

Tema 8. Las habilidades sociales



- 8.1 Introducción.**
- 8.2 El concepto de habilidad social.**
- 8.3 Las habilidades sociales y el contexto situacional.**
- 8.4 La adquisición de habilidades sociales.**
- 8.5 Los tipos de habilidades sociales.**
- 8.6 Las habilidades sociales y los profesionales de la salud (PS).**
- 8.7 Referencias del Tema 8.**



8.1 Introducción

Hay muchos individuos que no se relacionan de forma constructiva con los demás, por ser: excesivamente permisivos, agresivos, intransigentes, por transmitir mal la información, no saber expresar los sentimientos, tener dificultades para concertar una cita, etc. En definitiva, tienen un déficit en una o varias habilidades sociales. Esta deficiencia la pueden poner de manifiesto tanto en sus relaciones familiares, sociales como laborales.

A pesar de la importancia demostrada de las habilidades sociales en todos los entornos, muchas personas no les otorgan la relevancia que poseen. Esto se observa, de manera especial, en el ámbito laboral, en el cual muchos profesionales no tienen en cuenta a las habilidades sociales a la hora de trabajar, o las consideran relegadas a un papel secundario, muy por debajo de las competencias técnicas.

En determinadas profesiones, en donde la relación interpersonal es muy frecuente (profesionales de la salud, abogados, maestros, funcionarios, etc.) se debería enfatizar más la adquisición de determinadas habilidades sociales, las cuales unidas a las destrezas técnicas, propias de cada profesión, proporcionarían un trabajo de mayor calidad, más eficaz y más satisfactorio.



8.2 El concepto de habilidad social

A la hora de definir qué es una habilidad social o una competencia social surgen los problemas, pues, como ocurre en otros temas tratados en este texto, se han dado numerosas definiciones, no habiéndose llegado, todavía, a un acuerdo explícito sobre lo que constituye una conducta socialmente habilidosa. Por otro lado, definir que es una habilidad social resulta difícil por dos razones fundamentalmente:

- 1) Dentro del concepto de habilidad social se incluyen muchas conductas y
- 2) Las distintas habilidades sociales dependen de un contexto social, el cual es muy variable.

A pesar de las dificultades para definir qué es una habilidad social son muchas las definiciones dadas y la investigación en torno a ellas. A continuación se citan algunas de las más relevantes (Secord & Backman, 1976), (Blanco, 1981), (Caballo, 1986), (Kelly, 1992), (Pérez-Santamarina, 1999), (Gismero, 2000): *“La capacidad de desempeñar el rol, o sea, de cumplir fielmente con las expectativas que los otros tienen respecto a alguien como ocupante de un estatus en una situación dada”*. *“Expresión adecuada de cualquier emoción, que no sea la respuesta de ansiedad”*. *“La capacidad que el individuo posee de percibir, entender, descifrar y responder a los estímulos sociales en general, especialmente a aquellos que provienen del comportamiento de los demás”*. *“Un conjunto de conductas sociales dirigidas hacia un objeto, interrelacionadas, que pueden aprenderse y que están bajo el control del individuo”*. *“Conjunto de conductas emitidas por un individuo en un contexto interpersonal que expresa los sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de ese individuo de un modo adecuado a la situación, respetando esas conductas en los demás, y que generalmente resuelve los problemas inmediatos de la situación mientras minimiza la probabilidad de futuros problemas”*. *“Conductas aprendidas que ponen en juego las personas en situaciones interpersonales para obtener o mantener reforzamiento del ambiente; entendidas de esta manera, las habilidades sociales pueden considerarse como vías o rutas hacia los objetivos de un individuo”*. *“Conjunto de respuestas verbales y no verbales, parcialmente independientes y situacionalmente específicas, a través de las cuales un individuo expresa en un contexto interpersonal sus necesidades, sentimientos, preferencias, opiniones o derechos sin ansiedad excesiva y de manera no aversiva, respetando todo ello en los demás, que trae como consecuencia el auto-reforzamiento y maximiza la probabilidad de conseguir refuerzo externo”*.

Dado que no existe una única definición de habilidades sociales, y siguiendo, en gran medida a Santos Rego (Santos & Lorenzo, 1999) se puede concluir diciendo que muchas de las definiciones existentes sobre habilidades sociales incluyen los siguientes elementos y características:

1. Las habilidades sociales son conductas aprendidas, socialmente aceptadas y que, a su vez, posibilitan la interacción con los demás.
2. Son conductas instrumentales necesarias para alcanzar una meta.
3. En ellas se unen aspectos observables y aspectos de naturaleza cognitiva y afectiva no directamente observables.
4. La evaluación, interpretación y entrenamiento de las habilidades sociales debe estar en consonancia con el contexto social.



8.3 Las habilidades sociales y el contexto situacional

Meichenbaum et al., (Meichenbaum, Butler, & Gruson, 1981), sostenían que era imposible desarrollar una definición consistente de habilidad social puesto que ésta es parcialmente dependiente del contexto, el cual es muy cambiante. Afirmaban que la habilidad social debía considerarse dentro de un marco cultural determinado, y los patrones de comunicación varían ampliamente entre culturas y dentro de una misma cultura, dependiendo de factores tales como la edad, el sexo, la clase social y la educación. Además, el grado de efectividad mostrado por una persona dependería de lo que deseaba lograr en la situación particular en que se encontrara. La conducta considerada apropiada en una situación podía ser, obviamente, inapropiada en otra. Claramente, según estos autores, no se podía establecer un criterio absoluto de habilidad social.

Meichenbaum et al. (Meichenbaum et al., 1981) al igual que otros muchos autores, al intentar dar una definición de habilidad social ya observaron que una importante limitación, para ello, era el contexto en que se inscribía. Es decir, que para estudiar la conducta socialmente competente y definir los elementos que la componen, necesitamos conocer ese contexto social y cultural de la persona, ya que existen normas sociales que gobiernan lo que se considera conducta social apropiada. Así, en una misma cultura nos encontramos que distintas situaciones requieren conductas diferentes. Las clases de respuestas necesarias para “dar bien una charla” son considerablemente diferentes de las clases de respuestas necesarias para el “mantenimiento de una relación íntima”. Pero no sólo la situación influye también variables como: la edad, el sexo y el estatus social afecta a las habilidades sociales. Por ejemplo, tradicionalmente en Sudáfrica las mujeres africanas, y las indias, son socializadas para ser más subordinadas y obedientes que sus homólogas blancas y en consecuencia pueden experimentar más dificultad en las situaciones sociales en las que se las pide ser asertivas, iniciadoras y atrevidas (Furnham, 1983).

Ejemplos que ilustran como elementos que integran una habilidad social, e incluso habilidades sociales, son muy relevantes en una cultura, en cambio pueden ser intrascendentes en otra son los siguientes. Para tener éxito social y profesional en los Estados Unidos es indispensable ser puntual, cosa que, sin embargo, no es tan imprescindible en Venezuela. Furnham (Furnham, 1979) ha subrayado como una habilidad social como la asertividad en determinadas culturas es impulsada mientras que en otras puede ser incluso perseguida, así en algunas partes de Europa y Norteamérica la asertividad es considerada como un índice de salud mental y su falta como una importante fuente de intranquilidad, ansiedad e insuficiencia, pero en muchas otras culturas ser asertivo, de la forma que es normal serlo en estos países, ni es fomentado ni tolerado. Por el contrario, como indicaba Furnham (Furnham, 1983) *“La humildad, la subordinación y la tolerancia son más valoradas que la asertividad en muchas culturas, especialmente en el caso de las mujeres. Más aún, la falta de asertividad no es necesariamente un signo de insuficiencia o de ansiedad, aunque a veces pueda serlo”*.

Argyle, 1975, (Argyle, 1975) también nos ofrece un ejemplo de la importancia del contexto cultural en la expresión de las habilidades sociales. Este autor compara, por ejemplo, la conducta que se considera socialmente apropiada en los varones japonés y árabes. A los japoneses se les enseña a no expresar las emociones negativas y a evitar las miradas mutuas a los ojos, mientras que los varones árabes se tocan mucho mutuamente en las conversaciones sociales y tienen muy altas tasas de miradas recíprocas a los ojos.

Asimismo, Lafuente (Lafuente, 1998) relata algunos ejemplos que sirven para ilustrar la importancia del conocimiento de la cultura en la negociación: *“Los occidentales ven el hablar como algo positivo, los asiáticos sin embargo valoran el silencio y desaprueban la expresión social de las ideas”* (pp 111). *“En muchas culturas orientales poseedoras de un comportamiento social y discursivo muy ritualizado y poco flexible, se espera de los hablantes un alto grado de cooperación en cuando que cada actividad se entienda sin tener que describirla verbalmente. La aclaración explícita de lo que se está tratando en una negociación es considerado como algo poco aceptable”* (pp 111). *“En el mundo árabe se pone mayor énfasis en desarrollar una fuerte relación personal con la persona con la que han de comunicarse antes de pasar al asunto central, lo que se opone ciertamente al conocido interés de los americanos de “ir al grano”* (pp 112).

En definitiva, todos los ejemplos anteriormente citados pretenden mostrar como la cultura y variables sociodemográficas son imprescindibles a la hora de evaluar y entrenar las habilidades sociales. En este sentido, se puede afirmar que tanto la definición como las medidas de la suficiencia y de la insuficiencia en competencia social en una cultura pueden ser totalmente inaplicables en otra porque las normas de conducta “sanas, normales, habilidosas” y socialmente aceptables difieren considerablemente de una cultura a otra (Ovejero, 1990).



8.4 La adquisición de habilidades sociales

No hay datos definitivos sobre cómo y cuándo se adquieren las habilidades sociales, pero es sin duda la niñez un periodo crítico. En este sentido, numerosas investigaciones (García, Rodríguez, & Cabeza, 1999), (Pérez-Santamarina, 1999), (Sanz, Sanz, & Iriarte, 2000), (Sánchez, 2001), (Torbay, Muñoz, & Hernández, 2001), (Rosa et al., 2002) han encontrado relaciones sólidas entre la competencia social en la infancia y posterior funcionamiento social, académico y psicológico tanto en la infancia como en la edad adulta. Pero no es sólo la infancia un periodo crucial para el desarrollo de las habilidades sociales, ya que en etapas posteriores del desarrollo también se han encontrado relaciones entre el deterioro del funcionamiento social interpersonal y diferentes desórdenes de la conducta, ya sea como antecedente, consecuencia o su característica definitoria (Besora, Martorell, & Clusa, 2000; Fernández, 1999; Gismero, 2001; Repetto & Cifuentes, 2000; Secades & Fernández, 2001).

Con relación a la adquisición de las habilidades sociales o competencias sociales aunque algunos autores sostienen la existencia de una predisposición biológica en la habilidad de las personas para la Interacción social, incluso hay defensores de la implicación de los opiáceos endógenos como determinantes de la conducta social. Sin embargo, la mayoría de los autores sostienen que el desarrollo de las habilidades sociales depende principalmente de la maduración y de las experiencias del aprendizaje (Fernández, 1999), (Marín & León, 2001), (Raga & Rodríguez, 2001), (Vallina & Lemos, 2001).

Las habilidades sociales se adquieren normalmente como consecuencia de varios mecanismos básicos de aprendizaje. Entre ellos se incluyen: reforzamiento positivo directo de las habilidades, el modelado o aprendizaje observacional, el feedback y desarrollo de expectativas cognitivas respecto a las situaciones interpersonales.

Los factores que pueden explicar el comportamiento social inadecuado o que dificultan a un sujeto manifestar una conducta socialmente habilidosa son varios (Fernández, 1999): **1)** las conductas necesarias no están presentes en el repertorio conductual del individuo, ya sea porque no las ha aprendido o por haber aprendido conductas inadecuadas, **2)** la persona siente ansiedad asociada a las interacciones sociales que obstaculiza o dificulta su actuación, **3)** el sujeto valora negativamente su actuación social (autoverbalizaciones negativas) o teme las posibles consecuencias de la conducta habilidosa, **4)** hay una falta de motivación para actuar apropiadamente en una situación determinada, **5)** la persona puede no estar interesada en iniciar o mantener interacciones sociales, **6)** el individuo no sabe discriminar adecuadamente las condiciones en que una respuesta determinada probablemente sería efectiva, **7)** la persona no está segura de sus derechos o piensa que no tiene derecho a responder adecuadamente, **8)** el individuo está sometido a aislamiento social (ej.: por haber estado institucionalizado) y esto puede producir la pérdida de las habilidades por falta de uso y **9)** existen obstáculos restrictivos que impiden al individuo expresarse adecuadamente o incluso lo castigan si lo hace.

Aceptar que las habilidades sociales son aprendidas implica que como todo lo que es aprendido es susceptible de ser modificado. El entrenamiento de las habilidades sociales persigue precisamente este fin, enseñar a las personas habilidades sociales necesarias para un mejor funcionamiento interpersonal. Puede tratarse de un programa estructurado en el que se enseñan determinadas estrategias a un grupo de sujetos útiles para manejarse en ciertos tipos de situaciones o bien puede consistir en el entrenamiento de un sujeto en una clase específica de comportamientos en los que manifiesta mayores dificultades o que son más importantes para su bienestar o sus propósitos.

El entrenamiento en habilidades sociales se realiza a través de ejercicios supervisados por un experto. Los procedimientos más utilizados para tal fin son: las instrucciones verbales, el uso de modelos, el ensayo conductual, la retroalimentación y el reforzamiento. Junto con estos procedimientos se pueden combinar otros como: la reestructuración cognitiva, la desensibilización sistemática y la relajación, con el fin de reducir la ansiedad y/o modificar los pensamientos que están dificultando la puesta en práctica de determinadas habilidades sociales.

La mayor dificultad que presenta el entrenamiento en habilidades sociales es conseguir que los aprendizajes realizados en unas situaciones concretas se generalicen a otras situaciones distintas. Con el fin de conseguir la generalización (Orviz & Lema, 2000) en primer lugar es preciso planificar las habilidades a entrenar, teniendo en cuenta: los déficits y las competencias de las personas objeto de entrenamiento, los ámbitos sociales en los que el usuario se desenvuelve, las personas con las que se siente más incómodo y las conductas que son más frecuentes o de alta probabilidad de ocurrencia. Una vez diseñado un programa, acorde a las necesidades del grupo o individuo, hay que intentar que el entrenamiento sea realista, maximizando el número de elementos comunes a la vida real. Además, es aconsejable iniciar los entrenamientos planteando situaciones fáciles con baja carga emocional e ir incrementando la dificultad y complejidad de las situaciones. Por otro lado, si es posible, permitir practicar las habilidades adquiridas en situaciones reales (ej.: calle, un bar, etc.) y asignar tareas para que el usuario las realice por sí mismo (sin presencia del entrenador) con el fin de poner a prueba su entrenamiento.

Por último, es importante hacer comprender a la persona que es entrenada en habilidades sociales que el entrenamiento facilita la competencia social pero no la asegura (Vallina & Lemos, 2001).



8.5 Los tipos de habilidades sociales

Lazarus (1973) fue uno de los primeros en establecer, desde una posición de práctica clínica, las principales clases de respuesta o dimensiones conductuales que abarcaban las habilidades sociales. Este autor indicó cuatro capacidades: decir “no”, pedir favores y hacer peticiones, expresar sentimientos positivos y negativos e iniciar, mantener y terminar conversaciones. Las clases de respuesta que se han propuesto posteriormente, y ya desde un punto de vista empírico, han girado alrededor de estos cuatro tipos de respuesta. Las dimensiones conductuales más aceptadas en la actualidad (Pérez-Santamarina, 1999) (Torbay et al., 2001) (Portillo, 2001) son las siguientes:

- Escuchar.
- Saludar, presentarse y despedirse.
- Iniciar, mantener y finalizar una conversación.
- Hacer y rechazar peticiones.
- Disculparse o admitir la ignorancia.
- Defender los derechos.
- Negociar.
- Expresar y defender las opiniones, incluido el desacuerdo.
- Afrontar las críticas.
- Hacer y recibir cumplidos.
- Formular y rechazar peticiones (oposición asertiva).
- Expresar amor, agrado y afecto.
- Expresar justificadamente molestia, desagrado o enfado.
- Pedir el cambio de conducta del otro.
- Cooperar y compartir.
- Expresar y recibir emociones.
- Dirigir a otros.
- Solucionar conflictos.
- Dar y recibir retroalimentación.
- Realizar una entrevista.
- Solicitar un trabajo.
- Hablar en público

Las habilidades sociales anteriormente citadas comprenden un extenso conjunto de elementos verbales y no verbales que se combinan en complejos repertorios conductuales. Además, de los componentes verbales y no verbales, las habilidades sociales dependen de procesos cognitivos (pensamientos, autocríticas, sentimientos, etc.) para su correcta ejecución. Pero la habilidad social no es meramente una suma de componentes verbales y no verbales unidos a procesos cognitivos, sino que supone un proceso interactivo de combinación de estas características individuales en contextos ambientales cambiantes. Asimismo, la destreza para desempeñar una habilidad social puede no tener ninguna correspondencia con la desenvoltura de otras (ej: conversar y rechazar peticiones), incluso considerando el mismo tipo de habilidad la conducta concreta del sujeto puede variar según factores personales (estado de ánimo, cogniciones, cambios fisiológicos) y ambientales (las personas con quienes esté relacionándose, el tipo de relación, la situación en la que se encuentre, etc.) (Fernández, 1999).

Un ejemplo de la importancia de los aspectos cognitivos en la interacción social lo constituye el sentimiento de soledad. La soledad se ha definido de varias formas. Altman, 1975, la define como un estado desagradable que experimenta la persona al no conseguir la relación social que desea o al perder una relación estable que ya poseía. Cutrona, 1982, vincula este sentimiento más a la falta de satisfacción en las relaciones interpersonales mantenidas por el individuo que a la frecuencia o cantidad de los contactos sociales. Isidro et al. (Isidro, Vega, & Garrido, 1999) definen la soledad como un sentimiento desagradable vinculado a un desequilibrio en la percepción de las relaciones establecidas con los demás, qué está determinado por la falta de confianza del individuo en su capacidad para afrontar situaciones que potencialmente puedan llegar a generarle soledad. Por otra parte, Shaver y Buhrmester, 1983, y Shaver, 1986, proponen una teoría de la soledad basada en la insuficiencia de las provisiones que el individuo espera le suministre el grupo al cual se ha unido.

A partir de estas definiciones de soledad se puede concluir diciendo que el sentimiento de soledad es una percepción individual que puede estar motivado por una falta de habilidades sociales que provoca la disminución de las interacciones sociales o hace que estas sean menos gratificantes de lo deseado por el individuo. Pero también este sentimiento de soledad puede ser independiente de las habilidades sociales que posee el individuo y sustentarse más en las creencias o expectativas que tiene la persona. En este último caso, más que dotar al individuo de ciertas habilidades sociales sería más correcto trabajar sobre las expectativas y pensamientos de la persona con el fin de lograr que estos fueran más realistas y adaptativos.



8.6 Las habilidades sociales y los profesionales de la salud (PS)

Cada vez es mayor la evidencia favorable que unas buenas relaciones entre profesional-usuario de los servicios de salud contribuyen, entre otras cosas, a incrementar la eficacia de los tratamientos, mejorar a adherencia a éstos o aumentar el repertorio comportamental preventivo y el grado de satisfacción de los usuarios de los servicios de salud (Huici, 1983) (Morales, 1985) (Ovejero, 1987)(Ovejero, 1990) (Cuñado, Gil, & García, 1992) (Rodríguez, 2001b).

Ahora bien, la mejora de las relaciones entre profesionales-usuario de los servicios de salud puede potenciarse de diferentes maneras (Barriga, 1988; Castro & Rodríguez, 1988; León, Martínez, & Fernández, 1988; Peitchinis, 1982; Roldán, 1985; Silverman, 1987), pero el procedimiento probablemente más efectivo sea el entrenamiento en habilidades sociales (Caballo & Buela, 1988; E. Gil, 1984; Kelly, 1992; León, Jarana, & Blanco, 1991; Negrillo, Tirado, & León, 1992).

La relación que se establece entre el PS y el paciente es trascendental en todo el proceso asistencial. A pesar de la importancia demostrada de esta relación se han identificado notables deficiencias atribuidas a determinados comportamientos del PS, y los efectos que aquellos provocaban. Estas deficiencias, observadas casi por igual en todos los profesionales (estudiantes en prácticas y profesionales con experiencia), incluyen importantes déficit en determinadas habilidades sociales, o en algunos de sus componentes, verbales o no verbales. Diversos autores (Huici, 1985) (Rodríguez, 2001a) (Morales, 1985) {{530 Rodríguez, J. 2001}} han puesto de manifiesto las siguientes deficiencias:

- En la fase de recogida de información: escaso o inadecuado contacto visual, no recoger información verbal relevante, no dar la oportunidad a los pacientes para que se expliquen a su manera, evitar indagar el impacto psicológico y social de la enfermedad, no averiguar percepciones erróneas del paciente, evitar comentarios sobre sentimientos, emplear múltiples preguntas al mismo tiempo, repetir preguntas, emplear preguntas tendenciosas, no realizar resúmenes o síntesis de la información aportada por el paciente, no permitirle al paciente que ofrezca retroalimentación, e ignorar la información del paciente cuando se ha alcanzado un diagnóstico.
- Al informar: dar información escasa, ausencia de explicaciones sobre causas, diagnóstico y tratamiento, empleo de tecnicismos médicos, y no repetir la información.
- En cuanto a la consulta en general: inicio brusco de la entrevista, escasa duración, y parquedad al ofrecer apoyo o tranquilizar.

Las consecuencias, presumiblemente asociadas a estas deficiencias, van desde la incomprensión de las explicaciones recibidas, el olvido, la falta de participación, el incumplimiento de las prescripciones, la falta de adhesión y el abandono del tratamiento, el cambio de profesional y la insatisfacción (F. Gil, García, León, & Jarana, 1992) (F. Gil et al., 1992).

Por otra parte, distintas investigaciones han aportado información relevante respecto al comportamiento que, tanto profesionales como pacientes, consideran el más idóneo (o el más deseado) y que permiten la identificación de habilidades o componentes conductuales específicos (Cuñado et al., 1992) (Rodríguez, 2001c):

- La cualidad considerada más importante por los pacientes en los profesionales de la salud fue el “cuidado personalizado”, entendido como un signo o indicación de que los profesionales eran técnicamente competentes, dedicados y tenían interés en los pacientes.
- Los profesionales juzgados como “buenos”, respondían al siguiente perfil: prestan atención y son receptivos a la información del paciente, ofrecen información inteligible, y muestran otros factores psicológicos.
- La consulta considerada “buena”, implicaba un alto nivel tanto de competencia técnica como de comunicación, entendida ésta como: escuchar bien, dar información y explicaciones de forma voluntaria, e implicar al paciente en las decisiones.
- Distintas investigaciones recalcan la importancia de una actitud sin juicios hacia el paciente, proporcionándole tiempo y oportunidades para expresar sus sentimientos e ideas, por muy estúpidas o provocativas que puedan ser.
- Una exhaustiva revisión de estudios establece, como características más relacionadas con la satisfacción experimentada por el paciente, que el profesional descubra y trate los motivos y expectativas del paciente, se comunique de forma amable, mostrando interés y preocupación por el paciente, y ofrezca explicaciones de forma voluntaria y en términos comprensibles.
- Cuando la información es presentada de forma simple, específica, en categorías explícitas, y cuando se repite, aumenta el recuerdo en los pacientes de las prescripciones.
- En ámbitos psiquiátricos se valora especialmente el respeto emocional. Se considera fundamental estar disponible y accesible para hablar de lo que a uno le preocupe, mostrarse acogedor, animar a los pacientes a hacer cosas, y ayudarles a comprenderse mejor. Lo que fue considerado más negativo fue que los profesionales de la salud fueran demasiado analíticos, enjuiciadores y críticos.
- A partir de distintos estudios, realizados por Pendleton et al., 1990,(Pendleton, Schofield, Tate, & Havelock, 1990) éstos proponen un conjunto de habilidades que pueden ser empleadas para mejorar la relación, como realizar preguntas, demostrar aceptación de ideas, adoptar postura y contacto físico adecuados, establecer contacto ocular, asegurar compatibilidad de mensajes tanto verbales como no verbales, reforzar y dar ánimo.
- Varios autores han constatado como la información ofrecida a los pacientes antes de una operación respecto a que va a ocurrir después de la misma, y los que son previamente tranquilizados, muestran menor miedo respecto a la operación, manifiestan menos dolor en la fase postoperatoria, requieren menos analgésicos, se recuperan más rápidamente y abandonando el hospital antes que aquellos que no reciben esa atención.
- Connolly, 1960, en una entrevista con 105 pacientes que habían sido operados, recoge como deseo prácticamente unánime de aquellos el que fueran aceptados y respetados sus sentimientos y miedos, tanto relativos a la operación como con respecto a aspectos personales de sus vidas.
- De entre 19 criterios utilizados para elegir a un médico, 205 adultos clasificaron la empatía como el criterio más importante después de los conocimientos técnicos.
- Cuñado et al., 1992, en una investigación con pacientes quirúrgicos concluyen que los pacientes prefieren para momentos anteriores a la operación conductas relacionadas con: la información (ser oído, recibir información y explicaciones), la persuasión y, a un nivel afectivo, conductas que tranquilicen y den ánimos. Para el postoperatorio, prefieren que los profesionales de la salud estén disponibles, les visiten, y entablen conversaciones con ellos; y a nivel emocional que muestren afecto, paciencia y comprensión.
- En un meta-análisis realizado por May y Dornan, 1988, con 221 estudios sobre satisfacción del paciente, las dimensiones de la satisfacción que aparecen por orden de evaluación fueron: calidad humana del profesional que presta la asistencia, información facilitada (cantidad y calidad), calidad de los servicios en general, competencia técnica del profesional, satisfacción general con los servicios, burocracia, acceso, coste, facilidades, resultados, continuidad de los cuidados y atención a los problemas psicosociales.

- El perfil del profesional que más se asocia con un nivel más alto de satisfacción del paciente es el de un profesional de edad media (entre 30 y 40 años), del mismo sexo que el paciente, no autoritario, informador, que estimula al paciente para que haga preguntas, que no manifiesta impaciencia, apareciendo relajado y tranquilo, pero expresando al mismo tiempo interés y preocupación por los problemas del paciente.

Los dos conjuntos de datos anteriormente expuestos, referentes a las principales deficiencias de los profesionales de la salud (PS) y al comportamiento que tanto profesionales como pacientes consideran más idóneo, se podrían agrupar en un conjunto de habilidades sociales, las cuales deberían formar parte de un programa de entrenamiento continuado de los profesionales de la salud, promovido, no sólo, desde los Organismos educativos encargados de formar a estos profesionales, sino también desde la dirección de los Centros donde prestan sus servicios.

- Habilidades orientadas a la realización de entrevistas: saber escuchar, saber formular preguntas (abiertas-cerradas), realizar reformulaciones y síntesis, reflejar sentimientos, saber iniciar y concluir la entrevista (González, Fernández, de Dios, & Mirón, 1999).
- Habilidades para transmitir información y persuadir: habilidades dirigidas a facilitar la comprensión del mensaje de salud, su recuerdo y su cumplimiento (Costa & López, 1986).
- Habilidades de negociación que exigen tener presentes determinadas estrategias según las diferentes fases de esa negociación: enunciar los problemas, escuchar, definir el problema, formular alternativas, identificar expectativas irreales, paréntesis, confirmar el acuerdo y el compromiso (Costa & López, 1986) (Borrell, 1989) (Cornelius & Fairez, 1998).
- Habilidades asertivas: reconocer las limitaciones y o errores, pedir disculpas, defender los derechos como profesionales, saber decir no y no mostrarse agresivo.
- Habilidades para afrontar situaciones difíciles, en donde se puede incluir una variada muestra de situaciones problemáticas que requieren del profesional: saber tranquilizar a un paciente, saber comunicar malas noticias, saber rehusar una petición injustificada, afrontar presiones, enfrentarse al sufrimiento humano, etc.

Aunque ya lo he indicado en otro epígrafe quiero volver a insistir en un aspecto, la importancia de las variables cognitivas (pensamientos, creencias, etc.) en las habilidades sociales. Todas las habilidades comportamentales deben ir acompañadas de habilidades cognitivas, ya que si no se combinan de manera adecuada ambas habilidades el resultado final no será óptimo. En ocasiones los profesionales de la salud no se relacionan de forma satisfactoria con sus pacientes o familias por sus propias creencias (ej.: piensan que si preguntan al paciente por su sufrimiento no van a ser capaces de controlar la situación, consideran que hablar de temas psicosociales provoca inevitablemente dolor o favorece la incomodidad del paciente), creencias como estas pueden generar gran ansiedad y provocar emociones negativas que con el fin de rehuirlas pueden llevar al profesional a realizar conductas, como: evitar ciertos temas, reducir del tiempo de la entrevista (incluso evitarla), dar la sensación de poca convicción, distanciamiento o descarga de responsabilidad, falta de respeto o sensibilidad.

En el ámbito de los servicios sanitarios son cada vez más los problemas que se originan por no cuidar la relación interpersonal, por ejemplo cuando la comunicación es mala, apresurada e impersonal (Peitchinis, 1982) (Ribera, 1988). Es fundamental que el profesional asuma el hecho de que las relaciones interpersonales son una parte básica o fundamental del proceso de curación, y consiguientemente parte integrante de los cuidados que presta, y no sólo un acto de "buena voluntad" dependiente de la idiosincrasia de cada uno.

El entrenamiento en habilidades sociales, dirigido a los PS, además de abordar la relación entre el profesional y sus pacientes debería trabajar también la relación que el profesional mantiene con el equipo multiprofesional.

La integración en estos equipos, y la posición funcional y jerárquica que ocupe cada profesional, exige el empleo de habilidades específicas, para relacionarse tanto con personas de su misma posición, como con personas de posiciones superiores o inferiores. Por ejemplo, en el caso de los profesionales, que trabajan en condiciones poco satisfactorias (subordinación, falta de responsabilidad, estrés, etc.) y que muestran determinados niveles de insatisfacción laboral, tensión, propensión al abandono, etc., se han propuesto programas específicos de entrenamientos en habilidades sociales, en los que un componente importante lo constituye el desarrollo de habilidades asertivas. Entre ellas se incluye: rehusar peticiones, solicitar cambio de trabajo, aceptar críticas, solicitar más información (cuando las órdenes no son claras) y dar y recibir afecto. En el caso de relaciones jerárquicas descendentes, aparte de las correspondientes habilidades asertivas, es preciso desarrollar habilidades de dirección y supervisión (saber instruir, motivar, evaluar, ordenar, aplicar medidas disciplinarias, etc.), así como habilidades específicas para dirigir grupos de trabajo, habilidades para fomentar la participación, delegar responsabilidades, dirigir reuniones, mediar en conflictos, etc., lo que implica el conocimiento complementario de técnicas de dinámica de grupos.

La ambigüedad y el conflicto de rol, analizados en distintas investigaciones (Zurriaga & Varcacel, 1989), son también factores a los se deberá enfrentar el PS. Por ejemplo, muchos profesionales de la salud consideran una pérdida de tiempo el que un profesional de enfermería hable con los pacientes, a no ser que aquel realice a la vez alguna tarea relacionada con el cuidado físico (tomar temperatura, administrar medicación al paciente, etc.). A pesar de la importancia que tienen conductas, como por ejemplo tranquilizar a un paciente respecto a una inminente operación, dichas tareas no están funcionalmente reconocidas, dando lugar a una situación típica de difusión de responsabilidad.

Como en el caso anterior, las habilidades comportamentales pueden también verse bloqueadas por distintas concepciones irracionales que el profesional puede mantener respecto a su relación con los demás miembros de su equipo. Algunas de estas creencias pueden ser del siguiente tipo: *"es preferible hacer todas las tareas, aunque no correspondan al perfil profesional de uno, a pedir la colaboración a otros miembros del equipo"*, *"debo evitar derivar pacientes a otros profesionales"*, *"lo mejor es pasar siempre desapercibido (aunque haya que renunciar al reconocimiento del esfuerzo)"*, *"mejor adaptarse a un mal compañero que discutir con él"*, etc.

En definitiva, toda esta amplia gama de aplicaciones, confirma la importancia que los entrenamientos en habilidades sociales pueden tener para los PS. Esto resulta especialmente importante, cuando incluso éstos aun siendo conscientes de las deficiencias que muestran en la comunicación con los usuarios y compañeros, son incapaces de reformular su estilo habitual.

En la actualidad se ha podido constatar una importante proliferación de trabajos centrados en los PS, en los que bien se proponen programas específicos para distintos profesionales, o bien se ratifica la eficacia de estos programas (León et al., 1991) (Cuñado et al., 1992) (F. Gil et al., 1992) (Negrillo et al., 1992) (González et al., 1999) (Marín & León, 2001).



8.7 Referencias del Tema 8

- Argyle, M. (1975). *Bodily communication*. Londres: Methuen.
- Barriga, S. (1988). *Salud y comunidad*. Sevilla: Diputación Provincial de Sevilla.
- Besora, J., Martorell, B., & Clusa, J. (2000). *Evaluación de resultados de un programa de pisos para personas con trastorno mentales severos*. *Informaciones Psiquiátricas*, 159, 63-73.
- Blanco, A. (1981). Evaluación de habilidades sociales. In R. Fernández-Ballesteros, & J. A. Carrobbles (Eds.), *Evaluación conductual: Metodología y evaluación* (pp. 568). Madrid: Pirámide.
- Borrell, F. (1989). *Manual de la entrevista clínica para la atención primaria de salud*. Barcelona: DOYMA.
- Caballo, V. (1986). Evaluación de las habilidades sociales. In R. Fernandez-Ballesteros, & J. A. Carrobbles (Eds.), *Evaluación conductual: Metodológica y aplicaciones* (). Madrid: Pirámide.
- Caballo, V., & Buela, U. (1988). Molar/molecular assessment in an analogue situation: Relationships among several measures and validation of a behavioral assessment instrument. *Perceptual and Motor Skills*, 67, 591-602.
- Castro, F. G., & Rodríguez, J. (1988). Eficacia intercultural del modelo clásico de relación medico-paciente. In S. Barriga (Ed.), *Psicología social de los problemas sociales* (pp. 359-363). Granada: Servicio de publicaciones de la Universidad de Granada.
- Cornelius, H., & Faire, S. (1998). *Tu ganas / yo gano*. Madrid: Gaia Ediciones.
- Costa, M., & López, E. (1986). *Salud comunitaria*. Barcelona: Martínez Roca.
- Cuñado, A., Gil, F., & García, M. (1992). Habilidades sociales en la relación del profesional sanitario con pacientes quirúrgicos. In F. Gil (Ed.), *Habilidades sociales y salud* (pp. 139-146). Madrid: Eudema.
- Fernández, J. (1999). *Las habilidades sociales en el contexto de la psicología clínica*. *Abaco*, 21, 29-37.
- Furnham, A. (1979). Asseriveness in three cultures: Multidimensionality and cultural differences. *Journal of Clinical Psychology*, 35, 522-527.
- Furnham, A. (1983). Social difficulty in tree cultures. *Journal of Psicology*, 18, 215-228.
- Garcia, A., Rodríguez, P., & Cabeza, M. J. (1999). Desarrollo y aplicación de un programa para la mejora de la autoestima en un grupo de alumnos con cegera o deficiencias visuales graves en la provincia de caceras. *Integración*, 30, 5-15.
- Gil, E. (1984). Entrenamiento en habilidades sociales. In J. Mayor, & F. J. Labrador (Eds.), *Manual de modificación de conducta* (pp. 399-429). Madrid: Alhambra.
- Gil, F., García, M., León, J. M., & Jarana, L. (1992). La formación de los profesionales de la salud. In F. Gil (Ed.), *Habilidades sociales y salud* (pp. 90-98). Madrid: Eudema.
- Gismero, E. (2000). *EHS: Escala de Habilidades Sociales. Manual*. Madrid: TEA.
- Gismero, E. (2001). Evaluación del autoconcepto, la satisfacción con el propio cuerpo y las habilidades sociales en la anorexia y bulimia nerviosa. *Clínica y Salud*, 12(3), 289-304.

- González, E., Fernández, C., de Dios, J., & Mirón, J. A. (1999). Eficacia de un taller de entrenamiento en habilidades sociales para médicos de atención primaria. *Centro De Salud*, 7(2), 115-121.
- Huici, C. (1983). La relación profesional de la salud-enfermo (II). In J. Pérez (Ed.), *Curso de nivelación ATS: ciencias de la conducta* (pp. 313-345). Madrid: UNED.
- Huici, C. (1985). Grupo social y comportamiento de salud y enfermedad. In F. J. Morales (Ed.), *Psicología social aplicada* (). Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Isidro, A. I., Vega, M. T., & Garrido, E. (1999). Determinantes psicosociales de la experiencia de saledad. *Revista de Psicología Social*, 1(14), 55-66.
- Kelly, J. A. (1992). *Entrenamiento en habilidades sociales*. Bilbao: DDB.
- Lafuente, E. (1998). Comunicación y negociación intercultural. *Revista De Gestión Pública y Privada*, 3, 109-116.
- León, J., Jarana, L., & Blanco, A. (1991). Entrenamiento en habilidades sociales al personal de enfermería. efectos sobre la comunicación con el usuario de los servicios de salud. *Clínica y Salud*, 2(1), 73-79.
- León, J. M., Martínez, M. F., & Fernández, I. (1988). El papel del psicólogo social en la medicina comportamental. In S. Barriga (Ed.), *Psicología social de los problemas sociales* (pp. 397-401). Granada: Servicio de publicaciones de la Universidad de Granada.
- Marín, M., & León, J. M. (2001). Entrenamiento en habilidades sociales: Un método de enseñanza-aprendizaje para desarrollar las habilidades de comunicación interpersonal en el área de enfermería. *Psicothema*, 13(2), 247-251.
- Meichenbaum, D., Butler, L., & Gruson, L. (1981). Toward a conceptual model of social competence. In J. Wine, & M. Smye (Eds.), *Social competence* (). Nueva York: Guilford Press.
- Morales, J. F. (1985). La relación profesional de la salud-enfermo. In J. E. Morales (Ed.), *Psicología social y aplicada* (pp. 83-109). Bilbao: DDB.
- Negrillo, C., Tirado, A., & León, J. M. (1992). Entrenamiento en habilidades sociales con profesionales de enfermería. In F. Gil (Ed.), *Habilidades sociales y salud* (pp. 133-148). Madrid: Eudema.
- Orviz, S., & Lema, M. (2000). Generalización de los efectos del entrenamiento en programas de habilidades sociales. *Intervención Psicosocial*, 9(1), 117-126.
- Ovejero, A. (1987). *Psicología social y salud*. Oviedo: Servicio de publicaciones de la Universidad de Oviedo.
- Ovejero, A. (1990). Relaciones entre el profesional de la salud y el enfermo. In S. Barriga (Ed.), *Psicología de la salud* (). Sevilla: Alfar.
- Peitchinis, J. A. (1982). *La comunicación entre el personal sanitario y los pacientes*. Madrid: Alhambra.
- Pendleton, D., Schofield, T., Tate, P., & Havelock, P. (1990). *The consultation: an approach to learning and teaching*. Oxford: Oxford University Press.
- Pérez-Santamarina, E. (1999). Psicopedagogía de las habilidades sociales. *Rev. Educ. Univ. Gr.*, 12, 45-76.
- Portillo, M. C. (2001). Habilidades sociales y competencia comunicativa en la escuela. *Aula De Innovación Educativa*, 102, 18-22.
- Raga, J., & Rodríguez, R. (2001). Influencia de la práctica de deporte para la adquisición de habilidades sociales en adolescentes. *Aula Abierta*, 78, 29-45.
- Repetto, E., & Cifuentes, M. E. (2000). Algunos rasgos significativos para el desarrollo de las habilidades sociales en adolescentes con deficiencia mental leve: estudio de casos. *REOP*, 11(20), 213-228.
- Ribera, D. (1988). Entrenamiento en comunicación. necesidad para enfermería. *Rol. Revista De Enfermería*, 113, 26-28.

- Rodríguez, J. (2001a). Comunicación entre el profesional sanitario y el paciente. In I. Rodríguez (Ed.), *Psicología social de la salud* (pp. 131-142). Madrid: Síntesis.
- Rodríguez, J. (2001b). Efecto de la interacción entre el profesional sanitario y el paciente. satisfacción del paciente. cumplimiento de las prescripciones terapéuticas. In J. Rodríguez (Ed.), *Psicología social de la salud* (pp. 143-160). Madrid: Síntesis.
- Rodríguez, J. (2001c). *Psicología social de la salud*. Madrid: Síntesis.
- Roldán, C. (1985). Análisis de la comunicación doctor-paciente. *Análisis y Modificación De La Conducta*, 29, 367-384.
- Rosa, A. I., Inglés, C., Olivares, J., Espada, J. P., Sánchez-Meca, J., & Méndez, J. (2002). Eficacia del entrenamiento en habilidades sociales con adolescentes de menos a más. *Psicología Conductual*, 10(3), 543-561.
- Sánchez, O. (2001). Entrenamiento en habilidades sociales incorporado al curriculum escolar. *Psicología Educativa*, 7(2), 133-151.
- Santos, M. A., & Lorenzo, M. M. (1999). La vía comunitaria en las instituciones cerradas: Un programa educativo de habilidades sociales. *Revista De Ciencias De La Educación*, 177, 79-95.
- Sanz, M. L., Sanz, M. T., & Iriarte, M. D. (2000). Reflexiones sobre la enseñanza de las habilidades sociales. *Revista De Ciencias De La Educación*, 182, 203-216.
- Secades, R., & Fernández, J. R. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la drogadicción: Nicotina, alcohol, cocaína y heroína. *Psicothema*, 13(3), 365-380.
- Secord, P. F., & Backman, C. W. (1976). *Psicología social*. México: McGraw-Hill.
- Silverman, D. (1987). *Communication & medical practice*. London: Sage.
- Torbay, A., Muñoz, M. C., & Hernández, C. (2001). Los estudiantes universitarios de carreras asistenciales: Qué habilidades interpersonales dominan y cuáles creen necesarias para su futuro profesional. *Aula Abierta*, 78, 1-17.
- Vallina, O., & Lemos, S. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la esquizofrenia. *Psicothema*, 13(3), 345-364.
- Zurriaga, R., & Varcacel, M. P. (1989). *Stress de rol en profesionales de la salud. II Encuentro Hispano-Luso De Psicología Social*.