

CAROLINA DE LEÓN VARGAS

Licenciada en Psicología

*Master en Dirección de Recursos Humanos y Consultoría en
las Organizaciones*

Consultor en Recursos Humanos

Extracto:

LAS exigencias del entorno para las empresas de transporte sanitario han aumentado considerablemente, tanto desde el público general como de los organismos oficiales que vigilan el área de la salud.

En respuesta, una agrupación de empresas del sector se propone aplicar un plan de formación que incluye los conceptos técnicos de asistencia sanitaria y las habilidades de interrelación social, dado que su personal presta un servicio sanitario (pre-hospitalario), en contacto directo con los usuarios y con otros profesionales del sector. Para este personal se ha propuesto como título de puesto Auxiliar de Transporte Sanitario.

El presente proyecto responde al proceso de diagnóstico, diseño y aplicación de la formación en el área de las habilidades sociales. El diagnóstico se realizó mediante un análisis de la tarea, de la organización y del desempeño de los ocupantes del puesto.

Esto permitió definir las habilidades específicas necesarias para desempeñar el puesto con éxito. Para el diseño del programa se utilizó la metodología propuesta desde la Teoría del Aprendizaje Social, complementándola con otras técnicas.

El programa se aplicó a tres grupos de 15 personas, configurados de acuerdo a requerimientos de la empresa. Al final de cada programa se realizó una evaluación del nivel de dominio de las habilidades por parte de los participantes y de la efectividad del propio entrenamiento.

A este punto de la experiencia lo más interesante es obtener un *feed-back* de los participantes acerca de las ventajas y limitaciones del programa. Hay aspectos a mejorar tanto a nivel de diseño como de condiciones de aplicación. Sin embargo, el balance general es positivo: se obtuvo una mejora en el uso y comprensión de las habilidades sociales y se ganó un espacio para este tema dentro del plan de formación de las empresas del sector.

Sumario:

- I. Demanda del cliente: origen, descripción y acuerdos de trabajo.
 - II. Descripción de la empresa y del servicio.
 - III. Marco conceptual.
 - IV. Descripción de la población.
 - V. Contexto del puesto de trabajo: aspectos legales.
 - VI. Planificación de la acción formativa.
 - VII. Aplicación del entrenamiento en habilidades sociales.
 - VIII. Análisis de resultados del entrenamiento.
 - IX. Propuestas para la planificación del próximo ciclo de formación.
- Bibliografía.

I. DEMANDA DEL CLIENTE: ORIGEN, DESCRIPCIÓN Y ACUERDOS DE TRABAJO

1. Origen de la demanda.

En 1994 las empresas que realizan en forma privada el servicio de transporte sanitario llevan a cabo la decisión de asociarse y formar el Consorcio de Transporte Sanitario de Cataluña (CTSC). Es una asociación de interés económico que surge en respuesta a exigencias del mercado así como a exigencias de las instituciones estatales que regulan la sanidad.

Cuentan con un Departamento de Recursos Humanos que centraliza y coordina los planes de formación para toda la plantilla de las empresas que forman esta asociación.

El personal de las empresas que llevan a cabo el servicio hacia el público son los conductores de las ambulancias.

Este personal, hoy en día, responde a una gran variabilidad en cuanto a: edad, nivel educativo, formación en el campo sanitario, experiencia anterior, e incluso en la modalidad de contratación, pues cada empresa tiene políticas de personal diferentes.

Como parte de la intervención pública, tenemos que la Generalidad de Cataluña aprueba un *decreto en junio de 1996* referente a la obligatoriedad de dar la formación necesaria a las personas que prestan el servicio de atención sanitaria inmediata.

El Servei Català de la Salut contaba con información referente a incidentes ocurridos con el transporte sanitario donde la intervención de los conductores había causado más daño que beneficio a los pacientes debido a errores en la asistencia pre-hospitalaria. Por otra parte, parecía haber quejas de los usuarios en cuanto a la actitud y trato de algunos conductores.

En relación a este decreto podemos destacar:

- Tiene como objetivo asegurar el conocimiento de las prácticas sanitarias que, sin implicar administración de fármacos o materiales que invadan el tejido corporal, son adecuadas para actuar en situación de emergencia hasta la llegada de profesionales sanitarios o el acceso del paciente a un centro asistencial.

- La superación del programa de formación establecido da lugar a la expedición de un diploma de la Generalidad de Cataluña, a los únicos efectos de acreditar la adquisición de un nivel de formación en materia de atención sanitaria.

El Instituto de Estudios de la Salud constituye un equipo que estudia las necesidades de formación a nivel sanitario y diseñan una guía de formación en esta materia. El equipo convocado para el diseño de la Guía de Formación fue un equipo interdisciplinario donde también participaron especialistas del servicio en emergencia.

Como parte del estudio de necesidades formativas, surge el tema de las habilidades sociales como forma de mejorar el servicio al usuario y la relación con otros profesionales de la salud. Sin embargo, este tema no llega a desarrollarse con el mismo nivel de detalle con que se elaboraron los contenidos en el área sanitaria. Se incluye en la Guía un módulo sobre habilidades sociales pero sólo se mencionan objetivos y contenidos generales.

La empresa solicita el apoyo de un consultor externo que se haga cargo del diseño y aplicación del entrenamiento en habilidades sociales.

2. Definición de la demanda.

La empresa, a través del Responsable de Formación, solicita el diseño de una acción formativa en habilidades sociales, adaptada a las funciones que deben desempeñar los conductores, quienes, para los efectos de este programa formativo general, se denominan Auxiliares de Transporte Sanitario (esta denominación se encuentra en revisión y podría cambiar para el próximo ciclo de formación).

El consultor se compromete a diseñar el entrenamiento en Habilidades Sociales con los objetivos de mejorar la imagen de los Auxiliares ante los usuarios y el público, mejorar la imagen y relación profesional con el resto del personal involucrado en la atención pre-hospitalaria y mejorar el servicio a los usuarios, en el sentido de que se está prestando un servicio a la comunidad.

En función de esto se llega a un acuerdo sobre el plan de trabajo requerido, siguiendo los pasos de la planificación en formación: definir la necesidad, diseñar la acción formativa y evaluar la misma a fin de presentar resultados a la empresa.

Para la realización de estas acciones, el consultor requiere de acceso a información sobre las características de la empresa, de la función y del contexto del trabajo; así como acceso a información sobre características de la población.

La empresa se compromete a facilitar dicha información así como a apoyar el establecimiento de contactos con otros organismos que se consideren pertinentes para la investigación.

Debido a requerimientos del plan formativo, el presente entrenamiento debe implementarse durante el primer semestre del año 1997.

3. Otras demandas relacionadas.

Cabe señalar que el proyecto de definir el entrenamiento en habilidades sociales fue contratado en paralelo con otro proyecto solicitado a consultores especializados, destinado a construir un instrumento para la evaluación de la plantilla en las áreas sanitarias y de interrelación social.

Este segundo proyecto tiene como objetivo conocer el perfil de la plantilla actual en relación a estos temas y los resultados serán utilizados para la planificación de la formación en los próximos dos años.

El desarrollo de este instrumento de evaluación no es una condición ni interfiere con el diseño e implementación de la formación, pero sí puede, en cambio, ser una contribución en el sentido de contar con una evaluación de los participantes antes de iniciar la acción formativa.

II. DESCRIPCIÓN DE LA EMPRESA Y DEL SERVICIO

El Consorcio de Transporte Sanitario de Cataluña (CTSC) es una Agrupación de Interés Económico constituida por empresas de transporte sanitario que existen bajo la figura de cooperativas o sociedades anónimas. Aglutina pequeñas empresas que mantienen su identidad propia, pero que prestan el mismo tipo de servicio y tienen básicamente el mismo funcionamiento operativo. Se constituyó en abril de 1994.

Esta agrupación responde tanto a necesidades del mercado como a exigencias de las instituciones públicas.

Se han agrupado siguiendo la misma distribución de regiones geográficas con las que funciona el Servei Català de la Salut, con el fin de adaptarse a los requerimientos del funcionamiento institucional, con lo cual debe existir un consorcio por cada región.

A la fecha se han constituido agrupaciones en cinco regiones sanitarias. Concretamente, en Barcelona Ciudad, para 1995, el CTSC. atendía el 30% de la demanda, y el conjunto total de empresas en las cinco regiones atendía el 47% de las demandas dentro de Cataluña.

Cada consorcio está dirigido por un Consejo de Administración formado por un representante de cada empresa con participación igualitaria.

Las empresas del consorcio prestan básicamente tres tipos de servicio: urgentes, interhospitalarios y programados. En los tres casos se trabaja con una unidad móvil que es atendida por un conductor de transporte sanitario y un ayudante.

Urgentes son los servicios requeridos por emergencias médicas, ya sea en el domicilio o cualquier otro lugar. Los servicios interhospitalarios son traslados que se solicitan para realizar pruebas o tratamientos específicos a pacientes, ingresar en el hospital o dar de alta. Los servicios programados corresponden a aquellos pacientes que tienen que cumplir con un tratamiento médico continuo y requieren ser trasladados, pueden prestarse de forma individual o colectiva.

III. MARCO CONCEPTUAL

1. Habilidades sociales: definición, entrenamiento y evaluación.

1.1. Definición.

El concepto ha sido utilizado como equivalente de habilidades asertivas, de competencia social o inteligencia social. El término habilidades sociales ha permanecido en uso debido a su mayor implantación y a la posibilidad de manejarlo operacionalmente.

Desde la perspectiva de las consecuencias de la conducta socialmente habilidosa, éstas podrían ser:

- Efectividad en el logro de objetivos.
- Efectividad para mantener las relaciones.
- Efectividad en mantener la autoestima de la persona socialmente habilidosa.

Podemos citar algunas definiciones de habilidades sociales de diferentes fuentes:

- «El grado en que una persona se puede comunicar con los demás de manera que satisfaga los propios derechos, necesidades, placeres u obligaciones hasta un grado razonable sin dañar los derechos, necesidades, placeres u obligaciones similares de la otra persona y comparta éstos con los demás en un intercambio libre y abierto» (PHILLIPS, 1978).
- «La capacidad compleja para emitir conductas o patrones de respuesta que maximizan la influencia interpersonal (efectividad en los objetivos) mientras que al mismo tiempo maxi-

miza las ganancias y minimiza las pérdidas en la relación con la otra persona (efectividad en la relación) y mantiene la propia integridad y sentido del dominio (efectividad en el respeto de uno mismo)» (LINEHAN, 1984).

- «Capacidad del individuo para percibir, entender y responder de forma adecuada a los estímulos sociales en general, y en particular a aquellos que provienen del comportamiento de los demás» (citado en GIL y otros, 1992).

Todas estas definiciones aportan elementos valiosos para la comprensión y aplicación del concepto, tales como: las habilidades sociales son conductas que pueden aprenderse, dependen de las exigencias del contexto y están orientadas a objetivos, por lo que se evalúan principalmente por el tipo de consecuencia que acarrear.

En la definición de habilidad social es importante mencionar sus componentes: conductual, cognoscitivo y fisiológico.

Los componentes conductuales a su vez pueden ser clasificados en: Conducta Verbal, Conducta No Verbal y Paralingüístico.

Dentro de los componentes cognoscitivos se han destacado: Competencias, Estrategias de decodificación, Expectativas, Preferencias y valores subjetivos y Sistemas de autorregulación.

Finalmente tenemos el componente fisiológico, pero éste es realmente el menos definido, tanto a nivel de investigación como de entrenamiento.

1.2. Entrenamiento.

En este campo encontramos el modelo de adquisición de las habilidades sociales basado en la Teoría del Aprendizaje Social. Este enfoque es particularmente importante por su impacto en lo que han sido los métodos de entrenamiento en este campo.

Esta Teoría aplicada al desarrollo de habilidades se basa en los principios de condicionamiento instrumental u operante, incorporando los principios del aprendizaje vicario, las expectativas cognitivas, la especificidad situacional y el papel de las conductas cognitivas.

El entrenamiento puede ser definido como un «intento sistemático de enseñar estrategias y habilidades personales a un individuo con la intención de mejorar su competencia interpersonal en clases específicas de situaciones sociales» (CURRAN, 1985).

El entrenamiento tendrá por objetivos que el sujeto adquiera y domine los componentes de la habilidad social, sea capaz de seleccionar y usar la habilidad necesaria según las circunstancias y que sea capaz de reproducir las habilidades en forma espontánea en diferentes situaciones.

Desde una perspectiva integrada, un proceso de entrenamiento debe incluir como elementos: entrenamiento en habilidades, reducción de la ansiedad, reestructuración cognitiva y entrenamiento en solución de problemas.

Las técnicas que se derivan de la Teoría del Aprendizaje Social son: Instrucciones, Modelado, Ensayo conductual, Retroalimentación, Refuerzo y Generalización.

Adicionalmente, puede resultar efectivo incluir otras técnicas específicas desde la terapia cognitiva como la identificación y corrección de creencias poco racionales, reducir la autoverbalización negativa y aumentar las positivas, técnicas de solución de problemas, etc.

1.3. Evaluación.

Las técnicas utilizadas para el entrenamiento guardan estrecha relación con las utilizadas para la evaluación de las habilidades sociales en los sujetos. Las situaciones y ejercicios diseñados como práctica pueden también servir como evaluaciones de la efectividad de la conducta del sujeto. Como para otros constructos psicológicos, se han desarrollado también pruebas de autoinforme.

Las pruebas conductuales aparecen como las consistentes con la definición y técnicas de entrenamiento que utilizamos para las habilidades sociales. Destacan, en este sentido, la Prueba Estructurada de Interacción Breve o *Role-play* y las Pruebas Semi-estructuradas.

No existen por sí mismos métodos de evaluación que sean correctos o incorrectos. Su uso depende de las situaciones que se quieren evaluar y las características del proceso de entrenamiento.

1.4. Habilidades sociales en el campo sanitario.

No quisiera terminar este apartado sin hacer un comentario particular sobre las aplicaciones de los entrenamientos en habilidades sociales en el contexto sanitario.

En tanto la relación personal sanitario / paciente es un claro ejemplo de interacción social, con características particulares que las distinguen de otras, la habilidad social en este campo parece de indudable necesidad.

No siempre existe la conciencia de esta necesidad y aun más puede haber actitudes claramente contrarias. A diferentes niveles del sistema sanitario podemos oír decir que, si uno se involucra o se acerca demasiado a los pacientes o usuarios, puede resultar muy afectado y luego no trabajar eficazmente.

Las situaciones de interacción se dan en ambientes estresantes por su naturaleza. Los empleados de la salud a todo nivel se enfrentan al reto de dar un trato adecuado sin perder efectividad en su tarea.

Tal como nos lo explican GIL y otros (1992) en sus investigaciones en el campo de la salud, «la aplicación de los entrenamientos en habilidades sociales a los profesionales de la salud exige analizar los distintos contextos y situaciones sociales, con sus respectivos componentes, teniendo a la vez en cuenta la perspectiva de ambos interlocutores. Así pueden diferenciarse dos contextos muy diferentes aunque necesarios para un adecuado desempeño de la actividad profesional: la relación social que el profesional mantiene con el usuario del servicio y la que mantiene con el resto del equipo multiprofesional en el que está integrado».

Los planteamientos de los autores a lo largo de esta investigación son totalmente aplicables al campo que me ocupa en el presente proyecto, adaptándolo por supuesto a las características de las interrelaciones que ocurren en el ámbito del transporte sanitario.

2. La formación en la empresa: objetivos, planificación y evaluación.

2.1. Objetivos.

Tal como se cita en el texto de Pilar PINEDA (1993), «la formación en la empresa es la adquisición sistemática de habilidades, normas, conceptos y actitudes que conducen a la mejora del desempeño en el contexto laboral». La autora, a su vez, nos propone un esquema de análisis y planificación sobre este proceso que podemos utilizar por ser completo y exhaustivo.

El propósito principal de la formación en la empresa es facilitar a los trabajadores la adquisición de conocimientos, habilidades y destrezas necesarias para realizar correctamente su tarea, prepararlos para transferencias o promociones a otros puestos de trabajo y/o ayudarles a adaptarse al grupo de trabajo, departamento o empresa.

En este sentido, Le BOTERF (1991) propone cuatro fuentes principales de necesidades de formación:

- Problemas o disfunciones de la empresa.
- Proyectos de cambio o inversión.
- Evolución de los oficios y las profesiones.
- Cambios culturales.

2.2. Planificación.

La planificación de la formación cumple con una serie de fases. La primera, y quizá más crítica, es el análisis de la necesidad de formación. A ésta le seguirán las fases de definición de objetivos, diseño de acciones, desarrollo de las acciones y su evaluación.

El análisis de la necesidad comprende:

- Análisis organizacional.
- Análisis de la tarea.
- Análisis de las personas.

A partir de la definición de necesidades se formulan los *objetivos* de las acciones formativas.

En función de los objetivos se definen los *contenidos* de las acciones formativas. Estos contenidos, en general, pueden referirse a: Conocimientos de la propia empresa, Conocimientos profesionales y Formación personal.

La definición de los contenidos debe responder a criterios pedagógicos en el sentido de representar una secuencia de aprendizaje, desde contenidos más sencillos a los más complicados, dejando a cada uno el espacio de tiempo requerido de acuerdo a un proceso de integración progresiva de conocimientos.

En función de las características señaladas (objetivos y contenidos), se definen los *métodos* que resultan más adecuados. Existe un amplio abanico de métodos concretos para ser utilizados en acciones formativas. Lo más importante sería tener en cuenta que, de acuerdo al tipo de contenido que se quiere formar, la metodología cambiará.

Por ejemplo, la formación en habilidades concretas requiere de mayor participación directa de los sujetos que el aprendizaje de un concepto teórico. El cambio de actitudes como objetivo de aprendizaje es un proceso complejo que seguramente requerirá de un conjunto de acciones prácticas y de reflexión.

A partir de un plan general de formación, se definen los *programas pedagógicos* correspondientes a los diferentes objetivos planteados. En estos programas pedagógicos se especifican: objetivos pedagógicos, contenidos, progresión de la formación, duración, composición de los grupos, actividades, programa de sesiones y las condiciones para facilitar la transferencia.

Uno de los problemas fundamentales de los programas de formación es el de la transferencia, es decir, la aplicación de la formación a las situaciones de trabajo. Entre los principales obstáculos

para la transferencia tenemos: las situaciones de la formación no se vinculan con las del trabajo, fenómenos de olvido por falta de oportunidades de aplicar el aprendizaje y, finalmente, cuando el propio contexto de las situaciones de trabajo no permite o facilita la aplicación de lo aprendido.

2.3. Evaluación.

La evaluación es una de las fases del proceso formativo que topa con más dificultades. Desde un punto de vista estricto la evaluación exige el uso de instrumentos precisos.

Desde el punto de vista de la formación dentro de la empresa, no es posible obviar el tema de la evaluación, pues la empresa hace una inversión que necesita ser justificada.

A fin de evaluar los efectos de la formación LE BOTERF distingue tres niveles de impacto de un plan de formación:

- Efectos sobre las capacidades y conocimientos durante y al final del proceso de formación.
- Efectos sobre los comportamientos profesionales en situaciones de trabajo.
- Efectos sobre las condiciones de explotación.

Desde esta perspectiva de la evaluación, se ha introducido en el ámbito de la empresa el término «Auditoria de Formación», aplicando en este campo un modo de funcionar que proviene del campo financiero, con un sentido de control y verificación, pero también con un sentido de lograr la optimización del proceso.

De tal manera, los diferentes niveles de evaluación de la formación han de tenerse en cuenta desde el principio del diseño del plan general, vinculándolos con los objetivos e incorporando las diferentes acciones de evaluación que sean necesarias en el transcurso de los programas formativos.

IV. DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN

De acuerdo a datos que fueron facilitados por la empresa, se presenta un resumen de la información demográfica que puede ser de interés: distribución de la población por edad y nivel de estudios, promedios de antigüedad.

El número total de la plantilla es aproximadamente de 500 personas. Este número es bastante variable ya que hay una parte de la plantilla que es temporal.

Las características generales de esta población es ser joven y con un nivel educativo correspondiente en su mayoría a la EGB.

Las edades oscilan entre los 16 y 63 años, con un promedio global de 31.15 años (DT=9.9). Sólo la región de Lérida tiene un promedio de edad que es más de una desviación típica por encima de la media.

La antigüedad en la empresa también es un dato que presenta mucha variabilidad. Desde unos meses hasta más de 20 años. El promedio global es de 4.7 años.

Aparte de la educación formal, muchos de ellos han realizado estudios técnicos o cursos relacionados con el socorrismo.

Otro dato relevante es que hay un número de personas que no tienen ningún nivel de estudios. Aunque no se trata de un porcentaje significativo dentro de la población, sí significa que la empresa debe hacer un esfuerzo especial por formar a estas personas, que quizás, en base a su experiencia, tengan un buen desempeño, pero este aspecto podría constituir un importante *handicap* en un futuro cercano, en relación a las nuevas exigencias oficiales.

V. CONTEXTO DEL PUESTO DE TRABAJO: ASPECTOS LEGALES

La función de los auxiliares está inscrita dentro de la atención pre-hospitalaria urgente. No existe una legislación específica para este campo. Se asumen principios generales de buena praxis sanitaria dentro del campo de acción de los Auxiliares.

Algunos conceptos sobre la normativa legal son los siguientes:

- *Objetivo de atención:* por atención pre-hospitalaria se entiende toda aquella asistencia prestada en el intervalo de tiempo entre el momento de producirse el accidente o solicitud de asistencia y el momento en que el paciente es recibido en el hospital.
- *Actuación profesional:* incluye el transporte hasta el hospital, la estabilización del paciente o la asistencia con alta en el mismo lugar y que no requiera de otra actuación. Estas últimas deben llevarse a cabo por personal titular.

Teniendo en cuenta que en el medio rural podría no encontrarse cerca una persona titulada, el Auxiliar debe tener una mínima formación que le permita llevar a cabo una atención básica y/o prestar ayuda a personal titulado en cualquier lugar.

- *Conducta negligente:* debido a que la actividad de transporte sanitario no está reglamentada, no hay un límite exacto para evaluar una actuación como negligente.

Lo que se debe tener presente es que el objetivo del Auxiliar es trasladar del mejor modo posible evitando agravar las lesiones con su propia actuación. Debido a este criterio, a veces es más importante esperar ayuda especializada, y convencer a otros de esperar la ayuda, que intentar movilizar al paciente sin los medios adecuados. Se debe evitar actuar incorrectamente por el hecho de actuar con prisa.

- *Responsabilidad profesional*: capacidad de responder por las acciones profesionales realizadas durante el servicio.
- *Deber de socorro*: obligación de prestar la atención sanitaria que esté dentro de sus posibilidades. La omisión de este deber (negarse a prestar la ayuda por cualquier razón) es considerada un delito penal.

Este concepto requiere ser interpretado adecuadamente en cada caso. Debido a que la formación del Auxiliar Sanitario es limitada, hay un número limitado de acciones que puede llevar a la práctica con una razonable expectativa de éxito.

Si conoce algunas técnicas de asistencia no incluidas dentro de su ámbito de competencia, debe evaluar si debe utilizarlas en función de los siguientes criterios:

- La técnica está probada y sabe cómo utilizarla. Si no está bien seguro de esto, puede incurrir en el delito de «entusiasmo profesional».
- En ningún caso puede considerar administrar fármacos o intervenciones quirúrgicas.
- Las posibles consecuencias de la intervención hecha de manera incorrecta son menores que las consecuencias de no actuar.
- No existe posibilidad de recibir ayuda inmediata de personal titular. En ausencia de cualquier personal sanitario, el Auxiliar puede tomar decisiones de actuación.
- En conjunto, debe evaluar el «estado de necesidad», que justifica cualquier acción cuando el mal que se evita es más grave que la ley que se infringe.

Si se presenta en el lugar de la asistencia cualquier persona que se identifica como titular sanitario, el Auxiliar debe seguir sus instrucciones. Es conveniente que tenga los datos de identificación y acreditación de esta persona.

Situaciones contrarias ocurren cuando es el paciente quien no quiere ser trasladado. Si es mayor de edad no puede ser obligado. Al firmar el paciente un alta voluntaria, el Auxiliar queda exento de toda responsabilidad.

Igualmente, el paciente es libre de decidir a qué centro asistencial debe ser llevado. El Auxiliar puede proponer el centro más adecuado por cercanía u otra condición, pero el paciente tiene la última palabra.

Sólo los pacientes psiquiátricos, y siempre bajo orden médica, pueden ser obligados al traslado. Sin embargo, tienen derecho a ser informados acerca de su lugar de destino.

El conocimiento que tengan los Auxiliares acerca de sus alcances y limitaciones desde el punto de vista legal es fundamental a fin de tomar decisiones adecuadas y acordes a sus objetivos de trabajo.

Parte de su interrelación con otros consistirá en la expresión de sus deberes y derechos establecidos en la normativa legal.

VI. PLANIFICACIÓN DE LA ACCIÓN FORMATIVA

1. Análisis de la necesidad de formación.

1.1. Métodos para recoger la información.

En este sentido se definieron acciones para recoger información con relación a estructura y funcionamiento de la empresa en general (véase apartado II), las características de la tarea y el desempeño de los Auxiliares.

Para recoger *información sobre la tarea* se realizaron las siguientes acciones:

A) Entrevistas grupales.

Se realizaron discusiones de casos con grupos de 15 Auxiliares, provenientes de diferentes empresas de la región de Barcelona Ciudad y región Central.

Estas sesiones arrojaron mucha información, principalmente de los incidentes críticos que deben afrontar. Permite una evaluación de necesidades de entrenamiento desde el punto de vista de los ocupantes del puesto.

La información generada en estas sesiones fue contrastada con personal directivo y técnico de la oficina central para su validación, quienes se mostraron de acuerdo con la veracidad de las situaciones planteadas.

B) Entrevistas personal directivo.

Se sostuvieron varias entrevistas con uno de los miembros del Consejo de Administración, quien es gerente de su empresa de larga trayectoria en el campo de la atención en emergencias. También se entrevistó al Coordinador General para la región de Maresme.

Estas entrevistas tuvieron la finalidad de recoger información sobre la estructura y funcionamiento del Consorcio, el proceso general del trabajo que realizan los Auxiliares, la descripción de las funciones y el perfil requerido para las mismas.

Se detallaron las características personales y acciones claves para un desempeño exitoso. Esta información pudo ser confirmada con las observaciones realizadas en las rutas (véase Perfil del Puesto).

C) Observación del trabajo en las unidades de ambulancia.

La observación se realizó acompañando a los A.Tr.S. en una de las unidades durante un tiempo aproximado de cinco horas cada vez. Se realizaron dos ejercicios de observación en Barcelona y otro en Mataró.

Esta actividad permitió conocer la rutina de trabajo, normas de funcionamiento relativas a la conducción, procedimientos en los centros hospitalarios, etc.; así como observar con quienes mantienen relación regularmente y para qué. Se trata de información valiosa en la definición del perfil de un Auxiliar efectivo.

Para recoger *información sobre el desempeño* se realizaron las siguientes acciones:

A) Registros de quejas del servicio.

Esta primera fuente no arrojó información relevante sobre el tema. Los servicios de urgencia de los hospitales no tiene un canal de recepción de quejas y si lo tienen éste no es conocido.

Las empresas del Consorcio pueden recibir quejas a través de la central telefónica pero, actualmente, éstas no se registran.

B) Entrevistas con el personal sanitario de atención a urgencias.

Se contactó con los jefes de los servicios de urgencias de los hospitales Valle de Hebrón en Barcelona y Bellvitche en L'Hospitalet.

Con estas personas se coordinó una entrevista con personal de enfermería, médicos de puerta y celadores.

C) Encuestas a usuarios.

Para contactar con personas que hubiesen utilizado el servicio, se dispone en la empresa de datos como nombre, dirección y teléfono de aquellos que solicitaron la atención en urgencia desde su domicilio.

Se escogió una muestra al azar del listado de usuarios del último mes. La evaluación de los usuarios fue positiva en todos los casos, destacando descripciones como: «amables y cordiales», «conversan con el paciente», «tranquilizan al paciente», «dan ánimos», etc.

En los casos contactados no se reportaron incidentes de ningún tipo.

D) Cuestionario de evaluación.

Tal como se señaló anteriormente, la empresa abordó simultáneamente dos proyectos relacionados que afectan a toda la población: el diseño de un cuestionario de evaluación y el diseño del entrenamiento en habilidades sociales.

El instrumento escrito (cuestionario) estuvo listo para ser utilizado antes del inicio del primer grupo de entrenamiento (aprox. 15 personas), por lo que sirvió como evaluación inicial y final en relación al entrenamiento.

El resultado de la evaluación para toda la población fue considerado por la empresa como confidencial, por lo que no puede ser expuesto en este trabajo.

1.2. Síntesis de la información recogida.

En relación a la *descripción de la tarea*.

• *Inventario de Incidentes Críticos:*

No citaré textualmente este inventario por razones de brevedad y confidencialidad. Es importante señalar que se trató de la información más relevante a partir de la cual se terminó de definir cuáles eran los retos del puesto de trabajo y las habilidades necesarias para desempeñarlo; así como contar con un abanico de situaciones relevantes a ser utilizadas como ejercicios en el contexto del entrenamiento.

• *Características generales del contexto:*

Una de las principales razones de quejas por parte de los A.Tr.S. es que se sienten desvalorizados por parte del personal sanitario principalmente. Son tratados con autoritarismo y deben hacer

caso a todo lo que se les diga porque son las personas con menor nivel de autoridad dentro del sistema de la atención sanitaria.

Les molesta también la desconfianza del usuario hacia la calidad del servicio que ellos pueden prestar, pero en este punto están más conscientes de las razones. Saben que se ha creado una mala impresión debido a la baja calidad en los años anteriores y que ahora ellos se enfrentan a usuarios desconfiados.

En general, dentro de la ciudad el Auxiliar debe llegar al lugar de los hechos en un tiempo máximo de 15 minutos. Esto, sumado al uso constante de la sirena, es una actividad que genera tensión por sí misma.

A fin de sistematizar toda la información recogida sobre las características de la tarea, se presenta a continuación el Perfil del Puesto correspondiente.

PERFIL DEL PUESTO

Título del Puesto: Auxiliar de Transporte Sanitario

Reporta a: Jefe de Servicio / Encargado / Coordinador

Empresa: empresas que pertenecen al Consorcio de Transporte Sanitario de Cataluña

OBJETIVO PRINCIPAL

Prestar el servicio de asistencia sanitaria inmediata y traslado a pacientes que así lo requieran, por causa de una urgencia médica o la aplicación de tratamientos médicos y exámenes, con el fin de minimizar los riesgos de la situación y prestar un servicio útil a la comunidad.

ACTIVIDADES PRINCIPALES

En caso de urgencias:

- Solicitar al paciente y/o familiares la información pertinente, así como observar las condiciones físicas del paciente y de su entorno, con el fin de establecer una primera evaluación de su situación y su nivel de gravedad.
- De acuerdo a esta primera evaluación prestar la asistencia sanitaria inmediata que sea pertinente.

- Trasladar al paciente al centro asistencial más adecuado de acuerdo a la localización, tipo de asistencia requerida y antecedentes del paciente.
- Informar al centro asistencial de destino acerca de la evaluación inicial realizada.

En caso de traslados interhospitalarios y programados:

- Solicitar al centro asistencial o al paciente la orden médica que justifica el traslado.
- Trasladar al paciente en las condiciones requeridas según el caso.
- Solicitar ante el centro asistencial de destino el sello de conformidad de haber recibido al paciente y hacerse responsable del mismo.
- Para todos los casos, debe asegurarse que el paciente es recibido por un miembro autorizado del centro sanitario.

RETOS DEL PUESTO

- Evaluar rápidamente las situaciones y establecer prioridades de acción.
- Prestar el servicio lo más rápidamente posible sin detrimento de la calidad del trato con las personas.
- Prestar el servicio a un público que se encuentra en una situación personal crítica por diferentes razones.
- Prestar el servicio a pacientes minusválidos en una ciudad muy poco preparada para ello.
- Establecer relaciones de trabajo positivas, de mutua colaboración, con el personal sanitario que se encuentra frecuentemente indispuesto para ello.
- Controlar el nivel de tensión propio y de los otros, originado por la situación y las condiciones del trabajo.
- Evaluar el riesgo de esperar por ayuda *versus* el riesgo de actuación.

CONDICIONES DE TRABAJO

Especialmente lo que tiene que ver con la atención en emergencias se realiza en un ambiente de estrés. Hay exigencias y presión por parte de las diferentes personas involucradas. Se trabaja en jornadas intensivas de entre 8 y 12 horas. La función se realiza bajo cierto nivel de riesgo, debido a la posibilidad de accidentes de tráfico, infecciones o agresiones (por parte de los pacientes psiquiátricos).

AUTONOMIA

El Auxiliar recibe del coordinador o jefe de tráfico las instrucciones sobre los servicios que debe realizar. Por otro lado, en tanto es el único personal sanitario que se encuentra en contacto con el paciente, debe tomar decisiones sobre las acciones más adecuadas a realizar, así como operar ante imprevistos. Debe mantener informado al jefe del servicio de todas las incidencias.

PERFIL PROFESIONAL REQUERIDO*CONOCIMIENTOS TÉCNICOS*

- Conceptos básicos de asistencia sanitaria en caso de emergencia y traslado de pacientes en general.
- Conocer alternativas de soporte psicológico al paciente.
- Conocimiento detallado de la vialidad de la ciudad y la localización de los centros asistenciales.
- Conocer la ubicación y el funcionamiento de los servicios en cada centro asistencial, especialmente, los servicios de emergencia.
- Conocimiento de la normativa legal aplicada a su función, así como de las normas de tráfico.

HABILIDADES TÉCNICAS

- Realizar la evaluación inicial del estado del paciente.
- Controlar el estado físico del paciente.
- Uso efectivo de las técnicas de atención pre-hospitalaria para las que ha sido autorizado.
- Habilidad y control para conducir vehículos en situaciones de urgencia.

HABILIDADES DE INTERRELACIÓN

- Establecer un contacto personal positivo con personas en situaciones críticas, prestar apoyo y lograr su cooperación.
- Mantener la calma, propia y de los demás involucrados, en situaciones de apremio y con necesidad de realizar el trabajo lo más rápidamente posible.

- Transmitir seguridad en lo que está haciendo. Tener bien claro su nivel de responsabilidad en la situación y el de los otros involucrados (personal sanitario, organismos oficiales, etc.).
- Establecer relaciones de trabajo profesional y de mutua colaboración con todo tipo de personal sanitario, así como con organismos que intervienen en situaciones de emergencia (policía, bomberos, etc.).
- Mantener una imagen de profesionalidad, tanto delante de los pacientes y familiares, como del personal sanitario.
- Comunicarse y trabajar en equipo.
- Informar técnicamente y de forma clara sus observaciones cuando sea necesario.

En relación al *desempeño de los Auxiliares*.

Tal como ya se señalaba anteriormente, las fuentes de información sobre el desempeño de los Auxiliares no reflejan dificultades importantes.

La encuesta a los usuarios, así como la propia observación hecha en las rutas de trabajo, muestran que los Auxiliares mantienen un trato adecuado que se traduce en: trato amable hacia pacientes y familiares, buscan conversación y dan ánimos al paciente, especialmente, en el caso de las personas mayores, comunican adecuadamente la información al centro sanitario, etc.

Un poco diferente es la información obtenida en los dos centros hospitalarios consultados. En ambas instituciones resultó muy similar, pudiendo destacar los siguientes puntos:

- No hay un protocolo definido de los pasos a seguir en el servicio de urgencias, cada hospital tiene su sistema. Esto genera fricciones ocasionales debido a que no está claro cuál es la responsabilidad de cada quien.
- El Auxiliar muestra una actitud positiva con el paciente, le tranquiliza y le acompaña hasta que es ingresado.
- A veces los Auxiliares usan términos técnicos que no son procedentes y esto les resta credibilidad.
- En otras ocasiones, los Auxiliares tienen más experticia que los médicos residentes que les reciben en la puerta, ocasionando que se impacienten con ellos.
- El Auxiliar se muestra impaciente si no es recibido con la rapidez que considera debida.

- Muchas veces el Auxiliar ofrece información importante respecto de las condiciones en que fue encontrado el paciente y posibles antecedentes.

Un aspecto relevante a señalar es que el personal hospitalario no considera al «conductor de la ambulancia» como personal sanitario, lo que origina una discrepancia entre las expectativas de los Auxiliares y las del personal sanitario respecto de la dinámica del servicio.

A partir de toda esta información, ya podemos visualizar que el personal sanitario es, posiblemente, el que ofrece mayores dificultades al Auxiliar en su desempeño.

1.3. Conclusión global del proceso de diagnóstico.

Existen diversas fuentes para precisar una acción de formación. En la demanda inicial del cliente la fuente principal parecía ser problemas con el desempeño de los sujetos, sobre la base de una información recogida históricamente por el Servei Català de la Salut.

Sin embargo, la información recogida hasta este momento no refleja problemas concretos de desempeño. Con esta información podemos enfocar la necesidad de formación en función del perfil profesional requerido para afrontar con éxito los retos del puesto.

La definición de un perfil profesional nos permite definir en este momento una lista de habilidades sociales que son de utilidad para un buen desempeño en este puesto de trabajo.

De tal manera, de las tres fuentes de análisis de necesidades: la empresa, la tarea y el desempeño, la necesidad de diseñar una acción formativa en habilidades sociales se basa principalmente en las características de la tarea y en las exigencias que se le presentan a la empresa, desde el contexto institucional y del público en general.

Se trata de una evolución en el perfil profesional requerido para desempeñar el puesto de Auxiliar de Transporte Sanitario.

1.4. Perfil de las habilidades requeridas.

Análisis de las relaciones interpersonales:

Interlocutores:

- Pacientes/usuarios: personas que solicitan el servicio, sea por una urgencia médica o para recibir un tratamiento de acuerdo a una orden médica.

- Familiares: son personas que acompañan al paciente y en ocasiones son mucho más exigentes y tienen más contacto con los Auxiliares que el propio paciente.
- Personal sanitario: personal de los servicios de urgencia, comprende médicos de guardia, enfermeras y celadores. Puede incluir personal de recepción y administrativo.
- Organismos de Seguridad: comprenden las diferentes instituciones que pueden intervenir en la asistencia en vía pública, como Guardias de Seguridad, Bomberos, etc.
- Público en general: lo constituyen espectadores ocasionales, vecinos del usuario o testigos. Con frecuencia interfieren la labor más que ayudar.

Escenarios más frecuentes:

- Domicilio del paciente.
- Centros hospitalarios de todo tipo: públicos, privados, geriátricos, psiquiátricos, residencias, etc.
- Vía pública.

Identificación de habilidades sociales:

Descripción a nivel conductual:

1. *Nivel Molar*: habilidades básicas para establecer relaciones:

Nivel Molecular:

- Escuchar.
- Preguntar, pedir información.
- Entablar una conversación.
- Dar instrucciones.

2. *Nivel Molar*: habilidades asertivas:

Nivel Molecular:

- Rehusar peticiones inadecuadas.
- Afrontar objeciones y resistencias.
- Afrontar la presión de varias personas.
- Recibir críticas y quejas.

3. Nivel Molar: habilidades para tranquilizar:

Nivel Molecular:

- Dar ánimo.
- Emplear mensajes tranquilizadores.
- Emplear mensajes positivos.
- Dar información.

Componentes cognitivos requeridos:

- Empatía.
- Orientación de servicio.
- Autoconfianza.
- Expectativas positivas.
- Conocer los alcances y límites de su función.
- Detectar señales de la conducta de otros adecuadamente.
- Plantearse y evaluar diferentes alternativas.

2. Diseño de la acción formativa.

2.1. Objetivos del entrenamiento.

Objetivos generales:

- Adquirir o mejorar las habilidades sociales necesarias para prestar un servicio de calidad.
- Aprender a crear y mantener relaciones de trabajo positivas con el personal sanitario y otros organismos que intervienen en la atención en urgencias.

Objetivos específicos:

Al finalizar la actividad de formación los participantes serán capaces de:

- Establecer un contacto inicial positivo con el usuario.

- Detectar las necesidades de los usuarios y responder adecuadamente.
- Lograr la cooperación de familiares u otras personas que intervienen.
- Resolver los problemas que se presenten en el trato con el usuario y evitar la aparición de futuros problemas.
- Transmitir confianza a los usuarios.
- Establecer un contacto inicial positivo con el personal sanitario y crear una relación de mutua colaboración.
- Resolver los problemas que se presenten en el trato con el personal sanitario y evitar la aparición de futuros problemas.
- Mantener el control de sí mismo o de otros en situaciones de presión.

2.2. Contenidos.

- Definición y papel de las habilidades sociales en la calidad del servicio.
- Análisis de los interlocutores y escenarios en que ocurren las interrelaciones.
- Componentes de las habilidades sociales: conducta verbal y no verbal.
- Definición y pautas de las habilidades sociales básicas.
- Definición de empatía.
- Definición de *feed-back*.
- Definición y pautas de las habilidades asertivas: descripción de los tres estilos de conducta y sus aplicaciones, definición y aplicaciones de la aceptación asertiva y la oposición asertiva.
- Definición y pautas para tranquilizar a otros: necesidades del usuario y alternativas de respuesta.
- Modelo de resolución de problemas aplicado a situaciones reales.
- Identificación de las fuentes de estrés laboral y mecanismos cognitivos para afrontar el estrés.

2.3. Metodología.

Se utiliza la metodología propia del entrenamiento en habilidades sociales, es decir, el uso de:

- Instrucciones.
- Modelaje simbólico: uso de un vídeo donde se escenificaron situaciones típicas que debe resolver el Auxiliar.
- *Role-play*.
- *Feed-back* y refuerzo.

Adicionalmente al uso de esta secuencia, se realizan discusiones de casos, intercambio de opiniones, ejercicios de autorreflexión, etc.

Se trata de una metodología práctica e inductiva: se plantean situaciones cotidianas a partir de las cuales se pueden visualizar las habilidades sociales y sus componentes.

2.4. Programa del módulo en habilidades sociales.

Duración de las sesiones: 2 horas.

Periodicidad: 2 sesiones por semana aproximadamente.

SESIÓN 1: presentación, encuadre y habilidades básicas (primera parte)

OBJETIVO: en esta sesión se plantean los objetivos generales del entrenamiento a través de una reflexión con el grupo sobre los primeros puntos del temario, con el fin de que entiendan y compartan la utilidad del entrenamiento.

Se destaca la importancia de la participación para el buen desarrollo del módulo, así como las características de la actividad y sus ventajas. Se pretende lograr acuerdo con la actividad y compromiso de participación.

CONTENIDOS:

- Las habilidades sociales en el contexto laboral.
- Definición de habilidades sociales y sus componentes.
- Pautas para algunas habilidades básicas: escucha activa, Preguntar y Entablar una conversación.
- Definición de *feed-back*.

METODOLOGÍA:

- Ejercicio de presentación.
- Discusión de grupo.
- Ejercicio de Escucha Activa.
- Ejercicio de *feed-back* de la actividad anterior.

Cada una de las siguientes sesiones tiene como objetivo evaluar y desarrollar las habilidades conductuales y cognitivas que corresponden a cada sesión. La metodología general es participativa. Se utiliza también material de soporte.

SESIÓN 2: Habilidades Básicas (segunda parte), Introducción Habilidades Asertivas

CONTENIDOS:

- Pautas para otras habilidades básicas: dar instrucciones, dar y solicitar información.
- Descripción de los estilos de conducta asertivo, pasivo y agresivo: características conductuales verbales y no verbales.

METODOLOGÍA:

- Ejercicios de simulación para las habilidades básicas.
- Análisis de situaciones cotidianas y de trabajo: aplicación de los tres estilos conductuales en situaciones cotidianas y laborales.

SESIÓN 3: Habilidades Asertivas

CONTENIDOS:

- Estilos de conducta (repaso sesión anterior).
- Pautas generales de la aceptación y oposición asertiva.
- Pautas de conducta para una habilidad asertiva concreta: «Rehusar Peticiones».

METODOLOGÍA:

- Modelaje (vídeo).
- *Role-play* en base a diferentes situaciones del trabajo.
- *Feed-back* y discusión del grupo sobre las situaciones y los ejercicios realizados.
- Ejercicio de aceptación asertiva.

SESIÓN 4: Habilidades Asertivas

CONTENIDOS:

- Esquema de la aceptación y oposición asertiva (repaso sesión anterior).
- Pautas concretas para «Afrontar objeciones».

METODOLOGÍA:

- Exposición del tema.
- Modelaje (vídeo).
- *Role-play* de diferentes situaciones de trabajo.
- Uso de una hoja de registro para la observación del desempeño en los ejercicios.
- Discusión y *feed-back*.

SESIÓN 5: Control de la ansiedad

CONTENIDOS:

- Tipos de pensamiento: positivos y negativos, racionales e irracionales.
- Proceso de las expectativas: secuencia de pensamientos, sentimientos, conductas y resultados.
- Alternativas que existen para controlar el estrés.

METODOLOGÍA:

- Exposición de conceptos y ejemplos.
- Análisis en grupos de las fuentes de estrés.
- Reflexión individual sobre el propio proceso del estrés.
- Ejercicio de autoafirmación.

SESIÓN 6: Habilidades para tranquilizar

CONTENIDOS:

- Necesidades y actitudes de los usuarios y otros interlocutores.
- Necesidades de autocontrol (repaso sesión anterior).
- Pautas de actuación verbal y no verbal para diferentes situaciones.
- Manejo de las críticas y quejas.

METODOLOGÍA:

- Discusión de grupo.
- *Role-play* aplicado a diferentes casos posibles.
- Discusión y *feed-back*.

SESIÓN 7: Habilidades Asertivas y Solución de Problemas

CONTENIDOS:

- Pautas para «Afrontar presiones y situaciones conflictivas».
- Técnica de Solución de Problemas y aplicación.
- Resumen de contenidos anteriores.

METODOLOGÍA:

- Uso de la técnica de solución de problemas en una situación determinada.
- *Role-play* utilizando una sola situación de alta dificultad.
- Integración de lo visto anteriormente.

SESIÓN 8: Cierre del entrenamiento

Esta sesión se deja abierta para discutir y practicar con aquellas situaciones que sean propuestas por los participantes, o situaciones complejas propuestas por el facilitador que requieran el uso de diferentes habilidades.

La segunda hora se reserva para la evaluación del taller por parte de los participantes y la aplicación del cuestionario de habilidades sociales como evaluación de cierre.

El programa en general pretende comenzar por habilidades más sencillas y luego ir integrando ejercicios con situaciones de mayor dificultad, donde deban utilizar quizás un conjunto de habilidades.

Como estrategia de generalización se recomienda la aplicación de una o dos sesiones de seguimiento y apoyo, que pueden ser dictadas dos y cuatro meses después de finalizado el programa. Durante estas sesiones, se realizaría una revisión de las experiencias personales en relación al trato con otros, así como ejercicios de simulación y *feed-back* con situaciones escogidas por el grupo.

3. Métodos de evaluación.

La evaluación de la actividad formativa está enfocada en tres sentidos:

- *Evaluar el efecto en la conducta de los participantes.*

Para este colectivo en particular se diseñó un cuestionario, tal como se explicó anteriormente, que está adaptado a las situaciones que deben resolver en su puesto de trabajo.

Por esta razón, éste es el instrumento utilizado para medir a la población antes de comenzar el entrenamiento y al finalizar. Esto representa en tiempo una diferencia de un mes y medio.

Se trata, en este caso, de una evaluación «sumativa», es decir, realizada al final de la actividad y centrada en el efecto sobre los participantes.

- *Evaluación de la actividad formativa por parte de los participantes.*

Dado que el programa pretende ajustarse a las necesidades del puesto de trabajo, es de particular importancia el *feed-back* de los participantes, especialmente, en lo concerniente al interés y aplicabilidad de los contenidos.

- *Evaluación del desempeño del grupo por parte del facilitador.*

Esta modalidad de evaluación es solicitada por la empresa. El objetivo es transmitir la opinión del facilitador respecto del rendimiento del grupo, posibles problemas que se presenten y condiciones del entrenamiento.

Una vez que se haya avanzado en la formación de un porcentaje significativo de Auxiliar de Transporte Sanitario, se pueden incluir indicadores de impacto en la calidad de servicio y rendimiento de la empresa, tales como: medir el incremento en el número de servicios contratados, número de instituciones y zonas atendidas, etc.

VII. APLICACIÓN DEL ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES

Para la definición de los primeros grupos de entrenamiento no se utilizó un criterio técnico específico. Recordar que el módulo de habilidades sociales está inserto en un programa general de formación que toma más de cien horas e involucra a un conjunto de facilitadores en diversos temas.

Para estos primeros grupos, el procedimiento obedeció al mecanismo regular que ya utilizaba la empresa anteriormente. El Departamento de Recursos Humanos coordina con los supervisores de las empresas la lista de participantes a cada grupo. Los supervisores facilitan la lista de empleados de su empresa que pueden asistir.

Se organizaron grupos de 15 personas correspondientes a tres regiones sanitarias. Los participantes provienen de diferentes empresas dentro de cada región.

Para el primer semestre del año 1997 se organizaron tres grupos de entrenamiento para Auxiliar de Transporte Sanitario, a saber:

- Región Barcelona Ciudad: dictado en la oficina central del CTSC.
- Región Costa Ponent: dictado en las oficinas de la empresa en L'Hospitalet.
- Región Maresme: dictado en las oficinas de Ambulancias La Pau.

El calendario regular del curso consta de sesiones diarias de dos horas.

El programa de habilidades sociales se inserta en 8 sesiones de dos horas, distribuidas en dos sesiones por semana aproximadamente.

VIII. ANÁLISIS DE RESULTADOS DEL ENTRENAMIENTO

1. Resultados del cuestionario de habilidades sociales administrado antes y después del entrenamiento.

1.1. Resultados de la aplicación antes del entrenamiento.

Como ya se explicó anteriormente, antes de iniciar los cursos ya estaba listo el diseño del cuestionario de habilidades sociales y éste fue utilizado para una evaluación preliminar.

El mismo consta de 35 ítems, que miden la frecuencia en el uso de respuestas asertivas, pasivas y agresivas ante una serie de situaciones. La escala de frecuencia es del 1 al 4, con lo cual, el promedio teórico de respuestas en cada estilo conductual es mínimo de 1 y máximo de 4.

Podemos observar los siguientes resultados:

Promedio Resp. Asertivas	3.10
Promedio Resp. Pasivas	1.87
Promedio Resp. Agresivas	1.40

Para los efectos de este promedio se contabilizaron los sujetos que estaban previstos en las listas para cada grupo.

Puede apreciarse que en la selección de las respuestas hay una preferencia por las conductas asertivas, seguida en frecuencia por conductas pasivas. Se realizó un análisis de los *ítems* de acuerdo al tipo de interlocutor y al tipo de habilidad que se requería en cada situación.

Se puede apreciar que los interlocutores con quienes se evidencia con mayor frecuencia una actitud pasiva son los médicos y enfermeras. En cuanto a las situaciones se trata principalmente de aquéllas donde deben rehusar peticiones inadecuadas, así como hacer valer su posición y su opinión.

En segundo lugar, las respuestas pasivas son más frecuentes con los familiares, en situaciones equivalentes a lo anterior.

No aparece en este grupo un uso importante de respuestas agresivas en ninguno de los *ítems*.

Sin embargo, los resultados de este cuestionario requieren ser confirmados con una evaluación situacional, debido a que las pruebas de autoinforme tienen la influencia de la deseabilidad social en la forma de respuesta.

Al terminar el proceso general de evaluación se contará con información más completa sobre el nivel de base de la población. Asimismo, puede considerarse la alternativa de iniciar los entrenamientos con una prueba situacional que permita complementar la información del cuestionario.

1.2. Resultados de la aplicación después del entrenamiento.

La diferencia de promedios de respuesta antes vs después se realizó tomando aquellos sujetos que contaban con las dos aplicaciones. Algunos participantes que realizaron el entrenamiento y se evaluaron al final no contaban con la evaluación inicial. Se evaluaron igualmente para presentar el informe a la empresa.

Podemos observar los siguientes resultados:

Promedio Resp. Asertivas	3.30
Promedio Resp. Pasivas.....	1.66
Promedio Resp. Agresivas	1.31

Se presenta, en general, un aumento en el promedio de respuestas asertivas, correspondiente al 6,20%. También se aprecia una disminución en el promedio de respuestas de tipo pasivas del 11,09%, así como de las respuestas agresivas del 6,37%.

Sin embargo, hay que ser cuidadoso con el uso de estos datos. Por una parte, se trata de una muestra muy pequeña de evaluados que no permite establecer comparaciones estadísticas en modo alguno.

Por otra parte, la actitud hacia el entrenamiento y la propia evaluación también pueden impactar en el resultado. En todo caso, suponiendo que hubo una influencia de la deseabilidad social en los resultados, parece que los sujetos, al menos, son capaces de discriminar cuáles son las respuestas más adecuadas para una situación y cuáles no lo son.

2. Evaluación del taller por parte de los participantes.

Los datos que se presentan corresponden a cuatro *ítems* fundamentales, de los cuales presentamos el resultado global:

Ítems: (escala de respuesta 1 al 5).

1. Interés y relevancia de los contenidos	3,4
2. Aplicabilidad de los contenidos	3,5
3. Claridad de expresión del facilitador	4,1
4. Interés generado por el facilitador	4,0

Tal como comentaremos más adelante, el clima del grupo hacia el entrenamiento tuvo un impacto en la forma como éste fue evaluado. Los participantes, en general, encontraban las actividades del taller positivas y colaboran con las mismas, pero siempre manteniendo una actitud muy crítica. En frecuentes ocasiones consideraban que en la «vida real» no era factible aplicar los conceptos que veíamos en las sesiones.

Asimismo, algunos aspectos de la metodología utilizada como facilitador pueden mejorarse, a fin de captar mayor interés del participante.

3. Evaluación global del desempeño del grupo.

3.1. Motivación y clima del grupo.

Los participantes que asisten a las sesiones con frecuencia lo hacen porque son conscientes de la situación que atraviesan. Saben que dentro de unos años les exigirán un nivel de formación para poder seguir ejerciendo este trabajo.

En relación al tema de las habilidades sociales muestran, en general, una actitud pesimista hacia las posibilidades que ellos tengan de influir en las situaciones en las que se ven inmersos.

Ubican sus principales problemas de interrelación con el personal sanitario y al respecto se asumen impotentes, pues el sistema sanitario tiene una gran cantidad de problemas que está fuera de sus manos resolver.

Se sienten desvalorizados por algunos sectores dentro del personal sanitario y, como ellos son el nivel más bajo dentro de la cadena sanitaria, no se sienten autorizados a pedir un cambio de actitud.

En relación a los pacientes consideran que los problemas son muy ocasionales. El aspecto donde identifican la necesidad de un trato especial hacia el paciente es cuando se trata de personas mayores o personas que se encuentran ansiosas o deprimidas.

Lo que podemos apreciar en general es una percepción muy limitada de sus propias posibilidades de incidir en una situación.

3.2. *Desempeño durante la actividad.*

Dado que las personas que asistían a las sesiones lo hacían por su propio interés, en general, se trataba de personas con inquietudes y preocupadas por la calidad de su trabajo. Se mostraban dispuestos a participar y discutir los temas planteados.

Durante las sesiones se utilizó una metodología participativa, lo que permite recoger una evaluación continua del grupo, si bien no se trata de un sistema estandarizado.

Los participantes que asistieron a más de la mitad de las sesiones tuvieron diferentes oportunidades de realizar ensayos conductuales, durante los cuales su pudo evidenciar, en mayor o menor medida, que eran capaces de discriminar y utilizar las conductas adecuadas para una determinada situación.

La posibilidad de transferir al campo de trabajo la mejoría en las actitudes depende de muchas condiciones, tanto personales como situacionales; principalmente lo que tiene que ver con sus actitudes personales así como con los problemas o limitaciones reales que les presenta el contexto de trabajo.

4. **Evaluación global de resultados del proyecto.**

En este punto comparamos los objetivos logrados con los propuestos en el diseño; así como objetivos generales de la intervención en relación a la demanda del cliente.

Al finalizar el programa, los participantes que completaron el módulo de habilidades sociales eran capaces de:

- Identificar conductas que pueden ayudarles a iniciar una relación/resolver problemas y utilizarlas.
- Identificar conductas que pueden perjudicarles y evitarlas.
- Considerar diferentes alternativas ante una situación problemática.

Estos resultados son más evidentes cuando se trata de la relación con el paciente o el familiar. Por otra parte los problemas en el contexto sanitario hacen más difícil la transferencia del aprendizaje. Aún prevalece la actitud pasiva ante el personal sanitario para «evitarse problemas», lo que no contribuye a mejorar la imagen del Auxiliar de Transporte Sanitario en este contexto.

Se necesita trabajar en un cambio de actitud hacia ellos mismos y sus posibilidades.

A nivel del alcance general de la intervención podemos señalar:

- Contribuir en la definición de la necesidad de formación, proporcionando a la empresa cliente una investigación amplia sobre la misma.
- Contribuir a darle un espacio legítimo al entrenamiento en habilidades sociales dentro del programa de formación para Auxiliares de Transporte Sanitario.

Esto es lo que correspondería con la demanda original del cliente. Adicionalmente es importante trabajar también con la cultura de la empresa a todos los niveles, con el fin de reforzar los efectos del programa específico.

IX. PROPUESTAS PARA LA PLANIFICACIÓN DEL PRÓXIMO CICLO DE FORMACIÓN

Antes de dar curso al próximo plan de formación (ciclo 97-98), y con el fin de mejorar la efectividad del mismo, se proponen los siguientes pasos:

Presentar al equipo directivo del CTSC un informe conjunto de parte de los equipos de trabajo que han participado dictando los diferentes módulos, donde se especifiquen los resultados obtenidos y posibles limitaciones. Esto puede formar parte de acciones destinadas a implicar más a todo el equipo directivo y aumentar su nivel de compromiso.

Estas actividades pueden estar coordinadas desde el Departamento de Recursos Humanos.

- Sensibilizar en el tema de las habilidades sociales a los supervisores en todas las empresas, a fin de incorporarlos como un elemento clave de la formación en este tipo de habilidad.

Esta acción, si bien puede ser coordinada desde Recursos Humanos, requiere la participación del nivel directivo de la empresa.

- Comunicar a todo el personal los objetivos del plan de formación y su impacto en el futuro. Puede tratarse de un comunicado escrito por parte de la dirección y luego realizar reuniones en cada empresa con la participación de los supervisores de las mismas.
- Definir mecanismos de reconocimiento para los participantes que culminan el proceso de formación. No debe tratarse de una compensación en dinero, puede ser a través de un sistema de premios al grupo más efectivo, etc.

- Brindar apoyo pedagógico a cada responsable de los diferentes módulos a fin de que utilicen metodologías más prácticas.

A nivel del programa de sesiones en habilidades sociales sería conveniente:

- Comenzar con una evaluación conductual más sistemática, a través del uso de situaciones tipo, y a partir de allí construir el contenido específico de las sesiones utilizando los resultados de esta evaluación. Sin perder la estructura general, esto permitiría adaptarlo aún más a las necesidades de los participantes.
- Incorporar actividades prácticas o de reflexión dirigidas a reforzar la autoestima y disminuir la actitud de indefensión de los participantes.

BIBLIOGRAFÍA

- ALVIRA M. Francisco, *Metodología de la Evaluación de Programas Cuadernos Metodológicos, Centro de Investigación Social*. Madrid, 1997.
- CABALLO, Vicente, *Teoría, Evaluación y Entrenamiento de las Habilidades Sociales*. Ediciones Promolibro, Valencia, 1987.
- COSTA M. y LÓPEZ E., *Los secretos de la dirección*. Ediciones Pirámide, Madrid, 1996.
- GIL F. y GARCÍA M., *Habilidades de dirección en las organizaciones*. Ediciones Eudema, Madrid, 1993.
- GIL F., JARANA L. y LEÓN J.M., *HABILIDADES SOCIALES y Salud*. Ediciones Eudema, Madrid, 1992.
- KELLY, Jeffrey, *Entrenamiento de las Habilidades Sociales*. Ediciones Desclée de Brower, Bilbao, 1992.
- LE BOTERF, Guy, *Ingeniería y evaluación de los planes de formación*. Ediciones Deusto, Mad./Bcn./Bilbao, 1991.
- PINEDA y HERRERO, Pilar, *La formació al l'empresa*. Ediciones C.E.A.C., Barcelona, 1994.