

Entrenamiento en habilidades sociales: un método de enseñanza-aprendizaje para desarrollar las habilidades de comunicación interpersonal en el área de enfermería

Manuel Marín Sánchez y José M^a León Rubio
Universidad de Sevilla

Constituye el presente estudio una experiencia sobre la validez del entrenamiento en habilidades sociales en el área de la atención a pacientes en el campo de la enfermería. El estudio se ha realizado con un procedimiento experimental en el que se han utilizado dos grupos de alumnos de enfermería, uno de ellos figuraba como grupo control. Ambos grupos tenían el mismo nivel de comunicación interpersonal. Al grupo experimental se le sometió a un proceso de entrenamiento en habilidades sociales con el fin de mejorar su capacidad comunicativa. Después de varios meses se volvieron a someter a la misma prueba de habilidades sociales (Escala Multidimensional de Expresión Social) confirmándose la influencia del entrenamiento recibido por parte del grupo experimental, en el sentido de obtener éste una diferencia significativa respecto del grupo control.

Training in social abilities: a learning and teaching method to develop interpersonal communication abilities in the infirmary area. The present study is an experience about the validity of the training in social abilities in the area of attention to patient in the field of infirmary. The study has been carried out with an experimental procedure in which has been used two groups of nursing students, one of them figured as control group. Both groups had the same level of interpersonal communication. Experimental group was subjected to a process of training in social abilities with the purpose of improving their talkative capacity. After several months they underwent the same test of social abilities again (Multidimensional of Social Expression Climbs) and influence of the training received on the part of the experimental group was confirmed, in the sense of obtaining this a significant difference regarding the group control.

En la vida diaria en general, y en la práctica de enfermería en particular, las comunicaciones pueden ser eficaces, dando lugar a intercambios productivos o ineficaces y, en este caso, dan lugar a confusión y desaliento.

En el ámbito de los servicios sanitarios son muchos los problemas que se originan cuando la comunicación es mala, apresurada e impersonal, como queda reflejado en la literatura al respecto; así Gil y otros (1991, pág. 33) concluyen al revisar ésta:

1º) La causa más importante de insatisfacción de los pacientes hospitalizados es la falta de comunicación con el personal del hospital, lo que les lleva a percibir el ambiente hospitalario como un estresor, con las consecuencias negativas que esto conlleva para la recuperación y restablecimiento de su nivel de salud.

2º) Aproximadamente entre un 30% y un 50% de los pacientes no muestran adhesión al tratamiento a consecuencia de una deficiente comunicación con el profesional sanitario.

3º) La falta de información sobre los procesos de enfermedad provoca un retraso en la búsqueda de tratamiento y un agravamiento de dichos procesos.

4º) Una deficiente comunicación entre el profesional y el usuario suele dar lugar a que este último olvide las instrucciones del primero, en detrimento como es lógico de su recuperación.

5º) Por último, está demostrado que el establecimiento de una adecuada interacción entre el profesional y los usuarios de los servicios sanitarios, garantiza la adopción de medidas y estrategias preventivas por parte de usuario, evitando así problemas futuros.

Estas conclusiones avalan la importancia que tiene el análisis de la relación «profesional de la salud-usuario en el proceso terapéutico», pues éste no es más que un proceso de interacción e influencia social cuyo objetivo es la curación del enfermo, y la consecución de dicho objetivo va a depender en gran medida de esa relación. Ahora bien, como sostienen Friedman y Di Mateo (1979), no consiste en que el profesional de la salud trate al usuario como «persona», sino que 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 el personal de enfermería.

Existen una serie de problemas con los que debemos enfrentarnos día a día en el área docente de enfermería, como por ejemplo, las dificultades manifestadas por los alumnos para establecer unas re-

laciones interpersonales que optimicen los efectos benéficos de su intervención; o el caso, reiteradamente expuesto por ellos, de iniciar, mantener y reforzar una conversación con pacientes de los que se requiere informaciones personales útiles para una valoración completa del problema que afecta a éstos; así como la indefensión que experimentan, por carecer de asertividad, al establecer relaciones con profesionales de diferente «currícula» dentro de un mismo equipo de trabajo. Teniendo en cuenta estos problemas y partiendo de los supuestos generales ya expresados, nos hemos propuesto abordar esta problemática desde la perspectiva científicamente contrastada del entrenamiento en habilidades sociales, obviando caer en el tópico (muy extendido en el área de enfermería) de que el «saber comunicarse» es un «arte» más que una «técnica» y, por ende, no susceptible de encuadrarse dentro de un proceso de enseñanza-aprendizaje, sino que depende fundamentalmente de la idiosincrasia personal de cada cual, así como de la experiencia que casualmente uno pueda adquirir.

Habilidades sociales del profesional de enfermería

Una de las aplicaciones de los Entrenamientos en Habilidades Sociales (EHS) más sugerentes y prometedoras, son las orientadas a la formación de distintos profesionales, sobre todo la de aquellos «que emplean gran parte de sus vidas profesionales en interacciones cara a cara» (Ellis, 1980), y de forma especial aquellos profesionales que centran su principal actividad profesional en la interacción social, como es el caso de los profesionales de la enfermería. El aprendizaje del rol profesional exige el conocimiento y dominio de un conjunto perfectamente delimitado de habilidades específicas, bien cognitivas (conocimientos sobre la materia), bien técnicas (manejo de técnicas, instrumental, etc.); pero así mismo requiere, en mayor o menor medida, determinadas habilidades sociales (HS) o comunicativas (Hargie y Marshall, 1986), bien de carácter general (como puede ser saber mantener una conversación), como específicas (por ejemplo desarrollar empatía). Lógicamente, la importancia que puedan tener estas HS guarda relación con la cantidad y calidad de las interacciones sociales, y también con el papel que estas interacciones puedan tener en la consecución de distintas metas profesionales. No es extraño que la ausencia de HS por parte de un profesional provoque la insatisfacción del paciente, y que esta relación insatisfactoria afecte negativamente al resto de las competencias técnicas (el paciente pone en duda la competencia técnica del profesional). Tampoco es raro lo contrario: una buena relación profesional-usuario de los servicios de salud puede suplir deficiencias técnicas y convertirse en el principal método para alcanzar determinados objetivos profesionales (como puede ser la recuperación del paciente).

La aplicación de los EHS a la formación de los profesionales de enfermería exige tener previamente en cuenta varios contextos de interacción, y dentro de éstos, diferentes objetivos. De esta forma, los EHS pueden enfocarse:

- 1) a la relación del profesional de enfermería con el usuario del servicio de salud; y
- 2) a la relación del profesional de enfermería con el resto de los miembros del equipo profesional en el que habitualmente realiza su trabajo.

A su vez, el primer contexto puede incluir dos objetivos diferenciados:

- a) mantener una interacción satisfactoria y eficaz; y

- b) dotar al usuario de determinadas capacidades, para que éste mantenga una línea de comportamiento coherente (por ejemplo, con un tratamiento) y pueda además instruir y capacitar a otras personas, cercanas a él o que están a su cargo. En este caso el profesional de enfermería se convierte en buena medida en entrenador en HS.

Asimismo, el profesional de enfermería puede abrigar determinadas concepciones que pueden provocarle emociones negativas, como son: miedo a causar daño; miedo a tratar determinados temas desagradables; miedo a perder el control de la entrevista; miedo a la estima recibida del paciente; sentimiento de inadecuación en el rol sanitario; ansiedad de hacerlo bien y cumplir con las expectativas; miedo a padecer el mismo problema que el paciente (Smith, 1984, citado por Borrell, 1989, p. 12).

Emociones estas que provocan la realización de determinadas conductas, como: evitación de ciertos temas; control sobre el paciente (interrupciones inapropiadas, etc.); tentativas de «gustar»; distanciamiento o desresponsabilización; falta de respeto o sensibilidad; conducta seductora, etc.

Concepciones y emociones que parecen diferir considerablemente con lo que piensa el paciente (por ejemplo, cuando éste es examinado físicamente sus principales miedos guardan relación, en este orden, con: el examen físico en sí; no saberse explicar bien; y no ser comprendido, Southgate y Bass, 1983).

El control de estas variables emocionales y racionales en el profesional de la salud que está en contacto directo con los clientes es una de las preocupaciones que debe albergar la educación/formación de los estudiantes de las ciencias médicas. Para ello la Psicología Social tiene un campo muy específico en su formación que se concreta, junto con el estudio de los procesos de grupo, en la educación de las habilidades sociales; que como explicita Ovejero (1990, p. 94) «...el objetivo del entrenamiento de las habilidades sociales es la mejora de los problemas interpersonales reales del cliente a través de la enseñanza y potenciación de sus destrezas sociales».

Desde el punto de vista que vamos a defender aquí, se parte del supuesto básico que la comunicación interpersonal es un proceso en el que se integran distintas capacidades de respuesta (entre ellas, verbales, no-verbales, perceptivas, cognitivas, etc.) que pueden ser aprendidas y/o modificables mediante el entrenamiento.

El objetivo general que se persigue en el presente estudio, y que más adelante concretamos en una hipótesis de trabajo específica, es el aportar un procedimiento de entrenamiento en habilidades sociales que sea útil en el área docente de enfermería para enseñar a los futuros profesionales las habilidades que les capaciten para establecer unas relaciones interpersonales productivas en su ámbito de trabajo, tanto con el paciente, como con los demás miembros del equipo de salud.

En función de todo lo expuesto, se formuló la *hipótesis* de que después de entrenar en habilidades sociales a alumnos de enfermería mejorarían sus capacidades de comunicación interpersonal.

Método

Sujetos

Fueron 16 estudiantes matriculados en el primer curso de una Escuela Universitaria de Enfermería. De ellos, 7 eran varones y 9 mujeres, con edades comprendidas entre los 18 y 25 años, con una edad media de 19.63 años. Todos ellos fueron seleccionados por

haber obtenido en la *Escala Multidimensional de Expresión Social* (dicha escala se describe más adelante) una puntuación igual o inferior al 34% de la que es posible obtener en la misma, y que según los criterios establecidos por su creador (Caballo, 1989) es indicativa de que la persona requiere entrenamiento en habilidades sociales. Los 16 sujetos participaron voluntariamente en el estudio.

Diseño

Se utilizó un diseño experimental de grupo control. Dicho diseño adopta la siguiente forma:

A	O1	X	O2
A	O3		O4

Siendo «A» asignación aleatoria de los sujetos a cada uno de los grupos (experimental y control), «O1» y «O3» la medición pretest de la variable dependiente (puntuaciones de los sujetos en la primera administración de la *Escala Multidimensional de Expresión Social —EMES—*), «X» la variable independiente, es decir, el entrenamiento en habilidades sociales aplicado al grupo experimental (ver más adelante), y «O2» y «O4» la medición posttest de la variable dependiente ya mencionada.

Instrumentos y aparatos

Se utilizaron los siguientes elementos:

* *Escala Multidimensional de Expresión Social*. Esta escala ha sido desarrollada por Caballo (1989) y se compone de 64 ítems que evalúan las siguientes dimensiones de las H.S.: Aceptación y oposición asertiva, capacidad para planificar, determinar las propias habilidades, establecer objetivos, concentrarse en la tarea apropiada para la obtención de dicho objetivo, tomar decisiones, y resolver conflictos según su importancia. Cada una de estas dimensiones está referida a la interacción con diferentes personas, entre ellas, compañeros, pacientes, y personas con distinta jerarquía de autoridad. Cada ítem puede puntuar de 0 a 4, y a mayor puntuación en la escala mayor habilidad social.

* *Equipo de vídeo*, configurado por cámara, reproductor y monitor de vídeo.

Procedimiento

En una primera fase se aplicó colectivamente la *EMES* a una muestra aleatoria de alumnos de primer curso de enfermería. Como se ha dicho anteriormente, en segundo lugar, se seleccionaron aquellos que obtuvieron una puntuación inferior o igual al 34% de la máxima que es posible alcanzar en dicha escala. Los 16 sujetos así seleccionados fueron entrevistados individualmente, con el fin de solicitar su participación voluntaria en el estudio. Todos ellos aceptaron y fueron asignados aleatoriamente a una de las condiciones (experimental o control) de nuestra investigación.

Los sujetos asignados al grupo experimental asistieron a un Programa de Entrenamiento en Habilidades Sociales que cubría todas las dimensiones medidas por la *EMES*, y que consistió en:

1º) Información sobre HS: En una primera sesión se les mostró un vídeo con tres personajes, cada uno de los cuales representaban un estilo de comportamiento interpersonal, en concreto: un estilo socialmente incompetente, otro asertivo o socialmente competente, y otro agresivo. El objetivo de esta primera sesión era instruir a los sujetos acerca del concepto de HS y potenciar que discrimi-

nasen entre las ventajas y desventajas que para el desempeño de su profesión tiene el adoptar uno u otro estilo. Dicha sesión tuvo una duración de 2 horas.

2º) Entrenamiento en HS específicas: Para cada una de las HS que evalúa la *EMES* (aceptación y oposición asertiva, capacidad para planificar, determinar las propias habilidades, establecer objetivos, concentrarse en la tarea apropiada para la obtención de dicho objetivo, tomar decisiones, y resolver conflictos interpersonales según su importancia), se llevó a cabo una sesión de entrenamiento en grupo, lo que supuso un total de 8 sesiones, con una duración de 3 horas cada una de ellas. Todas ellas se estructuraron del siguiente modo:

A. Instrucciones acerca de cada uno de los componentes de la HS objeto de entrenamiento.

B. Modelado: representación por parte del instructor de un modelo con competencia social en la HS correspondiente.

C. Ensayo de conducta filmado: cada sujeto debía representar lo más fielmente posible, en una supuesta situación de desempeño de su rol profesional, el modelo previamente presentado por el instructor. Dichas representaciones o ensayos de conducta fueron filmados en vídeo.

D. Retroalimentación: Las representaciones filmadas eran visionadas, analizadas y corregidas por el grupo. Cuando fue necesario, los sujetos debieron repetir el paso anterior.

Por su parte, los sujetos del grupo control no fueron objeto de ningún tipo de entrenamiento, recibiendo tan sólo la información que acerca de la relación profesional-usuario de los servicios de salud se suele dar a los alumnos de primer curso de enfermería, dentro del área de Enfermería Fundamental. Lógicamente, dicha información que forma parte de la enseñanza reglada de estos alumnos, también la recibieron los sujetos del grupo experimental.

Dos meses después de finalizar el grupo experimental el entrenamiento en HS, tanto este grupo como el control fueron evaluados de nuevo con la *Escala Multidimensional de Expresión Social*.

Resultados

Dado el tamaño de la muestra se hizo necesario comprobar que ésta se ajustaba a una distribución normal. En este sentido la prueba de Kolmogorov-Smirnov arroja una diferencia máxima absoluta de .362 que se corresponde con una puntuación típica $z=1.03$; $p>0.05$

Los principales resultados obtenidos fueron:

1º) Con los valores de la variable dependiente en el pretest y posttest para cada grupo considerado independientemente, se efectuaron sendos contrastes de medias para datos apareados, que revelaron diferencias estadísticamente significativas sólo en el caso del grupo experimental, con «t» (7) = 3.36, $p<.01$. Lo que quiere decir que sólo los sujetos sometidos a la condición de entrenamiento en HS mejoraron su ejecución en el *EMES*. Por tanto, podemos afirmar que nuestro procedimiento experimental fue eficaz para incrementar las HS de los sujetos expuestos al entrenamiento.

2º) Para determinar si efectivamente ambos grupos partieron de un mismo nivel de ejecución en la variable dependiente, con los datos pretest de ambos grupos se realizó una «t» de Student para grupos relacionados que no reveló diferencias estadísticamente significativas entre ambos (ver tabla 1) ($t=.281$; $p>0.05$). Por tanto, es posible afirmar que los sujetos fueron asignados a sus respectivos grupos de forma aleatoria, siendo este procedimiento una buena garantía de control.

Tabla 1 Contraste de Puntuaciones pretest del grupo experimental y del grupo control			
tipos de grupos	N	Media	Desviación típ.
grupo experimental	8	82,3750	2,1998
grupo control	8	82,0000	3,0706
t= .281; gl= 14; sig.= .623			

Tabla 2 Contraste de Puntuaciones postest			
Tipo de Grupo	N	Media	Desviación típica
grupo experimental	8	112,3750	2,9731
grupo control	8	88,7500	2,5495
Total	16	100,5625	124898
t= 17.061; gl= 14; sig.= .573			

Tabla 3 Contraste Puntuaciones postest del grupo experimental (varones y mujeres)			
población	Media	N	Desviación típ.
Varones	113,7500	4	3,5940
mujeres	111,0000	4	1,6330
t=1.393; gl=6; sig.= .137			

3º) Para comprobar si después del entrenamiento los sujetos del grupo experimental presentaban diferencias en nivel de HS respecto a los del grupo control, con los datos postest se llevó a cabo un contraste mediante la prueba «t» de Student para grupos independientes que reveló diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos, con $t = (1,14) = 17.06, p < .01$. En la tabla 2 se puede apreciar que los sujetos del grupo experimental presentaron una puntuación significativamente más alta en HS que los sujetos del grupo control.

4º) Una consecuencia de la distribución al azar de los sujetos a ambos grupos fue el control de las posibles influencias de las variables personales, como por ejemplo el sexo, de tal forma que al establecer una comparación entre alumnos y alumnas tomando co-

mo variable dependiente las puntuaciones en el EMES, antes y después del entrenamiento, no se revelaron diferencias estadísticamente significativas $t(1, 6) = 1,71 p > .05$ (Ver tabla 3).

Discusión

En suma, después del entrenamiento los estudiantes de enfermería lograron mejorar sus HS, medidas éstas a través del EMES. Es decir, los resultados obtenidos parecen confirmar la hipótesis de partida. No obstante, para valorar éstos en su justa medida es obligado señalar las limitaciones del presente estudio.

El hecho de que sólo se ha empleado una técnica para la evaluación de las HS, que si bien ha demostrado su validez y fiabilidad, podría completarse con alguna medida sobre el grado de satisfacción de los pacientes atendidos por estos alumnos durante sus prácticas hospitalarias. Lo cual no se llevó a cabo por imperativos organizativos, dado que el período de prácticas de estos alumnos es corto y rotativo, con lo cual ni se dispone del tiempo suficiente para llevar a cabo el entrenamiento, ni pueden ser entrevistados antes (pretest) y después (postest) los mismos pacientes. Aspectos estos que deberían tenerse en cuenta para futuras investigaciones que sigan esta misma línea, con el objeto de que los resultados que se obtengan sean más generalizables que los aquí presentados.

Los hallazgos expuestos permiten concluir:

1º) Que el entrenamiento en habilidades sociales es un buen procedimiento para mejorar las habilidades sociales del personal de enfermería.

2º) Que en la misma medida que en el currículum académico del profesional de enfermería se contemplan los métodos encaminados al desarrollo de habilidades técnico-sanitarias (por ejemplo, administración de medicamentos, técnicas de curas, sondajes, etc.), se deberían incluir procedimientos que capaciten al sujeto para establecer, mantener y mejorar sus relaciones interpersonales, tanto con otros profesionales de los Servicios de Salud como con los pacientes, sobre todo cuando estas habilidades interpersonal son condición necesaria para poner en práctica correctamente algunas de las habilidades técnico-sanitarias anteriormente reseñadas. Además, con ello evitaríamos el estrés al que se ve sometido el personal de enfermería por carecer de este tipo de habilidades, cuando tiene que hacer frente a presiones grupales (como las de los familiares de los pacientes), manejar situaciones interpersonales conflictivas (como es el responder a las demandas emocionales de pacientes terminales), y defender sus competencias profesionales ante otros colectivos implicados en los Servicios de Salud.

Referencias

- Argyle, M. (1981). *Social skills and health*. Londres: Methuen.
- Argyle, M. (1986). Social skills and the analysis of situations and conversations. En C.R. Hollin y P. Trower (eds.), *Handbook of social skills training*. Oxford: Pergamon.
- Borrell, F. (1989). *Manual de entrevista clínica para la atención primaria de Salud*. Barcelona: DOYMA.
- Brown, G. (1986). Explaining. En O. Hargie (ed.), *A handbook of communication skills*. Londres: Croom Helm.
- Caballo, V. (1989). *Teoría, Evaluación y Entrenamiento en habilidades sociales*. Valencia: Promolibro.
- Costa, M. y López, E. (1986). *Salud comunitaria*. Barcelona: Martínez Roca.
- Ellis, R. (1980). Simulated social skills training for interpersonal professions. En W.T. Singleton et al (eds.), *The analysis of social skill*. New York: Plenum Press.
- Gil, F. et al (1991). *Entrenamiento en habilidades sociales en los servicios de salud*. Sevilla: Diputación Provincial de Sevilla.
- Hargie, O. y Marshall, P. (1986). Interpersonal communication: A theoretical framework. En O. Hargie, *A handbook of communication skills*. Londres: Croom Helm.
- Hollin, C.R. (1986). Innovative clinical applications of social skills training. En C.R. Hollin y P. Trower, *Handbook of social skills training and research*. New York: John Wiley.

- Kelly, H. (1987). *Entrenamiento en habilidades sociales*. Bilbao: Declée de Brouwer
- Maguire, P. (1986). Social skills training for health professionals. En C.R. Holin y P. Trower, *Handbook of social skills training*. Oxford: Pergamon.
- Morales, J.F. (1985). La relación profesional de la salud-enfermo. En J.F. Morales y otros (eds.), *Psicología Social Aplicada*. Bilbao: Desclee de Brouwer.
- Ovejero Bernal, A. (1990). Las habilidades sociales y su entrenamiento. Un enfoque necesariamente psicosocial. *Psicothema*, 2, 2, 93-112.
- Ribera, D. y otros (1988). Entrenamiento en comunicación. Necesidad para enfermería. *Rol. Revista de Enfermería*, año XI, 113, 26-28.
- Smith, R. C. (1984). Teaching interviewing skills to medical students: the issue of «countertransference». *J. Medical* 1984; 59, 582-588.
- Spitzberg, B. H. y Cupach, W. R. (1989). *Handbook interpersonal competence research*. New York: Springer-Verlag.
- Van Hasselt, V. B. y otros (1983). Training blind adolescents in social skills. *J. of Visual Impairment and Blindness*, 77, 199-203.
- Ziegler, E. y Phillips, L. (1961). Social competence and outcome in psychiatric disorder. *J. Abn. and Soc. Psych.*, 63, 264.

Aceptado el 18 de octubre de 2000