



UNIVERSIDAD DE SOTAVENTO



ESTUDIOS INCORPORADOS A LA UNIVERSIDAD

NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**“ANÁLISIS DESCRIPTIVO SOBRE LA ASERTIVIDAD Y EL
TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR. EL CASO DE UNEME CISAME,
COATZACOALCOS.”**

TESIS

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

XOCHITL GUADALUPE TERAN CRUZ

ASESOR DE TESIS:

LIC. OMAR CASTILLEJOS ZARATE

COATZACOALCOS, VERACRUZ

SEPTIEMBRE DE 2021.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

DEDICATORIA

Dedico este trabajo principalmente a Dios, por haberme dado la vida y permitirme el haber llegado hasta este momento tan importante de mi formación profesional, por su amor incondicional y compañía en los buenos y malos momentos.

A mi madre por ser el pilar, mi motivación y ejemplo de fortaleza, que a pesar de que no puede estar presente físicamente, sé que tengo su apoyo, cariño y compañía.

A mi padre por sus palabras de aliento, guía, consejos y esfuerzo para que pudiera lograr concluir mi formación profesional.

A toda mi familia en general, por compartir conmigo momentos tan importantes en mi vida; de quienes he heredado el tesoro y la riqueza más grande: El amor.

AGRADECIMIENTOS

Quiero expresar mi gratitud:

De manera especial a la Psic. Azucena por ayudarme a dar el primer paso en este proyecto; a mi maestra de metodología, la Psic. María Antonia Rodríguez Millán, por su paciencia, conocimientos y guía, con su ayuda, hoy puedo culminar este trabajo y a mi Director de Facultad el Psic. Omar Castillejos por haberme brindado su apoyo para desarrollarme profesionalmente y seguir cultivando mis valores.

A mis maestros por compartir sus conocimientos y experiencias, por dedicarse a la formación educativa y por preocuparse en el alumno como persona, con problemas y errores, pero siempre potencializando sus virtudes y triunfos.

A los egresados de la Licenciatura en Psicología, de la generación 2015 – 2019, de la Universidad de Sotaventos A.C. por compartir tanto momentos recreativos como educativos, por los lazos afectivos creados, el apoyo en las dificultades y la vivencia juntos de esta etapa de transición, de formación profesional y transformación interior.

Al personal de la Clínica de Salud Mental, quienes me dieron el apoyo para desarrollar este proyecto en sus instalaciones y por contribuir en mi educación profesional y experiencia laboral. A los usuarios del CISAME, que accedieron a responder el Test.

Y finalmente a todas las personas que ayudaron directamente e indirectamente en la realización de este proyecto. Gracias, por lo que juntos hemos logrado...

ÍNDICE

DEDICATORIA	2
AGRADECIMIENTOS	3
INTRODUCCIÓN	7
CAPÍTULO I: PLANTAMIENTO DEL PROBLEMA.....	9
1.3 OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	14
1.4 HIPÓTESIS.....	15
CAPÍTULO II: MARCO TEORICO	17
2.1 ASERTIVIDAD.....	17
2.1.1 CONCEPTO	17
2.1.2 CARACTERÍSTICAS DE LA ASERTIVIDAD.....	18
2.1.3 TIPOS DE ASERTIVIDAD	20
2.1.4 COMPONENTES DE LA COMUNICACIÓN ASERTIVA	27
2.1.5 CARACTERÍSTICAS DE LA PERSONA ASERTIVA.....	34
2.1.6 CARACTERÍSTICAS DE LA PERSONA NO-ASERTIVA.....	35
2.1.7 BENEFICIOS DE LA CONDUCTA ASERTIVA	35
2.1.8 INFLUENCIA DE LA ASERTIVIDAD EN LA SALUD	37
2.2 COMUNICACIÓN	39
2.2.1 CONCEPTO	39
2.2.2 ANTECEDENTES HISTORICOS	41
2.2.3 ELEMENTOS DE LA COMUNICACIÓN HUMANA.....	48
2.2.4 CLASIFICACIÓN DE LOS TIPOS DE COMUNICACIÓN.....	49
2.2.5 AXIOMAS DE LA COMUNICACIÓN PROPUESTOS (Paul. Watzlawick, Janet Beavin y Don Jackson, 1985).....	53
2.3 COMUNICACIÓN ASERTIVA.	57
2.3.1 CARACTERÍSTICAS DE LA COMUNICACIÓN ASERTIVA	58
2.4 DEPRESIÓN.....	60

2.4.1 DEFINICIÓN.....	61
2.4.2 FACTORES ETIOLÓGICOS.....	61
2.4.3 TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR.....	64
2.4.3.1 CRITERIO DIAGNÓSTICO.....	65
2.4.3.2 TRATAMIENTO.....	67
2.4.3.2.1 TIPOS DE TRATAMIENTO.....	68
2.5 SALUD METAL.....	72
2.5.1 CONCEPTO.....	72
2.5.2 ANTECEDENTES.....	73
2.5.3 LA SALUD MENTAL COMO NECESIDAD BÁSICA.....	75
2.5.4 RELACIÓN ENTRE ENFERMEDAD MENTAL Y ENFERMEDAD FÍSICA.....	76
2.5.5 PANORAMA MUNDIAL.....	77
2.5.6 PANORAMA NACIONAL.....	79
2.5.7 PANORAMA EN EL ESTADO DE VERACRUZ.....	81
2.5.8 CISAME.....	84
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA.....	90
3.1 ENFOQUE DE INVESTIGACIÓN.....	90
3.2 TIPO DE ESTUDIO.....	90
3.3 POBLACIÓN.....	91
3.3.1 MUESTRA.....	92
3.3.1.1 TIPO DE MUESTREO.....	92
3.3.2 INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	94
CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LOS DATOS.....	98
4.1 RESULTADOS DEL TEST.....	98
4.2 GRÁFICAS.....	99
4.3 ANÁLISIS DE LOS DATOS.....	107
CAPITULO V: CONCLUSIONES.....	108

BIBLIOGRAFÍA 113

ANEXOS 116

 ANEXO 1. DECLARACIÓN UNIVERSAL DE DERECHOS HUMANOS 117

INTRODUCCIÓN

En los últimos años se ha ido reconociendo la importancia de la Salud mental y el desarrollo de las habilidades sociales, las cuales son importantes para que el individuo pueda adaptarse a las condiciones y situaciones del ambiente. La comunicación es un elemento importante, pues no solo nos permite transmitir información sino también comunicar pensamientos, ideas, sentimientos, entre otros aspectos.

El tema de la asertividad, conlleva a pensar de una manera distinta, de modo que las personas se desenvuelvan y convivan con las demás personas, tomando en cuenta el cómo se establecen esas relaciones, y de qué manera se ven beneficiadas o afectadas por distintos factores.

La no asertividad puede conducir a enfrentamientos y problemas que afecten las relaciones; la asertividad busca la mejor alternativa para resolver los conflictos, tomando en cuenta las necesidades propias y las de los demás

A lo largo del tiempo la sociedad y la comunicación han ido cambiado, igual que los índices de trastornos mentales. Las condiciones de desarrollo de los individuos en muchos casos no han sido propicias para que establezcan habilidades sociales que les permita tener estabilidad emocional y salud física.

En la siguiente investigación se propone medir la comunicación asertiva y analizar la relación que tiene con la salud mental. Considerando que la pérdida de salud mental y el padecimiento de trastornos mentales pueden ser la consecuencia de la ausencia de asertividad.

En el primer capítulo se detalla el propósito de la tesis, demostrar lo importante que es la comunicación asertiva, donde se expondrá el planteamiento del problema y la definición de cada variable que compone esta investigación. El objetivo general quedó establecido de la siguiente manera: Determinar si existe relación entre el perfil “No asertivo” arriba de la media de la Escala Multidimensional de Asertividad; y el Diagnostico de Trastorno Depresivo Mayor de los usuarios que asisten al área de Salud Mental, entre las edades de 25 a 40 años con Clínica de Salud Mental de Coatzacoalcos, Veracruz.

Nuestra pregunta de investigación fue: ¿Existe relación entre la Asertividad y la Salud Mental en los usuarios entre las edades de 25 a 40 años con Diagnostico de Trastorno Depresivo Mayor que asisten la Clínica de Salud Mental de Coatzacoalcos, Veracruz?

En el segundo capítulo pertenece al Marco teórico donde se incluyen temas como: la comunicación, la asertividad, la comunicación asertiva, la depresión y la salud mental, cada uno desarrollado por sus subtemas.

En el tercer capítulo se describe la metodología, tipo de investigación, la población y muestra.

En el cuarto capítulo se evalúa los datos obtenidos en la aplicación de la Escala y se realiza la presentación del análisis de los resultados.

En el quinto capítulo titulado Conclusiones, se comprobó que la hipótesis se acepta porque las personas en 70% no son asertivas y que el grupo de mujeres, tienen un 60% de no asertividad, otro dato importante es que el grupo de mayor asertividad es el de los jóvenes que el de los adultos; por lo que se concluyó que el no ser asertivo sí se relaciona con el Trastorno Depresivo Mayor.

CAPÍTULO I: PLANTAMIENTO DEL PROBLEMA

Una de las necesidades básicas del ser humano es la Salud y basándose en la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2006), la describe como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Resaltando de esta forma que cada uno de estos tres elementos, tanto la estructura física, mental y social son fundamentales no solo en su forma individual, sino que están relacionados entre ellos; no se puede tener salud, si no hay coherencia entre estos elementos. He aquí la importancia de la Salud Mental, el cual al no poseerla hay cierto declive tanto en el área física y social.

En el 2013 la OMS define la Salud Mental como: «Estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad» (p. 47).

Los trastornos mentales comunes están en aumento en todo el mundo. Entre 1990 y 2013, según la OMS el número de personas con depresión ha aumentado en cerca de un 50%, de 416 millones a 615 millones. Cerca de un 10% de la población mundial está afectado, y los trastornos mentales representan un 30% de la carga mundial de enfermedad no mortal. Las emergencias humanitarias y los conflictos aumentan la necesidad de ampliar las opciones terapéuticas. La OMS estima que durante las emergencias 1 de cada 5 personas se ve afectada por la depresión.

En el 2018 la depresión se considerada como la principal causa de discapacidad a nivel mundial.

En México de cada 100 habitantes, 15 sufren depresión y esta cifra puede aumentar, ya que algunas personas jamás han sido diagnosticadas y viven hasta 15 años sin saber que padecen esta afección, de acuerdo con la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM, 2019).

La asertividad es una habilidad social que nos permite expresar sentimientos, opiniones y pensamientos, en el momento oportuno, de la forma adecuada y sin negar ni desconsiderar los derechos de los demás. Es una habilidad social fundamental en el desarrollo humano y esencial en la comunicación humana. Al contar con dicha habilidad el individuo cuenta con la capacidad para identificar y actuar sobre aquellos factores tales como: el temor, los sentimientos de culpa, las ideas irracionales, entre otras.

La relación entre Salud Mental y el Desarrollo Humano es tan estrecha como ignorada, aunque ambas buscan potenciar las capacidades de los individuos para lograr un bienestar individual y social, la salud mental ha sido sistemáticamente excluida de los planes de desarrollo, por eso sin importar los proyectos planteados para el tratamiento de los trastornos mentales, estos continúan aumentando; se sigue trabajando el problema desde la consecuencia y no la raíz.

Esta investigación tiene por objetivo el medir el nivel de Asertividad en los usuarios entre las edades de 25 a 40 años, con escolaridad mínima de secundaria, que radican en la ciudad de Coatzacoalcos; con un diagnóstico menor a un año de Trastorno de Depresivo Mayor; que asisten al UNEME, CISAME ¹de Coatzacoalcos, Veracruz.

¹ Unidad de Especialidades Médicas, Clínica de Salud Mental

En base a los resultados promover la importancia de la salud mental y el entrenamiento en la asertividad como parte fundamental en el desarrollo humano y de prevención para desarrollar un trastorno mental.

1.2 JUSTIFICACIÓN

La presente investigación surge de reconocer que aún con los avances tecnológicos y la en la comunicación, las personas no han desarrollado habilidades sociales fundamentales para la vida diaria, una de ellas, la asertividad; aunado a esto han aumentado los índices de Depresión y ansiedad en la población mexicana, por eso en esta investigación se busca medir el nivel de asertividad en los pacientes con diagnóstico de Trastorno Depresivo Mayor.

Considerando que el no ser asertivo tiene como consecuencia la pérdida de autoestima, la pérdida del aprecio de las demás personas, la falta de respeto de los demás, los sentimientos de culpa, la exposición a altos niveles de frustración y estrés, la falta de carácter, la falta de creencias o ideologías, la dependencia de otros, el no poseer confianza en sus habilidades, la falta de fortaleza para expresar sus derechos, entre otros. Al tomar como referencia lo anterior conviene comprender la comunicación asertiva como un proceso vital para el desarrollo del ser humano. Este estudio está orientado hacia la comprensión del campo comunicación y su influencia en la salud mental, de tal forma que los resultados obtenidos puedan ser útil para futuras investigaciones.

Este estudio beneficia a la población en general debido a que es parte del área de la salud. Científicamente se ha demostrado que es posible disminuir el estrés e incrementar la autoestima, resultado que se logra si se promueve la habilidad de exteriorizar y darle valor a lo que la persona cree, además de actuar por dirección propia.

Es necesario en medio de una generación de muchos avances tecnológicos y cultura cibernética fomentar las habilidades sociales que son parte fundamental para vivir en plenitud y que hoy en día muchos carecen de esto por el poco contacto que hay entre las personas.

La descripción implica la observación sistemática del objeto de estudio y catalogar la información que es observada para que pueda usarse y replicarse por otros. El objetivo es ir obteniendo los datos precisos que se puedan aplicar en promedios y cálculos estadísticos que reflejen; y con el enfoque cuantitativa se pueden obtener respuestas de la población a preguntas específicas. En esta investigación se busca hacer un análisis y describir un fenómeno mediante un instrumento que arroja datos observables, ya que son medibles, todo esto es de gran utilidad para dar acceso a otras investigaciones de mayor profundidad sobre un fenómeno en concreto, ofreciendo datos sobre la función y su forma.

1.2 OBJETIVO GENERAL

Determinar si existe relación entre el perfil “No asertivo” arriba de la media de la Escala Multidimensional de Asertividad; y el Diagnostico de Trastorno Depresivo Mayor de los usuarios entre las edades de 25 a 40 años que asisten a la Clínica de Salud Mental de Coatzacoalcos, Veracruz.

1.3 OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Analizar la problemática vinculada al tema de la depresión y la asertividad en una Clínica Médica de Especialidades Mentales.
2. Revisar a fondo la bibliografía existente acerca del tema la asertividad y la depresión en México.
3. Realizar un estudio descriptivo a cerca de una muestra específica ubicada en el UNEME CISAME, de la ciudad de Coatzacoalcos, en el periodo Julio 2018 a Julio 2019.
4. Analizar los resultados a partir de los datos obtenidos en el instrumento de recolección de datos.
5. Desarrollar las conclusiones que se desprenden de los datos obtenidos en el estudio de campo, así como hacer recomendaciones a profesionistas y proponer futuras líneas de acción.

1.4 HIPÓTESIS

Existe relación entre el perfil “No asertivo” arriba de la media de la Escala Multidimensional de Asertividad; y el Diagnostico de Trastorno Depresivo Mayor de los usuarios entre las edades de 25 a 40 años que asisten a la Clínica de Salud Mental de Coatzacoalcos, Veracruz.

1.5 VARIABLES

- Definición de la Variable Independiente

La conducta asertiva se define como: "El aspecto de la libertad emocional que se relaciona con la capacidad de luchar por los propios derechos" (Lazarus, 1966, p. 209).

- Definición de la Variable Dependiente

La depresión se define como una enfermedad que se caracteriza por una tristeza persistente y por la pérdida de interés en las actividades con las que normalmente se disfruta, así como por la incapacidad para llevar a cabo las actividades cotidianas, durante al menos dos semanas. (OMS, Campaña Mundial de Salud Pública, 2017).

- Definición operacional de la Variable Independiente

La Escala Multidimensional de asertividad de Flores Galaz y Mirta Margarita publicado por la Editorial el Manual Moderno, tiene como objetivo: evaluar el tipo y grado de asertividad que presente el individuo. Es un instrumento autoaplicable que consta de 45 afirmaciones tipo Likert de cinco opciones de respuesta. La EMA, desde una perspectiva etnopsicológica, aborda tres dimensiones: Asertividad indirecta, No asertividad y Asertividad, las cuales expresan la habilidad o inhabilidad que tenga la persona para autoafirmarse en diversas situaciones en su entorno social.

- Definición operacional de la Variable Independiente

Escala de valoración de Hamilton, elaborada por Hamilton M.

Para la evaluación de la depresión (Hamilton Depresión Rating Scale (HDRS)) es una escala, heteroaplicada, diseñada para ser utilizada en pacientes diagnosticados previamente de depresión, con el objetivo de evaluar cuantitativamente la gravedad de los síntomas y valorar los cambios del paciente deprimido. Se valora de acuerdo con la información obtenida en la entrevista clínica y acepta información complementaria de otras fuentes secundarias.

Si bien su versión original constaba de 21 ítems, posteriormente se realizó una versión reducida con 17 ítems, que es la recomendada por el Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos. La validación de la versión castellana de esta escala se realizó en 1986 por Ramos-Brieva. Diferentes evaluaciones han permitido comprobar la validez discriminante, la fiabilidad y la sensibilidad al cambio, tanto en poblaciones hospitalizadas como ambulatorios.

Cada cuestión tiene entre tres y cinco posibles respuestas, con una puntuación de 0-2 ó de 0-4 respectivamente. La puntuación total va de 0 a 52. Pueden usarse diferentes puntos de corte a la hora de clasificar el cuadro depresivo. La Guía de Práctica Clínica elaborada por el NICE [6], guía con una alta calidad global en su elaboración y una puntuación de "muy recomendada" según el instrumento AGREE, recomienda emplear los siguientes puntos de corte:

- No deprimido: 0-7
- Depresión ligera/menor: 8-13
- Depresión moderada: 14-18
- Depresión severa: 19-22
- Depresión muy severa: >23

CAPÍTULO II: MARCO TEORICO

2.1 ASERTIVIDAD

La asertividad es una habilidad social y comunicativa, relacionada con la capacidad de un individuo para establecer su punto de vista de manera sincera y directa; en conocer los propios derechos y defenderlos, respetando a los demás.

2.1.1 CONCEPTO

Riso (2008) refiere que la asertividad es la capacidad de defender y ejercer derechos personales sin traspasar los ajenos. La persona asertiva es idónea para defender los derechos personales y así mismo expresar desacuerdos, dar una opinión inversa y expresar sentimientos negativos, evita manipular y dejarse manipular por los derechos de los demás.

La asertividad refleja el estilo de comunicación que se utiliza con las personas con quien se tenga determinado grado de relación, por lo que es sumamente importante en jóvenes por considerarse esta como uno de los pilares para que las relaciones sean satisfactorias.

Hare (2003) refiere que la asertividad no es un rasgo del carácter que posea una persona cuando nace y desde la concepción la haya adquirido o no. Debe definirse como la habilidad que un individuo tiene para poder comunicarse y por tanto puede ser aprendida durante su crecimiento y desarrollo. El ser humano debe diferenciar lo que es asertividad con la no afirmación y agresividad.

Para que se pueda identificar las diferencias entre los conceptos anteriormente mencionados la persona puede evaluarse continuamente en las relaciones interpersonales con

distintos sujetos, puesto que su comportamiento con algunos puede denotar debilidad para expresar ideas, sentimientos u objeciones, o contrariamente mostrar actitudes duras y agresivas sin tomar en cuenta los derechos o sentimientos de los otros o adoptar actitudes de sinceridad y honestidad de manera respetuosa y tranquilamente, aunque alguno de los comportamientos descritos anteriormente predominan en las personas, claro está que los individuos no serán al cien por ciento de una manera u otra, ni totalmente asertivos, si así lo han decidido aún cuando la decisión sea tomada inconscientemente.

García (2007) define a Asertividad como la habilidad de expresar deseos de una manera abierta, directa, amable, franca y adecuada, al lograr decir lo que se quiere sin atentar contra los demás. La asertividad es saber pedir, negar, negociar y ser flexible para poder conseguir lo que se quiere, al respetar los derechos del otro y expresar sentimientos de forma clara, a su vez consiste en recibir y hacer cumplidos, el elemento básico es perder la ansiedad y el miedo hasta el punto que dificulta o impiden expresar los deseos.

2.1.2 CARACTERÍSTICAS DE LA ASERTIVIDAD

De acuerdo con Alberti en 1977, (citado en Caballo, 2005) propone las siguientes características de la asertividad:

- Es una característica de la conducta, no de las personas.
- Es específica a la persona y a la situación, no universal.
- Debe contemplarse en el contexto cultural del individuo.
- Está basada en la capacidad de un individuo de escoger libremente su acción.

- Es una característica de la conducta socialmente eficaz, no dañina.

Las clases de respuestas que abarcan las habilidades sociales de aserción son:

- ✓ Capacidad de decir “no”.
- ✓ Capacidad de pedir favores y hacer peticiones
- ✓ Capacidad de expresar sentimientos positivos y negativos.
- ✓ Capacidad de iniciar, mantener y terminar conversaciones.
- ✓ Hacer cumplidos.
- ✓ Aceptar cumplidos.
- ✓ Expresar amor, agrado y afecto. Defender los propios derechos.
- ✓ Rechazar peticiones.
- ✓ Expresar opiniones personales, incluido el desacuerdo
- ✓ Expresión justificada de molestia, desagrado o enfado.
- ✓ Petición de cambio de conducta del otro.
- ✓ Disculparse o admitir ignorancia
- ✓ Afrontar las criticas
- ✓ Solicitar satisfactoriamente un trabajo
- ✓ Hablar en publico

Estas respuestas de acuerdo con Wilkinson y Carter en 1982, (citado por Caballo, 2005) consisten en un conjunto de capacidades de actuación aprendidas. No hay datos definitivos sobre cómo y cuándo se aprenden, pero la niñez es sin duda un periodo crítico. Las primeras experiencias de aprendizaje podrían interaccionar con predisposiciones biológicas para determinar ciertos patrones relativamente consistentes de funcionamiento social.

El temperamento determina la expresividad general del individuo, al menos inicialmente, y este nivel de expresividad tendría importantes implicaciones sociales y emocionales. Los niños más inhibidos van a disponer de menos oportunidades de aprender y practicar conductas sociales, y probablemente reciban menos refuerzo, bajo la forma de alabanzas, sonrisas, etc. por parte de las personas de su entorno. Posiblemente a los niños más desinhibidos les ocurra lo contrario, estando expuestos a interacciones sociales en las que el comportamiento de los demás será más agradable y más expresivo ante la conducta manifiesta por dichos niños.

Para Buck (1991) es probable que, en la mayoría de las personas, el desarrollo de asertividad dependa principalmente de la maduración y de las experiencias de aprendizaje. Cuánto más experiencia tenga un individuo de una situación, más dependerá su conducta social de lo que el individuo ha aprendido a hacer en esa situación y menor será la contribución aparentemente del temperamento (citado en Caballo, 2005, p. 11).

2.1.3 TIPOS DE ASERTIVIDAD

Consideramos que la asertividad es aquella habilidad social que reúne las conductas y pensamientos que nos permiten defender los derechos de cada uno sin agredir ni ser agredido (García-Rincón de Castro, 2010).

Para lograr entender los tipos de asertividad, en esta investigación se tomará en cuenta principalmente las tres dimensiones de asertividad descritas por Mirta Margarita Flores Galaz y Rolando Díaz - Loving autores de la Escala Multidimensional de Asertividad (EMA), en las cuales se expresan la habilidad o inhabilidad que tenga la persona para autoafirmarse en

diversas situaciones en su entorno social. Se explora la habilidad social que permite expresar los pensamientos, los sentimientos, aceptar la crítica; dar y recibir cumplidos, iniciar conversaciones y defender los derechos de cada uno de manera directa, honesta y oportuna, respetándose a sí mismo y a los demás.

García-Rincón de Castro (2010) menciona que una de las razones por la cual la gente es poco asertiva, es debido a que piensan que no tienen derecho a sus creencias, derechos u opiniones. En este sentido, es importante enseñar que la gente tiene derecho a defender sus derechos ante situaciones que a todas luces son injustas.

En la Escala Multidimensional de Asertividad (EMA), menciona tres dimensiones, las cuales se describirán a continuación:

➤ ASERTIVIDAD

De acuerdo con la EMA, la asertividad es la habilidad del individuo para expresar sus limitaciones, sentimientos, opiniones, deseos, derechos, para dar y recibir alabanzas, hacer peticiones y manejar la crítica.

Cuando estoy siendo asertivo, expreso quien soy. Le digo lo que pienso, como me siento y lo que creo. Lo hago de una manera directa y honesta, que además es apropiada. ¿Qué quiero decir por apropiada?, es posible que yo entre a una habitación y usted me vea con desagrado en cuanto la vea. Puede que sea directo y honesto decirle: “No me gusta su cara”, pero es muy poco apropiado (Beverly, 2003).

Para García-Rincón de Castro, (2010) implica la expresión directa de los propios sentimientos, deseos, derechos legítimos y opiniones sin amenazar o castigar a los demás y sin violar los derechos de esas personas. La aserción implica respeto hacia uno mismo al expresar necesidades propias y defender los propios derechos y respeto hacia los derechos y necesidades de las otras personas. El individuo tiene que reconocer también cuáles son sus responsabilidades en esa situación y qué consecuencias resulta de la expresión de sus sentimientos.

Van-der Hofstadt y Gómez (2006) mencionan que el objetivo fundamental de la persona asertiva no es conseguir lo que desea a cualquier precio, sino ser capaz de expresarse de forma adecuada y sin agredir, de manera que, al interactuar con una persona asertiva, en muchas ocasiones, la conversación se convierte en una negociación.

Con respecto al comportamiento externo o componentes conductuales, Caballo en 2005, menciona que las personas que posee un estilo comunicacional asertivo o hábil, tienen las siguientes características:

- Habla fluida, seguridad, no bloqueos o muletillas.
- Contacto ocular directo pero no desafiante, cuerpo relajado, postura cómoda.
- Expresión de sentimientos: defensa sin agresión, honestidad, capacidad de pedir aclaraciones, decir “no”, saber aceptar errores.
- Con respecto a sus sentimientos y emociones: buena autoestima, no se sienten inferiores ni superiores a los demás, satisfacción en las relaciones, sienten respeto por uno mismo y los demás, poseen sensación de control emocional.

➤ NO ASERTIVIDAD

En la EMA, menciona que es la inhabilidad del individuo para expresar sus deseos, sentimientos, opiniones, limitaciones, alabanzas, iniciar la interacción con otras personas y manejar la crítica.

Para Puchol (2010) el comportamiento no asertivo (pasivo) consiste en respetar los deseos e interés de las demás personas, sin considerar los propios. Se piensa que las necesidades de las otras personas son más importantes que las nuestras, y que tienen más cosas que aportar que nosotros. Las personas no asertivas suelen considerar que de esta forma evitan molestar u ofender a los demás, si bien lo único que se consigue, a medio plazo, es la pérdida de la autoestima y del aprecio de las otras personas. La finalidad de la conducta no asertiva es evitar el conflicto a toda costa y agradar a los demás.

Por otra parte, para García-Rincón de Castro (2010) hace referencia a la transgresión de los propios derechos al no ser capaz de expresar abiertamente sentimientos, pensamientos y opiniones o al expresarlos de una manera autoderrotista, con disculpas, con falta de confianza, de tal modo que los demás puedan no hacerle caso.

Hay un límite respecto a la cantidad de frustración que un individuo puede almacenar dentro de sí mismo. El que recibe la conducta no asertiva puede experimentar también una variedad de consecuencias desfavorables. Tener que inferir constantemente lo que está realmente diciendo la otra persona o tener que leer sus pensamientos es una tarea difícil y abrumadora que puede dar lugar a sentimientos de frustración, molestia o incluso ira hacia la persona que se está comportando de forma no asertiva.

La principal característica del estilo de comunicación inhibido es que la persona se preocupa por satisfacer a los demás. Por este motivo, una de sus características es que son personas que no defienden sus propios derechos (Van-der Hofstadt y Gómez, 2006).

El ser incapaz de expresar los propios sentimientos o pensamientos puede conducir a sentimientos de culpa, ansiedad, depresión y baja autoestima. La gente que normalmente se comporta de manera pasiva puede desarrollar quejas psicósomáticas tales como dolores de cabeza y úlceras de diversos tipos, debido a la supresión de sentimientos reprimidos.

Para Caballo (2005) el individuo que se comporta de manera no asertiva suele tener una evaluación de sí mismo inadecuada y negativa, sentimientos de inferioridad, una tendencia a mantener papeles subordinados en sus relaciones con los otros, una tendencia a ser excesivamente solícito de apoyo emocional de los demás y una ansiedad interpersonal excesiva. Ese individuo se sentirá insatisfecho, estará frecuentemente haciendo cosas que no desea hacer. Está tensa y no sabe cómo relajarse. Se queja cuando se le critica en presencia de otros, pero tampoco quiere ser criticado cuando está solo.

Con respecto al comportamiento externo o componentes conductuales, las personas que poseen un estilo comunicacional pasivo o no asertivo, tienen las siguientes características, según Caballo en 2005:

- Volumen de voz bajo, habla poco fluida, bloqueos, tartamudeos, vacilaciones, silencios, muletillas.
- Huida del contacto ocular, mirada baja, cara tensa, dientes apretados o labios temblorosos, manos nerviosas, postura tensa, incomoda.

- Los pensamientos o cogniciones giran en torno a: consideran que así evitan molestar u ofender a los demás, “Lo que yo sienta, piense o desee no importa. Importa lo que tú sientas, pienses o desees”; “Es necesario ser querido y apreciado por todo el mundo”.
- Constante sensación de ser incomprendido, manipulado, no tenido en cuenta.
- Sus sentimientos o emociones se refieren a: impotencia, mucha energía mental, frecuentes sentimientos de culpabilidad, baja autoestima, deshonestidad emocional, ansiedad, frustración.

➤ ASERTIVIDAD INDIRECTA

Para los autores de la EMA, la asertividad indirecta es la inhabilidad del individuo para tener enfrentamientos directos, cara a cara o, 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 crítica, a través de cartas, teléfono u otros medios.

La agresividad, de acuerdo con Van-der Hofstadt y Gómez (2006) es otra forma de conducta no asertiva. Consiste en no respetar los derechos, sentimientos e interese de los demás y, en su forma más extrema, incluye conductas como ofenderlos, provocarlos o atacarlos. Las personas con este estilo de comunicación agresivo se caracterizan porque sólo se preocupa por defender a cualquier precio sus derechos, y además lo hace faltando al respeto a los otros. Este estilo de comunicación conlleva agresión y sentimientos de desprecio y dominio hacia los demás.

Se trata de la defensa de los derechos personales y expresión de los pensamientos, sentimientos y opiniones de una manera inapropiada e impositiva y que transgrede los derechos de las otras personas. La conducta agresiva en una situación puede expresarse de manera directa o indirecta. La agresión verbal directa incluye ofensas verbales, insultos, amenazas y comentarios hostiles o humillantes la agresividad no es igual a la violencia, pero sí se puede convertir en violencia cuando busca anular o destruir al otro (García-Rincón de Castro, 2010).

Puchol (2010) menciona que el objetivo que suelen tener las personas agresivas es el dominio de los demás; piensan que si no se comportan de esta forma se convierten en sujetos demasiado vulnerables. Sin embargo, lo único que se consigue es que las personas de su entorno lo rechacen.

Con respecto al comportamiento externo o componentes conductuales, las personas que posee un estilo comunicacional agresivo, tienen las siguientes características de acuerdo con Caballo, 2005:

- Volumen de voz elevado, a veces habla poco fluida por ser demasiado precipitada, habla tajante, interrupciones, utilización de insultos y amenazas.
- Contacto ocular retardado, cara tensa, manos tensas, postura que invade el espacio de otro, tendencia al contraataque.
- Patrones de pensamiento: “Ahora sólo yo importo. Lo que tú pienses o sientas no me interesan”; “Es horrible que las cosas no salgan como a mí me gustaría que saliesen”; piensa que si no se comporta de esta forma, son excesivamente vulnerables.

- Emociones y sentimientos: ansiedad creciente, soledad, sensación de incomprensión, culpa frustración, baja autoestima, sensación de falta de control, enfado cada vez más constante y que se extiende a cada vez más personas y situaciones.
- Honestidad emocional: expresan lo que sienten y “no engañan a nadie”.

2.1.4 COMPONENTES DE LA COMUNICACIÓN ASERTIVA

Caballo (2005) en su libro Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales postula que la conducta interpersonal se divide en elementos componentes específicos. Estos componentes se pueden clasificar en conductuales y cognitivos. A su vez, dentro de los elementos conductuales se encuentran la comunicación verbal y la comunicación no verbal. A continuación se detallarán cada uno de estos componentes de la comunicación asertiva.

2.1.4.1 COMPONENTES CONDUCTUALES

La conducta, tanto verbal como no verbal, es el medio por el que la gente se comunica con los demás y constituyen ambas los elementos básicos de la habilidad social.

La comunicación verbal es inevitable en presencia de otras personas. Un individuo puede decidir no hablar, o ser incapaz de comunicarse verbalmente, pero todavía sigue emitiendo mensajes sobre sí mismo a los demás por medio de su cara y de su cuerpo. Estos mensajes no verbales a menudo son también recibidos de forma no consciente.

La gente se forma opiniones de los demás a partir de su conducta no verbal, sin saber identificar exactamente qué es lo agradable o irritante de cada persona en cuestión. Para

que un mensaje se considere transmitido de forma socialmente hábil (asertiva), las señales no verbales tienen que ser congruentes con el contenido verbal (Davis, 1976, como se citó en Caballo, 2005).

Las personas no asertivas carecen a menudo de la habilidad para dominar los componentes verbales y no verbales apropiados de la conducta, y de aplicarlos conjuntamente, sin incongruencias. La manera en que se expresa un mensaje socialmente adecuado es mucho más importante que las palabras que se usan.

Los mensajes no verbales tienen varias funciones. Pueden reemplazar a las palabras, repetir lo que se está diciendo, enfatizar un mensaje verbal (especialmente de tipo emocional), regular la interacción y hasta contradecir el mensaje verbal (este último raramente ocurre de manera consciente (Argyle, 1969, como se citó en Caballo, 2005).

A continuación se describirán cada uno de los principales componentes no verbales que contiene todo mensaje que emitimos (Davis, 1976, como se citó en Caballo, 2005).

- La mirada: Casi todas las interacciones de los seres humanos dependen de miradas recíprocas. La cantidad y tipo de miradas comunican actividades interpersonales, de tal forma que la conclusión más común que una persona extrae cuando alguien no le mira a los ojos es que está nervioso y le falta confianza en sí mismo. Los sujetos asertivos miran más mientras hablan que los sujetos poco asertivos. De esto depende que la utilización asertiva de la mirada, como componente no verbal de la comunicación, implique una reciprocidad equilibrada entre el emisor y el receptor, variando la fijación de la mirada según se esté hablando o escuchando. El

contacto visual intensifica la intimidad, y expresa y estimula las emociones, ya que nos hace sentirnos visibles, vulnerables y expuestos.

- La dilatación pupilar. Los cambios emocionales afectan al tamaño de las pupilas. Cuando observamos algo que estimula nuestro interés, nuestras pupilas se dilatan. Por el contrario, las pupilas se contraen cuando observamos algo que rechazamos. Estos cambios ocurren sin que nos demos cuenta de ello, por lo tanto constituyen una valiosa clave de nuestros verdaderos sentimientos. Por otro lado, la dilatación pupilar puede ser indicativa de un interés positivo con cierta carga sexual hacia el que lo percibe.
- La expresión facial: La expresión facial juega varios papeles en la interacción social humana: a) muestra el estado emocional de una persona, aunque ésta pueda tratar de ocultarlo; b) proporciona una retroalimentación continua sobre si está comprendiendo el mensaje, se está sorprendido, de acuerdo, en contra, etc., en relación con lo que se está diciendo; c) indica actitudes hacia las otras personas. La persona asertiva adoptará una expresión facial que esté de acuerdo con el mensaje que quiere transmitir. Es decir, no adoptará una expresión facial que sea contradictoria o no se adapte a lo que se quiere decir. La persona no asertiva, por ejemplo, frecuentemente está “cociendo” por dentro cuando se le da una orden injusta; pero su expresión facial muestra amabilidad.
- Las sonrisas: El sonreír constituye un vínculo precario pero vital entre los seres humanos. La sonrisa constituye la expresión facial más fácilmente

reproducible a voluntad. Suele ser utilizada para coquetear con los demás y constituye una invitación que abre los canales de comunicación deseado.

- La postura corporal: Existen cuatro tipos de posturas: a) postura de acercamiento, que indica atención, y puede interpretarse de manera positiva (simpatía) o negativa (invasión) hacia el receptor; b) postura retirada, que suele interpretarse como rechazo, repulsa o frialdad; c) postura erecta, que indica seguridad, firmeza, pero también puede reflejar orgullo, arrogancia o desprecio; d) postura contraída, que suele interpretarse como depresión, timidez y abatimiento físico o psíquico. La persona asertiva adoptará generalmente una postura cercana y erecta, mirando de frente a la persona. La relajación de la postura sirve para comunicar actitudes, mientras que una postura tensa puede comunicar sumisión y ansiedad, así como un elevado grado de una emoción.
- Los gestos: Un gesto es cualquier acción que envía un estímulo visual a un observador. Son básicamente culturales; así, las manos y, en un grado menor, la cabeza y los pies, pueden producir una amplia variedad de gestos que se usan bien para amplificar y apoyar la actividad verbal o bien para contradecirla tratando de ocultar los verdaderos sentimientos. Los gestos asertivos son movimientos desinhibidos. Sugieren franqueza, seguridad en uno mismo y espontaneidad por parte del que habla.
- Distancia/proximidad: el grado de proximidad refleja claramente la naturaleza de cualquier encuentro, desde las relaciones más íntimas (grado de proximidad de 0-45 cm) hasta las más formales (grado de distancia

desde 3.65 m). Es por esto que la conducta espacial es parte de la habilidad social.

- El contacto físico: Es la forma más íntima de comunicación. El tipo de contacto que es apropiado dependerá del contexto particular, de la edad y de la relación entre la gente implicada. El contacto corporal constituye la forma biológica básica de expresar actitudes interpersonales. No obstante, algunas formas de contacto se usan como señal para la interacción y no comunican actitudes interpersonales.
- La apariencia personal: El principal fin de la manipulación de la apariencia es la auto representación, que indica cómo se ve a sí mismo el que así se presenta y cómo le gustaría ser tratado. Las características de la apariencia personal ofrecen impresiones a los demás sobre el atractivo, estatus, grado de conformidad, inteligencia, personalidad, clase social, estilo y gusto, sexualidad y edad de esa persona. El atractivo físico es un componente muy importante en las relaciones interpersonales, ya que nuestra apariencia es el grado más visible y más fácilmente accesible a los demás; basándose únicamente en el atractivo físico, la gente formula amplias ideas sobre la persona que observa. Ya que la gente atractiva suele recibir evaluaciones y reacciones positivas de los demás, es más segura y asertiva. Debido a esta hay una pequeña, pero significativa, correlación entre el aspecto físico y el autoconcepto positivo.

2.1.4.2 COMPONENTES PARALINGÜÍSTICOS

El área paralingüística o vocal, hace referencia a “cómo” se transmite el mensaje; mientras que el área propiamente lingüística o habla, estudia “lo que” se dice. Las señales vocales pueden afectar drásticamente al significado de lo que se dice y de cómo se recibe el mensaje. La misma frase dicha en varios tonos de voz o con determinadas palabras enfatizadas puede transmitir mensajes muy diferentes. Una persona asertiva es capaz de compartir en una conversación un tiempo igual de habla con el receptor

Esto son solo algunos ejemplos en los que se basa la comunicación no verbal. Por otra parte la comunicación verbal, utiliza la conversación como instrumento, que permite transmitir información y mantener más relaciones sociales adecuadas.

Mientras tanto, las palabras empleadas dependerán de la situación en que se encuentre una persona, su papel en esa situación y lo que está intentando lograr. Implica un grado de integración compleja entre las señales verbales y las no verbales, tanto emitidas como recibidas, (Alberti y Emmonson, 1978, como se citó en Caballo, 2005).

2.1.4.3 COMPONENTES COGNITIVOS

Rosenthal (1979), propone las siguientes características sobre el componente cognitivo: las competencias cognitivas, es la capacidad para transformar y emplear la información de forma activa y para crear pensamientos y acciones. Un individuo asertivo posee: conocimiento de la conducta habilidosa apropiada, conocimiento de las costumbres sociales, conocimiento de las

diferentes señales de respuesta, empatía (saber ponerse en el lugar del otro) y capacidad de solución de problemas.

Otro componente son las estrategias de codificación y constructos personales, consiste en que las personas pueden agrupar y codificar los mismos acontecimientos de manera diferente y atender selectivamente a las distintas clases de información. Los individuos más habilidosos socialmente, son descodificadores más precisos, mientras que las personas ansiosas sobreestiman las señales de rechazo. Las creencias de un individuo, una vez establecidas, funcionan con esquemas para organizar y procesar la información futura relacionada con uno mismo.

Las expectativas son otro componente, se refiere a las predicciones del individuo sobre las consecuencias de la conducta y guían la selección de conductas. Una persona asertiva, utiliza expectativas de autoeficacia, en cambio en personas no asertivas tiene sentimientos de indefensión o desamparo.

La autoestima es un componente fundamental, es la evaluación por parte del individuo de su propio valor, adecuación y competencia. La asertividad y la autoestima están positivamente correlacionadas, ya que un individuo que actúa habilidosamente tiene un éxito mayor en las relaciones interpersonales y se siente de forma más positiva consigo mismo.

Y por último la autoverbalizaciones negativas, son conocidas también como habla con uno mismo, diálogos internos o pensamientos automáticos. Los sujetos poco asertivos tienen sistemáticamente más autoverbalizaciones negativas que los sujetos de alta asertividad (como se citó en Caballo, 2005).

2.1.5 CARACTERÍSTICAS DE LA PERSONA ASERTIVA

Castanyer (2000) expone que las personas asertivas conocen los propios derechos y los defienden, respetan a los demás, es decir, no van a ganar sino a llegar a un acuerdo. Las características de una persona asertiva son:

- A. Comportamiento externo: el cual incluye aspectos como habla fluida, entendiéndose como la habilidad para expresarse de manera que no encuentra obstáculos para utilizar las palabras que necesite al emitir un mensaje, además es importante demostrar seguridad en lo que se dice y para ello debe considerar mantener una relajación corporal, comodidad en la postura sin descuidar que se demuestre un aspecto desinteresado, defensa sin agresión del pensamiento que expresa, honestidad y el desarrollo de la capacidad para hablar de los propios gustos e intereses, en su momento pide aclaraciones y es capaz de aceptar errores, además está consciente de que puede expresar un “no”.
- B. Patrones de pensamiento: el individuo conoce y cree en los derechos para sí y para los demás, sus convicciones son en su mayoría “racionales” es decir, que tienen lógica, coherencia y no se apartan de la realidad objetiva en la cual los beneficios no son individuales sino colectivos, en la producción del pensamiento no se percibe como víctima de las circunstancias.
- C. Sentimientos y emociones: los sujetos poseen buena autoestima apreciándose a sí mismos como personas que tienen valor y merecen ser apreciados por otros como tales, no se sienten inferiores ni superiores a los demás sin importar el nivel económico que posean, saben respetarse a sí mismos y a los demás demostrándolo con actitudes externas,

también tienen sensación del control emocional que poseen de sí mismos, bajo circunstancias de presión no pierden el dominio propio con facilidad.

2.1.6 CARACTERÍSTICAS DE LA PERSONA NO-ASERTIVA

La persona no-assertiva no defiende los derechos e intereses personales, respeta a los demás, pero no a sí mismo, las características de una persona no-assertiva según Badia Llobet en el 2019 son:

- A. Comportamiento externo: el volumen de voz tiende a ser bajo, habla poco fluido, las manos se notan nerviosas, tartamudez, se mantiene en silencio, puede también utilizar muletillas en el habla, huye del contacto ocular, mirada baja, cara tensa y frecuentes quejas a terceros.
- B. Patrones de pensamiento: son personas sacrificadas pues piensan que son más importantes las emociones de los demás que las propias, constante sensación de ser incomprendido, manipulado, que no se le toma en cuenta en los pensamientos y deseos.
- C. Sentimientos y emociones: impotencia para manifestar sentimientos de inconformidad ante situaciones que en el interior le producen malestar, invierte mucha energía mental para pensar en la manera que los demás no noten las emociones, sentimientos de culpabilidad, autoestima baja, ansiedad y frustración.

2.1.7 BENEFICIOS DE LA CONDUCTA ASERTIVA

Schuler (2012) menciona que la asertividad es encontrar el punto en que se quiere decir algo, valorar previamente si es oportuno o no y buscar la forma adecuada para expresarlo, además de

verbalizar sentimientos propios y tener la capacidad de crear espacios adecuados para poder escuchar al otro.

La persona asertiva sabe observar y decidir el momento más adecuado para comunicar lo que piensa sin mentir u ocultar lo que siente, es capaz de aplicar ciertos filtros y valorar la utilidad de lo que va a decir. El elemento más esencial de este proceso es sentir lo que realmente se quiere expresar, sin entrar a la falsedad, de esta manera se mejora la relación con los demás.

La asertividad puede manejarse como una competencia por trabajar y aprovechar las situaciones que brinda la vida, así mismo, descubrir, aplicar estrategias y procedimientos desarrollados para entrenarla.

Elízando (2000) señala que en el contexto educativo las consecuencias positivas de la conducta asertiva se convierten en elementos básicos para desarrollar capacidades, observar con más facilidad las ocasiones en que se comunica incorrectamente y determinar qué hacer para corregirlo.

Riso (2008) argumenta dos beneficios específicos: a) Fortalece el amor propio y b) la dignidad, “Para exigir respeto debe existir auto respeto”, una consideración personal de ser particularmente valioso, es que la persona debe quererse y tener reconocimiento de que se es merecedor de lo mejor.

Existen ocasiones en que es imposible producir un cambio en el entorno, entonces el comportamiento asertivo se dirige a la emoción y no al problema, la expresión del sentimiento de insatisfacción o de ira es beneficiosa para la autoestima. La conducta asertiva no

necesariamente debe generar un cambio en los demás, la sola expresión propia de la emoción ya es importante en sí misma.

Castanyer (2000) argumenta que asertividad representa un camino hacia la autoestima y la capacidad de relacionarse con los demás de igual a igual, la persona que posee una autoestima alta podrá relacionarse con los demás, reconoce a los que son mejores sin sentirse inferior o superior a otro, el que una interacción resulte satisfactoria depende del sentimiento de valoración y respeto que se percibe hacia uno mismo, este sentimiento no depende tanto de la otra persona sino de que se posea una serie de habilidades para responder de una forma correcta con una serie de convicciones o esquemas mentales donde promueven el sentirse bien consigo mismo.

2.1.8 INFLUENCIA DE LA ASERTIVIDAD EN LA SALUD

Alberti Robert E. y Emmons Michael L. (2006) refieren que si las personas logran ser asertivas tendrán la habilidad de controlar estados emocionales, ansiedad o reacciones negativas en el momento de relacionarse con otras personas. Científicamente se ha demostrado que es posible disminuir el estrés e incrementar la autoestima, resultado que se logra si se promueve la habilidad de exteriorizar y darle valor a lo que la persona cree, además de actuar por dirección propia aun cuando esto implique ser o no ser asertivo e incluso agresivo.

El individuo debe evaluar si se es manipulable, si actúa tímidamente, si obra conforme los planes e intereses de los demás o por el contrario, actúa de manera que manipule a otras personas con el objetivo de lograr sus deseos e intereses.

En algunos casos si no se es asertivo el sujeto puede percatarse de ello por medio de síntomas físicos como: cefalea (dolores de cabeza), cansancio que produce fatiga, problemas digestivos y cutáneos, además de asma.

Si se desea contrarrestar los síntomas debe entrenarse para ser una persona asertiva, puesto que el poner esta habilidad en práctica evitara síntomas que deterioren la salud de manera que reflejará y vivirá físicamente con mayor salud, psicológicamente poseerá mayor seguridad en sí mismo, y por tanto será catalogado como apto en distintas tareas, tendrá la capacidad para manifestar la espontaneidad para comunicar mensajes de manera que tiene probabilidad incluso de ser admirado por quienes le rodean.

Para que un individuo pueda mantener un equilibrio debe tener claro el no abusar de los derechos de los otros, por ello es importante delimitar los propios. El ser humano debe saber cuáles son sus derechos humanos y comprender que han de ser los mismo para todos, sin tomarse en cuenta distintos aspectos como procedencia, profesión, logros, cultura, creencia, condiciones económicas, entre otros, de lo contrario se incurriría en el error de dañar a los demás.

Debe recordarse que La Declaración Universal de Derechos Humanos, amparada por el Consejo General de las Naciones Unidas, en 1948 (ver anexo no. 1, p. 117) guían el comportamiento adecuado en las relaciones sociales, lo cual abre una visión panorámica del comportamiento humano como ser social, ni mayor ni menor que otro ser humano y que por tanto habrá de comportarse de manera correcta con los demás y consigo mismo. Aunque cabe resaltar que socialmente se manejan algunas ideas irracionales que se mencionan a continuación:

Los jefes son superiores a los subalternos, los hombres tienen mayores capacidades físicas e intelectuales que las mujeres, de acuerdo a la profesión se adquiere el valor o superioridad sobre otros, el que posea mayores conocimientos intelectuales está por encima de quienes tienen un proceso de aprendizaje menor, cada persona adquiere mayor prestigio, importancia y valor de acuerdo al lugar de origen o de nacimiento.

Todas estas ideas irracionales, pueden estar presentes en personas no asertivas, para hacer la transición se tiene que hacer conscientes y tener una reflexión personal y profunda, acerca de lo absurdo de las ideas.

2.2 COMUNICACIÓN

Para Rizo, en el 2016, la comunicación es una condición esencial para el ser humano, necesaria para la supervivencia, pues el hombre establece relaciones interpersonales y logra realizarse plenamente a través de ella. Es un elemento importante para la construcción de la vida en sociedad, como mecanismo activador de diálogo y convivencia entre sujetos sociales.

2.2.1 CONCEPTO

La comunicación es el proceso mediante el cual el emisor y el receptor establecen una conexión en un momento y espacio determinados para transmitir, intercambiar o compartir ideas, información o significados que son comprensibles para ambos.

Según García (2012) el proceso de socialización iniciado en la familia, enriquece al ser humano en la construcción de significados e intercambio de sentidos, habilidades tan

básicas para la comunicación humana, es de esperarse que en este proceso se continúe desarrollando y enriqueciendo en otros aspectos de la vida de la comunitaria.

Las personas en sus interacciones cotidianas, según el contexto en el que se desarrollen: familiar, educativo, social, laboral; expresan sentimientos, emociones y pensamientos que se concretan en actitudes y comportamientos.

La socialización supone la capacidad de relacionarse con los demás, de incorporar las reglas del entorno, negociarlas y ajustarlas a nuestras necesidades. La comunicación en entornos educativos, se vincula también a los procesos de socialización en general, así como la manera en que los actores de la comunicación construyen su diálogo y se autoerigen en miembros de una comunidad.

En la sociedad se dan intercambios de signos, códigos y comunicaciones que de acuerdo como se presenten, podrían dar cuenta de la cultura, de las creencias, valores y principios de los individuos que conviven y que pueden estar determinados en la forma como se comunican las personas; en este sentido, se hace necesario asumir una postura frente al concepto de comunicación en toda investigación.

Habitualmente se considera la comunicación como transmisión de mensajes, en donde se identifican los componentes del proceso de comunicación: emisor, receptor y mensajes; considerando como el mensaje influye en la persona receptora. Los jóvenes actualmente establecen conversaciones de poco respeto, debido a que se están perdiendo los valores humanos en la sociedad.

2.2.2 ANTECEDENTES HISTORICOS

La historia propiamente dicha comienza hace aproximadamente 5, 000 años A.C., con la aparición de la escritura. La exactitud es imposible de establecer, ya que en su aparición varía dependiendo de la parte del mundo en la que ubica. Las evidencias sobre la escritura se encuentran en fichas de arcillas, yeso, piedra o betún con formas geométricas que eran usadas para contar, se cree que tener las fichas otorgaba estatus social y en muchos casos eran heredadas.

Se considera que la primera escritura occidental es la cuneiforme, que nace en Mesopotamia aproximadamente en el año 3,000 A.C. Eran tablas de arcillas en las que se escribía con un punzón, de lo que inicialmente eran pictogramas, se fueron transformando en ideogramas.

El alfabeto promueve lo que se podrá denominar como el pensamiento culto actual, ofreciendo la opción de transmitir la cultura a gran escala, así como de una forma más fluida y con más contenidos. La manera de pensar también cambia, apareciendo conceptos como la intelectualidad.

La Edad Media

La comunicación en la Edad Media, todo giraba alrededor de Dios y la iglesia, que controlaba la vida social, civil y tenía mucha influencia en la economía, política, temas militares, etc.

El Analfabetismo era la norma, a excepción de algunos miembros de la iglesia que poseía libros pinturas, esculturas y en general todo lo relacionado con la cultura. Por todo esto, la comunicación verbal y la basada en iconos son las más utilizadas. Juglares y trovadores son muy conocidos y apreciados, evolucionado a una literatura oral que finalmente se reflejara en sermones, tanto en la iglesia como fuera de ella, escritos en latín y adaptados a la lengua de las personas que lo escuchaban por parte de curas y monjes, se solían exponer ejemplos de los sermones basados en santos o acontecimientos religiosos, finalizando muchas veces con sentencias, que resumían la idea con la que todo mundo debía quedarse.

La lengua escrita era patrimonio absoluto de la iglesia. Los monjes aprendían a leer y a escribir copiando a mano los libros que pasaban de un monasterio a otro, ya que esta era la única forma, poco a poco, y sobre todo a partir del siglo XIII, la burguesía creciente por el aumento del comercio, demanda esos conocimientos que solo poseía la iglesia, por lo que se empiezan a crear universidades y encontrado libros fuera de los monasterios.

EL Renacimiento

A partir del siglo XV consideramos que nos encontramos en el Renacimiento, periodo en el cual se produjeron muchas revoluciones que influyen de forma decisiva en relación con la comunicación, siendo la más importante la aparición de la imprenta. Como acontecimientos principales de esta época destacamos las guerras religiosas (católicas, protestantes, musulmanas). También hay un crecimiento demográfico muy elevado principalmente en las ciudades, que se apoya en la expansión europea a otros continentes, América y Asia principalmente. El comercio gestionado por burgueses aumenta de forma muy considerable, requiriendo de mejoras

tecnológicas (brújula e imprenta) que hagan más fácil el control de los negocios, así como la comunicación en general.

Las personas analfabetas siguen siendo la inmensa mayoría, pero siempre se podrá encontrar a alguien que leyera en voz alta las notas informativas, además de las biblias que se distribuían de forma masiva; por otro lado, la llamada reforma protestante, se apoyó de forma determinante en la imprenta para difundir sus nuevas ideas, como vemos la comunicación oral seguía siendo la más utilizada, aunque ahora entraba en escena la escritura.

La evolución es progresiva, la utilización del correo real (solo usado por la monarquía), publicación de calendarios o almanaques por parte de la iglesia, mercurios (recopilación anual, mensual, quincenal de noticias).

Se considera que el primer diario, tal y como lo conocemos hoy en día, nace en Inglaterra en el siglo XVIII y se llama Daily Courant al que le seguirían otros en todo Europa.

La alfabetización crecía y la burguesía demandaba más y más información que obtenían de esta forma, aunque también hay que decir que el control sobre estas publicaciones lo tenía en la mayor parte de las ocasiones el Estado y la Iglesia, por lo que la censura era muy común.

EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LOS SISTEMAS DE COMUNICACIÓN

1830 - Telégrafo. Se usaba el código morse y se utilizaba una sola línea con transmisión de datos en serie.

1839 - Cooke y Wheatstone aplican el telégrafo paralelo.

1874 - Baudot utiliza una sola línea para transmitir varios mensajes a la vez (multiplexión de la señal)

1876 - Graham Bell inventa el teléfono.

1910 - Aparece el teletipo. Utiliza multiplexación, y codifica los caracteres.

1940-50 - Las telecomunicaciones se aplican principalmente al campo militar.

1958 - Se crea el proyecto SAGE (Semi-Automatic Ground Environment): interconexión de centros militares para control de aviones. Se desarrollan dos nuevos conceptos: el modo on-line (interacción usuario-sistema) y el modo de tiempo real (la respuesta del sistema se realiza en un tiempo muy corto).

1960-70 - Es el boom de las comunicaciones y la informática.

- 1964. El organismo militar ARPA (Agencia de Investigación de Proyectos Avanzados) desarrolla la ARPANET es la Advanced Research Projects Agency Network, es decir, la Red de la Agencia de Proyectos de Investigación Avanzada; que se pone en funcionamiento en 1969. La red ARPANET utiliza la conmutación de paquetes. A ARPANET se le suma la red MILNET (del inglés MILitary NETwork, en español red militar), cuando crecen dan lugar a INTERNET. Se estandarizan los protocolos de información: TCP/IP.

[1972] En España se añade a la RTB (Red Telefónica Básica) la RETD (Red Especial de Transmisión de Datos) que utiliza la conmutación de paquetes.

[1974] IBM desarrolla la arquitectura SNA (Systems Network Architecture) para interconexión de ordenadores.

[1977] DATAPOINT CO. desarrolla la arquitectura ARCNET, siglas de Attached Resource Computer Network.

[1978] Varias compañías empiezan a fabricar productos para telecomunicaciones. Aparece el organismo de normalización OSI, que propone el modelo ISO para la interconexión de sistemas; este modelo no se publica hasta 1988.

- 1980-90 - A la RTB y la CYCLADES (red francesa) se les suma la RDSI (Red Digital de Servicios Integrados)
- 1980. XEROX desarrolla ETHERNET.
- 1982. La RETD aplica la norma X.25 pasándose a llamar IBERPAC. Aparecen los servicios de valor añadido.
- 1985. IBM desarrolla el sistema de red TOKEN RING.

La humanidad, desde sus orígenes ha tenido la necesidad de comunicarse con sus semejantes, todo empezó a través de la voz, las señales de humo y dibujos pictóricos; luego se desarrolló la escritura, este elemento permitió la aparición de culturas que hoy en día se conocen. A partir de ese momento se impulsó el nacimiento y desarrollo de distintos medios de comunicación, partiendo desde la escritura y su mecanización hasta los medios audiovisuales que están ligados con la era de la electricidad, la revolución de la informática y las telecomunicaciones; todos ellos esenciales para las distintas fases del famoso proceso de globalización.

REDES SOCIALES

Red Social se define como una estructura compuesta por personas conectadas por relaciones como parentesco, trabajo, amistad o intereses comunes para a continuación ver de qué forma se ha expandido su alcance geográfico de local a global con los avances en las comunicaciones, cambiando el contacto real por el virtual.

La primera red social tal y como la conocemos actualmente apareció en 1995 y fue “Classmates.com”. Tenía como fin que sus usuarios pudiesen recuperar o mantener el contacto con antiguos compañeros de estudios.

Posteriormente han ido apareciendo muchas redes sociales enfocadas a actividades específicas que rápidamente consiguieron tener a millones de usuarios suscritos (popularidad y evolución imparable de las redes sociales en cifras):

- Friendster: Fundada en 2002, con el fin de encontrar amigos y mantener el contacto compartiendo información. En el 2008 tenía más de 115 millones de usuarios registrados. Cedió ante el empuje de Facebook.
- Hi5: Fundada en 2003, a finales de 2007 tenía más de 70 millones de usuarios registrados.
- LinkedIn: Lanzada en 2003, y orientada a negocios y relación entre profesionales, en 2008 tenía más de 25 millones de usuarios registrados. Actualmente son más de 100 millones.
- MySpace: Fundada en 2003. Se convirtió en la red social más visitada con más de 100 millones de usuarios registrados hasta que en 2008 fue sobrepasada por Facebook. Actualmente tiene unos 63 Millones de usuarios y está enfocada a la industria musical.

- Flickr: Creada en 2004. Comunidad online enfocada a la compartición de imágenes. Actualmente tiene más de 51 millones de usuarios registrados.

Aunque actualmente hay redes que concentran la mayoría de la actividad “social” en Internet, siendo las más usadas y populares en estos momentos:

- Facebook nació en 2004 enfocada a la creación de relaciones de amistad de forma exclusiva entre estudiantes universitarios pero en 2006 se abrió a todo el mundo, provocando que millones de usuarios se registraran, abandonando sus anteriores redes sociales hasta convertirse en la red social con un mayor número de usuarios activos del mundo, superando los 800 millones de usuarios.
- YouTube nació en 2005. Una red creada por Chad Hurley, Steve Chen y Jawn Karim en San Bruno, California.
- Por su parte, Twitter. Apareció en 2006 y en ella un usuario puede hacerse “seguidor” de otro, de forma que recibe los mensajes de forma pública decide compartir. Se concibió para que sus usuarios pudiesen publicar sus contenidos de forma sencilla y pudiesen ser vistos por todo el mundo.
- WhatsApp surgió en 2009, y fue creada por el ucraniano Jan Koum. La misma se creó, originalmente, con la utilidad de ser una agenda inteligente -de ahí que se vincule con la agenda de contactos de nuestro terminal móvil-, permitiendo al usuario ver qué estaba haciendo cada persona en cada momento, con la finalidad de saber si podía iniciar o no una conversación con él.

De ahí, su nombre: WhatsApp («¿Qué hay?», «¿Qué pasa?») Hoy en día, supera los 1.500 millones de usuarios, encontrándose por encima de aplicaciones como Facebook Messenger o Telegram.

En 2014, fue comprada por Mark Zuckerberg -el creador de Facebook- por, nada más y nada menos, que 19.000 millones de dólares.

- Instagram nace en el 2010, creada por Kevin Systrom y Mike Krieger. En nuestros días, aún sigue creciendo más y más –rondando los 1.000 millones de usuarios activos.

2.2.3 ELEMENTOS DE LA COMUNICACIÓN HUMANA

La comunicación está determinada por distintos factores: primero, el propósito o finalidad que motiva al emisor; puede informar, contar, persuadir, rogar, disculpar, etc. (intención comunicativa), luego, un sistema de signos común para transmitir el mensaje, que puede ser lingüístico o no (código). El mensaje se puede transmitir a través de distintos medios, como por ejemplo: internet, teléfono, carta, telegrama, etc. (canal). Otro aspecto muy importante es el contenido expresado en el mensaje (contexto temático). Además, la comunicación mostrará matices diversos según el grupo social al que pertenecen los habitantes (Pérez, 2009).

Los elementos de la comunicación son aquellos que intervienen en cualquier tipo de comunicación, cada elemento aporta un valor al proceso ayudando a detectar fallas o mejoras en la comunicación y de acuerdo con García (2013), tienen las siguientes características:

Emisor: Es quien emite el mensaje, puede ser o no una persona, constituye la fuente y el origen de lo que se pretende comunicar.

Receptor: Es quien recibe la información. El que descifra el mensaje según el código (decodifica).

Canal: Es el medio físico por el que se transmite el mensaje, como internet, teléfono, la voz (canal acústico), dibujos y letras (canal visual), etc.

Código: Sistema de señales o signos que se usan para transmitir un mensaje, por ejemplo, el Inglés, el Castellano, el código Morse, el sistema Braille, las señales camineras, entre otros.

Mensaje: Es lo que se quiere transmitir, se refiere al contenido de lo que el emisor comunica al receptor.

Situación o contexto: Es la situación o entorno extralingüístico en el que se desarrolla el acto comunicativo.

2.2.4 CLASIFICACIÓN DE LOS TIPOS DE COMUNICACIÓN

Calderón en el 2017 propone la clasificación de los tipos de comunicación en: comunicación oral o verbal, comunicación escrita, comunicación no verbal, comunicación intrapersonal, comunicación interpersonal y comunicación grupal, los cuales a continuación se explican:

Comunicación oral o verbal:

Es aquella que se establece entre dos o más personas en el uso del idioma, la comunicación oral permite transmitir información, ideas, sentimientos, emociones, creencias, opiniones, actitudes, etc. Para realizar la comunicación oral se requiere de la voz para producir los sonidos de la lengua y formar palabras que contenga información que se quiera transmitir al interlocutor.

Características de la Comunicación oral.

- Utiliza el canal auditivo, pues uno percibe las palabras a través de oído. Se escuchan los diferentes fonemas de modo lineal, es decir, uno tras otro.
- El emisor puede retractarse de lo que dice.
- Existe interacción o feedback (retroalimentación entre los hablantes).
- Las palabras a medida que se pronuncian se van, o sea la comunicación desaparece, es pasajero.
- Se utilizan soportes verbales y no verbales, así como elementos verbales al momento de la acción comunicativa, movimientos, desplazamientos y distancias, gestos, tonos de voz, uso de apoyo visual y elementos tecnológicos, entre otros.

Comunicación escrita:

Es el proceso escrito mediante el cual un emisor sea periodista, escritor o poeta dirige un mensaje a un receptor por medio de un papel o puede realizarse en la computadora. La comunicación escrita logra transmitir cada una de sus ideas, pensamientos y conocimientos a través de las letras.

Es importante mencionar que la comunicación escrita posibilita en gran manera que la persona pueda ser más expresiva a la hora de redactar un escrito.

Características de la comunicación escrita.

- Se percibe a través de la visión, las palabras se leen, esto causa mayor concentración del lector pues para entender la idea planteada debe analizar el contenido y evaluar las formas de la escritura o el sentido que tiene ésta.
- La escritura posee un mayor nivel de elaboración que la comunicación oral, se debe tener cuidado de las palabras que se plasman.
- Son importantes los elementos de acentuación, pues le darán sentido a la lectura, pausa, interrogante, tildes, comas, etc.
- Una de las ventajas es la oportunidad que se da el lector de repetir la lectura, cuantas veces sea necesaria para captar el mensaje y la información.
- No hay una interacción directa entre el emisor y receptor.

Las formas de comunicación escrita también son muy variadas y numerosas (ideogramas, jeroglíficas, alfabeto, siglas, logotipos entre otros).

Comunicación no verbal:

La comunicación no verbal se realiza a través de multitud de signos de gran variedad: imágenes sensoriales, visuales, auditivas, sonidos, gestos y movimientos corporales

Características de la comunicación no verbal:

- Mantiene una relación con la comunicación verbal, pues suelen emplearse juntas.
- En muchas ocasiones actúa como reguladora del proceso de comunicación, contribuyendo a ampliar o reducir el significado del mensaje.
- Los sistemas de comunicación no verbal varían según las culturas.

- Generalmente, cumple mayor número de funciones que el verbal, pues lo acompaña, completa, modifica o sustituye en ocasiones.

Comunicación intrapersonal:

Consiste en la reflexión interna de una persona la cual es consciente de sus emociones, ideas y acciones, para que así pueda lograr paz en su vida y pueda plantearse su propia conducta logrando una estabilidad interior.

Características de la comunicación intrapersonal:

- Acceso al universo personal interno.
- Sucesión personal de sentimientos.
- Integridad personal.
- Particularidad humana que se fortalece a través de: autoestima, identidad, autonomía, humildad, empatía y capacidad de diálogo y los valores.

Comunicación interpersonal:

La comunicación interpersonal involucra todas las diferentes formas en la que las personas comunican sus pensamientos, ideas, sentimientos y deseos a otra persona o a un grupo de gente.

Características de la comunicación interpersonal.

- La comunicación interpersonal es personalizada.
- La comunicación interpersonal se da en una relación.
- Recibe la influencia de la cultura y del género.

Comunicación grupal

La comunicación grupal se refiere al proceso interactivo que corre entre un grupo de tres o más personas que intercambian mensajes. Su intención es alcanzar las metas definidas en común. Una de sus principales características es la formación de un liderazgo, dentro del grupo siempre existe un líder.

Características de la comunicación grupal.

- Racionalización de las decisiones tomadas.
- Crea estereotipos de los otros grupos y sus líderes.
- Su forma de pensamiento tiene una forma uniforme.
- Mantiene un respeto hacia el líder.

2.2.5 AXIOMAS DE LA COMUNICACIÓN PROPUESTOS (Paul. Watzlawick, Janet Beavin y Don Jackson, 1985)

Los axiomas de la comunicación humana hacen referencia a condiciones inherentes a la comunicación, que siempre están presentes; Watzlawick et al., (1985).

De acuerdo con Watzlawick et al., (1985) la comunicación humana está compuesta por tres áreas, la sintáctica, la semántica y la pragmática, la primera hace referencia a la transferencia del mensaje, la segunda se interesa en el significado o esencia del mensaje que se transfiere y la pragmática se centra en la afectación que la comunicación tiene sobre la conducta humana,

teniendo en cuenta esto, Watzlawick introduce los conceptos de: la caja negra (entradas y salidas), conciencia o inconsciencia (de los actos), presente versus pasado, efectos versus causas, la circularidad de las pautas de la comunicación, y la relatividad de lo “normal” y lo “anormal” los cuales sirven de antecesores de los axiomas.

El área de la pragmática también conocida como la vertiente política o estratégica de la comunicación, sirve de base para desarrollar los axiomas de la comunicación expuestos en la Teoría de la Comunicación Humana de Watzlawick et al., (1985) que son reseñados a continuación:

La imposibilidad de no comunicar: Toda interacción con el otro trae consigo un mensaje que movilizará la conducta de los participantes. Es imposible dejar de comunicar, de comportarse, aún en los silencios estaremos en un proceso comunicacional. “Lo que significa que la comunicación no es solo verbal sino también gestual – no verbal”. (Watzlawick et al., 1985 p.51).

Este axioma interpreta todo comportamiento/conducta como mensaje comunicacional que puede ser interpretado y dotado de significado por alguien que se encuentre en el sistema.

Niveles de contenido y relaciones de la comunicación: El contenido del mensaje transmitido es interpretado por el receptor de acuerdo a la relación existente entre éste y el emisor. “Por

ello, toda comunicación tiene un aspecto de contenido o semántico y un aspecto relacional, tales que el segundo clasifica al primero y es, por ende, una metacomunicación”. (Watzlawick et al., 1985 p.52)

La puntuación de la secuencia de hechos: La comunicación se da en un flujo bidireccional, donde se interactúa en una secuencia definida por el emisor y el receptor, y en ocasiones dicha estructura se ve mediada por la respuesta al comportamiento del otro, ampliando o modificando el ciclo comunicacional. “Es decir no se reduce explícitamente a una causa – efecto. Puesto que, la naturaleza de la relación depende de la puntuación (organización) de las secuencias de comunicación entre los comunicantes”. (Watzlawick et al., 1985 p.56).

En palabras de Perrone (2007) este axioma hace referencia a “una lucha en el terreno de las posiciones éticas de los actores” (p.15), mientras que Rizo (2011) acerca del mismo axioma dice: “la definición de una interacción está siempre condicionada por la puntuación de las secuencias de comunicación entre los participantes”.

Comunicación digital y analógica: La comunicación digital y analógica se complementan, ya que el aspecto digital del mensaje se codifica en función de lo analógico, lo digital hace referencia a la comunicación verbal, medible, y lo analógico a todo lo que incluye la comunicación

no verbal (movimientos corporales, posturas, gestos, expresiones faciales, inflexión de la voz, secuencia, ritmo y la cadencia de las palabras).

El lenguaje digital cuenta con una sintaxis lógica sumamente compleja y poderosa pero carece de una semántica adecuada en el campo de la relación mientras que el analógico posee la semántica pero no una sintaxis adecuada para la definición inequívoca de la naturaleza de las relaciones (Watzlawick et al., 1985 p.61).

Interacción simétrica y complementaria: busca una relación equitativa que permita una comodidad entre las partes, esta puede ser armonizada por un valor agregado. La comunicación puede ser simétrica cuando se mantienen las mismas condiciones en el emisor y el receptor.

La comunicación complementaria está sujeta a la autoridad o jerarquía. “Por lo tanto, la interacción simétrica se caracteriza por la igualdad y por la diferencia mínima, mientras que la interacción complementaria está basada en un máximo de diferencia”. (Watzlawick et al., 1985, p.69).

A partir de lo anterior, se puede decir que toda cultura es un conglomerado de conversaciones que se efectúan en una diversidad de modos simbólicos, las cuales se tejen desde el lenguaje y dan paso a que el mundo se construya y sea representado.

Desde el constructivismo social se mira la comunicación como el lugar donde se forman las identidades de los comunicadores en la interacción con otras personas, el proceso en el cual surgen los propósitos, y los medios mediante los cuales construimos los eventos y objetos de nuestros mundos sociales. La comunicación interpersonal trata de responder principalmente

el interrogante ¿qué debo hacer?, en lugar de: ¿qué cosas sé?

La comunicación interpersonal es parte de la praxis; cada conversación en la que participamos podría ser (o haber sido) algo distinto de lo que es (o fue), “si hubiéramos hecho esto en lugar de aquello, entonces ella habría hecho eso en lugar de esto y nuestras vidas habrían sido diferentes”. (Pearce, 2010, p.38).

La comunicación verbal puede ser vista como la posibilidad de hacernos una idea al respecto del otro, haciendo de nuestro accionar un proceso de reacción o complemento a esta conversación y relación.

Por ejemplo, si conocido un ambiente, nos encontramos acogidos o aceptados, es una invitación a establecer relación con aquella mirada personal que nos encontró interesantes o atractivos. En cambio, si nuestra interpretación ha sido incorrecta a causa de escaso contacto o aceptación, quizá rehusemos nuestra comunicación con el “otro” (García, 1996 p. 11).

Por tal razón, la realidad es subjetiva dependiendo del observador, es entonces que lo que significa para uno, posiblemente no puede significar igual o similar para otro u otros.

2.3 COMUNICACIÓN ASERTIVA.

Es una forma de expresión consciente, congruente, clara directa y equilibrada, cuya forma es comunicar nuestras ideas y sentimientos o defender nuestros legítimos derechos sin la intención de herir o perjudicar, actuando desde un estado interior de autoconfianza, en lugar de la emocionalidad. (Asensi, 2013)

La conducta y la comunicación asertiva son habilidades sociales que se pueden desarrollar a través de entrenamiento y que contribuyen a mejorar las relaciones interpersonales. Parte de la expresión de pensamientos, sentimientos y creencias en forma directa y apropiada sin violar los derechos de los demás.

En toda relación interpersonal interviene la comunicación, que es la capacidad de las personas para obtener información respecto a su entorno y compartirla con el resto de la gente.

2.3.1 CARACTERÍSTICAS DE LA COMUNICACIÓN ASERTIVA

La comunicación asertiva es el proceso más importante de la interacción del ser humano. Es el intercambio de ideas, sentimientos y experiencias. Es un estilo de comunicación valioso que permite expresar lo que se siente, piensa, cree o necesita, sin ofender a los otros; abriendo posibilidad de diálogo con los demás.

Las principales características de la comunicación asertiva (Pérez, 2013) son las siguientes:

- Es parte del principio fundamental de la empatía.
- Observa y comunica los hechos, sin juzgar a los demás.
- Se encarga de identificar y expresar los sentimientos.
- Se demuestra interés por medio del contacto visual y la sinceridad en la mirada.
- Presenta una adecuada postura corporal para poder mejorar el significado del mensaje que será transmitido.
- Contienen gestos apropiados para poder agregar énfasis a ciertas actitudes.

- Los interlocutores pueden manejar adecuadamente los gestos para poder guiar una conversación.
- El tono de voz es modulado, convincente y aceptable.

La mayoría de los autores coinciden en precisar la asertividad como la capacidad que permite a seres humanos expresar sentimientos, opiniones y pensamientos de una manera adecuada y respetuosa teniendo en cuenta sus propios intereses.

De acuerdo con Monje (2009): La asertividad significa tener la habilidad para tramitar los mensajes en sentimientos, creencias u opiniones propias o los demás de una manera honesta , profundamente respetuosa, cuya meta fundamental es lograr la comunicación satisfactoria hasta donde el proceso de la relación humana lo haga necesario (p.7).

Por su parte, según Pereira en el 2008: “la comunicación, es una habilidad social que puede desarrollarse con el fin de mejorar la relación con uno mismo y con los demás” Pág. (14).

Según Tunjo, (2011) en su investigación expresa que: “la asertividad puede ayudar a mejorar la comunicación de los estudiantes” (p. 18).

Según Gispert, (2009) afirma: “Las personas que aplican la comunicación asertiva son de temperamento alegre y se caracterizan por ser enérgicas y críticas. Ven las cosas tal y como son (p. 120).

Morera, (2004) manifiesta: “la asertividad define una conducta interpersonal que implica la expresión directa de los propios sentimientos, deseos derechos legítimos y opiniones sin amenazar o castigar a los demás.

Pérez en el 2014 propone: “la utilización de la comunicación generativa como una estrategia para consolidar la comunicación entre docentes y estudiantes”. Para ello hacen un paralelo entre la comunicación asertiva y la comunicación generativa (p.18).

Al respecto Robert en el 2010 señala que: “la comunicación por su parte y contenido intenta personalizar, distinguir y hacer conocer una Institución, que lleven a adquirir los conocimientos, actitudes, valores y prácticas necesarias para la autoestima, la buena educación y la seguridad personal”. Pág. (15).

La asertividad puede ayudar mucho a mejorar la comunicación, a facilitar las interrelaciones con las personas para formar y mejorar un buen grupo de trabajo y a disminuir el estrés. Se maneja una conducta y comportamiento mediante el cual se puede defender los legítimos derechos sin agredir ni ser agredidos.

2.4 DEPRESIÓN

La depresión es un problema de Salud Mental con importante repercusión en la esfera biopsicosocial del individuo, provocando un malestar significativo que se manifiesta en las relaciones interpersonales, sociales, laborales y en otras áreas importantes del funcionamiento global de la persona.

Las variaciones del estado de ánimo como reacción a diversos acontecimientos vitales, forman parte de la normalidad. En este sentido, no toda tristeza ni desilusión del ser humano constituye una depresión ni precisa ser tratada.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2019):

- La depresión es un trastorno mental frecuente. Se calcula que afecta a más de 300 millones de personas en el mundo.
- La depresión es la principal causa mundial de discapacidad y contribuye de forma muy importante a la carga mundial general de morbilidad.
- La depresión afecta más a la mujer que al hombre.
- En el peor de los casos, la depresión puede llevar al suicidio.
- Hay tratamientos eficaces para la depresión.

2.4.1 DEFINICIÓN

La depresión es una alteración del humor en la que destaca un ánimo deprimido, falta de energía y/o pérdida de interés, o de la capacidad para disfrutar u obtener placer (anhedonia), que afecta la vida de la persona, durante la mayor parte del día y durante al menos dos semanas.

En el caso de la población infantil, la clínica es dependiente de la etapa de desarrollo y sus expresiones particulares son: trastornos de conducta, deterioro escolar, quejas somáticas y ánimo disfórico.

2.4.2 FACTORES ETIOLÓGICOS

Corresponde a las situaciones o condiciones que favorecen o son el origen de la aparición de los problemas de salud que son responsabilidad de la enfermera. Pueden existir uno o más factores etiológicos de un mismo problema.

A continuación, se mencionan los principales:

- **BIOLÓGICOS**

La depresión puede darse conjuntamente con una serie de trastornos o factores físicos o tener su origen en estos. Los trastornos físicos pueden causar depresión directamente (por ejemplo, cuando un trastorno tiroideo afecta a los niveles hormonales) o indirectamente (por ejemplo, cuando la artritis reumatoide causa dolor y discapacidad).

Con frecuencia un trastorno físico causa depresión de forma directa e indirecta a la vez. Por ejemplo, la causa de la depresión por SIDA es directa si el virus causante de la enfermedad (virus de la inmunodeficiencia humana, VIH) lesiona el cerebro.

En cambio, la causa de la depresión es indirecta cuando es debida a la repercusión globalmente negativa de la enfermedad en la vida de la persona. Muchas personas refieren sentirse más tristes al final del otoño y durante el invierno, y atribuyen esta tendencia al acortamiento de las horas de luz natural y a las temperaturas más bajas. Sin embargo, en algunas personas, esta tristeza es lo suficientemente grave como para ser considerada un tipo de depresión.

- **GENÉTICOS.**

Los familiares de primer grado presentan una mayor probabilidad de padecer un cuadro depresivo. Factores genéticos pueden afectar a la funcionalidad de las sustancias que ayudan a las neuronas a comunicarse (neurotransmisores). La serotonina, la dopamina y la norepinefrina son neurotransmisores que pueden estar implicados en la depresión.

- FACTORES NEUROQUÍMICOS.

Los neurotransmisores que más se han relacionado con la depresión son la noradrenalina (NA) y la serotonina (SER). Se ha comprobado que existe una disminución de niveles del metabolito de la NA, 3 metoxi-4 hidroxifenilglicol, en sangre y orina en pacientes depresivos, además de una disminución de los puntos de recaptación de la serotonina, en las plaquetas de enfermos depresivos. Se han observado, además, niveles bajos de 5 hidroxindolacético en pacientes que cometieron suicidio.

- FACTORES ENDOCRINOS.

Se han visto también implicados factores endocrinos, como la alteración en la secreción de hormona del crecimiento (GH), hipersecreción de cortisol, hiperplasia hipofisaria y suprarrenal, alteraciones en el eje hipotálamo-hipofisario-tiroideo.

- FACTORES FISIOLÓGICOS

Se han observado alteraciones del ritmo circadiano y del ciclo del sueño.

- FACTORES ANATÓMICOS.

Con el avance en los estudios de neuroimagen estructural y funcional se han descrito alteraciones en el sistema límbico, ganglios de la base e hipotálamo.

2.4.3 TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR

La depresión mayor forma parte de los denominados trastornos del estado de ánimo, en el cual aparece reflejado un sentimiento constante de tristeza, de ánimo decaído, de falta de motivación por realizar aquellas actividades en las que antes disfrutabas. Estos sentimientos afectan a todo el conjunto de nuestros sentimientos, pensamientos y comportamientos, lo cual produce una interferencia en todos los ámbitos de nuestras vidas, como el personal, laboral y/o relacional.

La depresión mayor no es considerada simplemente una tristeza temporal, que pueda mejorarse de un día para otro, en la gran mayoría de ocasiones requiere un tratamiento a largo plazo.

Depresión mayor. Es un subtipo de depresión en que los síntomas depresivos son intensos y aparecen en forma de episodios que duran semanas o meses (Gastó, 2007).

El trastorno depresivo mayor (MDD, por sus siglas en inglés) (también conocido como depresión clínica, depresión mayor, o como depresión recurrente, en el caso de presentarse episodios repetidos) es una enfermedad mental que se caracteriza por un estado de ánimo invasivo y persistente acompañado de una baja autoestima y una pérdida de interés o de placer (anhedonia) en actividades que normalmente se considerarían entretenidas. El término “depresión” es utilizado de muchas formas diferentes (Coryell, 2018).

2.4.3.1 CRITERIO DIAGNÓSTICO

Criterios Diagnósticos del CIE 10:

- A. Cinco (o más) de los siguientes síntomas han estado presentes durante el mismo período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la anterior, por lo menos uno de los síntomas debe ser (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o placer.

Nota: No incluir los síntomas que son claramente atribuibles a otra condición médica.

1. Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (por ejemplo, se siente triste, vacío, sin esperanza) o la observación realizada por otros (por ejemplo, parece lloroso).

Nota: En los niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable.

2. Marcada disminución del interés o placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan).
3. Pérdida de peso significativa sin hacer dieta o ganancia de peso (por ejemplo, un cambio de más del 5% del peso corporal en un mes), o disminución o aumento del apetito casi todos los días.

Nota: En niños hay que valorar el fracaso para hacer la ganancia de peso esperada.

4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
5. Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido).
6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
7. Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no sólo remordimiento o culpa por estar enfermo).

8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena).
9. Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.

B. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro en las áreas sociales, ocupacionales, u otras importantes del funcionamiento.

C. El episodio no es atribuible a los efectos fisiológicos de una sustancia o a otra enfermedad médica.

Nota: Criterios de A-C representan un episodio depresivo mayor.

Nota: Las respuestas a una pérdida significativa (por ejemplo, pérdida, ruina económica, las pérdidas por un desastre natural, una enfermedad grave o discapacidad) pueden incluir los sentimientos de intensa tristeza, reflexión sobre la pérdida, insomnio, falta de apetito y pérdida de peso señalados en el Criterio A, que puede parecerse a un episodio depresivo. Aunque tales síntomas pueden ser comprensibles o se consideren apropiados para la pérdida, la presencia de un episodio depresivo mayor, además de la respuesta normal a una pérdida significativa debe ser considerado cuidadosamente. Esta decisión requiere inevitablemente el ejercicio del juicio clínico basado en la historia del individuo y las normas culturales para la expresión de angustia en el contexto de la pérdida.

D. La aparición del episodio depresivo mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro del espectro esquizofrénico especificadas y no especificadas y otros trastornos psicóticos.

E. Nunca ha habido un episodio maníaco o un episodio de hipomanía.

Nota: Esta exclusión no es aplicable si todos los episodios maníacos o hipomanía son inducidos por sustancias o son atribuibles a los efectos fisiológicos de otra enfermedad médica.

2.4.3.2 TRATAMIENTO

El tratamiento de la depresión plantea un abordaje integral de manera que existirán casos que requieran una perspectiva farmacológica (A), psicológica (A) y social y otras que sólo precisen uno o dos aspectos y distintas combinaciones de medicación y psicoterapia (A). En la atención a estas personas debemos valorar siempre esta perspectiva de manera que indiquemos en cada caso lo que sea más oportuno.

El Servicio Murciano de Salud, (2009) menciona que para instaurar tratamiento (y/o derivar) hay que determinarlo según la Guía de práctica clínica de los trastornos depresivos, basándose en los siguientes puntos:

- El tipo, la gravedad y la duración del episodio depresivo.
- Los estresores que han contribuido al episodio o que lo han exacerbado.
- Los apoyos y recursos con que cuenta la persona para afrontar la situación.
- El riesgo de suicidio y el riesgo para otros, tanto por agresividad como por negligencia (p.e., cuidado de bebés o de niños pequeños en la depresión post-parto).

2.4.3.2.1 TIPOS DE TRATAMIENTO

El tratamiento variará de un paciente a otro, por lo cual existen una serie de tratamientos contra la depresión que han demostrado su eficacia, tales como:

- Información y educación al paciente y su familia

Después del diagnóstico de la depresión, es fundamental proceder a dar una explicación comprensible para el paciente y su familia acerca de dicho trastorno, ofreciendo pautas y consejos sobre la enfermedad; información específica para el paciente y su familia.

- Tratamiento farmacológico

En el tratamiento de la depresión se utiliza una familia de psicofármacos, los antidepresivos, heterogénea en cuanto a su estructura química y efecto sobre la neurotransmisión cerebral. En función de su mecanismo de acción se pueden delimitar varios grupos de antidepresivos, los cuales a su vez se pueden clasificar en tres categorías según tengan una acción predominantemente serotoninérgica (ISRS e IRAS), predominantemente noradrenérgica (ACC e IRNA) o dual (IRSN, NASSA y ATC).

La indicación principal de los antidepresivos dentro del espectro depresivo es el tratamiento del trastorno depresivo mayor (en su fase aguda, de continuación y de mantenimiento). Otros síndromes depresivos de menor intensidad, como el trastorno Distímico, también se benefician del tratamiento con antidepresivos.

- Tratamientos psicológicos

Es el tratamiento a través de métodos psicológicos de problemas de naturaleza emocional, en donde una persona (el paciente) establece deliberadamente una «relación profesional» con otra persona (el terapeuta) que le ayudará a remover y modificar síntomas de malestar ya existentes, prevenir algunos otros, mediatizar comportamientos y promover el crecimiento personal.

La psicoterapia, sola o combinada con fármacos, han demostrado su eficacia en la depresión, tanto para el tratamiento como para prevenir recaídas.

En el tratamiento psicoterapéutico, debemos valorar su indicación sobretodo en los siguientes casos: embarazo, lactancia, paciente pluripatológico, edad (persona joven con depresión leve, depresión reactiva a acontecimientos vitales estresantes, posibilidad real de atención por parte de salud mental en un periodo inferior a 1 mes para una primera valoración y tratamiento.

Tipos de psicoterapia

- **Entrenamiento en solución de problemas:** ha demostrado ser útil en pacientes deprimidos. Requiere entrenamiento y una dedicación de tiempo más larga de la que habitualmente se dispone en Atención Primaria. Se puede llevar a cabo en grupo.
- **Terapia cognitivo-conductual:** Es una forma específica de terapia psicológica que utiliza técnicas cognitivas y conductuales. Se aplica en sesiones semanales y tiene una duración de entre 12 y 18 semanas por término medio, ha demostrado ser al menos tan

eficaz como el tratamiento farmacológico en depresiones leves. Puede combinarse con el tratamiento farmacológico.

- **Terapia interpersonal:** Es una forma específica de terapia psicológica centrada en los problemas actuales del paciente conectados con el episodio depresivo, dura de 12 a 20 sesiones semanales, cuenta con apoyo empírico comparable al de la terapia cognitiva.
- **Terapia de apoyo o consejo:** Puede ser valioso como apoyo en circunstancias sociales complejas. No obstante, no existe aún evidencia científica que mida su eficacia.

- Intervención social

Cualquier profesional que intervenga en el proceso de atención a personas con depresión y que detecte algún factor de riesgo social, debe explicar al paciente la posible repercusión en su estado de salud y la conveniencia de derivación al Trabajador Social.

La actuación del trabajador social estará coordinada con los profesionales sanitarios que intervengan en la atención y consistirá en:

a) Estudio y valoración social completa que incluirá al menos: Exploración de la esfera personal (autoestima, proyecto vital, habilidades personales, etc.); familiar (tipo de relaciones, posible violencia doméstica, disponibilidad para implicarles en el proceso terapéutico); social (laboral, económica, relaciones de apoyo, actividades sociales, ocio, habilidades sociales) y exploración sobre acontecimientos vitales estresantes, etc.

b) Diagnóstico social, como aportación al diagnóstico global y al plan general de tratamiento.

c) Tratamiento social-individual-familiar: lo definimos como el proceso terapéutico que ayuda a personas y/o familias que se encuentran en situación de conflicto que está afectando su salud, a que desarrollen capacidades personales y sociales.

El abordaje de los problemas sociales es una exigencia básica para dar una atención integral en la salud. Las personas verbalizan los acontecimientos vitales que están ocasionando su conflicto, estableciéndose mediante una escucha activa el principio para su resolución; el apoyo emocional puede ir acompañado de información, orientación, asesoramiento y gestión de recursos sociales.

d) Atención social a nivel grupal. Lo definimos como un proceso educativo dirigido a grupos de riesgo (cuidadoras/res, mujeres en el climaterio, etc.), basado en técnicas grupales, con el objetivo de facilitar el análisis y toma de conciencia del origen del malestar y el desarrollo de capacidades para afrontar la situación problema.

2.5 SALUD METAL

En la interrelación del hombre con su medio surge el fenómeno psicológico que nos distingue como seres humanos. Cuando esta interrelación es adecuada, el desarrollo del psiquismo está dentro de los patrones de la normalidad y se disfruta de salud mental. En esta relación dialéctica participan la familia, la escuela y otras instituciones sociales de la comunidad, la determina en gran parte las condiciones biológicas del individuo.

En la vida cotidiana pueden aparecer desequilibrios de esta relación y como consecuencia, se alteran las funciones psíquicas, lo que puede provocar trastornos mentales de variado tipo y enfermedades mentales diagnosticables.

Salud mental es el término amplio que implica las diferentes facetas del proceso salud enfermedad con sus aspectos sociales, que tanto influyen en el bienestar de la población. Para su mantenimiento se incluyen acciones encaminadas a la prevención, promoción, atención, tratamiento y rehabilitación.

2.5.1 CONCEPTO

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2013), la salud mental es: “el bienestar que una persona experimenta como resultado de su buen funcionamiento en los aspectos cognoscitivos, afectivos y conductuales, y, en última instancia el despliegue óptimo de sus potencialidades individuales para la convivencia, el trabajo y la recreación” (p.47).

2.5.2 ANTECEDENTES

Dependiendo del contexto social, algunas personas pueden tener un riesgo mayor a sufrir problemas de salud mental, como es el caso de las personas con problemas de salud crónicos, los menores expuestos al maltrato o abandono, las personas que por su condición de preferencia sexual u origen cultural estén sometidas a discriminación, o las personas víctimas de desastres naturales o emergencias humanitarias. Además de elementos macroeconómicos como la crisis financiera, que aumentan las dificultades de muchas familias generando trastornos mentales relacionados al maltrato, violencia y exceso de trabajo (Programa de Salud Mental México, 2013).

Los trastornos mentales con frecuencia arrastran a los individuos y las familias a la pobreza y desintegración por el costo de los tratamientos y el acceso a los servicios, que muchas veces no están disponibles en todas las ciudades, además muchos de estos servicios no cuentan con los profesionales suficientes, y en otros casos los centros de atención carecen de redes con mayor nivel de especialización.

Posteriormente, en 1997 y 2001, el Consejo Directivo de la OPS abordó el tema de la salud mental y emitió resoluciones en las que se instaba a los estados miembros a incluir la salud mental entre sus prioridades y a intensificar las actividades en esta esfera. Las Conferencias Regionales de Salud Mental en Brasilia y Panamá, evaluaron el camino recorrido y establecieron nuevas direcciones para el trabajo.

Los países de la Región aprobaron la Agenda de Salud para las Américas con la intención de orientar la acción colectiva de los actores nacionales e internacionales interesados en contribuir a mejorar la salud de la población.

En el 2008, la OMS presentó el Programa de Acción para superar las brechas en salud mental, mejora y ampliación de la atención de los trastornos mentales y neurológicos (mhGAP, por sus siglas en inglés) y en el 2010 se publicó la Guía de Intervención del mhGAP (mhGAP-IG).

El Consejo Directivo de la OPS en el 2013, aprobó el Plan Estratégico 2014-2019. La Categoría 2 del Plan se centra en la reducción de la carga de enfermedades no transmisibles, incluyendo, entre otras, los trastornos mentales mediante la promoción y la reducción de riesgos, prevención, tratamiento y monitoreo de estas enfermedades y sus factores de riesgo. En mayo de 2013, la 66ª Asamblea Mundial de la Salud adoptó la resolución WHA que aprobó el Plan de Acción Integral sobre Salud Mental.

En octubre del 2013, tuvo lugar la Primera Reunión Regional de Usuarios de Servicios de Salud Mental y Familiares, auspiciado por la OPS y el Gobierno de Brasil, que produjo el Consenso de Brasilia.

En México, en el año 2002, el Secretario de Salud, firmó el documento denominado: “Nuevo Modelo de Atención en Salud Mental”, que se elaboró entre la Secretaría de Salud y la Fundación Mexicana para la Rehabilitación del Enfermo Mental I.A.P. (FMREM), con el objetivo de reconocer que varias de las prácticas de atención psiquiátrica del viejo enfoque son violatorias de los derechos humanos, y con la intención de modificar la visión y los servicios a través de un modelo que implica la creación de nuevas estructuras de atención dirigidas a la salud mental (Programa de Salud Mental México, 2013).

2.5.3 LA SALUD MENTAL COMO NECESIDAD BÁSICA.

Dentro de las necesidades básicas del ser humano se encuentra la salud, es por ello que gobiernos, comunidades, familias y personas se preocuparan siempre por conservar y mantener niveles óptimos o “saludables”. Doyal y Gough en el 2002 definen las necesidades humanas básicas y estipulan lo que las personas deben lograr si han de evitar el daño serio y sostenido. En estos términos, daño serio, se entiende como: “estar fundamentalmente incapacitado para perseguir lo que uno considera lo bueno” (p.50). El argumento desemboca en las necesidades básicas:

Puesto que la sobrevivencia física y la autonomía personal son precondiciones de cualquier acción individual en cualquier cultura y constituyen las necesidades humanas más básicas.

La sobrevivencia no es suficiente, ya que constituye una necesidad humana básica, para desempeñarse adecuadamente en la vida, la gente no sólo necesita sobrevivir, necesita también poseer una módica salud básica. El nivel de autonomía, entendida como la capacidad de iniciar una acción, la capacidad de formular propósitos y estrategias, e intentar ponerlas en acción, está determinado por tres variables según Doyal y Gougha (2002): el nivel de entendimiento de nosotros mismos, de nuestra cultura, y de lo que se espera de nosotros; la capacidad psicológica de formular opciones para uno mismo (su salud mental); y las oportunidades objetivas de actuar en consecuencia y la libertad implicada en ello.

Un país que presente serios problemas en la salud de sus habitantes tendrá problemas para llevar adelante un plan nacional de desarrollo de sus propios pobladores, del uso de sus riquezas y del bienestar de sus habitantes.

Así, los gobiernos integran sistemas nacionales de salud, que dan atenciones a la población para mejorar sus condiciones de vida y desarrollo, disminuyen los impactos mortales de las enfermedades, previenen hábitos nocivos que ayudan a una mejor calidad de vida, investigan las características de las enfermedades y procuran llevar a la mayoría de la población, atención suficiente y adecuada.

2.5.4 RELACIÓN ENTRE ENFERMEDAD MENTAL Y ENFERMEDAD FÍSICA

Esta relación es muy estrecha ya que existe una gran variedad de enfermedades médicas que dan como resultado trastornos mentales claramente identificados y a los que se han denominado secundarios. Son numerosas las enfermedades médicas que generan trastornos mentales en individuos susceptibles, entre éstas predominan las endocrinológicas, las cardiopatías, las inmunológicas y las neurológicas.

Ejemplo de esto es la alta proporción de pacientes diabéticos, padecimiento que tiene una prevalencia del 10% en la población y que provoca trastornos depresivos y cambios de personalidad secundarios al procedimiento médico. También, más de 50% de pacientes con enfermedad vascular cerebral (EVC) presentan trastornos mentales, principalmente alteraciones del estado de ánimo.

Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS)

Involucra el funcionamiento y los síntomas físicos, los factores psicológicos y los aspectos sociales. Los efectos secundarios de naturaleza psicológica de los padecimientos crónicos suelen aparecer a lo largo del tratamiento. Por tanto, es crucial tratar la cuestión

referida a la calidad de vida relacionada con la salud, toda vez que los tratamientos farmacológicos pueden afectarlos, así como la propia situación de vivir con una enfermedad crónica. El estudio de la calidad de vida se está centrando en las enfermedades crónicas, como la artritis reumatoide. En esta misma línea, existe interés por el estudio de la calidad de vida de aquellos pacientes con enfermedades avanzadas, progresivas e incurables que han ingresado en las unidades de cuidados paliativos.

Con respecto a la CVRS es un concepto multidimensional que debe incluir, de acuerdo con Teva, los siguientes aspectos (como se citó en: Salud Mental en México, 2012):

- 1) El funcionamiento físico, que incluye el cuidado personal, el desempeño de actividades físicas y de roles.
- 2) Los síntomas físicos relacionados con la enfermedad o su tratamiento.
- 3) Los factores psicológicos, que aglutinen desde el estado emocional, por ejemplo, la ansiedad y la depresión, hasta el funcionamiento cognoscitivo.
- 4) Los aspectos sociales, es decir, las relaciones sociales de la persona con los demás.

Así, es importante distinguir entre calidad de vida y calidad de vida relacionada con la salud. Si se comparan, se observa que ésta última es más descriptiva, se centra en aspectos del estado de salud, y relaciona directamente la calidad de vida con el concepto de enfermedad.

2.5.5 PANORAMA MUNDIAL

Utilizando el Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud (IESM-OMS) ha arrojado las siguientes cifras (OMS, 2005):

En el mundo, los trastornos mentales constituyen un serio problema de salud pública con un alto costo social que afecta a las personas sin distinción de edad, sexo, nivel socioeconómico o cultura. La enfermedad mental participa del 13% de la carga global de enfermedad, constituye una de las tres primeras causas de mortalidad de personas entre 15-35 años, esto último influido por el suicidio. Se sabe que al menos el 10% de los adultos experimentan algún trastorno mental y el 25% de los mismos desarrollará algún problema relacionado durante su vida.

A nivel mundial, se ha estimado que las tasas de prevalencia de trastornos mentales en el curso de la vida oscilan entre 12,2% y 48,6%, mientras que la prevalencia anual fluctúa entre 8,4% y 29,1%. El 14% de la carga de morbilidad en todo el mundo, medida en años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD), es atribuible a este tipo de padecimientos y es aún más patente en los países de ingreso bajo y mediano (Instituto Nacional de Psiquiatría, 2011).

Los trastornos mentales y neurológicos psiquiátricos representaban casi la cuarta parte de la carga total de enfermedad en América Latina y el Caribe.

Hay una influencia mutua entre los trastornos mentales y otras enfermedades crónicas como el cáncer, las enfermedades cardiovasculares y la infección por el VIH y el sida. Asimismo, también hay una importante aparición conjunta de los trastornos mentales y los trastornos por abuso de sustancias.

Considerados en conjunto, los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias suponen un costo elevado para los resultados en materia de salud. La depresión por sí sola, representa 4,3% de la carga global de enfermedad y se encuentra entre las

principales causas de discapacidad en el mundo (11% de todos los años vividos con discapacidad a escala mundial).

En el caso de niños y adolescentes según los reportes epidemiológicos en el mundo, la prevalencia de enfermedad mental es 20%, de este porcentaje, entre el 4 y 6% requiere intervención clínica, pero pocos tienen acceso a servicios, y aunque la falta de servicios especializados es un fenómeno mundial, la región de las Américas muestra una brecha del 26% en los servicios de salud mental para niños y adolescentes.

Los sistemas de salud en el mundo no han respondido aún a la carga de los trastornos mentales. Se estima que cuatro de cinco personas con trastornos mentales importantes no reciben atención en los países de ingreso bajo y medio.

El Proyecto Atlas que monitoreó el estatus de la salud mental y las tendencias en los recursos disponibles en el mundo, entre 2005 y 2011, encontró que los recursos son insuficientes en especial para atender trastornos neuropsiquiátricos. Las brechas entre los recursos de países de altos ingresos contra los de bajos ingresos se siguen manteniendo, y el hallazgo más positivo es que las camas psiquiátricas en hospitales psiquiátricos se están reduciendo en la mayoría de los países.

2.5.6 PANORAMA NACIONAL

En México, se experimenta una transición epidemiológica “polarizada”, cuyos rasgos más notorios son la disminución de enfermedades infectocontagiosas y el aumento de padecimientos crónico degenerativos, incluidos los trastornos mentales.

Uno de cada cuatro mexicanos entre 18 y 65 años ha padecido en algún momento de su vida un trastorno mental, pero solo uno de cada cinco de los que lo padecen recibe tratamiento. El tiempo que demoran los pacientes para recibir atención en un centro de salud oscila entre 4 y 20 años según el tipo de afección, al igual que lo observado en la mayoría de los países de América Latina (Instituto Nacional de Psiquiatría, 2011.).

De acuerdo con otros estudios, 24.7% de los adolescentes mexicanos se encuentran afectados por uno o más problemas de salud mental, siendo los más recurrentes los trastornos de ansiedad, déficit de atención, depresión y uso de sustancias, así como intento suicida. Estas cifras resultan preocupantes si se considera que la edad de inicio de la mayoría de los trastornos psiquiátricos se encuentra en las primeras décadas de la vida, (Encuesta Nacional de Psiquiatría, 2011).

La última evaluación de los servicios de salud mental en México del 2011, señala las siguientes características: se observó que el eje de la atención de salud mental era —y sigue siendo— el hospital psiquiátrico. Si bien es cierto que el número de servicios ambulatorios fue más amplio, no alcanzaba para cubrir las necesidades de atención, y también se registró una cantidad insuficiente de servicios enfocados a la atención de los niños y adolescentes. Solo 27% del total de usuarios atendidos en establecimientos ambulatorios eran niños o adolescentes, mientras que el porcentaje de menores atendidos en hospital psiquiátrico era el 6%. Los resultados también revelaron que aproximadamente 50% de los pacientes que recibían atención, lo hacían en servicios hospitalarios y que era internado un paciente de cada 1,7 atendido en los servicios ambulatorios.

En el informe sobre el sistema de salud mental en México del 2011 publico los siguientes resultados:

Los usuarios de los servicios ambulatorios informaron un promedio de cuatro contactos por año, 31% de los establecimientos proporcionaba atención de seguimiento en la comunidad y 4% contaba con equipos móviles. Todos o casi todos los servicios (81–100%) habían realizado una o más intervenciones psicosociales durante el año anterior al estudio y 67% tuvieron disponible por lo menos un medicamento psicotrópico de cada clase terapéutica (antipsicóticos, antidepresivos, estabilizadores del estado de ánimo, ansiolíticos y antiepilépticos).

Por su parte, 80% de los hospitales psiquiátricos había llevado a cabo algún tipo de intervención psicosocial durante el año anterior al estudio y, de ellos, 98% dispuso de medicamentos psicotrópicos. En promedio, los pacientes estuvieron hospitalizados menos de un mes (24 días), pero 38% había permanecido un período mucho más elevado (cinco o más años en hospitales psiquiátricos).

En México, como en muchos otros países de América Latina, los recursos humanos enfocados a la salud mental informaron niveles insuficientes y, en la mayoría de los casos, estaban concentrados en los hospitales psiquiátricos.

2.5.7 PANORAMA EN EL ESTADO DE VERACRUZ

Salud Mental inicia en la región sur de Veracruz desde junio del 2006, surge de la preocupación del gobierno del estado por los índices cada vez más grandes de trastornos mentales, iniciando con un módulo de salud mental en cada una de las once jurisdicciones sanitarias.

Perteneciente a la Jurisdicción No. XI, da inicio el módulo de salud mental en el Centro de Salud “Dr. Agustín Hernández Mejía en la ciudad y puerto de Coatzacoalcos, Veracruz, a partir del 05 de junio del año 2006.

Se proporciona atención a la población abierta de los 18 municipios que corresponden al área de responsabilidad de la jurisdicción sanitaria. Atendiendo padecimientos mentales como: Esquizofrenia, Epilepsia, Depresión, Ansiedad, Trastornos de la alimentación, Adicciones, Trastornos de déficit de atención e Hiperactividad, Trastornos esquizoafectivos, etc.

El personal inicial comprende a un médico, una psicóloga, una enfermera y una trabajadora social, los cuáles fueron instruidos para estar en dicho módulo tomando un curso de capacitación en la ciudad de Xalapa durante una semana. Las acciones primordiales del programa de salud mental desde sus inicios han sido: promoción a la salud, detección oportuna de trastornos mentales, valoración adecuada y seguimientos de casos.

Este programa está regido por el modelo veracruzano de salud mental; tiene su coordinación en la ciudad de Xalapa, Ver., y de ahí se envían los lineamientos y normatividad; así como la manera de llevar a cabo todas y cada una de las actividades; dando mayor importancia a la detección oportuna y tratamientos adecuado de los diferentes trastornos mentales.

Desde el mes de octubre del 2008 dejó de ser un módulo y se incorpora al área adjunta del Hospital General de especialidades “Dr. Valentín Gómez Farías”, y pasa a ser una clínica especializada en salud mental, integrándose al equipo de trabajo un psicólogo y un médico psiquiatra.

Incrementándose con esto una mayor demanda de servicios de salud mental, esto llevó a pensar en las siguientes estrategias: invitación a estudiantes de medicina y psicología para realizar residencias y servicio social; así como complementarias con actividades de baile, grupos de autoayuda y terapias ocupacionales.

El trabajo se perfila arduo pues, uno de cada 7 veracruzanos, hombres o mujeres, ricos o pobres, en zonas urbanas y rurales, padecerán anomalías permanentes o repetidas relacionadas con la depresión, ansiedad, estrés, trastornos bipolares, obsesiones compulsivas, Alzheimer, pánico, insomnio, alcoholismo, drogadicción o trastornos afectivos, entre otros padecimientos mentales o emocionales (Salud Mental, Universidad Veracruzana, 2019).

El 1.5% de la población (cerca de 105 mil personas) afrontará la distimia y el 1.3% (más o menos 91 mil veracruzanos) enfrentaría episodios de manía. Los diagnósticos más comunes de la población urbana son: los trastornos de ansiedad (8.3%); agorafobia (3.8%) y fobia social (2.2%).

Es posible que en el Estado de Veracruz unas 49 mil personas sufran las consecuencias de la esquizofrenia; 35 mil registren el Mal de Alzheimer y unas 14 mil 800 otro tipo de demencias; entre 70 mil y 140 mil tendrían problemas de epilepsia (que aunque no es un problema de salud mental, tiene serias repercusiones en este ámbito); 21 mil, Mal de Parkinson; y 35% de los afectados por casos de desastre o la delincuencia organizada, podrían experimentar severos trastornos psicológicos (Salud Mental, Universidad Veracruzana, 2019)..

La población infantil que padece algún tipo de psicopatología sería de más de 350 mil niños y niñas, de los cuales al menos 175 mil requieren una atención especializada e integral; además, alrededor de 105 mil niños y adolescentes hoy podrían enfrentar el trastorno

por déficit de atención. Esta cifra se duplicaría incluyendo a los adultos que siguen padeciendo los efectos de este trastorno.

2.5.8 CISAME

En la actualidad, la salud mental es un aspecto de salud general que ha cobrado gran relevancia, ya que en ella intervienen factores que pueden poner en situaciones vulnerables a las personas, impidiéndoles alcanzar el máximo bienestar, es por ello que la Secretaría de Salud pone a disposición de la población los servicios que brinda el Centro Integral de Salud Mental (UNEME-CISAME).

Esta Unidad Médica Especializada ofrece atención ambulatoria sin costo para la población por medio de un grupo multidisciplinario enfocado a realizar actividades de prevención y promoción para fomentar la salud mental.

De igual manera, se realizan diagnósticos tempranos y se proporciona el tratamiento adecuado a problemáticas como la alteración de la conducta, aprendizaje, conducta alimentaria y trastornos emocionales.

ANTECEDENTES

El espacio que actualmente alberga a la Clínica de salud Mental, es parte del antiguo edificio del Hospital Civil de Coatzacoalcos, Dr. Valentín Gómez Farías, el cual se terminó de edificar en 1947. El 23 de septiembre de 1986 se le otorgó el nombre de Hospital Regional de

Coatzacoalcos, Dr. Valentín Gómez Farías y posteriormente el 20 de agosto de 1996, se llevó a cabo su descentralización, en la residencia Oficial de los Pinos, en la hoy Ciudad de México.

Posteriormente y debido al incremento de la población, se hizo necesaria la construcción de un nuevo edificio para dicho hospital, siendo inaugurado el 8 de octubre, quedando disponible gran parte de la antigua construcción, espacios que son ocupados por diversas áreas de la Jurisdicción Sanitaria XI.

Como ya se mencionó, Salud Mental inició en la Región Sur de Veracruz desde junio del 2006. La Jurisdicción Sanitaria XI, habilitó una parte del antiguo edificio del Hospital Regional de Coatzacoalcos, para la Clínica de Salud Mental (CISAME), solicitó la comisión de la Psiquiatra, Dra. Ma. Isabel González, adscrita al Hospital desde 2004 y la nombró Coordinadora de la de la clínica desde su inauguración el 16 de octubre del 2008, hasta la fecha.

Actualmente el equipo de salud Mental se integra por el siguiente personal:

- 1 médico psiquiatra
- 1 médico capacitado en Salud Mental
- 1 enfermera
- 2 psicólogas clínicas
- 2 trabajadoras Sociales, (una de ellas con especialidad en psiquiatría y con plaza administrativa)
- 1 apoyo administrativo
- 1 apoyo en el área de recepción

2.5.8.1 FUNCION CISAME:

La función fundamental de la clínica es proporcionar atención médica, psiquiátrica y psicológica a las personas que lo requieran, con calidad y calidez, en el marco del respeto a los Derechos Humanos y al Código de Ética.

Las actividades que desarrolla el equipo de Salud Mental son:

1. Brindar atención Médico-psiquiátrica y psicológica a todos los pacientes que así lo requieran.
2. Orientar e informar a todas las personas que acuden a solicitar atención, así como a su familia y/o tutores, respecto al funcionamiento de la clínica y lineamientos a los cuales deberán apegarse durante el tratamiento.
3. Organizar talleres con diferentes temas relacionados con los motivos más frecuentes en la consulta psiquiátrica, e impartirlos en la clínica a pacientes y sus familiares.
4. Asesorar a asociaciones o grupos, cuyas actividades estén orientadas a promover la salud mental.
5. Asistir a escuelas primarias, secundarias, bachilleratos, universidades, etc. para difundir información preventiva sobre patologías más frecuentes (Prevención del suicidio, uso de drogas, depresión, bulimia, anorexia, déficit de atención, etc.).
6. Llevar un seguimiento de cada caso e investigar causas de deserción y de ser posible, trabajar en la reincorporación.
7. Detectar oportunamente diversos trastornos mentales y emocionales, aplicando escalas clinimétricas y otras pruebas psicológicas.

8. Ser Área de oportunidad para estudiantes y egresados de carreras afines al área de Salud Mental, en la realización de Servicio Social, Prácticas Clínicas, y elaboración de investigaciones contribuyendo así a su formación profesional.

Objetivo general:

Definir y establecer las responsabilidades, atribuciones, funciones, relaciones internas y externas, así como facilitar su desarrollo, eliminando la duplicidad de esfuerzos, confusión e incertidumbre tanto del personal asignado, como del personal de nuevo ingreso y de servicio social, todo ello en beneficio de proporcionar una atención de calidad a pacientes y familiares.

Misión CISAME Coatzacoalcos:

Atender a los usuarios del Sur de Veracruz (Jurisdicción XI), que requieran atención médico-psiquiátrica y/o psicológica, basada en el respeto a la dignidad humana, así como la implementación de estrategias de intervención, que incidan en el mejoramiento de la Salud Mental de la población.

Visión

Ser una clínica que a corto plazo, tenga un crecimiento tanto en infraestructura y equipamiento como en recursos Humanos y cuente con personal especializado, capacitado y actualizado continuamente, para satisfacer las necesidades de atención de la salud mental de la población ubicada en el área de influencia.

Ubicación física

La Clínica de Salud Mental (CISAME), se encuentra en el Municipio de Coatzacoalcos, Ver., localizado en el Sureste Mexicano a los 18 grados, 8' 56'' de longitud Oeste con una altura promedio de 14 metros sobre el nivel del mar. Es cabecera municipal, constituida por 37 localidades, dista 736 Km. De la Ciudad de México y 430 Km. De la capital del Estado.

Cobertura

De acuerdo al número de habitantes del área de influencia, la Clínica de salud Mental tiene la responsabilidad de satisfacer las demandas de atención médico-psiquiátrica al 70% de la población abierta y con seguro popular, ya que aproximadamente el 30% cuenta con seguridad Social (ISSSTE, IMSS, FUERZAS ARMADAS, PEMEX).

Es importante decir que el IMSS cuenta con una psiquiatra para la atención de sus derechohabientes del Sur de Veracruz, sin embargo, su capacidad de atención se ve rebasada por la cada vez más creciente demanda, por lo que derechohabientes de ese Instituto solicitan atención en esta Clínica.

Actualmente, este porcentaje se ha modificado debido a la situación económica por la que atraviesa el país y específicamente el Sur de Veracruz, que arroja un incremento considerable de personas que a partir del año 2016, han quedado sin empleo y por tanto, sin servicio médico y deben ser captadas por SESVER (Servicios de salud de Veracruz), con lo cual la cobertura ha aumentado en forma considerable. También es importante mencionar que se atiende personas pertenecientes a la Jurisdicción X (Acayucan, Sayula, Texistepec, los

Tuxtlas, Catemaco, etc.), así como pacientes que provienen de los límites de Veracruz con Oaxaca y Tabasco.

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

En este capítulo se especifica el enfoque de investigación, el tipo de investigación y los aspectos generales de la población, muestra e instrumento de recolección de datos.

3.1 ENFOQUE DE INVESTIGACIÓN

CUANTITATIVO

Con la investigación Cuantitativa se busca que por medio de un instrumento de medición obtener datos verificables, los cuales al interpretarse posteriormente se pueda describir la relación entre la asertividad y su relación con el Trastorno Depresivo Mayor.

Hernández, Fernández y Baptista (2006), mencionan que en la investigación Cuantitativa se hace la medición numérica, el conteo, y en uso de estadística para establecer indicadores exactos.

3.2 TIPO DE ESTUDIO

DESCRIPTIVO

La presente investigación describe bajo los resultados de un instrumento de medición la relación que hay entre los niveles de asertividad de los pacientes que tiene un diagnóstico de Trastorno Depresivo Mayor.

Tamayo y Tamayo, en el (2009), define la investigación descriptiva como:
“...registro, análisis e interpretación de la naturaleza actual, y la composición o proceso de los fenómenos. El enfoque se hace sobre conclusiones dominantes o sobre grupo de personas, grupo o cosas, se conduce o funciona en presente” (p. 35).

3.3 POBLACIÓN

ASPECTOS DEMOGRÁFICOS DEL CISAME

El área de influencia de esta clínica abarca los municipios correspondientes a la Jurisdicción sanitaria XI y son los siguientes:

Tabla 1: Cantidad de habitantes por ciudad

CIUDAD	POBLACIÓN
AGUA DULCE	44,322
COATZACOALCOS	332,464
COSOLEACAQUE	130,567
CHINAMECA	16,593
HIDALGOTITLÁN	19,587
IXHUATLÁN DEL SURESTE	16,070
JALTIPAN	42,388
MECAYAPAN	20,533
MINATITLÁN	166,049
MOLOACAN	17,504
NANCHITAL	28,356
OTEAPAN	17,034
PAJAPAN	17,474
SOTEAPAN	36,359
TATAHUICAPAN	16,176
UXPANAPA	29,623
ZARAGOZA	11,702
Total	962,801

Nota: No hay estadísticas que reflejen las cifras de pacientes clasificadas por trastorno, sin embargo, existe un informe anual en asistencia por especialista.

3.3.1 MUESTRA

Población total con Trastorno Depresivo: Son 95 usuarios, lo cuales fueron diagnosticados dentro del periodo de Julio 2018 a Julio 2019. De esta cantidad solo el 15% cumplen con el perfil. Y de este mismo porcentaje (15%), participaron: el 66%. Lo que corresponde a 10 usuarios de 15.

A continuación se especifican los datos en cuanto a la moda y la mediana, además de otras variables como la escolaridad, el sexo, el estado civil, la edad y la ocupación.

Tabla 2: Promedio de edad, de los participantes en la investigación

PROMEDIO DE EDAD	MODA	MEDIA	PARTICIPANTES	
			HOMBRES	MUJERES
32.3	32	31	2	8

Tabla 3: Otras variables

#	Escolaridad	Sexo	Fecha de Diagnostico	Edad	Estado Civil	Ocupación
1	Primaria	Femenino	26-oct-18	34	Unión Libre	Ama de casa
2	Licenciatura	Masculino	12-nov-18	38	Soltero	Comerciante
3	Licenciatura	Femenino	16-ene-19	28	Unión Libre	Ama de casa
4	Licenciatura	Masculino	18-ene-19	25	Soltero	Estudiante
5	Preparatoria	Femenino	28-ene-19	25	Casada	Comerciante
6	Preparatoria	Femenino	01-feb-19	40	Soltera	Ama de casa
7	Preparatoria	Femenino	07-feb-19	28	Casada	Ama de casa
8	Secundaria	Femenino	17-may-19	40	Casada	Ama de Casa
9	Primaria	Femenino	10-jul-19	25	Viuda	Asistente
10	Primaria	Femenino	18-jul-19	40	Viuda	Ama de casa

3.3.1.1 TIPO DE MUESTREO

Se optó por seguir un muestreo no probabilístico, seleccionado por Criterios de inclusión y exclusión.

Los Criterios de Inclusión fueron:

- Pacientes activos del CISAME
- Edad de 25 a 40 años
- Diagnóstico de Trastorno Depresivo Mayor² en el periodo de Junio del 2018 a Junio del 2019
- Residir en la Ciudad de Coatzacoalcos, Veracruz.

Los Criterios Exclusión fueron:

- No ser paciente activo del CISAME
- Diagnóstico de Depresión fuera del periodo de Junio del 2018 a Junio del 2019
- Nivel educativo menor a primaria
- Edad menor a 25 y mayor a 40
- Residir fuera de la Ciudad de Coatzacoalcos, Veracruz.
- Diagnóstico diferente a Trastorno Depresivo Mayor

² Depresión Grave es una especificador de gravedad/ curso del Trastorno Depresivo Mayor.

3.3.2 INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

El instrumento que se seleccionó para medir la variable independiente fue la Escala Multidimensional de Asertividad (EMA), los autores son: Flores Galaz, Mirta Margarita / Díaz - Loving, Rolando, publicada en el año: 2004, por la editorial Manual Moderno

La calificación e interpretación de resultados se hace de la siguiente manera:

La puntuación de la escala se realiza asignando un número cada una de las respuestas de los reactivos de cada factor con base en un rango de 1 a 5, en donde:

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

En la calificación de la Escala Multidimensional de Asertividad se deberán seguir estos pasos:

1. Verifique que todos los reactivos del cuestionario se hayan contestado.
2. Coloque la plantilla correspondiente al factor de Asertividad indirecta sobre la hoja de respuestas.
3. Sume las puntuaciones que aparezcan a través de los cuadros para obtener la puntuación cruda correspondiente a dicho factor.
4. Coloque el total en el espacio asignado para ello en la Hoja de respuesta y Perfil, proceda de la misma manera con las plantillas de No asertividad y Asertividad.

(Atención: Al utilizar la plantilla correspondiente al factor Asertividad observe que en los reactivos 15, “Cuando me doy cuenta que me están cobrando de más, no digo nada”; 22,

“Me molesta que me digan los errores que he cometido” y 33, “Encuentro difícil admitir que estoy equivocado” –pertenecientes a este factor- se debe invertir la calificación pues dichas afirmaciones se encuentran en sentido negativo de lo que mide el factor al que corresponde, es decir, 5=1, 4=2, 3=3, 2=4 y 1=5).

5. Identifique las puntuaciones crudas en la tabla de puntuaciones T lineales (véase las tablas A-1, A-2 y A-3), correspondientes a la muestra general, por sexo o nivel escolar.
6. Grafique el perfil según las normas empleadas.
7. Interprete los resultados con base en los baremos respectivos e indique si las puntuaciones obtenidas por cada sujeto para cada dimensión, están dentro de la normalidad, es decir, si caen por arriba o por debajo de las puntuaciones T lineales de 40 a 60 (que aparecen sombreadas en el perfil). Si se tienen puntuaciones fuera de este rango, significaría que en los individuos predomina uno y otros estilos de respuesta en sus relaciones interpersonales.

el test define la asertividad de la siguiente manera:

Asertividad indirecta: En caso de que la persona obtenga puntuaciones arriba del promedio en este factor, implica que es un individuo inhábil para decir o expresarse abiertamente, es decir, le es difícil tener enfrentamientos directos con otras personas en diversas situaciones y con distinta gente, por lo que se ve en la necesidad de manifestar sus opiniones, deseos, sentimientos, peticiones, etc., por medios indirectos, como son las cartas o teléfonos. Por el contrario, si los individuos obtuvieron puntuaciones por debajo de la media se señala que son capaces de expresarse, por lo que no necesitan hacerlo de manera indirecta.

No asertividad: Cuando los individuos obtienen en este factor puntuaciones por arriba de la media, se sostiene que son definitivamente personas inhábiles para expresar sus deseos, opiniones, sentimientos, etc., así que serían sujetos no asertivos. En cambio puntuaciones por debajo de la media indican que son personas que carecen de este tipo de problema en sus relaciones interpersonales.

Asertividad: En este último factor, si la persona obtuviera puntuaciones por arriba de la media sería capaz de expresar sus limitaciones, sentimientos, opiniones, etc., es decir, sería un individuo hábil socialmente; en cambio sí obtuviera puntuaciones por debajo de la media indicaría que tiene problemas para poder expresarse durante sus relaciones interpersonales.

Por último, se puede decir que en aquel factor donde se obtenga la puntuación estándar más elevada, será el estilo de respuesta que predominará en el individuo para sus relaciones interpersonales (véase los estudios de casos que se muestran en el Apéndice).

Por desgracia, la falta de asertividad provoca conflictos que dañan al individuo mismo y a las otras personas con las que se relaciona; se pierde seguridad, control de la situación, energía y eficiencia en la solución de conflictos (Gasque, 1997). En cambio, la persona asertiva siente una gran libertad para manifestarse, para expresar lo que es, lo que piensa, lo que siente y quiere sin lastimar a los demás; es empática, capaz de comunicarse con facilidad y libertad con cualquier persona, sea ésta extraña o conocida; su comunicación se caracteriza por ser directa, abierta, franca y adecuada, en todas sus acciones y manifestaciones; se respeta a sí misma y acepta sus limitaciones; tiene siempre su propio valor y desarrolla su autoestima; es decir, sea aprecia y se quiere a sí misma, tal como es. La vida de la persona asertiva tiene un enfoque activo, pues sabe lo que quiere y trabaja para conseguirlo, haciendo lo

necesario para que las cosas sucedan, en vez de esperar pasivamente a que éstas ocurran por arte de magia; es más proactiva que activa; acepta o rechaza de su mundo emocional a las personas de manera delicada, pero con firmeza; establece quienes van a ser sus amigos y quienes no; expresa sus emociones con libertad; evita los dos extremos, por un lado la represión y por el otro la expresión agresiva y destructiva.

CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LOS DATOS

En este capítulo se presentan los resultados de test y se hace un análisis vinculado otras variables de interés.

4.1 RESULTADOS DEL TEST

En la siguiente tabla se representa los resultados obtenidos de la Escala Multidimensional de Asertividad.

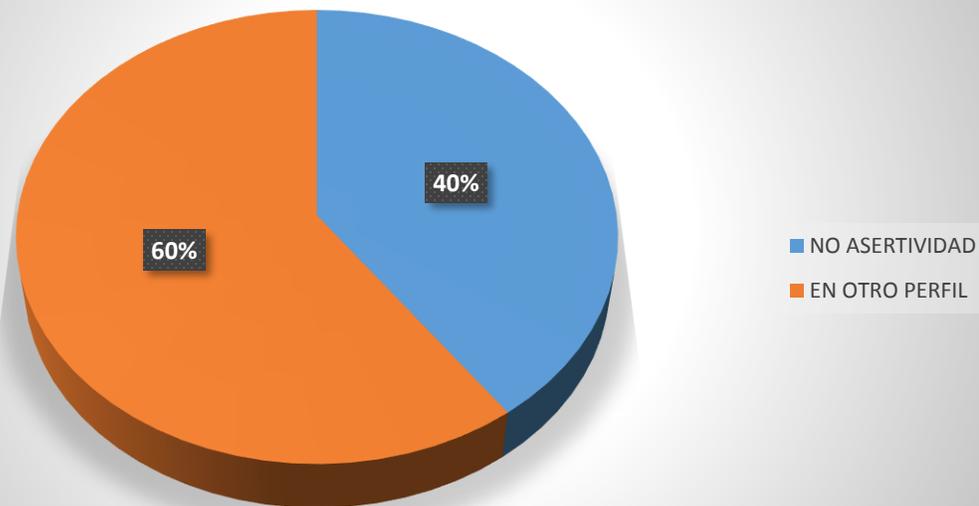
<i>Participante</i>	PUNTUACIÓN CRUDA			PUNTUACIÓN T		
	Asertividad Indirecta	No Asertividad	Asertividad	Asertividad Indirecta	No Asertividad	Asertividad
1	47	32	50	34	22	56
2	50	38	57	37	28	62
3	44	27	48	31	16	54
4	53	55	51	40	46	57
5	45	34	54	32	24	59
6	40	57	54	27	48	59
7	60	56	41	47	47	49
8	46	54	50	33	45	56
9	63	58	49	50	49	55
10	55	65	53	42	56	59

4.2 GRÁFICAS



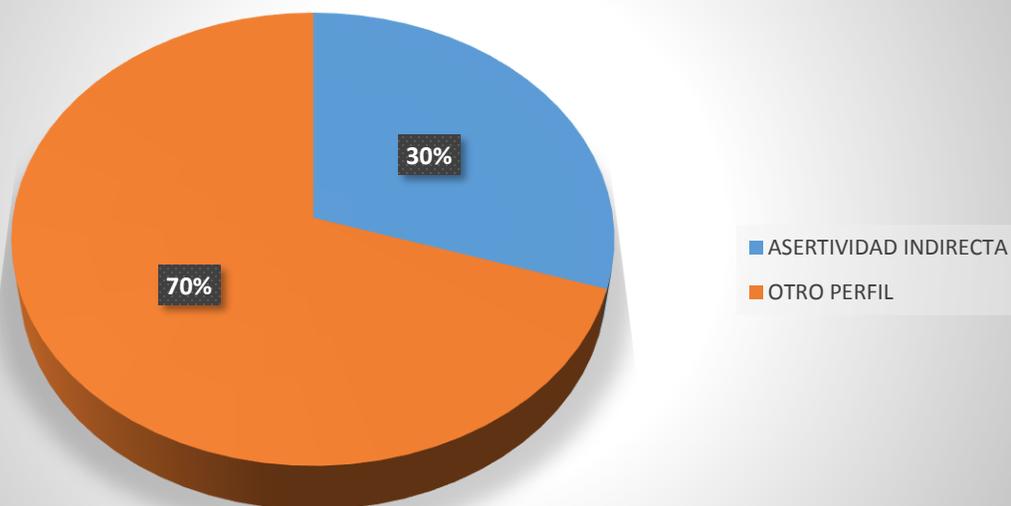
La Grafica N°1 representa los resultados obtenidos, el cual, del porcentaje total, el 70% obtuvo resultados dentro del perfil no asertivos y 30% son asertivos.

PERFIL: NO ASERTIVIDAD

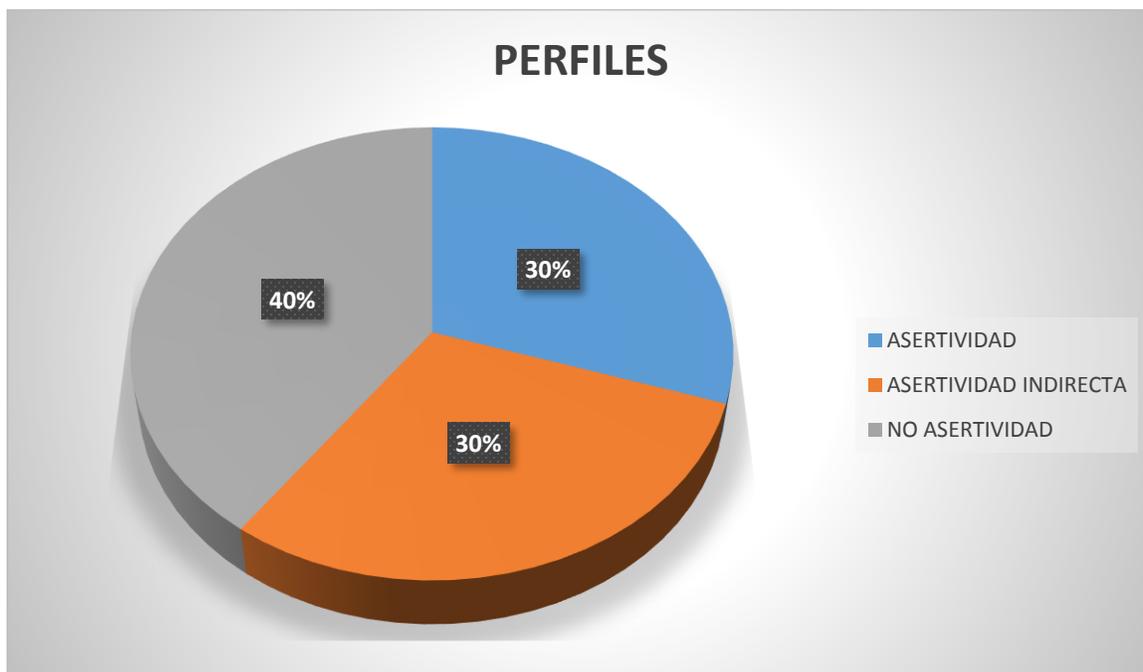


La Grafica N°2 representa los resultados obtenidos, el cual, del porcentaje total, el 40% obtuvieron resultados dentro del perfil no asertivo y 60% dentro de otro perfil.

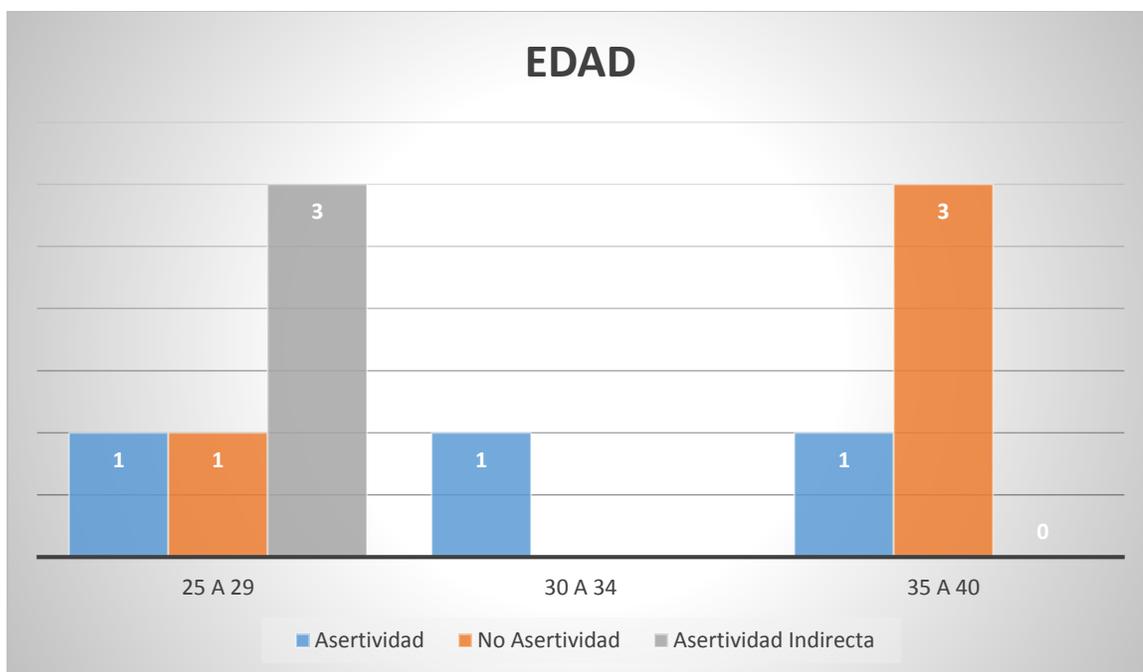
PERIL: ASERTIVIDAD INDIRECTA



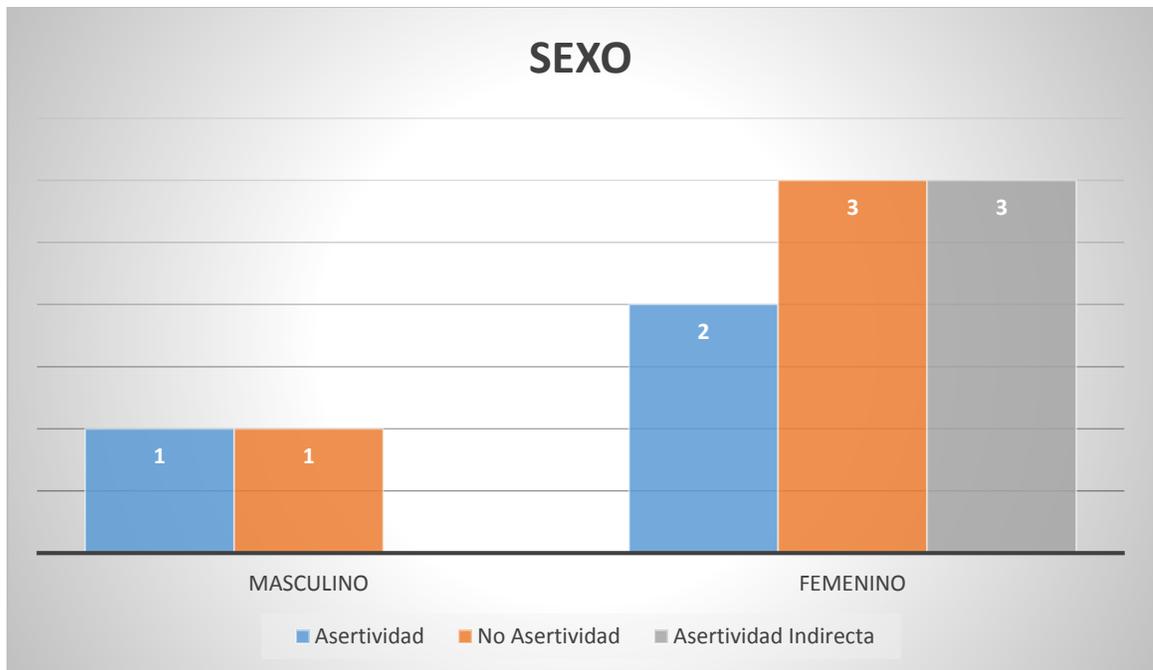
La Grafica N°3 representa los resultados obtenidos, el cual, del porcentaje total, el 30% obtuvieron resultados dentro del perfil de asertividad indirecta y 70% dentro de otro perfil.



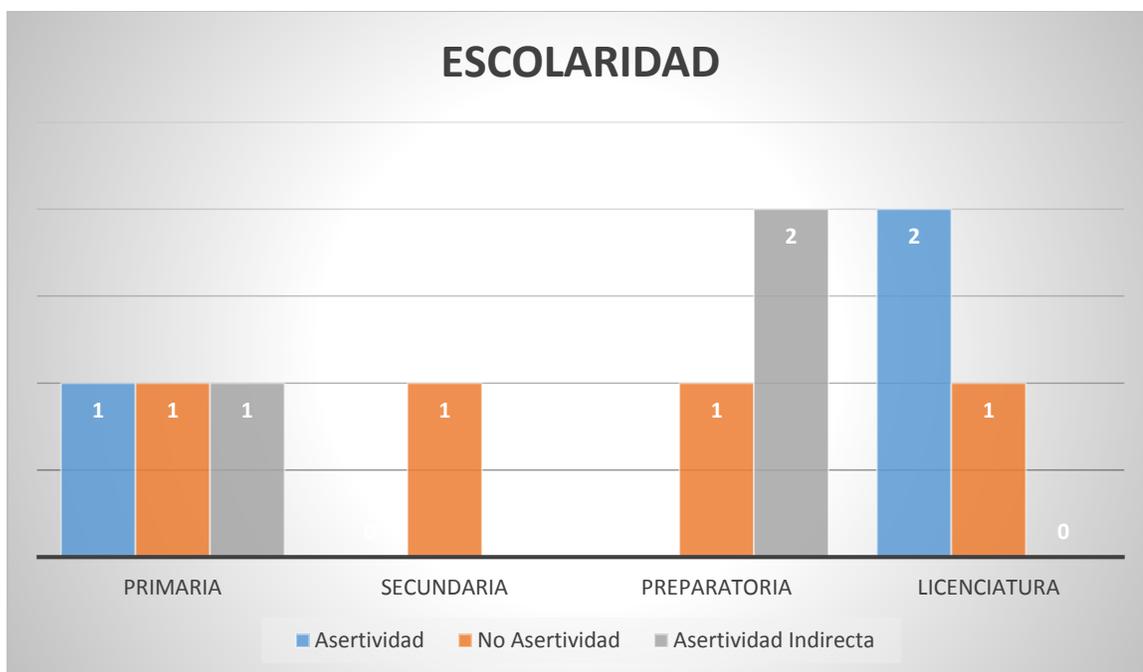
En la Grafica N°4 representa los resultados obtenidos, el cual, del porcentaje total, el 40% obtuvo resultados dentro del perfil de no asertividad, 30% con asertividad indirecta y 30% asertividad.



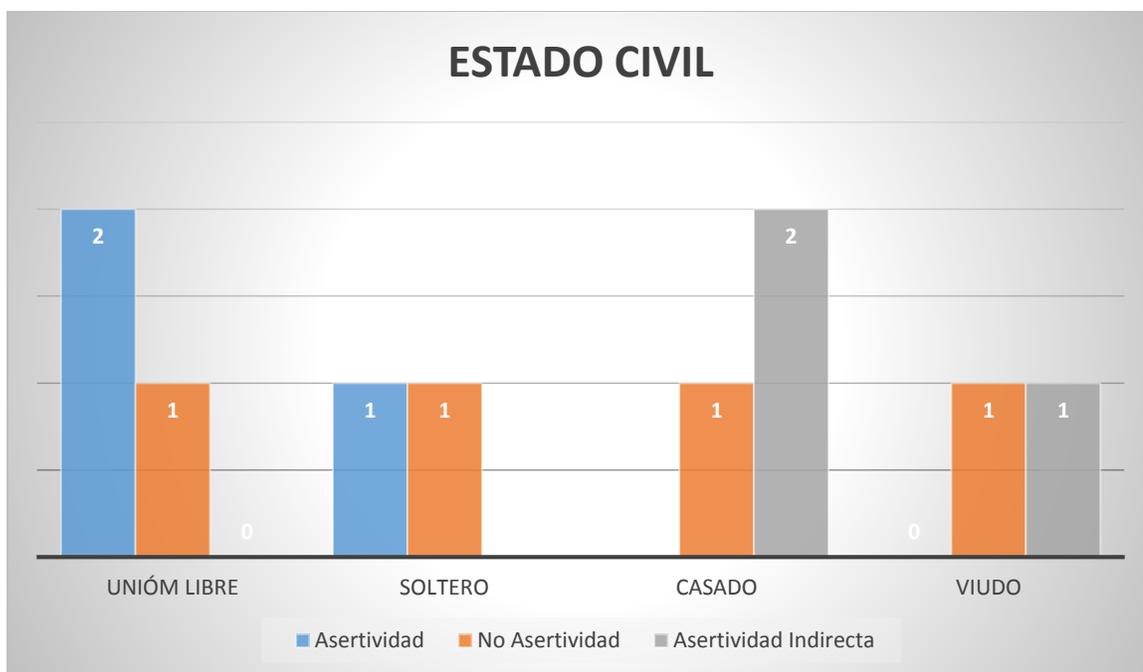
En la Grafica N°5 representa los resultados obtenidos clasificado desde la muestra de edad, los participantes de 25 a 29 años, 1 persona entra dentro del perfil de asertividad, 1 con no asertividad y 3 en asertividad indirecta; De los participantes de 30 a 34, hay un participante que obtuvo asertividad; y dentro de 35 a 40 años, un participante tiene el perfil de asertividad y 3 de no asertividad.



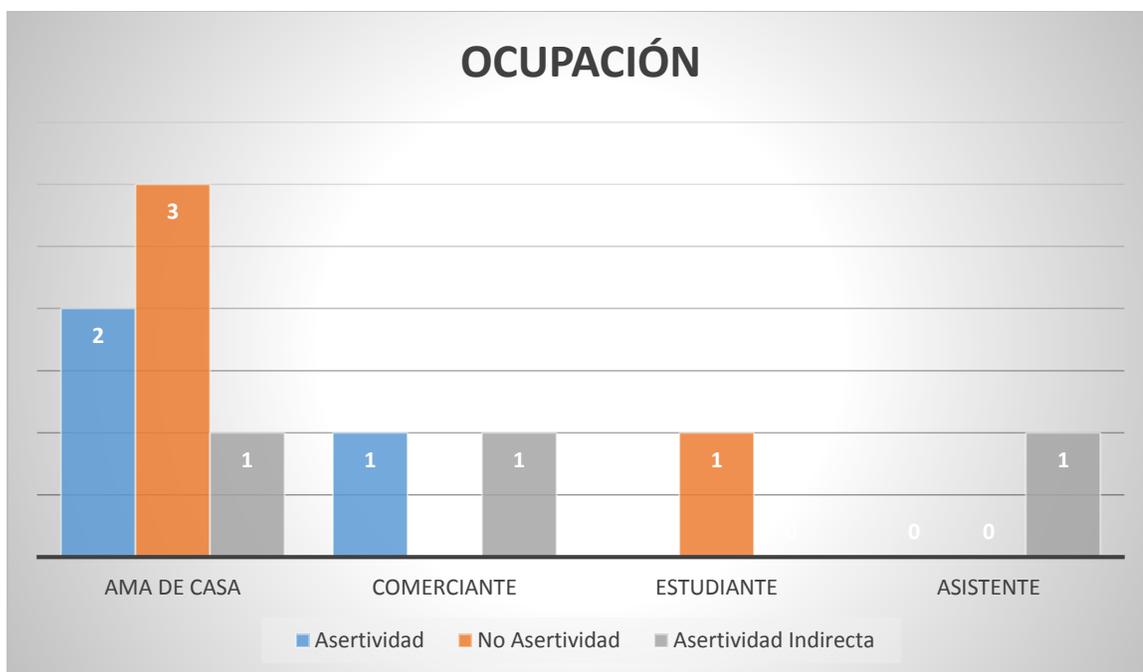
La Grafica N°6 representa los resultados obtenidos clasificado desde la muestra de sexo; se observa que dentro del sexo masculino un participante obtuvo resultado dentro del perfil de asertividad y uno con no asertividad; en cambio en el sexo femenino 2 participantes obtuvieron resultados dentro de perfil de asertividad, 3 con no asertividad y 3 con asertividad indirecta.



La Grafica N°7 representa los resultados obtenidos clasificado desde la muestra de escolaridad, en primaria obtuvieron resultados uno dentro de cada perfil, en secundaria, un participante con no asertividad; con escolaridad en preparatoria, un participante con no asertividad y dos con asertividad indirecta; y con Licenciatura 2 participantes con asertividad y uno con no asertividad.



La Grafica N°7 representa los resultados obtenidos clasificado desde la muestra de estado civil; participantes en unión libre obtuvieron los siguientes resultados: 2 en perfiles de asertividad y uno con no asertividad; solteros, uno con asertividad y uno con no asertividad; casados, uno dentro del perfil con asertividad y dos con no asertividad; y viudos, un participante con no asertividad y uno con asertividad indirecta.



La Grafica N°8 representa los resultados obtenidos clasificado desde la muestra de ocupación; amas de casa obtuvieron resultados 2 con asertividad, 3 con no asertividad y uno en asertividad indirecta; comerciantes con resultados uno con asertividad y un participante con asertividad indirecta; el estudiante que participó, obtuvo perfil de no asertividad; y el que es asistente, con asertividad indirecta.

4.3 ANÁLISIS DE LOS DATOS

Los datos de la muestra manifiestan que el 40% son asertivos del tipo indirecto, 30% son no asertivos y el otro 30% son asertivos por lo cual la conducta no asertiva es la predominante, pues el 70% es no asertivo y solo el 30% es asertivo.

Es importante resaltar que contemplando la variable sexo, el sexo femenino es el menos asertivo con el 75%, y 25% fue asertiva; y los hombres que representan el 20% de la muestra, de estos el 50% fue asertivo y el otro 50% fue no asertivo.

Se puede notar con respecto a la edad que la muestra ubicada en el rango de edad de 25 a 29 es no asertiva del tipo indirecta y el rango de edad de 35 a 40 es no asertivo, se puede notar aquí que los más jóvenes tratan de mejorar su asertividad pero sin lograrlo del todo.

En cuanto al nivel de escolaridad los datos reflejan que en el nivel primaria no hay información suficiente para hacer una diferencia entre los perfiles, en cambio en el nivel secundaria se muestra no asertivo, en preparatoria con no asertividad del tipo indirecta y en licenciatura la muestra se inclina a la asertividad.

Respecto al estado civil se observa que los participantes que están en unión libre son más asertivos, que los casados y viudos.

En la ocupación el 60% es ama de casa, la cual el 66% es no asertiva.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES

Todos en algún momento de la vida hemos sentido tristeza, pero cuando esta se vuelve más profunda, duradera y se acompaña de otros síntomas como disminución o aumento del apetito y del sueño, pérdida del aseo personal, sentimientos de culpa o desesperanza, pérdida de la energía, fatiga, pensamientos de muerte, entre otros; entonces se vuelve un trastorno depresivo.

Hoy en día las cifras de pacientes con depresión van en aumento; la cultura y la sociedad al paso del tiempo ha vivido una transformación, modificando así el desarrollo personal de los individuos y siendo este un factor importante en la estabilidad emocional.

Cabe destacar que el ser humano es una totalidad en la cual sus partes interactúan y se comunican. Cada aprendizaje positivo en un área repercute positivamente en las otras, de esta manera se puede construir un ciclo virtuoso en donde la autoimagen, la autonomía y la asertividad se influyen mutuamente facilitando el éxito.

La comunicación nos ha permitido transmitir información de una persona a otra o de una época a otra; pero esta habilidad no es suficiente si no se realiza de manera asertiva. Esta habilidad social de relación es una forma de expresión consciente, mediante la cual se manifiestan las ideas, deseos, opiniones, sentimientos o derechos de forma congruente, clara, directa, equilibrada, honesta y respetuosa, sin la intención de herir o perjudicar, y actuando desde una perspectiva de autoconfianza.

El objetivo de esta investigación fue: “Determinar si existe relación entre el perfil “No asertivo” arriba de la media de la Escala Multidimensional de Asertividad; y el Diagnóstico de Trastorno Depresivo Mayor de los usuarios entre las edades de 25 a 40 años, que asisten a la Clínica de Salud Mental de Coatzacoalcos, Ver”.

La hipótesis de trabajo fue: “Existe relación entre el perfil “No asertivo” arriba de la media de la Escala Multidimensional de Asertividad; y el Diagnostico de Trastorno Depresivo Mayor de los usuarios entre las edades de 25 a 40 años, que asisten a la Clínica de Salud Mental de Coatzacoalcos, Ver.”

Para realizar esta investigación se seleccionó pacientes de la Unidad Médica de Especialidades, Centro Integral de Salud Mental; a los cuales se les aplico la Escala Multidimensional de Asertividad (EMA), se procedió calificando dichas pruebas y con los datos que se obtuvieron se concluye que la hipótesis de trabajo se confirma en base a los siguientes datos:

Los datos de la muestra manifiestan que el 40% son asertivos del tipo indirecto, 30% son no asertivos y el otro 30% son asertivos; por lo cual la conducta no asertiva es la predominante, pues el 70% es no asertivo y solo el 30% es asertivo.

Es importante aclarar que al referirnos al perfil asertivo de tipo indirecto, hablamos de que el individuo busca comunicar sus deseos y necesidades de forma indirecta, ya sea por un mensaje o llamada, realizando una carta, o utilizando otros medios para llevar a cabo la conducta de comunicación asertiva. Por lo cual, al no ser esta de forma indirecta, se convierte en un estilo no asertivo.

El sexo femenino es el menos asertivo, y como lo manifiesta el DSM V es también una población con mayor riesgo a padecer depresión; al ser baja su capacidad asertiva, existiría una tendencia a comportarse de manera pasiva, resignada frente a problemas de diferente índole que se les puede presentar en los diferentes ámbitos de la vida.

Los participantes con mayor edad son menos asertivos que los jóvenes; dicho dato permite analizar como la cultura en cada generación ha logrado un gran impacto en sus habilidades sociales. Y en la actual generación, el uso descontrolado de la tecnología y los estilos de crianza no democráticos han desfavorecido al aprendizaje de las habilidades que permitirán una interacción social adecuada.

Se observa que los participantes que viven en unión libre son más asertivos, que los casados y viudos; unión libre o cohabitación es el tipo de relación que establece una pareja cuando deciden vivir juntos sin estar casados; conforme a los resultados obtenidos muestra que son más abiertos para comunicar sus deseos y necesidades, posiblemente por el hecho de no vincular su unión a un contrato social como es el matrimonio, poseen menor conflicto para hacerlo.

Las amas de casa obtuvieron bajos niveles de asertividad, mostrando un comportamiento pasivo y este las podría conducir a sentimientos de culpa, ansiedad, depresión, baja autoestima, entre otros.

La sociedad va caminando hacia el asertividad, valorando también ahora la necesidad de atender la salud emocional, pero, aun falta realizar muchas acciones para lograr la meta.

En otras investigaciones se han encontrado resultados similares, tales como:

En el 1998 los Psicólogos José de Jesús Vargas Flores y Edilberta Joselina Ibáñez Reyes, de la Universidad Nacional Autónoma de México aplicaron la Terapia Racional Emotiva y del Entrenamiento Asertivo en un caso de depresión y lo resultados obtenidos

muestran que hubo cambios que modificaron en forma positiva su funcionalidad personal y familiar.

En el 2009 Laura Gaeta González y Agris Galvanovskis Kasparane de la Universidad de las Américas-Puebla, en su análisis Teórico - Empírico de la asertividad, menciona que los participantes con bajos niveles de asertividad muestran dentro de la sintomatología, depresión.

Por los resultados y conclusiones obtenidas mis recomendaciones serian:

Los padres de familia deben reconocer su estilo de crianza, así como llevar a cabo acciones que permitan que sus hijos puedan desarrollar habilidades sociales como la comunicación asertiva. Siendo conscientes del impacto de la familia en el desarrollo personal del individuo.

Los docentes de cualquier área y nivel, deben llevar acabo entrenamiento en comunicación asertiva en los estudiantes; dar propuestas que favorezcan un desarrollo integral en el alumno, el cual el día de mañana será un prestador de servicio en la sociedad.

Los gremios del área de la salud, principalmente a los médicos, se les invita a tener consciencia y conocimiento en los trastornos mentales, así como enfermedades psicosomáticas; reconocer la función del psicólogo, para brindar una atención multidisciplinaria al paciente.

Los Centros de Salud Mental deben implementar talleres de Asertividad enfocados a las mujeres, esto como atención a la prevención de padecer un trastorno depresivo.

Para líneas futuras de investigación les invito continuar con estudios longitudinales y diseños experimentales que permitan confirmar el impacto de un entrenamiento en asertividad como tratamiento en los pacientes con depresión, así mismo analizar las diferentes variables como el estado civil, la edad y el sexo; que en mi investigación fueron las que personalmente me fueron de gran interés sus resultados.

BIBLIOGRAFÍA

Comisión Nacional de Derechos Humanos. Informe Especial de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos sobre los Hospitales Psiquiátricos que dependen del gobierno federal y estados de la República Mexicana; 2013.

Dávila, M. (2013). ¿Qué es la asertividad? Revista el Heraldo, 107831, 6.

Diccionario de la lengua española (2001). Recuperado de: <http://lema.rae.es/drae/?val=bienestar>

Elizondo, M. (2005). Asertividad y escucha activa en el ámbito académico. México, D.F.: Editorial Trillas.

Fernández, S., Cordero, J. y Córdoba, A. (2002). Estadística descriptiva. (2ª. ed.) España: Editorial ESIC.

García, A. (2010). Asertividad y las habilidades sociales en el alumnado de la educación social. Revista de educación. Universidad de Huelva, 12.

García, M. R. (2012). Interacción y comunicación en entornos educativos: Reflexiones teóricas, conceptuales y metodológicas. México: Económicos.

Hernández, R. C. (2006). Metodología de la investigación. México.

Kaplún, M. (1985). El comunicador popular. Argentina.

Miranda Flores Miriam L. (2015). Tesis “Asertividad y estrategias de aprendizaje en alumnos del nivel superior”. Toluca, México.

Monje, V. (2009). Influencia de los estilos de comunicación asertiva de los docentes en el aprendizaje escolar. Colombia: Psicogente.

Morera, J. L. (2004). La conducta asertiva como habilidad social. España: Ministerio de trabajo y asuntos sociales.

Nancy Pérez, (2013). Asertividad y convivencia escolar sana y específica. Argentina.

Nancy, Pérez. (2014). Diálogo y comunicación en la enseñanza superior. Buenos Aires.

Organización Mundial de la Salud. Informe sobre el Sistema de Salud Mental en México IESM-OMS. Instituto Nacional de Psiquiatría, 2011.

Organización Nacional Anticorrupción, (2017). La deuda con la salud mental en Veracruz. Recuperado de: <http://oneamexico.org/2017/10/10/salud-mental-en-veracruz-2017/>

Organización Panamericana de la Salud. WHO - AIMS: Informe sobre los sistemas de salud mental en América Latina y el Caribe; 2013.

Pereira, M. L. (2008). Relaciones interpersonales adecuadas mediante una comunicación y conducta asertiva.

Pérez, N. (2013). La utilización de la comunicación generalizada como estrategia para consolidar la comunicación.

Reglamento Interior de la Secretaría de Salud. DOF 19-02-2004.

Secretaría de Salud, Fundación Mexicana para la Rehabilitación del Enfermo Mental. Nuevo

Modelo de Atención en Salud Mental; México, 2000.

Secretaría de Salud. Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018

ANEXOS

ANEXO 1. DECLARACIÓN UNIVERSAL DE DERECHOS HUMANOS

Adoptada y proclamada por la Asamblea General en su resolución 217 A (III), de 10 de diciembre de 1948

Preámbulo

Considerando que la libertad, la justicia y la paz en el mundo tienen por base el reconocimiento de la dignidad intrínseca y de los derechos iguales e inalienables de todos los miembros de la familia humana,

Considerando que el desconocimiento y el menosprecio de los derechos humanos han originado actos de barbarie ultrajantes para la conciencia de la humanidad; y que se ha proclamado, como la aspiración más elevada del hombre, el advenimiento de un mundo en que los seres humanos, liberados del temor y de la miseria, disfruten de la libertad de palabra y de la libertad de creencias,

Considerando esencial que los derechos humanos sean protegidos por un régimen de Derecho, a fin de que el hombre no se vea compelido al supremo recurso de la rebelión contra la tiranía y la opresión, Considerando también esencial promover el desarrollo de relaciones amistosas entre las naciones,

Considerando que los pueblos de las Naciones Unidas han reafirmado en la Carta su fe en los derechos fundamentales del hombre, en la dignidad y el valor de la persona humana y en la igualdad de derechos de hombres y mujeres; y se han declarado resueltos a promover el progreso social y a elevar el nivel de vida dentro de un concepto más amplio de la libertad,

Considerando que los Estados Miembros se han comprometido a asegurar, en cooperación con la Organización de las Naciones Unidas, el respeto universal y efectivo a los derechos y libertades fundamentales del hombre,

y Considerando que una concepción común de estos derechos y libertades es de la mayor importancia para el pleno cumplimiento de dicho compromiso,

La Asamblea General

Proclama la presente Declaración Universal de Derechos Humanos como ideal común por el que todos los pueblos y naciones deben esforzarse, a fin de que tanto los individuos como las instituciones, inspirándose constantemente en ella, promuevan, mediante la enseñanza y la educación, el respeto a estos derechos y libertades, y aseguren, por medidas progresivas de carácter nacional e internacional, su reconocimiento y aplicación universales y efectivos, tanto entre los pueblos de los Estados Miembros como entre los de los territorios colocados bajo su jurisdicción.

Artículo 1

Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y, dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente los unos con los otros.

Artículo 2

Toda persona tiene los derechos y libertades proclamados en esta Declaración, sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición.

Además, no se hará distinción alguna fundada en la condición política, jurídica o internacional del país o territorio de cuya jurisdicción dependa una persona, tanto si se trata de un país independiente, como de un territorio bajo administración fiduciaria, no autónomo o sometido a cualquier otra limitación de soberanía.

Artículo 3

Todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona.

Artículo 4

Nadie estará sometido a esclavitud ni a servidumbre; la esclavitud y la trata de esclavos están prohibidas en todas sus formas.

Artículo 5

Nadie será sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes.

Artículo 6

Todo ser humano tiene derecho, en todas partes, al reconocimiento de su personalidad jurídica.

Artículo 7

Todos son iguales ante la ley y tienen, sin distinción, derecho a igual protección de la ley.

Todos tienen derecho a igual protección contra toda discriminación que infrinja esta Declaración y contra toda provocación a tal discriminación.

Artículo 8

Toda persona tiene derecho a un recurso efectivo, ante los tribunales nacionales competentes, que la ampare contra actos que violen sus derechos fundamentales reconocidos por la constitución o por la ley.

Artículo 9

Nadie podrá ser arbitrariamente detenido, preso ni desterrado.

Artículo 10

Toda persona tiene derecho, en condiciones de plena igualdad, a ser oída públicamente y con justicia por un tribunal independiente e imparcial, para la determinación de sus derechos y obligaciones o para el examen de cualquier acusación contra ella en materia penal.

Artículo 11

1. Toda persona acusada de delito tiene derecho a que se presuma su inocencia mientras no se pruebe su culpabilidad, conforme a la ley y en juicio público en el que se le hayan asegurado todas las garantías necesarias para su defensa.
2. Nadie será condenado por actos u omisiones que en el momento de cometerse no fueron delictivos según el Derecho nacional o internacional. Tampoco se impondrá pena más grave que la aplicable en el momento de la comisión del delito.

Artículo 12

Nadie será objeto de injerencias arbitrarias en su vida privada, su familia, su domicilio o su correspondencia, ni de ataques a su honra o a su reputación. Toda persona tiene derecho a la protección de la ley contra tales injerencias o ataques.

Artículo 13

1. Toda persona tiene derecho a circular libremente y a elegir su residencia en el territorio de un Estado.
2. Toda persona tiene derecho a salir de cualquier país, incluso el propio, y a regresar a su país.

Artículo 14

1. En caso de persecución, toda persona tiene derecho a buscar asilo, y a disfrutar de él, en cualquier país.
2. Este derecho no podrá ser invocado contra una acción judicial realmente originada por delitos comunes o por actos opuestos a los propósitos y principios de las Naciones Unidas.

Artículo 15

1. Toda persona tiene derecho a una nacionalidad.
2. A nadie se privará arbitrariamente de su nacionalidad ni del derecho a cambiar de nacionalidad.

Artículo 16

1. Los hombres y las mujeres, a partir de la edad núbil, tienen derecho, sin restricción alguna por motivos de raza, nacionalidad o religión, a casarse y fundar una familia; y

disfrutarán de iguales derechos en cuanto al matrimonio, durante el matrimonio y en caso de disolución del matrimonio.

2. Sólo mediante libre y pleno consentimiento de los futuros esposos podrá contraerse el matrimonio.
3. La familia es el elemento natural y fundamental de la sociedad y tiene derecho a la protección de la sociedad y del Estado.

Artículo 17

1. Toda persona tiene derecho a la propiedad, individual y colectivamente.
2. Nadie será privado arbitrariamente de su propiedad.

Artículo 18

Toda persona tiene derecho a la libertad de pensamiento, de conciencia y de religión; este derecho incluye la libertad de cambiar de religión o de creencia, así como la libertad de manifestar su religión o su creencia, individual y colectivamente, tanto en público como en privado, por la enseñanza, la práctica, el culto y la observancia.

Artículo 19

Todo individuo tiene derecho a la libertad de opinión y de expresión; este derecho incluye el no ser molestado a causa de sus opiniones, el de investigar y recibir informaciones y opiniones, y el de difundirlas, sin limitación de fronteras, por cualquier medio de expresión.

Artículo 20

1. Toda persona tiene derecho a la libertad de reunión y de asociación pacíficas.
2. Nadie podrá ser obligado a pertenecer a una asociación.

Artículo 21

1. Toda persona tiene derecho a participar en el gobierno de su país, directamente o por medio de representantes libremente escogidos.
2. Toda persona tiene el derecho de acceso, en condiciones de igualdad, a las funciones públicas de su país.
3. La voluntad del pueblo es la base de la autoridad del poder público; esta voluntad se expresará mediante elecciones auténticas que habrán de celebrarse periódicamente, por sufragio universal e igual y por voto secreto u otro procedimiento equivalente que garantice la libertad del voto.

Artículo 22

Toda persona, como miembro de la sociedad, tiene derecho a la seguridad social, y a obtener, mediante el esfuerzo nacional y la cooperación internacional, habida cuenta de la organización y los recursos de cada Estado, la satisfacción de los derechos económicos, sociales y culturales, indispensables a su dignidad y al libre desarrollo de su personalidad.

Artículo 23

1. Toda persona tiene derecho al trabajo, a la libre elección de su trabajo, a condiciones equitativas y satisfactorias de trabajo y a la protección contra el desempleo.
2. Toda persona tiene derecho, sin discriminación alguna, a igual salario por trabajo igual.
3. Toda persona que trabaja tiene derecho a una remuneración equitativa y satisfactoria, que le asegure, así como a su familia, una existencia conforme a la dignidad humana y que será completada, en caso necesario, por cualesquiera otros medios de protección social.

4. Toda persona tiene derecho a fundar sindicatos y a sindicarse para la defensa de sus intereses. Artículo 24 Toda persona tiene derecho al descanso, al disfrute del tiempo libre, a una limitación razonable de la duración del trabajo y a vacaciones periódicas pagadas.

Artículo 25

1. Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez y otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.
2. La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales. Todos los niños, nacidos de matrimonio o fuera de matrimonio, tienen derecho a igual protección social.

Artículo 26

1. Toda persona tiene derecho a la educación. La educación debe ser gratuita, al menos en lo concerniente a la instrucción elemental y fundamental. La instrucción elemental será obligatoria. La instrucción técnica y profesional habrá de ser generalizada; el acceso a los estudios superiores será igual para todos, en función de los méritos respectivos.
2. La educación tendrá por objeto el pleno desarrollo de la personalidad humana y el fortalecimiento del respeto a los derechos humanos y a las libertades fundamentales; favorecerá la comprensión, la tolerancia y la amistad entre todas las naciones y todos los

grupos étnicos o religiosos; y promoverá el desarrollo de las actividades de las Naciones Unidas para el mantenimiento de la paz.

3. Los padres tendrán derecho preferente a escoger el tipo de educación que habrá de darse a sus hijos.

Artículo 27

1. Toda persona tiene derecho a tomar parte libremente en la vida cultural de la comunidad, a gozar de las artes y a participar en el progreso científico y en los beneficios que de él resulten.
2. Toda persona tiene derecho a la protección de los intereses morales y materiales que le correspondan por razón de las producciones científicas, literarias o artísticas de que sea autora.

Artículo 28

Toda persona tiene derecho a que se establezca un orden social e internacional en el que los derechos y libertades proclamados en esta Declaración se hagan plenamente efectivos.

Artículo 29

1. Toda persona tiene deberes respecto a la comunidad, puesto que sólo en ella puede desarrollar libre y plenamente su personalidad.
2. En el ejercicio de sus derechos y en el disfrute de sus libertades, toda persona estará solamente sujeta a las limitaciones establecidas por la ley con el único fin de asegurar el reconocimiento y el respeto de los derechos y libertades de los demás, y de satisfacer las justas exigencias de la moral, del orden público y del bienestar general en una sociedad democrática.

3. Estos derechos y libertades no podrán en ningún caso ser ejercidos en oposición a los propósitos y principios de las Naciones Unidas.

Artículo 30

Nada en la presente Declaración podrá interpretarse en el sentido de que confiere derecho alguno al Estado, a un grupo o a una persona, para emprender y desarrollar actividades o realizar actos tendientes a la supresión de cualquiera de los derechos y libertades proclamados en esta Declaración.