



Universidad
Nacional
de Loja

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

TÍTULO

**Herramientas organizativas en estudiantes de la
Facultad de la Salud Humana de la Universidad
Nacional de Loja que realizan prácticas
preprofesionales y su relación con participación
social, adaptabilidad laboral y asertividad periodo
abril-septiembre 2021**

**Tesis previa la obtención del
título de Psicólogo Clínico**

AUTOR: Diego Leonardo Ordóñez Ochoa

DIRECTORA: Psi. Cl. Gabriela Fernanda Rojas Muñoz, Mg. Sc.

LOJA – ECUADOR

2021

Certificación

Loja, 08 de noviembre de 2021

Psicóloga Clínica

Gabriela Fernanda Rojas Muñoz, Mg. Sc.

DIRECTORA DE TESIS

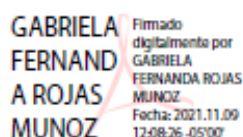
CERTIFICA:

Haber dirigido, asesorado y monitoreado con pertinencia la ejecución del Proyecto de tesis titulado: "HERRAMIENTAS ORGANIZATIVAS EN ESTUDAIANTES QDELA FACULTAD DE SALUD HUMANA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA QUE REALIZAN PRÁCTICAS PREPROFESIONALES Y SU RELACIÓN CON PARTICIPACIÓN SOCIAL, ADAPTABILIDAD LABORAL Y ASERTIVIDAD, PERIODO ABRIL-SEPTIEMBRE 2021", de autoría del estudiante diego leonardo Ordóñez Ochoa con c.i. 1104928021; ya que una vez revisados oportunamente los avances de la investigación y devolviéndolos al aspirante con las observaciones y sugerencias necesarias ha cumplido con lo establecido en el Art. 139 del Reglamento de Régimen Académico.

Por lo tanto, se autoriza su presentación para designación del Tribunal de Calificación y su disertación privada y pública de la misma para la graduación.

Información que pongo a su disposición para los fines pertinentes.

GABRIELA
FERNAND
A ROJAS
MUNOZ



Firmado digitalmente por
GABRIELA
FERNANDA ROJAS
MUNOZ
Fecha: 2021.11.09
12:08:26 -05'00'

Psi. Cl. Gabriela Fernanda Rojas Muñoz, Mg. Sc.

1104928021

gabriela.rojas@unl.edu.ec

PERSONAL ACADÉMICO OCASIONAL 1 DE LA UNL

DIRECTORA DE TESIS DE LA PRESENTE INVESTIGACIÓN

c.c: Archivo

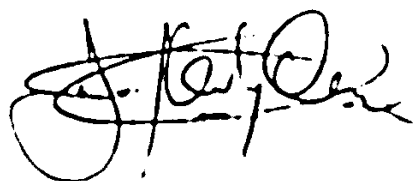
Autoría

yo, Diego Leonardo Ordóñez Ochoa, con número de cédula 1104928021 declaro ser el autor del presente trabajo de tesis “Herramientas organizativas en estudiantes de la Facultad de Salud Humana de la Nacional de Loja que realizan prácticas preprofesionales y su relación con participación social, adaptabilidad laboral y asertividad periodo abril-septiembre 2021” y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y su facultad de la salud humana, así como a sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales por el contenido de la misma.

Adicionalmente apoyo y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi tesis en el Repertorio Institucional – Biblioteca Virtual.

Autor: Diego Leonardo Ordóñez Ochoa

Firma:



Número de cédula: 1104928021

Correo electrónico: diego.l.ordonez@unl.edu.ec

Fecha: 8 de noviembre del 2021

Carta de autorización

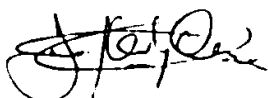
Yo, DIEGO LEONARDO ORDÓÑEZ OCHOA, declaro ser el autor de la tesis titulada “herramientas organizativas en estudiantes de la facultad de salud humana de la universidad nacional de Loja que realizan prácticas preprofesionales y su relación con participación social, adaptabilidad laboral y asertividad periodo abril-septiembre 2021” como requisito para optar al grado de **Psicólogo Clínico**; autorizo al sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos, muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital Institucional (RDI):

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el RDI, en las redes de información de país y del exterior, con los cuales tengan convenio la Universidad.

La Universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio o copia de la tesis que realice un tercero.

Para la constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja a los ocho días del mes de noviembre del año 2021, firma el autor:

Firma:



Autor: Diego Leonardo Ordóñez Ochoa

Cédula: 1104928021

Dirección: Loja, barrio “La Tebaida”, Av. Pío Jaramillo Alvarado entre Malvinas y Cuba.

Teléfono: 2570592 **-Celular:** 0991103536

Correo electrónico: diego.l.ordonez@unl.edu.ec

DATOS COMPLEMENTARIOS

Directora de Tesis: Psi. Cl. Gabriela Fernanda Rojas. Mg. Sc.

Miembros del Tribunal

- **Presidenta:** Dra. Ana Catalina Puertas Asanza, Mg. Sc.
- **Vocal:** Dra. Anabel Elisa Larriba Borrero, Mg. Sc.
- **Vocal:** Psi. María Paula Torres Pozo, Mg. Sc.

Dedicatoria

Quiero dedicar este trabajo a mi madre Gina Ochoa, que ha sido el seno de vida cuyo fruto me ha permitido ser quien soy y lograr lo que me propongo. A mis abuelas y abuelos, que supieron educar con su ejemplo mostrándome el camino humano hacia la sabiduría y la naturaleza como fundamento de vida. También a mi padre Segundo Ordóñez y Edilma Jiménez, que han nutrido magníficamente mi trabajo. A mis hermanos y hermanas Daniela, David, Laura, Enrique, Franco y Patricia, que han acompañado mi camino incondicionalmente, así como a mis primas, primos, tías, tíos, amigas y amigos, que han llenado la vida de alegrías y lecciones. Finalmente, al gran espíritu que me puso en este camino y ha sabido alimentar mi experiencia con enseñanzas y oportunidades siempre en el momento y lugar oportuno, llenando esta existencia de hermosas criaturas, maravillas y belleza que inspiran admiración y gratitud.

Agradecimiento

Agradezco a la Universidad Nacional de Loja, que abrió sus puertas en alma y espíritu como institución formada por un equipo humano que trabaja incansablemente día a día, que ha sabido forjarme profesionalmente durante todos estos años. A mis docentes de la carrera de Psicología Clínica, quienes guiaron con amor y disciplina paso a paso mi formación, han nutrido un amor profundo por la ciencia y de la misma manera han inculcado los valores humanos que precisan el trabajo en salud por el bienestar de las personas. A mis distintos directores de prácticas que me recibieron con calidez en las distintas instituciones y con paciencia fortalecieron mi experiencia académica y laboral.

A mi directora de tesis Psi. Cl. Gabriela Fernanda Rojas Muñoz, gracias por su constancia, cariño, apoyo, guía y aliento. Por el tiempo invertido en la enseñanza y trabajo que permitió hacer realidad la presente investigación.

Al Dr. Amable Bermeo, decano de la Facultad de la Salud Humana, a la Dra. Ana Puertas, gestora de la carrera de Psicología clínica y a todas las gestoras académicas de las honorables carreras cuya colaboración fue indispensable para el desarrollo de este trabajo.

De igual manera a mi familia y amigos, como refiero en mi dedicatoria, han sido la luz que han iluminado el camino, haciendo de esta etapa más divertida y siendo una inspiración en la búsqueda incansable de salud y felicidad.

A todas y todos los mencionados, y sobre todo a Dios doy las gracias por la fuerza y la oportunidad.

Índice

Carátula.....	i
Certificación.....	ii
Autoría	iii
Carta de autorización	iv
Dedicatoria.....	v
Agradecimiento.....	vi
Índice.....	vii
1. Título.....	1
2. Resumen.....	2
Abstract.....	3
3. Introducción	4
4. Revisión de literatura	7
<u>4.1. Modelo comunitario de salud.....</u>	<u>7</u>
4.1.1. Participación social en salud.....	8
4.1.1.1. Objetivos institucionales.....	10
4.1.1.2. Retos y Alternativas.....	11
4.1.2. Descentralización de los servicios de salud.....	11
4.1.3. La comunidad como organización.....	12
4.1.4. Trabajo y salud	13
<u>4.2. Psicología Organizacional y del Trabajo (POT): Herramientas Organizativas.....</u>	<u>14</u>
4.2.1. Del siglo XX al Siglo XXI: de la industria a la globalización	14
4.2.2. Dimensión laboral.....	17
4.2.3. Desarrollo organizacional.....	18
4.2.3.1. Conceptos, aplicaciones y relación con la práctica clínica.....	19
4.2.3.1.1. Enfoques prácticos y valores humanos, la experiencia laboral.....	20

4.2.4.	Clínica analítica de las organizaciones	22
4.2.4.1.	El método analítico y la práctica clínica.	23
4.2.4.1.1.	Método analítico.....	23
4.2.4.1.2.	Método clínico.....	23
4.2.4.2.	Instituciones y organizaciones.	24
<u>4.3.</u>	Competencias laborales	25
4.3.1.	Adaptación al cambio	26
4.3.1.1.	Adaptación laboral.	26
4.3.1.1.1.	Factores cognitivos.....	27
4.3.1.1.2.	Factores conductuales.	27
4.3.1.1.3.	Factores emocionales.	27
4.3.2.	Asertividad.....	27
4.3.2.1.	Asertividad.	28
4.3.2.2.	No asertividad.	28
4.3.2.3.	Asertividad indirecta.	28
5.	Materiales y métodos	29
5.1.	Tipo y diseño de estudio.....	29
5.2.	Universo y muestra.....	29
<u>5.2.1.</u>	Criterios de inclusión.....	29
<u>5.2.2.</u>	Criterios de exclusión	30
5.3.	Técnicas e instrumentos	31
5.3.1.	Encuesta en función de la educación formal teórico-práctica en habilidades de gestión de recursos para la elaboración de proyectos en estudiantes.....	31
5.3.2.	Escala Multimodal de Asertividad (EMA).....	31
5.3.3.	Cuestionario para Evaluar la Predisposición a la Adaptación al cambio en adultos (Ce-PAC).	32
5.4.	Procedimiento.....	33

6.	Resultados	35
7.	Discusión.....	44
8.	Conclusiones	46
9.	Recomendaciones	47
10.	Bibliografía	48
11.	Anexos	51
	Anexo 1: Resultados prueba de chi-cuadrado y de la Encuesta en función de la educación formal teórico-práctica en habilidades de gestión de recursos para la elaboración de proyectos en estudiantes.....	51
	Anexo 2: Aprobación y rectificación del proyecto de tesis	60
	Anexo 3: Autorización para la aplicación de reactivos	62
	Anexo 4: Certificado de traducción al inglés.....	63
	Anexo 5: Cronograma de aplicación de reactivos	64
	Anexo 6: Encuesta en función de la educación formal teórico-práctica en habilidades de gestión de recursos para la elaboración de proyectos en estudiantes.....	65
	Anexo 7: Escala Multimodal de Asertividad	69
	Anexo 8: Cuestionario para Evaluar la Predisposición hacia la Adaptación al Cambio en Adultos.....	71
	Anexo 9: Proyecto de investigación	72
	<u>1.</u> Tema: Herramientas Organizativas en estudiantes la Facultad de Salud Humana de la Universidad Nacional de Loja que realizan prácticas preprofesionales y su relación con participación social, adaptabilidad laboral y asertividad periodo abril - septiembre 2021	73
	<u>2.</u> Problemática	74
	<u>3.</u> Justificación	77
	<u>4.</u> Objetivos	79
	<u>5.</u> Hipótesis	80
	<u>6.</u> Metodología	81

7. Cronograma de Actividades.....94

8. Presupuesto95

Índice de tablas

Tabla 1: <i>Universo de la investigación</i>	29
Tabla 2: <i>Muestra de la investigación</i>	30
Tabla 3: <i>Prevalencia de adaptabilidad laboral</i>	35
Tabla 4: <i>Prevalencia de asertividad</i>	36
Tabla 5: <i>Prevalencia de herramientas organizativas</i>	37
Tabla 6: <i>Prevalencia de participación social</i>	38
Tabla 7: <i>Tabla cruzada entre variables herramientas organizativas y participación social</i> ..	39
Tabla 8: <i>Tabla cruzada entre variables herramientas organizativas y adaptabilidad laboral</i>	41
Tabla 9: <i>Tabla cruzada entre variables herramientas organizativas y asertividad</i>	42
Anexos	
Tabla 10: <i>Prueba de chi-cuadrado entre herramientas organizativas y participación social</i>	51
Tabla 11: <i>Prueba de chi-cuadrado entre herramientas organizativas y adaptabilidad laboral</i>	52
Tabla 12: <i>Prueba de chi-cuadrado entre herramientas organizativas y asertividad</i>	52
Tabla 13: <i>Tabla de frecuencias de carreras a las que pertenecen los participantes</i>	53
Tabla 14: <i>Tabla de frecuencias de módulos a las que pertenecen los participantes</i>	53
Tabla 15: <i>Tabla de frecuencias de edades a las que pertenecen los participantes</i>	54
Tabla 16: <i>Tabla de frecuencias de sexo al que pertenecen los participantes</i>	55
Tabla 17: <i>Tabla de frecuencias de lugar de residencia al que pertenecen los participantes</i> ..	55

Tabla 18: <i>Tabla de frecuencias de nivel socioeconómico al que pertenecen los participantes</i>	56
Tabla 19: <i>Tabla de frecuencias de modalidad de prácticas al que pertenecen los participantes</i>	56
Tabla 20: <i>Tabla de frecuencias de satisfacción en prácticas preprofesionales de los participantes</i>	57
Tabla 21: <i>Tabla de frecuencias de percepción de necesidad de educación en gestión de recursos de los participantes</i>	57
Tabla 22: <i>Tabla de frecuencias de percepción de habilidades adquiridas para un correcto desarrollo laboral</i>	58
Tabla 23: <i>Tabla de frecuencias de respuestas ante importancia de asertividad</i>	58
Tabla 24: <i>Tabla de frecuencias de respuestas ante importancia de adaptabilidad laboral</i>	59

1. Título

Herramientas organizativas en estudiantes de la Facultad de Salud Humana de la Universidad Nacional de Loja que realizan prácticas preprofesionales y su relación con participación social, adaptabilidad laboral y asertividad

2. Resumen

El objetivo de este trabajo de investigación es determinar la relación entre el conocimiento en herramientas organizativas con adaptación laboral, asertividad y participación social, enfocado como principio de la atención primaria en salud, en estudiantes que realizan prácticas preprofesionales de la Facultad de la Salud Humana, Universidad Nacional de Loja. Se utilizó una metodología transversal, prospectiva y correlacional. Participaron 270 estudiantes de un universo total de 371, quienes fueron evaluados mediante una Encuesta, la Escala Multimodal de Asertividad y el Cuestionario para Evaluar la Predisposición a la Adaptación al Cambio en adultos. Se contó con la autorización de la institución y la participación voluntaria de los estudiantes. Para analizar los datos se utilizó estadística descriptiva e inferencial. En cuanto al perfil sociodemográfico de los participantes, 74,8% son mujeres y el resto hombres, las edades oscilan entre los 20 y 33 años. La prevalencia de herramientas organizativas señala que 58,1% no poseen este tipo de educación, contra un 41,9% que si la poseen. La participación social indica el 36,3% contra el 63,7% de estudiantes que no participan. En cuanto a asertividad, el 30,7% entran en la dimensión de asertividad. La adaptabilidad laboral señala 36,7% de los estudiantes con nivel alto, 37,4% nivel medio-alto. Se encuentra una correlación estadísticamente significativa entre herramientas organizativas y participación social $p=0,000$, lo cual permite inferir que a mayor presencia de educación en gestión de recursos aumenta la participación en servicios de salud primaria. Sin embargo, con las otras variables contempladas no hay relación estadística.

Palabras clave: Herramientas organizativas, asertividad, adaptación laboral, participación social, salud, trabajo.

Abstract

The objective of this research is to determine the relationship between the knowledge in organizational tools and work adaptation, assertiveness and social participation focused as a principle of primary health care in students who carry out pre-professional practices of the Faculty of Human Health of the National University of Loja. A cross-sectional, prospective and correlational methodology was used. The evaluated sample included 270 students from a total universe of 371, who were evaluated through a survey, the Multimodal Assertiveness Scale and the Questionnaire to Evaluate the Predisposition to Adaptation to Change in adults; priorly authorized by the institution and with the voluntary participation of the students. Descriptive and inferential statistics were used to analyze the data. Regarding the sociodemographic profile of the participants, 74.8% are women and the rest are men, their ages range from 20 to 33 years. The prevalence of organizational tools indicates that 58.1% do not have this type of education in contrast to 41.9% who do. Social participation indicates 36.3% opposed to 63.7% of students who do not participate. Regarding assertiveness, 30.7% enter the assertiveness dimension. Job adaptability indicates 36.7% of students with high level and 37.4% medium-high level. There is a statistically significant correlation between organizational tools and social participation $p = 0.000$, which allows us to infer that the greater the presence of education in resource management, the participation in primary health services increases. However, there is no statistically correlation with the other variables considered for this study.

Keywords: Organizational tools, assertiveness, job adaptation, social participation, health, work.

3. Introducción

La presente investigación se enfocó en conocer la relación que existe entre herramientas organizativas, comprendidas como habilidades en gestión de recursos humanos y materiales para la ejecución de proyectos orientada hacia la participación social en salud, y el desarrollo de habilidades como son la asertividad y adaptabilidad laboral en estudiantes que realizan prácticas preprofesionales de la Facultad de Salud Humana de la Universidad Nacional de Loja. El desempleo es un fenómeno humano en el que las ciencias de la salud mental tienen una gran responsabilidad, velar por un trabajador mentalmente sano que se adapte a las vicisitudes de la cambiante economía. Dentro de la Psicología Organizacional y del Trabajo y la Psicología Clínica se han explorado diversas aptitudes como son asertividad y adaptación al cambio en varios contextos, además, las comunidades o grupos humanos que componen una organización es un aspecto de gran relevancia en ambas disciplinas, principalmente la salud mental del trabajador como eje de desempeño y productividad.

Asertividad, es el tipo de comunicación en donde se hace valer los derechos, expresando lo que uno cree, siente y quiere en forma directa, honesta y de manera apropiada respetando los derechos de la otra persona (Jakubowski y Lange, 1978). La adaptabilidad al cambio en ambientes laborales corresponde a la capacidad para gestionar y afrontar los cambios en un entorno laboral que evoluciona constantemente (Arnau, 2011). Estas comprenden competencias fundamentales para el desarrollo laboral. Del mismo modo, las herramientas organizativas son el conjunto de documentos legales, procesos y sistemas que son utilizados por una organización para cumplir sus objetivos, estos nacen de los conocimientos en gestión de recursos y organización humana disponibles en los miembros de dicha organización. La Psicología Organizacional y del Trabajo se ha enfocado a lo largo del siglo pasado a comprender el fenómeno laboral, evolucionando hasta nuestros días como una herramienta que permite organizar las actividades laborales en torno a la salud del trabajador como principio elemental de productividad y desempeño. La POT ha demostrado a través de los años la importancia de la educación del trabajador en varios aspectos clave de su posición laboral, sin embargo, la realidad globalizada de la sociedad actual ha provocado un cambio total en las modalidades de trabajo a las que se tienen que adaptar las personas. El trabajo pasó de estar centrado en las grandes industrias a centrarse en la individualidad del trabajador y su capacidad de organizarse con su entorno, lo que se conoce como emprendimiento, la cual constituye una realidad incluso para profesionales de diversas áreas incluida la salud. Aunque son temas bastante revisados no hay mucha literatura que relacione directamente la educación y

experiencias en gestión de proyectos con el desarrollo de habilidades esenciales para el desarrollo laboral, de la misma forma, su relación con la participación social.

La participación social y la descentralización, presentadas como principios fundamentales de la atención primaria en salud, suponen que los servicios de salud deben establecerse en conjunto con las comunidades dentro de los territorios. Esto con el objetivo de llevar los sistemas de salud a la mayor cantidad de la población, lo que no es posible con el modelo centralizado tradicional. Los servicios de la salud hoy en día atraviesan una crisis paradigmática, debido a que, aunque los conocimientos y tecnologías han avanzado exponencialmente, cada vez existe más carga de enfermedades en la población, lo que hace evidenciar que el paradigma actual de salud no funciona. Es debido a esta razón que los profesionales de la salud deben adaptarse a esta nueva realidad laboral, equipándose con las herramientas apropiadas para poder crear servicios comunitarios con cierto nivel de independencia pero que se rijan bajo los parámetros profesionales y técnicos nacionales del sistema de salud, permitiendo a la vez crear fuentes de empleo, ampliando los servicios comunitarios y contribuyendo a la atención integral de la población. Para lograr esto, es importante que los profesionales de la salud también posean habilidades de gestión organizacional y administrativa de modo que puedan desarrollar una gestión clínica integral, acciones de examinación, diagnóstico e intervención institucional, requiere de destrezas como competencia social, asertividad, resiliencia y adaptación al cambio (V. Morán, 2014). Debido a la necesidad de encontrar caminos para lograr este cambio de paradigma desde las competencias de los profesionales de la salud se ha planteado la interrogante para determinar la relación entre la educación en herramientas organizativas y el desarrollo de habilidades esenciales para el desarrollo laboral como son la adaptabilidad laboral y asertividad en la población elegida para el estudio.

La presente investigación se fundamenta en los ocho objetivos que tiene el Sistema de Salud Ecuatoriano para mejorar las competencias de sus servidores, el cual reconoce que sólo pueden lograrse con la participación comunitaria, descentralizando los servicios, permitiendo que los profesionales de la salud actúen en sinergia con la población, desarrollando programas que amplíen el alcance y eficiencia de los mismos. De los ocho objetivos es relevante destacar el quinto que propone incrementar las capacidades y competencias del talento humano, es por ello que el aprendizaje de aptitudes en la gestión y organización clínica integral de los recursos

es esencial para alcanzar el tercer objetivo que es generar proyectos de vigilancia, regulación, promoción y prevención de la salud.

Debido al análisis de la problemática que genera la crisis paradigmática existente en la atención de salud en un entorno globalizado y las necesidades que generan en cuanto a competencias de los profesionales sanitarios, se observó la relevancia de realizar la presente investigación con enfoque cuantitativo transversal y con alcance prospectivo en un nivel correlacional, cuyos objetivos específicos son: 1) Determinar el nivel de adaptación laboral y asertividad, 2) Determinar la prevalencia de herramientas organizativas para identificar en la población estudiada si han recibido formación académica en habilidades en gestión de recursos y si participan de la formulación, desarrollo y ejecución de proyectos relacionados con atención primaria en salud y 3) Determinar la relación entre las herramientas organizativas y los niveles de participación social, adaptabilidad laboral y asertividad en la población investigada.

Esta investigación se encuentra dividida en tres secciones: 1) Modelo comunitario de salud, en donde se contextualiza la participación social como principio fundamental de la salud comunitaria junto con la descentralización, objetivos institucionales de los distintos niveles de organización de los servicios nacionales e internacionales así como la relación entre salud y trabajo; 2) Psicología Organizacional y de Trabajo POT: Herramientas organizativas, en este capítulo se resume la evolución del trabajo en relación a las revoluciones industriales, relación en dónde se desarrolla la POT como ciencia desde la industria hasta la era de la globalización, las condiciones que impone sobre la dimensión laboral y la salud de las personas, también, las herramientas educativas que exigen una mayor cooperación con las disciplinas de la salud; 3) Competencias laborales, enfocado hacia una contextualización teórica de habilidades esenciales para el desarrollo social como la asertividad y adaptabilidad laboral.

La recolección de datos se realizó a través de una encuesta enfocada en recoger información relacionada a la presencia de herramientas organizativas y participación social, la Escala Multimodal de Asertividad y el Cuestionario para Evaluar la Predisposición a la Adaptación al Cambio en adultos. Los estudiantes participaron de forma voluntaria.

Se encontró una relación estadísticamente significativa entre herramientas organizativas y participación social. Sin embargo, no se puede determinar relación estadística suficiente entre herramientas organizativas con asertividad y adaptación laboral.

4. Revisión de literatura

4.1. Modelo comunitario de salud

Los modelos de desarrollo que se han implementado en las últimas décadas en países como Ecuador, promueven la descentralización y la comunidad como ejes en el cumplimiento de los objetivos de sus instituciones. El artículo tres de la Ley Orgánica de Salud establece la salud como “el completo estado de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2014). Así mismo, los objetivos del MSP proponen la extensión de los servicios de salud a todos los ciudadanos. Todos estos lineamientos de la Constitución de la República están orientados dentro de los derechos humanos que reconoce y pone en responsabilidad de toda la población, la tarea de hacerlos cumplir de forma obligatoria, total e igualitaria.

Los Planes Nacionales de Desarrollo durante la última década se han basado en la vida digna para todas las personas, fundados sobre principios rectores como “la justicia que debe materializarse, entre otras cosas, en la creación de escenarios que fomenten una paridad que viabilice la emancipación y autorrealización de las personas...” (2014), donde los valores humanos generen relaciones de crecimiento colectivo, fundamentando así la importancia de la salud mental. Sin embargo, los modelos de salud tienen una fuerte influencia económica y se han edificado sobre una filosofía empresarial. Como señala Vázquez (2002, pág. 31), la descentralización tomó fuerza en los sistemas de salud latinoamericanos en la década de los ochenta. Enfatiza que es en la década de los noventa cuando se da este cambio fundamental hacia el enfoque empresarial, debido a preocupaciones económicas, aunque la descentralización continuó como política ampliamente difundida.

Esto derivó en estrategias de mercado, señala Vázquez, en donde la participación del usuario se plantea como “cliente o consumidor”, en donde su opinión era la herramienta con la cual mejorar el servicio. Luego de una rápida expansión en personal e infraestructura entre las décadas de los cincuenta y setenta, paralela a un proceso de urbanización e industrialización (M. L. Vázquez, 2002), los sistemas de salud debían adaptarse al igual que cualquier otra empresa a las exigencias del mercado hacia la nueva era de la globalización. También señala que, durante esta etapa de crecimiento la participación de la población era bastante limitada y circunscrita a ciertas áreas geográficas, principalmente urbanas. A su vez, recalca la influencia del contexto histórico-político del cambio entre las décadas de los ochenta y noventa, en donde

el fin de la guerra fría, así como la instauración en gran parte de gobiernos de Latinoamérica de políticas neoliberales, provocaron crisis institucionales y económicas que afectaron directamente a la población a través de los servicios públicos con los programas de ajuste estructural. Con lo que se establece el panorama sobre el cual se desarrollarán los servicios en el nuevo milenio, en donde en la mayoría de los países de la región, la asignación de recursos para salud sigue recortándose incluso durante la crisis sanitaria actual.

La atención primaria en salud, es un modelo que busca atender a la población desde la prevención de enfermedades, la promoción de la salud, así como el diagnóstico y atención oportuna. Sus principios generales sobre el cual se fundamenta su filosofía son la descentralización y participación comunitaria (M. L. Vázquez, 2002). Además, es una propuesta práctica para desinstitucionalizar la atención de las personas con trastornos mentales, debido a que la atención hospitalaria en psiquiatría representa una propuesta médica inapropiada ya que perpetúa el estigma y el aislamiento (Organización Panamericana de la Salud, 2009). La OPS recalca que, para mejorar la salud mental a escala mundial, es fundamental que las personas reciban atención en sus propias comunidades. El no apartar a las personas de su entorno social y creando servicios de salud con los recursos de su comunidad, reforzando las redes de apoyo para que puedan continuar siendo miembros activos de la sociedad, resulta una manera eficaz, sostenible y humanitaria de mejorar la salud mental y el bienestar general (Organización de los servicios de salud mental: El modelo comunitario de salud mental, 2009).

4.1.1. Participación social en salud

Este modelo ha sido fomentado a lo largo del último siglo y ha evolucionado a la par de los contextos de los sistemas de salud. La participación social ha ido evolucionando desde diversas filosofías y conceptos, es un medio y un fin en sí misma. Entre sus diversos objetivos el principal consiste en “la búsqueda de la colaboración para la extensión de la cobertura de los servicios de salud al fomento de la creación de mecanismos que permitan a la sociedad ejercer un control sobre la actuación de los servicios” (M. L. Vázquez, 2002). Para que este modelo funcione, la OPS reconoce que “requiere una determinación clara de las funciones y responsabilidades de los proveedores de atención y que exista una colaboración estructurada entre los niveles de cuidados...”, es decir con todos los sectores formales y no formales de salud, para que exista sensibilidad al contexto de la población y se actúe sobre las necesidades específicas de cada comunidad.

El modelo comunitario requiere una base cultural que se construya desde herramientas educativas de alcance universal, que integren prácticas de salud en el comportamiento colectivo desde una aproximación científica y de valores éticos. Para su implementación práctica, Vázquez plantea que primero deben existir mecanismos de acceso a los sistemas de salud por donde el ciudadano pueda acercarse de manera individual o colectiva. Estos mecanismos deben ser producto de facilidades institucionales que los gobiernos provean a los ciudadanos como el acceso a la información y mecanismos de comunicación oportuna con los prestadores de servicios. Además, la flexibilidad en el desarrollo institucional en cuanto a la redistribución de poder y recursos entre los distintos actores, es un paso fundamental para la descentralización en las decisiones dentro de los territorios. Este autor también recalca la percepción de los sujetos sobre los costes psicológicos y de tiempo que conlleva la participación, para lo cual dice, “el individuo sólo participará en acciones colectivas si percibe que tiene capacidad para influir en los resultados, que su participación es imprescindible y que va a lograr un cierto beneficio”.

En una aproximación hacia los aspectos tangibles de la participación, se encuentra en primer plano el número de individuos que son parte activa de procesos comunitarios de salud, tanto servidores como beneficiarios de los mismos. Así mismo, nos aproximamos a un nuevo rol del usuario, ya no como cliente o consumidor de servicios, sino como beneficiario y agente de cambio que permite el crecimiento del sistema. Las comunidades en las que existe una tradición organizativa tienden a participar más de servicios de salud comunitarios (M. L. Vázquez, 2002). Por lo que, herramientas que permitan desarrollar culturas organizativas a través de la educación son instrumentos esenciales para lograr construir dicho modelo y alcanzar los objetivos de las instituciones de salud nacionales, regionales y mundiales.

4.1.1.1. Objetivos institucionales. Debido a que la mayoría de países aun presentan en la práctica modelos orientados en la atención terciaria de salud, la OMS ha emitido siete recomendaciones (Organización Panamericana de la Salud, 2009) las cuales son: reducir el número de hospitales psiquiátricos, establecer servicios comunitarios de salud, crear servicios de salud mental en los hospitales generales, integrar los servicios de salud mental en la atención primaria de salud, colaborar con los servicios comunitarios de salud no formales, promover el autocuidado y favorecer la colaboración intrasectorial e intersectorial. El art. 66 de la Constitución de la República del Ecuador determina el derecho a la integridad personal física, psíquica, moral y sexual; una vida libre de violencia en el ámbito público y privado; la prohibición de la tortura, la desaparición forzada y los tratos y penas crueles, inhumanas o degradantes (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2014).

La participación social y la descentralización son principios fundamentales para alcanzar los diecisiete Objetivos de Desarrollo Sostenible, los cuales intentan dar prioridad a las necesidades básicas de la humanidad y su relación con la naturaleza para alcanzar un equilibrio constructivo que asegure la permanencia de la vida como principio biológico del desarrollo humano. La salud, educación, alimentación, igualdad social y económica, ecología y reparación ambiental, así como principios de convivencia armónica y culturas organizativas sanas que procuren instituciones constructivas sólidas, se establecen como ejes de vital importancia para una sociedad sostenible.

Los ocho objetivos estratégicos actuales del MSP del Ecuador (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2021) establecen la línea de acción sobre la cual se debe desarrollar el trabajo de este modelo. El primer objetivo promueve incrementar la eficacia y efectividad del Sistema Nacional de Salud, el segundo busca incrementar el acceso del mismo a la población. El tercer objetivo propone específicamente la importancia de la atención primaria en salud, al proponer incrementar la vigilancia, regulación, promoción y prevención. El cuarto se refiere a la percepción de los usuarios respecto del sistema buscando incrementar su satisfacción con los servicios. El número cinco constituye un punto de vital importancia para la calidad de estos servicios como es la mejora de las capacidades y competencias del talento humano. El sexto orientado a la eficiencia de los recursos económicos asignados al presupuesto de salud. El séptimo objetivo se relaciona directamente con la cultura organizativa de quienes son parte de las actividades operacionales de la institución fomentando su eficiencia y efectividad como

organización. Por último, se reconoce la importancia del desarrollo de ciencia y tecnología para atender las prioridades sanitarias.

4.1.1.2. Retos y Alternativas. Como principales retos para alcanzar estos objetivos y la institución de un modelo comunitario de salud, se reconoce el ambiente político y las crisis de carácter económico que atraviesan varias naciones de la región. La gran influencia de la voluntad política de autoridades y entes regulatorios aun evidencia la centralización de los poderes de participación y distribución de recursos. Estos retos tienen una alternativa cultural que apunta a la educación de la población en patrones de conducta colectivo que permitan una participación responsable y activa de la totalidad de la población, en la administración de sus territorios y las acciones tomadas para cubrir las necesidades comunitarias.

4.1.2. Descentralización de los servicios de salud

La generación de políticas públicas está íntimamente relacionado a los regímenes políticos, los actores sociales, la cultura social y política, el escenario internacional; las políticas públicas pueden definirse como las respuestas que dan los gobiernos a los problemas nacionales. Los instrumentos por los cuales se pone en práctica las políticas son a través de la normativa jurídica, el modelo y disposición de los servicios e infraestructura, al igual que la administración de los recursos materiales y la persuasión (Organización Panamericana de la Salud, 2009). Los principios sobre los que se ha fundamentado la filosofía de la atención primaria en salud son la descentralización y participación comunitaria (M. L. Vázquez, 2002).

La dinámica centralista, en su práctica, reduce el número de individuos miembros de una comunidad que tienen poder sobre la generación de políticas. La descentralización en consecuencia, busca que, en la práctica, que la totalidad de individuos de una comunidad tengan igual poder sobre la generación de las normativas sobre las cuales se van a resolver sus problemas. La OPS reconoce que han sido las organizaciones que ejercen presión política como actores sociales hacia temas específicos las que han logrado la mayoría de los cambios estructurales respecto a temas como la salud mental, por lo tanto, las aptitudes y actitudes de organización van a permitir a los individuos ejercer mayor poder en la construcción de políticas públicas, no desde escenarios políticos, si no desde las propias comunidades a través de la participación social. El rol del individuo como participe activo de los procesos comunitarios será el mejor indicador de salud dentro de los tejidos sociales y los sujetos que lo forman.

En el Ecuador se han desarrollado diversos planes para la descentralización, estructuralmente buscan que sean los gobiernos de cada territorio en específico, quienes planifiquen las decisiones propias de cada territorio a través de los Planes de Desarrollo y Ordenamiento Territorial. Este instrumento permite a los gobiernos municipales “orientar y determinar las acciones e intervenciones del sector público y privado a nivel local y su cumplimiento promueve el desarrollo sostenible” (Secretaría Técnica Planifica Ecuador, 2021), parte del contexto específico de cada territorio, de los intereses y necesidades de la población. Se reconocen tres niveles de ordenamiento territorial, en teoría, las políticas nacen de cada parroquia, urbanas y rurales, respecto a las decisiones estratégicas para su desarrollo, su conjunto constituye el primer nivel de gobierno parroquial/cantonal que es el contacto directo con la población y el territorio. El segundo nivel, el provincial, cumple un papel integrador de políticas, es decir, recoge y plantea las políticas estructuradas en cada territorio. Por último, el nivel nacional cumple el rol de armonizador entre las políticas propuestas por la población con los objetivos del Plan Nacional de Desarrollo.

En la práctica esto puede no suceder. Las causas son múltiples, una de las principales, propuesta como una observación empírica, es la corrupción generada por la intromisión de intereses particulares y su consecuente manipulación de las políticas. La corrupción como fenómeno social constituye una de las principales causas del fracaso de las instituciones y organizaciones, y los servicios de salud deben intervenir en un enfoque de contingencia hacia el comportamiento destructivo humano, visto desde un paradigma clínico. La participación social llega a ser una herramienta de seguridad nacional, ya que un mayor control previene que se tomen decisiones que afectan la integridad de los individuos y de los entornos naturales.

4.1.3. La comunidad como organización

Empíricamente reconocemos que las comunidades pueden presentarse en diversos niveles de organización e innumerables tipologías según los criterios de agrupación. Por esta razón, las comunidades deben entenderse desde sus varias dimensiones, intrínsecamente formadas por las instituciones humanas que las atraviesan y su interdependencia. Las ciencias de la salud por naturaleza deben intervenir en muchas de estas dimensiones de las relaciones interpersonales según la necesidad, y dado el objetivo de alcanzar a toda la población, los diagnósticos comunitarios deben ser aplicados a cada comunidad en su contexto y desde el enfoque necesario.

El examen preliminar de una comunidad consiste en definir la misma, refiriéndose al grupo poblacional cubierto, que puede estar definido geográficamente o no (Organización Panamericana de la Salud, 2009). El diagnóstico comunitario se refiere a identificar plenamente el problema o necesidad que tiene dicha población. Esto dentro de la práctica de los servidores de salud, pero para que exista verdadera participación social debe haber una Organización Comunitaria, más allá de las representaciones políticas que legitiman la centralización. La ONU define que organización comunitaria “es cuando un grupo de personas se unen para ver los problemas que les afectan en su comunidad y le buscan soluciones”, siendo este el primer paso para la participación social. La comunicación entre personas dentro de una comunidad es la base que construye una sociedad, mientras más fragmentada sea esta comunicación, la sociedad se torna ineficiente en solucionar sus necesidades.

4.1.4. Trabajo y salud

La salud es un tema de principal relevancia para las múltiples disciplinas que desenvuelven sus actividades alrededor de la dimensión laboral del ser humano. La POT hoy en día es una ciencia que procura el bienestar integral del trabajador como principio del desarrollo de la productividad en la organización. La participación social es un terreno donde la persona debe dar su tiempo y energía para potenciar el servicio y al mismo tiempo beneficiarse del mismo. El desarrollo ocupacional es un eje importante dentro de la participación y la organización comunitaria, ya que refuerza las conexiones comunitarias y al mismo tiempo provee de experiencia práctica a quienes participan.

Desde la teoría Y, el trabajo cambia de perspectiva hacia un enfoque más humano y natural del trabajo. Al proponer que el ser humano tiene un deseo natural por trabajar y es un importante eje en el correcto crecimiento de un individuo más allá de la recompensa material, se entiende la importancia de una actividad ocupacional en la salud de los individuos. En la actualidad, la pandemia causada por el Covid-19, ha hecho que el trabajar en contacto físico con otras personas sea una actividad altamente riesgosa. Los profesionales de la salud ofrecen un servicio esencial para superar esta crisis, por lo que el fortalecimiento de las instituciones de salud y educativas radica como la base práctica para proteger los diversos espacios laborales en las diversas ocupaciones que existen actualmente en nuestra sociedad. Como señala Sigmar Malvezzi, la realidad del desempleo y sus consecuencias en el individuo debe ser abordada estrictamente por los servicios de salud de forma integral.

4.2. Psicología Organizacional y del Trabajo (POT): Herramientas Organizativas

La psicología organizacional y del trabajo (POT) es el nombre dado al conocimiento multidisciplinar del comportamiento de individuos y grupos situados en el campo de la estructura y funcionamiento de las organizaciones (Malvezzi, 2016). El aspecto laboral y ocupacional de la vida de un ser humano es uno de los pilares sobre los que se desarrolla la existencia misma. El desenvolvimiento pleno en el área laboral es un indicador clínico de salud que se trabaja en toda pesquisa con propósitos diagnósticos y clínicos. Por la misma razón de ser un importante indicador de salud, es que existe un rigor especializado dentro de las ciencias de la Psicología. Su estricta relación interdisciplinaria con otras ciencias como la economía, administración, sociología, salud mental y física, pero sobre todo con el entendimiento antropológico y socio-dinámico de la realidad, exige una capacidad adaptativa como eje en el nuevo contexto de la reinstitucionalización del trabajo, desde una base industrial hacia el individuo y su comunidad que dispone la globalización como realidad, considerándose un fenómeno biopsicosocial desde el paradigma clínico.

Debido a la rápida expansión demográfica, que significa una mayor explotación y utilización de recursos humanos y naturales, se han desarrollado realidades laborales distintas para las varias generaciones que conviven hoy en día en nuestro planeta. Como señala Josep Blanch, en una familia coexisten varias visiones de lo que representa el trabajo, por ejemplo, la dinámica de un abuelo que experimentó su vida laboral en un ambiente sociopolítico distinto a la de sus nietos e hijos. Cada generación experimenta distintas realidades laborales que forjan distintas perspectivas generacionales respecto al mismo aspecto de la sociedad. Pero el aspecto a resaltar es la capacidad de adaptación de las personas en un ambiente que en la actualidad representa un nuevo modelo, en donde los agentes económicos trabajan en la incertidumbre de un mercado que cambia con cada minuto. Por lo que entender la evolución de la POT permite a su vez conocer la evolución de la industria durante el último siglo, además de recalcar que la POT nace como una necesidad de conocimiento acerca de la relación humano-trabajo y ha evolucionado a una aproximación más completa como es humano-salud-trabajo.

4.2.1. Del siglo XX al Siglo XXI: de la industria a la globalización

Las distintas revoluciones industriales son pilares históricos para comprender el desarrollo de la naturaleza del trabajo y el nacimiento de la necesidad de un estudio más especializado del fenómeno laboral y su relación con la salud. La primera se inició en Reino

Unido a mediados del siglo XVIII, caracterizada por la mecanización, el uso de tecnologías a base de carbón y la acumulación de capital. Se define por la precariedad laboral y la esclavitud como parte esencial del sistema económico, es la base para la segunda que se desarrolla desde 1850. Esta segunda revolución industrial consiste en el fundamento cultural para los primeros aportes importantes a la POT, caracterizada por ser una expansión geográfica de la industria a otros continentes, la producción en masa, el uso del ferrocarril y nuevas energías a base de petróleo y electricidad. Su término se establece en 1914 con el inicio de la Primera Guerra Mundial (Belén, 2016), es en esta etapa en la que se encuentran los primeros registros de aportes de la POT a la industria por Hugo Munsterberg en 1913, los cuales consisten en aplicar los métodos experimentales de William James a los problemas de la industria (Coronel, 2013). Sigmar Malvezzi (2016) señala que durante sus primeros años la POT se aplicó en problemas técnicos cruciales de articulación del flujo de producción dentro de un contexto jerarquizado, racionalizado y que frecuentemente estaba direccionado por la plusvalía del capital, es decir, por la explotación del trabajador al no ser remunerada o reconocida la totalidad o gran parte del valor que generaba producto de su labor. También señala que, por esta razón, al ser vista como aliada de un sistema laboral de naturaleza esclavista, fue fuertemente criticada de deshumana y falsa ciencia.

La tercera revolución industrial con la energía electromecánica, las nuevas tecnologías en informática y comunicaciones cambiaron radicalmente las exigencias de la industria hacia la velocidad, la eficacia de los procesos y la especialización de tareas. Malvezzi reconoce que, dentro de sus primeros treinta años como ciencia, la POT evidencia la creencia de la solución de problemas en el desarrollo de la tecnología y la configuración de la POT como estudio de la individualidad. El desempeño fue abordado como una cualidad de la persona, evaluado mediante diagnósticos e intervenido bajo la creencia de que los factores internos del trabajador en relación con la tarea son fuente de los conflictos industriales, dando poco interés a las condiciones ambientales y la relación empleado-empresario (2016). A partir de 1940 por influencia de las reflexiones existencialistas y la fuerte influencia de la creciente comunicación de masas con su impacto en el moldeamiento de la sociedad, la POT fue redireccionando hacia la importancia del contexto cultural y social (Malvezzi, 2016), es decir, un enfoque más humano.

En las siguientes décadas se centra la atención en el hombre funcional, en su relación con la tarea sin descontextualizarlo de su ambiente cultural. Este mismo autor expone otra fase

a mediados de los cincuenta, en donde hay dos influencias importantes de las corrientes teóricas de gestión en la POT, que son la teoría de los sistemas sociotécnicos y las teorías del desarrollo organizacional. Estas dos influencias son determinantes en los modelos prácticos de participación y los procesos decisorios mediante el manejo y revisión de las relaciones de supervisión, superando así, el modelo obsoleto de la ingeniería del desempeño (Malvezzi, 2016). En la década de los ochenta la internacionalización y la constitución de un modelo económico corporativo con la fusión de empresas, conlleva a un estudio más cualitativo hacia la subjetividad del desempeño y el gerenciamiento en el enfoque hacia los problemas de poder y modelos de gestión. La mayor participación de los individuos en la construcción de la organización superó el modelo que exigía al trabajador adaptarse a su tarea, estimulando el proceso de aprendizaje organizacional que modificó los patrones de conocimiento individual a patrones de participación colectiva. Este nuevo enfoque, dice Malvezzi (2016), funcionó como un mecanismo de adaptación para las empresas frente a las incertidumbres y contradicciones del mundo globalizado de los noventa.

La frontera entre la tercera y la cuarta revolución industrial no está plenamente definida, pero se caracteriza por el paso a la digitalización de las tecnologías y el uso del internet como herramienta de comunicación que permite una conexión inmediata entre grandes distancias. El uso de energías renovables se empieza a considerar indispensable para la supervivencia y conservación del planeta. Además, las fábricas se modernizan con sistemas robóticos interconectados y se abren nuevas tecnologías de manufactura al público como son los drones, la nanotecnología y la impresión en tres dimensiones (Belén, 2016).

Reconociendo varios fenómenos sociales que se desarrollan e influyen de manera negativa o positiva en la realidad específica de cada región geográfica en relación al desarrollo de las sociedades y sus economías dentro de la nueva dinámica de la globalización, reconocemos a su vez, la importancia de conocer dicho desarrollo desde un estudio hermenéutico de cada institución humana y las relaciones de la misma dentro del tejido social de lo general a lo específico en una relación circular, según sus aspectos históricos y antropológicos, tanto al nivel de grupos como de cada individuo reconociéndolos como agentes de cambio. Aceptando estas premisas nos encontramos con la importancia de analizar e indagar la naturaleza de las organizaciones y las instituciones humanas que las sustentan desde un enfoque funcional.

Para Malvezzi, fue en el cambio de milenio en el que el continuo mejoramiento y expansión de los sistemas de información y las tecnologías electrónicas, además de convulsiones políticas y económicas, han producido una explosión dentro de las redes sociales y un cambio total en las relaciones de este nuevo tejido globalizado. Estos factores, dando principal importancia al fenómeno del desempleo, han rediseñado la institucionalización del trabajo, desde el modelo industrializado hacia la nueva realidad globalizada, institucionalizando el trabajo en la forma del emprendimiento y de las carreras sin fronteras (2016), es decir en el individuo, lo que obliga a este a reconectar con modelos comunitarios con acceso a herramientas de conexión social virtualmente ilimitadas. Por lo tanto, para dicho autor, la POT se confronta con el desafío de la educación del trabajador como agente económico-reflexivo, tanto dentro de las distintas formas institucionales estructurales, jerárquicas y protocolarias, como en el modelo emprendedor y comunitario alejado de estructuras, jerarquías y manuales. Siendo este último, el paradigma predominante dentro de la realidad socioeconómica y política actual.

La pandemia del SARS-2 causada por el virus Covid-19 ha provocado una crisis generalizada que ha afectado los sistemas económicos e incluso las formas de interacción social. El desempleo, producto de la crisis económica que afectaba ya a la gran mayoría de países, ha exigido que las personas naturalmente se incorporen a este nuevo modelo. Las capacidades de adaptación laboral llegan a ser, una vez más, factores cruciales en el desarrollo de la salud y la economía. Además, ha puesto en jaque a las instituciones con modelos centralizados evidenciando la limitación de los mismos, con especial énfasis en los sistemas de salud cuyas situaciones institucionales se vieron particularmente expuestas al carecer de materiales suficientes para los profesionales de la salud, visto en varios países incluido Ecuador, como consecuencia de una pobre respuesta en las decisiones directivas a la magnitud de la emergencia. El nuevo contexto exige a los agentes económicos generar macroeconomías basadas en la inter-comunidad y la participación social para alcanzar los objetivos humanos comunes orientados actualmente en los Objetivos de Desarrollo Sostenible 2030 de la ONU, los cuales constituyen la institución primordial como es la comunidad humana.

4.2.2. Dimensión laboral

La globalización es un proceso muy extenso para discernir a profundidad, por lo que señalar superficialmente varios aspectos principales pondrá en contexto su impacto en las dinámicas sociales. Sus aspectos económicos, como el cambio en la percepción espacio y

tiempo debido a las tecnologías que superan la barrera física y el valor que estas generan; sus aspectos antropológicos, como son los cambios culturales en cuanto al valor simbólico hacia personas y objetos que representa un potencial valor monetario; sus aspectos psicológicos, que son las consecuencias en las nuevas relaciones interpersonales expresadas en la experiencia humana, ahora con un alcance más amplio a otras culturas e identidades (Malvezzi, 2016). También señala que la integración de estas dinámicas crea nuevas condiciones sobre las que los individuos deben desenvolverse, en una complejidad que, como herencia de un sistema centralizador y esclavista, está sujeto a relaciones de poder desiguales, pero que, por su misma naturaleza, hace vulnerables a todos por igual. Estas dinámicas colocan en un estado de peligro permanente al individuo y las instituciones de las que forma parte, exigiendo una adaptación de carácter colectivo para asegurar su crecimiento como sociedad.

Se reconoce la descentralización como un modelo que permite suplir las necesidades de las comunidades, al permitirles tomar pleno control sobre las decisiones en sus territorios y sus relaciones simbióticas con el ambiente. Según Malvezzi (2016, págs. 38-39), la institución globalizada se caracteriza por compartir una misión común y ya no por las estructuras. Por esta razón, la práctica en la participación social en lo económico, evolucionó en un sentido hacia un enfoque donde los capitales sociales, intelectuales y reflexivos son indispensables para la adaptación de la institución dentro de su percepción en cuanto a su lugar en el escenario global. Al mismo tiempo, recalca como nuevos desafíos de la práctica en salud mental y de la POT abordar temas como el desempleo y la adaptación del trabajador a las incertidumbres y exigencias del nuevo ambiente laboral, para buscar fortalecer su rol cultural de agente económico reflexivo (2016, págs. 39-40). Los profesionales de la salud deben adaptarse dentro de su propio escenario de competencias y mercado laboral, expandiéndose de forma comunitaria, tal como exigen los objetivos institucionales de las organizaciones nacionales, regionales y globales de salud. Siendo el emprendimiento en proyectos que generen servicios de salud comunitarios un panorama necesario para complementar y extender este derecho universal a la mayor cantidad de personas, bajo regulación e incentivo de estas instituciones.

4.2.3. Desarrollo organizacional

Para Rafael Montufar, “el Desarrollo Organizacional (DO) es una mezcla de ciencia y arte, lo cual la convierte en una disciplina apasionante. Es un área de acción social a la vez que de investigación científica... estudia una amplia temática que incluye los efectos y métodos del cambio y los factores que influyen sobre el éxito de la organización” (Desarrollo

Organizacional.Principios y Aplicaciones, 2013, pág. 5). Esta metodología se basa en la participación colectiva sobre el planeamiento y aplicación de estrategias para lograr un estadio de eficacia institucional, cuando se alcanza la capacidad de renovación y adaptación al cambio. El DO tiene como característica principal ser una estrategia educativa planeada, procura el cambio en conducción de las necesidades inmediatas y a largo plazo de la comunidad, se basa en el comportamiento humano como agente de cambio en relación con la organización. Conducta que conscientemente se orienta al crecimiento personal y potenciamiento de las habilidades interpersonales (Montufar, 2013). Refleja un enfoque sistémico con una dinámica de funcionamiento estrictamente descentralizada, especializada y cooperativa hacia la solución de problemas y el autoanálisis, con valores humanísticos hacia un desarrollo positivo de la comunidad.

4.2.3.1. Conceptos, aplicaciones y relación con la práctica clínica. El DO se centra, desde una perspectiva práctica, en el cambio como fenómeno natural, sobre el cual, los individuos y colectividades ejercen este cambio por medio de acciones conscientes y planificadas. Este cambio es inherente a cada aspecto de la realidad, por lo que las creencias, actitudes, valores, estrategias y acciones son las principales herramientas sobre las que el individuo tiene pleno control, lo que pone en el rol de agentes de cambio o consultores a los miembros de la comunidad. Estos agentes llevan a cabo la administración del cambio, el cual ocurre al presentarse la necesidad de resolver un conflicto. El conflicto proactivo es la situación de oportunidad que tiene la organización para adaptarse, y puede surgir tanto del ambiente externo o interno. La intervención es la herramienta de acción que produce el cambio. Todo esto se desarrolla dentro de un sistema interrelacionado en sus elementos internos y externos con sus respectivos subsistemas, cuyo fin es satisfacer la relación sistema-usuario, relación donde se evidencia el proceso de DO. El ejercicio del DO se orienta hacia la catarsis o reacción que provoca la aplicación del cambio (Montufar, Desarrollo Organizacional Principios y aplicaciones, 2013).

La práctica clínica y terapéutica se relaciona directamente con la metodología del DO en sus componentes básicos como son: la evaluación y diagnóstico, planificación e intervención terapéutica y seguimiento clínico, para lograr un cambio que produzca una reacción que ayude a solucionar un problema o conflicto en la salud del paciente. La similitud radica en que toda intervención, tanto clínica como organizativa, es que son estrategias educativas planeadas. Están estructuradas para satisfacer necesidades propias de los

participantes, se fundamentan en la conducta humana y sus capacidades físicas y psicológicas para producir un cambio positivo sobre si mismos y su ambiente. Buscan crear un esquema de desarrollo humano compartido hacia metas normativas que son el mejoramiento de la capacidad interpersonal, transferencia de valores humanos, comprensión entre grupos, administración conjunta y mejorar la forma de afrontar los conflictos (Guía de Evaluación y Tratamiento Psicológicos en el Contexto Clínica, 2004) (Montufar, Desarrollo Organizacional Principios y aplicaciones, 2013).

4.2.3.1.1. Enfoques prácticos y valores humanos, la experiencia laboral. Los valores humanos sobre los que se fundamenta el DO son el eje sobre el que gira todo su proceso. Estos valores difieren de los valores tradicionales de la competitividad negativa del mercado convencional, ya que toman al ser humano como esencialmente bueno y ya no como una mercancía más, sin la creencia de que es malo por naturaleza; las personas cambian y se desarrollan; cada individuo es diferente y eso es una fortaleza para la comunidad; existe una confianza básica entre los participantes; hay disposición para aceptar riesgos; la cultura colaborativa es fundamental; el individuo visto como una persona integral; y sobre todo la libertad en el actuar con la autenticidad que lo caracteriza (Montufar, Desarrollo Organizacional Principios y aplicaciones, 2013). La “teoría Y” de Douglas McGregor de 1960 es la base de estos valores y principios filosóficos para entender al ser humano como un trabajador natural, autoconsciente y autodirigido que no necesita ser amenazado para cumplir sus responsabilidades, imaginativo y creativo, motivado y con deseos de pertenecer a una sociedad con aportes positivos para su crecimiento, además de que la compensación por su trabajo va más allá de lo material hacia el crecimiento personal (Romero). Perspectiva que influyó en el cambio de paradigma de la industrialización del desempeño y el trabajador como enemigo natural del trabajo, conocida como “teoría X” hacia los nuevos modelos más humanos, cambio que se reconoce progresivo desde las décadas sesenta y setenta del siglo veinte.

Junto a estos valores humanísticos debe desarrollarse hacia enfoques prácticos que representen repertorios funcionales sobre los que los participantes sientan la confianza de actuar y buscar el cambio.

4.2.3.1.1.1. *Enfoque en solución de problemas.* La solución de problemas es una técnica de intervención terapéutica en donde han aportado ampliamente campos como la psicología experimental, la educación y la industria. Según D’Zurrilla y Nezu la solución de problemas consiste en seis procesos interactuantes que son: orientación al problema, como la aceptación y entendimiento natural de los mismos; definición del problema, siendo el proceso de recolección de información y comprensión detallada de un problema específico; elaboración de soluciones alternativas, donde se analizan todas las posibles soluciones y sus consecuencias; toma de decisiones, aquí se define la ruta de acción en base a las necesidades, capacidades y realidades del problema y los involucrados; implementación de la solución y verificación, la puesta en acción permite generar el cambio y evaluar los resultados con las expectativas; y por último el mantenimiento y generalización, se refiere a la evaluación y ajuste de las medidas tomadas para garantizar que el problema es contenido y su solución funciona (Bonavita, 2004). Montufar (2013) afirma que el DO concentra sus esfuerzos en capacitar a los miembros de la comunidad para identificar y solucionar problemas en lugar de solo analizarlos teóricamente.

4.2.3.1.1.2. *Enfoque situacional y de contingencias.* La experiencia laboral es el conjunto de vivencias que provienen de poner en práctica habilidades en contextos diferentes con objetivos definidos y el aprendizaje como consecuencia. El enfoque situacional se adopta por el DO como respuesta a la necesidad de flexibilidad ante las cualidades naturales de los problemas cotidianos en sus distintas dimensiones, pretende que los participantes pongan en práctica el aprendizaje vital empírico para aprender mediante la experiencia los tipos de problemas humanos que enfrentarán en el trabajo. La naturaleza impredecible y cambiante de la realidad, con sus problemas y dificultades, obliga a los participantes a crear una conciencia colectiva sobre el mismo, lo que conduce a la adaptación al aplicar respuestas al problema según la situación (Montufar, 2013, pág. 9). Dado que el DO permite la aplicación de todo tipo de intervenciones, da lugar a que toda metodología tenga cabida para afrontar un problema en particular, incluyendo intervenciones psicoterapéuticas como técnicas operantes y de control de contingencias (A. L. Aristu, 2004), las cuales pueden aportar enormemente a crear esquemas de comportamiento adaptativo en los participantes.

4.2.3.1.1.3. *Enfoque en retroalimentación.* Montufar también recalca que el DO depende de la retroalimentación que reciban los participantes para ayudarles a sustentar sus decisiones (2013), debido a esto, la potenciación de las intervenciones que tengan como objetivo mejorar la comunicación interpersonal a todos los niveles, como son técnicas grupales, técnicas cognitivas, introspección, empatía, compasión y habilidades sociales (V. del Barrio, 2004) resulta indispensable para crear una cultura de participación saludable en sus relaciones entre miembros.

4.2.4. Clínica analítica de las organizaciones

La conceptualización teórica y metódica de una práctica que permita a los individuos comprender las instituciones de las que forma parte, dentro de un equilibrio entre lo objetivo y lo subjetivo, ha sido el centro del surgimiento de disciplinas como la sociología clínica. El surgimiento de la misma se relaciona con Ernest W. Bugess, quien impartió cursos entre 1928 y 1933; así como a Milton Winternitz quien impulsó la creación de una sección de sociología clínica en la Escuela de Medicina de la Universidad de Yale (Fritz, 1991). A partir de entonces ha crecido con hitos a través de los años como la fundación de la Clinical Sociology Association en 1978 y la Clinical Sociology Review en 1982 (Horacio Manrique, 2018). Las aportaciones de Vincent de Gaulejac han tenido un profundo impacto desde 1970 en esta disciplina hasta el presente (F. Grasseli, 2013), este autor también recalca que una consolidación de esta perspectiva teórico-metodológica fue en 2001, año en el cual se creó el Instituto Internacional de Sociología Clínica. Hasta llegarse a proponer la conceptualización de una clínica analítica de las organizaciones (Horacio Manrique, 2018).

4.2.4.1. El método analítico y la práctica clínica.

4.2.4.1.1. Método analítico. Como señala Horacio Manrique (Clínica Analítica de las Organizaciones: Una propuesta conceptual, 2018) “método es una palabra que indica un modo o manera para investigar la verdad”, desde el punto de vista natural no mecánico, en una unión de dos aspectos de un mismo proceso como señala son la epistemología, como comprensión del conocimiento, y de la ética, como un sentido universal de valores humanos constructivos. Recalca que el método analítico tiene rigor científico, y se centra en la contrastación dialéctica entre la teoría y la práctica, el análisis es el acto cognitivo de la descomposición de un todo para conocer y comprenderlo desde sus elementos y sus relaciones. Bajo esta concepción, este autor asume que el método analítico es el estudio científico del discurso en sus diferentes expresiones. De la misma manera, conceptualiza el discurso como la expresión de una estructura subjetiva, siendo esta, una versión particular del logos o de la razón, entendido como principio universal articulador. Es decir, el discurso como un conjunto de información estructurada que se expresa en todo acto interno y externo, que es particular de un individuo o grupo, y que refleja o devela la naturaleza de un aspecto o dimensión de su ser individual o colectivo.

4.2.4.1.2. Método clínico. La clínica es la práctica de la salud que etimológicamente significa del griego “Observar cerca de la cama del paciente”, es un método que permite la apertura de un canal directo de comunicación con el paciente para conocer desde su propia experiencia la enfermedad (F. Grasseli, 2013). Para Fritz, el análisis clínico es la evaluación crítica de creencias, políticas y prácticas para la comprensión y mejora de una situación (Horacio Manrique, 2018). Así mismo, Jean Piaget en 1926 afirma que:

“El examen clínico participa de la experiencia en el sentido de que el clínico se plantea problemas, elabora hipótesis, hace variar las condiciones en juego y finalmente controla cada una de sus hipótesis al contacto con las reacciones provocadas por la conversación. Pero el examen clínico participa también de la observación directa, en el sentido de que el buen clínico se deja dirigir dirigiendo, y de que toma en cuenta todo el contexto mental en lugar de ser víctimas de “errores sistemáticos”, como es a menudo el caso del experimento puro” (Ducret).

El proceso general de la práctica clínica se reduce a observar, educar, evaluar, valorar, diagnosticar, intervenir y pronosticar. Obedeciendo los tres niveles de atención en salud

Manrique cita la definición de Pasternac quien, en 2003, conceptualiza el método clínico como el estudio en extensión y en profundidad de un sujeto. También señala el uso de un tipo de lógica o razonamiento abductivo, que consiste en generar conjeturas a partir de indicios, luego estas se contrastan con la experiencia para determinar su validez. Define la práctica clínica de orientación analítica como “la práctica profesional de un analítico que utiliza el método clínico en su oficio o trabajo con el propósito de propiciar el cuidado (cura, en el sentido foucaultiano del término) de un sujeto (sea este individual, grupal o colectivo)”.

4.2.4.2. Instituciones y organizaciones. La aproximación de las ciencias sociales para la comprensión de los fenómenos requiere el estudio cultural de las perspectivas de los actores sociales involucrados, por lo que su complemento es evidente. Manrique y colaboradores (2018) señalan que Bendassolli y Soboll (2011), y Malvezzi (2012) plantean el surgimiento de un campo que constituye la intersección entre la psicología clínica, organizacional y del trabajo, dentro del análisis de la subjetividad en cuanto a la salud humana en las instituciones y organizaciones.

Las distintas perspectivas como la administrativa definen a la organización como grupos de individuos que actúan para conseguir ciertos objetivos comunes mediante funciones diferenciadas racionalmente coordinadas y ejecutadas en una continuidad a través del tiempo (Horacio Manrique, 2018). Desde el punto de vista empresarial, Prieto en 2017, señala que las organizaciones son personas jurídicas creadas para lograr determinados objetivos financieros y sociales mediante la interacción del trabajo humano con recursos económicos, físicos y tecnológicos. Manrique (2018, pág. 117) también recoge algunas otras perspectivas clásicas como la mecanicista, que la propone como dispositivo, el cual es un vehículo para actividades mecánicas que logran un fin; el liberalismo económico dice, la ve como un sistema creado y controlado totalmente por el ser humano, una taxis, opuesto a las organizaciones de tipo cosmos que denomina a las expresiones naturales y espontáneas de organización; Schvarstein plantea en 2001 que organización es un concepto cultural, que existe por la construcción social de su concepto, y como toda descripción perceptiva, existe en el lenguaje.

Desde la perspectiva que plantea la clínica analítica de las organizaciones (Horacio Manrique, 2018, págs. 118 - 119), estas son la concreción de instituciones. Define el concepto institución como “un discurso que funda y fundamenta valores, hábitos y prácticas”. Señala que la concreción entre instituciones se realiza en tres perspectivas. La primera la denomina formal “se realiza mediante la expresión de las instituciones en palabras (de forma oral o

escrita) o fórmulas”. Como ejemplo tenemos las creencias, tradiciones orales, políticas, leyes. La segunda denominada concreción material, por ejemplo “la construcción de herramientas, la adecuación de espacios para estudiar, trabajar, descansar, construcción de máquinas”. La tercera establecida como concreción práctica de las instituciones “es la incorporación que realiza cada una de las personas de los valores, hábitos, estilos de vida que la sociedad proporciona, los cuales se manifiestan en sus prácticas”.

Entre los ejemplos que señala este autor sobre la concreción de instituciones están las organizaciones educativas, quienes están atravesadas por diversos discursos fundantes como su estilo de enseñanza, su definición como institución económica, su modelo de salud, sus posturas religiosas, entre otras. Manrique (pág. 119) recalca que dichas instituciones “se formalizan en diversos aspectos de la organización educativa como su visión, su misión, sus políticas”, estos se materializan en los espacios creados para cumplir sus funciones y se ponen en práctica en la ejecución de las actividades.

Montufar (2013) señala que el desarrollo organizacional es el proceso ordenado, sistemático y planificado, que contribuye a aumentar la efectividad individual y de la organización. Es decir, una herramienta práctica para construir, diagnosticar e intervenir la dinámica de la organización con un fin benéfico desde un enfoque sistémico. Este enfoque entiende el sistema como la combinación de cosas o partes que integran un todo complejo y unitario.

4.3. Competencias laborales

Debido a las perspectivas y propuestas teóricas expuestas en las secciones anteriores, entendemos que las actitudes y aptitudes que requiere una persona para incorporarse de manera satisfactoria en la dimensión laboral deben acoplarse a la incertidumbre de la realidad globalizada. Entre las cuales se tomarán dos conceptos, que, por su aplicación en la evaluación desde la psicografía, ofrecen una aproximación que engloba dos de las dimensiones más importantes que necesita una persona para una incorporación social y laboral satisfactoria. Identificar indicadores que permitan una perspectiva más clara de factores psicológicos específicos como las competencias sociales en asertividad y adaptación al cambio que representan habilidades, conocimientos y herramientas para el establecimiento de relaciones sociales satisfactorias que permiten a la persona desempeñarse de manera exitosa y saludable en diferentes ámbitos, tanto en los vínculos y relaciones afectivas cercanas, así como con su

entorno, es un factor de principal importancia en salud (V. Morán, 2014). Este autor también recoge que, para pertinencia del enfoque cognitivo comportamental, las habilidades sociales son el repertorio de conductas que permiten al individuo una eficaz relación con los demás, mediante la expresión de actitudes, deseos, opiniones o derechos de un modo adecuado con respeto y reciprocidad.

4.3.1. Adaptación al cambio

La adaptación se define como el ajuste de la conducta a los requerimientos del medio ambiente (Joseph Farré Martí), se da por exposición sensorial, asociación cognitiva y adaptación conductual.

4.3.1.1. Adaptación laboral. Arnau (2011) recoge las concepciones de varios autores que proponen la adaptabilidad como la capacidad para gestionar y afrontar los cambios en un entorno laboral cambiante. De la misma manera, insiste en la perspectiva de ser entendida como una competencia del desarrollo de su ocupación que le permite al trabajador anteponerse proactivamente a las exigencias de su actividad. Por esto, llega a comprender una herramienta para potenciar su rol. Es influida por varios factores cognitivos, afectivos y conductuales, al igual que la edad, la formación y diferencias individuales.

Ugarte en 2004, citado por Guzmán (Adaptabilidad y proceso de cambio organizacional, 2018), define la adaptabilidad laboral como la capacidad de las personas, en la vida económica y en particular en el mercado de trabajo, renunciar a los hábitos y adaptarse a las nuevas circunstancias. Arnau en el Cuestionario para Evaluar la Predisposición a la Adaptación al Cambio en adultos entiende esta predisposición como una actitud con componentes cognitivos, afectivos y conductuales, los mismos que energizan los esfuerzos de adaptación.

4.3.1.1.1. Factores cognitivos. Refiere a la cantidad y calidad de información y asociaciones cognitivas que presenta un individuo respecto de conocimientos teóricos adquiridos a través de la vida de la persona, relacionada a los ambientes educativos en los que se ha desarrollado.

4.3.1.1.2. Factores conductuales. Incluye los hábitos y experiencias previas de los individuos en relación con la adaptación al cambio, contempla todas las acciones relacionadas a hacer frente a los cambios en un ámbito práctico.

4.3.1.1.3. Factores emocionales. Refieren las emociones y la predisposición frente a escenarios de cambio que representen una carga emocional, es decir, la forma en que las emociones influyen de manera positiva o negativa frente a la predisposición a adaptarse a dichos cambios.

4.3.2. Asertividad

La comunicación funcional es la base sobre la que una relación entre personas se construye. Dicha comunicación debe llevar a una cooperación y cumplimiento de los objetivos entre las personas involucradas y su entorno, por lo que debe tener características que permitan beneficio a todos. El actuar con asertividad, según Jakubowski y Lange en 1978 (citado en Flores, 2004), “significa hacer valer los derechos, expresando lo que uno cree, siente y quiere en forma directa, honesta y de manera apropiada respetando los derechos de la otra persona”. Esto implica una forma de actuar y comunicarse en donde la ética, la integridad y la dignidad sean los principios conductuales.

Es una característica de quien expresa con fluidez y sin ansiedad sus opiniones, intereses y emociones de una forma correcta y empática, sin negar los de los demás (Joseph Farré Martí), es parte de las técnicas de entrenamiento en habilidades sociales. La falta de asertividad ocurre en los sujetos que presentan problemas de inhibición en sus relaciones interpersonales y en la comunicación en diversos o particulares entornos. Una conducta asertiva facilita un flujo adecuado de información entre las personas, mejorando la convivencia y potenciando el desarrollo (Cadena, 2019). Esta autora también recoge varias definiciones que hacen énfasis en la característica de protección de derechos y del principio de igualdad entre personas sobre los que se fundamenta desde el aspecto práctico y abstracto.

El término de asertividad hoy en día es copartícipe de muchas definiciones que comparten características fundamentales como la protección de derechos, como en las primeras definiciones aportadas por Wolpe en 1969, y la capacidad de hacer afirmaciones funcionales que no son consecuencia de una reacción ansiosa. En su etimología aserción proviene del latín *assertio-tionis* que es la acción y efecto de proponer algo que se afirma o da por cierto (Flores, 2004). Esta autora concluye en el concepto de asertividad desde la perspectiva etnopsicológica como:

La habilidad verbal para expresar deseos, opiniones, limitaciones personales, sentimientos positivos y negativos, así como la defensa de derechos e intereses, manejo de la crítica positiva y negativa, manifestación y recepción de alabanzas, declinación y aceptación de peticiones e iniciación de la interacción de manera directa, honesta y oportuna, respetándose a sí mismo y a los demás durante las relaciones interpersonales en situaciones de servicio o consumo, relaciones afectivas y educativo-laborales en un contexto sociocultural determinado.

A su vez también proponen tres estilos o dimensiones de asertividad siendo:

4.3.2.1. Asertividad. La cual vendría a ser la dimensión que abarca la habilidad comunicativa recientemente descrita.

4.3.2.2. No asertividad. Representa todo lo contrario a la definición de su contraparte, es decir, la completa falta de habilidad para producir una comunicación fluida que contribuya al desarrollo de las relaciones interpersonales y de grupo. Se refiere a la incapacidad comunicar deseos, creencias y sentimientos por ningún medio sea directo o indirecto. La comunicación no asertiva provoca muchos problemas al momento de solucionar problemas de grupo.

4.3.2.3. Asertividad indirecta. Flores y colaboradores la definen como la habilidad de expresarse, pero sólo de manera indirecta, es decir por medios de comunicación que no sea la expresión cara a cara, sino por medios como cartas, mensajes, teléfono o incluso otras personas. Esta comunicación supone una limitación importante en los procesos que requieren una acción rápida, eficaz y coordinada, además de generar confusiones respecto a puntos de vista que generan vacíos dentro de las relaciones interpersonales.

5. Materiales y métodos

5.1. Tipo y diseño de estudio

El presente estudio es de tipo descriptivo-correlacional, con enfoque positivista cuantitativo-cualitativo ya que mide la prevalencia de educación en herramientas organizacionales, participación social, y estima los índices de adaptabilidad laboral y asertividad, como también se determina el análisis de la relación entre estas variables. Tiene un diseño no experimental de corte transversal.

5.2. Universo y muestra

El universo de la investigación estuvo conformado por 371 estudiantes de las cinco carreras que conforman la Facultad de Salud Humana de la Universidad Nacional de Loja que realizan prácticas preprofesionales régimen de estudios 2009 en el periodo académico abril-septiembre 2021.

Tabla Nro. 1

Universo de la investigación

Carrera	Psicología clínica		Odonto- logía		Laboratorio cínico			Enfer- mería	Medici- na	Total
Ciclo	IX	X	IX	X	VI	VII	VIII	VIII	IX	X
Número de estudiantes	43	17	36	25	28	28	19	42	55	78
Toral	60		61		75			42	133	371

Fuente: Listado de estudiantes que realizan prácticas preprofesionales (FSH-UNL)

Elaboración: Diego Ordóñez Ochoa

Se usó un muestreo de tipo probabilístico, se obtuvo la muestra de 270 estudiantes que participaron voluntariamente de la investigación considerando los criterios de inclusión y exclusión, los cuales se detallan a continuación:

5.2.1. Criterios de inclusión

- Estudiantes matriculados que realicen prácticas preprofesionales en cualquier carrera de la FSH que actualmente asistan activamente a sus actividades curriculares.

- Estudiantes que voluntariamente decidan participar de la investigación
- Estudiantes con un correo institucional activo de dominio único de la institución que subieron el archivo a la carpeta GOOGLE DRIVE designada en respuesta a los instrumentos y en el plazo establecido.

5.2.2. Criterios de exclusión

- Estudiantes egresados
- Graduados
- Maestros
- Estudiantes que no deseen participar de la investigación

Tabla Nro. 2

Muestra de la investigación

Carrera	Ciclo	Estudiantes	Muestra	Porcentaje
Psicología	9no	43	39	10,51%
	Clínica	17	15	4,04%
Odontología	9no	36	23	6,19%
	10mo	25	1	0,27%
	6to	28	24	6,47%
Laboratorio Clínico	7mo	28	27	6,47%
	8vo	19	15	4,04%
Enfermería	8vo	42	27	7,27%
	9no	55	49	13,21%
Medicina	10mo	78	40	10,78%
	Total	371	270	72,77%

Fuente: Listado de estudiantes que realizan prácticas preprofesionales (FSH-UNL)

Elaboración: Diego Ordóñez Ochoa

5.3. Técnicas e instrumentos

Para la correcta recolección de información debido a las medidas de bioseguridad se procedió a la evaluación a través de medios virtuales, se elaboró un documento Excel en donde se adaptó e incluyó los tres instrumentos utilizados para la obtención de información, los cuales son: la Encuesta en función de la educación formal teórico-práctica en habilidades de gestión de recursos para la elaboración de proyectos en estudiantes, la Escala Multimodal de Asertividad EMA y el Cuestionario para la Evaluación de la Predisposición hacia la Adaptación al Cambio Ce-PAC. Este documento fue socializado en reuniones mediante la plataforma virtual ZOOM, en donde los estudiantes lo respondieron y posteriormente subieron a la plataforma Google Drive en una carpeta asignada. A continuación, se caracterizan en detalle las técnicas e instrumentos utilizados en la presente investigación.

5.3.1. Encuesta en función de la educación formal teórico-práctica en habilidades de gestión de recursos para la elaboración de proyectos en estudiantes. Esta encuesta fue elaborada por el autor de la investigación, se estructura con la finalidad de obtener datos sociodemográficos básicos para la agrupación de los sujetos según las siguientes dimensiones: carrera/módulo, cuyo indicador permite identificar la carrera, nivel académico; nivel socioeconómico; clasificación hombre/mujer, clasificación por edades.

También permite identificar de forma nominal características orientadas a la participación social, educación teórico-práctica de conocimientos en gestión de recursos humanos y materiales para el desarrollo de proyectos, además, datos relacionados con las modalidades y satisfacción en prácticas preprofesionales. Se hizo su validación utilizando una población similar que consistió en ocho estudiantes de medicina en otra universidad de la ciudad. Se adaptó una versión digital en el programa Excel 2019.

5.3.2. Escala Multimodal de Asertividad (EMA). Su autora es Mirta Margarita Flores Galaz y colaboradores. Consta de: cuestionario, hoja de respuestas y perfil, plantillas para calificación y manual. Esta escala es autoaplicable y consta de 45 afirmaciones tipo Likert, de cinco opciones de respuesta que van de Completamente de acuerdo a Completamente en desacuerdo, con un rango de 5 a 1 respectivamente. Para esta evaluación se adaptó una versión digital en el programa Excel 2019.

Se compone de tres dimensiones, cada una de las cuales contiene 15 reactivos:

- **Asertividad indirecta:** Es la inhabilidad del individuo para tener enfrentamientos directos, cara a cara, con otras personas en situaciones cotidianas o de trabajo, ya sea con familiares, amigos, jefes o compañeros de trabajo; llevándolo por tanto a expresar sus opiniones, deseos, sentimientos, peticiones, limitaciones personales, realizar peticiones, decir no, dar y recibir alabanzas y manejar la crítica, a través de cartas. Teléfono u otros medios.
- **No asertividad:** Es la inhabilidad del individuo para expresar deseos, opiniones, sentimientos, limitaciones, alabanzas, iniciar la interacción con otras personas y manejar la crítica a través de cualquier medio.
- **Asertividad:** Es la habilidad del individuo para expresar sus deseos, opiniones, sentimientos, limitaciones, alabanzas, iniciar la interacción con otras personas y manejar la crítica.

Los autores reportan una consistencia interna de .91 en la prueba total.

5.3.3. Cuestionario para Evaluar la Predisposición a la Adaptación al cambio en adultos (Ce-PAC). Su autora es Laura Arnau Sabatés. El cuestionario Ce-PAC está formado por 16 ítems que, por su contenido teórico cubren las tres dimensiones que inciden en el cambio de actitudes (cognitiva, conductual y afectiva) para mejorar la adaptabilidad profesional. La estructura que se intenta reproducir en el Ce-PAC es similar a la expuesta por Montané (2005). Cada ítem presenta una escala Likert con cuatro posibilidades de respuesta: la puntuación 4 refleja una alta predisposición hacia la adaptación a los cambios, y la 1 refleja un nivel de predisposición insuficiente y sobre el cual es necesario intervenir a través de las estrategias previstas para ello.

El primer factor agrupa siete ítems (it1, it2, it4, it6, it7, it12, it14) relacionados con la información errónea o la falta de información que los alumnos tienen en relación al cambio y al proceso de adaptación al mismo, así como aspectos relacionados con la autopercepción, tales como: *Sé qué aspectos de mi puesto de trabajo podrían cambiar o mantenerse por la incorporación de las nuevas tecnologías y Podría decir qué tendría que hacer para adaptarme a los cambios que se van a dar en mi ocupación.* Es por ello que se denomina “cognición”. Esta dimensión había sido identificada teóricamente como “Dimensión cognitiva de la actitud”.

El segundo factor recoge 7 ítems (it3, it5, it8, it9, it10, it11, it13) que se refieren a la práctica de actividades y al deseo de fortalecer hábitos de comportamiento favorables a la adaptación al cambio profesional, por lo que se propone denominarlo “Conducta y acciones”; entre los ítems con más saturación destacan: *He elaborado un listado sobre los cambios que*

tengo que afrontar para estar al día de la ocupación escogida y Alguna vez he participado en conversaciones para considerar qué cambios podrían hacer desaparecer aspectos importantes de mi ocupación. Este factor se corresponde con la dimensión teórica denominada “Dimensión conductual de la actitud”.

El tercer factor está constituido por dos ítems (it14, it15) que se corresponden con las emociones favorables hacia la adaptación al cambio y que conforman el factor denominado “Emociones”. Este factor había sido identificado teóricamente como “Dimensión afectiva de la actitud”.

Los autores reportan una fiabilidad total del cuestionario que presenta un nivel bueno y aceptable de consistencia interna ($=0.88$) con una media de correlación entre ítems de $.32$.

5.4. Procedimiento

Con la finalidad de dar el cumplimiento a los objetivos planteados en la presente investigación se cumplieron las siguientes etapas de desarrollo:

Primera etapa

Se realizó una búsqueda bibliográfica que complemente el proyecto de investigación con respecto a marco teórico, metodología, instrumentos, recogiendo las sugerencias, evidenciando la viabilidad y dar paso a su desarrollo previo a la aceptación y aprobación.

Segunda etapa

Una vez aprobado se procedió al acercamiento a las autoridades de la institución presentando un oficio en el que se solicitó las listas de estudiantes, así como autorización para la aplicación de instrumentos en horas académicas. El día 26 de julio del 2021 mediante oficio el decano de la Facultad de Salud Humana Universidad Nacional de Loja autoriza la entrega de información solicitada.

Tercera etapa

Para la coordinación y desarrollo de la recolección de información se adaptó los instrumentos escogidos en un solo documento Excel 2019. Se hizo el acercamiento por medios virtuales, en donde se socializó dicho documento y la dinámica de evaluación a cada paralelo,

la recolección de la información se hizo entre los días 27 de julio al 5 de agosto del 2021 por medio de enlaces zoom previa coordinación con los docentes de cada curso, se socializó la metodología de recolección de información y los estudiantes procedieron a participar de forma voluntaria.

Cuarta etapa

Una vez recolectada la información se procedió a la organización, calificación, revisión, tabulación y análisis estadísticos de los resultados obtenidos. La organización, calificación y revisión se la realizó por medio de Excel 2019 y el análisis estadístico se llevó a cabo por medio del programa informático IBM SPSS Statistics versión 25. Para llevar a cabo este proceso se desarrolló de la siguiente manera:

- Agrupamiento de casos en una matriz única y revisión de variables en el programa Excel 2019.
- Traspaso de los datos en una matriz de todos los casos recolectados al programa IBM SPSS Statistics 25.
- Pruebas paramétricas, operaciones de estadística descriptiva como tablas de frecuencias, histogramas y curvas de distribución normal.
- Operaciones de correlación entre variables para la que se usó el procedimiento chi-cuadrado para variables paramétricas.

Quinta etapa

Luego se elaboró tablas y gráficos de los resultados, así como la interpretación y análisis correspondiente de cada uno de los objetivos, además, el desarrollo de la discusión, conclusiones, recomendaciones y estructura del informe final. Para estas actividades se utilizó el programa Word 2019, luego de ser revisada y aprobada por la Tutora de Tesis la cual emite la certificación se procede a la presentación formal en Dirección de la Investigación.

6. Resultados

Objetivo 1: Determinar el nivel de adaptación laboral y asertividad mediante la aplicación del Cuestionario para la Evaluación de la Predisposición a la Adaptación al Cambio Ce-PAC y la Escala Multimodal de Asertividad EMA respectivamente en la población estudiada.

Tabla Nro. 3

Prevalencia de adaptabilidad laboral

Nivel de adaptabilidad laboral	Frecuencia	Porcentaje
Alto	99	36,7%
Medio-Alto	101	37,4%
Medio-Bajo	54	20,0%
Bajo	16	5,9%
Total	270	100%

Fuente: Cuestionario para Evaluar Adaptabilidad Laboral en Adultos aplicado a los estudiantes que realizan prácticas preprofesionales de la Facultad de Salud Humana Universidad Nacional de Loja
Elaboración: Diego Ordóñez Ochoa

Análisis e interpretación

En cuanto a la prevalencia de adaptabilidad laboral, 99 estudiantes que representan el 36,7% de la muestra presentan un nivel alto de adaptabilidad laboral, 101 estudiantes que equivalen al 37,4% de la muestra presenta un nivel medio-alto de adaptabilidad laboral, 54 estudiantes que representan el 20,0% de la muestra presenta un nivel medio-bajo de adaptabilidad laboral y 16 estudiantes que representan el 5,9% de la muestra presentan un nivel bajo de adaptabilidad laboral.

Se evidencia que el índice predominante en los participantes de esta investigación es el nivel Medio-Bajo con el 37% de la muestra, seguido del nivel alto con 36,7%. Estos dos índices representan que más de la mitad de la muestra presentan actitudes que facilitan la adaptación al cambio en ambientes laborales.

Tabla Nro. 4

Prevalencia de asertividad

Dimensiones de Asertividad	Frecuencia	Porcentaje
Asertividad	83	30,7%
Asertividad indirecta	124	45,9%
No asertividad	63	23,3%
Total	270	100%

Fuente: Escala Multimodal de Asertividad aplicado a los estudiantes que realizan prácticas preprofesionales de la Facultad de Salud Humana Universidad Nacional de Loja

Elaboración: Diego Ordóñez Ochoa

Análisis e interpretación

En cuanto a la prevalencia de asertividad, 83 estudiantes que equivalen al 30,7% de la muestra están dentro de la dimensión Asertividad, 124 estudiantes que equivalen al 45,9% obtuvieron como resultado la dimensión Asertividad Indirecta y 63 estudiantes que equivalen al 23,3% de la muestra entran en la dimensión No Asertividad.

Se puede observar que la dimensión asertividad indirecta tiene el índice más alto con el 45,9% de los casos, lo que indica que en este porcentaje de estudiantes predomina la inhabilidad para expresarse abiertamente, es decir, presentan una gran dificultad de expresarse de forma directa o cara a cara, por lo que se ven en la necesidad de comunicarse por medios indirectos e incluso otras personas.

Objetivo 2: Determinar la prevalencia de herramientas organizativas a través de la Encuesta en función de la educación formal teórico-práctica en habilidades de gestión de recursos para la elaboración de proyectos en estudiantes, para identificar en la población estudiada si han recibido formación académica en habilidades en gestión de recursos y si participan en la formulación, desarrollo y ejecución de proyectos relacionados a la atención primaria en salud.

Tabla Nro. 5

Prevalencia de herramientas organizativas

Herramientas Organizativas	Frecuencia	Porcentaje
No	157	58,1%
Sí	113	41,9%
Total	270	100%

Fuente: Encuesta en función de la educación formal teórico-práctica en habilidades de gestión de recursos para la elaboración de proyectos en estudiantes aplicada a estudiantes que realizan prácticas preprofesionales de la Facultad de Salud Humana Universidad Nacional de Loja

Elaboración: Diego Ordóñez Ochoa

Análisis e Interpretación

En cuanto a la prevalencia de herramientas organizativas en función de la presencia de educación en gestión de recursos humanos y materiales para el desarrollo de proyectos, 157 estudiantes que representan el 58,1% de la muestra señalaron no haber recibido este tipo de educación y 113 que equivale al 41,9% de la muestra señalaron que si recibieron este tipo de educación.

Se observa que un porcentaje significativo de estudiantes que realizan prácticas preprofesionales como es el 58,1% de la muestra, no han sido parte de estrategias planeadas de educación en gestión de recursos para el desarrollo de proyectos. Esto refleja una falta de conocimientos y habilidades en la construcción y funcionamiento de organizaciones e instituciones que, a su vez, representan el terreno laboral en donde debe desarrollarse el individuo.

Tabla Nro. 6

Prevalencia de participación social

Participación social	Frecuencia	Porcentaje
No	172	63,7%
Si	98	36,3%
Total	270	100%

Fuente: Encuesta en función de la educación formal teórico-práctica en habilidades de gestión de recursos para la elaboración de proyectos en estudiantes aplicada a estudiantes que realizan prácticas preprofesionales de la Facultad de Salud Humana Universidad Nacional de Loja
 Elaboración: Diego Ordóñez Ochoa

Análisis e interpretación

En lo que respecta a la prevalencia de participación social, 172 estudiantes que representan un 63,7% de la muestra indican no participar de ningún tipo de proyecto, grupo o comunidad y 98 estudiantes que equivalen al 36,3% de la muestra indicaron si participar de proyectos, grupos y comunidades.

Se puede apreciar que la gran mayoría de estudiantes que no participan de proyectos de atención primaria en salud representan el 63,7% de la muestra, en consecuencia, se deduce que tienen nula o muy poca experiencia en cuanto a actividades o labores grupales o individuales que requiere la participación activa en este tipo de proyectos y comunidades enfocado en el desarrollo de proyectos de atención en salud.

Objetivo 3: Determinar la relación entre herramientas organizativas y los niveles de participación social, adaptabilidad laboral y asertividad en la población investigada.

Para establecer la relación entre variables se llevó a cabo la prueba de correlación chi-cuadrado mediante el programa estadístico informático Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), de los resultados obtenidos por medio de la Escala Multimodal de Asertividad, Cuestionario para Evaluar Adaptación Laboral en Adultos y la Encuesta en función de la educación formal teórico-práctica en habilidades de gestión de recursos para la elaboración de proyectos en estudiantes. Tras aplicar la prueba paramétrica correlacional chi-cuadrado se obtuvo los siguientes resultados.

Tabla Nro. 7

Tabla cruzada entre variables herramientas organizativas y participación social

			Participación social		Total
			No	Si	
Herramientas Organizativas	No	Recuento	119	38	157
		% dentro de Herramientas Organizativas	75,8%	24,2%	100,0%
	Si	Recuento	53	60	113
		% dentro de Herramientas Organizativas	46,9%	53,1%	100,0%
Total	Recuento		172	98	270
	% dentro de Herramientas Organizativas		63,7%	36,3%	100,0%

Fuente: Encuesta en función de la educación formal teórico-práctica en habilidades de gestión de recursos para la elaboración de proyectos en estudiantes aplicados a los estudiantes que realizan prácticas preprofesionales de la Facultad de Salud Humana Universidad Nacional de Loja

Elaboración: Autoría propia

Análisis e interpretación

En cuanto a los resultados obtenidos en la tabla cruzada entre las variables herramientas organizativas y participación social se encontró los siguientes resultados:

De los 157 casos que respondieron no haber recibido educación en herramientas organizativas se dividen de la siguiente manera dentro de las dos categorías de la variable participación social: en la categoría de no participación se encuentra el 75,8%, mientras que, en la categoría de participación se observa el 24,2%.

De los 113 casos que respondieron haber recibido educación en herramientas organizativas se dividen de la siguiente manera dentro de las dos categorías de la variable participación social: en la categoría de no participación se evidencia el 46,9%, mientras que, en la categoría de participación se obtiene el 53,1%.

Estas distribuciones indican un patrón identificable dentro de estas variables que confirma la hipótesis de una relación entre ellas. Es decir, quienes poseen herramientas organizativas presentan un índice alto de participación social. Así mismo, las personas que no poseen herramientas organizativas tienen un índice alto de no participación social. Lo que indica una relación directamente proporcional entre variables.

Tabla Nro. 8

Tabla cruzada entre variables herramientas organizativas y adaptabilidad laboral

			Adaptabilidad laboral				Total
			Alto	Bajo	Medio- Alto	Medio -Bajo	
Herramientas Organizativas	No	Recuento	59	11	56	31	157
		% dentro de Herramientas Organizativas	37,6%	7,0%	35,7%	19,7%	100,0%
	Si	Recuento	40	5	45	23	113
		% dentro de Herramientas Organizativas	35,4%	4,4%	39,8%	20,4%	100,0%
Total		Recuento	99	16	101	54	270
		% dentro de Herramientas Organizativas	36,7%	5,9%	37,4%	20,0%	100,0%

Fuente: Cuestionario para Evaluar Adaptabilidad Laboral en Adultos y Encuesta en función de la educación formal teórico-práctica en habilidades de gestión de recursos para la elaboración de proyectos en estudiantes aplicados a los estudiantes que realizan prácticas preprofesionales de la Facultad de Salud Humana Universidad Nacional de Loja
 Elaboración: Diego Ordóñez Ochoa

Análisis e interpretación

En cuanto a los resultados obtenidos en la tabla cruzada entre las variables herramientas organizativas y adaptabilidad laboral se encuentra los siguientes resultados:

De los 157 casos que respondieron no haber recibido educación en herramientas organizativas se dividen en cuatro rangos propuestos para el Cuestionario para Evaluar la Predisposición a la Adaptación al Cambio en adultos: en el rango alto se evidencia un 37.6%, en el rango bajo 7.0%, en el rango medio-alto 35.7% y en el rango medio-bajo 19.1%.

De los 113 casos que respondieron no haber recibido educación en herramientas organizativas se dividen en cuatro rangos propuestos para el Cuestionario para Evaluar la Predisposición a la Adaptación al Cambio en adultos: en el rango alto se observa un 35,4%, en el rango bajo 4,4%, en el rango medio-alto 39,8% y en el rango medio-bajo 20,4%.

Estas distribuciones no indican ningún patrón identificable dentro de estas variables y no confirma la hipótesis de una relación entre ellas.

Tabla Nro. 9

Tabla cruzada entre variables herramientas organizativas y asertividad

			Resultado EMA			Total
			Asertivi- -dad	Asertividad indirecta	No asertividad	
Herramientas Organizativas	No	Recuento	49	65	43	157
		% dentro de Herramientas Organizativas	31,2%	41,4%	27,4%	100,0%
	Si	Recuento	34	59	20	113
		% dentro de Herramientas Organizativas	30,1%	52,2%	17,7%	100,0%
Total		Recuento	83	124	63	270
		% dentro de Herramientas Organizativas	30,7%	45,9%	23,3%	100,0%

Fuente: Escala Multimodal de Asertividad y Encuesta en función de la educación formal teórico-práctica en habilidades de gestión de recursos para la elaboración de proyectos en estudiantes aplicadas a estudiantes que realizan prácticas preprofesionales de la Facultad de Salud Humana Universidad Nacional de Loja

Elaboración: Diego Ordóñez Ochoa

Análisis e interpretación

En cuanto a los resultados obtenidos en la tabla cruzada entre las variables herramientas organizativas y asertividad se encuentra los siguientes resultados:

De los 157 casos que respondieron no haber recibido educación en herramientas organizativas se dividen en las tres dimensiones de la Escala Multimodal de Asertividad de la siguiente manera: en la dimensión asertividad se evidencia el 31,2%, en la dimensión asertividad indirecta el 41,4% y en la dimensión no asertividad el 27,4%.

De los 113 casos que respondieron no haber recibido educación en herramientas organizativas se dividen en las tres dimensiones de la Escala Multimodal de Asertividad de la

siguiente manera: en la dimensión asertividad se observa el 30,1%, en la dimensión asertividad indirecta el 52,2% y en la dimensión no asertividad el 17,7%.

Estas distribuciones no indican ningún patrón identificable dentro de estas variables y no confirma la hipótesis de una relación entre ellas.

7. Discusión

A partir de los hallazgos encontrados, no se acepta la hipótesis general planteada que propone que la adaptación laboral y asertividad son aptitudes directamente relacionadas a las herramientas organizativas como estrategias planeadas de educación teórico-práctica en gestión de recursos humanos y materiales para el desarrollo de proyectos, que se expresa en la participación social en salud de los estudiantes de la Facultad de Salud Humana de la Universidad Nacional de Loja.

Sin embargo, dentro del enfoque en participación social, se evidencia la relación estadísticamente significativa de esta variable con herramientas organizativas, lo cual permite aceptar la hipótesis de relación entre estas dos variables. Así también Vázquez (2002), señala que las comunidades que presentan culturas colaborativas y de organización son más propensas a tener una participación activa en programas comunitarios de salud.

Cabe destacar que no se encontraron estudios previos que relacionen dichas variables, y se exhorta a profundizar este tema en futuras investigaciones que permitan aclarar esta relación desde un aspecto práctico e incluso experimental.

Las revisiones literarias que relacionan varios tipos de educación con las variables adaptación y asertividad, encuentran que nuestros resultados guardan concordancia con lo que Pedraja (2012), García (2012) y Montufar (2013) proponen respecto a que los modelos de educación con enfoque general no aumentan aptitudes y habilidades específicas, pero si mejoran la calidad de la experiencia de aprendizaje. Por otro lado, también guardan cierta relación con los resultados obtenidos por Arnau (2011), en donde la capacitación específica a conocimientos y habilidades de adaptación laboral, si aumenta los índices de la misma en los factores cognitivo y conductual, pero no muestra un cambio en los factores emocionales.

La importancia de los resultados obtenidos en esta investigación radica en dos puntos clave. El primero, que al evidenciar la existencia de una relación entre la educación teórico-práctica en gestión de recursos y la participación social en el desarrollo de proyectos con enfoque en salud, permite considerar la importancia de incorporar estos conocimientos en la educación formal de los estudiantes para potenciar su experiencia en el ámbito laboral. En segundo lugar, la confirmación que demuestra que una educación con enfoque general no necesariamente ayuda a la adquisición de competencias específicas como la asertividad y

adaptación laboral, permite considerar que, se debe poner más énfasis en proveer a los estudiantes con recursos que desarrollen estas habilidades.

8. Conclusiones

Una vez finalizadas las tareas investigativas y tomando como base los objetivos planteados se llega a concluir lo siguiente:

- Se observa que un número considerable de estudiantes que representa tres cuartos de la muestra aproximadamente presentan niveles alto y medio-alto de adaptabilidad laboral, lo que indica que un gran porcentaje de estudiantes poseen aptitudes que permiten la correcta adaptación al medio laboral. Sin embargo, una cantidad similar entran en la dimensión de asertividad indirecta y no asertividad, es decir, les es difícil tener enfrentamientos directos con otras personas en diversas situaciones y con distinta gente.

- La educación en gestión y organización de recursos no está presente en más de la mitad de los estudiantes que realizan prácticas preprofesionales. De la misma manera, la no participación social predomina en la muestra. Lo que explica una limitación de los entornos de aprendizaje y experiencias relacionadas a la dimensión laboral como parte fundamental de su educación. Esto llega a significar que estos estudiantes solo tienen como fuente de experiencia laboral las prácticas preprofesionales planificadas en la malla curricular institucional.

- La presencia de herramientas organizativas si influye en la prevalencia de participación social en estudiantes evidenciándose una relación directamente proporcional. Sin embargo, la presencia de herramientas organizativas no altera los niveles de adaptabilidad laboral y asertividad, debido a que no se encontró una relación estadísticamente significativa.

9. Recomendaciones

- Se recomienda que la Universidad Nacional de Loja considere desarrollar talleres prácticos con enfoque específico para la educación en habilidades de comunicación asertiva en ambientes laborales y conocimientos para potenciar la predisposición a la adaptación al cambio, para el desarrollo de competencias necesarias para el desarrollo laboral en los estudiantes que realizan prácticas preprofesionales.

- Considerar la incorporación de materias curriculares para la educación específica en gestión de recursos humanos y materiales para el desarrollo y ejecución de proyectos con enfoque en participación social, orientado a incrementar la prevalencia de proyectos de salud integral comunitaria de atención primaria para promoción y prevención de salud como escenarios para construir experiencias laborales en apoyo a las prácticas preprofesionales y los objetivos institucionales de vinculación con la comunidad.

10. Bibliografía

- A. L. Aristu, M. A. (2004). Técnicas Operantes y de Control de Contingencias. En M. A. V. del Barrio, *Guía de Evaluación y Tratamiento Psicológicos en el Contexto Clínico* (págs. 78 - 110). Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia.
- Belén, V. S. (25 de Septiembre de 2016). *Economipedia.com*. Obtenido de Segunda Revolución Industrial: <https://economipedia.com/definiciones/segunda-revolucion-industrial.html>
- Bonavita, H. C. (2004). Resolución de problemas. En M. A. V. del barrio, *Guía de Evluación y Tratamiento Psicológicos en el Contexto Clínico* (págs. 55 - 62). Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia.
- Cadena, A. P. (2019). *La asertividad y su influencia en la satisfacción laboral del personal operativo de la empresa ECUATRAN S.A.* Ambato: Universidad Tecnológica Indoamérica.
- Coronel, M. M. (10 de Septiembre de 2013). *Utel.edu.mx*. Obtenido de UtelBLOG Universidad: <https://www.utel.edu.mx/blog/10-consejos-para/historia-de-la-psicologia-organizacional/>
- Ducret, J. -J. (s.f.). *Método Clínico-Crítico Piagetiano*. Obtenido de Fondationjeanpieajet.ch: http://www.fondationjeanpiaget.ch/fjp/site/textes/ve/jjd2004_metodo_clinico_critico_ducret.pdf
- F. Grasseli, M. S. (2013). La Perspectiva Teporico-Metodológica de la Sociología Clínica: Aportes para un debate. *Prisma Social Revista de ciencias sociales*, 83 - 109.
- Flores, M. (2004). *Escala Multimodal de Asertividad*. Mexico: Manual Moderno.
- Fritz, J. (1991). The Contributions of Clinical Sociology in Heakth Care Settings. *Health Sociology*, 15 - 29.
- García, D. G. (2012). *Cambios en la empatía, la asertividad y las relaciones sociales por la aplicación del modelo de instrucción educación deportiva*. Barcelona: Revista de Psicología del deporte .

- Guzman, A. (2018). *Adaptabilidad y proceso de cambio organizacional*. Quetzaltenango: Universidad Rafael Landívar.
- Horacio Manrique, I. C. (2018). Clínica Analítica de las Organizaciones: Una propuesta conceptual. *Revista Trabajo (En) Cena*, 111-130.
- Joseph Farré Martí, M. L. (s.f.). *Enciclopedia de la Psicología*. Barcelona: Editorial OCEANO.
- M. L. Vázquez, E. S. (2002). Los procesos de reforma y la participación social en salud en América Latina. *Gac Sanit*, 30-38.
- Malvezzi, S. (2016). Psicología organizacional y del trabajo. De la administración científica a la globalización: una historia de desafíos. En A. Nodo Psicología de las Organizaciones y del Trabajo Red Colombiana de Investigadores en Psicología, *Psicología de las Organizaciones y del Tarabajo Apuestas de Investigación II* (págs. 27 - 46). Cali: Universidad de Sanbuenaventura Cali Editorial Bonaventuriana.
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2014). El Plan Ncional para el Buen Vivir 2013 - 2017. En M. d. Ecuador, *Modelo de Atención en Salud Mental, en el marco del Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) - con enfoque Familiar, Comunitario e Intercultural* (pág. 10).
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2014). *Modelo de Atención de Salud Mental, en el marco del Modelo de Atención Integral de Salud (Mais) - con enfoque Familiar, Comunitario e Intercultural*.
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (18 de 6 de 2021). *Ministerio de Salud Pública del Ecuador*. Obtenido de Salud.gob.ec: <https://www.salud.gob.ec/objetivos/>
- Montufar, R. G. (2013). *Desarrollo Organizacional Principios y aplicaciones*. Mexico DF: McGraw-Hill/International editores, S.A de C.V.
- Montufar, R. G. (2013). *Desarrollo Organizacional.Principios y Aplicaciones*. Mexico D.F.: McGraw Hill/Interamericana Editores, S.A. de C.V.

- Organización Panamericana de la Salud. (2009). Organización de los servicios de salud mental: El modelo comunitario de salud mental. En O. P. salud, *Salud Mental en la Comunidad* (págs. 105 - 117). Washington, D.C.: OPS.
- Organización Panamericana de la Salud. (2009). *Salud Mental en la Comunidad*. Washington, D.C.: OPS.
- Pedraja, R. V. (2012). *Los estilos de liderazgo y la gestión de recursos humanos: una reflexión acerca del impacto sobre el desempeño de los estudiantes en la educación media*. Arica: Inginiare. Revista chilena de ingeniería.
- Romero, J. C. (s.f.). *servicios.educarm*. Obtenido de https://servicios.educarm.es/templates/portal/images/ficheros/etapasEducativas/secundaria/16/secciones/270/contenidos/5880/teoria_x_e_y_teorias_z.pdf: https://servicios.educarm.es/templates/portal/images/ficheros/etapasEducativas/secundaria/16/secciones/270/contenidos/5880/teoria_x_e_y_teorias_z.pdf
- Sabatés, L. A. (2011). Cuestionario para evaluar la adaptabilidad de los adultos desempleados hacia los cambio profesionales: aplicación preliminar y características psicométricas. *Revista electrónica de Investigación Educativa*, 99 - 112.
- Secretaría Técnica Planifica Ecuador. (08 de 03 de 2021). *Guías para la formulación/actualización de los PDOT*. Obtenido de planificacion.gob.ec: <https://www.planificacion.gob.ec/guias-para-la-formulacion-actualizacion-de-los-pdot/>
- V. del Barrio, M. A. (2004). *Guía de Evaluación y Tratamiento Psicológicos en el Contexto Clínica*. Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia.
- V. Morán, F. O. (2014). Instrumentos de evaluación de habilidades sociales en América Latina: un análisis bibliométrico. *Revista de Psicología Universidad de Chile*, 93-105.

11. Anexos

Anexo 1: Resultados prueba de chi-cuadrado y de la Encuesta en función de la educación formal teórico-práctica en habilidades de gestión de recursos para la elaboración de proyectos en estudiantes.

Tabla Nro. 10

Prueba de chi-cuadrado entre herramientas organizativas y participación social

	Valor	df	Significaci ón asintótica (bilateral)	Significaci ón exacta (bilateral)	Significaci ón exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	23,724 ^a	1	,000		
Corrección de continuidad ^b	22,491	1	,000		
Razón de verosimilitud	23,766	1	,000		
Prueba exacta de Fisher				,000	,000
N de casos válidos	270				

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 41,01.

Fuente: Encuesta en función de la educación formal teórico-práctica en habilidades de gestión de recursos para la elaboración de proyectos en estudiantes aplicados a los estudiantes que realizan prácticas preprofesionales de la Facultad de Salud Humana Universidad Nacional de Loja

Elaboración: Autoría propia

Análisis e Interpretación

Debido a que se está usando un coeficiente de confianza de 95%, el nivel de significancia es 5% (0,05); como la significancia asintótica bilateral es 0,000 menor que 0,05, se puede aceptar la hipótesis que plantea una relación entre estas variables.

Tabla Nro. 11

Prueba de chi-cuadrado entre herramientas organizativas y adaptabilidad laboral

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,140 ^a	3	,768
Razón de verosimilitud	1,163	3	,762
N de casos válidos	270		

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 6,70.

Fuente: Cuestionario para Evaluar Adaptabilidad Laboral en Adultos y Encuesta en función de la educación formal teórico-práctica en habilidades de gestión de recursos para la elaboración de proyectos en estudiantes aplicados a los estudiantes que realizan prácticas preprofesionales de la Facultad de Salud Humana Universidad Nacional de Loja

Elaboración: Autoría propia

Análisis e interpretación

Debido a que se está usando un coeficiente de confianza de 95%, el nivel de significancia es 5% (0,05); como la significancia asintótica bilateral es 0,768 mayor que 0,05, no se acepta la hipótesis que plantea una relación entre estas variables.

Tabla Nro. 12

Prueba de chi-cuadrado entre herramientas organizativas y asertividad

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,343 ^a	2	,114
Razón de verosimilitud	4,408	2	,110
N de casos válidos	270		

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 26,37.

Fuente: Escala Multimodal de Asertividad y Encuesta en función de la educación formal teórico-práctica en habilidades de gestión de recursos para la elaboración de proyectos en estudiantes aplicadas a estudiantes que realizan prácticas preprofesionales de la Facultad de Salud Humana Universidad Nacional de Loja

Elaboración: Diego Ordóñez Ochoa

Análisis e interpretación

Debido a que se está usando un coeficiente de confianza de 95%, el nivel de significancia es 5% (0,05); como la significancia asintótica bilateral es 0,114 mayor que 0,05, no se acepta la hipótesis que plantea una relación entre estas variables.

Tabla Nro. 13

Tabla de frecuencias de carreras a las que pertenecen los participantes

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Enfermería	27	10,0%	10,0%	10,0%
	Laboratorio Clínico	66	24,4%	24,4%	34,4%
	Medicina	89	33,0%	33,0%	67,4%
	Odontología	34	12,6%	12,6%	80,0%
	Psicología Clínica	54	20,0%	20,0%	100,0%
	Total	270	100,0%	100,0%	

Fuente: Encuesta en función de la educación formal teórico-práctica en habilidades de gestión de recursos para la elaboración de proyectos en estudiantes aplicada a estudiantes que realizan prácticas preprofesionales de la Facultad de Salud Humana Universidad Nacional de Loja
Elaboración: Diego Ordóñez Ochoa

Tabla Nro. 14

Tabla de frecuencias de módulos a las que pertenecen los participantes

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	6	24	8,9%	8,9%	8,9%
	7	27	10,0%	10,0%	18,9%
	8	42	15,6%	15,6%	34,4%
	9	121	44,8%	44,8%	79,3%
	10	56	20,7%	20,7%	100,0%
	Total	270	100,0%	100,0%	

Fuente: Encuesta en función de la educación formal teórico-práctica en habilidades de gestión de recursos para la elaboración de proyectos en estudiantes aplicada a estudiantes que realizan prácticas preprofesionales de la Facultad de Salud Humana Universidad Nacional de Loja
Elaboración: Diego Ordóñez Ochoa

Tabla Nro. 15

Tabla de frecuencias de edades a las que pertenecen los participantes

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	0	1	,4%	,4%	,4%
	20	10	3,7%	3,7%	4,1%
	21	36	13,3%	13,4%	17,5%
	22	59	21,9%	21,9%	39,4%
	23	69	25,6%	25,7%	65,1%
	24	48	17,8%	17,8%	82,9%
	25	22	8,1%	8,2%	91,1%
	26	13	4,8%	4,8%	95,9%
	27	5	1,9%	1,9%	97,8%
	28	2	,7%	,7%	98,5%
	30	2	,7%	,7%	99,3%
	32	1	,4%	,4%	99,6%
	33	1	,4%	,4%	100,0%
	Total	269	99,6%	100,0%	
Perdidos	Sistema	1	,4%		
	Total	270	100,0%		

Fuente: Encuesta en función de la educación formal teórico-práctica en habilidades de gestión de recursos para la elaboración de proyectos en estudiantes aplicada a estudiantes que realizan prácticas preprofesionales de la Facultad de Salud Humana Universidad Nacional de Loja
Elaboración: Diego Ordóñez Ochoa

Tabla Nro. 16

Tabla de frecuencias de sexo al que pertenecen los participantes

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Hombre	68	25,2%	25,2%	25,2%
	Mujer	202	74,8%	74,8%	100,0%
	Total	270	100,0%	100,0%	

Fuente: Encuesta en función de la educación formal teórico-práctica en habilidades de gestión de recursos para la elaboración de proyectos en estudiantes aplicada a estudiantes que realizan prácticas preprofesionales de la Facultad de Salud Humana Universidad Nacional de Loja

Elaboración: Diego Ordóñez Ochoa

Tabla Nro. 17

Tabla de frecuencias de lugar de residencia al que pertenecen los participantes

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	0	2	,7%	,7%	,7%
	Rural	48	17,8%	17,8%	18,5%
	Urbano	220	81,5%	81,5%	100,0%
	Total	270	100,0%	100,0%	

Fuente: Encuesta en función de la educación formal teórico-práctica en habilidades de gestión de recursos para la elaboración de proyectos en estudiantes aplicada a estudiantes que realizan prácticas preprofesionales de la Facultad de Salud Humana Universidad Nacional de Loja

Elaboración: Diego Ordóñez Ochoa

Tabla Nro. 18

Tabla de frecuencias de nivel socioeconómico al que pertenecen los participantes

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
V Nivel B: Alto	2	,7%	,7%	,7%
á Nivel C-: Bajo	34	12,6%	12,6%	13,3%
l Nivel C+: Medio	233	86,3%	86,3%	99,6%
i Nivel D: Pobreza	1	,4%	,4%	100,0%
d				
o Total	270	100,0%	100,0%	

Fuente: Encuesta en función de la educación formal teórico-práctica en habilidades de gestión de recursos para la elaboración de proyectos en estudiantes aplicada a estudiantes que realizan prácticas preprofesionales de la Facultad de Salud Humana Universidad Nacional de Loja
Elaboración: Diego Ordóñez Ochoa

Tabla Nro. 19

Tabla de frecuencias de modalidad de prácticas al que pertenecen los participantes

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
V 0	7	2,6%	2,6%	2,6%
á Presencial	164	60,7%	60,7%	63,3%
l Semipresencial	70	25,9%	25,9%	89,35
i Virtual	29	10,7%	10,7%	100,0%
d				
o Total	270	100,0%	100,0%	

Fuente: Encuesta en función de la educación formal teórico-práctica en habilidades de gestión de recursos para la elaboración de proyectos en estudiantes aplicada a estudiantes que realizan prácticas preprofesionales de la Facultad de Salud Humana Universidad Nacional de Loja
Elaboración: Diego Ordóñez Ochoa

Tabla Nro. 20

Tabla de frecuencias de satisfacción en prácticas preprofesionales de los participantes

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válid	0	7	2,6%	2,6%	2,6%
o	No	107	39,6%	39,6%	42,2%
	Si	156	57,8%	57,8%	100,0%
	Total	270	100,0%	100,0%	

Fuente: Encuesta en función de la educación formal teórico-práctica en habilidades de gestión de recursos para la elaboración de proyectos en estudiantes aplicada a estudiantes que realizan prácticas preprofesionales de la Facultad de Salud Humana Universidad Nacional de Loja

Elaboración: Diego Ordóñez Ochoa

Tabla Nro. 21

Tabla de frecuencias de percepción de necesidad de educación en gestión de recursos de los participantes

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	0	7	2,6%	2,6%	2,6%
	No	8	3,0%	3,0%	5,6%
	Si	255	94,4%	94,4%	100,0%
	Total	270	100,0%	100,0%	

Fuente: Encuesta en función de la educación formal teórico-práctica en habilidades de gestión de recursos para la elaboración de proyectos en estudiantes aplicada a estudiantes que realizan prácticas preprofesionales de la Facultad de Salud Humana Universidad Nacional de Loja

Elaboración: Diego Ordóñez Ochoa

Tabla Nro. 22

Tabla de frecuencias de percepción de habilidades adquiridas para un correcto desarrollo laboral

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	0	7	2,6%	2,6%	2,6%
	No	17	6,3%	6,3%	8,9%
	No todos los que necesito	175	64,8%	64,8%	73,7%
	Si	71	26,3%	26,3%	100,0%
	Total	270	100,0%	100,0%	

Fuente: Encuesta en función de la educación formal teórico-práctica en habilidades de gestión de recursos para la elaboración de proyectos en estudiantes aplicada a estudiantes que realizan prácticas preprofesionales de la Facultad de Salud Humana Universidad Nacional de Loja
Elaboración: Diego Ordóñez Ochoa

Tabla Nro. 23

Tabla de frecuencias de respuestas ante importancia de asertividad

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	0	7	2,6%	2,6%	2,6%
	No	5	1,9%	1,9%	4,4%
	No sé qué es asertividad	17	6,3%	6,3%	10,7%
	Si	241	89,3%	89,3%	100,0%
	Total	270	100,0%	100,0%	

Fuente: Encuesta en función de la educación formal teórico-práctica en habilidades de gestión de recursos para la elaboración de proyectos en estudiantes aplicada a estudiantes que realizan prácticas preprofesionales de la Facultad de Salud Humana Universidad Nacional de Loja
Elaboración: Diego Ordóñez Ochoa

Tabla Nro. 24

Tabla de frecuencias de respuestas ante importancia de adaptabilidad laboral

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	0	8	3,0%	3,0%	3,0%
	No	4	1,5%	1,5%	4,4%
	No sé qué es adaptabilidad laboral	5	1,9%	1,9%	6,3%
	Si	253	93,7%	93,7%	100,0%
	Total	270	100,0%	100,0%	

Fuente: Encuesta en función de la educación formal teórico-práctica en habilidades de gestión de recursos para la elaboración de proyectos en estudiantes aplicada a estudiantes que realizan prácticas preprofesionales de la Facultad de Salud Humana Universidad Nacional de Loja
 Elaboración: Diego Ordóñez Ochoa

Anexo 2: Aprobación y rectificación del proyecto de tesis



unl

Universidad
Nacional
de Loja

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

Facultad
de la Salud
Humana

Oficio. No. -146- C.PS.CL- FSH-UNL
Loja, 12 de julio del 2021

Señor
Diego Leonardo Ordoñez Ochoa
ESTUDIANTE DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA-FSH-UNL
Ciudad. -

De mi consideración:

Por el presente me permito hacer conocer que se adjunta la respuesta del informe de **ESTRUCTURA Y COHERENCIA** del Proyecto denominado: **HERRAMIENTAS ORGANIZATIVAS EN ESTUDIANTES DEL ÁREA DE SALUD HUMANA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA QUE REALIZAN PRÁCTICAS PREPROFESIONALES Y SU RELACIÓN CON ADAPTABILIDAD LABORAL Y ASERTIVIDAD PERIODO ABRIL-SEPTIEMBRE 2021**, de su autoría; el mismo fue emitido por la Psicóloga Clínica Gabriela Rojas Muñoz Mgs docente responsable

Particular que comunico a usted para los fines correspondientes.

Atentamente,



firmado digitalmente por:
**ANA CATALINA
PUERTAS
AZANZA**

Dña. Ana Puertas Azanza Mgs
DIRECTORA DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

C/c. Diego Leonardo Ordóñez Ochoa.
Expediente estudiantil
Archivo



unl

Universidad
Nacional
de Loja

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

Facultad
de la Salud
Humana

Oficio. No. -175- C.PS.CL- FSH-UNL
Loja, 01 de septiembre del 2021

Psicóloga Clínica
Gabriela Fernanda Rojas Muñoz Mgs
DOCENTE DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA-FSH-UNL
Ciudad. -

De mi consideración:

Por el presente extendiendo un cordial saludo de bienestar, con respecto a lo solicitado dentro del trabajo de investigación denominada "HERRAMIENTAS ORGANIZATIVAS EN ESTUDIANTES DEL ÁREA DE SALUD HUMANA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA QUE REALIZAN PRÁCTICAS PREPROFESIONALES Y SU RELACIÓN CON PARTICIPACIÓN SOCIAL ADAPTABILIDAD LABORAL Y ASERTIVIDAD PERIODO ABRIL - SEPTIEMBRE 2021" de autoría Diego Leonardo Ordóñez Ochoa estudiante del X ciclo de la carrera de Psicología Clínica; me permito informar que se contempla y se autoriza la modificación y actualización sugerida. Quedando de la siguiente manera:

Tema modificado: "HERRAMIENTAS ORGANIZATIVAS EN ESTUDIANTES DE LA FACULTAD DE LA SALUD HUMANA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA QUE REALIZAN PRÁCTICAS PREPROFESIONALES Y SU RELACIÓN CON PARTICIPACIÓN SOCIAL, ADAPTABILIDAD LABORAL Y ASERTIVIDAD, PERIODO ABRIL- SEPTIEMBRE 2021"

Tercer Objetivo modificado:

- Determinar la relación entre las herramientas organizativas y los niveles de participación social, adaptabilidad laboral y asertividad en la población investigada.

Particular que comunico para los fines correspondientes.

Atentamente,



Firmado digitalmente por:
**ANA CATALINA
PUERTAS
AZANZA**

Dra. Ana Puertas Azanza Mgs
**DIRECTORA DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA -UNL**

C/c. Diego Leonardo Ordóñez O.
Carpeta estudiantil
Archivo

Anexo 3: Autorización para la aplicación de reactivos



unl

Universidad
Nacional
de Loja

1859 Of. Nro. 2021-0457-DFSH-UNL
Loja, 28 de julio de 2021

Facultad
de la Salud
Humana

Señor

Diego Leonardo Ordóñez Ochoa

ESTUDIANTE DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

Ciudad.-

De mi especial consideración:

En atención a su comunicación de 19 de julio de 2021, recibido en este Decanato el 26.07.2021, en mi calidad de Autoridad Académica de esta Facultad, autorizo la aplicación de encuestas evaluativas enmarcadas en el proyecto de tesis denominado: **"Herramientas Organizativas en estudiantes del Área de Salud Humana de la Universidad Nacional de Loja que realizan prácticas preprofesionales y su relación con adaptabilidad laboral y asertividad periodo abril - septiembre 2021"**.

De la misma manera dispongo para que a través de Secretarías de Carreras, se facilite los listados por ciclo y paralelo con los respectivos correos electrónicos institucionales de los estudiantes legalmente matriculados que se encuentran realizando prácticas preprofesionales.

Aprovecho la oportunidad para reiterar mi sentimiento de consideración y estima.

Atentamente,

**EN LOS TESOROS DE LA SABIDURIA
ESTA LA GLORIFICACION DE LA VIDA.**



Identificación digital por:
**SANTOS AMABLE
BERMEO FLORES**

Dr. Amable Bermeo Flores, Mg. Sc.

DECANO DE LA FACULTAD DE LA SALUD HUMANA

cc. Secretaria Carrera Medicina, Enfermería, Laboratorio Clínico, Odontología, Psicología Clínica, Archivo

ABF/ Yadira Córdova

ANALISTA DE DESPACHO DE AUTORIDAD ACADEMICA

Anexo 4: Certificado de traducción al inglés

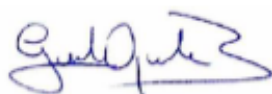
Loja, 08 de noviembre de 2021

Yo, Galo Antonio Ojeda Brito, Licenciado en Ciencias de la Educación mención Inglés, registro Nro. 1031-10-987846.

CERTIFICO

Que el documento aquí compuesto es fiel traducción del idioma inglés del resumen de la tesis titulada: **Herramientas organizativas en estudiantes de la Facultad de Salud Humana de la Universidad Nacional de Loja que realizan prácticas preprofesionales y su relación con participación social, adaptabilidad laboral y asertividad periodo abril-septiembre 2021** de la autoría de Diego Leonardo Ordóñez Ochoa, con cédula de ciudadanía número 1104928021, estudiante de la carrera de Psicología Clínica de la Universidad Nacional de Loja.

Lo certifico en honor a la verdad pudiendo el interesado hacer uso de este documento como estime conveniente.



Galo Antonio Ojeda Brito

C.I. 1104371875

Anexo 5: Cronograma de aplicación de reactivos

CRONOGRAMA DE APLICACIÓN DE REACTIVOS			
Fecha	Hora	Curso y Carrera	Docente
27/07/2021	15:15 pm	9nos Ciclos Psicología Clínica	Psi CI Mayra Medina
27/07/2021	16:00 pm	10mo Ciclo Psicología Clínica	Dra. Mariela Idrovo
28/07/2021	8:00 am	9no ciclo B Odontología	Dra. Andrea Jiménez
28/07/2021	14:30 pm	9no ciclo A Odontología	Dra. Claudia Piedra
30/07/2021	5:00 pm	10mo ciclos B Medicina	Dra. Susana Gonzales
2/08/2021	4:00 pm	8vo E Enfermería	Lic. Carmita Armijos
2/08/2021	4:15 pm	8vo C Enfermería	Lic. Judith Encalada
3/08/2021	10:00 am	9no ciclos A Medicina	Dra. María Tapia
3/08/2021	3:00 pm	9nos ciclos B Medicina	Dra. Susana Gonzales
3/08/2021	4:00 pm	8vo D Enfermería	Lic. Carmen Aguilar
3/08/2021	4:15 pm	8vo B Enfermería	Lic. Judith Encalada
3/08/2021	5:00 pm	10 mo A Medicina	Dra. Susana Gonzales
4/08/2021	5:00 pm	8vo Laboratorio clínico	Lic. Glenda Rodríguez
5/08/2021	8:15 am	6to ciclo Laboratorio clínico	Lic. Ivanova Zúñiga
5/08/2021	3:00 pm	7to ciclo Laboratorio clínico	Lic. Gladis Jumbo
-----	-----	10mo Odontología	Nota: este curso no tenía clases virtuales por lo que se envió el cuestionario con instrucciones vía whatsapp al presidente del curso
-----	-----	8vo A Enfermería	Nota: este curso no tenía clases virtuales por lo que se envió el cuestionario con instrucciones vía whatsapp al presidente del curso

Anexo 6: Encuesta en función de la educación formal teórico-práctica en habilidades de gestión de recursos para la elaboración de proyectos en estudiantes.

1. Carrera

Respuestas posibles:

- Enfermería
- Psicología Clínica
- Medicina
- Odontología
- Laboratorio Clínico

2. Módulo

Respuestas posibles

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10
- 11
- 12

3. Edad

Respuesta en numeros

4. Sexo

- Hombre
- Mujer
- Otro

5. Nivel Socioeconómico

Respuesta posible

- Nivel A: Riqueza
- Nivel B: Alta
- Nivel C+: Media

- Nivel C-: Bajo
- Nivel D: Pobreza

6. ¿Actualmente participa de proyectos, grupos o comunidades?

Respuestas posibles

- Si
- No

6.1. En caso de participar selecciones en las casillas siguientes el tipo de comunidad o proyecto

Respuestas posibles

- Proyectos extracurriculares/vinculación
- Voluntariado (Cruz Roja, Solca, Fundaciones)
- Prácticas preprofesionales
- Proyectos comunitarios de atención primaria en salud
- Trabajo social
- Activismo
- Ninguno
- Otros

7. Si participa. ¿Cuántas personas, según su perspectiva, se benefician de su participación en estas comunidades?

Respuestas en números

8. ¿Ha recibido educación teórico-práctica en gestión de recursos humanos y materiales para el desarrollo de proyectos?

Respuestas posibles

- Si
- No

9. Si recibió, indique en donde (de ser necesario utilice dos o más casillas)

Respuestas posibles

- Universidad
- Colegio
- Escuela
- Academias particulares
- Todos los anteriores

- Otros

10. Indique la modalidad en que fueron impartidos estos conocimientos

Respuestas posibles

- Materias curriculares
- Talleres
- Cursos
- Charlas
- Conferencias
- Programas de acción
- Otros

11. Indique la duración en horas

Respuestas en números

12. ¿En qué modalidad realiza actualmente sus prácticas profesionales?

Respuestas posibles

- Virtual
- Presencia
- Semipresencial

13. ¿Se siente satisfech@ con su experiencia en las prácticas preprofesionales?

Respuestas posibles

- Si
- No

14. ¿Cree que es necesaria la educación en gestión de recursos humanos y materiales para el desarrollo de proyectos?

Respuestas posibles

- Si
- No

15. ¿Cree que ha adquirido las habilidades y conocimientos necesarios para un correcto desenvolvimiento laboral?

Respuestas posibles

- Si
- No
- No todas las que necesito

16. ¿Cree que el asertividad es una habilidad necesaria para el pleno desarrollo laboral?

Respuestas posibles

- Si
- No
- No sé qué es asertividad

17. ¿Cree que la adaptabilidad laboral es una habilidad necesaria para el pleno desarrollo laboral?

Respuestas posibles

- Si
- No
- No sé qué es adaptabilidad laboral

Anexo 7: Escala Multimodal de Asertividad

EMA

INSTRUCCIONES:

A continuación hay una lista de afirmaciones. Anote en la Hoja de respuestas el número correspondiente al grado en que está de acuerdo o en desacuerdo con cada una de ellas. Hay 5 respuestas posibles:

- 1 = Completamente en desacuerdo, 2 = En desacuerdo, 3 = Ni de acuerdo ni en desacuerdo,
4 = De acuerdo y 5 = Completamente de acuerdo.

Por favor conteste sinceramente. Gracias.

NO MARQUE ESTE CUADERNILLO

1. Puedo reconocer públicamente que cometí un error.	1	2	3	4	5
2. No soy capaz de expresar abiertamente lo que realmente pienso.	1	2	3	4	5
3. Me cuesta trabajo expresar lo que pienso en presencia de otros.	1	2	3	4	5
4. Me es más fácil decirle a alguien que acepto su crítica a mi persona, por teléfono que personalmente.	1	2	3	4	5
5. Me es difícil expresar mis deseos.	1	2	3	4	5
6. Me es difícil expresar abiertamente mis sentimientos.	1	2	3	4	5
7. Puedo decirle a alguien directamente que actuó de manera injusta.	1	2	3	4	5
8. Cuando discuto con una persona acerca del lugar donde vamos a comer, yo expreso mi preferencia.	1	2	3	4	5
9. Me cuesta trabajo hacer nuevos(as) amigos(as).	1	2	3	4	5
10. No soy capaz de expresar abiertamente lo que deseo.	1	2	3	4	5
11. Puedo agradecer un halago hecho acerca de mi apariencia personal.	1	2	3	4	5
12. Si tengo alguna duda, pido que se me aclare.	1	2	3	4	5
13. Cuando conozco a una persona, usualmente tengo poco que decirle.	1	2	3	4	5
14. Solicito ayuda cuando la necesito.	1	2	3	4	5
15. Cuando me doy cuenta de que me están cobrando de más, no digo nada.	1	2	3	4	5
16. Me es más fácil pedir que me devuelvan las cosas que he prestado, por teléfono que personalmente.	1	2	3	4	5
17. Me es fácil aceptar una crítica.	1	2	3	4	5
18. Me es más fácil pedir prestado algo, por teléfono que personalmente.	1	2	3	4	5
19. Puedo pedir favores.	1	2	3	4	5
20. Expreso con mayor facilidad mi desagrado por teléfono que personalmente.	1	2	3	4	5

NO MARQUE ESTE CUADERNILLO

21. Expreso amor y afecto a la gente que quiero.	1	2	3	4	5
22. Me molesta que me digan los errores que he cometido.	1	2	3	4	5
23. Puedo expresar mi amor más fácilmente por medio de una carta que personalmente.	1	2	3	4	5
24. Puedo decirle a las personas que actuaron injustamente, más fácilmente por teléfono que personalmente.	1	2	3	4	5
25. Prefiero decirle a alguien que deseo estar solo(a), por teléfono que personalmente.	1	2	3	4	5
26. Platico abiertamente con una persona las críticas hechas a mi conducta.	1	2	3	4	5
27. Puedo pedir que me enseñen cómo hacer algo que no sé cómo realizar.	1	2	3	4	5
28. Puedo expresar mi cariño con mayor facilidad por medio de tarjetas o cartas que personalmente.	1	2	3	4	5
29. Me es más fácil hacer un cumplido, por medio de una tarjeta o carta que personalmente.	1	2	3	4	5
30. Es difícil para mí alabar a otros.	1	2	3	4	5
31. Me es difícil iniciar una conversación.	1	2	3	4	5
32. Es más fácil rehusarme ir a un lugar al que no deseo ir, por teléfono que personalmente.	1	2	3	4	5
33. Encuentro difícil admitir que estoy equivocado(a).	1	2	3	4	5
34. Me da pena participar en las pláticas por temor a la opinión de los demás.	1	2	3	4	5
35. Me es más fácil decir que no deseo ir a una fiesta, por teléfono que personalmente.	1	2	3	4	5
36. Puedo expresar mis sentimientos más fácilmente por teléfono que personalmente.	1	2	3	4	5
37. Puedo admitir que cometí un error, con mayor facilidad por teléfono que personalmente.	1	2	3	4	5
38. Acepto sin temor una crítica.	1	2	3	4	5
39. Me da pena hablar frente a un grupo por temor a la crítica.	1	2	3	4	5
40. Prefiero decirle a alguien sobre lo que deseo en la vida, por escrito que personalmente.	1	2	3	4	5
41. Me es difícil disculparme cuando tengo la culpa.	1	2	3	4	5
42. Me cuesta trabajo decirle a otros lo que me molesta.	1	2	3	4	5
43. Me da pena preguntar cuando tengo dudas.	1	2	3	4	5
44. Me es más fácil expresar mi opinión por medio de una carta que personalmente.	1	2	3	4	5
45. Me es difícil empezar una relación con personas que acabo de conocer.	1	2	3	4	5

Anexo 8: Cuestionario para Evaluar la Predisposición hacia la Adaptación al Cambio en Adultos

Amau: Cuestionario para evaluar la adaptabilidad de los adultos...

Anexo 1

A continuación se le presentan una serie de afirmaciones. Por favor, emita su opinión de cada una de ellas, señalando con una cruz en la casilla de respuesta que considere más oportuna, siendo 1 casi nunca, muy poco...y 4 siempre, mucho.

	1	2	3	4
Busco información para estar al día de mi ocupación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
He comentado con compañeros los cambios que se han producido en esta ocupación debido a la incorporación de las nuevas tecnologías.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me he informado sobre cómo evolucionará en un futuro esta ocupación.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Podría decir qué tendría que hacer para adaptarme a los cambios que se van a dar en mi ocupación.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me he informado de cómo las nuevas tecnologías obligan a las empresas a evolucionar competitivamente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sé qué aspectos de mi puesto de trabajo podrían cambiar o mantenerse por la incorporación de las nuevas tecnologías	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sé qué aspectos de mi ocupación mejorarán con la introducción de las nuevas tecnologías.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sabría enumerar qué tareas de mi ocupación pueden realizarse fuera del puesto de trabajo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
He debatido las consecuencias que pueden ocurrir si no me adapto a los cambios que se han producido en el mercado de trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
He elaborado un listado sobre los cambios que tengo que afrontar para estar al día de la ocupación escogida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me he planteado qué tareas de mi ocupación serán sustituidas, en un futuro, por la inteligencia artificial.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conozco los aspectos más importantes que pueden hacer evolucionar la ocupación para la cual me preparo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
He participado en conversaciones para considerar qué cambios podrían hacer desaparecer aspectos importantes de mi ocupación.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conozco el funcionamiento de las nuevas tecnologías que están presentes en mi ocupación.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me lo paso bien realizando actividades en las que están presentes las nuevas tecnologías.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me gustaría realizar alguna actividad, relacionada con el curso, que incorpore el uso de las TIC (Internet, correo electrónico...etc) desde casa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¡Gracias por su colaboración!

Anexo 9: Proyecto de investigación



Herramientas Organizativas en estudiantes la Facultad de Salud Humana de la Universidad Nacional de Loja que realizan prácticas preprofesionales y su relación con participación social, adaptabilidad laboral y asertividad periodo abril - septiembre 2021

Proyecto de Trabajo de Titulación

Diego Leonardo Ordóñez Ochoa

Psic. Cl. Gabriela Rojas

Loja, Ecuador 2021

- 1. Tema: Herramientas Organizativas en estudiantes la Facultad de Salud Humana de la Universidad Nacional de Loja que realizan prácticas preprofesionales y su relación con participación social, adaptabilidad laboral y asertividad periodo abril - septiembre 2021**

2. Problemática

El desempleo es un fenómeno que ha aumentado significativamente con el inicio de la pandemia y ha ido agravándose a lo largo de las últimas décadas producto de las recesiones económicas globales. Las aptitudes y actitudes que las personas deben desarrollar para insertarse de forma satisfactoria en los ambientes laborales evolucionan día a día, exigiendo una adaptación inmediata a la incertidumbre que representa el ambiente económico, político y social. La Psicología Organizacional y del Trabajo es una rama multidisciplinaria de las ciencias de la salud, que tiene el desafío de comprender y dar solución a las problemáticas que surgen en torno a la dimensión laboral, la cual, representa un importante indicador de salud dentro de la práctica clínica.

Desde la perspectiva global, la pandemia ha cambiado dramáticamente el panorama económico, de tal manera que ha expandido la brecha de desigualdad entre individuos. Por ejemplo, mientras que los 651 multimillonarios estadounidenses han aumentado su patrimonio neto en un 30% a US\$4 billones, 250 millones de personas en los países en desarrollo podrían enfrentar la pobreza absoluta y hasta la mitad de la fuerza laboral mundial puede haber perdido sus medios para subsistir (Schifferes, 2021), precarizando aún más los servicios. El personal de salud no es la excepción, ya que muchos países se han visto obligados a recortar su personal, exigiendo que estas personas se adapten a nuevas modalidades de trabajo. Según cifras del Banco Mundial (2021) el año 2020 cierra con un récord de 5,42% en la tasa de desempleo global.

América Latina y el Caribe es una de las regiones más afectadas por la crisis sanitaria y económica. La Organización Internacional del Trabajo advierte la pérdida de 30 millones de empleos dejando una tasa sin precedentes de 10,6% en cuanto a desempleo (Agencia DW, 2020). Esto acarrea grandes problemas de salud, principalmente al entorno familiar, que consiste en la base fundamental de una sociedad (L. Lozano, 2020). Como señala M. L. Vazquez et al (2002), los sistemas de salud de la región tienen como característica común la participación social y la descentralización, siendo principios fundamentales para la construcción de los mismos. Los dos conceptos, amplia y diversamente implementados a lo largo de las últimas décadas en los principales modelos y acuerdos como en el documento oficial de La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de Alma-Ata, organizada por la OMS/OPS y UNICEF en 1978, en donde se comprenden ambos conceptos como una forma de acercamiento de los servicios de salud, organizando junto con la población

atendida, aumentando la eficiencia del sistema, al ser este capaz de responder a las necesidades percibidas y de adaptarse a las condiciones particulares de cada comunidad.

En el Ecuador la Encuesta Nacional de Empleo, Desempleo y Subempleo (ENEMDU) del INEC a septiembre de 2020 la tasa de desempleo es de 6,6 %, comparado con 3,8% al terminar el 2019. Mientras que el subempleo en 23,4% y el empleo adecuado en un 32,1% indican una extensa cantidad de la población cuyo trabajo se institucionaliza en la individualidad, es decir, en las capacidades de adaptación que posea cada persona para insertarse de manera independiente en el mercado laboral, lo que se conoce como emprendimiento. Realidades ya establecidas en la nueva globalidad económica que representan los procesos sociales actuales y su impacto en la salud pública. El sistema de salud ecuatoriano tiene ocho objetivos, los cuales reconoce sólo pueden lograrse con la participación comunitaria, descentralizando los servicios, permitiendo que los profesionales de la salud actúen en sinergia con la población, desarrollando programas que amplíen el alcance y eficiencia de los mismos.

El quinto objetivo del MSP propone incrementar las capacidades y competencias del talento humano, es por ello que el aprendizaje de aptitudes en la gestión y organización de recursos materiales y humanos es esencial para generar y potenciar proyectos de vigilancia, regulación, promoción y prevención de la salud, acorde al tercer objetivo de nuestro sistema de salud. El Desarrollo Organizacional, es una herramienta educativa cuya misión se concentra en atender las necesidades de carácter organizacional que tienen relación directa con el recurso humano, el cual conforma la misma y el análisis de los factores internos y externos que inciden en su desenvolvimiento (Montufar, 2013), orientado hacia la salud constituye un recurso invaluable. Las comunidades que desarrollan culturas organizativas presentan mayores probabilidades de una participación colectiva en los servicios de salud (M. L. Vázquez, 2002). Las competencias y habilidades que los miembros de una comunidad necesitan para un correcto desarrollo social son varias, pero entre las más importantes debemos destacar: la consciencia y conocimiento de su entorno, comunicación funcional y sentido de colectividad.

La clínica analítica de las organizaciones es una propuesta conceptual y práctica que expone una gestión humana de orientación analítica, cuya esencia son los espacios de verbalización individuales y grupales, basados en una filosofía de gestión integradora (Horacio Manrique, 2018). Acciones de examinación, diagnóstico e intervención a un nivel institucional, requiere de destrezas como competencia social, asertividad, resiliencia y adaptación al cambio, por parte de sus integrantes, temas ampliamente investigados en psicometría (V. Morán, 2014).

Métodos que integren estos conocimientos para evaluar y valorar grandes cantidades de la población, con el objetivo de predecir el desarrollo individual y grupal, e intervenir en función de mejorar las capacidades de adaptación social de los mismos, supone una herramienta de gran valor para la educación y la salud pública.

Luego de analizar los presentes datos estadísticos respecto de la situación en la dimensión laboral de la población, por la gran influencia que tiene la educación con herramientas que doten de habilidades y competencias a los sujetos para cubrir una necesidad cultural en la evolución de la salud pública en torno a la dimensión laboral, se puede identificar la importancia de abordar el presente tema, por lo que el presente trabajo de investigación pretende dar respuesta a la siguiente interrogante ¿Cuál es la relación entre la educación en herramientas organizativas, participación social y el desarrollo de habilidades esenciales para el desarrollo laboral como son la adaptabilidad laboral y asertividad en estudiantes de Área de Salud Humana de la Universidad Nacional de Loja que realizan prácticas preprofesionales?

3. Justificación

El sistema de salud ecuatoriano tiene ocho objetivos, los cuales reconoce sólo pueden lograrse con la participación comunitaria, descentralizando los servicios, permitiendo que los profesionales de la salud actúen en sinergia con la población, desarrollando programas que amplíen el alcance y eficiencia de los mismos. El quinto objetivo del Ministerio de Salud Pública propone incrementar las capacidades y competencias del talento humano, es por ello que el aprendizaje de aptitudes en la gestión y organización de recursos materiales y humanos, es esencial para generar proyectos de vigilancia, regulación, promoción y prevención de la salud, acorde al tercer objetivo de nuestro sistema de salud.

La Facultad de Salud Humana de la Universidad Nacional de Loja cumple con su labor de formar profesionales en servicios de salud, con un modelo teórico-práctico, orientado sobre valores éticos y en respuesta a las necesidades de las comunidades a las que brinda estos servicios. La formación teórica y práctica fundado en valores humanistas consiste en sus bases fundamentales, complementarias a competencias en gestión de recursos humanos y materiales, puede potenciar la capacidad de acción y respuesta de servidores y servicios. La investigación respecto a herramientas prácticas en el campo laboral desde la perspectiva de la Psicología Organizacional y del Trabajo es amplia en América Latina, un aporte al entendimiento y aplicación de estas herramientas desde nuestras comunidades puede ayudar a acortar la brecha en la eficacia de los servicios de salud y sus limitaciones actuales.

La educación supone la dotación de herramientas cognitivas, didácticas y experienciales que le permitan a la población construir sociedades saludables, siendo la organización y la gestión de recursos un aspecto indiscutible dentro del repertorio de aptitudes en los miembros de una comunidad. La descentralización es un modelo de la salud comunitaria para que los servicios sanitarios tengan un impacto verdadero dentro de la cotidianidad de la población. De esta manera, los trabajadores que provean servicios y productos deben ser capaces de adaptarse a una economía que cambia segundo a segundo, por lo que herramientas educativas como el Desarrollo Organizacional y la gestión de proyectos, pueden aportar significativamente al mejoramiento y creación de emprendimientos, empresas y proyectos sociales dentro de las comunidades como respuesta a crisis, tanto económicas que están sujetas a decisiones centralizadas que afectan a millones de personas, o bien, a crisis ambientales, sanitarias y naturales, que permitan encontrar soluciones prácticas desde el terreno por los agentes de cambio principales, que son, los mismos ciudadanos.

Por lo tanto, encontrar, desarrollar y potenciar estas herramientas de gestión en estudiantes y docentes del Área de Salud Humana UNL es un paso que permitirá aportar a la construcción de una salud pública comunitaria y descentralizada, fomentada desde y para las comunidades, permitiendo ser un escudo de carácter cultural frente a fenómenos sociales y naturales adversos. Los diecisiete Objetivos de Desarrollo Sostenible buscan restablecer la dinámica misma de la sociedad, de un consumo centralizado sin regulaciones, a un modelo de desarrollo de regeneración ambiental e igualdad social. Las comunidades, a todos los niveles que estas se presentan, son las instituciones que forman el tejido social, siendo esta red el escenario sobre el que se debe actuar, para sanar en su forma de ser y relacionarse con su entorno.

4. Objetivos

Establecer la relación que existe entre las herramientas organizativas y los niveles de participación social, adaptación laboral y asertividad en los estudiantes de la Facultad de Salud Humana de la Universidad Nacional de Loja que realizan prácticas preprofesionales.

- Determinar el nivel de adaptación laboral y asertividad mediante la aplicación del Cuestionario para la Evaluación de la Predisposición a la Adaptación al Cambio Ce-PAC y la Escala Multimodal de Asertividad EMA respectivamente en la población estudiada.
- Determinar la prevalencia de herramientas organizativas a través de la Encuesta en función de la educación formal teórico-práctica en habilidades de gestión de recursos para la elaboración de proyectos en estudiantes, para identificar en la población estudiada si han recibido formación académica en habilidades en gestión de recursos y si participan en la formulación, desarrollo y ejecución de proyectos relacionados a la atención primaria en salud.
- Determinar la relación entre las herramientas organizativas y los niveles de participación social, adaptabilidad laboral y asertividad en la población investigada.

5. Hipótesis

Desde el enfoque hipotético deductivo se propone la hipótesis correlacional de que la adaptación laboral y asertividad son aptitudes directamente relacionadas a las herramientas organizativas como estrategias planeadas de educación teórico-práctica en gestión de recursos humanos y materiales para el desarrollo de proyectos, y esta relación se expresa en la participación social en salud en los estudiantes del Área de Salud Humana de la Universidad Nacional de Loja.

6. Metodología

Tipo de investigación

Desde el enfoque hipotético deductivo se propone la hipótesis correlacional de que la adaptación laboral y asertividad son aptitudes directamente relacionadas a las herramientas organizativas como estrategias planeadas de educación teórico-práctica en gestión de recursos humanos y materiales para el desarrollo de proyectos, y esta relación se expresa en la participación social en salud en los estudiantes del Área de Salud Humana de la Universidad Nacional de Loja.

Nivel de Investigación

Tiene un enfoque positivista, debido a que la hipótesis nace de teorías previamente seleccionadas como el desarrollo organizacional, adaptación al cambio, asertividad y participación social; y un alcance correlacional-causal ya que las variables se medirán para establecer el tipo de relación entre ellas. Estableciendo la importancia del desarrollo de habilidades que permitan la adaptación laboral en entornos académicos en el contexto de los mercados globalizados.

Diseño de investigación

El diseño de la investigación es no experimental de corte transversal porque se recogerán los datos de la población en un único momento.

6.1.Lugar de estudio

El lugar en donde se llevará a cabo la presente investigación es en la Facultad de Salud Humana de la Universidad Nacional de Loja, la cual se encuentra ubicada en la ciudad de Loja, parroquia Sucre en las calles Manuel Monteros y Juan José Samaniego. La misión de este establecimiento de educación superior es la formación académica y profesional, con sólidas bases científicas y técnicas, pertinencia social y valores; la generación y aplicación de conocimientos científicos, tecnológicos y técnicos, que aporten al desarrollo integral del entorno y al avance de la ciencia; el fortalecimiento del pensamiento, la promoción, desarrollo y difusión de los saberes y culturas; y, la prestación de servicios especializados.

En cuanto a la visión de la institución esta lidera y desarrolla, con pertinencia, responsabilidad social y de manera articulada: la formación del talento humano con alto nivel académico-científico, sensibilidad y compromiso humanista; la investigación colaborativa por dominios científicos, tecnológicos e innovación; y, la vinculación con la sociedad, a través de proyectos de transferencia de conocimientos en correspondencia con los requerimientos del desarrollo local, regional, nacional y binacional; en el marco de un modelo de gestión institucional innovador y de mejora continua.

6.2.Población y muestra

La población con la que se desarrolla el estudio es de 371 personas, para la obtención de la muestra se considerará os criterios de inclusión y exclusión.

6.3.Criterios de inclusión

- Estudiantes matriculados en cualquier carrera del ASH que actualmente asistan activamente a sus actividades curriculares.
- Estudiantes que realicen prácticas preprofesionales

6.4.Criterios de exclusión

- Estudiantes egresados
- Graduados
- Maestros
- Personal administrativo
- Estudiantes que no realicen prácticas preprofesionales

6.5.Criterios de eliminación

- Estudiantes que no deseen participar en la investigación

6.6.Operacionalización de las variables

Variable	Definición conceptual	Dimensión	Escala o indicadores	Técnicas o Instrumentos
Datos sociodemográficos	Datos de identificación estudiantil, sin datos personales, variables de clasificación por edad, género y nivel de educación	Carrera/Módulo	Nominal: Identifica a que carrera pertenece el individuo y el módulo que cursa en la actualidad	Encuesta en función de la educación formal teórico-práctica en habilidades de gestión de recursos para la elaboración de proyectos en estudiantes
		sexo	Nominal: Clasificación por sexo hombre/mujer	
		Edad	Nominal: Identifica la edad de la persona	
		Nivel socioeconómico	Nominal: Identifica a que grupo socioeconómico considera pertenecer	
Participación social	“la búsqueda de la colaboración para la extensión de la cobertura de los servicios de	Participa de proyectos comunitarios de servicios en atención integral de salud.	Nominal: identifica si el estudiante participa o no de proyectos comunitarios de salud	

	<p>salud al fomento de la creación de mecanismos que permitan a la sociedad ejercer un control sobre la actuación de los servicios” (M. L. Vázquez, 2002). Para que este modelo funciones, la OPS reconoce que “requiere una determinación clara de las funciones y responsabilidades de los proveedores de atención y que exista una colaboración estructurada entre los niveles de cuidados...”</p>	<p>Percepción cuantitativa del estudiante en el impacto que considera tiene su participación dentro de la comunidad</p>	<p>Razón: Numero de personas que el estudiante considera se benefician de su trabajo</p>	
--	---	---	--	--

Variable Independiente Herramientas organizativas: Educación teórico-práctica en habilidades de gestión de recursos para el desarrollo de proyectos	Estrategias educativas planeada, procura el cambio en conducción de las necesidades inmediatas y a largo plazo de la comunidad, se basa en el comportamiento humano en relación con la organización.	Ha recibido educación en habilidades de gestión de recursos y desarrollo de proyectos	Nominal: identifica si ha recibido o no este tipo de educación
		Formato en que recibió los conocimientos	Nominal: identifica la clase de estrategia que se usó para su enseñanza
		Cantidad de tiempo que duró la estrategia de educación	Razón: Número de horas
Prácticas preprofesionales	Componente obligatorio de la formación profesional como requisito para la aprobación de grado	Modalidad en que realiza las prácticas preprofesionales	Nominal: identifica si el estudiante realiza prácticas virtuales, presenciales o semipresenciales
		Satisfacción en función de la experiencia en las prácticas preprofesionales	Nominal binaria: identifica si el individuo está o no satisfecho con su experiencia

		Percepción de necesidad de la educación relacionada en habilidades en gestión de recursos para el desarrollo de proyectos	Nominal binaria: si considera o no importante la formación	
		Autopercepción en desarrollo de habilidades para un correcto desenvolvimient o laboral	Nominal: si considera o no poseer las habilidades necesarias para un correcto desarrollo laboral	
		Percepción en función de la necesidad de asertividad como habilidad necesaria para el desarrollo laboral	Nominal: si, no, no sabe que es asertividad	
		Percepción en función de la necesidad de asertividad como habilidad necesaria para el desarrollo laboral	Nominal: Si, no, no sabe que es adaptabilidad laboral	

Variable dependiente Adaptación al cambio	La adaptabilidad se considera como la capacidad para gestionar y afrontar los cambios en un entorno laboral cambiante (Savickas, 2000, 2005; Littleton, Arthur y Rousseau, 2000; Griffin y Hesketh, 2005; Heslin, 2005; Hall y Chandler, 2005) y debe entenderse como una competencia del desarrollo de la carrera que permite al trabajador anticiparse proactivamente a las exigencias de su puesto de trabajo, así como a las diferentes transiciones laborales, inciertas e	Cognitiva	Incluyen información para que el alumno conozca las ventajas de adaptarse a los cambios profesionales, provocados por las TIC, para mejorar así sus posibilidades de desarrollo profesional. Ejemplo: Ítem 6. Sé que aspectos de mi puesto de trabajo pueden cambiar o mantenerse debido a la incorporación de las TIC	Cuestionario para la Evaluación de la Predisposición hacia la Adaptación al Cambio Ce-PAC
		Conductual	Incluyen los hábitos y experiencias previas de los alumnos en relación con la adaptación al cambio e	

	<p>impredecibles, y prepararse para resolverlas eficazmente en beneficio de su desarrollo profesional (Chan, 2000; Fugate, Kinicki y Ashforth, 2004; Griffin y Hesketh, 2005; Arnau, 2010). En este mismo sentido, la adaptabilidad permite mejorar el grado de ajuste activo del trabajador con los requerimientos de su puesto de trabajo y con las necesidades de producción de la empresa (Lofquist y Dawis; 1991; Schyns, 2004; Dawis, 2005).</p>		<p>indican lo que éstos deberían de practicar para la adquisición y consolidación de hábitos favorables hacia dicha adaptación. Ejemplo: Ítem 10. He elaborado un listado sobre los cambios que tengo que afrontar para estar al día en la de la ocupación escogida.</p>	
		Emocional	<p>Incluyen las emociones favorables a la adaptación al cambio y al uso de las TIC en los distintos entornos laborales. Ejemplo: Ítem 15. Me la paso bien realizando</p>	

			actividades laborales en las que están presentes las TIC.	
Variable dependiente: Asertividad	Jakubowski y Lange (1978) postulan que actuar asertivamente significa hacer valer los derechos, expresando lo que uno cree, siente y quiere en forma directa, honesta y de manera apropiada respetando los derechos de la otra persona.	Asertividad indirecto	Es la inhabilidad del individuo para tener enfrentamientos directos, cara a cara, con otras personas en situaciones cotidianas o de trabajo, ya sea con familiares, amigos, jefes o compañeros de trabajo; llevándolo por tanto a expresar sus opiniones, deseos, sentimientos, peticiones, limitaciones personales, realizar peticiones, decir no, dar y recibir	Escala Multimodal de Asertividad EMA

			alabanzas y manejar la crítica, a través de cartas. Teléfono u otros medios.	
		No asertividad	Es la inhabilidad del individuo para expresar deseos, opiniones, sentimientos, limitaciones, alabanzas, iniciar la interacción con otras personas y manejar la crítica.	
		Asertividad	Es la habilidad del individuo para expresar sus deseos, opiniones, sentimientos, limitaciones, alabanzas, iniciar la interacción con otras personas y manejar la crítica.	

6.7. Instrumentos

La recolección de datos se realizará a través de la aplicación simultanea de:

- Encuesta en función de la educación formal teórico-práctica en habilidades de gestión de recursos para la elaboración de proyectos en estudiantes
- Cuestionario para la Evaluación de la predisposición hacia la Adaptación al Cambio Ce-PAC
- Escala Multimodal de Asertividad EMA

6.7.1. *Encuesta en función de la educación formal teórico-práctica en habilidades de gestión de recursos para la elaboración de proyectos en estudiantes*

Esta encuesta se estructura con la finalidad de obtener datos sociodemográficos básicos para la agrupación de los sujetos según las siguientes dimensiones: carrera/módulo, cuyo indicador permite identificar la carrera, nivel académico y nivel socioeconómico; clasificación hombre/mujer, clasificación por edades.

También permite identificar de forma nominal características orientadas a la participación social, educación en gestión de recursos humanos y materiales para el desarrollo de proyectos y datos relacionados con las modalidades y satisfacción en prácticas preprofesionales.

6.7.2. *Cuestionario para la Evaluación de la Predisposición hacia la Adaptación al Cambio Ce-PAC*

- Cuestionario para la Evaluación de la Predisposición hacia la Adaptación al Cambio Ce-PAC
 - Arnau, L. (2010). Universidad Autónoma de Barcelona, España.
 - El cuestionario Ce-PAC está formado por 16 ítems que, por su contenido teórico cubren las tres dimensiones que inciden en el cambio de actitudes (cognitiva, conductual y afectiva) para mejorar la adaptabilidad profesional (Tabla I). La estructura que se intenta reproducir en el Ce-PAC es similar a la expuesta por Montané (2005). Cada ítem presenta una escala Likert con cuatro posibilidades de respuesta: la puntuación 4 refleja una alta predisposición hacia la adaptación a los cambios, y la 1 refleja un nivel de predisposición insuficiente y sobre el cual es necesario intervenir a través de las estrategias previstas para ello.

El primer factor agrupa siete ítems (it1, it2, it4, it6, it7, it12, it14) relacionados con la información errónea o la falta de información que los alumnos tienen en relación al cambio y al proceso de adaptación al mismo, así como aspectos relacionados con la autopercepción, tales como: *Sé qué aspectos de mi puesto de trabajo podrían cambiar o mantenerse por la incorporación de las nuevas tecnologías y Podría decir qué tendría que hacer para adaptarme a los cambios que se van a dar en mi ocupación*. Es por ello que se denomina “cognición”. Esta dimensión había sido identificada teóricamente como “Dimensión cognitiva de la actitud”.

El segundo factor recoge 7 ítems (it3, it5, it8, it9, it10, it11, it13) que se refieren a la práctica de actividades y al deseo de fortalecer hábitos de comportamiento favorables a la adaptación al cambio profesional, por lo que se propone denominarlo “Conducta y acciones”; entre los ítems con más saturación destacan: *He elaborado un listado sobre los cambios que tengo que afrontar para estar al día de la ocupación escogida y Alguna vez he participado en conversaciones para considerar qué cambios podrían hacer desaparecer aspectos importantes de mi ocupación*. Este factor se corresponde con la dimensión teórica denominada “Dimensión conductual de la actitud”.

El tercer factor está constituido por dos ítems (it14, it15) que se corresponden con las emociones favorables hacia la adaptación al cambio y que conforman el factor denominado “Emociones”. Este factor había sido identificado teóricamente como “Dimensión afectiva de la actitud”.

6.7.3. Escala Multimodal de Asertividad EMA

- M. M. Flores Galaz, R. Díaz-Loving 2004
- Consta de: cuestionario, hoja de respuestas y perfil, plantillas para calificación y manual. Esta escala es autoaplicable y consta de 45 afirmaciones tipo Likert, de cinco opciones de respuesta que van de Completamente de acuerdo a Completamente en desacuerdo, con un rango de 5 a 1.

- Se compone de tres dimensiones, cada una de las cuales contiene 15 reactivos:
 1. Asertividad indirecta: Es la inhabilidad del individuo para tener enfrentamientos directos, cara a cara, con otras personas en situaciones cotidianas o de trabajo, ya sea con familiares, amigos, jefes o compañeros de trabajo; llevándolo por tanto a expresar sus

opiniones, deseos, sentimientos, peticiones, limitaciones personales, realizar peticiones, decir no, dar y recibir alabanzas y manejar la crítica, a través de cartas. Teléfono u otros medios.

2. No asertividad: Es la inhabilidad del individuo para expresar deseos, opiniones, sentimientos, limitaciones, alabanzas, iniciar la interacción con otras personas y manejar la crítica.

3. Asertividad: Es la habilidad del individuo para expresar sus deseos, opiniones, sentimientos, limitaciones, alabanzas, iniciar la interacción con otras personas y manejar la crítica.

8. Presupuesto

Tipo	Rubro de gastos	valor
Recursos disponibles	Materiales de oficina	20\$
	Equipo informático (hardware y software)	200\$
Recursos necesarios	Formularios virtuales	0\$
Total		220\$
Financiamiento: propio		