



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 20

FACTORES ASOCIADOS A LA COMUNICACIÓN
ASERTIVA EN PRESTADORES DE
SERVICIOS DE SALUD

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
P R E S E N T A
CARLOS ALFREDO RANGEL CLARA

T U T O R A S
DRA. MARÍA DEL CARMEN AGUIRRE GARCÍA
DRA. SANTA VEGA MENDOZA

G E N E R A C I Ó N
2 0 0 6 - 2 0 0 9



MEXICO D. F.

8 JUNIO DE 2008



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

Vo. Bo.
ASESOR DE TESIS

DRA. MARIA DEL CARMEN AGUIRRE GARCÍA
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PROFESORA TITULAR DEL
CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 20 DEL
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

Vo. Bo.
ASESOR METODOLÓGICO

DRA. SANTA VEGA MENDOZA
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PROFESORA ADJUNTA DEL
CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 20 DEL
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

Vo. Bo.

DRA. VICTORIA PINEDA AQUINO
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
MAESTRA EN CIENCIAS
COORDINADORA CLÍNICA DE
EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 20 DEL
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

"Tu espíritu es el plumero de cualquier tela de araña.

Detrás de cada línea de llegada, hay una de partida.

Detrás de cada logro, hay otro desafío.

Mientras estés vivo, siéntete vivo.

Si extrañas lo que hacías vuelve a hacerlo.

No vivas de fotos amarillas....

Sigue aunque todos esperen que abandones.

No dejes que se oxide el hierro que hay en tí.

Haz que en vez de lástima, te tengan respeto.

Cuando por los años no puedas correr, trota.

Cuando no puedas trotar, camina.

Cuando no puedas caminar, usa el bastón.

¡Pero nunca te detengas! "

Madre Teresa de Calcuta

[1910](#) - [1997](#)

Cuando os eleváis por encima
de la alabanza y de la censura
y cuando vuestra voluntad,
como la voluntad de un hombre que ama,
quiere mandar en todas las cosas,
entonces asistís al origen de vuestra virtud.

Friedrich Wilhelm Nietzsche

1844 – 1900

DR. BALTAZAR RODRÍGUEZ HERNÁNDEZ

I N M E M O R I A M

AMIGO

MAESTRO

EJEMPLO A SEGUIR

Sólo las almas ambiciosas y tensas saben lo que es arte y lo que es alegría.

Filosofía general. Federico Nietzsche

Cuanto más libre y determinado es el individuo, más exigencias tiene su amor;
por último, acaba por aspirar al superhombre,
porque todo lo demás no satisface su amor.

Así habló Zaratustra. Federico Nietzsche

Con amor y gratitud a mi familia:

Nicolás

María Guadalupe

Aarón

Marina

Alfredo

Anselma

Graciela

Mercedes

Humberto

Ernestina

Diego Armando

David Alejandro

Con cariño:

RITA

Quiero expresar mi agradecimiento

A las doctoras:

MARIA DEL CARMEN AGUIRRE GARCÍA

SANTA VEGA MENDOZA

VICTORIA PINEDA AQUINO

Por las facilidades otorgadas para la realización
de este trabajo.

En forma especial agradezco

Al Profesor:

MARCO ANTONIO LEYVA PIÑA

La idea original y guía en el planteamiento del
trabajo que aquí se presenta, así como sus
enseñanzas, orientación y participación en la
integración científica para formular los
resultados obtenidos.

A todas aquellas personas, que de
una u otra forma contribuyeron en
mi formación como profesionista y
ser humano a lo largo de mi vida,
les doy las gracias.

**“FACTORES ASOCIADOS A LA COMUNICACIÓN ASERTIVA EN
PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD”**

ÍNDICE

RESUMEN ESTRUCTURADO	12
INTRODUCCIÓN	13
MARCO TEÓRICO	14
PROBLEMA	33
JUSTIFICACIÓN	34
OBJETIVOS DEL ESTUDIO	36
HIPÓTESIS	37
SUJETOS, MATERIAL Y MÉTODOS	38
DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO	46
ANÁLISIS DE RESULTADOS.	48
DISCUSIÓN	63
CONCLUSIÓN	67
COMENTARIOS Y RECOMENDACIONES	68
BIBLIOGRAFIA	69
ANEXOS	75

RESUMEN ESTRUCTURADO

FACTORES ASOCIADOS A LA COMUNICACION ASERTIVA EN PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD

Rangel-Clara Carlos Alfredo¹, Aguirre-García María del Carmen², Vega-Mendoza Santa³

¹Medico Residente. Curso de Especialización en Medicina Familiar. UMF 20 IMSS. ²Profesor Titular del Curso de Especialización en Medicina Familiar, UMF No. 20 IMSS. ³Profesor Adjunto del Curso de Especialización en Medicina Familiar, UMF No. 20 IMSS.

Introducción: La comunicación asertiva posee importancia en el trabajo. El hecho de saberse escuchado y poder expresar la información deseada en un ambiente de respeto (comunicación asertiva) facilita los compromisos del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS): accesibilidad, amabilidad, claridad, confidencialidad, honestidad, imparcialidad, seguridad y transparencia hacia sus usuarios.

Objetivo: Determinar factores asociados a la comunicación asertiva en prestadores de servicios de salud.

Material y métodos: Se realizó un estudio transversal analítico en la Unidad de Medicina Familiar No. 20 (UMF No. 20) del IMSS. De enero a febrero de 2008. En 215 prestadores de servicios previo consentimiento informado, aplicamos un batería de instrumentos: sociodemográfico, Evaluación Familiar (APGAR, FACES III, Evaluación del funcionamiento familiar y conyugal), red y apoyo social de DUKE UNC y Escala multidimensional de asertividad.

Se utilizó para el análisis estadística descriptiva, analítica, razón de momios, Chi cuadrada.

Resultados: Predominó género femenino 77.7%, edad 31 a 35 y 41 a 45 años en 20.9%, casados 100%, licenciatura 47.7%, católicos 100%, turno matutino 50.7%, médicos 35.8%, antigüedad 11 a 15 años 17%. Familia nuclear 100%, pareja funcional, percepción funcionalidad familiar 83.3%, familias balanceadas 65.1%, involucramiento afectivo funcional 88.8%, patrones de conducta 89.8%, resolución de problemas funcional 88.8%, Patrones de control de conducta 90.7%. Apoyo social adecuado 93.5%. Comunicación no asertiva 46.5%.

Factores asociados a la asertividad, categoría medico/asistente vs enfermera 4.70 (1.69-13.27) p0.00, funcionalidad familiar 17.80 (5.64-58.60) p0.00 y conyugal 98(18.98-679.96) p0.00.

Conclusión: La comunicación asertiva en los prestadores de salud se asocia a la funcionalidad familiar y/o conyugal.

Palabras clave: Asertividad, Comunicación, Familia, Prestadores de servicios de salud, Primer nivel de atención médica.

FACTORES ASOCIADOS A LA COMUNICACION ASERTIVA EN PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD

INTRODUCCIÓN

Las profesiones que prestan servicios de salud, tales como enfermería, medicina, odontología, trabajo social y asistentes médicos, están en continuo proceso de cambio, y ello supone afrontar serias dificultades en el ejercicio profesional. Esta dinámica imprime en los prestadores de servicios de salud la necesidad de educación continua en conocimientos teóricos y prácticos propios de su profesión.

Las estadísticas de las encuestas a usuarios sobre cumplimiento de los compromisos de accesibilidad, amabilidad, claridad, confidencialidad, honestidad, imparcialidad, seguridad y transparencia que genera el IMSS, muestran un deterioro en la interacción social entre prestadores de servicios de salud y beneficiarios de estos programas.

Las causas que llevan a este deterioro en la prestación de los servicios de salud, o incluso el abandono de la profesión, pueden ser múltiples y afectan a diversos sistemas (individual, familiar, social y organizacional).

De ahí que los mecanismos de afrontamiento también deban contemplarse a diferentes niveles.

El aprendizaje de habilidades sociales, entendiéndose como: un conjunto de comportamientos eficaces en las relaciones interpersonales; facilita la relación con los otros, la reivindicación de los propios derechos sin negar los derechos de los demás. El poseer estas capacidades evita la ansiedad en situaciones difíciles o novedosas. Además facilitan la comunicación emocional y la resolución de problemas.

Entre los diferentes tipos de habilidades sociales (HHSS) que se pueden entrenar: empatía, honestidad, liderazgo, comunicación no verbal, planificación, establecer metas, objetivos y resolución de problemas; existe la asertividad o comunicación asertiva.

La cual se define como una forma de expresión consciente, congruente, clara, directa y equilibrada, cuya finalidad es comunicar nuestras ideas y sentimientos o defender nuestros legítimos derechos sin la intención de herir, actuando desde un estado interior de autoconfianza, en lugar de la emocionalidad limitante típica de la ansiedad, la culpa o la rabia.

Tomando como base estos aspectos conceptuales, se plantea evaluar los factores asociados al ejercicio de la asertividad en estos prestadores de servicios de salud, para diseñar estrategias educativas dirigidas al aprendizaje de habilidades sociales que permitan establecer un contacto humano adecuado, continuo y de calidad en el primer nivel de atención médica.

MARCO TEORICO

La comunicación es una condición *sine qua non* de la vida humana y el orden social. Si observamos las diferencias en el juego entre niñas y niños, desde el comienzo de su existencia, un ser humano participa en el complejo proceso de adquirir reglas de comunicación.

Podemos percatarnos que las niñas se organizan en espacios interiores o reducidos, en grupos poco numerosos, de la misma edad, con los mismos integrantes. Las actividades favoritas suelen ser no competitivas, y establecidas de forma cooperativa. Para las niñas la idea de "la mejor amiga" es básica. Tal amistad se fundamenta en igualdad, confianza mutua, absoluta lealtad, y se centra en el intercambio de intimidades. Ello supone que la amistad se establece a través de la comunicación, y viceversa, ésta sustenta las relaciones. Las niñas aprenden a establecer y mantener entre sí vínculos estrechísimos mediante un estilo de comunicación que se caracteriza por prestar apoyo a las palabras de la(s) otra(s), reconocer los derechos de las demás a tomar la palabra (de forma simultánea o no), dejarlas hablar y mostrar reconocimiento explícito de sus palabras. Otra característica de la comunicación es la utilización de la expresión no verbal por lo tanto señalan que están interesadas en la conversación mediante movimientos afirmativos de cabeza, ruidos "de escucha" que a su vez esperan de las demás cuando toman la palabra. Intercalan comentarios durante el habla de otra y hacen preguntas para animarla a hablar. Cuando deben organizarse con sus amigas para realizar alguna tarea o actividad, lo hacen de forma no jerárquica. Los términos de la amistad femenina son tan exclusivos y exigen tal nivel de lealtad, que los conflictos son inevitables y con frecuencia también dolorosos. Por ello en la escuela los grupos de niñas son menos estables que los de chicos. Para evitar rupturas sentimentales, las niñas aprenden por tanto también mediante el habla a resolver desavenencias.

En palabras de María-Milagros Rivera. Las mujeres prefieren orientar la charla hacia el otro o la otra, o hacia el lado "más personal" del tema en cuestión. Por su parte, los niños tienden a organizarse en grupos más numerosos, formados por chicos de diversas edades, con preferencia por juegos competitivos, para los que ocupan grandes espacios exteriores. Aunque están fuertemente jerarquizados, el liderazgo fluctúa según la actividad, por lo que en toda ocasión habrá alguno luchando por ocupar una posición de poder y otros resistiéndose a que así sea. A cada niño le toca en algún momento ser víctima y deberá aprender a sobrellevarlo. La posición de dominación se logra a través de la comunicación: pretendiendo estar excelentemente informado de los diversos temas, de los que se habla con total seguridad, tratando de sonar experto en la materia; mediante órdenes directas; insultando o ridiculizando a los otros con sobrenombres e imitaciones; a través de amenazas y arrogancia; o sabiendo replicar a la jactancia y a la prepotencia con rapidez, mayor petulancia, mejor insulto o sentido del humor. Como los niños afirman así su identidad individual frente a los demás, no hay lugar para el comentario de apoyo, ni las preguntas para que continúe hablando, como en el grupo femenino. Ya de mayores, el discurso masculino continúa siendo un medio de afirmación personal frente a los y las demás, por lo que los hombres optan por no mostrar debilidad ni revelar intimidades y prefieren hablar que escuchar. El dominio se negocia constantemente en la conversación, con lo que desarrollan un estilo que suena directo, asertivo y que muestre una seguridad total, tienden a exhibir sus conocimientos y habilidades, y cuanto más edad tienen, más se retraen a un lenguaje racional, frío y abstracto que consideran apropiado para analizar y resolver problemas. En cabal consonancia con todo ello, entre sí no son dados a la lisonja, sino al contrario, las muestras de solidaridad masculina suelen ir unidas a una cierta dosis de agresividad verbal que se interpreta en clave amistosa.^{1,2}

El caso es que niñas y mujeres desarrollan un estilo comunicativo distinto del de niños y varones. No resulta sorprendente, dado que sus naturalezas,

experiencias y socializaciones son diferentes también. Los varones han aprendido a usar el habla para situarse; las mujeres para crear relación.³

Uno de los principales problemas de la relación entre varones y mujeres es que la comunicación entre sexos está dificultada por no usar la lengua de la misma manera: la agresividad verbal de los varones es interpretada por las mujeres como una especie de violación, en cambio la cortesía femenina es tenida por el sexo masculino como debilidad de carácter.³

La génesis de la participación económica de la mujer y su impacto en las relaciones de pareja, familiar, social, organizacional y laboral: crearon condiciones más favorables para el trabajo extradoméstico femenino, así como cambios en la dinámica familiar, en la relación de pareja, y en la posición de ser mujer, el acceso a los niveles educativos y la progresiva seguridad jurídica de la mujer frente al hombre.⁴

La comunicación posee gran importancia en todos los contextos, no solo en la pareja y en la familia; también en las organizaciones sociales y el trabajo. El hecho de saberse escuchado y poder expresarse provoca que el ser humano se sitúe frente a los demás.⁵

Acorde con estudios sociológicos los hombres están más interesados en los pensamientos y las mujeres en las relaciones interpersonales, siendo estas últimas mejores en habilidades verbales y de comprensión. Las mujeres están más orientadas a las relaciones interpersonales por que son más enfáticas. Ellas perciben con mayor precisión los signos de la comunicación que se encuentran bajo el umbral de una escala de estímulos que comúnmente llamamos mensajes. Durante los encuentros con personas desconocidas son más cautelosas y reservadas que los hombres.⁶

Se ha descubierto que las mujeres están más satisfechas con su trabajo, que los hombres. Para la mujer la posición que ocupan en el empleo representa la posibilidad de establecer relaciones interpersonales. Para el hombre las características, carrera profesional y remuneración le permite encontrar las oportunidades para autorrealizarse.⁷

Uno de los factores más importantes que permiten diferenciar el comportamiento de los hombres y las mujeres, es el acceso a la educación. La autoafirmación-autoaserción es fuerte en mujeres con formación universitaria, mientras que el estrés originado de las relaciones interpersonales se presenta con mayor frecuencia en mujeres con educación a nivel bachillerato, siendo más acentuado en el lugar de trabajo en mujeres con educación a nivel primaria o secundaria.⁸

Comparando aun hombre y una mujer con educación universitaria, se ha descubierto otra diferencia significativa: un hombre universitario necesita más autoafirmación-autoaserción vinculada con los signos de apreciación social tradicionales como son el salario y el desarrollo profesional en un empleo. Mientras que la mujer obtiene su autoafirmación-autoaserción de la apreciación social que se tiene del trabajo que realiza.⁴

Son muchos los sucesos que se presentan en el ámbito personal, familiar y laboral, problemas que se atribuyen a la comunicación y a la inadecuada transmisión e interpretación de los mensajes. Se hace caso omiso a estas recomendaciones y solo nos percatamos de su importancia cuando estamos en crisis o en problemas mayores. Demás está recordar los costos emocionales y económicos que esto acarrea, a personas y organizaciones.⁷

Las organizaciones son sistemas socio-técnicos, de allí que el componente humano sea un factor importante. La comunicación es la base de las relaciones humanas y en el ámbito empresarial, esta muy relacionado con el proceso de toma de decisiones oportunas y a tiempo. De esta manera ya se están enlazando para servirse mutuamente: relaciones grupales, comunicación, toma de decisiones y tiempo efectivo de trabajo.⁹

La palabra comunicación viene del latín *communis*, *común*, de aquí se deriva que el comunicador desee establecer una comunidad de información con otro receptor. Existen diferentes conceptualizaciones del término comunicación, los recogeremos de forma sencilla y diremos que la comunicación es la transmisión

de información y entendimiento mediante el uso de símbolos comunes. Estos símbolos comunes pueden ser verbales o no verbales.¹⁰

Se pudiera considerar que una comunicación es efectiva cuando reúne características, tales como:¹¹

- El mensaje que se desea comunicar llega a la persona o grupos considerados apropiados para recibirlos.
- La consecuencia de la comunicación es el cambio de conducta esperado en el receptor.
- Cuando no es unilateral, sino que estimula la retroalimentación al mensaje enviado (mensaje de retorno), ya que es igualmente importante saber escuchar, tanto como saber hablar.
- Cuando existe coherencia entre el lenguaje verbal y el corporal.
- Cuando se ha escogido el momento, las palabras y la actitud apropiada.

En virtud de lo anterior consideramos relevante rescatar dos conceptos muy importantes para cualquier proceso de comunicación: autoestima y asertividad.

19

- Autoestima: Es la concepción afectiva que tenemos sobre nuestra propia persona, partiendo de nuestro conocimiento del propio autoconcepto, es decir saber quines somos cuanto nos queremos y cuanto nos valoramos. Una comunicación basada en la propia estima tendrá congruencia, es decir se hará verdadero contacto y se será emocionalmente sincero con nosotros mismos y con nuestro interlocutor.
- Asertividad: Es la capacidad de expresar los sentimientos, ideas y opiniones, de manera libre, clara y sencilla, comunicándolos en el momento justo y a la persona indicada para desenvolverse eficazmente en un medio social y laboral.

La persona asertiva es aquella persona capaz de Mantener el equilibrio emocional. Saber decir y saber escuchar. Ser muy positivo y usar correctamente el lenguaje no verbal son

El término de HHSS en muchas ocasiones se ha confundido con la asertividad e incluso hay quienes consideran que asertividad y HHSS son sinónimos.⁵

El movimiento de las HHSS tuvo parte de sus raíces históricas en el concepto de habilidad aplicado a las interacciones de hombre-máquina, en donde la analogía con estos sistemas implicaba características perceptivas, decisorias, motoras y otras relativas al procesamiento de la información. La aplicación del concepto de habilidad a los sistemas hombre-hombre dio pie a un copioso trabajo sobre habilidades sociales.

Como consecuencia, la asertividad se considera una HHSS 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, la cual involucra tres componentes:

- No verbales: los mensajes que se transmiten paralela e independientemente a la comunicación verbal, tales como la mirada, la expresión facial, la sonrisa, los gestos, la postura corporal, la orientación, la distancia o contacto físico y la apariencia;
- Paralingüísticos: se refieren a la forma de expresar o transmitir un mensaje, como el volumen, entonación, fluidez, claridad, velocidad y el tiempo de habla;
- Verbales: son los elementos que componen el fondo del mensaje, es decir, el contenido.

Es por ello que a lo largo de los años han surgido diferentes enfoques, tales como el humanista, que aborda la asertividad como una técnica para el desarrollo de la realización del ser humano; el conductual, que desde la perspectiva del aprendizaje social plantea que la conducta asertiva o no asertiva se aprende a través de la observación de modelos significativos; el cognoscitivo, representado que sostiene la necesidad de incorporar cuatro procedimientos básicos en el entrenamiento asertivo: enseñar la diferencia entre asertividad y agresividad, ayudar a identificar y a aceptar los derechos

propios y los derechos de los demás, reducir obstáculos cognoscitivos y afectivos para actuar de manera asertiva y reducir ideas irracionales, ansiedades, culpas y, a su vez, desarrollar destrezas asertivas a través de la práctica activa de dichos métodos. Así surgió un marcado auge de la perspectiva ecléctica donde algunos terapeutas integraban los modelos conductuales, humanistas y cognoscitivos.⁵

DEFINICION DE HABILIDADES SOCIALES

Las HHSS deben considerarse dentro de un marco cultural determinado, y los patrones de comunicación varían ampliamente entre diferentes culturas y aun dentro de una misma cultura, dependiendo de los factores tales como la edad, el sexo, la clase social, y la educación.⁵

El grado de efectividad mostrado por una persona dependerá de lo que desea lograr en la situación particular en la que se encuentre. La conducta considerada apropiada en una situación, puede ser, obviamente inapropiada en otra. El individuo trae también a la situación sus propias actitudes, valores, creencias, capacidades cognitivas y un estilo único de interacción. En conclusión no puede haber un criterio absoluto de habilidad social. En general se espera que una conducta social habilidosa produzca reforzamiento positivo más a menudo que castigo.¹²

Hay un acuerdo general sobre lo que conlleva el concepto de las HHSS. El uso explícito del término de habilidades significa que la conducta interpersonal consiste en un conjunto de capacidades de actuación aprendidas. Mientras que los modelos de personalidad presuponen una capacidad más o menos ingerente para actuar de forma efectiva.

El modelo conductual enfatiza: "Que la capacidad de respuesta tiene que adquirirse. Que consiste en un conjunto de capacidades específicas. Además, la probabilidad de ocurrencia de cualquier habilidad en cualquier situación crítica esta determinada por factores ambientales, variables de persona y la interacción entre ambos".^{5, 12}

Por consiguiente, una adecuada conceptualización de la conducta socialmente habilidosa implica la especificación de tres componentes de la habilidad social: 1) dimensión conductual (tipo de habilidad), 2) dimensión personal (las variables cognitivas) y 3) dimensión situacional (el contexto ambiental).

Las habilidades sociales: son las capacidades específicas y deberían determinarse en los términos más concretos posibles necesarios para ejecutar competentemente una tarea. Estas pueden ser innatas o adquiridas por medio del entrenamiento y la práctica.

La conducta social se conceptualiza, sobre las bases de la reciprocidad y la influencia mutua. No solo se encuentra influido el individuo por las respuestas de los demás; también ayuda a crear su ambiente social al influir sobre los otros para que modifiquen su conducta.

Los problemas más frecuentes que se pueden encontrar en el sujeto, a lo largo de las distintas fases del modelo de las HHSS que estamos considerando se resumen como sigue: ¹¹

- Fase. Motivación, objetivos y planes.

El fracaso en esta etapa puede ocurrir por varias razones: los objetivos pueden ser contradictorios, los objetivos pueden estar suprimidos o extinguidos, los objetivos se transforman a causa de su bloqueo, las habilidades cognitivas requeridas para la planificación pueden ser inadecuadas.

- Fase. Habilidades de descodificación.

Las formas de fracaso de esta fase pueden ser las siguientes: evitación perceptiva debida a la ansiedad, bajo nivel de discriminación y presión, errores sistemáticos, estereotipos imprecisos o abuso de ellos, errores de atribución, efecto de "halo".

- Fase. Habilidades de decisión.

Aquí podemos encontrar problemas como los siguientes: fracaso en considerar alternativas, fracaso en discriminar acciones efectivas y apropiadas de las no apropiadas, tomar decisiones demasiado lentamente o

no tomarlas de ningún modo, fracaso en adquirir el conocimiento correcto para tomar decisiones, tendencia a tomar decisiones negativas.

- Fase habilidades de codificación

Las dificultades en esta etapa pueden deberse, en el primer paso a: déficit en habilidades conductuales del repertorio del individuo, ansiedad condicionada que bloquea la ejecución, distorsiones cognitivas (referentes a alguna de las tres fases anteriores), carencia de atractivo físico (especialmente cuando están implicadas las habilidades heterosociales).

El entrenamiento en habilidades sociales EHS se encuentra entre las técnicas más potentes y más frecuentemente utilizadas para el tratamiento de los problemas psicológicos, para la mejora de la efectividad interpersonal y para la mejora general de la calidad de vida. Desde sus primeros inicios, la esfera de acción de este movimiento se ha extendido hasta ser considerado hoy día como una de las estrategias de intervención más ampliamente utilizadas dentro del marco de los servicios de salud mental.¹⁹

El EHS se puede definir como: “un enfoque general de la terapia de la vida” o como un intento directo y sistemático de enseñar estrategias y habilidades interpersonales a los individuos con la intención de mejorar su competencia interpersonal individual en clases específicas de situaciones sociales”.

Las bases para el EHS son:^{10, 11, 12}

- Las relaciones interpersonales son importantes para el desarrollo y el funcionamiento psicológico.
- La falta de armonía interpersonal puede contribuir o conducir a disfunciones y perturbaciones psicológicas.
- Ciertos estilos y estrategias interpersonales son más adaptativos que otros estilos y estrategias para clases específicas de encuentros sociales.
- Esos estilos y estrategias interpersonales pueden especificarse y enseñarse.
- Una vez aprendidos esos estilos y estrategias mejoraran la competencia en situaciones específicas.

- La mejora en la competencia interpersonal puede contribuir o conducir a la mejoría en el funcionamiento psicológico.
- El EHS se compone de una combinación de procedimientos conductuales, para unos o de cualquier procedimiento para otros, dirigidos a incrementar la capacidad del individuo para implicarse en las relaciones interpersonales de una manera socialmente apropiada.

Pero ¿a qué se debe que un individuo actúe de manera socialmente inadecuada? Se han señalado una serie de razones que impediría a un sujeto manifestar una conducta socialmente habilidosa. Estos factores serían los siguientes:

- Las respuestas habilidosas necesarias no están presentes en el repertorio de respuestas de un individuo
- El individuo siente ansiedad condicionada que le impide responder de una manera socialmente adecuada
- El individuo contempla de manera incorrecta su actuación social, autoevaluándose negativamente, con acompañamiento de pensamientos “autoderrotistas”, o está temeroso de las posibles consecuencias de la conducta habilidosa
- Falta de motivación para actuar apropiadamente en una situación determinada pudiendo darse una carencia de valor reforzante por parte de las interacciones interpersonales
- El individuo no sabe discriminar adecuadamente las situaciones en las que una respuesta determinada probablemente sea efectiva
- El individuo no está seguro de sus derechos o no cree que tenga el derecho de responder apropiadamente
- Obstáculos ambientales restrictivos que impiden al individuo expresarse apropiadamente o que incluso castigan la manifestación de esa conducta socialmente adecuada.

Estos elementos pueden reagruparse en cuatro modelos fundamentales.

- Modelo del déficit en habilidades.

- Modelo de la ansiedad condicionada.
- Modelo cognitivo-evaluatorio.
- Modelo de la discriminación errónea.

Por lo tanto, el proceso del entrenamiento en habilidades sociales debería implicar, en su desarrollo completo, cuatro electos de forma estructurada:

- EHS, donde se enseñan conductas específicas, y se practican y se integran en el repertorio conductual del sujeto. Utilizando varias técnicas del aprendizaje social. Concretamente se emplean procedimientos tales como las instrucciones, el modelado, el ensayo de conducta, la retroalimentación, y el reforzamiento.
- Reducción de la ansiedad en situaciones sociales problemáticas. Normalmente, esta disminución de la ansiedad se consigue de forma indirecta, es decir llevando a cabo la nueva conducta más adaptativa que, supuestamente es incompatible con la respuesta de ansiedad. Si el nivel de ansiedad es muy elevado, se puede emplear directamente una técnica de relajación y la desensibilización sistemática.
- Reestructuración cognitiva, en donde se intentan modificar valores, creencias, cogniciones o actitudes del sujeto.
- Entrenamiento en solución de problemas, en donde se enseña al sujeto a percibir correctamente los valores de todos los parámetros situacionales relevantes, a procesar los “valores” de estos parámetros para generar respuestas potenciales, a seleccionar una de estas respuestas ya enviarla de manera que maximice la probabilidad de alcanzar el objeto que impulsó la comunicación interpersonal.

También es importante señalar que existen muy pocas contraindicaciones para el entrenamiento en habilidades sociales, que serían las siguientes:

- El ambiente real del sujeto no toleraría el cambio en el nivel de competencia social de éste y trataría de impedir dicho cambio.
- Existen procedimientos más eficientes que podrían producir cambios más fácilmente en el nivel de competencia de los sujetos.

- En el nivel motivacional o la capacidad intelectual de un sujeto son tales que no se beneficiaría mucho del entrenamiento en habilidades sociales.

DEFINICIÓN DE ASERTIVIDAD

El significado original que dio Wolpe (1969) a la asertividad, señalaba como preponderante la "defensa" de los propios derechos; sin embargo, algunos autores recientes la han definido como la expresión de alguna emoción, que no necesariamente es una respuesta de ansiedad hacia otra persona. De hecho, la asertividad es copartícipe de múltiples definiciones.¹¹

Desde el punto de vista etimológico, aserción proviene del latín assertio-tionis, que es la acción y efecto de afirmar una cosa, es la proposición en la que algo se afirma o se da por cierto.^{11,13}

Desde la perspectiva psicológica, Wolpe (1969) menciona que muchos autores han visto a la asertividad como una habilidad para contradecir a otros e imponer verbalmente los deseos, derechos y necesidades propias, lograda de manera fundamental en la interacción social. Basado en este principio, Wolpe (1958) formuló que: "La conducta asertiva se define como la expresión adecuada, socialmente aceptable, dirigida hacia otra persona, de cualquier emoción que no represente una respuesta de ansiedad".^{10,13}

La definición más citada o de la cual se toman algunos principios fundamentales es la de Jakubowski y Lange (1978), quienes postulan que actuar asertivamente significa: Hacer valer los derechos, expresando lo que uno cree, siente y quiere en forma directa, honesta y de manera apropiada respetando los derechos de la otra persona.^{17, 18}

La asertividad involucra la declaración de los derechos personales a la vez que se expresan pensamientos, sentimientos y creencias, sin violar los derechos de otras personas; su mensaje básico es: "Esto es lo que pienso, esto es lo que yo siento, ésta es la forma en la que yo veo la situación"; con él se comunica "quién es la persona" y lo dice sin dominar, humillar o degradar al otro individuo. Como se puede observar, las definiciones de asertividad se han centrado en torno de la expresión emocional de la autoexpresión, del autodescubrimiento,

así como de la capacidad de establecer valoración por sí mismo. También se habla de formas de comunicación sobre la intimidad, la expresión de los derechos, los efectos de la autoafirmación en el medio ambiente y las clases de respuestas específicas capaces de ser generadas ante determinadas situaciones.^{10, 11, 13, 14, 15}

En este sentido, se podrían retomar tres elementos generales de las definiciones:

- El individuo tiene derecho de expresarse
- Es necesario también el respeto hacia el otro individuo
- Deseable que las consecuencias del comportamiento sean satisfactorias para ambos miembros de la interacción, o al menos estén encaminadas hacia esta dirección.

DEFINICIÓN DE ASERTIVIDAD INDIRECTA

En este estilo de conducta, el mensaje total que se comunica es: Yo no cuento (puedes aprovecharte de mí). Mis sentimientos no importan (solamente los tuyos). Mis pensamientos no son importantes (los tuyos son los únicos que merecen la pena de ser oídos). Yo no soy nadie (tu eres superior).^{10, 13}

Acompañando a la negación verbal suelen darse conductas no verbales no asertivas como la evitación de la mirada, un patrón de habla vacilante, un bajo volumen de voz, postura corporal tensa y movimientos corporales nerviosos o inapropiados. Que tiene como objetivo evitar conflictos apaciguando a los demás, esto puede conducir a sentimientos de culpa, ansiedad, depresión y baja autoestima. La gente que normalmente se comporta de manera no asertiva a través de una serie de situaciones puede desarrollar quejas psicósomáticas y tener una evaluación de sí mismo inadecuada y negativa, con sentimientos de inferioridad, una tendencia a mantener papeles subordinados en sus relaciones con otros, con tendencia a ser excesivamente solícito del apoyo emocional de los demás y una ansiedad interpersonal excesiva. Ese individuo se sentirá insatisfecho, encontrando en las relaciones con otros seres humanos fastidiosas o no demasiado cómodas. La persona estará frecuentemente

haciendo cosas que no desea hacer. Está tensa y no sabe como relajarse. Se queja cuando se le critica en presencia de otros, pero tampoco quiere ser criticado cuando esta solo. La persona que teme a las multitudes también teme a los individuos, tiene miedo continuamente de estar molestando a la gente y llamando la atención, teme estar ocupando demasiado espacio y respirando demasiado aire.

Después de numerosas situaciones en las que un individuo ha sido no asertivo, es probable que termine por estallar, ya que hay un límite respecto a la cantidad de frustración que un individuo puede almacenar dentro de sí mismo. Desafortunadamente, en ese punto, la cantidad de molestia o ira que se expresa no guarda a menudo proporción con la situación real que lo ha propiciado.

La persona que se comporta de forma no asertiva trata de ser todo para todo el mundo y acaba no siendo nada para ella misma. Son camaleones, tratando de agradar a todo El mundo con quien están. Expresan todo excepto lo que sienten. Encuentran difícil decir "no". Son agradables. Tratan de ser amigables para todo el mundo y cuando son rechazados saben que es su propia falta. Se consideran así mismos de mente abierta, tolerante y democrática. Son honestos intelectualmente, pero emocionalmente son unos mentirosos. Su cortesía es un fraude. Uno no sabe nunca lo que sucede en su cabeza y esto no conduce a unas relaciones sociales cálidas. Están siempre analizando y planeando. Interactúa con su ambiente después de deliberarlo, por que no puede actuar automáticamente. No están seguras de los sentimientos que tienen sobre nada. Son personas pasivas.

DEFINICIÓN DE NO ASERTIVIDAD

La conducta no asertiva o agresiva implica la defensa de los derechos personales y la expresión de los pensamientos, sentimientos y opiniones de una manera tal que a menudo es deshonesto, normalmente inapropiado, y siempre viola los derechos de la otra persona.^{10, 13}

La conducta agresiva en una situación puede expresarse de manera directa o indirecta. La versión verbal directa incluye ofensas verbales, insultos, amenazas

ya notaciones hostiles o humillantes. El componente no verbal puede incluir gestos, hostiles o amenazantes, como el esgrimir el puño o miradas intensas y ataques físicos. La agresión verbal indirecta incluye anotaciones sarcásticas, comentarios rencorosos y murmuraciones maliciosas. Las conductas verbales no agresivas incluyen gestos físicos, realizados mientras la atención de la otra persona se dirige hacia otro lugar o actos físicos dirigidos hacia otras personas u objetos. La víctima del individuo que exhibe regularmente agresión pasiva empezará, más tarde o más temprano a sentir resentimiento y le evitará. Individuos que manifiestan patrones consistentes de conducta pasivo-agresiva no se espera que tengan muchas relaciones duraderas y satisfactorias.

El objetivo usual de la agresión es el dominar y el vencer, forzando a la otra persona a perder: la victoria se asegura por medio de la humillación, la degradación, el minimizar o dominar a las demás personas de modo que lleguen a volverse más débiles y menos capaces de expresar sus derechos y necesidades. El mensaje básico es: Esto es lo que yo pienso (tu eres estúpido por pensar de forma diferente). Esto es lo que yo quiero (lo que tu quieras no es importante). Esto es lo que yo siento (tus sentimientos son cuentan). La conducta agresiva es considerada a menudo como conducta ambiciosa, puesto que se intenta conseguir los objetivos a cualquier precio, apartando a un lado a la gente y a otros obstáculos en el proceso.

La conducta agresiva da como resultado a corto plazo a veces consecuencias favorables y a veces consecuencias desfavorables. Resultados positivos inmediatos incluyen la expresión emocional, un sentimiento de poder y el conseguir objetivos y necesidades sin experimentar reacciones negativas directas de los demás. Ya que la conducta es influida más fácilmente por las consecuencias inmediatas, el logro de los objetivos deseados por medio de la conducta agresiva es probable que refuerce este estilo de respuesta, con lo que el individuo seguirá comportándose de forma agresiva en el futuro, excepto que los sentimientos de culpa que puedan producirse sean excesivamente fuertes. Resultados negativos inmediatos pueden ser sentimientos de culpa, una

contraagresión directa en la forma de un ataque verbal o físico o una contraagresión indirecta bajo la forma de una réplica sarcástica o una mirada desafiante. Sin embargo, los efectos desfavorables de la conducta agresiva sobre el receptor son obvios. Se han negado sus derechos. Se puede sentir humillado, azorado o manipulado. Además, el receptor puede sentir resentimiento o ira y buscar venganza a través de medios directos o indirectos, como los señalados anteriormente.

Por otra parte, las consecuencias a largo plazo suelen ser siempre negativas, incluyendo tensión en la relación interpersonal con la otra persona o la evitación de futuros contactos con ella.

ASERTIVIDAD EN EL TRABAJO

La vida laboral es una compleja red de interacciones interpersonales y sociales de todo tipo, desde la relación con los subordinados, los compañeros del equipo de salud, los jefes y los usuarios de los servicios de seguridad social que oferta el primer nivel de atención.^{6, 14, 16} Creando un espiral de relaciones sociales en el cual el individuo está expuesto a diferentes retos, dependiendo de su labor, grado social, posición o desempeño en una organización como.^{5, 10, 17}

Ser asertivo laboralmente es algo que da ventaja a ciertos individuos sobre los otros que no lo son, el simple hecho de saber como y cuando pedir las cosas (como un aumento, o ascenso), da ventaja en la vida laboral; pero no solo se trata de pedir para si mismos también, el hecho de saber decir si o no, tanto a nuestros compañeros, jefes o clientes es una habilidad que no se obtiene de la noche a la mañana. La experiencia laboral es importante en cierta medida para adquirir la confianza para enfrentar los retos laborales, pero ante todo las bases que se adquieren desde nuestra formación son aun más determinantes en nuestro desempeño [personal](#) y laboral.^{11, 18, 19}

Si un individuo ejerce una conducta asertiva es capaz de hablar con tranquilidad y confianza a sus superiores; transmitirles dudas, problemas o soluciones de su área de trabajo, de forma correcta y precisa. A su vez un individuo asertivo sabe cuando y como dirigirse a sus subordinados, manteniendo el debido respeto

hacia ellos, sabiendo guiarlos, entenderlos o asimilando sus propuestas. Mejorando la [calidad](#) de los servicios que otorga el primer nivel de atención (15, 18). Como consecuencia no usará la timidez con sus superiores, ni la agresividad con sus subordinados; más bien tratando a todos con la misma conducta asertiva, guardando el respeto y la iniciativa en cada situación. ^{10, 11, 13, 17, 20, 21}

ASERTIVIDAD EN LA SOCIEDAD MEXICANA

Con base en la exhaustiva revisión de instrumentos elaborados para evaluar la asertividad, se puede decir que la asertividad: es un constructo global que implica:

- Defensa de los derechos.
- Habilidad para iniciar, terminar y continuar conversaciones en las relaciones interpersonales.
- Iniciativa para la resolución de problemas y la satisfacción de necesidades.
- Habilidad para resistir la presión grupal o individual.
- Liderazgo, dirección e influencia de otros.

Entre los principales hallazgos de este grupo se encuentra el que la cultura en la cual el individuo se desenvuelve le proveerá los fundamentos, estructura y normas aceptables y deseables de conducta. La sociocultura, entonces, es definida como un sistema de premisas culturales interrelacionadas (normas, roles, etc.) que gobiernan los sentimientos e ideas y jerarquizan las relaciones interpersonales, estipulan los roles que tienen que llevarse a cabo y las reglas para la interacción de los individuos para cada rol, especificando los dónde, cuándo, con quién y cómo. Y nos indica que las premisas socioculturales son una guía de comportamiento dentro de la familia, el grupo, la sociedad y en las superestructuras institucionales que afectan el desarrollo de la personalidad, las metas de vida, el estilo de afrontamiento, la percepción de la humanidad, entre otros. ^{13, 23}

Una premisa histórico-sociocultural es una afirmación simple o compleja que provee las bases de la lógica de un grupo para entender y guiar su mundo.

Díaz-Guerrero (1986) extrajo las premisas histórico-socioculturales de dichos, proverbios y otras formas de comunicación popular; en estas premisas dos proposiciones emergen para la descripción de la familia mexicana: a) el poder y supremacía del padre, y b) el amor y el sacrificio absoluto y necesario de la madre. Casi el 80% de los individuos indican que estas normas guían sus vidas. De ahí que se considere que la sociedad mexicana está cimentada en una estructura jerárquica, basada en el respeto hacia otros, particularmente padres y parientes (Díaz-Guerrero y Peck, 1967). La dimensión cultural más importante en los estudios con estas premisas fue la obediencia afiliativa: los mexicanos obedecen mayormente por amor, no por poder. De ahí que al internalizar estas premisas se produzca la abnegación, rasgo cardinal de la cultura mexicana, sostenido como verdadero tanto para varones como para mujeres, quienes creen que es más importante la satisfacción de las necesidades de otros antes que la de ellos mismos, prefiriendo la automodificación como estilo de afrontamiento ante estas situaciones (Díaz-Guerrero, 1993).^{13, 23}

Esta manera abnegada de interactuar se presenta como alternativa a la autoafirmación, la que se protagoniza a través de la imposición de los gustos, derechos y necesidades de un individuo sobre otros individuos o grupos, siempre y cuando no interfieran con los derechos de los demás, es lo que en la literatura anglosajona se denomina assertiveness y se ha traducido al español como asertividad.

En este marco, la expresión de una respuesta asertiva está influida por la cultura en la que se desarrolla el individuo, por el contexto situacional y psicológico, por las personas involucradas o percibidas en la interacción o ambas, por las variables sociodemográficas como el sexo, edad, escolaridad, nivel socioeconómico y otros más, así como por variables de personalidad.^{5, 17,}

24

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, se aprecia y se quiere a sí misma, tal como es.

En este mundo cada día más globalizado, tanto en el trabajo como en la escuela, con los amigos, la pareja y la familia, será necesario contar con individuos capaces de actuar con firmeza y de expresar sus necesidades, opiniones, intereses y sentimientos, para construir vínculos positivos en las relaciones interpersonales y para que éstas sean más estables y placenteras. Y dado el caso de que se carezca de estas habilidades, será conveniente participar en programas de entrenamiento asertivo, cuyo objetivo básico sea mejorar las relaciones interpersonales, sobre todo para aquellos cuyas profesiones les hacen entrar en contacto con otros, como son los médicos, enfermeras, profesores, altos ejecutivos, vendedores, entre otros.^{13, 24}

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Factores culturales, económicos, educativos, psicológicos, sociales y laborales, influyen en la comunicación asertiva; que es determinante para el desarrollo óptimo del individuo en la familia, las organizaciones sociales y el trabajo.

Los profesionales que prestan servicios de salud deben comunicarse asertivamente para mejorar su satisfacción en el trabajo; establecer un contacto adecuado, continuo y de calidad, proporcionando cuidados integrales al usuario y su familia en el primer nivel de atención; contribuyendo a la mejora continua de los trámites y servicios que ofrece el IMSS.

En base a lo anterior nos preguntamos

¿Cuales son los factores asociados a la comunicación asertiva en prestadores de servicios de salud?

JUSTIFICACIÓN

El IMSS siempre comprometido a participar en programas que contribuyan en mejorar la calidad de sus trámites y servicios, ha creado La Carta Compromiso Al Ciudadano, una herramienta de mejora continúa que:

- Implementa un sistema de gestión de calidad,
- Establece estándares de servicio,
- Incentiva la participación ciudadana,
- Transparenta la gestión pública y
- Genera mejoras a partir de las necesidades y expectativas ciudadanas

Para lograr estos objetivos es necesario modificar el ambiente laboral, creando uno nuevo. El personal del IMSS requiere una comunicación constructiva y trabajo en equipo.

En teoría estas relaciones interpersonales deben ser productivas, cooperativas y satisfactorias. En realidad todas las relaciones de trabajo producen cierto grado de conflicto con el paso del tiempo. Que los conflictos sean constructivos o destructivos depende de las actitudes y habilidades de sus participantes, así como de las presiones del tiempo y la falta de recursos. El comportamiento interpersonal en organizaciones complejas produce inevitablemente diferencias de poder.

La asertividad es el proceso de expresar sentimientos, pedir cambios legítimos, y brindar y recibir retroalimentación sincera. La capacitación para la asertividad incluye enseñar a las personas el desarrollo de formas efectivas de enfrentar diversas situaciones que producen ansiedad.

Las personas asertivas son directas, sinceras y expresivas. Sienten confianza en sí mismas, obtienen respeto para ellas y hacen sentir valiosos a otros. En contraste, las personas agresivas humillan a los demás, mientras que los individuos no asertivos generan compasión o burla. Ambas opciones respecto de la asertividad suelen ser menos eficaces para logra un objetivo deseado.

Desde el área de la salud y en específico desde el trabajo de intervención clínica, se hace necesario que se incorporen trabajos de análisis e investigaciones desde una perspectiva de género que permitan hacer más evidente las transformaciones que mujeres y hombres manifiestan en el nuevo milenio.

OBJETIVOS DEL ESTUDIO

OBJETIVO GENERAL

- Determinar los factores asociados al ejercicio de la asertividad en el personal de enfermería, medicina, odontología, trabajo social y asistentes médicos, que labora en la UMF No. 20 del IMSS.

OBJETIVO ESPECIFICO

- Identificar datos sociodemográficos y laborales en el personal de enfermería, medicina, odontología, trabajo social y asistentes médicos, que labora en la UMF No. 20 del IMSS.
- Identificar la estructura familiar en el personal de enfermería, medicina, odontología, trabajo social y asistentes médicos, que labora en la UMF No. 20 del IMSS.
- Identificar la funcionalidad de la familia en los subsistemas conyugal, parental y filial en el personal de enfermería, medicina, odontología, trabajo social y asistentes médicos, que labora en la UMF No. 20 del IMSS.
- Identificar las redes de apoyo social en el personal de enfermería, medicina, odontología, trabajo social y asistentes médicos, que labora en la UMF No. 20 del IMSS.
- Identificar el perfil de comunicación en el personal de enfermería, medicina, odontología, trabajo social y asistentes médicos, que labora en la UMF No. 20 del IMSS.
- Identificar el tipo de organización laboral en el personal de enfermería, medicina, odontología, trabajo social y asistentes médicos, que labora en la UMF No. 20 del IMSS.
- Identificar la relación existente entre los factores estudiados y el perfil de comunicación predominante en el personal de enfermería, medicina, odontología, trabajo social y asistentes médicos, que labora en la UMF No. 20 del IMSS.

HIPÓTESIS

El desarrollo de un perfil de comunicación predominante (asertivo, asertivo indirecto o no asertivo) esta influenciado por variables personales, familiares, sociales y laborales.

SUJETOS, MATERIAL Y MÉTODOS

- CARACTERÍSTICAS DEL LUGAR DONDE SE REALIZÒ EL ESTUDIO

El presente estudio se realizó en trabajadores adscritos a las áreas de enfermería, medicina, odontología, trabajo social y asistentes médicas, que laboran en la UMF No. 20 del IMSS.

La unidad labora de lunes a viernes en 2 turnos, matutino y vespertino, con horario de 08:00 a 14:00 h y de 14:00 a 20:00 h respectivamente.

- DISEÑO DESCRIPTIVO
- TIPO DE ESTUDIO TRANSVERSAL DESCRIPTIVO

- CARACTERÍSTICAS DEL GRUPO DE ESTUDIO

1. Criterios de inclusión:

Trabajadores del IMSS de las áreas de enfermería, medicina, odontología, trabajo social y asistentes médicas, que laboran en la UMF No. 20.

Querer participar en el estudio.

2. Criterios de exclusión:

Personal que se encontrará en periodo de vacaciones, incapacidad o licencia.

Criterios de eliminación:

No contestar correctamente los instrumentos de evaluación.

- Tamaño de la muestra:

PUESTO DE TRABAJO	NO. DE TRABAJADORES
Enfermería	60
Medicina	77
Odontología	8
Trabajo social	9
Asistentes médicas	61
Total	215

2.4 Definición de las variables.

GENERO

Tipo de variable:	Independiente.
Definición conceptual:	Características que definen el sexo del sujeto estudiado.
Definición operacional:	Se medirá a través del interrogatorio Masculino. Femenino.
Escala de medición:	Cualitativa Nominal

EDAD

Tipo de variable:	Independiente.
Definición conceptual:	Tiempo transcurrido desde el nacimiento de una persona estimado en años.
Definición operacional:	Se medirá a través del interrogatorio Años.
Escala de medición:	Cuantitativa Intervalo.

ESTADO CIVIL

Tipo de variable:	Independiente.
Definición conceptual:	Condición de cada persona en relación con los derechos y obligaciones civiles.
Definición operacional:	Soltero. Casado. Separado. Viudo. Unión libre.
Escala de medición:	Cualitativa Nominal.

2.4 Definición de las variables (continuación)

ESCOLARIDAD

Tipo de variable:	Independiente.
Definición conceptual:	Años cursados en el sistema educativo.
Definición operacional:	Primaria. Secundaria. Bachillerato. Carrera técnica. Universidad. Postgrado.
Escala de medición:	Cualitativa nominal.

RELIGIÓN

Tipo de variable:	Independiente.
Definición conceptual:	Culto que profesa la persona.
Definición operacional:	Católica. Evangelista. Cristiana. Mormones. Testigos de Jehová. Otros.
Escala de medición:	Cualitativa nominal.

CATEGORIA PROFESIONAL

Tipo de variable:	Independiente.
Definición conceptual:	Actividad laboral realizada en la UMF 20 acorde al profesiograma del contrato colectivo de trabajo.
Definición operacional:	Enfermería. Médico. Odontólogo. Trabajador social. Asistente Médica.
Escala de medición:	Cualitativa nominal

2.5 Definición de las variables (continuación)

TURNO DE TRABAJO

Tipo de variable:	Independiente.
Definición conceptual:	Horario de labores dentro de la UMF 20.
Definición operacional:	Se medirá a través del interrogatorio Matutino. Vespertino.
Escala de medición:	Cualitativa nominal.

EXPERIENCIA LABORAL EN EL IMSS

Tipo de variable:	Independiente.
Definición conceptual:	Tiempo comprendido desde su ingreso al momento actual en el IMSS.
Definición operacional:	Se medirá a través del interrogatorio Años.
Escala de medición:	Cuantitativa Intervalo.

AÑOS DE TRABAJO EN LA UMF 20

Tipo de variable:	Independiente.
Definición conceptual:	Tiempo comprendido desde su ingreso al momento actual en la UMF 20.
Definición operacional:	Se medirá a través del interrogatorio Años.
Escala de medición:	Intervalo.

2.4 Definición de las variables (continuación)

CATEGORIA ACTUAL

Tipo de variable:	Independiente.
Definición conceptual:	Tiempo comprendido desde su ingreso al momento actual en la categoría que actualmente desempeña.
Definición operacional:	Se medirá a través del interrogatorio Años.
Escala de medición:	Intervalo.

ESTRUCTURA FAMILAR CON PARENTESCO

Tipo de variable:	Independiente.
Definición conceptual:	Clasificación de una familia en base al parentesco biológico y social que guardan sus integrantes.
Definición operacional:	Nuclear. Nuclear simple. Nuclear numerosa. Reconstruida. Monoparental. Monoparental extendida. Monoparental extendida compuesta. Extensa. Extensa compuesta. No parental.
Escala de medición:	Cualitativa nominal.

ESTRUCTURA FAMILAR SIN PARENTESCO

Tipo de variable:	Independiente.
Definición conceptual:	Clasificación de una familia en base al parentesco biológico y social que guardan sus integrantes.
Definición operacional:	Monoparental extendida sin parentesco. Grupos similares a familia.
Escala de medición:	Cualitativa nominal

2.4 Definición de las variables (continuación)

SUBSISTEMA CONYUGAL

Tipo de variable:	Independiente.
Definición conceptual:	Funcionalidad del subsistema familiar integrado por la pareja.
Definición operacional:	Pareja severamente disfuncional. Pareja con disfunción moderada. Pareja funcional.
Escala de medición:	Cualitativa ordinal.

APGAR FAMILIAR

Tipo de variable:	Independiente.
Definición conceptual:	Percepción de la satisfacción que un miembro de la familia tiene acerca de su funcionamiento familiar.
Definición operacional:	Familia disfuncional. Moderada disfunción familiar. Familia funcional.
Escala de medición:	Cualitativa ordinal.

FACES III

Tipo de variable:	Independiente.
Definición conceptual:	Pautas interaccionales familiares que permiten el desarrollo adecuado de los miembros de la familia
Definición operacional:	Instrumento diseñado para integrar tres dimensiones de la funcionalidad familiar. Adaptabilidad. Cohesión. Comunicación. Rígida. Estructurada. Flexible. Caótica.
Escala de medición:	Cualitativa ordinal.

2.4 Definición de las variables (continuación)

FUNCIONAMIENTO FAMILIAR	
Tipo de variable:	Independiente.
Definición conceptual:	Pautas interaccionales familiares que permiten el desarrollo adecuado de los miembros de la familia
Definición operacional:	Instrumento que evalúa la percepción que un miembro de la familia tiene acerca de su funcionamiento familiar
Escala de medición:	Cualitativa ordinal.

EVALUACIÓN DE LA RED Y EL APOYO SOCIAL	
Tipo de variable:	Independiente.
Definición conceptual:	Soporte emocional o instrumental por parte del microsistema(familia) mezosistema (institución, amigos)
Definición operacional:	Instrumento diseñado para evaluar la interacción social del individuo para recibir cuidados por parte de la sociedad. A mayor puntuación, mayor apoyo social.

EVALUACIÓN DE DUKE UNC	
Tipo de variable:	Independiente.
Definición conceptual:	Interacción social del individuo para recibir cuidados por parte de familiares, amigos y/o vecinos.
Definición operacional:	Instrumento diseñado para valorar la interacción social del individuo. A mayor puntuación, mayor apoyo social.
Escala de medición:	Cualitativa nominal.

2.4 Definición de las variables (continuación)

ESCALA MULTIDIMENSIONAL DE ASERTIVIDAD	
Tipo de variable:	Dependiente.
Definición conceptual:	El hecho de saberse escuchado y poder expresar la información deseada en un ambiente de respeto (comunicación asertiva)
Definición operacional:	Instrumento diseñado para evaluar el perfil de comunicación predominante, asertivo, asertivo indirecto o no asertivo. Se emplea una escala de puntuación de 0 a 90. Considerando como perfil dominante aquel que esta arriba de 60 puntos. Considerando como perfil no dominante aquel que esta debajo de 40 puntos. Asertivo. Asertivo indirecto. No asertivo.
Escala de medición:	Cualitativa ordinal.

2.5 Análisis de datos:

- Se utilizo estadística descriptiva para las variables cuantitativas: media, desviación estándar.
- Para las variables cualitativas distribución de frecuencias y porcentajes.
- Estadística inferencial en busca de asociación entre variables de estudio y perfil de comunicación; razón de momios e intervalo de confianza.

DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO

Se realizó un estudio transversal analítico en la UMF No. 20 del IMSS.

En un periodo comprendido de enero a febrero de 2008, en una población de 215 trabajadores adscritos a las áreas de enfermería, medicina, odontología, trabajo social y asistentes médicas.

Se empleo una carta de consentimiento informado reafirmando la confidencialidad de la investigación, su carácter voluntario y libertad de abandonar el estudio si lo desean.

Para el estudio se seleccionaron instrumentos ya validados y reconocidos internacionalmente, formando tres grupos que se describen a continuación.

Grupo I

- CUESTIONARIO PARA OBTENCION DE INFORMACION SOCIODEMOGRÁFICA Y PROFESIONAL.

Grupo II

- CUESTIONARIO EVALUACIÓN DEL SISTEMA CONYUGAL
- CUESTIONARIO APGAR FAMILIAR
- CUESTIONARIO FACES III
- CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR
- CUESTIONARIO EVALUACION DE LA RED Y EL APOYO SOCIAL
- CUESTIONARIO DE DUKE UNC

Grupo III

- ESCALA MULTIDIMENSIONAL DE ASERTIVIDAD DE FLORES GALAZ Y DÍAZ LOVING.

Se analizara la existencia de una asociación entre el nivel sociodemográfico, profesional; la cohesión, flexibilidad , satisfacción familiar; la red de apoyo social y el tipo de comunicación que existió en los participantes del estudio.

Dichos instrumentos estuvieron enfocados a la búsqueda de factores asociados al ejercicio de la asertividad.

Los resultados obtenidos, fueron manejados de manera confidencial y únicamente empleados para los fines y objetivos determinados en esta investigación, analizados por el propio investigador.

Los datos se ordenaron y agruparon para su análisis con estadística descriptiva y analítica. La forma de captura y validación de la información se realizó a través del software estadístico SPSS 10.0. Todos los datos obtenidos se presentan en tablas informativas, a fin de conocer los datos de manera rápida y sintetizada.

ANALISIS DE RESULTADOS.

Se encuestaron 215 trabajadores de la salud encontrando los siguientes resultados:

Perfil sociodemográfico que predominó fue: genero femenino en 77.7% (n=167); intervalo de edad de 31 a 35 y 41 a 45 años en el 20.9% (n=25) respectivamente, casados en el 100% (n= 215), escolaridad licenciatura en 47.7% (n=101); religión católica en 100% (n=215). Cuadro 1.

Perfil laboral que más se detectó fue: turno de trabajo matutino 50.7% (n=109); categoría profesional médico 35.8% (n=77); intervalo de antigüedad laboral en el IMSS de 11 a 15 años 17.7% (n=38); intervalo antigüedad en la UMF 20 de 11 a 15 años 17% (n=38). Cuadro 2.

Perfil familiar que prevaleció fue una estructura familiar nuclear simple 100% (n=215), subsistema conyugal pareja funcional 75.8% (163); percepción de funcionalidad familiar APGAR funcional en 83.3% (179). Funcionalidad familiar de acuerdo a FACES III: adaptabilidad flexible 68% (n=148); cohesión relacionada 51.6% (n=111); modelo circunflejo balanceado 65.1% (n=140). Funcionalidad familiar EFF: involucramiento afectivo funcional 88.8% (n=191), patrones de conducta funcional 89.8% (193), resolución de problemas funcional 88.8% (n=191), patrones de control de conducta funcional 90% (n=195). Cuadro 3.

El perfil social dominante fue en el 100% (n=215) amigos visitados al mes 3 o más, familiares visitados al mes 3 o más, con apoyo emocional, con convivencia (casados/alguien), sin discapacidades, percepción de buena salud. Apoyo social según el perfil de DUKE UNC adecuado 93.5 % (n=201). Cuadro 4.

El perfil de comunicación que más se utiliza fue: no asertivo 46.5% (n=100). Cuadro 5.

Con respecto a la comunicación no asertiva el perfil de predominio fue género femenino 72.3%, intervalo de edad de 41 a 45 años 23.4%, estado civil de casado 100%, escolaridad nivel licenciatura 57.4%, religión católica 100%,

categoría profesional de enfermera 40.4%, turno de trabajo matutino 57.4%, antigüedad dentro del IMSS y en la UMF No. 20: intervalos de 1 a 5 y 16 a 20 años 25.5% en ambos casos, familia nuclear simple 100%, subsistema conyugal clasificado como pareja severamente disfuncional 55.3%, APGAR familiar clasificado como familia altamente disfuncional 29.8%, FACES III clasificado como no relacionada-estructurada 55.5%-38.3% respectivamente, modelo circunflejo clasificado como familia de rango medio o extrema 38.3% respectivamente, evaluación del funcionamiento familiar clasificado como involucramiento afectivo funcional 53.2%, patrones de conducta funcional 53.2%, resolución de problemas funcional 57.4% y patrones de control de conducta funcional 57.4%, red y apoyo social bueno 100%, perfil de DUKE UNC clasificado como apoyo social adecuado 70.2%. Cuadro 6.

Factores asociados a perfiles de comunicación asertiva y no asertiva de acuerdo a variables laborales: medico-enfermera OR=4.70 (1.69-13.27) P=0.000, asistente medica-enfermera OR=4.07 (1.39-12.16) P=0.003.

Factores asociados a perfiles de comunicación asertiva y no asertiva de acuerdo a variables familiares: evaluación de la pareja funcional-disfuncional OR=98 (18.998-679.96) P=0.000, APGAR familiar: flexible-caótica OR=6.18 (1,16-32.83) P= 0.007, FACES Cohesión: flexible-estructurada P= 13.91 (4.64-43.09) P=0.000, FACES Adaptación: relacionada-aglutinada OR=30.8 (6.30-166.97) P=0.000, relacionada-semirrelacionada OR=9.24 (2.00-44.47) P=0.000, relacionada-no relacionada OR=50.05 (13.30-206.14) P=0.000, modelo circunflejo balanceada-rango medio OR=17.80 (5.64-58.60) P=0.000, modelo circunflejo balanceada-extrema OR=28.47 (7.83-111.20) P=0.000, EFF involucramiento afectivo funcional-disfuncional OR=43.12 (8.87-285.25) P=0.000, EFF resolución de problemas funcional-disfuncional OR=43.12 (8.87-285.25) P=0.000. Cuadro 7.

Cuadro 1
PERFIL SOCIODEMOGRAFICO DE LOS TRABAJADORES DE SALUD.
UMF No. 20 IMSS

VARIABLE	n	%
Género		
Masculino	45	22.3
Femenino	167	77.7
Intervalo de edad		
20 a 25	15	7.0
26 a 30	25	11.6
31 a 35	45	20.9
36 a 40	41	19.1
41 a 45	45	20.9
46 a 50	19	8.8
51 a 55	25	11.6
Estado civil		
Casado	215	100
Escolaridad		
Bachillerato	11	5.1
Técnico profesional	8	3.7
Universidad	101	47.7
Posgrado	95	44.2
Religión		
Católico	215	100

Cuadro 2
PERFIL LABORAL DE LOS TRABAJADORES DE SALUD. UMF No. 20
IMSS

VARIABLE	n	%
Turno de trabajo		
Matutino	109	50,7
Vespertino	106	49,3
Categoría profesional		
Enfermero	60	27,9
Médico	77	35,8
Dentista	8	3,7
Trabajo social	9	4,2
Asistente médica	61	28,4
Años laborales		
IMSS		
1a 5	57	26,5
6 a 10	47	21,9
11 a 15	38	17,7
16 a 20	36	16,7
21 a 25	19	8,8
26 a 30	16	7,4
UMF 20		
1a 5	57	26,5
6 a 10	47	21,9
11 a 15	38	17,7
16 a 20	36	16,7
21 a 25	19	8,8
26 a 30	16	7,4

Cuadro 3
PERFIL FAMILIAR DE LOS TRABAJADORES DE SALUD. UMF No. 20
IMSS

VARIABLE	n	%
Estructura familiar		
Nuclear simple	215	100
Subsistema conyugal		
Severamente disfuncional	40	18,6
Moderadamente disfuncional	12	5,6
Funcional	163	75,8
Funcionalidad familiar APGAR		
Severamente disfuncional	14	6,5
Moderadamente disfuncional	22	10,2
Funcional	179	83,3
Funcionalidad familiar FACES		
Adaptabilidad		
Rígida	20	9,3
Estructurada	34	15,8
Flexible	148	68,8
Caótica	13	6
Cohesión		
No relacionada	56	26
Semirrelacionada	29	13,5
Relacionada	111	51,6
Aglutinada	19	8,8
Modelo circunflejo		
Balanceadas	140	65,1
Rango medio	42	19,5
Extremas	33	15,3

Cuadro 3 (continuación)
PERFIL FAMILIAR DE LOS TRABAJADORES DE SALUD. UMF No. 20
IMSS

VARIABLE	n	%
Funcionalidad familiar EFF		
Involucramiento afectivo		
Funcional	191	88,8
Disfuncional	24	11,2
Patrones de conducta		
Funcional	193	89,8
Disfuncional	22	10,2
Resolución de problemas		
Funcional	191	88,8
Disfuncional	24	11,2
Patrones de control de conducta		
Funcional	195	90,7
Disfuncional	20	9,3

Cuadro 4

PERFIL SOCIAL DE LOS TRABAJADORES DE SALUD. UMF No. 20 IMSS

VARIABLE	n	%
Percepción red y apoyo social		
Amigos visitados al mes: 3 o más	215	100
Familiares visitados al mes: 3 o más	215	100
Apoyo emocional: Si	215	100
Convivencia : Solos/alguien más	215	100
Discapacidades: No	215	100
Salud percibida: Buena	215	100
DUKE UNC		
Apoyo social adecuado	201	93,5
Apoyo social deficiente	14	6,5

Cuadro 5

PERFIL COMUNICACIÓN ASERTIVA DE LOS TRABAJADORES DE SALUD UMF No. 20 IMSS

VARIABLE	n	%
Asertividad	68	31,6
Asertividad indirecta	47	21,9
No asertividad	100	46,5

Cuadro 6
PERFIL DE COMUNICACIÓN ASERTIVA DE LOS TRABAJADORES DE
SALUD. UMF No. 20 IMSS

VARIABLE	ASERTIVIDAD		ASERTIVIDAD INDIRECTA		NO ASERTIVIDAD	
	n	%	n	%	n	%
GÉNERO						
Masculino	18	18,0	17	25,0	13	25,0
Femenino	82	82,0	51	75,0	34	72,3
Intervalo de edad						
20 a 25	2	2,0	9	13,2	4	8,5
26 a 30	14	14,0	6	8,8	5	10,6
31 a 35	21	21,0	14	20,6	10	21,3
36 a 40	22	22,0	12	17,6	7	14,9
41 a 45	21	21,0	13	19,1	11	23,4
46 a 50	8	8,0	5	7,4	6	12,8
51 a 55	12	12,0	9	13,2	4	8,5
ESTADO CIVIL						
Casado	100	100,0	68	100,0	47	100,0
ESCOLARIDAD						
Bachillerato	5	5,0	6	8,8	0	0,0
Técnico profesional	3	3,0	3	4,4	2	4,3
Universidad	39	39,0	35	51,5	27	57,4
Posgrado	53	53,0	24	35,3	18	38,3

Cuadro 6 (continuación)
PERFIL DE COMUNICACIÓN ASERTIVA DE LOS TRABAJADORES DE
SALUD. UMF No. 20 IMSS

VARIABLE	ASERTIVIDAD		ASERTIVIDAD INDIRECTA		NO ASERTIVIDAD	
	n	%	n	%	n	%
RELIGIÓN						
Católico	100	49,0	68	48,5	47	57,4
CATEGORÍA PROFESIONAL						
Enfermero	14	14,0	27	39,70	19	40,4
Médico	45	45,0	19	27,9	13	27,7
Dentista	3	3,0	4	5,9	1	2,1
Trabajo social	5	5,0	1	1,5	3	6,4
Asistente médica	33	33,0	17	25,0	11	23,4
TURNO DE TRABAJO						
Matutino	49	49,0	33	48,5	27	57,4
Vespertino	51	51,0	35	51,5	20	42,6

Cuadro 6 (continuación)
PERFIL DE COMUNICACIÓN ASERTIVA DE LOS TRABAJADORES DE
SALUD. UMF No. 20 IMSS

VARIABLE	ASERTIVIDAD		ASERTIVIDAD INDIRECTA		NO ASERTIVIDAD	
	n	%	n	%	n	%
AÑOS LABORADOS						
IMSS						
menos de 1 año	1	1,0	1	1,5	0	0,0
1a 5	26	26,0	19	27,9	12	25,5
6 a 10	32	32,0	10	14,7	5	10,6
11 a 15	15	15,0	14	20,6	9	19,1
16 a 20	13	13,0	11	16,2	12	25,5
21 a 25	5	5,0	8	11,8	6	12,8
26 a 30	8	8,0	5	7,4	3	6,4
AÑOS LABORADOS						
UMF 20						
menos de 1 año	1	1,0	1	1,5	0	0,0
1a 5	26	26,0	19	27,9	12	25,5
6 a 10	32	32,0	10	14,7	5	10,6
11 a 15	15	15,0	14	20,6	9	19,1
16 a 20	13	13,0	11	16,2	12	25,5
21 a 25	5	5,0	8	11,8	6	12,8
26 a 30	8	8,0	5	7,4	3	6,4

Cuadro 6 (continuación)
PERFIL DE COMUNICACIÓN ASERTIVA DE LOS TRABAJADORES DE
SALUD. UMF No. 20 IMSS

VARIABLE	ASERTIVIDAD		ASERTIVIDAD INDIRECTA		NO ASERTIVIDAD	
	n	%	n	%	n	%
ESTRUCTURA						
FAMILIAR						
Nuclear simple	100	100,0	68	100,00	47	100,0
SUBSISTEMA						
CONYUGAL						
Pareja severamente disfuncional	2	2,0	12	2,0	26	55,3
Pareja moderadamente disfuncional	0	0,0	4	0,0	8	17,0
Pareja funcional	98	98,0	52	98,0	13	27,70
FUNCIONALIDAD						
FAMILIAR APGAR						
Pareja severamente disfuncional	0	2,0	0	0,0	14	29,8
Pareja moderadamente disfuncional	0	0,0	10	14,7	12	25,5
Pareja funcional	100	98,0	58	85,3	21	44,7

Cuadro 6 (continuación)
PERFIL DE COMUNICACIÓN ASERTIVA DE LOS TRABAJADORES DE
SALUD. UMF No. 20 IMSS

VARIABLE	ASERTIVIDAD		ASERTIVIDAD INDIRECTA		NO ASERTIVIDAD	
	n	%	n	%	n	%
FUNCIONALIDAD						
FAMILIAR FACES						
ADAPTABILIDAD						
Rígida	0	0,0	6	8,8	14	29,8
Estructurada	10	10,0	6	8,8	18	38,3
Flexible	85	85,0	52	76,5	11	23,4
Caótica	5	5,0	4	5,9	4	8,5
COHESIÓN						
No relacionada	8	8,0	22	32,4	26	55,3
Semirrelacionada	10	10,0	13	19,1	6	12,8
Relacionada	77	77,0	29	42,6	5	10,6
Aglutinada	5	5,0	4	5,9	10	21,3
MODELO						
CIRCUNFLEJO						
Balanceadas	87	87,0	42	61,8	11	23,4
Rango medio	8	8,0	16	23,5	18	38,3
Extremas	5	5,0	10	14,7	18	38,3

Cuadro 6 (continuación)
PERFIL DE COMUNICACIÓN ASERTIVA DE LOS TRABAJADORES DE
SALUD. UMF No. 20 IMSS

VARIABLE	ASERTIVIDAD		ASERTIVIDAD INDIRECTA		NO ASERTIVIDAD	
	n	%	n	%	n	%
FUNCIONALIDAD						
FAMILIAR EFF						
Involucramiento						
afectivo						
Funcional	98	98,0	68	100,0	25	53,2
Disfuncional	2	2,0	0	0,0	22	46,8
Patrones de conducta						
Funcional	100	98,0	68	100,0	25	53,2
Disfuncional	0	2,0	0	0,0	22	46,8
Resolución de						
problemas						
Funcional	98	100,0	68	100,0	25	57,4
Disfuncional	2	0,0	0	0,0	22	42,6
Patrones de control de						
conducta						
Funcional	100	100,0	68	100,0	27	57,4
Disfuncional	0	0,0	0	0,0	20	42,6

Cuadro 6 (continuación)
PERFIL DE COMUNICACIÓN ASERTIVA DE LOS TRABAJADORES DE
SALUD. UMF No. 20 IMSS

VARIABLE	ASERTIVIDAD		ASERTIVIDAD INDIRECTA		NO ASERTIVIDAD	
	n	%	n	%	n	%
PERCEPCIÓN RED Y APOYO SOCIAL						
Amigos visitados al mes: 3 o más	100	100,0	68	100,0	47	100,0
Familiares visitados al mes: 3 o más	100	100.0	68	100.0	47	100.0
Apoyo emocional: Si	100	100,0	68	100,0	47	100,0
Convivencia: Casados/alguien más	100	100.0	68	100.0	47	100.0
Discapacidades: No	100	100.0	68	100.0	47	100.0
Salud percibida: Buena	100	100.0	68	100.0	47	100.0
DUKE UNC						
Apoyo social adecuado	100	100.0	68	100.0	33	70.2
Apoyo social deficiente	0	0.0	0	0.0	14	29.8

Cuadro 7**FACTORES ASOCIADOS COMUNICACIÓN ASERTIVA Y NO ASERTIVA**

VARIABLE	OR	IC 95%	P*
Laboral			
Médico/Enfermera	4.70	(1.69-13.27)	0.000
Asistente Médica/Enfermera	4.07	(1.39-12.16)	0.003
PAREJA			
Funcional/Disfuncional	98	(18.998-679.96)	0.00
APGAR Familiar			
Flexible/Caótica	6.18	(1,16-32.83)	0.007
Flexible/Estructurada	13.91	(4.64-43.09)	0.000
Relacionada/Aglutinada	30.8	(6.30-166.97)	0.000
Relacionada/Semirrelacionada	9.24	(2.00-44.47)	0.000
Relacionada/No relacionada	50.05	(13.30-206.14)	0.000
Modelo Circunflejo			
Balanceada/Rango Medio	17.80	(5.64-58.60)	0.000
Balanceadas/Extrema	28.47	(7.83-111.20)	0.000
Funcionalidad familiar EFF			
Involucramiento afectivo			
Funcional/Disfuncional	43.12	(8.87-285.25)	0.000
Resolución de problemas			
Funcional/Disfuncional	43.12	(8.87-285.25)	0.000

DISCUSIÓN

El estudio demostró que dos tercios (68.4%) de la población estudiada no utilizan la comunicación asertiva. De los cuales 21.9% emplean la comunicación asertiva indirecta y 46.5% la comunicación no asertiva. El 31.6% de los prestadores de servicios de salud ejercen la comunicación asertiva. Se encontraron diferencias significativas entre el perfil de comunicación y las variables estudiadas correspondientes a la categoría profesional y evaluación de la funcionalidad familiar y conyugal.

Román y Hernández ³⁷ observaron en estudiantes de medicina de primer año en Cuba; las habilidades comunicativas, asertividad, vulnerabilidad al estrés, apoyo social y su relación con el desempeño académico. Encontrando el fenómeno de stress con una elevada frecuencia, las habilidades comunicativas, asertividad y el apoyo social con déficit. Y estas dos condiciones se traducen en un bajo desempeño académico que consideramos se vera reflejado durante vida profesional.

En México el 40 % de los médicos residentes, sin importar la especialidad, consideran que la buena práctica en medicina consiste en comprometerse a curar al paciente. ³⁸ Hipótesis que pretenden explicar diferencias de percepción por parte de los médicos y sus pacientes entorno al proceso salud enfermedad y el uso de servicios de salud, centran su estudio en las diferencias culturales, étnicas, raciales.

El error en medicina se puede definir ^{39, 40} como una falla en lograr una expectativa realista, lo cual no implica una falta en un mundo imperfecto, sino que pone el punto central en perfeccionar el sistema para optimizar su funcionamiento.

Estas falsas expectativas generadas hoy día, referentes a los alcances de la ciencia y la técnica en al área de la salud, vistas desde la óptica del personal que presta servicios de salud, los pacientes y sus familias; da origen a sentimientos de agresión, depresión, despersonalización, frustración,

minusvalía y síndromes laborales (burnout o moving). Lo anterior se traduce en la actividad laboral como estrés laboral, insatisfacción y el síndrome burnout en los cuales esta implicada la asertividad.⁴¹

Los trabajadores sanitarios más susceptibles de presentar estas características laborales son aquellos con escaso optimismo, menor satisfacción profesional, consumo de antidepresivos, trastornos psicopatológicos, escaso apoyo social, condiciones de organización laboral no satisfactorias.¹¹

Por definición las organizaciones requieren que las personas trabajen juntas y se comuniquen. En teoría estas relaciones interpersonales deben ser productivas, cooperativas y satisfactorias. En la realidad esto no es así. Los conflictos surgen en toda situación en que dos o más partes sienten que sostienen posiciones opuestas o existen desacuerdos en cuanto a los objetivos y/o los métodos para alcanzarlos.

Una opción constructiva para confrontarles es practicar el comportamiento asertivo.

El estudio encontró una baja asertividad en los prestadores de servicios de salud consideramos que se debe de adquirir esta habilidad como herramienta para un desarrollo óptimo de sus funciones en el ámbito laboral, así mismo se demostró una asociación entre la funcionalidad familiar /conyugal y categoría profesional.

De esto último, un estudio de España⁴² en personal de enfermería (n=63) que labora en hospitales, concluye que las variables sociodemográficas y profesionales no son determinantes para ejercer la comunicación asertiva. Así mismo, establece que la población estudiada está entre el percentil de asertividad 35 - 50, por debajo de la media de la población general. Y que no existen factores protectores o de riesgo para el ejercicio de un perfil específico de comunicación desde el punto de vista estadístico.

En contraste a los anteriores García J. y cols.⁴³ Refieren que los profesionales de la enfermería en México recurren para satisfacer las demandas de salud a la administración, para obtener un cuerpo de conocimientos para el ejercicio de

las habilidades asertivas, permitiendo un desarrollo armónico en las relaciones interpersonales que establecen tanto en el ámbito familiar como en el laboral. Como se ha comentado, el comportamiento asertivo aunado a una educación conceptual y técnica son condiciones *sine qua non* para un ejercicio profesional ético.

A diferencia de lo anterior el estudio encontró al personal de enfermería asociado a un perfil no asertivo. Consideramos que a pesar de que estos profesionales de la salud se encuentran en relación estrecha con el paciente dadas sus condiciones laborales, su desempeño cotidiano se vuelve monótono, rutinario perdiendo la creatividad y el entusiasmo en el trabajo que influye de manera negativa en su perfil de comunicación.

Las transformaciones ocurridas en la relación médico-paciente ⁴⁴ son universalmente reconocidas como la causa fundamental de las disconformidades de los usuarios y de los reclamos judiciales y mediáticos contra los médicos.

Un estudio reciente en México^{37, 38} arroja que 61% de los médicos encuestados desarrollaba prácticas defensivas.

Tena y Sánchez ³⁹ mencionan que la relación médico paciente se encuentra deteriorada por diversos factores, que vician la comunicación. Proponen que los médicos lleven a la práctica acciones que permitan renovar en sus consultas la esencia de la medicina humanista y se restaure la relación. Para lo cual proponemos: que el médico debe saber sus derechos, obligaciones al igual que el de sus pacientes y ajustar sus práctica profesional a la *Lex artis* médica. Por otra parte, conocer las herramientas de la comunicación humana, como lo es la asertividad.

Asthor y cols. ³⁸ señalan que un médico que se comunica asertivamente, respeta a los pacientes y hace que se respeten sus derechos como profesionista, al respecto de lo anterior hacen una propuesta teórica; sugieren deficiencias en la calidad de atención médica entre las comunidades anglosajona, afroamericana y latinoamericana, para lo cual proponen un modelo

de comunicación adaptativo que considere influencia como el estilo de comunicación, autoconcepto de la persona, recursos lingüísticos, mediadores cognitivo-afectivos, metas, percepción de los colegas, percepción de la relación social y estado emocional, unidos por un comportamiento congruente entre lo hablado y lo expresado corporalmente. Del éxito de esta sintonía dependerá el futuro de la relación con el paciente.

Si bien se habla que en el desarrollo humano la familia influye en el aprendizaje de pautas de comunicación que permitirán la expresión de información, de sentimientos, establecer contacto con la gente, formular preguntas y describir hechos. En cuanto a la asociación de funcionalidad familiar-conyugal y asertividad en la comunicación no existen estudios al respecto.⁴⁵

Trabajos realizados^{5, 6, 12, 15, 23 46, 47} en población que presenta alteraciones en la funcionalidad familiar, abuso físico y psicológico en sus centros de trabajo, situaciones de estrés que condiciona conductas viciosas y estereotipadas, han demostrado que se obtienen avances significativos a nivel afectivo-conductual al implementar programas formativos preventivos a nivel psicoeducativo que mejoren las habilidades sociales.

El estudio tiene como limitante que se enfoca a un solo nivel de atención en una unidad, no considerando todas las categorías por lo tanto habrá que ampliar la observación en otros niveles de atención entre todas las categorías institucionales. Además de continuar con indagación de otras variables que influyen en la asertividad como la satisfacción laboral, estrés laboral, enfermedades psicopatológicas, burnout, ambiente laboral y desempeño profesional que no fueron tomadas en cuenta.

CONCLUSIÓN

Los prestadores de salud, desde el punto de vista sociodemográfico, son mujeres de 31 a 45 años, católicas, casadas y con estudios a nivel licenciatura. Predominan los médicos familiares con una antigüedad en el IMSS de 11 a 15 años que laboran en el turno matutino.

Con respecto a su familia se puede decir que su estructura es nuclear simple. El subsistema conyugal es funcional. El APGAR Familiar revela una percepción familiar funcional. El FACES III muestra adaptabilidad flexible ante las crisis y cohesión familiar relacionada. El Modelo circunflejo clasifica a las familias como balanceadas. La Funcionalidad familiar (EFF) describe un involucramiento afectivo, patrones de conducta, resolución de problemas y patrones de control de conducta funcionales.

Socialmente se caracterizan por visitar 3 o más amigos y/o familiares al mes, reciben apoyo emocional y social adecuado cuando lo necesitan, conviven con alguien más en su residencia (casados/alguien más), no refieren discapacidades y perciben su salud como buena.

Esto implica que la comunicación asertiva en los prestadores de servicios de salud se asocia positivamente en la funcionalidad de sus familias.

Lo anteriormente dicho favorece una resolución y/o adaptación a los diversos conflictos que presentan los miembros de los diferentes subsistemas familiares, durante el ciclo vital de una familia, se realicen en un ambiente de respeto y desarrollo armónico a nivel individual, familiar y social.

Es fundamental enseñar a comunicarse asertivamente profesionales de la salud desde su formación.

Si bien no estudiamos la asociación entre tipo de práctica profesional y perfil de comunicación, consideramos que este comportamiento se debe en parte a la falta de asertividad.

COMENTARIOS Y RECOMENDACIONES

El comportamiento organizacional estudia y aplica conocimientos acerca de la forma en que las personas (individual y grupalmente) actúan en las organizaciones. El complejo conjunto de fuerzas que afecta a la naturaleza de las organizaciones (personas, estructura, tecnología y ambiente que opera en la organización), limita considerablemente el desarrollo humano y hace más difícil la adaptación a procesos dinámicos que la sociedad vive actualmente.

Siendo la comunicación asertiva fundamental para el desarrollo del sistema social interno de una compañía.

Desafortunadamente esta problemática se ve también las unidades de medicina familiar, reflejada en los indicadores de satisfacción laboral y satisfacción de los usuarios de servicios de salud.

Como lo señala la literatura consultada, la comunicación es un proceso multifactorial que se desarrolla desde el nacimiento y se consolida durante la infancia y la adolescencia, no obstante se puede modificar en la edad adulta.

Si empleamos la asertividad como herramienta de comunicación humana en la oferta de los servicios de salud del primer nivel de atención médica esperamos obtener disminución de ansiedad en prestadores de servicios de salud, mayor satisfacción en su trabajo, empatía con el derechohabiente y trabajo en equipo del trinomio paciente-familia-unidad de medicina familiar para alcanzar los objetivos del IMSS.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Compañ E, Moreno J, Ruiz MT, Pascual E. Doing things together: adolescent health and family rituals, Epidemiol Community Health 2002; 56:89-84.
- 2) Bengoechea M. Ni sumisas ni asertivas: reflexiones sobre el estilo de comunicación femenino. KELTIC. Encuentro de lenguas y culturas. Oviedo, 3 al 5 de mayo de 2001. Available from: URL:
<http://web.educastur.princast.es/proyectos/keltic/documentos/CO8.pdf>
- 3) González I. Comunicación interpersonal y comunicación organizacional: la comunicación, las relaciones humanas y el tiempo organizacional. Coindustria Programa CONINPYME, Centro De Información. 2006. Available from: URL:
<http://www.coninpyme.org/pdf/ComunicacioninterpersonalyComunicacioninterpersonal.pdf>
- 4) Fornes J. Una consecuencia especialmente nefasta de la violencia en el trabajo: el burnout. Confederación de STEs-Intersindical. La violencia en el trabajo. 2006. Available from: URL:
[http://www.stes.es/salud/La violencia en el trabajo/burnout.pdf](http://www.stes.es/salud/La%20violencia%20en%20el%20trabajo/burnout.pdf)
- 5) Pades A, Ferrer V. La influencia de las variables sociodemográficas y profesionales en la competencia social en el personal de enfermería, C Med Psicosom 2005; 75:9-20.
- 6) Inclusión laboral para las personas con discapacidad. Confederación mexicana de organizaciones en favor de la persona con discapacidad intelectual, A.C. 2006. Available from: URL:
<http://www.cemefi.org>
- 7) Lahuerta C, Pérez C, Borrel C, Nebot M, Rodríguez-Sanz M. La influencia de la red social en la salud mental de la población anciana, Gac Saint 2004; 18:83-91.

- 8) González C, Mejía M, Angulo L, D`Avila M. Funcionalidad familiar, estrato socioeconómico y red de apoyo social de los residentes de postgrado de la facultad de medicina de la universidad de los andes. Mérida Venezuela. Revista de la facultad de medicina, Universidad de los Andes, Venezuela 2003; 12:26-30.
- 9) De la Revilla L, Aranda JM, Luna JD. Influencia de las variables sociodemográficas y de la cultura familiar en el uso de consultas médicas. Atención Primaria 1987; 4:472-477.
- 10) Caballo V. Manual de entrenamiento y evaluación de las habilidades sociales. España: Siglo Veintiuno; 1990.
- 11) Keith D. Comportamiento humano en el trabajo. 11° Ed. México: McGrawHill; 2005
- 12) Codina A. Las habilidades de comunicación en el trabajo directivo. Economía y Desarrollo. 2002; 2:94-122.
- 13) Flores M, Díaz R. Escala multidimensional de asertividad. México: Manual Moderno; 2000.
- 14) Alvarado B, Zunzunegui M, Victoria D. Validación de escalas de seguridad alimentaría y de apoyo social en una población afro-colombiana: aplicación en el estudio de prevalencia del estado nutricional en niños de 6 a 18 meses. Cad Saúde Pública, Rió de Janeiro. 2005; 21: 724-736.
- 15) Fernández R, Alvarez N. Quality of life in patients whit irritable bowel syndrome. Psychology in Spain. 2003; 7: 66-76.
- 16) Hernández A, Rebustillo G, Danauy M, Bess S. Influencia del medico familiar en un grupo de 5 a 9 años con riesgo suicida. Rev Cubana Med Gen Integr. 1999; 15:372-7.
- 17) Programa de desarrollo personal y mejora de las habilidades. Unión Europea. Fondo europeo de desarrollo regional. 2005. Available from: URL: http://www.discapnet.es/Discapnet/Castellano/Guias/Fichas_Didacticas/default.htm

- 18) Dorado-Gaspar MP, Loría-Castellanos J, Guerrero-Martínez MB. Aptitud clínica hacia el estudio integral de la familia en residentes de medicina familiar. Arch Med Fam 2006; 8:169-174
- 19) Launer V. Coaching Virtual. 2005. Available from: URL:
www.portaldelcoaching.com
- 20) De La Cruz N. Motivación, comunicación y actitudes de los empleados como elementos fundamentales de la organización. Perspect Psicol. 2005; 5. Available from: URL:
<http://www.bvs-psi.org.br/dominicana/PerspPsicologic5comprimida.pdf>
- 21) Caridad M, Fernández C. Perfil unitriádico de empresas responsables. RCS. 2006; 12:46-61. Available from: URL:
www.serbi.luz.eduve/pdf/rcs/v12n1/art_05.pdf
- 22) Pineda M. Paradigmas de la comunicación: nuevos enfoques metodológicos. Facultad de humanidades y comunicación. Universidad de Zulia, Maracaibo, Venezuela. 2000. Available from: URL:
<http://www.insumisos.com/lecturasinsumisas/Paradigmas%20de%20la%20comunicacion.pdf>
- 23) Tratamiento Comunitario Asertivo. (Editorial). 2008. Available from: URL:
www.nami.org
- 24) De la Revilla L. Conceptos e instrumentos de la atención familiar. Barcelona: Doyma; 1994.
- 25) Ipiza M, estudio de la red pública de atención de urgencia de la región metropolitana. Cuad Med Soc. 2005; 45:172-174.
- 26) Montoya. Calidad De Vida De Cuidadores Informales. Cuad Med Soc. 2005; 45: 217-213.
- 27) Place M, Hulsmeier J, Brownrigg A, Soulsby A. The family adaptability and cohesion evaluation scale (faces): an instrument worthy of rehabilitation? Psychiatric Bulletin. 2005; 29:215-218.

- 28) González-Pienda J, Núñez J, Álvarez L, Rocés C, González-Pumariega S, González P, et al. Adaptabilidad y cohesión familiar, implicación parental en conductas autorregulatorias. Autoconcepto del estudiante y rendimiento académico. Pshicotema. 2004; 15:471-477.
- 29) Rodríguez S. Estudio de la salud familiar a través del cuestionario apgar. Atención Primaria.1996; 17:22-36.
- 30) Smilkstein G. Family apgar analysed. Fam Med. 1993; 5:293-294.
- 31) Rojas S. Los Mapas conceptuales como herramienta de aprendizaje en la revista nuevo milenio. Cocept maps: theory, methodology, technology. Pamplona: González. 2004. Available from: URL:
<http://cmc.ihmc.us/papers/cmc2004-265.pdf>
- 32) Cuestionario de duke unc. España. Servicio andaluz de salud consejería de salud. 2008. Available from: URL:
http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentos.asp?pagina=pr_desa_Innovacion5&url=../contenidos/gestioncalidad/indice_vpaciente.htm
- 33) Curso especial de posgrado en gestión local de salud. Costa Rica. 2008. Available from: URL:
<http://www.cendeisss.sa.cr/posgrados/modulos/modulo7gestion.pdf>
- 34) Kouneski E. The family circumplex model, faces II, and faces III: overview of research and applications. Department Of Family Social Science, University Of Minnesota.
- 35) Los programas y la programación de la atención de salud. Cuad Med Soc. 2005; 45:224-231.
- 36) Proyecto: "programa integral del desarrollo educativo dirigido a adolescentes y jóvenes vulnerables pertenecientes a centros educativos ocupacionales en cuatro ciudades del Perú: Lima, Chiclayo, Trujillo y Tacna". Gobierno de Perú. 2008. Available from: URL:
http://data.unaids.org/pub/Report/2008/peru_2008_country_progress_report_sp_es.pdf

- 37) Román C, Hernández Y. Variables psicosociales y su relación con el desempeño académico de estudiantes de primer año de la escuela latinoamericana de medicina. Revista Iberoamericana de Educación. 2004. Cuba. (ISSN: 1681 – 5653). Available from: URL: <http://www.rieoei.org/deloslectores/1085Collazo.pdf>
- 38) Ashton C, Haldet P. Racial and ethnic disparities in the use of health services. J Gen Intern Med 2003; 18:146-152.
- 39) Tamayo T, Sánchez J. Medicina Asertiva: una propuesta contra la medicina. Ginecol Obstet Mex 2005; 73:553-9.
- 40) Rivera-Cisneros AE, González NJ. Estudio exploratorio sobre la enseñanza de la comunicación humana asociado a la práctica médica. Cir y Cir. 2003; 71:210-6.
- 41) Segura J, Ferrer M. Valores personales y profesionales en médicos de familia y su relación con el síndrome del burnout. Anales de Psicología. 2006; 22:45-51.
- 42) Pades A, Ferrer V. La influencia de la variables sociodemográficas y profesionales en la competencia social en el personal de enfermería. C. Med. Psicosom 2005; 75:9-21.
- 43) García M, Monroy A, Verde E. La asertividad, habilidad de la enfermera dinámica. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica. 2005; 1:67-70.
- 44) Rodríguez Almada. De la medicina defensiva a la medicina asertiva. Rev Med Urug. 2006; 22:167-168.
- 45) Craig G. Desarrollo psicológico: México. Rantice Hall Hispanoamericana. 1997.
- 46) Alarcón C, Cervantez M. Evaluación de la conducta asertiva y no asertiva en enfermeras jefes de piso. Rev Enferm IMSS. 2003; 11:133-142.
- 47) Valencia O, Vásquez D. Aprendizaje basado en problemas, en estudiantes de medicina. Contribuciones Científicas y Tecnológicas. Área ciencias Medicas. 2002; 31:9-14.

- 48) Velasco M, Luna R. Instrumentos de evaluación en terapia familiar y de pareja. México: Pax México. 2006.
- 49) Huerta J. Medicina familiar. La familia en el proceso salud-enfermedad. México: Alfil. 2005.

ANEXOS

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA

México D.F. a 01 de Enero del 2008.

Por medio de la presente acepto participar en el proyecto de investigación titulado: "Factores Asociados A Comunicación Asertiva En Prestadores De Servicios De Salud".

Registrado ante el Comité Local de Investigación

El objetivo del estudio es obtener información que nos permita analizar las variables que favorecen o entorpecen el proceso de comunicación asertiva en el personal de salud de la UMF 20 del IMSS con la finalidad de mejorar el servicio y la calidad de la atención en el IMSS.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en aceptar leer cuidadosamente el siguiente cuestionario y contestar lo más honestamente posible las preguntas que se plantean en él.

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio que son los siguientes:

No se pone en riesgo la integridad de los pacientes

El investigador principal se ha comprometido a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento (en caso de que el proyecto modifique o interfiera con el tratamiento habitual del paciente, el investigador se compromete a dar información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento).

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el instituto.

El investigador principal me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

Nombre y firma del paciente

Carlos Alfredo Rangel Clara Matricula 99352723
Residente de Segundo Año Curso de Especialización en Medicina Familiar

Testigos

Número telefónico al cuál puede comunicarse en caso de dudas o preguntas relacionadas con el estudio, 53 33 11 00 Extensión 15320.

ANEXOS

EVALUACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA Y LABORAL

Instrucciones: Por favor, marque con una X la respuesta que mejor se ajuste a su situación personal

Genero	Masculino	<input type="checkbox"/>	femenino	<input type="checkbox"/>				
Edad	20 a 25 años	<input type="checkbox"/>	26 a 30 años	<input type="checkbox"/>	31a 35 años	<input type="checkbox"/>	36 a 40 años	<input type="checkbox"/>
	41 a 45 años	<input type="checkbox"/>	46 a 50 años	<input type="checkbox"/>	51 a 55 años	<input type="checkbox"/>	56 a 60 años	<input type="checkbox"/>
	61 a 65 años	<input type="checkbox"/>	66 a 70 años	<input type="checkbox"/>				
Estado civil	Soltero	<input type="checkbox"/>	Casado	<input type="checkbox"/>	Separado	<input type="checkbox"/>	Viudo	<input type="checkbox"/>
	Unión libre	<input type="checkbox"/>						
Escolaridad	Primaria	<input type="checkbox"/>	Secundaria	<input type="checkbox"/>	Bachillerato	<input type="checkbox"/>		
	Carrera	<input type="checkbox"/>	Universidad	<input type="checkbox"/>	Postgrado	<input type="checkbox"/>		
	Técnica	<input type="checkbox"/>						

Religión

Categoría

Profesional

Turno de Trabajo	Matutino	<input type="checkbox"/>	Vespertino	<input type="checkbox"/>				
E. L. IMSS	1a 5 años	<input type="checkbox"/>	6 a 10 años	<input type="checkbox"/>	11 a 15 años	<input type="checkbox"/>	16 a 20 años	<input type="checkbox"/>
	21 a 25 años	<input type="checkbox"/>	26 a 30 años	<input type="checkbox"/>				
A. T. UMF 20	1a 5 años	<input type="checkbox"/>	6 a 10 años	<input type="checkbox"/>	11 a 15 años	<input type="checkbox"/>	16 a 20 años	<input type="checkbox"/>
	21 a 25 años	<input type="checkbox"/>	26 a 30 años	<input type="checkbox"/>				
Categoría Actual	1 a 6 meses	<input type="checkbox"/>	7 a 12 meses	<input type="checkbox"/>	1 a 5 años	<input type="checkbox"/>	6 a 10 años	<input type="checkbox"/>
	11 a 15 años	<input type="checkbox"/>	16 a 20 años	<input type="checkbox"/>	21 a 25 años	<input type="checkbox"/>	26 a 30 años	<input type="checkbox"/>

INSTRUCCIONES

Por favor, lea cuidadosamente las instrucciones antes de contestar.

A continuación presentamos una serie de enunciados, los cuales le suplicamos contestar de la manera más sincera y espontánea posible. La información que usted nos proporcione será ***absolutamente confidencial***.

Todos los enunciados se refieren a aspectos relacionados con su familia (con la que vive actualmente). Le agradecemos de antemano su cooperación.

Por favor, no deje enunciados sin contestar.

La forma de responder es cruzando con una X el cuadro que mejor se adecuó a su respuesta.

Los resultados serán vertidos y analizados en el programa SPSS 10.0

ANEXOS

ESTRUCTURA FAMILIAR

Con parentesco	Características	
Nuclear	Hombre y mujer sin hijos	
Nuclear simple	Padre y madre con 1 a 3 hijos	
Nuclear numerosa	Padre y madre con 4 hijos o más	
Reconstruida (binuclear)	Padre y madre, en donde alguno o ambos han sido divorciados o viudos y tienen hijos de su unión anterior	
Monoparental	Padre o madre con hijos	
Monoparental extendida	Padre o madre con hijos, más otras personas con parentesco	
Monoparental extendida compuesta	Padre o madre con hijos, más otras personas con y sin parentesco	
Extensa	Padre y madre con hijos, más otras personas con parentesco	
Extensa compuesta	Padre y madre con hijos, más otras personas con y sin parentesco	
No parental	Familiares con vínculo de parentesco que realizan funciones o roles de familia sin la presencia de los padres (por ejemplo: tíos y sobrinos, abuelos y nietos, primos o hermanos, etcétera)	
Sin parentesco	Características	
Monoparental extendida sin parentesco	Padre o madre con hijos, más otras personas sin parentesco	
Grupos similares a familias	Personas sin vínculo de parentesco que realizan funciones o roles familiares. Por ejemplo: grupos de amigos, estudiantes, religiosos, personas que viven en hospicios o asilos, etcétera	

INSTRUCCIONES

Por favor, lea cuidadosamente las instrucciones antes de contestar.

A continuación presentamos una serie de enunciados, los cuales le suplicamos contestar de la manera más sincera y espontánea posible. La información que usted nos proporcione será ***absolutamente confidencial***.

Todos los enunciados se refieren a aspectos relacionados con su familia (con la que vive actualmente). Le agradecemos de antemano su cooperación.

Por favor, no deje enunciados sin contestar.

La forma de responder es cruzando con una X el cuadro que mejor se adecuó a su respuesta.

Los resultados serán vertidos y analizados en el programa SPSS 10.0

ANEXOS

EVALUACIÓN DEL SUBSISTEMA CONYUGAL

Por favor, lea cuidadosamente las instrucciones antes de contestar.

A continuación presentamos una serie de enunciados, los cuales le suplicamos contestar de la manera más sincera y espontánea posible. La información que usted nos proporcione será **absolutamente confidencial**.

Todos los enunciados se refieren a aspectos relacionados con su familia (con la que vive actualmente). Le agradecemos de antemano su cooperación.

Por favor, no deje enunciados sin contestar.

La forma de responder es cruzando con una X el número que mejor se adecuó a su respuesta, con base en la siguiente escala:

0	Nunca	NC
5	Ocasional	OS
10	Siempre	SP

	NC	OS	SP
Comunicación:			
1. Se comunica directamente con su pareja.	0	5	10
2. La pareja expresa claramente los mensajes que intercambia.	0	5	10
3. Existe congruencia entre la comunicación verbal y la analógica.	0	5	10
Adjudicación y asunción de roles:			
1. La pareja cumple los roles que mutuamente se adjudican.	0	5	10
2. Son satisfactorios los roles que asume la pareja.	0	5	10
3. Se propicia el intercambio de roles entre la pareja.	0	5	10
Satisfacción sexual:			
1. Es satisfactoria la frecuencia de las relaciones sexuales.	0	5	10
2. Es satisfactoria la calidad de la actividad sexual.	0	5	10
Afecto:			
1. Existen manifestaciones físicas de afecto en la pareja.	0	5	10
2. El tiempo que se dedica la pareja es gratificante.	0	5	10
3. Se interesan por el desarrollo y superación de la pareja.	0	5	10
4. Perciben que son queridos por su pareja.	0	5	10
Toma de decisiones			
1. Las decisiones importantes para la pareja se toman conjuntamente.	0	5	10

INSTRUCCIONES

Por favor, lea cuidadosamente las instrucciones antes de contestar.

A continuación presentamos una serie de enunciados, los cuales le suplicamos contestar de la manera más sincera y espontánea posible. La información que usted nos proporcione será ***absolutamente confidencial***.

Todos los enunciados se refieren a aspectos relacionados con su familia (con la que vive actualmente). Le agradecemos de antemano su cooperación.

Por favor, no deje enunciados sin contestar.

La forma de responder es cruzando con una X el cuadro que mejor se adecuó a su respuesta.

Los resultados serán vertidos y analizados en el programa SPSS 10.0

De acuerdo al puntaje obtenido por el entrevistado la evaluación del subsistema conyugal se agrupara en tres clases.

0 a 40	Severamente disfuncional
41 a 70	Moderadamente disfuncional
71 a 100	Funcional

ANEXOS

CUESTIONARIO APGAR FAMILIAR

Instrucciones: En la siguiente lista se muestran algunas situaciones que a menudo suceden en nuestra familia. . Elija para cada, con una X, la respuesta que mejor refiere su situación, según los siguientes criterios.

	Casi nunca	A veces	Casi siempre
1. ¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema?	0	1	2
2. ¿Conversan entre ustedes los problemas que tienen en casa?	0	1	2
3. ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en la casa?	0	1	2
4. ¿Está satisfecho con el tiempo que usted y su familia pasan juntos?	0	1	2
5. ¿Siente que su familia le quiere?	0	1	2
PUNTUACIÓN TOTAL			

INSTRUCCIONES

Por favor, lea cuidadosamente las instrucciones antes de contestar.

A continuación presentamos una serie de enunciados, los cuales le suplicamos contestar de la manera más sincera y espontánea posible. La información que usted nos proporcione será ***absolutamente confidencial***.

Todos los enunciados se refieren a aspectos relacionados con su familia (con la que vive actualmente). Le agradecemos de antemano su cooperación.

Por favor, no deje enunciados sin contestar.

La forma de responder es cruzando con una X el cuadro que mejor se adecuó a su respuesta.

Los resultados serán vertidos y analizados en el programa SPSS 10.0

De acuerdo al puntaje obtenido por el entrevistado la Percepción de la funcionalidad familiar APGAR se agrupara en tres clases.

0 a 3	Severamente disfuncional
4 a 6	Moderadamente disfuncional
7 a 10	Funcional

ANEXOS

FACES III

Por favor, lea cuidadosamente las instrucciones antes de contestar.

A continuación presentamos una serie de enunciados, los cuales le suplicamos contestar de la manera más sincera y espontánea posible.

La información que usted nos proporcione será **absolutamente confidencial**.

Todos los enunciados se refieren a aspectos relacionados con su familia (con la que vive actualmente).

Le agradecemos de antemano su cooperación.

Por favor, no deje enunciados sin contestar.

La forma de responder es cruzando con una X el número que mejor se adecuó a su respuesta, con base en la siguiente escala:

1= Nunca

2= Casi nunca

3= Algunas veces

4= Casi siempre

5= Siempre

Los miembros de nuestra familia se dan apoyo entre sí	1	2	3	4	5
En nuestra familia se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los problemas	1	2	3	4	5
Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia	1	2	3	4	5
Los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina	1	2	3	4	5
Nos gusta convivir solamente con los familiares más cercanos	1	2	3	4	5
Cualquier miembro de la familia puede tomar la autoridad	1	2	3	4	5
Nos sentimos más unidos entre nosotros que con personas que no son de nuestra familia	1	2	3	4	5
Nuestra familia cambia el modo de hacer sus cosas	1	2	3	4	5
Nos gusta pasar el tiempo libre en familia	1	2	3	4	5
Padres e hijos se ponen de acuerdo en relación con los castigos	1	2	3	4	5

ANEXOS

FACES III (Continuación)

Nos sentimos muy unidos	1	2	3	4	5
En nuestra familia los hijos toman las decisiones	1	2	3	4	5
Cuando se toma una decisión importante, toda la familia está presente	1	2	3	4	5
En nuestra familia las reglas cambian	1	2	3	4	5
Con facilidad podemos planear actividades en familia	1	2	3	4	5
Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros	1	2	3	4	5
Consultamos unos con otros para tomar decisiones	1	2	3	4	5
En nuestra familia es difícil identificar quién tiene la autoridad	1	2	3	4	5
La unión familiar es muy importante	1	2	3	4	5
Es difícil decir quién hace las labores del hogar	1	2	3	4	5

INSTRUCCIONES

Por favor, lea cuidadosamente las instrucciones antes de contestar.

A continuación presentamos una serie de enunciados, los cuales le suplicamos contestar de la manera más sincera y espontánea posible. La información que usted nos proporcione será ***absolutamente confidencial***.

Todos los enunciados se refieren a aspectos relacionados con su familia (con la que vive actualmente). Le agradecemos de antemano su cooperación.

Por favor, no deje enunciados sin contestar.

La forma de responder es cruzando con una X el cuadro que mejor se adecuó a su respuesta.

Los resultados serán vertidos y analizados en el programa SPSS 10.0

De acuerdo al puntaje obtenido por el entrevistado la funcionalidad familiar FACES III se evaluarán dos parámetros: adaptabilidad y cohesión.

La adaptabilidad, de acuerdo al puntaje obtenido, se clasificara en cuatro categorías:

10 a 19	Rígida
20 a 24	Estructurada
25 a 28	Flexible
29 a 50	Caótica

La cohesión, de acuerdo al puntaje obtenido, se clasificara en cuatro categorías:

10 a 34	No relacionada
35 a 40	Semirrelacionada
41 a 45	Relacionada
46 a 50	Aglutinada

Utilizando el modelo circunflejo y de acuerdo a la combinación del espectro de adaptabilidad y cohesión se clasificara la familia en tres categorías:

Balanceada

Rango medio

Extremas

		← COHESION →			
		BAJA		ALTA	
		DISGREGADA	SEMIRRELACIONADA	RELACIONADA	AGLUTINADA
ADAPTABILIDAD	ALTA	CAOTICA	CAOTICA	CAOTICA	CAOTICA
	CAOTICA	DISGREGADA	SEMIRRELACIONADA	RELACIONADA	RELACIONADA
	FLEXIBLE	FLEXIBLE	FLEXIBLE	FLEXIBLE	FLEXIBLE
	FLEXIBLE	DISGREGADA	SEMIRRELACIONADA	RELACIONADA	AGLUTINADA
ESTRUCTURADA	ESTRUCTURADA	ESTRUCTURADA	ESTRUCTURADA	ESTRUCTURADA	ESTRUCTURADA A GLUTINADA
	ESTRUCTURADA	DISGREGADA	SEMIRRELACIONADA	RELACIONADA	AGLUTINADA
BAJA	RIGIDA	RIGIDA	RIGIDA	RIGIDA	RIGIDA
RIGIDA	DISGREGADA	SEMIRRELACIONADA	RELACIONADA	AGLUTINADA	AGLUTINADA

ANEXOS

CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR (EFF)

Por favor, lea cuidadosamente las instrucciones antes de contestar.

A continuación presentamos una serie de enunciados, los cuales le suplicamos contestar de la manera más sincera y espontánea posible. La información que usted nos proporcione será **absolutamente confidencial**. Todos los enunciados se refieren a aspectos relacionados con su familia (con la que vive actualmente). Le agradecemos de antemano su cooperación.

Por favor, no deje enunciados sin contestar. La forma de responder es cruzando con una X el número que mejor se adecuó a su respuesta, con base en la siguiente escala:

1= Totalmente en desacuerdo

2= En desacuerdo

3= Ni de acuerdo ni en desacuerdo

4= De acuerdo

5= Totalmente de acuerdo

Mi familia me escucha	1	2	3	4	5
Si tengo dificultades, mi familia estará en la mejor disposición de ayudarme	1	2	3	4	5
En mi familia ocultamos lo que nos pasa	1	2	3	4	5
En mi familia tratamos de resolver los problemas entre todos	1	2	3	4	5
No nos atrevemos a llorar frente a los demás miembros de la familia	1	2	3	4	5
Raras veces platico con la familia sobre lo que me pasa	1	2	3	4	5
Cuando se me presenta algún problema, me' paraliza	1	2	3	4	5
En mi familia acostumbramos discutir nuestros problemas	1	2	3	4	5
Mi familia es flexible en cuanto a las normas	1	2	3	4	5
Mi familia me ayuda desinteresadamente	1	2	3	4	5
En mi familia expresamos abiertamente nuestras emociones	1	2	3	4	5
Me siento parte de mi familia	1	2	3	4	5
Cuando me enojo con algún miembro de la familia se lo digo	1	2	3	4	5
Mi familia es indiferente a mis necesidades afectivas	1	2	3	4	5
Las tareas que me corresponden sobrepasan mi capacidad para cumplirlas	1	2	3	4	5
Cuando tengo algún problema, se lo platico a mí familia	1	2	3	4	5

ANEXOS

CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR (EFF)

(Continuación)

En mi familia nos ponemos de acuerdo para repartir los quehaceres de la casa	1	2	3	4	5
En mi familia expresamos abiertamente nuestro cariño	1	2	3	4	5
Me siento apoyado(a) por mi familia	1	2	3	4	5
En casa acostumbramos expresar nuestras ideas	1	2	3	4	5
Me duele ver sufrir a otro miembro de mi familia	1	2	3	4	5
Me avergüenza mostrar mis emociones frente a mi familia	1	2	3	4	5
Si falla una decisión, intentamos una alternativa	1	2	3	4	5
En mí familia hablamos con franqueza	1	2	3	4	5
En mí casa mis opiniones no son tomadas en cuenta	1	2	3	4	5
Las normas familiares están bien definidas	1	2	3	4	5
En mi familia no expresamos abiertamente los problemas	1	2	3	4	5
En mi familia, si una regla no se puede cumplir, la modificamos	1	2	3	4	5
Somos una familia cariñosa	1	2	3	4	5
En casa no tenemos un horario para comer	1	2	3	4	5
Cuando no se cumple una regla en mi casa, sabemos cuáles son las consecuencias	1	2	3	4	5
Mi familia no respeta mi vida privada	1	2	3	4	5
Si estoy enfermo, mi familia me atiende	1	2	3	4	5
En mi casa, cada quien se guarda sus problemas	1	2	3	4	5
En mi casa nos decimos las cosas abiertamente	1	2	3	4	5
En mi casa logramos resolver los problemas cotidianos	1	2	3	4	5
Existe confusión acerca de lo que debemos hacer cada uno de nosotros dentro de la familia	1	2	3	4	5
En mi familia expresamos la ternura que sentimos	1	2	3	4	5
Me molesta que mi familia me cuente sus problemas	1	2	3	4	5
En mi casa respetamos nuestras reglas de conducta	1	2	3	4	5

INSTRUCCIONES

Por favor, lea cuidadosamente las instrucciones antes de contestar.

A continuación presentamos una serie de enunciados, los cuales le suplicamos contestar de la manera más sincera y espontánea posible. La información que usted nos proporcione será ***absolutamente confidencial***.

Todos los enunciados se refieren a aspectos relacionados con su familia (con la que vive actualmente). Le agradecemos de antemano su cooperación.

Por favor, no deje enunciados sin contestar.

La forma de responder es cruzando con una X el cuadro que mejor se adecuó a su respuesta.

Los resultados serán vertidos y analizados en el programa SPSS 10.0

De acuerdo al puntaje obtenido por el entrevistado la evaluación de la funcionalidad familiar EFF se clasificarán cuatro categorías:

INVOLUCRAMIENTO AFECTIVO

FUNCIONAL

(reactivos 1, 2, 4, 10, 11, 12, 13, 18, 19, 20, 21, 24, 26, 29, 33, 35 y 38)

Hacer la suma de los puntajes obtenidos en los reactivos de este factor y comparar con el punto de corte:

$17 \times 3 = 51$ (punto de corte o punto medio)

La suma de los puntajes por arriba de 51 puntos indica el grado de involucramiento afectivo disfuncional.

El máximo de puntaje a obtener es de 85 y el mínimo de 17.

DISFUNCIONAL

(reactivos 3, 6, 7, 15, 22, 30, 32, 34, 39 y 39)

Hacer la suma de los puntajes obtenidos en los reactivos de este factor y comparar con el punto de corte:

$11 \times 3 = 33$ (punto de corte o punto medio)

La suma de los puntajes por arriba de 33 puntos indica el grado de involucramiento afectivo disfuncional.

El máximo de puntaje a obtener es de 55 y el mínimo de 11.

PATRONES DE COMUNICACION

FUNCIONAL

(reactivos 8, 36 y 40)

Hacer la suma de los puntajes obtenidos en los reactivos de este factor y comparar con el punto de corte:

$3 \times 3 = 9$ (punto de corte o punto medio)

La suma de los puntajes por arriba de 9 puntos indica el grado de resolución de conflictos.

El máximo de puntaje a obtener es de 9 y el mínimo de 3.

DISFUNCIONAL

(reactivos 5, 16, 25 y 27)

Hacer la suma de los puntajes obtenidos en los reactivos de este factor y comparar con el punto de corte:

$4 \times 3 = 12$ (punto de corte o punto medio)

La suma de los puntajes por arriba de 12 puntos indica el grado de patrones de comunicación disfuncionales.

El máximo de puntaje a obtener es de 20 y el mínimo de 4.

RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS: FUNCIONAL Y DISFUNCIONAL

(reactivos 17, 23 y 31)

Hacer la suma de los puntajes obtenidos en los reactivos de este factor y comparar con el punto de corte:

$3 \times 3 = 9$ (punto de corte o punto medio)

La suma de los puntajes por arriba de 9 puntos indica el grado de resolución de conflictos.

El máximo de puntaje a obtener es de 9 y el mínimo de 3.

PATRONES DE CONTROL DE CONDUCTA: FUNCIONAL Y DISFUNCIONAL

(reactivos 9 y 28)

Hacer la suma de los puntajes obtenidos en los reactivos de este factor y comparar con el punto de corte:

$2 \times 3 = 6$ (punto de corte o punto medio)

La suma de los puntajes por arriba de 6 puntos indica el grado de patrones de control de conducta.

El máximo de puntaje a obtener es de 10 y el mínimo de 2.

ANEXOS

EVALUACION DE LA RED Y EL APOYO SOCIAL

Instrucciones: Por favor, marque con una X la respuesta que mejor se ajuste a su situación personal

Red y apoyo social

No. de amigos que ve la mes

Ninguno

1 a 2

3 o más

No consta

No. de familiares que ve al mes

Ninguno

1 a 2

3 o más

No consta

Apoyo emocional

Si

No

No consta

Convivencia

Solos / unipersonal

Solos / alguien más

Casados / alguien más

No consta

Discapacidades

Si

No

Salud percibida

Buena

Mala

INSTRUCCIONES

Por favor, lea cuidadosamente las instrucciones antes de contestar.

A continuación presentamos una serie de enunciados, los cuales le suplicamos contestar de la manera más sincera y espontánea posible. La información que usted nos proporcione será ***absolutamente confidencial***.

Todos los enunciados se refieren a aspectos relacionados con su familia (con la que vive actualmente). Le agradecemos de antemano su cooperación.

Por favor, no deje enunciados sin contestar.

La forma de responder es cruzando con una X el cuadro que mejor se adecuó a su respuesta.

Los resultados serán vertidos y analizados en el programa SPSS 10.0

ANEXOS

CUESTIONARIO DE DUKE UNC

Instrucciones: En la siguiente lista se muestran algunas cosas que otras personas hacen por nosotros o nos proporcionan. Elija para cada, con una X, la respuesta que mejor refiere su situación, según los siguientes criterios.

	Mucho menos de lo que deseo	Menos de lo que deseo	Ni mucho ni poco	Casi como deseo	Tanto como deseo
	1	2	3	4	5
1. Recibo visitas de mis amigos y familiares					
2. Recibo ayuda en asuntos relacionados con mi casa					
3. Recibo elogios y reconocimientos cuando hago bien mi trabajo					
4. Cuento con personas que se preocupan por lo que me sucede					
5. Recibo amor y afecto					
6. Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas en el trabajo o en la casa					
7. Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas personales y familiares					
8. Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas económicos					
9. Recibo invitaciones para distraerme y salir con otras personas					
10. Recibo consejos útiles cuando me ocurre algún acontecimiento importante en mi vida					
11. Recibo ayuda cuando estoy enfermo(a) en cama					
PUNTUACIÓN TOTAL					

INSTRUCCIONES

Por favor, lea cuidadosamente las instrucciones antes de contestar.

A continuación presentamos una serie de enunciados, los cuales le suplicamos contestar de la manera más sincera y espontánea posible. La información que usted nos proporcione será ***absolutamente confidencial***.

Todos los enunciados se refieren a aspectos relacionados con su familia (con la que vive actualmente). Le agradecemos de antemano su cooperación.

Por favor, no deje enunciados sin contestar.

La forma de responder es cruzando con una X el cuadro que mejor se adecuó a su respuesta.

Los resultados serán vertidos y analizados en el programa SPSS 10.0

De acuerdo al puntaje obtenido por el entrevistado la evaluación del apoyo social de DUKE UNC se clasificarán en dos categorías.

DUKE UNC

Apoyo social adecuado

Apoyo social deficiente

Si el puntaje es menor de 32 se dirá que el apoyo social es deficiente.

Si el puntaje es mayor de 32 se dirá que el apoyo social es adecuado.

ANEXOS

EMA

Escala Multidimensional de Asertividad

Instrucciones:

Coloque dentro del cuadro correspondiente el número que indique qué tanto está usted de acuerdo o en desacuerdo con cada una de las afirmaciones que se presentan en el Cuestionario, con base en la siguiente escala:

1= Completamente en desacuerdo

2= En desacuerdo

3= Ni de acuerdo ni en
desacuerdo

4= De acuerdo

5= Completamente de acuerdo

No marque el cuadernillo

Por favor conteste sinceramente.

Gracias.

Puntuaciones crudas

Asertividad indirecta

No asertividad

Asertividad

- | | | | | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|
| 1. Puedo reconocer públicamente que cometí un error. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. No soy capaz de expresar abiertamente lo que realmente pienso | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. Me cuesta trabajo expresar lo que pienso en presencia de otros | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. Me es más fácil decirle a alguien que acepto su crítica a mi persona,
por teléfono que personalmente | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. Me es difícil expresar mis deseos. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. Me es difícil expresar abiertamente mis sentimientos | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. Puedo decirle a alguien directamente que actuó de manera injusta. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. Cuando discuto con una persona acerca del lugar donde vamos a
comer, yo expreso mi preferencia. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. Me cuesta trabajo hacer nuevos(as) amigos(as). | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. No soy capaz de expresar abiertamente lo que deseo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11. Puedo agradecer un halago hecho acerca de mi apariencia personal. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12. Si tengo alguna duda, pido que se me aclare. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

ANEXOS

EMA

Escala Multidimensional de Asertividad

(Continuación)

13. Cuando conozco a una persona, usualmente tengo poco que decirle.	1	2	3	4	5
14. Solicito ayuda cuando la necesito.	1	2	3	4	5
15. Cuando me doy cuenta de que me están cobrando de más, no digo nada.	1	2	3	4	5
16. Me es más fácil pedir que me devuelvan las cosas que he prestado, por teléfono que personalmente.	1	2	3	4	5
17. Me es fácil aceptar una crítica.	1	2	3	4	5
18. Me es más fácil pedir prestado algo, por teléfono que personalmente.	1	2	3	4	5
19. Puedo pedir favores.	1	2	3	4	5
20. Expreso con mayor facilidad mi desagrado por teléfono que personalmente.	1	2	3	4	5
21. Expreso amor y afecto a la gente que quiero.	1	2	3	4	5
22. Me molesta que me digan los errores que he cometido.	1	2	3	4	5
23. Puedo expresar mi amor más fácilmente por medio de una carta que personalmente.	1	2	3	4	5
24. Puedo decirle a las personas que actuaron injustamente, más fácilmente por teléfono que personalmente.	1	2	3	4	5
25. Prefiero decirle a alguien que deseo estar, por teléfono que personalmente.	1	2	3	4	5
26. Platico abiertamente con una persona las críticas hechas a mi conducta.	1	2	3	4	5
27. Puedo pedir que me enseñen cómo hacer algo que no sé cómo realizar.	1	2	3	4	5
28. Puedo expresar mi cariño con mayor facilidad por medio de tarjetas o cartas que personalmente.	1	2	3	4	5
29. Me es más fácil hacer un cumplido, por medio de una tarjeta o carta que personalmente.	1	2	3	4	5
30. Es difícil para mí alabar a otros.	1	2	3	4	5

ANEXOS

EMA
Escala Multidimensional de Asertividad
(Continuación)

31. Es difícil para mí alabar a otros.	1	2	3	4	5
32. Me es difícil iniciar una conversación.	1	2	3	4	5
33. Es más fácil rehusarme ir a un lugar al que no deseo ir, por teléfono que personalmente.	1	2	3	4	5
34. Encuentro difícil admitir que estoy equivocado (a).	1	2	3	4	5
35. Me da pena participar en las pláticas por temor a la opinión de los demás.	1	2	3	4	5
36. Me es más fácil decir que no deseo ir a una fiesta, por teléfono que personalmente.	1	2	3	4	5
37. Puedo expresar mis sentimientos más fácilmente por teléfono que personalmente.	1	2	3	4	5
38. Puedo admitir que cometí un error, con mayor facilidad por teléfono que personalmente.	1	2	3	4	5
39. Acepto sin temor una crítica	1	2	3	4	5
40. Me da pena hablar frente a un grupo por temor a la crítica.	1	2	3	4	5
41. Prefiero decirle a alguien sobre lo que deseo en la vida, por escrito que personalmente.	1	2	3	4	5
42. Me es difícil disculparme cuando tengo la culpa.	1	2	3	4	5
43. Me cuesta trabajo decirle a otros lo que me molesta.	1	2	3	4	5
44. Me da pena preguntar cuando tengo dudas.	1	2	3	4	5
45. Me es más fácil expresar mi opinión por medio de una carta que personalmente.	1	2	3	4	5
46. Me es difícil empezar una relación con personas que acabo de conocer.	1	2	3	4	5



EMA

ESCALA MULTIDIMENSIONAL DE ASERTIVIDAD

HOJA DE RESPUESTAS

Nombre: _____ Sexo: _____ Edad: _____

Escolaridad: _____ Ocupación: _____ Estado civil: _____

Instrucciones:

Coloque dentro del cuadro correspondiente el número que indique qué tanto está usted de acuerdo o en desacuerdo con cada una de las afirmaciones que se presentan en el Cuestionario, con base en la siguiente escala:

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

No marque el cuadernillo

1. <input type="checkbox"/>	16. <input type="checkbox"/>	31. <input type="checkbox"/>
2. <input type="checkbox"/>	17. <input type="checkbox"/>	32. <input type="checkbox"/>
3. <input type="checkbox"/>	18. <input type="checkbox"/>	33. <input type="checkbox"/>
4. <input type="checkbox"/>	19. <input type="checkbox"/>	34. <input type="checkbox"/>
5. <input type="checkbox"/>	20. <input type="checkbox"/>	35. <input type="checkbox"/>
6. <input type="checkbox"/>	21. <input type="checkbox"/>	36. <input type="checkbox"/>
7. <input type="checkbox"/>	22. <input type="checkbox"/>	37. <input type="checkbox"/>
8. <input type="checkbox"/>	23. <input type="checkbox"/>	38. <input type="checkbox"/>
9. <input type="checkbox"/>	24. <input type="checkbox"/>	39. <input type="checkbox"/>
10. <input type="checkbox"/>	25. <input type="checkbox"/>	40. <input type="checkbox"/>
11. <input type="checkbox"/>	26. <input type="checkbox"/>	41. <input type="checkbox"/>
12. <input type="checkbox"/>	27. <input type="checkbox"/>	42. <input type="checkbox"/>
13. <input type="checkbox"/>	28. <input type="checkbox"/>	43. <input type="checkbox"/>
14. <input type="checkbox"/>	29. <input type="checkbox"/>	44. <input type="checkbox"/>
15. <input type="checkbox"/>	30. <input type="checkbox"/>	45. <input type="checkbox"/>

Puntuaciones crudas

Asertividad indirecta _____

No asertividad _____

Asertividad _____

Flores Galaz, M. y Díaz-Loving, R.

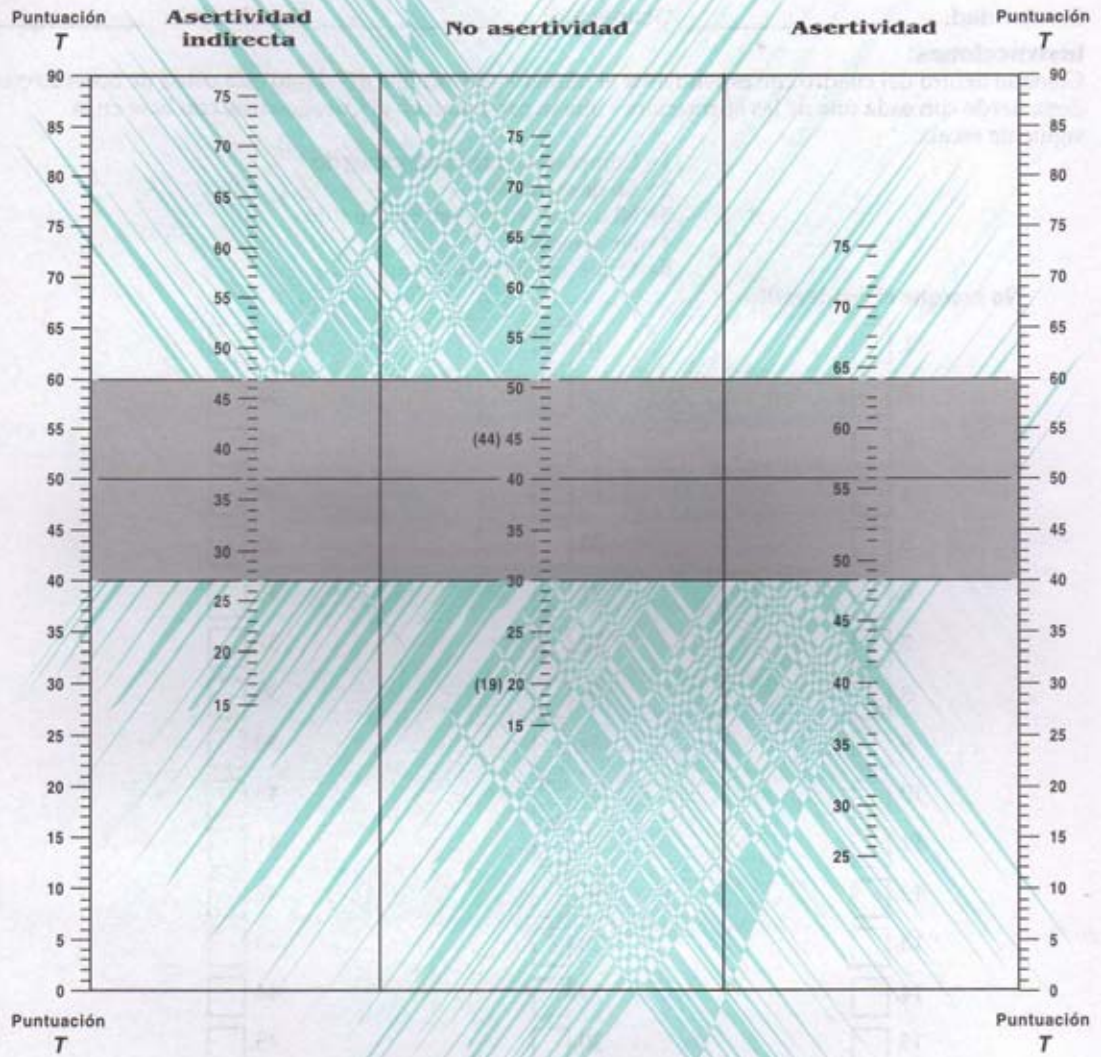
Nota: Este material está impreso en VERDE y NEGRO. No lo acepte si es de un solo color.





EMA

ESCALA MULTIDIMENSIONAL DE ASERTIVIDAD PERFIL



Puntuación cruda _____

Puntuación *T* _____

Nota: Este material está impreso en VERDE y NEGRO. No lo acepte si es de un solo color.

INSTRUCCIONES

Por favor, lea cuidadosamente las instrucciones antes de contestar.

A continuación presentamos una serie de enunciados, los cuales le suplicamos contestar de la manera más sincera y espontánea posible. La información que usted nos proporcione será ***absolutamente confidencial***.

Todos los enunciados se refieren a aspectos relacionados con su familia (con la que vive actualmente). Le agradecemos de antemano su cooperación.

Por favor, no deje enunciados sin contestar.

La forma de responder es cruzando con una X el cuadro que mejor se adecuó a su respuesta.

Los resultados serán vertidos y analizados en el programa SPSS 10.0

De acuerdo al puntaje obtenido por el entrevistado la escala multidimensional de asertividad, se calificarán las hojas de respuesta con tres plantillas, una para cada perfil de comunicación (asertividad, asertividad indirecta y no asertividad).

Con el puntaje obtenido para cada perfil se procederá a graficar en el reverso de la hoja de respuestas en las columnas diseñadas ex profeso (puntuación T).

Si el puntaje es menor de 40 se dirá que el perfil de comunicación es deficiente.

Si el puntaje es mayor de 60 se dirá que el perfil de comunicación es prevaleciente.

Un valor entre 40 y 60 se considera como promedia de la población mexicana.