pesar de ser una herramienta efectiva de la comunicación, se debe utilizar con cautela ya que una mirada excesivamente intensa o fija podría resultar incómoda para el interlocutor. Los patrones de extremos de la mirada como, por ejemplo, la duración excesiva o desviación permanente de la misma, pueden ser conductas desadaptativas de la comunicación.

Abordando otra faceta relacionada con la comunicación visual, se encuentra también la dilatación pupilar, un fenómeno que puede ser ocasionado por diversos estímulos que acontecen en la pupila. Esta responde contrayéndose ante la exposición a la luz intensa, y dilatándose en condiciones ausentes de luz. Dentro de la interacción con otras personas se puede manifestar por un patrón dirigido por aspectos emocionales, la pupila se dilata ante estímulos interesantes y se contrae ante algo desagradable, estos cambios ocurren de manera inconsciente, al no estar bajo un control riguroso.

La cara es considerada posiblemente, como la herramienta más eficaz para la transmisión de emociones de manera no verbal, al ser la parte del cuerpo con mayor expresividad, además de tener un reconocimiento universal de las interacciones humanas. Actúa como primer sistema de señales que expone las seis emociones principales: alegría, tristeza, miedo, ira, asco y sorpresa. Manifestados mediante movimientos las tres áreas faciales fundamentales: frente- ceja; ojos-parpados; parte inferior de la cara; boca-maxilar. Con frecuencia una conducta socialmente habilidosa se acompaña de expresiones faciales que son asociadas con el mensaje que se pretende transmitir, aunque dependiendo de la expresión ésta, puede ser fingida o involuntaria.

Ekman (2014) argumenta que, la sonrisa ha sido estudiada por muchos, con una posibilidad inmensa de significados siendo un componente importante dentro de la comunicación social. En ocasiones la sonrisa, puede ser usada para esconder algunos sentimientos, otras pueden simbolizar una emoción positiva (bienestar, placer, sensorial, de satisfacción, diversión por nombrar unas pocas), también pueden existir de tristeza o desdicha e inclusive de crueldad/sádicas, desdén, burlonas (de Chaplin), falsas, llegando a un número algo ambiguo pero considerable de sonrisas, alrededor de 18. Pese a que existen muy pocos datos relacionados con la sonrisa, la literatura indica que ésta es un componente que se relaciona de manera positiva con las HHSS.

La postura corporal hace alusión a la posición del cuerpo y de los miembros que la persona adopta. Se encarga de reflejar actitudes y emociones propias, así como su relación con el contexto. Durante las interacciones sociales, las dos principales dimensiones de la postura según Mehrabian, 1972. (citado en Páez, et al. 2004) son: el acercamiento, que implica la inclinación hacia adelante, la proximidad física y la orientación directa. La relajación- tensión, que se utilizan para transmitir actitudes (dominación-sumisión). Si una persona se encuentra relajada, en posición asimétrica, y echada hacia atrás tiene una postura de dominancia. Si, por el contrario, la persona se encuentra tensa y simétrica, tiene una postura de sumisión.

Uno de los aspectos que de igual manera es fundamental, es la distancia. Gris et al. (2002) comentan al respecto, que la orientación espacial de la persona hacia los demás evidencia el nivel de confianza e intimidad que existe en las relaciones, es decir que a través de la proximidad o distancia se expresa el grado de interacción social entre individuos.

Finalmente, la apariencia personal refiere tanto al físico en sí de la persona como al estilo de su vestimenta, así como los complementos que emplea. Por lo que respecta al atractivo físico, Dion et al. 1972; Eagly et al. 1991 (citado en Morales et al. 2007) concuerdan que dicho atractivo está asociado a que a las personas agradables a la vista se les suelen otorgar, características y cualidades positivas, de acuerdo con la teoría implícita *lo bello es bueno*, dejan una impresión positiva ante las demás personas. Suárez et al. (2011) describen que la cara, el cabello, las extremidades y el atuendo son los aspectos fundamentales en los que comienzan los juicios de valor hacia la gente, mismos que van cambiando conforme se van conociendo más. Los errores o déficit en los componentes no verbales provocan un impacto emocional negativo en el interlocutor y que puede generar un juicio sobre cómo es la persona. A esto se le conoce como prejuicio.

2.6.2 Elementos paraverbales de las HHSS.

En un segundo término se encuentran los *elementos paraverbales*. Inciden en la comunicación verbal y afectan en la modulación del mensaje. Para Vander Hofstadt (2005), los elementos pueden llegar a afectar el significado del mensaje que se quiere transmitir; dado que un mismo mensaje no se lo puede transmitir con un tono de voz diferente y tendrá un distinto significado. Al hablar de componentes paraverbales se hace referencia a la serie de aspectos que acompañan el habla y que sirven para modular un mensaje.

Según, Vander Hofstadt, la velocidad del habla es el sentido de emisión de muchas o pocas palabras, por unidad de tiempo. Normalmente es el minuto como estándar. Es decir, hablar muy rápido o muy lentamente. Si la velocidad es mucha, se corre el riesgo a la malinterpretación o directamente el no entender las palabras. Por el contrario, hablar lentamente, puede aburrir a los interlocutores. En cualquier sentido, el modular el uso (de lento a rápido) genera expectativas en los demás sobre el propio estado emocional. Continuando con la argumentación de Vander Hofstadt, la claridad es un elemento que considerar, en ocasiones el producir un acento demasiado marcado, una velocidad inadecuada al pronunciar palabras, o simplemente una mala gesticulación al momento de enunciar ciertas palabras puede generar errores en la interpretación del mensaje. Una apertura adecuada de la boca al momento de gesticular las palabras, aunado a una adecuada fluidez al hablar, puede ayudar a evitar este error.

Otra situación importante que se debe considerar en el tiempo de habla es la duración de las intervenciones de los interlocutores mientras que se está produciendo una conversación. Fundamentalmente, supone que ninguno de los participantes en la conversación acapare la misma, que todos participen proporcionalmente con relación al tiempo que se utilice (Vander Hofstadt, 2005).

El silencio o las pausas normalmente utilizadas entre el tiempo que el interlocutor deja de hablar y comienza a hablar otro, así como los silencios que se realizan con el objetivo de remarcar los signos de puntuación a lo largo del discurso. Empezar a hablar antes de que el otro haya terminado es indicativo de ansiedad, mientras que hacerlo mucho después puede indicar tristeza, aburrimiento y desinterés. Incluso, dependiendo del contexto, puede ser un recurso para generar expectación (Vander Hofstadt, 2005).

De acuerdo con Caballo (2007) el volumen de la voz facilita que el mensaje llegue a la demás gente con algún tipo de diálogo vínculo. Por lo regular, un volumen alto, genera al hablante seguridad y dominio, por otro lado, un tono encarecidamente alto puede también demostrar agresividad e ira. En cuanto a los volúmenes de voz muy bajos, suele denotar miedo. Por consiguiente, el volumen de voz con el que se habla puede servir para destacar el mensaje o parte del mensaje que es transmitido.

Caballo menciona que el tono es entendido como la modulación en la entonación de la voz que se produce por la mayor o menor tensión de las cuerdas vocales. Además, permite transmitir las emociones durante la conversación, ya que la intensidad del tono con la que el mensaje es transmitido puede tener diversos significados. Entonces, se puede entender que si una persona tiene un tono de voz baja puede manifestar tristeza y que el tono de voz alto puede expresar seguridad o alegría. Un mismo contenido, puede transmitir diversos tipos de mensajes ya que depende mucho la entonación que se utiliza. La entonación puede hacer que un discurso sea percibido como aburrido/monótono o dinámico e interesante.

Por su parte la latencia, se refiere a los momentos de silencios que una persona se toma para responder a una declaración, Se define como el lapso de silencio entre el final de una oración pronunciada por un primer individuo y el inicio de otra oración, expresado por un segundo individuo. Las latencias prolongadas se relacionan con una conducta pasiva, ya sea en el oyente o en el hablante, mientras que las latencias cortas se vinculan a una conducta asertiva y en ocasiones, agresiva.

La fluidez verbal se relaciona directamente con el ritmo del habla, es decir, la manera por la cual el vocablo es emitido. Las vacilaciones, las repeticiones y las trabas pueden evidenciar inseguridad, dudas inclusive ansiedad frente al grupo con el que se está trabajando.

Al momento de emitir un discurso, la claridad con que se emite el lenguaje es vital, esto se debe a que la transmisión de una comunicación inadecuada dificulta la entrega de un mensaje efectivo. Por ejemplo, en el caso de los tartamudos existen ocasiones que dificultan la fluidez de la comunicación.

2.6.3 Componentes verbales de las HHSS.

En palabras de Uribe y Amparo (2009), es fundamental tener una *comunicación verbal* entre los individuos, por una serie de motivos que tienen que ver directamente con la apertura, así como el flujo de datos, la retroalimentación de ideas, la negociación de desacuerdos y conflictos entre las personas.

Todos los miembros de una comunidad son capaces de reproducir una comunicación verbal, tienen acceso a una amplia gama de recursos fonéticos que se encuentran interconectados en la medida de que se desarrollen circunstancias en donde entren en contacto dos interlocutores o más. Cada vez que se hace uso de la lengua, en forma oral o escrita, van a realizarse conductas de índole social cuya finalidad es transmitir un pensamiento, conocimiento, una idea o un sentimiento. Dicho contenido abarca no solo un mero conocimiento externo, sino también uno interno. Esto es, hablar de los sentimientos, creencias, actitudes, deseos, etc. Según Masaya (2017), la comunicación verbal se refiere a un proceso sencillo en el que intervienen un hablante y un oyente, quienes se comunican a través de un mensaje. Este mensaje debe construirse a partir de un contexto, estar cifrado en un código, referirse a algo y transmitirse a través de un canal.

Uribe y Amparo (2009) mencionan que la conversación, es un elemento primordial de interacción verbal, en concreto de la comunicación oral. Es la forma de intercambio de información más común y menos formalizado. Al participar en una plática, se activa la competencia comunicativa en su totalidad de los seres humanos. Además de ser un proceso lingüístico, la conversación se distingue por ser un proceso social, a través del cual se conforman identidades, relaciones y contextos específicos. En este sentido, los hablantes, al participar en una conversación, exhiben no solo su competencia comunicativa, sino también los métodos empleados para la implementación de un orden social.

En relación con lo anterior, la conversación se conforma como la manera principal de la interacción oral, se caracteriza por la ausencia de restricciones categóricas para los participantes. En otras palabras, cualquier persona puede participar en las conversaciones; no existen restricciones fijas en cuanto al contenido a tratar, a menos que el tema se especifique de antemano en el caso de una conversación preestablecida. Tampoco existen restricciones en cuanto a contextos sociales; o sea, cualquier contexto, en principio, permite sostener una interacción conversacional.

Meneses (2002) afirma que el contexto define la socialización y, su vez, esta, modifica los contextos. De esta manera, el contexto es definido como una esfera en constante adaptación y no únicamente un espacio físico donde las personas escenifiquen sus vivencias. Con respecto a esto Schiffrin (1987, citado en Fuschi, 2013) formula dos principios: asume que el lenguaje se da siempre en algún tipo de contexto. Existen contextos cognitivos, compuestos por las percepciones inmediatas de la situación o de lo que se ha dicho antes (experiencias), por las creencias y la memoria; contextos culturales que corresponden a los significados compartidos, visiones del mundo y contextos sociales, a través de los cuales se establecen órdenes institucionales e interaccionales. En segundo lugar, el

lenguaje depende de la situación, puesto que no solo se da en un contexto, sino que además los patrones del lenguaje dependen de las características del contexto. Este penetra todos los niveles del lenguaje. En síntesis, el lenguaje depende potencialmente de los contextos en los que ocurre e, inclusive, el lenguaje refleja esos contextos al ayudar a constituirlos.

Al entender estos preceptos, se llega a la conclusión de que la conversación es producto de las interacciones sociales; en consecuencia, para entender esta situación es menester realizar un análisis más profundo de cómo los participantes interactúan entre sí a partir de preceptos mentales y/o emocionales.

2.7 Componentes cognitivos de las HHSS.

El apartado anterior señala que las investigaciones de las HHSS recalcan el peso de la conducta centrándose en la forma y/o cantidad de las respuestas sociales frente al análisis de los procesos cognitivos (interpretaciones, sentimientos, emociones, pensamientos, entre otros) que subyacen a él.

A pesar de ello, el comportamiento de las personas se encuentra directamente relacionado con un previo proceso de análisis y razonamiento. Hay un dualismo que depende mutuamente, es decir, las consecuencias de la conducta modifican o respaldan los procesos cognitivos. Hernández-Armentia (2010) menciona que, no siempre se tiene consciencia y conocimiento de cuáles son esas causas que explican la conducta. Muchas de estas explicaciones se sustentan con base en las propias percepciones e interpretaciones del ambiente.

En los años 70's del siglo pasado, Mehrabian, 1972. (citado en Moya, 2016) decía que las personas reaccionan emocionalmente al entorno que lo rodea, además la naturaleza de las reacciones emocionales puede explicarse en términos de excitación que el medio produce en los individuos, de la sensación de bienestar y seguridad experimentado en las personas de manera individual. Por su

parte, Knapp (2010) realiza una categorización de las observaciones de los escenarios contextuales denominadas: percepciones de formalidad. Estos tienen una estructura más cerrada y las actuaciones son limitadas, perdiéndose cierta libertad y profundidad comunicativa. La primera de ellas, son las percepciones de ambiente cálido, se da cuando el entorno circundante es tranquilo, propicia una situación de relajación, también se encuentra bien acondicionado y no produce incomodidades; segundo, las percepciones de ambiente privado, alude a los espacios en los que se percibe una mayor confianza porque no hay posibilidad de interrupciones, o ser escuchados por otras personas que no forman parte de dicho ambiente; tercero, las percepciones de familiaridad, se originan cuando el entorno es familiar. Aunque las percepciones del entorno pertenezcan a alguna de las anteriores categorías, el proceso de comunicación será más efectivo si se conocen formas de respuesta posiblemente adecuadas al contexto. Contrariamente, existe otra categoría en donde la respuesta social se produce de manera más pausada, con precaución cuando el entorno es extraño y se desconoce la conducta social pertinente en ese contexto. En esta categoría se encuentran las llamadas percepciones de restricción, que pueden ser física o de carácter psicológico y que van a determinar el intercambio comunicativo; como ejemplo, se encuentran las percepciones de la distancia, también pueden ser físicas o psicológicas, y se relacionan fundamentalmente con la posibilidad de mantener el contacto ocular con el interlocutor. Cuanto más próxima e íntima es la relación, la distancia deja de ser una barrera durante el intercambio personal y viceversa. Los sentimientos de afecto, bienestar y amparo parecen correlacionarse con la cercanía. En un espacio físico reducido en el que no hay intimidad (por ejemplo, un ascensor), acontece una distancia psicológica (por ejemplo, evitando el contacto visual). En un sentido más general, es plausible pensar que las dichas percepciones serán similares en personas que pertenecen a un determinado contexto o grupo (geográfico, cultural, laboral, etc.).

Además, Hernández-Armentia (2010) añade que el aprendizaje, la maduración, procesos cognitivos y emocionales, aunado a otros factores como el sexo, la edad, generan una cierta manera de ver el mundo, dicha comprensión es conocida como visión o percepción. De manera sistemática, las percepciones mencionadas con anterioridad serán fundamentales al momento de comprender las conductas y actitudes, luego de los procesos psicológicos que los subyacen y, así mismo, de la individualidad de estas.

En otros términos, la mediación de la conducta por los procesos cognitivos se ha relacionado con las variables asociadas al individuo, como la capacidad empática o la resolución de conflictos. La disposición en la que se categoriza y organiza el entorno, por ejemplo, la autorregulación, las expectativas, los juicios, entre otras cuestiones. De esta manera, se establecen diferentes categorías Mischel 1973,1981 (citado en Caballo, 2007) en el análisis y conceptualización sobre una persona, resulta oportuno dejar en claro que, en la conducta real, tales segmentaciones no se producen.

Las competencias cognitivas que poseen los seres humanos les facilitan la generación de ideas, a partir de los datos recolectados llevándolos a actuar de forma activa, transformando la información y manejándola a su conveniencia. Mestre y Palmero (2004) añaden que las competencias cognitivas son recursos que abarcan más que un mero repertorio de datos y conductas. Las diferencias individuales son evidentes, aunque se puede hablar de capacidades como la de conocer las costumbres sociales, discriminar las conductas habilidosas para cada posible escenario e identificar los diversos marcadores de una probable respuesta o la capacidad de resolución de problemas de carácter social.

Leahey y Harris (2001) afirman que las personas emplean estrategias de codificación del entorno mediante las que se atienden selectivamente las señales percibidas para su posterior interpretación, culminando en una clasificación, organizando lo que acontece. Garrido y Álvaro (2003) explican que cada persona organiza de manera personal sus actos a partir de su idiosincrasia, estos constructos son conocidos

como esquemas dentro de un sistema de creencias. Páez et al (2004) sugieren que la descodificación adecuada de los estímulos sociales es imprescindible para adecuar la respuesta dada y pasa por una percepción social o interpersonal ajustada, que posteriormente desencadenará una conducta adaptativa. De igual manera, Parales-Quenza (2010) dice que es habitual la producción de percepciones equivocadas como atribuir acciones personales al contexto y correlacionar la conducta de los otros a su personalidad, o bien adjudicarse la responsabilidad sobre los logros personales, pero no hacia los actos que llevan al fracaso, a esto se le conoce como error fundamental de atribución. Gómez (2007) complementa diciendo que otro error común se da en los estereotipos, comúnmente, es el hecho de asociar una clasificación de conductas e ideas determinadas hacia las personas, basando dichas características únicamente por su pertenencia a un grupo social en concreto. Cabe resaltar que la procedencia al grupo puede ser por diversas razones entre las que destacan: la religión, ideología, raza, aspecto físico, posición social, entre otras atribuciones.

Sin embargo, los seres humanos necesitan tener algún tipo de antecedente que lo ayude a orientarse al momento de tomar acciones, decisiones, basadas en ciertas creencias, costumbres y valores. Estos, serán los principales factores al momento de generar esquemas que rigen los pensamientos de las personas. Pepitone (1991) menciona que el hecho de ajustar ciertas estructuras con base a los cimientos contruidos a partir de dichos esquemas, se le conoce como poseer expectativas. De esta manera, es de mayor importancia la realidad tal como la percibe el sujeto, que la realidad objetiva.

Por su parte, Morales et al. (2002) explican que las expectativas de autoeficacia dan seguridad o inseguridad a la persona haciéndola sentirse competente o incompetente según las circunstancias que deba afrontar, principalmente en situaciones conocidas o desconocidas.

Es importante destacar que las interpretaciones tanto de los estímulos sociales como de los resultados de las acciones son producto de valoraciones subjetivas que están vinculadas a la perspectiva del individuo que las lleva a cabo. Por lo tanto, las preferencias, gustos, evaluaciones positivas o negativas no deben considerarse como indiferentes. Morales et al. (2007) agregan que todo este proceso está relacionado con la formulación de estrategias y métodos de autorregulación. Las personas, toman decisiones acerca de si actuar o no, cómo, cuándo, dónde y de qué manera. Así se define un modo de conducta que influye sobre el medio de manera sistemática y usualmente repetitiva, ajustada al contexto.

De esta manera, Hergenhahn (2011) añade que se hacen específicos los patrones de conducta, su organización y secuenciación, definiendo la clase de conducta, los objetivos y metas que se deben alcanzar, además de las consecuencias al momento de conseguir o no tales objetivos. Son precisamente estas contingencias, provenientes del sistema de creencias de cada uno, las que hacen diferentes a los seres humanos. Inclusive, cuando un escenario no es modificable y es menester resolverlo, es loable introducir modificaciones en la propia estructura psicológica facilitando el trabajo, mediante auto instrucciones y la introspección, este proceso es parte de una adaptación psicológica y de no llevarse a cabo de manera correcta, se pueden desencadenar problemas mentales severos (burnout, ansiedad, depresión, fobias, psicosis, esquizofrenia, etc.) ya sea en medios laborales, familiares, sociales y/o individuales.

Ramirez-Villafañez (2014) explica que de la convergencia de la autoobservación y la perspectiva de los demás surge la autoestima. Dicha conexión está estrechamente vinculada con las oportunidades sociales de la persona: cuando se percibe como capaz, es probable que crea que los demás la observan de manera similar. En consecuencia, es más probable llevar al logro en las relaciones sociales y experimentar satisfacción consigo misma.

2.8 Estudios de las HHSS en la población de médicos.

La importancia de las HHSS queda implícita dadas las explicaciones anteriores. El hecho de tener una clara idea de que son, cómo se manifiestan en las personas, su correcto entrenamiento, además de sus implicaciones en los diversos contextos sociales. Son los puntos más destacables en la investigación. Sin embargo, todo esto carece de sentido si no se perciben los antecedentes más inmediatos en los diversos contextos hospitalarios en donde los médicos, aunado a las HHSS son los protagonistas de las investigaciones que a continuación se mencionan.

Un primer estudio, llevado a cabo por Pereira-Lima y Loureiro (2017) correlaciona el burnout con la necesidad de abordar los factores protectores en contra del agotamiento, centrándose en las HHSS de médicos residentes de un hospital de Brasil. Se evaluó a un total de 305 residentes mediante dos inventarios, el primero fue de Del Prette y Del Prette, (2001) el *Inventário de Habilidades Sociais* (IHS) y el segundo, el de Benevides-Pereira (2007) *Inventário da Síndrome de Burnout* (ISB). Se encontraron asociaciones significativas entre todos los factores de HHSS con al menos una dimensión de burnout, ello indica en la razón de probabilidad, que los médicos con un mayor repertorio de HHSS tienen menos probabilidades de presentar indicadores de burnout. Es por ello, que papel de las HHSS funge como un factor protector potencial a través del desarrollo humano, especialmente con respeto al contexto profesional. Aunque el presente estudio no abordó específicamente la relación médico-paciente, si se evalúan algunas habilidades por los factores de autoafirmación en la expresión de afecto y conversación, además de la confianza social, incluyendo varias habilidades de comunicación, como: dar las gracias, felicitar; hacer preguntas; participar en una conversación, mantenerla fluida y terminarla; son habilidades de gran utilidad al momento de interactuar directamente con pacientes, colegas y supervisores. En cuanto a los resultados, se

encuentran diferencias un tanto significativas entre los residentes de últimos años y los de menor año, siendo los estudiantes de años más avanzados, los mejores en cuanto al cumplimiento profesional. Durante el primer y segundo año los residentes tenían valores de Realización profesional (RP) ($M = 14.46$, $SD = 4.03$) más bajos que los de los residentes de tercer-quinto año ($M = 15.59$; $DE = 3.58$) ($t = 2.58$, $p = 0.01$). Respecto al análisis comparativo, en la dimensión Deshumanización (Dh) solo se identificaron asociaciones significativas en términos de la puntuación total. Los residentes con una puntuación total satisfactoria de HHSS indica una menor probabilidad significativa de tener indicadores de (Dh) otorgando a su vez una relación protectora ($OR < 1$). Se identificaron asociaciones significativas entre los indicadores de Distanciamiento emocional (DE) y la puntuación total de HHSS de todos los puntajes de los factores evaluados arrojados en el Inventario de HHSS. Estos datos sugieren que los residentes con un repertorio satisfactorio de HHSS tienen significativamente menos probabilidades de poseer indicadores de (DE) generando una relación protectora ($OR < 1$). También, se identificaron asociaciones significativas entre los indicadores de Agotamiento emocional (AE) y la puntuación total de los factores: autoafirmación en la expresión de afecto positivo, conversación, confianza social, autoexposición a extraños y nuevas situaciones. Estos datos sugieren que tener un repertorio satisfactorio de HHSS en estos factores actuarán como medidas de protección contra la presencia de indicadores de (AE) ($OR < 1$). Finalmente, existieron asociaciones significativas entre los indicadores de (RP) y las siguientes puntuaciones factoriales: autoafirmación en la expresión de afecto positivo, conversación y confianza social. En cuanto al análisis de datos, se recoge mediante un análisis estadístico descriptivo que caracteriza a la muestra en términos de un perfil sociodemográfico, especialidad, año de residencia y repertorio de HHSS. También se realizó un análisis comparativo, es decir, se realizó la prueba t de muestra independiente para comparar las

medias de los indicadores de burnout y HHSS de los residentes evaluados según género y año de residencia años iniciales (primero y segundo) contra años finales (tercer-quinto año). Posteriormente, se realizó una prueba de *Chi-cuadrado* y se calculó *Odds Ratio* (OR) para verificar y medir las asociaciones entre las dimensiones del burnout y las HHSS en los residentes participantes. Los resultados de OR obtenidos en este estudio se interpretaron de la siguiente manera: (a) $OR = 1$ indica que la presencia de un repertorio satisfactorio de HHSS no afectó la dimensión de burnout estudiada; (b) $OR > 1$ indica que dicha presencia actuó como factor de riesgo para la dimensión de burnout estudiada; (c) $OR < 1$ indica que la presencia de un repertorio satisfactorio de HHSS actuó como factor protector frente a la dimensión de burnout estudiada.

A pesar de las contribuciones aportadas por el estudio, es importante señalar algunas limitaciones del presente estudio. La primera limitación es que el diseño de la sección transversal no permitió la evaluación de persistencia o estrategias para superar los problemas. Además, no permitió la inferencia de relaciones causales entre las variables del estudio, abordando solo la asociación entre ellos. Otra limitación, es la relacionada con el uso de instrumentos de autoinforme; aunque han sido validados para la población brasileña, evalúan sólo los indicadores de problemas y recursos de HHSS y no su diagnóstico. Una última limitante, es la generalización del estudio, ya que únicamente se utilizó la población de un centro hospitalario. El estudio termina sugiriendo, que las investigaciones futuras deben adoptar un diseño que permita monitorear el Burnout durante todo el programa de residencia y evaluar los cambios en el repertorio de HHSS a lo largo de los años de formación. También, es recomendado el uso de una metodología de investigación que incluya la evaluación no solo de los aspectos sociales de las habilidades de los residentes médicos, sino también su competencia en términos de las relaciones con pacientes, colegas y supervisores.

El segundo estudio, de San-Martín et al. (2016) Identifica las similitudes y diferencias en la empatía, habilidades de trabajo colaborativo interprofesional, y las habilidades de aprendizaje médico permanente entre médicos residentes españoles y latinoamericanos que inician su formación especializada en hospitales docentes españoles. Se utilizaron la escala Jefferson de empatía médica, para medir la empatía; la escala Jefferson de actitud hacia el trabajo colaborativo en equipos medicina-enfermería para la colaboración profesional; finalmente, la escala Jefferson de aprendizaje médico permanente, para medir el aprendizaje. Así mismo, se empleó una muestra de 156 residentes, 110 españoles y 40 latinoamericanos. Se caracteriza el perfil de la muestra mediante datos sociodemográficos, edad, género, profesionales médicos de posgrado, procedencia, habilidades de empatía, colaboración interprofesional, la actitud hacia el trabajo colaborativo. La fiabilidad de los instrumentos se determinó mediante el coeficiente alfa de Cronbach. Se hizo un análisis descriptivo de las puntuaciones alcanzadas para cada instrumento. La existencia de asociación entre los elementos medidos, y la edad se estudió mediante el coeficiente de correlación de Spearman después de analizada la normalidad. Para el estudio comparativo entre los tres elementos, primero se hizo un análisis multivariante de la varianza (MANOVA $2 \times 2 \times 2$) en función de las variables: sexo, lugar de procedencia y grupo de especialidad. A partir de este análisis se obtuvieron los resultados univariantes por cada elemento estudiado.

Los resultados confirman estudios previos y ponen en evidencia la asociación positiva que existe entre la empatía y las habilidades de trabajo colaborativo interprofesional ($r = +0,47$; $p < 0,001$). El análisis de correlación mostró una relación estadísticamente significativa entre la edad y la empatía, y entre las habilidades de aprendizaje y la edad. Se concluye que los resultados y las diferencias observadas en este estudio no solo coinciden con las observaciones descritas en estudios

semejantes en otros escenarios mundiales, bien sea en ámbitos cotidianos o en situaciones laborales, sea cual sea el caso, refuerzan el importante papel que tanto la empatía, las habilidades de trabajo colaborativo interprofesional, y las habilidades de aprendizaje médico permanente que los médicos tienen en su ocupación profesional.

El tercer estudio, realizado en el hospital del este de Japón por Yutani et al. (2016) tiene la finalidad de evaluar la efectividad del entrenamiento en HHSS (EHS) Incluido en un programa de formación psiquiátrica, cuyo contenido está basado en la formación básica de comunicación para residentes clínicos mediante un cuestionario de autoevaluación *Cuestionario de Habilidades de Comunicación* (CSQ por sus siglas en ingles).

En el estudio se evaluaron un total de participantes 99 (residentes clínicos) Divididos en dos grupos, de los cuales, 44 participaron en formación básica (FB) y 45 participaron en capacitaciones básicas y sesiones de EHS, dichas sesiones consisten en sesiones 1.5h cada 3 días a la semana durante un mes de *role-playing*, aunado a una retroalimentación grupal, dirigida por un especialista. La puntuación del CSQ y los ítems de la escala 18 de HHSS de Kikuchi (KiSS-18) se utilizaron como indicadores de las habilidades comunicativas y HHSS, respectivamente. Hubo un total de 63 participantes residentes clínicos que respondieron al análisis. 33 en el grupo FB y 30 en el grupo EHS quienes completaron cada cuestionario antes y después de la formación. En el grupo EHS, hubo aumentos estadísticamente significativos en las puntuaciones de asertividad y habilidades de comunicación (KiSS-18) con un tamaño de efecto pequeño. También hubo un ligero aumento estadísticamente significativo en la puntuación de las habilidades de comunicación general, subescala del cuestionario de habilidades comunicativas. En cuanto a las HHSS, hubo una diferencia estadísticamente significativa en la puntuación KiSS-18. Los resultados de este estudio sugieren la

incorporación de la EHS en una formación psiquiátrica, programa que incluye una capacitación básica, donde deben existir mejoras en las habilidades de comunicación asertiva, habilidades generales de comunicación y HHSS. Para determinar las diferencias entre las puntuaciones del CSQ antes y después del entrenamiento, se realizó la prueba *t* pareada tanto para los grupos FB como EHS. En el grupo FB, el aumento en las puntuaciones de CSQ ($t = 2,18, P < 0,05, d = 0,21$) y ACS (habilidades asertivas de comunicación en el CSQ) ($t = 2,75, p < 0,01, d = 0,32$) fue estadísticamente significativo. En el grupo EHS, las puntuaciones de todas las variables aumentaron con un tamaño de efecto pequeño. Se observaron aumentos con un tamaño de efecto pequeño, aunque estadísticamente significativo, particularmente en las puntuaciones de ACS ($t = 2,19, p < 0,05, d = 0,38$) y KiSS-18 ($t = 2,06, p < 0,01, d = 0,29$). Además, los cambios en la puntuación de GCS (habilidades generales de comunicación en CSQ) aumentó significativamente con un tamaño de efecto medio ($t = 1,71, p = 0,097, d = 0,45$). Después, para determinar si hubo diferencias significativas en el pre y post-entrenamiento en las habilidades de comunicación y HHSS entre el EHS y grupos FB, se utilizaron los cambios (Δ), aquellos que fueron calculados restando las puntuaciones en el cuestionario de pre-entrenamiento en el post-entrenamiento del cuestionario. Dado lo anterior se concluye que la mejora las habilidades comunicativas, no verbales, se adquiere además de una FB, mediante la instrucción de los médicos en EHS para que puedan, en una primera instancia, observar repetidamente los modelos, una vez tenido el aprendizaje vicario, generar una práctica concienzuda de habilidades no verbales de comunicación. Por consiguiente, se generó, un aumento en la puntuación KiSS-18 en el grupo EHS. Esto, parece indicar los efectos beneficiosos del *role-playing*. En conclusión, la investigación determina que la FB es eficaz para mejorar las habilidades de comunicación, como se indica mediante los puntajes CSQ, en particular, los puntajes ACS, mientras que un EHS es eficaz para mejorar ACS, GCS y HHSS. Como limitantes, se considera

que no hay una población lo suficientemente grande como para ser estadísticamente representativo. Otra idea, sugiere que la autoevaluación es menos confiable que la evaluación por una autoridad evaluadora y finalmente, se sugiere una insistencia en un aprendizaje repetitivo en EHS, centrado en *role-playing*. Para ello, puede ser necesario establecer una capacitación sistemática que proporcione una retroalimentación continua durante todo el período de formación del médico.

2.9 Entrenamiento en HHSS (EHS)

Para que se ejecuten las HHSS tanto en las partes cognitivas como conductuales, aplicadas a un determinado contexto social, es necesario tener un adecuado entrenamiento de las HHSS. Así como un deportista practica horas hasta conseguir su objetivo, o un artista pule sus habilidades para ponerlas en prácticas en su arte, las HHSS se deben entrenar igualmente para tener un desenvolvimiento en todos los ámbitos sociales de la cotidianidad de cada persona.

El fundamento teórico del entrenamiento en habilidades sociales (EHS) se basa en los principios del aprendizaje social y, según García y Méndez (2017), requiere ciertos elementos esenciales para su desarrollo efectivo. Esto significa trabajar en la construcción de un sistema de creencias que fomente el respeto por los derechos personales y ajenos, así como la comprensión y diferenciación de los estilos de comunicación asertivo, agresivo y pasivo. También, implica abordar el pensamiento y poner en práctica la conducta mediante ensayos conductuales. Todos estos elementos, según los mismos autores, están diseñados para influir en competencias sociales como iniciar y mantener conversaciones, hablar en público, expresar amor, agrado y afecto, defender los propios derechos, pedir favores, rechazar peticiones, hacer cumplidos, disculparse o admitir ignorancia, expresar opiniones, manifestar desacuerdo, molestia o desagrado, pedir cambios en la conducta del otro, afrontar críticas, entre otras.

La implementación del EHS abarca un gran campo de acción, como ejemplos al respecto se mencionan el ámbito clínico con pacientes psiquiátricos, en situaciones educativas como la gestión emocional en infantes y adolescentes o en ambientes penitenciarios, y hasta en el rubro organizacional. Entonces, se habla de una serie de técnicas eficaces que modifican la conducta, pensamientos y emociones en muchos contextos. Gallego et al. (2009) explican que el EHS consiste básicamente en observar las conductas, entrenarlas, corregirlas, recibir retroalimentación y en la medida de lo posible, entrenar en escenarios diversos y reales.

Las investigaciones al respecto, agrupa un conjunto de técnicas de evaluación en cinco agrupaciones sistemáticas usualmente asociadas con el EHS (Caballo, 2007; Del Prette & Del Prette, 2002; Gil & León, 1998): Primero, los autorreportes, a través de entrevistas o inventarios; segundo, la observación del comportamiento en situaciones naturales y artificiales, análoga a la vida real; tercero, pruebas de desempeño *de roles*; cuarto, evaluaciones por parte de personas significativas para el paciente; y finalmente, quinto, medidas fisiológicas. La elección del método depende de algunos factores, entre los cuales se destacan (Gil & León, 1998): el tamaño de la muestra, unidad de análisis, la fuente de información, la situación de recolección de datos, y las cuestiones éticas.

2.9.1 El autorregistro.

Del Prette y Del Prette (2013) describen que el autorregistro refiere un proceso de registro en donde observador y observado son la misma persona. Durante el ejercicio, por lo general, el terapeuta proporciona protocolos (o fichas) de registro que oriente su utilización. Dicho protocolo, debe ser un instrumento sencillo y de fácil manejo, permitiendo su uso en situaciones sociales sin causar esfuerzo al paciente. Gil y León (1998) agregan que el protocolo puede incluir indicaciones de las clases molares (Se asume que todo organismo distribuye sus respuestas de tal manera que

obtenga el mayor valor posible. En este sentido, el organismo escoge entre paquetes conductuales (conjuntos de eventos que configuran una conducta, e. g., fumar + tomar café + socializar. Ello con la finalidad de denominar valor de una conducta a la proporción de tiempo invertido en realizar dicha conducta.) y moleculares (El propósito es determinar los factores que fortalecen o debilitan una respuesta. La fuerza de una respuesta corresponde a su probabilidad de ocurrencia. Entonces, una respuesta es fuerte si su ocurrencia es altamente probable, o es débil si es poco probable) de comportamiento, permitiendo al observador describir las situaciones y otros datos relevantes.

2.9.2 La observación.

Por su parte la observación es una de las técnicas metodológicas con mayor tiempo de ser utilizada, su uso se emplea tanto en psicología como en otras disciplinas, dado que la observación rigurosa de los fenómenos es la piedra angular sobre la que se basa cualquier tipo de conocimiento científico, como es de esperar, la psicología no resulta ser una excepción (Caballo, 2007). Según Del Prette y Del Prette (2013), la observación sistematizada se configura como un método directo para la recopilación de datos, dicho método, desempeña un papel crucial tanto en la ejecución del análisis funcional previo a la intervención como en la evaluación posterior de la efectividad de la intervención terapéutica. Esta técnica posibilita la obtención de datos en el entorno natural del paciente con un mínimo de inferencias y ofrece una cuantificación precisa del nivel de conducta antes y después de la intervención. Este enfoque resulta fundamental, ya que los informes del paciente o de personas cercanas pueden ser insuficientes debido a posibles distorsiones en la información comprendida o recabada, efectos de halo, fallos de memoria, entre otras consideraciones tanto en la realización del análisis funcional previo a la intervención, como en la evaluación de la eficacia de la intervención terapéutica.

2.9.3 Las medidas de auto-informe.

Las medidas de autoinforme se consideran en términos probabilísticos, una de las técnicas de medición más frecuentes empleadas en el estudio de las HHSS. De hecho, Gil y León (1998) agregan que prácticamente todo estudio contiene múltiples inventarios o escalas incluye varias escalas que miden la habilidad social general, además de respaldar la información. La utilización de cuestionarios, inventarios o escalas puede ser un gran apoyo tanto en el estudio como en la aplicación clínica. En la investigación permite evaluar una gran cantidad de sujetos en un tiempo breve, con una importante economía de tiempo y energía. Betina (2012) concluye argumentando que también permite explorar un amplio rango de conductas, muchas de ellas difícilmente accesibles a una observación directa. En la práctica clínica, es útil para obtener una rápida visión de las dificultades del paciente, sobre las que poder indagar posteriormente. Igualmente, sirve, como una sencilla medida objetiva pre- y post-tratamiento y como un medio para llegar a una descripción objetiva de la subjetividad de un individuo.

Desde la perspectiva de Caballo (2007), la importancia de los casos en que se aplica varía según se utilice como técnica principal o como una ayuda para otros procedimientos terapéuticos. Aunque no todos los casos de EHS se interesa por el cambio de la conducta social. Zabala e Iraurgi (2000) alegan que en un programa completo de EHS debe procurar un conjunto de habilidades cognitivas, emocionales, actitudes, creencias y conductas verbales y no verbales.

2.9.4 Reestructuración cognitiva.

La reestructuración cognitiva o racional es desarrollada a partir de la terapia racional emotiva de Ellis (1971) dicha técnica, es empleada para la clarificación y cambio de los patrones de pensamiento de la persona. El objetivo principal es ayudar a las personas a desarrollar la capacidad

para evaluar los incidentes potencialmente trastornantes de una manera más realista. Para realizar dicha técnica Ellis y MacLaren (2004) explican que, primeramente, mediante una conversación se utiliza un enfoque dialéctico, el cual hace referencia a la parte informativa de una sesión. En dicha sesión (o sesiones) se aclaran términos y se explica la diferencia entre creencias racionales (Son creencias flexibles que se adaptan y ayudan a alcanzar las metas siendo compatibles con la realidad) y creencias irracionales (Son creencias dogmáticas, no son del todo compatibles con la realidad social y en ocasiones se contraponen e impiden los objetivos personales). En segundo lugar, una vez explicadas las diferencias, es empleado el enfoque socrático, dicho enfoque implica una participación de la persona (paciente). Mediante de una serie de preguntas clave, se concretan específicamente cómo y dónde el pensamiento, los sentimientos y el comportamiento se vuelven problemáticos. Dichas preguntas deben hacer referencia a la experiencia de las personas en las situaciones problema, esto es evaluar los hechos de la manera más objetiva posible, en otras palabras comprobar si la creencia específica es compatible o no con la realidad social; a la funcionalidad de su vida cotidiana, es decir si las aplicaciones de algunas creencias, conductas y emociones que permean de manera negativa en el incumplimiento de sus objetivos; preguntas encaminadas a los deseos, preferencias, exigencias o expectativas de las personas; y finalmente, a la satisfacción por la vida en general.

2.9.5 Ensayo conductual.

Escudero (2019) explica que el ensayo conductual refiere al reaprendizaje, esto es, nuevas formas de realizar contestaciones que no se consideran adaptativos, reestructurándolos de manera que surjan nuevas respuestas más favorables para la situación que se desea cambiar. Slaikeu (1990) afirma que mediante su representación se busca una serie de respuestas alternativas que ayuden a

la persona a centrar sus objetivos y llegar, por medio del entrenamiento a resolverlos. Las HHSS que se desarrollan al momento de desempeñar dicho ensayo pueden ir desde habilidades relacionadas a los sentimientos, habilidades alternativas a la agresión hasta inclusive habilidades para hacer frente al estrés. Un ejemplo podría ser una víctima de abuso sexual que se dedica a practicar sus diálogos para el juicio en la corte. De manera conductual, las personas deben representar cortas escenas que simulan situaciones de la vida real, describiendo brevemente la situación (el problema real), centrándose en la descripción del problema, identificando las posibles cogniciones desadaptativas. Se diferencia de otras formas de representación de roles, como el psicodrama, al centrarse en el cambio de conducta como un fin en sí mismo y no como técnica para expresar o identificar supuestos conflictos.

2.9.6 Imágenes emotivas racionales.

Las imágenes emotivas racionales son una técnica basada en el enfoque TCER (Terapia del comportamiento emotivo racional). Ellis y MacLaren (2004) describen que el primer objetivo de la técnica es ayudar al paciente a identificar su emoción más apropiada y racional para las situaciones problemáticas que experimenta. El segundo objetivo, es explorar de manera empírica las autoafirmaciones y mecanismos de aceptación que le resultan más convincentes y naturales para él, practicándolo con imágenes emotivas racionales (imágenes del suceso donde se presenta la problemática) hasta que se vuelvan pensamientos automáticos en situaciones de tensión. Por ejemplo, en situaciones donde un trabajador (paciente) se acuerde de su jefe y como lo trato al ordenarle algo o regañarle por un problema presentado en el trabajo. En dicha situación el paciente ha reconstruido en su imaginación la situación y el disgusto emocional que sintió. Primeramente, debe clasificar sus emociones de disgusto (ej. Miedo, ansiedad, enojo, entre otros) y después deberá

ser guiado para cambiar sus emociones de disgusto por otra emoción negativa más razonable o acorde a la situación (ej. Frustración e incomodidad), seguidamente se debe dar un tiempo a que se reorganicen las ideas. Una vez remplazadas las emociones, se hace una reflexión mediante un diálogo con el paciente para conocer su pensamiento y su proceso para llegar a dicha modificación.

2.9.7 Modelamiento.

El modelamiento, parte de la perspectiva de varios investigadores (Bandura & Ribes, 1977; Bandura & Walters, 1984; Boeree, 2002; Cherem, et al. 2017; Ruíz, 2010; Woolfolk, 2010) destacan que hay una mezcla de factores contextuales, cognitivos y emocionales que influyen en la conducta. Se considera que los factores externos son tan importantes como los internos y que los acontecimientos ambientales. Slaikeu (1990) Complementa diciendo que esta técnica se utiliza para enseñar nuevos comportamientos, aumentar la frecuencia de los comportamientos deseables y disminuir los temores o conductas indeseables, por ende, puede aplicarse a cualquier tipo de HHSS. En la variedad más sencilla del modelamiento, se expone al paciente a uno o más individuos que demuestran el comportamiento-objetivo. El modelamiento puede presentarse en vivo, simbólicamente (con un vídeo) o de manera imaginaria. Esto se debe a que los factores personales y las conductas interactúan con el proceso de aprendizaje. En este sentido es importante mencionar que las conductas que los individuos adquieren se pueden dar de dos formas:

- *La experiencia directa.* El aprendizaje más rudimentario está basado en la experiencia directa. Dicho aprendizaje se genera a través de los resultados positivos y negativos que producen las conductas. Mediante desarrollo de diversos reforzamientos diferenciales, llega finalmente un momento en que se seleccionan las formas de respuesta con base en el éxito que se han obtenido con anterioridad y se descartan las respuestas

ineficaces. Las consecuencias de las respuestas tienen dos funciones, en primer lugar, recopilan datos necesarios para el conocimiento. En segundo, tiene una función motivadora.

- *El aprendizaje por medio de modelos.* Las personas aprenden la mayor parte de su conducta mediante la observación, por medio de modelado: al observar a los demás. Las personas se hacen una idea de cómo se efectúan las conductas nuevas, a partir de ello, dicho conocimiento sirve a modo de guía. Cuando se percibe a un modelo, las personas que lo observan adquieren, principalmente representaciones simbólicas de las actividades efectuadas por el modelo.

2.9.8 Retroalimentación y reforzamiento.

Gallego et al. (2009) explican que la retroalimentación consiste en regular la conducta del individuo por medio de la información acerca de su desempeño durante el ensayo, con la finalidad de hacer consciente al individuo de sus equivocaciones, así como también de sus aciertos. La técnica en cuestión es usada como auxiliar del ensayo conductual o de las video grabaciones. Por su parte, el reforzamiento toma prestada la definición propia de la psicología conductual. Cualquier consecuencia seguida después de una conducta que fortalezca a esta misma es un reforzador, en este caso solo se usa el reforzador de tipo positivo, social o verbal, aplicado tanto por el entrenador como por los miembros del grupo en donde la persona se va a desempeñar, esto se traduce en elogios por parte del terapeuta, recompensas en autopercepción, aplausos en caso de ser una terapia grupal, entre otros.

2.9.9 Instrucciones/Aleccionamiento.

López (2015) describe que las instrucciones intentan proporcionar información explícita sobre la diferenciación entre la actuación y el criterio. También, proporciona información concreta acerca de la composición de una respuesta apropiada, mediante anotaciones que dirigen la atención de la persona hacia sus necesidades. Dicha información se presenta a través de diversas formas, representaciones de papeles, discusiones, material escrito, descripciones en una pizarra, grabaciones audiovisuales, etc. Es decir, no es una tarea precisa, pero sí educa cómo evitar situaciones problemáticas para la persona o en su defecto solucionar dichos problemas.

2.9.10 Tareas para casa.

La asignación de tareas para casa (de menor a mayor dificultad) se realiza cuando en el entrenamiento, se ha alcanzado un nivel mínimo de competencia llevado a cabo en las sesiones, que permita obtener algún éxito en la tarea a realizar. El terapeuta debe advertir que llevar a cabo correctamente una conducta no garantiza la aceptación o aprobación de los demás, sino que incremental la probabilidad de éxito en las relaciones sociales (UNED, 2018).

Respecto a los programas empleados el entrenamiento en HHSS, su estructura es susceptible a modificaciones en cuanto a su estructura, pudiendo adoptar formatos grupales, individuales o mixtos. Para poder elegir cualquiera de los programas anteriores, se debe considerar aspectos y características como los objetivos del programa, el número de participantes, la homogeneidad o heterogeneidad de los problemas, entre otros. Algo a tomar en cuenta es la dinámica que se debe implementar en los programas de entrenamiento de HHSS, la dinámica puede variar internamente en cada una de las sesiones, la forma de aplicación de cada una de las técnicas, así como el rol o dinámica que desempeña el instructor en el programa de intervención de HHSS (Del Prette & Del Prette, 2013).

Las técnicas e investigaciones anteriores de las HHSS son factores a tomar en cuenta para la población médica y su necesidad de implementación de conocimiento en HHSS, así como de un EHS. Por su parte Tena y Hernández (2007) comentan, que las HHSS en el ámbito médico son cruciales no solo para el correcto diagnóstico de los pacientes, sino también para el trato mismo al paciente, así como las relaciones interpersonales entre los compañeros y jefes de los médicos en cualquier nivel. El hecho de poseer un elevado EHS en muchos ámbitos, determinarán el ejercicio de la profesión de manera más empática, eficiente y humana. Usar una adecuada expresión verbal y no verbal, aunado a una posterior reflexión, será plasmada tanto en sus conductas como sus actitudes. Para ello, Delgado-Domínguez et al. (2020) coinciden en que el acceso a la información emocional es fundamental para encaminar una conciencia de autoaceptación, autodeterminación, autoestima e individualismo, cuyo impacto refuerza un bienestar psicológico personal, que llega a afectar de manera positiva en su vida. En un sentido colectivo, existirá una exigencia colectiva de hacer explícitos sus derechos, deberes y obligaciones, sin embargo, Dos santos y Benavides (2014) argumentan que también hay que tener en cuenta la tolerancia a la frustración, ya que está directamente vinculada al rendimiento social efectivo. Esto se debe a que la agresión es el patrón por excelencia de respuesta a la frustración. Siguiendo esta lógica, los autores argumentan que un déficit en el repertorio de HHSS del médico, pueden comprometer tanto sus acciones como su desarrollo profesional poniendo en riesgo los resultados de su labor, que tienen un impacto directo en la calidad de vida de otras personas. A medida que el médico adquiera un repertorio sólido de HHSS le resultará más fácil protegerse de situaciones frustrantes, evitando caer en la agresión, mitigando incomodidades y posibles consecuencias derivadas de su práctica. Finalmente, Tena y Hernández (2007) culminan mencionando que el acercamiento propicio del médico con sus pacientes y sus

familiares promueve en el enfermo una atención humana e integral de calidad. Implicando no solo un deber laboral, sino además una motivación regida por valores sociales y morales que, al mismo tiempo, son satisfechos al momento de realizar un trabajo eficiente.

3. Discusión.

Sin duda alguna, las aportaciones de la psicología al campo de la salud mental son de vital importancia para la sociedad mexicana. Según la OPS (2016), el riesgo de tener una enfermedad mental representa una causa de pérdida de años de vida saludable, mayor propensión a presentar problemas cardiovasculares, diabetes tipo II, hipertensión arterial, apoplejía y problemas respiratorios como el asma. Aunado a ello, la OPS añade que también representa un costo económico elevado a las empresas, producto de trastornos depresivos y adicciones, entre los más conocidos. Sin embargo, Zuluaga y Ruiz (2020) postulan que fenómenos como el burnout también son una necesidad que se debe tratar en las organizaciones públicas y privadas. Lauracio y Lauracio (2020) argumentan que en muchas ocasiones se deja de lado a los trabajadores de la salud al momento de intervenir en su salud mental. Así mismo, investigaciones más recientes (Quirate et al., 2013, Yaya et al., 2018), afirman que el burnout es mayoritariamente propenso en profesiones que se encuentran inmersas en situaciones de contacto directo con personas y que utilizan un trato cordial, empático, atento y demás características afines de manera constante en el trabajo.

Sumado a lo anterior, desde la perspectiva de Moreno-Jiménez et al. (2014), el uso de HHSS en empresas, trae consigo mejoras en la comunicación, en los equipos de trabajo, en la eficiencia laboral, en la retroalimentación, en la confianza y el respeto entre el personal. Lo anterior, lleva por ende a un espacio de salud organizacional. Newell (2003) por su parte, explica que las HHSS en las organizaciones

son la capacidad que tienen las empresas para autorregularse y mejorar, adaptarse a los entornos competitivos y alcanzar así una serie de competencias individuales, sociales y organizacionales.

Por otro lado, autores como Juárez-García (2020), Birhanu et al. (2018), y Tsamakis et al. (2020) Mencionan que desde antes de la pandemia por la enfermedad COVID-19, los profesionales de la salud estaban comúnmente expuestos a diversos factores de riesgo psicosociales por sus tareas cotidianas, entre los que se encuentran: las grandes cargas de trabajo, el bajo control percibido, el bajo apoyo social, excesivas demandas emocionales y físicas, desequilibrio entre esfuerzo y recompensa percibida, liderazgo autoritario, violencia laboral, falta de infraestructura, horarios y jornadas prolongadas, entre otros.

Por todo lo anterior, aunado a las aportaciones de los estudios de HHSS (Pereira-Lima & Loureiro, 2017, San-Martín et al. 2016, y Yutani et al. 2016) el presente trabajo de carácter documental menciona de manera puntual aspectos que son necesarios mejorar en las instituciones médicas, debido a ello, se propone en el presente escrito la futura investigación de instituciones mexicanas de salud con estudios al respecto. Además, se propone la implementación de programas de inducción al mejoramiento de HHSS o mejor dicho de EHS en médicos. Caballo (2007), Gallego et al. (2009), y García y Méndez (2017) mencionan que dicho entrenamiento se considera óptimo para un manejo adecuado de los factores de riesgo, de una apropiada red de soporte, un sentimiento de valía y una considerable reducción de sintomatología del estrés, de esta manera, aporta de manera significativa el impedimento de la sintomatología de burnout. Sumado a lo anterior, las HHSS traen consigo un trato grato y de calidad a los pacientes, a las y los compañeros de trabajo, los jefes y por supuesto, de la misma institución.

Referencias

- Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo, (2014). *Trabajos saludables gestionemos el estrés: guía de la campaña: gestión del estrés y de los riesgos psicosociales en el trabajo*, Oficina de Publicaciones. <https://data.europa.eu/doi/10.2802/16632>
- Alberti, R.E. & Emmons, M.L. (1978). *Your perfect Right: A Guide to 236 Assertive Behavior*. Impact Publishers.
- Alonso, A., Menéndez, M., & González, L. (2013). Apoyo social: Mecanismos y modelos de influencia sobre la enfermedad crónica. *Cad Aten Primaria*. (19), 118-123. https://www.agamfec.com/pdf/CADERNOS/VOL19/vol_2/ParaSaberDe_vol19_n2_3.pdf
- Alsinet-Mora, C. (1997). Un programa para mejorar las habilidades sociales de los adolescentes. *Rev. Espacio abierto*. 2 (6).
- Ángeles, M., M. (2016). Relación entre resiliencia y habilidades sociales en un grupo de adolescentes de Lima norte. [Tesis de Maestría]. USMP.
- Apiquian, A. (2007). El síndrome de Burnout en las empresas. [Presentación de escrito]. Congreso. 26 y 27 de abril, Tercer Congreso de Escuelas de Psicología de las Universidades Red Anáhuac. Mérida, México. <https://www.ucm.es/data/cont/media/www/pag-30022/sindrome%20burnout.pdf>
- Aranda-Beltrán, C., Pando-Moreno, M., & Salazar-Estrada, J.G. (2016). Confiabilidad y validación de la escala Maslach Burnout Inventory (Hss) en trabajadores del occidente de México. *Salud Uninorte*. 32(2), 218-227. <http://www.scielo.org.co/pdf/sun/v32n2/v32n2a05.pdf>
- Argyle, M. (1975). *Bodily Communication*, New York, International Universities Press, Incorporated.

- Argyle, M. (1981). *Social skills and health*. Methuen.
- Argyle, M. (1990). Happiness and social skills. *Person indicitl.* (2) 12.
- Argyle, M., & Kendon, A. (1967). The Experimental Analysis of Social Performance. *Advances in Experimental Social Psychology* 3. 55–98.
- Arís, N. (2009). El Síndrome de Burnout en los docentes. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 7(2), 829-848. <https://doi.org/10.25115/ejrep.v7i18.1324>
- Arnett, J.J. (1995). Broad and narrow socialization: The family in the context of a cultural theory. *Journal of Marriage and the Family*. 57. 617-628.
- Banco Mundial. (2020). *México: panorama general*. Banco Mundial: <https://www.bancomundial.org/es/country/mexico/overview#1>
- Bandura, A. & Walters, R. H (1977). *Aprendizaje Social y Desarrollo de la Personalidad*. Alianza Editorial.
- Bandura, A. & Ribes, E. (1984). *Modificación de conducta. Análisis de la agresión y la delincuencia*. Trillas.
- Basañez, L. (2008). *Y tus emociones ¿Qué dicen?*. Pax.
- Bauman, Z. (2002) *Modernidad líquida*. Fondo de cultura económica.
- Bellack, A. S. & Morrison, R.L. (1982). Interpersonal dysfunction. En Bellack, A.S., Hersen, M. & Kazdin, A. E. *International handbook of behavior modification and therapy*. Nueva York: Plenum Press.
- Berenzon-Gorn, S., Saavedra-Solano, N., Medina, M., Icaza M. E, Aparicio-Basaurí V, & Galván-Reyes, J. (2013). Evaluación del sistema de salud mental en México: ¿hacia dónde encaminar la atención? *Rev. Panam Salud Publica*, 33(4), 252-258. <http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892013000400003>

- Betina, A. (2012). Las intervenciones en habilidades sociales: revisión y análisis desde una mirada salugénica. *Psicodebate Psicología, Cultura y Sociedad*. 12. <https://doi.org/10.18682/pd.v12i0.367>.
- Blanco, G., y Feldman, L. (2017). *Factores psicosociales laborales y sus efectos: haciendo visible lo invisible*. Araca.
- Bresó-Esteves E, Pedraza-Álvarez L, Pérez-Correa K. (2019). Síndrome de burnout y ansiedad en médicos de la ciudad de Santa Marta. *Duazary*. 16(2), 259-269. <https://doi.org/10.21676/2389783X.2958>
- Buelga, S. & Moya-Albiol, L. (2014). La empatía: entenderla para entender a los demás. Barcelona: Plataforma Actual, 143 p. *Pensamiento Psicológico*, 12(2), 129-130. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S165789612014000200009
- Bueno, M^a R., Durán, M., & Garrido, M. (2013) Entrenamiento en habilidades sociales en estudiantes universitarios de Magisterio de la especialidad de Educación Primaria: un estudio preliminar. *Apuntes de psicología*. 31(1), 85-91. <https://www.apuntesdepsicologia.es/index.php/revista/article/view/301>
- Caballo, V. (1993) La multidimensionalidad conductual de las habilidades sociales: Propiedades psicométricas de una medida de autoinforme, La EMES- M. *Psicología Conductual*, 1(2), 221-231.
- Caballo, V. (2007). *Manual de evaluación y entrenamiento de habilidades sociales*. 7 ed. Siglo XXI de España Editores S.A.
- Camacho, A. & Mayorga, D. R. (2017). Riesgos laborales psicosociales. Perspectiva organizacional, jurídica y social. *Revista Prolegómenos Derechos y Valores*, 20(40), 159-172.

- Camarena-Díaz, A. (2020). *Estrés y Burnout en residentes de oncología: evaluación y propuestas de intervención*. [Tesis de Maestría]. UNAM.
<http://132.248.9.195/ptd2020/enero/0799219/Index.html>
- Campo, L. & Ortégón, J. (2012). Síndrome Burnout: una revisión teórica. [Presentación de trabajo escrito]. Foro. Mayo en la Universidad de la sabana.
https://intellectum.unisabana.edu.co/bitstream/handle/10818/3159/Laura_Campo_Panesso.pdf;jsessionid=F921D669FB92948814230C98AF8DE1A7?sequence=1
- Campo, L. & Ortégón, J. (2012, mayo). Síndrome Burnout: una revisión teórica. [Presentación de escrito]. Fórum. Gestión humana para el desarrollo. Chía, Colombia. Universidad de la sabana.
chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://intellectum.unisabana.edu.co/bitstream/handle/10818/3159/Laura_Campo_Panesso.pdf?isAllowed=y&sequence=1
- Carlin, Maicon, & Garcés de los Fayos Ruiz, Enrique J. (2010). El síndrome de burnout: Evolución histórica desde el contexto laboral al ámbito deportivo. *Anales de Psicología*, 26(1), pp.169-180. doi: <https://doi.org/10.6018/analesps>
- Chamaya-Altamirano, M. (2017). *Habilidades sociales en alumnos de una institución educativa pública una privada de Trujillo*. [Tesis de licenciatura]. UPAO.
<https://hdl.handle.net/20.500.12759/3436>
- Cherem, A., García, C., García, D., Morales, A., Gómez, A., Ruiz, E., Salgado, A., Sánchez, E., & García, C. (2017). [Presentación de trabajo escrito]. Facultad de Estudios Superiores Acatlán. Aprendizaje social de Albert Bandura: Marco teórico. UNAM. México.
<https://docplayer.es/31225671-Aprendizaje-social-de-albert-bandura-marco-teorico-facultad-de-estudios-superiores-acatlan-universidad-nacional-autonoma-de-mexico.html>

- Chiavenato, I. (2019). *Administración de recursos humanos. El capital humano de las organizaciones*. McGraw-Hill.
- Cote, L., Tena, C., & Madrazo, M. (2013). *Buenas prácticas en calidad y seguridad en la atención medica paciente*. Alfil.
- Cotter, C. & McCormack, N. (2013) *Managing Burnout in the Workplace*. Chandos information Professional series.
- Cummings, K.; Kaminski, R.; & Merrel, K. (2008). Advances in the assessment of social competence: findings from a preliminary investigation of a general outcome measure for social behavior. *Psychology in the Schools*. 45(10).
- De Pablo, C. (2007). *Estrés y hostigamiento laboral*. Formación Alcalá.
- Del Prette, A. y Del Prette, Z. (2013). Programas eficaces de entrenamiento en habilidades sociales basados en métodos vivenciales. *Apuntes de Psicología*. 31(3).
<https://doi.org/10.1590/S0124-00642009000200002>.
- Del Prette, Z.; Del Prette, A. & Barreto, M. (1999). Habilidades sociales en la formación profesional del psicólogo: análisis de un programa de intervención. *Psicología Conductual*, 7(1), 27-47.
- Delgado-Domínguez, C., Rodríguez-Barraza, A., Lagunes Córdoba, R., & Vázquez-Martínez, F. (2020) Bienestar psicológico en médicos residentes de una universidad pública de México. *Universidad Médica*, 61(2). <https://doi.org/10.11144/Javeriana.umed61-2.bps>
- Díaz-Fúnez, P; Pecino, V. & Mañas, M. (2016) Ambigüedad de rol, satisfacción laboral y ciudadanía organizacional en el sector público: un estudio de mediación multinivel. *Revista de psicología*. 34(2). doi: <http://dx.doi.org/10.18800/psico.201602.007>

- Domínguez, R., Zelaya, S., Gutiérrez, M., & Castellanos, E. (2020). *Medidas de protección en personal de salud para disminución de riesgo de contagio de COVID-19*. Instituto Nacional de Salud. Evidencia científica. Gobierno del Salvador.
- Dos Santos, T. & Benavides, A. (2014). Habilidades sociales y frustración en estudiantes de medicina. *Ciencias Psicológicas*, 8(2), 163-172. <https://doi.org/10.22235/cp.v8i2.1034>
- Dunkin, M.J. & Biddle, B.J. (1974). *The study of teaching*. Holt, Rinehart and Winston, Inc.
- Ekman, P. (2014) *Cómo detectar mentiras. Una guía para utilizar en el trabajo, la política y la pareja*. Paidós.
- Ellis, A. & MacLaren, C. (2004). *Las relaciones con los demás. Terapia del comportamiento emotivo racional*. Océano Ámbar.
- Ellis, A. (1971). *Growth through reason*. Wilshire Books.
- El-Sahili, L. (2015). *Burnout: Consecuencias y soluciones*. Manual Moderno.
- Escudero, V. (2019). *Entrenamiento de habilidades sociales para mejorar el desempeño de roles en pacientes con esquizofrenia en el Centro Ambulatorio Especializado San Lázaro en el período noviembre 2018 – abril 2019*. [Tesis de licenciatura]. Universidad de Central de Ecuador. <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/18727>
- Fernández, P. & Extremera, N. (2005). La Inteligencia Emocional y la educación de las emociones desde el Modelo de Mayer y Salovey. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 19(3).
- Figuerola-Zambrano, A., N. (2015). *Los niveles de ansiedad en el desarrollo de las habilidades sociales de las ppl del Centro de Privación de Libertad de Personas Adultas Femenino Quito (CPLPAFQ)*. [Tesis de licenciatura]. Universidad Central de Ecuador. <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/7184>

Fitzgerald, L., Swan, S., & Magley, V. (1997). But was it really sexual harassment? Legal, behavioral, and psychological definitions of the workplace victimization of women. *Needham: Heights.*

<https://people.cas.sc.edu/swansc/FitzgeraldSwanetal97SexHarrassmentCh2.pdf>

FREMAP (2016). ¿Qué es el síndrome de “Burnout” y en qué se diferencia del estrés? *Boletín informativo. Consultas técnicas frecuentes.*

https://prevencion.fremap.es/Doc%20CONSULTAS%20TECNICAS/Psicosociologia/CTF_15_1012.pdf

Fuschi, L. (2013). *Discourse markers in spoken Italian. The functions of senti and guarda*. [Tesis Doctoral]. UNIVERSITÄT BIELEFELD.

https://www.academia.edu/63342399/Discourse_markers_in_spoken_Italian_The_functions_of_senti_and_guarda

Galassi, J.P., Galassi, M.D. (1977) Assessment procedures for assertive behavior. En Alberti R. E. *Assertiveness: Innovations, applications, issues*. San Luis Obispo: California Impact.

Gallego, O., Cañas, Y., Contreras, A., Cruz, D., Ruiz, N., Sánchez, J., & Toro, L. (2009) *Diseño de un programa de entrenamiento en habilidades sociales para estudiantes de psicología*. Corporación Universitaria Iberoamericana.

García A. & Méndez, C. (2017). El entrenamiento en habilidades sociales y su impacto en la convivencia escolar dentro de un grupo de primaria. REXE. *Revista de Estudios y Experiencias en Educación*, 16(30), 151-164. [doi:10.21703/rexe.2017301511648](https://doi.org/10.21703/rexe.2017301511648)

García Sáiz, M. y Gil F. (1992). Conceptos, supuestos y modelo explicativo de las habilidades sociales. En F. Gil, J.M. León y L. Jarana. *Habilidades sociales y salud* (pp.47-58). Eudema.

- García, A., D. (2011). Estudio sobre el asertividad y las habilidades sociales en el alumnado de Educación Social. *Rev. Educación*, 12, 225-240. chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/http://rabida.uhu.es/dspace/bitstream/handle/10272/5352/Estudio_sobre_la_asertividad.pdf?sequence=5
- Garrido, A. & Álvaro, J.L. (2007) *Psicología social. Perspectivas Psicológicas y Sociológicas*. McGraw-Hill.
- Gil, F. & León, J. (1998). *Habilidades sociales: teoría, investigación e intervención*. Síntesis.
- Gil, F. y Sarriá, E. (1985): Aplicación de técnicas de aprendizaje social en grupo para la formación de docentes: Microenseñanza, en C. Huici (Ed.): *Estructura y procesos de grupo*. UNED, 2, 361-384.
- Gil-Monte, P. (2003). El síndrome de quemarse por el trabajo (síndrome de burnout) en profesionales de enfermería. *Revista InterAção Ps.* 1, 19-33. https://www.researchgate.net/publication/263161122_El_sindrome_de_quemarse_por_el_trabajo_sindrome_de_burnout_en_profesionales_de_enfermeria
- Gil-Monte, P., & García-Jueas, J. (2008) Efectos de la sobrecarga laboral y la autoeficacia sobre el síndrome de quemarse por el trabajo (burnout). Un estudio longitudinal de enfermería. *Revista Mexicana de Psicología*, 25(2), 329-337. <https://www.redalyc.org/pdf/2430/243016308012.pdf>
- Gil-Rodríguez, F., León-Rubio, J.M, & Jarána-Expósito, L. (1991). *Entrenamiento en habilidades sociales: en el marco de los servicios de salud*. Diputación provincial de Sevilla. https://www.academia.edu/34640407/ENTRENAMIENTO_EN_HABILIDADES_SOCIALES_EN_EL_MARCO_DE_LOS_SERVICIOS_DE_SALUD

- Gobierno de México. (2021). *Impacto de la pandemia por COVID-19 en el mercado laboral mexicano y en el SAR. Hacienda: Apuntes sobre el SAR n°5. COVID-19, mercado laboral y el SAR.* https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/656430/AP-05-2021_Impacto_de_la_Pandemia_en_el_Mercado_Laboral_VFF.pdf
- Goldstein, A., McGinnis, E., Sprafkin, R., Gershaw, J. & Klein, P. (1980). *Escala de Habilidades sociales.* Biblioteca de psicometría. https://www.academia.edu/37172809/ESCALA_DE_EVALUACION_DE_HABILIDADES_SOCIALES_BIBLIOTECA_DE_PSICOMETRIA
- Goldstein, A., Sprafkin, R., Gershaw, J., & Klein, P. (1989). *Habilidades sociales y autocontrol en la adolescencia. Un programa de entrenamiento.* Ediciones Martínez Roca, S.A.
- Goldstein, F. C., & Levin, H. S. (1987). *Disorders of reasoning and problem-solving ability.* En M. Meier, A. Benton, & L. Diller (Eds.), *Neuropsychological rehabilitation.* London: Taylor & Francis Group.
- Goleman D. (1996). *Inteligencia Emocional.* Kairós.
- Gómez, J.A. (2007) Estereotipos. En Morales, J. F., Moya, M., Gaviria, E. & Cuadrado, I. *Psicología social.* (pp. 213-241). Mc Graw-Hill.
- Gómez-Arias, M. (2015). *Síndrome de Burnout e inteligencia emocionales en médicos residentes de la especialidad en medicina de urgencias del hospital general regional n°110. UNAM.* [Tesis de licenciatura]. UNAM. https://ru.dgb.unam.mx/handle/DGB_UNAM/TES01000732680
- Gris, J., Zubieta, E., & Páez, D. (2002). *Cultura y valores.* En Morales, J. F., Páez, D., Konrblit, A. L., & Asún, D. *Psicología social* (pp. 56-126). Prentice Hall.

Hargie, O., Saunders, C. & Dickson, D. (1981) *Social Skills in Interpersonal Communication*. Croom Helm.

Hergenhahn, B.R. (2011) *Introducción a la historia de la Psicología*. CENGAGE Learning.

Hernández-Armentia, M. (2010). *Desarrollo de habilidades sociales en el aula*. Formación Continuada Logoss.

Hernández-Zamora, G., Olmedo-Castejón, E., & Ibáñez-Fernández, I. (2004). Estar quemado (burnout) y su relación con el afrontamiento. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4 (2), pp. 323-336.

Hersen, M., & Bellack, A. S. (1977). Assessment of Social Skills. En A. R. Cininero, & K. S. Calhoun. *Handbook of Behavior Assessment* (pp. 509-554). Wiley.

Hill, M., Stafford, A., Seaman, P., Ross, N., & Daniel, B. (2007). *Parenting and resilience*. Joseph Rowntree Foundation.

Ibarra, M. E. (2020). Las habilidades sociales desde la tipología de Goldstein: Un análisis psicosocial en niños de 6 a 8 años en la ciudad de Victoria Durango. [Tesis de Maestría]. UJED.

Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. (2006). NTP 705: Síndrome de estar quemado por el trabajo o "burnout" (II): consecuencias, evaluación y prevención. *Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales España*.

https://app.mapfre.com/documentacion/es/catalogo_imagenes/grupo.do?path=1031503

Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales de España. (2005). NTP 704: Síndrome de estar quemado por el trabajo o "burnout" (I): definición y proceso de generación. *Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales España*.

https://www.insst.es/documents/94886/327446/ntp_704.pdf/9a205bee-9bd7-4221-a1ae-39b737974768

- Knapp, M. (2010). *La comunicación no verbal. El cuerpo y el entorno*. Paidós.
- Larrea, S., Nevárez, R., Vieitez, I., Gutiérrez, J., López, L., Misunas, C., Haberland, N., & Ngo, T. (2020). Estudio VoCes-19: Juventudes transformando el país. *Harvard dataverse*.
<http://doi.org/10.31899/sbsr2021.1049>.
- Leahey, T. & Harris, R. (2001). *Aprendizaje y cognición*. Pretince Hall.
- Leviñanco, D., S. (2019). *Analizar la posible existencia del síndrome de Burnout en "ANDAMAT"*. [Tesis de licenciatura]. Universidad Nacional del centro de la provincia de Buenos Aires:
<https://www.ridaa.unicen.edu.ar/xmlui/bitstream/handle/123456789/1992/Levi%C3%B1anco%2C%20Daniela%20S.PDF?sequence=1&isAllowed=y>
- Lineham, M. M. (1984). *Interpersonal effectiveness in assertive situations*. E. A. Bleachman (Com), Nueva York, Guilford Press.
- López, A. (2017). *El Síndrome de Burnout: Antecedentes y consecuentes organizacionales en el ámbito de la sanidad pública gallega*. [Tesis de licenciatura]. Universiada de Vigo.
http://www.investigacion.biblioteca.uvigo.es/xmlui/bitstream/handle/11093/791/sindrome_burnout_antecedentes_consecuentes_organizacionales_sanidad_gallega_analia.pdf?sequence=1
- López, B. (2015). *La didáctica de la dramatización en intervención escolar para la mejora de la convivencia. Una investigación sobre la optimización de variables no académicas del autoconcepto*. [Tesis Doctoral]. Universidad de Murcia.
<https://www.tdx.cat/handle/10803/336100>
- Luzarraga J. M. (2017). Relación entre resiliencia e inteligencia emocional. Implicaciones en el desarrollo de competencias socioemocionales. *Revista digital docente*, 1 (3).

- Mardones-Luco, C. (2016). *Tipologías modales multivariadas en habilidades sociales en el marco de la personalidad eficaz en contextos educativos de educación secundaria chilenos y españoles*. [Tesis Doctoral]. Universidad Complutense de Madrid. <https://eprints.ucm.es/id/eprint/40551/>
- Marín-Gutiérrez, I. y González-Piñal, R. (2011) Relaciones sociales en la sociedad de la información. Hacia una noción de intersubjetividad digital. *Prisma Social*, 6, 1-18.
- Marrau, M. (2009). El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout), en el marco contextualizador del estrés laboral. *Fundamentos en Humanidades*. 10(19), 167-177. <https://www.redalyc.org/pdf/184/18411965010.pdf>
- Martínez, A. (2010). El síndrome de Burnout, evolución conceptual y estado actual de la cuestión. *Vivat Academia*. 112, 42-80. <https://doi.org/10.15178/va.2010.112.42-80>
- Martínez, A.; Inglés, C.; Piqueras, J., & Oblitas, L. (2010). Papel de la conducta prosocial y de las relaciones sociales en el bienestar psíquico y físico del adolescente. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 28(1).
- Masaya, L. (2017). *Comunicación verbal y no verbal un enfoque neuronal*. [Tesis de licenciatura]. Universidad de San Carlos de Guatemala. chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/16/16_1553.pdf
- Maslach C. (1976). Burn-Out. *Human Behavior*, 5, 16-22. https://www.researchgate.net/publication/263847499_Burned-Out
- Maslach C, & Jackson S. (1981.) Maslach Burnout Inventory. Palo Alto: *Consulting Psychology Press*. https://www.researchgate.net/profile/Christina-Maslach/publication/277816643_The_Maslach_Burnout_Inventory_Manual/links/5574dbd708aeb6d8c01946d7/The-Maslach-Burnout-Inventory-Manual.pdf

- Maslach C. Schaufeli WB (1993). Historical and conceptual development of burnout. En Schaufeli et al. Eds. *Professional Burnout: Recent Developments in Theory and Research*. Washington, DC: Taylor & Francis. 1993, 1-16.
<https://www.wilmarschaufeli.nl/publications/Schaufeli/043.pdf>
- Mathiesen, K. S., Sanson, A., Stoolmiller, M., & Karevold, E. (2009). The nature and predictors of undercontrolled and internalizing problem trajectories across early childhood. *Journal of abnormal child psychology*, 37(2). <https://doi.org/10.1007/s10802-008-9268-y>
- Mayer, J. D., & Salovey, P. (1993). The intelligence of emotional intelligence. *Intelligence*, 17(4), 433–442. [https://doi.org/10.1016/0160-2896\(93\)90010-3](https://doi.org/10.1016/0160-2896(93)90010-3)
- Medina, M. (2000). *Estudio de la satisfacción laboral, el burnout y el compromiso organizacional de los auxiliares de ayuda a domicilio*. Redes sociales. Ed de la diputación de Huelva.
http://www.diphuelva.es/export/sites/dph/bsocial/.galleries/documentos-revistas-redes/N8_Diciembre_2000.pdf
- Mendo-Lázaro, S., León del Barco, B., Felipe-Castaño, E., Polo del Río, M.^a Isabel, & Palacios-García, V. (2016). Evaluación de las habilidades sociales de estudiantes de Educación Social. *Revista de Psicodidáctica*, 21(1), 139-156.
- Mendoza Cosio, E. (2014). *Inteligencia Emocional en médicos residentes de los cursos de especialización del Hospital General Regional N°46*. UNAM. [Tesis de licenciatura]. UNAM. <http://132.248.9.195/ptd2014/marzo/0710638/Index.html>
- Meneses A., Alejandra (2002). La conversación como interacción social. *Onomázein*, 7, 435-447.
- Mesa J. (2015). *Inteligencia Emocional, Rasgos de Personalidad e Inteligencia Psicométrica en Adolescentes*. [Tesis de Doctoral]. Universidad de Murcia.
<https://www.tdx.cat/handle/10803/310420>

- Mestre, J. M. & Palmero, F. (2004) *Procesos psicológicos básicos*. McGraw-Hill.
- Michelson, L., Sugai, D. P., Wood, R. P. y Kazdin, A. E. (1987). *Las habilidades sociales en la infancia: evaluación y tratamiento*. Martínez Roca.
- Ministerio del Trabajo (2015). *Síndrome de agotamiento laboral - “Burnout” Protocolo de prevención y actuación*. <http://www.amfpr.org/wp-content/uploads/10-Protocolo-prevencion-y-actuacion-burnout.pdf>
- Monforte, E. (2019). ¿Qué es la empatía? ¿Existen diferentes formas de ser empático? *Psicomed.mx*.
- Monjas, I. (2002). *Programa de enseñanza de habilidades de interacción social (PEHIS)*. CEPE.
- Monjas-Casares, M. & González-Moreno, B. (1998). *Las habilidades sociales en el currículo*. [Chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.bienestaryproteccioninfantil.es/imagenes/tablaContenidos03SubSec/habilidades_sociales_curriculo_mec.pdf](chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.bienestaryproteccioninfantil.es/imagenes/tablaContenidos03SubSec/habilidades_sociales_curriculo_mec.pdf)
- Montero-Marín, J. (2016). El síndrome de burnout y sus diferentes manifestaciones clínicas: una propuesta para la intervención. *Anest Analg Reanim*. 29(1).
- Morales, F.; Paéz, D.; Kornblit, A.L. y Asún, D. (2002). *Psicología social*. Prentice Hall.
- Morales, J. F., Moya, M., Gaviria, E. & Cuadrado, I. (2007). *Psicología social*. Mc Graw-Hill.
- Moreno-Jiménez, B & Garrosa, E. (2013) *Salud en el trabajo*. Pirámide.
- Moreno-Jiménez, B. (2014). Los riesgos laborales psicosociales: marco conceptual y contexto socio – económico. *ORP journal*. (1).
- Moreno-Jiménez, B., Rodríguez-Muñoz, A., Garrosa-Hernández, E. & Morante-Benadero, M., E. (2005). Quemarse en el trabajo (Burnout). *Egido Editorial Zaragoza*, 161-183.

- Moya, M. (2016). *Habilidades comunicativas y comunicación política*. [Tesis Doctoral]. Universidad Miguel Hernández. <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgglefindmkaj/http://dspace.umh.es/bitstream/11000/3208/1/TD%20Moya%20Ruiz%2C%20Maria%20Teresa.pdf>
- Muñoz, A.& Chávez, L. (2013) La empatía: ¿un concepto unívoco? *Institución Universitaria de Envigado. Katharsis* (16). <https://doi.org/10.25057/25005731.467>
- Navarro-Moya, P. (2019). *Factores psicosociales de riesgo y protección de la salud y el bienestar entre los profesionales del transporte sanitario*. [Tesis doctoral]. Universitat de Girona. <https://www.tdx.cat/handle/10803/668797?locale-attribute=es>
- OIT (2016). *Estrés en el trabajo: un reto colectivo*. chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgglefindmkaj/https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---safework/documents/publication/wcms_466549.pdf
- Olaya-Matute, A., T. (2021). *Relación entre resiliencia con habilidades sociales en adolescentes de una institución pública de Huaquillas*. [Tesis de Maestría]. Universidad Peruana Cayetano Heredia. chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgglefindmkaj/https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/11260/Relacion_OlayaMatute_Anabell.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Olivares, V. (2017) Laudatio: Dra. Christina Maslach, Comprendiendo el Burnout. *Ciencia & Trabajo*. 19(58).

- Oliver-Hernández, C. (1993). *Análisis de la problemática de estrés en el profesorado de enseñanza media: El burnout como síndrome específico*. [Tesis Doctoral]. Universidad Autónoma de Madrid (UAM).
https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/5829/26117_oliver_hernandez_coral.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- OPS (2020). *Resiliencia en tiempos de pandemia. Claves para fortalecer los recursos psicológicos en el aislamiento y distanciamiento social*.
<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/biblio-1118544>
- Ortego-Maté, M.; Lopez- Gonzalez, S., & Alvarez-Trigueros, M. (2011) *Ciencias psicosociales I. Open course: Tema 7. Las habilidades sociales*. UC. Universidad de Cantabria.
- Ovejero, A. (1990). Las habilidades sociales y su entrenamiento: un enfoque necesariamente psicosocial. *Psicothema*, 2(2). 93-112.
- Páez, D.; Fernández, I.; Ubillos, S., & Zubieta, E. (2004) *Psicología social, cultura y educación*. Prentice Hal.
- Palmero F., Carpi, A., & Gómez, C. (2018) Factores psicosociales de riesgo y salud en el ámbito laboral. *Universitat Jaume I (UJI)*.
- Peñafiel, E. & Serrano, C. (2010). *Habilidades sociales*. Editex.
- Pepitone, A. (1991) El mundo de las creencias: Un análisis psicosocial. *Rev. De psicología social y personalidad*, 7 (1), 61-79.
- Perales-Quenza, C., J. (2010). El error fundamental en psicología: reflexiones en torno a las contribuciones de Gustav Ichheiser. *Rev. Colombiana de psicología*, 19(2), 161-175.

- Pereira-Lima, K. & Loureiro, S. (2017). Associations between Social skills and Burnout dimensions in medical residents. *Estudios de Psicología Campinas*, 34(2), 281-292. [10.1590/1982-02752017000200009](https://doi.org/10.1590/1982-02752017000200009)
- Pérez Jáuregui, I. (2018). Síndrome de Burnout, contexto social y subjetividad. *Revista de Ciencias Empresariales y Sociales*, 1(1), 107-136. <http://dspace.uces.edu.ar:8180/xmlui/bitstream/handle/123456789/4311/S%c3%adndromeP%c3%a9rez-Jauregui.pdf?sequence=1>
- Pérez-Bustamante, G., & Sáenz, F. (2010). Autonomía laboral, transferencia de conocimiento y motivación de los trabajadores como fuente de ventajas competitivas. *Cuadernos de economía*, 29(52), 183-206.
- Phillips, E.L. (1985). Social Skills: History and prospect. En L.L'ABATE & MILAN. *Handbook of Social Skills Training and Research*. Wiley.
- Plata Guarneros, M, Flores Cabrera, L., Curiel Hernández, O., Juárez Ocaña, J. R., & Rosas Barrientos, J. V. (2011). Depresión y ansiedad en la residencia médica. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 16(3), 157-162.
- Pujol-Cols, L. (2008). Satisfacción laboral: una revisión de la literatura acerca de sus principales determinantes. *Estudios Gerenciales*. 34(146), 3-18. <https://doi.org/10.18046/j.estger.2018.146.2809>
- Quiceno, J. & Vinaccia, S. (2007) Burnout “Síndrome de quemarse en el trabajo (SQT)”. *Acta colombiana de psicología*. 10(2), 117-125. <http://www.scielo.org.co/pdf/acp/v10n2/v10n2a12.pdf>
- RAE. (2019). *Síndrome del trabajador quemado, mejor que burnout*. RAE.
- Ramírez- Villafañez, A. (2014). *Autoestima para principiantes*. Díaz De Santos.

- Ramírez-Pérez, M. A., Garicano-Quiñónez, L. F., González-De Abreu, L.F., González-De Buitrago, J.M., Jiménez, E., Sánchez Úriz, M.A., & Campo Balsa, M.T. (2019). Síndrome de burnout en médicos residentes de los hospitales del área sureste de la Comunidad de Madrid. *Revista de la Asociación Española de Especialistas en Medicina del Trabajo*, 28(1), 57-65.
- Rapee, R. M., Schniering, C. A., & Hudson, J. L. (2009). Anxiety disorders during childhood and adolescence: origins and treatment. *Annual Review of Clinical Psychology*, 5, 311-341.
- Redón, L. G (2018). *Diferencia de prevalencia puntual de síndrome de agotamiento emocional laboral, en agosto de 2017 obtenida a través de la aplicación de agotamiento emocional de Maslach en médicos internos, médicos residentes, personal de enfermería y cuidadores de un hospital privado en la CDMX.* [Tesis de licenciatura]. UNAM. <http://132.248.9.195/ptd2018/julio/0776514/0776514.pdf>
- Rich, A. R. & Schroeder, H. E. (1976). Research issues in assertiveness training. *Psychological Bulletin*, 83, 1081-1096. <https://doi.org/10.1037/h0078049>
- Rimm, D.C. & Masters, J. C. (1974). *Behavior therapy: Techniques and empirical findings*. Academic.
- Roca, E. (2013). Inteligencia emocional y conceptos afines: autoestima sana y habilidades sociales. [Presentación de escrito]. Congreso. Congreso de inteligencia emocional y bienestar. Zaragoza. España.
- Roca, E. (2014). *Cómo mejorar tus habilidades sociales*. ACDE.
- Rodríguez, L., Cacheiro-González, M., & Gil-Pascual, J. (2014) Desarrollo de habilidades sociales en estudiantes mexicanos de preparatoria a través de actividades virtuales en la plataforma moodle. Teoría de la educación. *Educación y Cultura en la Sociedad de la Información*, 15. (3).

- Ruíz, Y. (2010). Aprendizaje vicario: implicaciones educativas en el aula. *Rev. Digital para profesionales de la enseñanza. Temas para la educación*. 10. <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.feandalucia.ccoo.es/docu/p5sd7465.pdf>
- Salgado, C. (2005). Métodos e instrumentos para medir la resiliencia: Una alternativa peruana. *Liberabit*, 11, 41-48.
- Salvador, M., G. (2019). *Asociación entre estrés y síndrome de Burnout en residentes de medicina familiar*. [Tesis de licenciatura]. UNAM. <http://132.248.9.195/ptd2019/agosto/0793968/Index.html>
- Sánchez, Llull, D. (2013). Estrategias de afrontamiento del burnout en centros de secundaria. *Educació i Cultura*. 24, 75-9. http://ibdigital.uib.es/greenstone/collect/educacio/index/assoc/Educacio/i_Cultu/ra_2_013v/24p075.dir/Educacio_i_Cultura_2013v24p075.pdf
- San-Martín, M., Roig-Carrera, H., Villalonga-Vadell, R., Benito-Sevillano, C., Torres-Salinas, M., Claret-Teruel, G., Robles, B., Sans-Boix, A., Alcorta-Garza, A., & Vivanco, L. (2016). Empatía, habilidades de colaboración interprofesional y aprendizaje médico permanente en residentes españoles y latinoamericanos que inician en programas de formación médica especializada en España. Resultados preliminares. *Aten Primaria*, 49(1), 6-12.
- Schaufeli, W. B. & Taris, T. W. (2014). A critical review of the Job Demands-Resources Model: Implications for improving work and health. Bridging occupational, organizational and public health. <https://www.wilmarschaufeli.nl/publications/Schaufeli/411.pdf>

- SEDESA. (2015). *La calidad de la atención de la salud en México a través de sus instituciones*. Biblioteca mexicana del conocimiento. chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/http://www.calidad.salud.gob.mx/site/editorial/docs/calidad_atencion_salud_enMexico_12experiencia.pdf
- Seguel, F. & Valenzuela, S. (2014). Relación entre la fatiga laboral y el síndrome burnout en personal de enfermería de centros hospitalarios. *Enfermería Universitaria* 11(4), 119-127.
- Serrano, M., A., Rangel Ávila, A., Vidal Tovar, C., R., Urueña Villamizar, Y., C., Anillo Lora, H., & Angulo Blanquicet, G. (2017). Burnout: síndrome silencioso que afecta el desempeño laboral de los docentes universitarios. *Revista espacios. Educación*. 38(55). <https://www.revistaespacios.com/a17v38n55/a17v38n55p28.pdf>
- Shirom, A. (2005). Reflections on the study of burnout. *Work and Stress*. 19, 263-270. https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/02678370500376649?casa_token=8lct8bCjOOsAAAAA%3A9vqXZSvk5z2teJJ67YhhMbdLMj-08cdMKIAV3lR6KGmIXvRq8LvYQLO7-xoF4YqVEqQchrNXgZQZSQ
- Sierra, J., Ortega, V., & Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista Mal Estar e Subjetividade*, 3(1), 10-59.
- Simkin, H. & Becerra, G. (2013) El proceso de socialización. Apuntes para su exploración de un campo psicosocial. *Ciencia, Docencia y Tecnología*, 24(47), 119-142.
- Slaikew, K. (1990). *Intervención en crisis. Manual para practica e investigación*. Manual moderno.
- Soler, J. L., Aparicio, L., Díaz, O., Escolano, E., & Rodríguez, A. (2016) *Inteligencia emocional y bienestar II*. Reflexiones, experiencias profesionales e investigaciones.

- Sosa, S., S. & Salas-Blas. E. (2020). Resiliencia y habilidades sociales en estudiantes secundarios de San Luis de Shuaro, La Merced. *Revista de investigación en comunicación y desarrollo*, 11(1), 40-50.
- Suárez, J., Pérez, B., Soto, A., Muñiz, J., & García, E. (2011). Prejuicios, estereotipos y asignación de culpa. *Revista Electrónica de Metodología Aplicada*. 16(1).
- Sullivan, H.S. (1953). *The interpersonal theory of psychiatry*. Norton.
- Tapia-Gutierrez, C., P. & Cubo-Delgado, S. (2017). Habilidades sociales relevantes: percepciones de múltiples actores educativos. *magis, Revista Internacional de Investigación en Educación*, 9(19), 133-148. [10.11144/Javeriana.m9-19.hsrp](https://doi.org/10.11144/Javeriana.m9-19.hsrp)
- Tena, C. & Hernández, F. (2007) *La comunicación humana en la relación médico paciente*. Prado.
- Terrones-Rodríguez, J. F., Cisneros-Pérez, V., & Arreola-Roch, J. J. (2015). Síndrome de burnout en médicos residentes del Hospital General de Durango, México. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*.54(2). <https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2016/im162p.pdf>
- Thompson, C. (2021, 7 de octubre). *La salud mental está en crisis, en la telemedicina puede haber una solución*. El SOL de México: <https://www.elsoldemexico.com.mx/analisis/la-salud-mental-esta-en-crisis-en-la-telemedicina-puede-haber-una-solucion-7306825.html>
- Tonon, G. (2004). *Calidad de vida y desgaste profesional. Una mirada del Síndrome de Burnout*. Espacio. <https://trabajosocial5.files.wordpress.com/2019/04/tonon-calidad-de-vida-y-desgaste-profesional.pdf>
- Torres, M. (2014). *Las habilidades sociales. Un programa de intervención en Educación Secundaria Obligatoria*. [Tesis de Maestría]. Universidad de Granada. <https://docplayer.es/60943158-Las-habilidades-sociales-un-programa-de-intervencion-en-educacion-secundaria-obligatoria.html>

- Tortosa-Jiménez, A. (2018). El aprendizaje de habilidades sociales en el aula. *Revista Internacional de Apoyo a la Inclusión, Logopedia, Sociedad y Multiculturalidad*, 4(4), 158-165.
<https://doi.org/10.17561/riai.v4.n4.13>
- UGT Andalucía. (2009). *La guía de prevención de riesgos psicosociales en el trabajo*.
http://portal.ugt.org/saludlaboral/publicaciones_new/files/riesgospsicosocialesand/publication.pdf
- ULPGC (SA) *Empatía. El arte de comprender emociones*. Ministerio de empleo y servicio social de España.
<chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://fabricadeinconformistas.es/cursos/empatia/manuales/manual.pdf>
- UNAM. (2007) El Síndrome de “Burnout”: La despersonalización, el agotamiento emocional y la insatisfacción en el trabajo como problemas en el ejercicio de la medicina y el desarrollo profesional. *Fac. de Medicina*.
http://www.facmed.unam.mx/sms/seam2k1/2007/jun_01_ponencia.html
- UNED (2018). *Apuntes de Tercero. Técnicas de Intervención cognitivo-conductuales*. 6.
- UNICEF (2019). *Seamos amigos en la escuela. Una guía para promover la empatía y la inclusión*. Santillana.
chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.unicef.org/ecuador/media/3886/file/Ecuador_guia_inclusion_empatia.pdf.pdf
- Uribe, F. & Amparo, L. (2009). A propósito de la comunicación verbal. *Forma y Función*, 22(2), 121-142.
- Van-der Hofstadt- Román, C., J. (2005). *El libro de las habilidades de comunicación*. Díaz de Santos.

- Vieno, A., Kiesner, J., Pastore, M., & Santinell M. (2008) Antisocial behavior and depressive symptoms: Longitudinal and concurrent relations. *ADOLESCENCE*, 43(171). chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://lilia.dpss.psy.unipd.it/~massimiliano.pastore/papers/Vieno_etAl_2008.pdf
- Vila, N., Küster, I., Pardo, E. (2012). Antecedentes y efectos del burnout-engagement del vendedor. *Cuadernos de Economía y Dirección de la Empresa CEDE*. 15(3), 154-167. <https://doi.org/10.1016/j.cede.2012.02.001>
- Villalobos, A. (2009). *Desarrollo de una medida de resiliencia para establecer el perfil psicosocial de los adolescentes resilientes que permita poner a prueba el modelo explicativo de resiliencia basado en variables psicosociales* [Tesis de Maestría]. Universidad de Costa Rica. <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/textos/tesis11.pdf>
- Vique-Sánchez, J. L. & Galindo-Hernández, O. (2021). México con alta prevalencia de enfermedades crónico-degenerativas y factores de riesgo que favorecen desarrollar COVID-19. *Nutrición Clínica Dietética Hospitalaria*, 41(1). <https://doi.org/10.12873/411vique>
- Woolfolk, A. (2010). *Psicología educativa*. Pearson.
- Yutani, M., Takahashi, M., Takizawa, T., & Miyaoka, H. (2016). Social skills training improves clinical residents' communication skills. *Kitasato Med J.*, 46, 53-59. <https://www.semanticscholar.org/paper/Social-skills-training-improves-clinical-skills-Yutani-Takahashi/81896bb41ba16b1bd3da362e0d4eef61e8873417>
- Zabala, A. & I. Iraurgi. (2000). Entrenamiento en habilidades sociales en el tratamiento de la esquizofrenia. Una revisión. *Goze*. 3(8).

Zamudio-Villareal, J. P. (2011). La función de los médicos residentes según las leyes mexicanas.

Revista de evidencia e investigación clínica, 4(1).

<https://www.medigraphic.com/pdfs/evidencia/eo-2011/eo111c.pdf>

Zis, P., Anagnostopoulos, F., & Sykioti, P. (2014). Burnout in medical residents: A study based on the job Demands-Resources Model. *The Scientific World Journal*. [10.1155/2014/673279](https://doi.org/10.1155/2014/673279)

Zoghbi-Manrique de Lara, P. & Caamaño-Brito, G. (2010). El Impacto de la Alienación Laboral sobre las Conductas Desviadas en el Trabajo: Un Estudio Exploratorio. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 26(1), 79-92.