

Universidad Central de Venezuela  
Facultad de Medicina  
Escuela de Enfermería

**TALLERES PARA ASERTIVIDAD Y AUTOESTIMA DIRIGIDO  
AL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN EL EJERCICIO DE SU  
ROL ASISTENCIAL**

Autor: Morales C. Maria I  
C.I: 12.817.835.

Tutora: Lic. Ma Isabel Parada

Caracas Abril de 2007

***TALLERES PARA ASERTIVIDAD Y  
AUTOESTIMA DIRIGIDO AL PERSONAL DE  
ENFERMERÍA EN EL EJERCICIO DE SU ROL  
ASISTENCIAL***



Universidad Central de Venezuela  
Facultad de Medicina  
Escuela de Enfermería

**TALLERES PARA ASERTIVIDAD Y AUTOESTIMA DIRIGIDO  
AL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN EL EJERCICIO DE SU  
ROL ASISTENCIAL**

(Trabajo Presentado como requisito Parcial para optar por el Título de Licenciado en  
Enfermería)

Autor: Morales C. Maria I  
C.I: 12.817.835.

Tutora: MgS. Ma Isabel Parada

Caracas Abril de 2007

## DEDICATORIA

Hace algunos soles, muchas lunas, lluvias y estrellas recorrí numerosos kilómetros, llena de ilusiones, emociones, deseos y sobretodo temores, llegar a una ciudad extraña que no es tuya sino del afán, del estrés, de los logros, del éxito, del insomnio, de la lucha, de la competencia y aunque esté habitada por un profuso número de personas, para mí, sus espacios emanaban hálitos de soledad, es hoy cuando logro una de mis metas, cuando quiero dedicarla a aquellos seres tan especiales que con su presencia, aunque a veces no física, me demostraron que no estaba sola y me ayudaron invaluablemente a lograrla:

Primero a mi Dios maravilloso que ni por un instante me abandona, Espíritu Santo que me cuidas siempre, te dedico mi logro que es muy tuyo.

AL Santo Cristo de La Grita, te pedí me ayudaras en este esfuerzo que parecía muy grande, gracias por suavizarme el camino.

A las A. B. P. su inminente presencia y auxilio de incalculable valor.

A mi hijo, Franko, te dedico otro de mis logros por ser el motivo de mi lucha y el regalo más hermoso de Dios.

A mi esposo, Julher, por estar junto a mí siempre, ayudarme, cuidarme, apoyarme y motivarme constantemente con tu positivismo que a veces me exaspera pero fue mi bastón inagotable, gracias mi Juta, Te amo...

A mis padres, Hugo mi novio perenne, es un honor ser parte de su orgullo papá, y a mi Hermosa Mireya, sin usted el camino hubiera sido muy tortuoso, Mil gracias má por aligerar mis cargas una y otra vez, Los Amo.

A mi hermana Marcela, mi doctorcita, gracias por ser la mamá de mi hijo tantas veces y por estar junto a mí. Besos, espero la tuya pronto!

A mi hermano Alberto, el tío y hermano de mi hijo, espero sea de ejemplo para ti, eres un gran hermano. Te quiero mucho.

**Mary**

## **AGRADECIMIENTO**

Luego de este camino recorrido, lleno de obstáculos que a veces parecen insuperables, pero que solo sirven para demostrarme que sí puedo; donde he encontrado personas que han subido a mi tren sin dejar nada, otras que indiscutiblemente dejan un espacio vacío, para recordarme el tiempo compartido, la experiencia aprendida, la emoción de vivirla pero indiscutiblemente lo mejor de todo es que algunas llegaron y se quedaron junto a mi...

A mi tutora Lic. Ma Isabel Parada, quien me enseñó mucho, ha sido muy paciente, disciplinada y amable, espero seguir aprendiendo.

A mi amiga Melani, gracias por ayudarme tanto y estar conmigo durante dos años de estudio y lucha. Besos Mela.

Al personal que labora en el piso 8 del Hospital de Clínicas Caracas, por haberme apoyado, ayudado y comprendido, fue duro pero lo logré.

A la Lic. Dinaura Manzo, mi tutora de pasantías y amiga, gracias...

A los estudiantes del XIV Curso Post Básico de Cuidados Intensivos del Hospital de Clínicas Caracas, los sujetos de mi muestra, gracias, por ayudarme y aprender junto a mí. El aprendizaje fue recíproco.

A todas las personas que de una u otra forma pusieron su granito de arena en esta tesis, en mi logro y en mi camino, les agradezco profusamente.

## **APROBACIÓN DEL TUTOR**

En mi carácter de tutor del T. E. G, presentado por la Br **Maria Isabel Morales Colmenares** C.I.: 12.817.835. para optar por el Título de LICENCIADA EN ENFERMERÍA, considero que el mismo reúne los requisitos para ser sometido a la presentación pública y evaluación por parte de Jurado Examinador que se designe.

En la ciudad de Caracas, a los 25 días del mes de abril de 2007

---

**Lic. Maria Isabel Parada.**

**C.I.:3.183.744**

## TABLA DE CONTENIDO

ACTA DE APROBACIÓN DEL JURADO	p.p i
DEDICATORIA	iv
AGRADECIMIENTO	v
LISTA DE CUADROS	viii
LISTA DE GRÁFICOS	ix
LISTA DE ANEXOS	xi
RESUMEN	xii
INTRODUCCION	1
CAPÍTULO	5
<b>I          EL PROBLEMA</b>	5
Planteamiento del Problema	5
Objetivos	12
Justificación	13
<b>II         MARCO TEÓRICO</b>	15
Antecedentes	15
Bases Teóricas	22
Asertividad del Enfermero/a	22
Autoestima del Enfermero/a	35
Fundamentación Legal	42
Sistema de Variables	44
<b>III         MARCO METODOLÓGICO</b>	46
Tipo de Estudio	46
Diseño de Investigación	46
Población o Universo	47
Muestra	47
Método e Instrumento de Recolección de Datos	47
Procedimiento para la Recolección de Información	47

	Plan de Tabulación y Análisis	49
<b>IV</b>	<b>INTERPRETACION Y ANALISIS DE LOS RESULTADOS</b>	<b>50</b>
	Análisis de la Variable Asertividad	51
	Dimensión Relación Terapéutica Enfermero/a – Paciente	51
	Análisis de la Variable Nivel de Autoestima	65
	Dimensión Niveles de Autoestima	66
<b>V</b>	<b>DISCUSIÓN DE RESULTADOS</b>	<b>75</b>
	Conclusiones	83
	Recomendaciones	85
<b>VI</b>	<b>LA PROPUESTA</b>	<b>87</b>
	<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>89</b>
	<b>ANEXOS</b>	<b>93</b>

## LISTA DE CUADROS

<b>CUADRO</b>		<b>p.p</b>
<b>1</b>	Operacionalización de las Variables	44
<b>2</b>	Distribución de frecuencia para la variable Asertividad, en su dimensión Relación Terapéutica Enfermero (a) –paciente y su indicador conducta pasiva	51
<b>3</b>	Distribución de frecuencia para la variable Asertividad, en su dimensión Relación Terapéutica Enfermero (a) –paciente y su indicador conducta agresiva	54
<b>4</b>	Distribución de frecuencia para la variable Asertividad, en su dimensión Relación Terapéutica Enfermero (a) –paciente y su indicador conducta Asertiva.	57
<b>5</b>	Distribución de frecuencia para la variable Asertividad, en su dimensión Relación Terapéutica Enfermero (a) –paciente y su indicador comunicación verbal.	60
<b>6</b>	Distribución de frecuencia para la variable Asertividad, en su dimensión Relación Terapéutica Enfermero (a) –paciente y su indicador comunicación No verbal.	63
<b>7</b>	Distribución de frecuencia para la variable Nivel de Autoestima, en su Dimensión Niveles de autoestima y su Indicador autoestima alta.	66
<b>8</b>	Distribución de frecuencia para la variable Nivel de Autoestima, en su Dimensión Niveles de autoestima y su Indicador autoestima media.	69
<b>9</b>	Distribución de frecuencia para la variable Nivel de Autoestima, en su Dimensión Niveles de autoestima y su Indicador autoestima Baja.	72

## LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO		p.p
1	Distribución de Frecuencia para la variable asertividad, en su Dimensión Relación Terapéutica enfermero (a) – paciente y su Indicador conducta pasiva.	53
2	Distribución de Frecuencia para la variable Asertividad, en su Dimensión Relación Terapéutica Enfermero (a) – paciente y su Indicador conducta Agresiva.	56
3	Distribución de Frecuencia para la variable Asertividad, en su Dimensión Relación Terapéutica Enfermero (a) – paciente y su Indicador conducta Asertiva.	59
4	Distribución de Frecuencia para la variable Asertividad, en su Dimensión Relación Terapéutica Enfermero (a) – paciente y su Indicador Comunicación Verbal.	62
5	Distribución de Frecuencia para la variable Asertividad, en su Dimensión Relación Terapéutica Enfermero (a) – paciente y su Indicador Comunicación No Verbal.	65
6	Distribución de frecuencia para la variable Nivel de Autoestima, en su Dimensión Niveles de autoestima y su Indicador autoestima alta.	68
7	Distribución de frecuencia para la variable Nivel de Autoestima, en su Dimensión Niveles de autoestima y su Indicador autoestima media.	71
8	Distribución de frecuencia para la variable Nivel de Autoestima, en su Dimensión Niveles de autoestima y su Indicador autoestima Baja.	74
9	Distribución de Frecuencia para la variable Asertividad, en su Dimensión Relación Terapéutica Enfermero (a) – paciente y su Indicador conducta pasiva. (post- test)	75
10	Distribución de Frecuencia para la variable Asertividad, en su Dimensión Relación Terapéutica Enfermero (a) – paciente y su Indicador conducta Agresiva. (post – test)	76

<b>11</b>	Distribución de Frecuencia para la variable Asertividad, en su Dimensión Relación Terapéutica Enfermero (a) – paciente y su Indicador conducta Asertiva. (post – test)	77
<b>12</b>	Distribución de Frecuencia para la variable Asertividad, en su Dimensión Relación Terapéutica Enfermero (a) – paciente y su Indicador Comunicación Verbal. (post – test)	78
<b>13</b>	Distribución de Frecuencia para la variable Asertividad, en su Dimensión Relación Terapéutica Enfermero (a) – paciente y su Indicador Comunicación No Verbal. (post – test)	79
<b>14</b>	Distribución de frecuencia para la variable Nivel de autoestima, en su Dimensión Niveles de autoestima y su Indicador autoestima alta. (post – test)	80
<b>15</b>	Distribución de frecuencia para la variable Nivel de autoestima, en su Dimensión Niveles de autoestima y su Indicador autoestima media. (post – test)	81
<b>16</b>	Distribución de frecuencia para la variable Nivel de autoestima, en su Dimensión Niveles de autoestima y su Indicador autoestima Baja. (post – test)	82

## LISTA DE ANEXOS

<b>ANEXO</b>		p.p
<b>1</b>	Cuestionario	94
<b>2</b>	Talleres de la Propuesta	96
<b>3</b>	“Yo soy”. Ejercicio	105
<b>4</b>	Relaciones afectivas desde la Infancia	106
<b>5</b>	Cualidades Positivas y Negativas	106
<b>6</b>	Tipos de Comunicaciones	107
<b>7</b>	El Cometa Halley	109
<b>8</b>	Apuntes de Asertividad	112
<b>9</b>	Tipos de Conducta	119
<b>10</b>	El Coleccionista de Insultos	121
<b>11</b>	El Eco	123
<b>12</b>	La Parábola del Caballo	125
<b>13</b>	Ascender por Resultados	126

**UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA  
FACULTAD DE MEDICINA  
ESCUELA DE ENFERMERÍA**

**TALLERES PARA ASERTIVIDAD Y AUTOESTIMA DIRIGIDO AL  
PERSONAL DE ENFERMERÍA EN EL EJERCICIO DE SU ROL  
ASISTENCIAL**

Autora: María Isabel Morales Colmenares.

Tutor: Lic. María Isabel Parada.

Fecha: abril de 2007.

**RESUMEN**

El estudio sobre Talleres para asertividad y Autoestima del personal de enfermería en el ejercicio de su rol asistencial, se desarrollo a través de una investigación de campo de naturaleza comprensiva, ubicada dentro de la modalidad de proyecto factible y ejecutada dentro del enfoque cuantitativo, con el fin de buscarle solución al problema como lo es la falta de asertividad y bajo nivel de autoestima del enfermero (a) dentro del ámbito hospitalario. Se fundamentó en una serie de antecedentes relacionado con las variables en estudio, algunas teorías pertinentes al mismo y bibliografía referente al tema en estudio, como vía para el mejoramiento de esta situación. Para ello se seleccionaron ocho (08) enfermeros en formación del curso post básico de cuidados intensivos en el Hospital de Clínicas Caracas en el Distrito Capital a quienes se les aplicó un cuestionario conformado por cuatro (4) opciones de respuestas: Siempre, Casi Siempre, Casi Nunca y Nunca. Al aplicar dicho instrumento los resultados reflejaron que los enfermeros (as) no manejan la asertividad en el trato con los usuarios y que su nivel de autoestima se ubica en un nivel medio - bajo, evidenciando la necesidad de la elaboración y aplicación de los talleres. Las recomendaciones sugieren la ejecución y puesta en practica de los talleres asertividad dirigidos al personal de enfermería, Luego de realizados los mismos se aplicó un cuestionario post test, evidenciándose mejoras notorias en la Asertividad y Autoestima obteniendo estrategias de tipo asertivo, siendo estas más operativas, mejorando y elevando su nivel de autoestima reflejado en el ejercicio de su función asistencial.

Descriptor: Asertividad del enfermero/a y Niveles de Autoestima.

## INTRODUCCIÓN

En la sociedad actual, que está en continuo cambio, se observa el deterioro de la comunicación interpersonal y este va creciendo a medida que aumenta las demandas del trabajo, del hogar, de la familia, afectando de igual manera la relación asertiva en los individuos.

Así mismo, Hernández, V. (2003), resalta que el instinto de supervivencia que esta ligado muchas veces al ser humano, se antepone al ejercicio de la asertividad, puesto que la timidez evita el tomar decisiones correctas y crea malestar en el individuo al no ser capaz de manejar la situación, no es tan simple como decir: "claro haré esto y aquello", o "lo siento pero no estoy de acuerdo", depende mucho de la persona o situación en la que nos encontremos para mostrar la reacción correcta ante lo que pasa.

Desde pequeño, se le coloca al hombre un "freno de emergencia", importante en las primeras etapas y jamás se quita. Esta sujeción esta formada por supuestas virtudes. (El ahorro, la ambición, la modestia el autocastigo, la autocrítica, el autocontrol, etc.), que son en definitiva contraproducentes si se utilizan exageradamente.

Puesto que, desde la infancia es cuando se empieza a formar un concepto de nosotros, de acuerdo a como nos ven nuestros padres, compañeros, amigos, etc., tomando en consideración cada una de las experiencias que se va adquiriendo. La asertividad, aunada a la autoestima, juega el rol de método y guía para abrirnos paso hacia la excelencia en las relaciones con los demás, en el ámbito laboral a través de su práctica genera oportunidades y reduce brechas entre las personas, aumenta la buena percepción que tienen de nosotros y forma parte de las estrategias para avanzar hasta las metas y objetivos propuestos.

Por otro lado, la salud es un derecho de todas las personas, aunque descansa fundamentalmente en el nivel personal, este término es definido por el autor Hall, C. (1996), como “La armonía rectora que parte de una matriz: cuerpo –mente”. (p. 5). Y añade, ella origina una actitud, la aceptación de las incertidumbres de la vida, la disposición para aceptar responsabilidad hacia los hábitos, un modo de percibir y luchar con el estrés y una búsqueda de relaciones humanas más satisfactorias y un sentido de finalidad.

Es por ello, que se evidencia la analogía existente entre la asertividad y la autoestima, sobretodo en el campo de la salud donde el enfermero(a) desarrolla un papel importante al establecer la relación terapéutica con el paciente durante el ejercicio de su rol asistencial, tal como lo expresan Sharon Bower y Gordon Bower (1996) en su libro “Asserting Yourself” presenta esta necesidad de asertividad en la comunicación y afirma: “como una persona asertiva se puede aprender a negociar mutuamente soluciones satisfactorias a una variedad de problemas interpersonales”. (pág. 5), mismos que se dan cotidianamente en la interacción en el ámbito asistencial.

De igual manera, la asertividad ayuda también a tener la capacidad de pedir o más bien negociar de forma correcta con los demás, negociación basada en lo que se desea transmitir de forma correcta y respetuosa sin necesidad de ser tímido o agresivo a la hora de hablar.

Es entonces, una técnica para comunicar y a su vez modificar la conducta y manera de pensar de otros a través de la negociación de forma asertiva. Por tanto la persona que aborda una situación de esta manera tiene más posibilidades de lograr una solución satisfactoria, no solo para ella, sino para los que intervienen.

De este modo, para que el profesional de la salud funja como un modelo asertivo, capaz, adecuado y efectivo en el proceso asistencial, se hace indispensable proporcionarle las técnicas y estrategias adecuadas para

el buen desempeño de sus labores, con ello llegará verdaderamente al paciente al establecer una comunicación asertiva entre ellos.

Es por todo lo expuesto que durante el desarrollo de este trabajo investigativo, se diseñara y aplicará un programa de talleres para mejorar la asertividad y el nivel de autoestima del profesional de salud durante el ejercicio de su rol asistencial, pues se considera que mientras mas efectiva es esta analogía mejor es el desempeño de su labor.

Esta investigación, consta de seis (6) capítulos que se resumen de la siguiente manera:

El capítulo I, considera el planteamiento del problema, identificación del mismo, importancia, justificación y su respectivo objetivo general y específico. Luego el Capítulo II, aborda el marco teórico que contiene los antecedentes previos de la investigación y las bases teóricas en función de las variables estudiadas Asertividad y Autoestima, así como las bases legales que sustentan el estudio.

Del mismo modo, el Capítulo III se refiere al marco metodológico donde se describe el método utilizado, población y muestra, instrumento de recolección de información, el procedimiento y el análisis estadístico utilizado.

En igual orden, el Capítulo IV, donde se presentan y analizan los datos recolectados durante el proceso de aplicación de cuestionario (Diagnóstico). Posteriormente el Capítulo V que refiere a la discusión de resultados luego de la aplicación de un cuestionario posterior a la aplicación del taller, se enmarcan, además, las conclusiones y recomendaciones, en el Capítulo VI, se expone La Propuesta con su diseño haciendo mención del proceso para su diseño y aplicación.

## **CAPITULO I**

### **EL PROBLEMA**

#### **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

La humanidad representa el tipo más grande de sistema social que encierra dentro de ella más de un grupo y/o organización compleja y dentro de ellos se encuentra el hombre, con sus múltiples problemas en diversos órdenes, que necesita cumplir un mínimo de condiciones necesarias para la supervivencia como unidad estructural social independiente; lleva una vida cargada de episodios, unos pasajeros y otros permanentes, ellos en un momento dado pueden afectar su salud, es decir, presentar síntomas de alarma, señales de peligro y/o trastornos resultantes del modo que eligió vivir o antecedentes biológicos.

Por otra parte, la palabra salud refleja y perpetúa la opinión de que es vista como una cosa en vez de un proceso. Sin embargo, salud y enfermedad deben ser vistos como procesos en un estado continuo de fluir; conceptualizada enfermedad por el autor Hall, J (1996) como: “algo que ocurre en algún momento en el tiempo cuando se interrumpe el estado de salud y la persona percibe algunos síntomas claros”. (p. 344).

Debe señalarse, que la persona luego de la negación de su estado de salud interrumpida, busca ayuda profesional al aceptar su enfermedad y se convierte en paciente atendido por el personal de enfermería; cuya definición según Santalizes, J. 2002), indica que: “es una disciplina práctica entroncada a otras disciplinas científicas, donde al aplicar tecnología y los conocimientos básicos se subsanan los déficit en los autocuidados de las personas para

llevarlas a situaciones de salud". (p.8). Es decir, la enfermería es una actividad social porque tiene como meta trabajar con grupos diversos de personas insertas en la sociedad, es un servicio de ayuda porque interpreta el estado particular de cada persona y su objetivo primordial es la continuación de la vida racional.

En efecto esta ciencia trabaja directamente sobre las necesidades del paciente, le proporciona sus requerimientos necesarios sobre la base de una filosofía holística a través de su figura principal el enfermero (a), entendido de acuerdo a Guisper, C. (2002), como: "La persona que ha completado su programa de formación básica de enfermería y está capacitado y autorizado para ejercer su rol". (p. 462). La función propia de la enfermera (o) es prestar cuidados al individuo y a la comunidad, este hecho le da identidad y la distingue del resto de las profesiones que trabajan en el campo de ciencias de la salud.

Para poder prestar estos cuidados, el autor precitado señala que existen funciones entre las cuales se pueden mencionar: asistenciales, docentes, administrativas, gremiales e investigadoras la enfermera (o); guiada por principios humanitarios y éticos, sin olvidar, que el rol asistencial es el más importante, va destinado a la atención directa del paciente que incluye cuidados físicos y espirituales, además de alimentación, higiene y confort y la aplicación de prescripciones médicas.

Funciones estas, de vital importancia en el desempeño del rol profesional, que se ven coartadas debido a la crisis existencial que se debate en Venezuela hoy día, sin distinguir entes privados o públicos el déficit de personal, la falta de insumos, el aumento diario de la demanda de pacientes se suprime toda posibilidad de desarrollo pleno de las funciones de un profesional de enfermería durante el ejercicio de su rol asistencial.

Ahora bien, una de las necesidades básicas expresadas por King, E. (1999), "es sentirse cómodo y aceptado en toda circunstancia". (p. 100). De

allí que el ingreso de un paciente al hospital genere temor y ansiedad, ante la posibilidad de perder su identidad y la forma en que el personal de enfermería reaccione es vital. La enfermera (o) necesita conservar su actitud tranquila, segura defender los derechos básicos, suyos y los del paciente, comunicarse fácilmente, comprender, escuchar y compartir.

En tal sentido, todas las condiciones anteriormente señaladas son conductas operativas que reciben el nombre de *asertividad* definida por Elizondo, M. (1997) como:

La habilidad de expresar tus pensamientos, sentimientos y preocupaciones, de elegir como reaccionar y de hablar con tus derechos cuando es apropiado. Esto con el fin de elevar tu autoestima, y de ayudarte a desarrollar tu autoconfianza para expresar tu acuerdo o desacuerdo cuando creas que es importante e incluso pedir a otros un cambio en su comportamiento ofensivo. (p. 17).

Es decir, la asertividad es una capacidad que poseen las personas para autoafirmarse los propios derechos, no se deja manipular ni tampoco lo hace con los demás, su habla es fluida, se comporta con seguridad, realiza contacto ocular directo, expresa sentimientos negativos y positivos con operatividad y sabe aceptar sus errores.

La asertividad, acota Hernández, V. (2003), no es simplemente saber decir si o no, es algo mas profundo que tiene que ver con el estado de ánimo de la persona, su fortaleza y sus necesidades, además la decisión depende de a quién o a que tipo de situación se esté enfrentado, ¿le conviene decir si o no?, ¿preguntará ahora o después?, ¿cómo?, ¿por qué? y ¿dónde? debe o tal vez no, hacer una o otra cosa; por tanto está ampliamente ligada a la personalidad de cada individuo, no se nace siendo asertivo, como tampoco se nace con cierto tipo de carácter, sino que ambos se desarrollan a lo largo de la vida.

Según Sánchez, C. (2003) "La asertividad es un tipo de habilidad social que se posee en mayor o menor medida. Además, una misma persona puede exhibir una respuesta más o menos asertiva según la situación que afronte y el momento en que ésta se produzca". (s/p)

En resumen exhibir conductas en ciertas situaciones donde el comportamiento externo sumado a lo psicológico y/o cognitivo es importante para ejercer su rol. Al respecto, Castanyer, O. (1996), expresa conducta "es todo el conjunto de comportamientos, emociones y pensamientos que posee una persona en las situaciones a las que se enfrenta". (p. 25).

Desde este punto de vista, el personal de enfermería en el ejercicio de su rol asistencial, atención directa al paciente, practica toda una serie de conductas teñidas de características asertivas, que contribuyen a incrementar la seguridad del enfermo, estimula la comunicación verbal y no verbal, aumenta la percepción favorable de su estado, disminuye la ansiedad, transmite tranquilidad a las familias y puede que reduzca el tiempo de curación al ayudar de manera efectiva en su valía como individuo.

Es así, como la asertividad del personal de enfermería es análoga de alta autoestima, expresión de sentimientos sin agresión, respeto mutuo, confianza en sí mismo, comunicación eficaz, características del buen comportamiento general, que utilizadas hacia el paciente reflejan significativamente bienestar, contrarresta sentimientos negativos y mejora la imagen que tiene de sí mismo.

En esta perspectiva, Voli, F. (1998), afirma que:

La autoestima es algo que se puede aprender, ya que depende de la situación anímica general del individuo y esta se puede modificar. Según como este siente que le perciben, aceptan y quieren las personas importantes de su vida, y según se haya desarrollado –desde la infancia- su seguridad, autoconcepto, sentido de pertenencia, motivación y competencia, y las haya

integrado en su personalidad, así se habrá formado su nivel de autoestima. (p. 49).

Es decir, las personas que se aprecian a sí mismas por sus cualidades y por su valía e importancia en cuanto seres humanos, tienen automáticamente la tendencia a responsabilizarse de sus propias acciones, asumir riesgos y ayudar a los demás sin tener miedo ni reparo a colaborar, participar y contribuir. De hecho, el enfermero (a) puede proyectar autoestima en el ejercicio de su rol, solo cuando la tenga él mismo en grado suficientemente elevado. De no ser así, lo que proyecta es una imagen de insuficiencia como persona y esta es la que los pacientes perciben.

Al respecto, Castanyer, O (1996), aclara la asertividad es un camino hacia la autoestima, hacia la capacidad de relacionarse con los demás de igual a igual, no estando ni por encima ni por debajo. Solo quien posee una alta autoestima, quien se aprecia y se valora a sí mismo, podrá relacionarse con los demás en el mismo plano reconociendo a los que son mejores en alguna habilidad, no sintiéndose superior ni inferior a otros. Dicho al revés, la persona no asertiva, tanto si es retraída como si es agresiva, no puede tener una autoestima muy alta, por cuanto siente la necesidad imperiosa de ser aceptada por los demás.

No obstante, según Zaldívar, D (2004), algunos profesionales de enfermería no utilizan durante su jornada diaria características de asertividad y aún más refleja rasgos de un bajo nivel de autoestima, ya que al establecer las relaciones interpersonales y/o terapéuticas con el paciente se comunican con un tono de voz elevado, habla tajante, en ocasiones insulta y de amenaza, demuestra superioridad, emite ansiedad, actúa con desaciertos, manipula, demuestra desinterés e indecisión; ello genera que el paciente se sienta desvalido, ansioso, temeroso, probablemente con una imagen errada de su estado e incomprendido.

Asimismo, opina Zaldívar, D (op cit), provoca bajo nivel de confianza en el paciente, disminuye el umbral del dolor, baja su estima, anula estímulos agradables que se manifiesta en reacciones emocionales desfavorables, lo que trae como consecuencia disminución de la capacidad para adaptarse al medio hospitalario y por ende prolonga su estadía en el mismo con menos probabilidades de recuperarse.

Problemática que se observa en el área de la salud, específicamente en las áreas Críticas, como la emergencia y Cuidados Intensivos, donde, debido quizá por una parte a la premura de los casos que ingresan, la alta demanda de atención, emergencias diversas y/o estado emocional de los afectados y, por otra parte las conductas emitidas por el personal de enfermería en cuanto a trato poco adecuado, tono de voz discordante, discrepancia entre su expresión verbal y no verbal, poca valoración al paciente como ser humano; impaciencia, falta de sensibilidad, baja capacidad para expresar aprecio o afecto y en algunos casos hasta el menosprecio por la vida racional, no se ofrece un servicio de ayuda eminentemente funcional, esto limita el objetivo esencial de la enfermería en lo que respecta a su función asistencial y conduce en el peor de los casos a truncar la vida racional y el mantenimiento de la salud.

Del mismo modo, señala Hall, J (op. cit), gran parte de esta situación tiene sus orígenes en el hecho de que los profesionales de enfermería han sido objeto de una psicología perniciosa, autoritarismo, permisividad, cada uno en unas medidas y entornos diferentes; su autoestima no está en un nivel apropiado, copia de modelos erróneos, condicionamientos de tipo educativo, es decir, limitación de oportunidades hacia su propia autorrealización y aspectos desfavorables de su propio entorno laboral como son: salarios bajos, trato inadecuado por parte de superiores, ejercicios de roles por debajo de su preparación académica, resentimientos y culpa.

Por esa razón, la presente investigación tiene como objetivo elaborar estrategias dirigidas al personal de enfermería con la finalidad de elevar su asertividad y su nivel de autoestima para mejorar su rol asistencial como posible solución a la situación descrita. De la misma surgen las siguientes interrogantes: ¿De qué manera maneja la asertividad el personal de enfermería en formación en el ejercicio de su rol asistencial?, ¿Qué tipos de conducta refleja el personal de enfermería en formación en el ejercicio de su rol asistencial?, ¿Cuál es la comunicación utilizada por el enfermero (a) dentro del ámbito hospitalario?, ¿Qué niveles de autoestima existen?, ¿Cómo se conformaría un programa de talleres dirigidos al personal de enfermería en formación para mejorar la asertividad y autoestima?.

## **Objetivos**

### **Objetivo General**

Aplicar un programa de talleres de asertividad y autoestima dirigido al personal de enfermería en formación para intensivista para mejorar su rol asistencial en el período enero a febrero de 2007.

### **Objetivos Específicos**

- ❖ Indagar, a través de un cuestionario, la asertividad utilizada por el personal de enfermería en diversas situaciones asistenciales durante el ejercicio de su rol asistencial.
- ❖ Conocer, mediante el instrumento de recolección de datos, los niveles de autoestima existentes en el personal de enfermería en formación en la Unidad de Cuidados Intensivos del Adulto del Hospital de Clínicas Caracas.
- ❖ Determinar la factibilidad de realizar un programa de talleres de asertividad y autoestima dirigido al personal de enfermería en formación en la Unidad de Cuidados Intensivos del Adulto.
- ❖ Diseñar un programa de talleres de asertividad y autoestima dirigido al personal de enfermería en formación en la Unidad de Cuidados Intensivos del Adulto del Hospital de Clínicas Caracas.
- ❖ Aplicar el programa de talleres dirigido al personal de enfermería en formación en la Unidad de Cuidados Intensivos del Adulto del Hospital de Clínicas Caracas, a fin de mejorar su asertividad y elevar el nivel de autoestima en el ejercicio de su rol asistencial.
- ❖ Valorar mediante un cuestionario post taller, la asertividad y el nivel de autoestima del personal de enfermería en formación en la Unidad de Cuidados Intensivos del Adulto del Hospital de Clínicas Caracas

## Justificación

Si se parte del hecho de que la asertividad es una conducta que se puede aprender, el personal de enfermería necesita aprenderla al máximo, a fin de que ejerza su rol asistencial en el área de la salud con una gran capacidad para prestar un servicio loable, donde refleje carisma, seguridad en sí mismo, se comunique en forma operativa, utilice un tono de voz adecuado, actúe sin enfado, con mucha honestidad emocional; y lo más valioso e importante con alta autoestima y/o valor propio, todo producirá en el paciente, seguridad, ayuda operativa en la satisfacción de las necesidades básicas, recuperación de su salud en menor tiempo, empatía favorable, motivación para continuar la vida y por ende tranquilidad emocional.

En tal sentido, la conducta asertiva del enfermero necesita formar parte de su perfil ideal pues constituye un elemento vital para desempeñar su función asistencial, lo que genera un proceso de recuperación en el paciente favorable a su estado de salud. Desde este punto de vista, este trabajo de investigación se justifica por las siguientes razones:

1. El presente estudio se orienta a contribuir y dar una posible solución a un problema social que se evidencia en el sector salud, como es la falta de asertividad del personal de enfermería en el ejercicio de su rol asistencial dentro del ámbito hospitalario y elevar la autoestima.
2. En este mismo sentido, permite al enfermero mejorar su asertividad, como persona y profesional, llegando a ser promotor de las buenas relaciones con sus pacientes, para que continúe su profesión vivencial y alcance su meta, la salud.
3. Es relevante para la sociedad y sus múltiples cambios ya que se fortalecerá el ideal del enfermero como equipo humano en el proceso y perseverancia de la vida, desarrollando conductas claves que le permitan mejorar su calidad para el desempeño del servicio social y laboral.

Resultarán beneficiados directamente las personas con trastornos de salud quienes disfrutarán de un servicio más conciente que influye de manera positiva en el mantenimiento de la misma.

4. El aporte práctico lo constituye el programa diseñado, pues presenta una guía de orientación en la asertividad para los enfermeros con implicaciones trascendentales, ya que dará posibles soluciones satisfactorias a una variedad de problemas que se dan cotidianamente en la relación enfermero – paciente dentro del ámbito hospitalario.
5. Es una contribución teórica en el área de la salud, específicamente en el manejo asertivo del personal enfermería con respecto al paciente llenando la necesidad que tiene el enfermero de utilizar y conocer estrategias asertivas en su quehacer profesional y sirve para determinar que la falta de asertividad tiene implicaciones negativas en las relaciones dentro de los hospitales las cuales han sido investigadas y el presente estudio servirá de modelo a otros investigadores en este mismo campo y al manejo de las variables mencionadas con nuevas ideas y similares propósitos.
6. Como aporte metodológico contribuye con un instrumento diseñado, directo, anónimo, con cuatro opciones de respuesta donde se identifique la asertividad y el nivel de autoestima en el personal de enfermería durante el ejercicio de su rol asistencial.

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **Antecedentes**

Todos tienen derecho a la felicidad, al desarrollo, a vivir con bienestar y comodidad, a dar lo mejor a los hijos y a alcanzar metas concretas en la vida. Hay dos posibles maneras de obtenerlo, la primera, es esperar que venga alguien que decida conceder este beneficio. La segunda es adquirir una manera de pensar, de comunicarse y de mirarse a sí mismo, esto permitirá alcanzar lo que se desea en el momento adecuado.

En esta segunda opción juega un papel determinante el desarrollo de un nivel adecuado de autoestima; y la vía idónea es la asertividad pues hace a la persona consciente de sus propias necesidades y responsable de la conducción de su propia vida. Durante la etapa adulta es necesario aprender a vivir de una forma auténtica, es decir, consciente y responsablemente. Lo que implica respeto y aceptación por los hechos de la realidad, tanto externos como internos.

La autoestima tiene cabida en todos los aspectos que involucran al individuo, por ello el área de la salud no podría ser la excepción. El desarrollo moral de un individuo influirá en sus valores y creencias, actitudes y acciones relacionadas, los valores dan orientación y significado a la vida y guía la conducta de una persona. Los valores se eligen libremente, se aprecian y se quieren se afirman ante los demás y se incorporan constantemente en la conducta.

Es así como, los enfermeros (as), se incorporan al ejercicio de su labor con conjuntos de valores personales y mediante la socialización adquieren valores profesionales adicionales que influyen y guían sus acciones, allí se relacionan dos entes de vital importancia el personal de enfermería y el paciente.

Del mismo modo, el enfermero (a) se enfrenta día a día al cuidado de los pacientes dirigido por el médico brindándoles tratamiento, cuidados, higiene, consuelo y apoyo en situaciones críticas, ya que es el defensor para salvaguardar su salud, por esa razón sus interacciones necesitan estar basadas en conductas asertivas.

La utilización de estrategias asertivas han tenido efectos favorables en distintos campos de acción, entre los cuales se incluye la salud, los diversos estudios demuestran que la asertividad es un recurso inapreciable en el proceso de las relaciones interpersonales que involucra en este caso, personal de enfermería y paciente fomentando un ambiente adecuado de trabajo. Sobre este importante tema de la asertividad y el nivel de autoestima existen estudios, análisis, talleres, proyectos e investigaciones tanto a nivel internacional, nacional y regional, entre las cuales se destacan las siguientes:

#### **A Nivel Internacional:**

A nivel internacional se destaca la publicación Web, Metas de Enfermería en [www.alfama.sim.ucm.es](http://www.alfama.sim.ucm.es) (2001), realizada por Arriaga, E, Iglesias, S y otros, cuya investigación fue de tipo descriptivo transversal, bajo el título de “Estudio Multicéntrico sobre el Empleo del Tacto como Forma de Comunicación del Personal de Enfermería con los Pacientes”, aplicado en el cinco hospitales públicos del Servicio Andaluz de Salud de la Provincia de Cádiz, su objetivo principal fue clarificar, como emplea el enfermero/a de su

entorno esta forma de contacto, así como los factores que influyen en el hecho de tocar a un paciente en cualquiera de los centros hospitalarios, durante el período de noviembre 1996 y abril de 1997; la recogida de datos se realizó mediante cuestionario autocumplimentado que se distribuyó al azar y se estratificó por hospitales y servicios, entregándose a los 710 profesionales seleccionados como muestra. Los resultados arrojaron un 85% de respuesta; entre los profesionales enfermeros encuestados, un 73.2% fueron femeninas y un 26.8% hombres, entre 23 y 64 años de edad. Existe un número importante (30%) que se queja de haber sido nada o poco tocados en su adolescencia y eso se traduce en su poco hábito táctil tanto social como a los pacientes. Las zonas tocadas socialmente y a pacientes coinciden en general y priorizándose en los últimos sobretodo en los brazos y piernas. Se intenta transmitir, cuando se toca a los pacientes, sobre todo: cariño, seguridad y comprensión. Se suele tocar más a pacientes ancianos, niños, adultos y adolescentes por este orden. Se toca más a pacientes graves concientes, que a leves, en coma o con procesos infecciosos.

El artículo expuesto en la Revista de publicación on-line Latino-Am Enfermagem v. 14 n. 5, en octubre de 2006, realizado por Preto, R. sobre un estudio llevado a cabo por López, M y Campos, E. en una ciudad de México titulado "La Comunicación Terapéutica Durante la Instalación de Venoclisis: uso de simulación filmada" cuyo objetivo fue evaluar la percepción de enfermeras sobre una comunicación terapéutica durante la instalación de venoclisis, mostrada en una situación filmada. El estudio fue de tipo descriptivo exploratorio con una población de 30 enfermeros y 12 docentes. Los pasos metodológicos fueron: Construcción y validación de un contenido de texto; Filmación del contenido de texto con actores y validación; Presentación del video y aplicación de cuestionario semiestructurado para identificar las técnicas de comunicación terapéutica presentes en la

simulación; la percepción de la calidad de la comunicación enfermero-paciente; la percepción de similitudes entre su práctica y la simulación; y las dificultades para utilización de estas técnicas en la práctica cotidiana. Los participantes consideraron "buena" la relación interpersonal mostrada; identificaron técnicas de comunicación terapéutica, que en su mayoría correspondieron a la categoría de descripción de la experiencia y expresión de pensamientos y sentimientos; no se encontraron diferencias sustanciales entre docentes y personal asistencial. La dificultad más referida para utilizar técnicas comunicativas fue el problema del paciente para relacionarse.

### **A Nivel Nacional**

En cuanto al Nivel Nacional, se acota el estudio realizado por Mogollón, M y Pinto, Z; (2003), en Maracay Estado Aragua, en la unidad de recuperación del Hospital Central de Maracay titulado "Comunicación Terapéutica en la Satisfacción de las Necesidades de los Enfermos en el Postoperatorio Inmediato". La presente investigación se ubica dentro del contexto de la línea asistencial, donde se evidencia la importancia de la comunicación terapéutica como herramienta del profesional de enfermería en la satisfacción de las necesidades de los enfermos. El objetivo de la misma es determinar la comunicación terapéutica en la aplicación de los principios de la misma y la satisfacción de las necesidades de los enfermos en el postoperatorio inmediato en la Unidad de Recuperación del Hospital Central de Maracay. Para ello se desarrolló un estudio cuyos fundamentos teóricos se sustentaron en los principios de la comunicación terapéutica planteados por diversos autores y en los Modelos de Enfermería de Jean Watson e Imágenes Kings. La metodología se basó en una investigación de campo, descriptiva – prospectiva, la población la constituyeron 10 profesionales de enfermería que laboran en la Unidad; la muestra la conformaron el 100% de

los profesionales. Como instrumento de recolección de datos se aplicó una Guía de observación dirigida a los profesionales de enfermería al proceso de validación y confiabilidad respectivamente. Entre los resultados destacan que el 50% de los profesionales de enfermería aplica los principios de la comunicación terapéutica en la satisfacción de las necesidades biológicas, psicológicas y sociales de los enfermos, lo que llevó a concluir que existían limitaciones en la misma y por ende en la satisfacción de necesidades de los enfermos en el post-operatorio inmediato. Por tanto se recomendó hacer del conocimiento de las autoridades del hospital acerca de los resultados de la investigación, establecer un programa de educación dirigido a los profesionales de enfermería enfatizando el manejo de la comunicación terapéutica y su influencia en la satisfacción de las necesidades de los enfermos e implementar planes de trabajo o talleres donde desarrollen habilidades y destrezas de la comunicación terapéutica.

En esta misma línea de investigación, un estudio realizado en Cantaura Estado Anzoátegui, por Salomé, B; Rodríguez, M y Velásquez, M;(2003) que lleva por título "La Comunicación Terapéutica que Establece el profesional de Enfermería en los Cuidados del Paciente Hospitalizado en la Unidad Clínica de Medicina del Hospital "Dr, Luís A. Rojas"; tuvo como objetivo determinar la comunicación que establece el enfermero/a con los pacientes hospitalizados en la mencionada unidad clínica, estudiando la empatía, confianza, respeto, aceptación y comprensión. La investigación fue de tipo descriptivo, secuencial y de campo, la muestra estuvo constituida por doce (12) TSU en enfermería, la recolección de datos se hizo mediante una guía de observación con dos opciones de respuesta NO/SI de 23 ítems. Los resultados obtenidos conllevaron a concluir que la comunicación terapéutica entre la enfermera y el paciente no se cumple en un 100% en sus factores

relacionados como son empatía, confianza, respeto, aceptación y comprensión en la atención al paciente hospitalizado.

### **A Nivel Regional:**

Chirinos, L. (2000), realizó un estudio titulado “Estrategias de Apoyo Emocional y Espiritual que Utilizan los Profesionales de Enfermería en la Atención a las Mujeres Mastectomizadas Hospitalizadas en el Instituto Oncológico “Dr. Luis Razetti” de Caracas, esta investigación se planteó como objetivo determinar las estrategias de apoyo emocional y espiritual que utilizan los profesionales de enfermería en la atención a la mujer mastectomizada, el trabajo se ubicó dentro de los estudios de campo de carácter descriptivo, de tipo transversal. La muestra fue seleccionada de manera no probabilística y estuvo conformada por 30 mujeres mastectomizadas hospitalizadas en la Unidad Clínica (U.C) de mama del Instituto oncológico “Dr. Luis Razetti”. La información fue recolectada mediante la aplicación de un cuestionario construido bajo la modalidad de tipo Likert. El instrumento fue aplicado en prueba piloto a un total de 10 mujeres mastectomizadas hospitalizadas en la U.C. de mama del Hospital oncológico “Padre Machado” del Cementerio – Caracas. Los resultados fueron analizados de manera descriptiva con base en valores medios de las respuestas, situación que permitió concluir que los profesionales participantes debe en incrementar la frecuencia en la utilización de la focalización, comunicación y orientación como estrategias de apoyo emocional y espiritual en la atención de la mujer mastectomizada con la finalidad de contribuir a su pronta recuperación, razón por la que se recomienda el desarrollo de programas de capacitación dirigidos a los profesionales con el fin de proporcionarles las herramientas necesarias para tal fin, así como incrementar la frecuencia con que toman en consideración

los aspectos referidos a la revista individual y la valoración continua; la comunicación verbal y no verbal; la relación de ayuda; los cuidados individuales, emocionales y espirituales, en la atención a las mujeres mastectomizadas.

Chaustre, O; Montaña, B; Berríos, A. (2001). Llevaron a cabo un estudio titulado “Relaciones interpersonales Enfermera – Enfermo en la Unidad de Neurocirugía Hospital Vargas”. La investigación tenía como objetivo determinar la relación enfermera – enfermo en sus dimensiones “fases de interacción” y “principios de la comunicación”, en la Unidad de Neurocirugía Hospital Vargas. El tipo de investigación fue descriptiva y transversal. La población estuvo conformada por 22 enfermeras de atención directa (población A) y por 32 enfermos (población B). Las muestras estuvieron representadas por 10 enfermeras seleccionadas al azar simple y 19 enfermos seleccionados por criterios de inclusión. La recolección de información se realizó con dos instrumentos, una guía de observación con 28 aspectos a observar en Escala Likert, para las enfermeras y una entrevista estructurada con 26 ítems en escala dicotómica SI/NO para los enfermos. Los resultados evidencian que las fases de relación interpersonal enfermera – enfermo se cumplen en un 80% y los principios de comunicación en un 68% “siempre”.

## **Bases Teóricas**

### **Asertividad del Enfermero(a)**

El ser humano orienta la conducta hacia objetivos y metas, bien sean organizacionales o personales, en respuesta a estímulos externos e internos que recibe, es de esta manera que la asertividad es un factor que ocasiona, sostiene y canaliza la conducta humana y por lo tanto se relaciona con el desempeño laboral, de allí que se hace indispensable en enfermería, pues la labor principal es directamente con seres humanos que por lo general, están cruzando por algún problema y necesitan apoyarse en personas asertivas para seguir adelante.

Definida según Gispert, C (2002), enfermería como: “ciencia que comprende los conocimientos, actividades y aptitudes necesarios para atender correctamente las necesidades del individuo, grupo y comunidad, referentes a la salud, su conservación y promoción y su reestablecimiento”. (p. 463)

De allí que el enfermero (a) necesita poseer estos conocimientos para poder realizar las acciones necesarias y/o básicas con la finalidad de lograr la atención eficiente del ser humano y ese elemento de vital importancia que es la salud. Por otro lado, Díaz, P (1999), señala que el profesional de enfermería debe tener entre otras cosas:

Una identidad clara y fuerte de su profesión, fundamentada en una adecuada comprensión de su rol como cuidador, formación ética – humanista necesaria para desempeñar el mismo centrado en el cuidado de las personas en su salud o enfermedad y en su condición individual o colectiva, con las actitudes y aptitudes propias de la profesión, acordes también con el perfil del cuidador de la salud y de la vida; alto sentido de responsabilidad, espíritu de servicio, sensibilidad social, creatividad, mentalidad crítica y

analítica, motivado además hacia su desarrollo profesional y personal. (p 18).

En una palabra, poseer vasto conocimiento del ser humano, beneficiario de la atención que brinda este profesional el cual valora al paciente desde su condición bio – psico – social – cultural – espiritual. Visto de esta forma, el proceso de atención directa al paciente necesita contar con un profesional que, en el desempeño de sus funciones tenga una actitud para expresarse con capacidad y bondad, palabras, gestos y acciones que fomentan la eficaz asistencia mediante la utilización de sus propios recursos, generando tranquilidad actitudes positivas y de respeto consigo mismo en su campo de acción.

De manera que, la práctica profesional de enfermería esta dirigida a la atención primaria de la salud, campo que requiere de personas con conductas teñidas de asertividad, expresión de sentimientos hacia los pacientes, profesionales sin ansiedad, cuidando como un acto de vida, respeto a sus derechos como los suyos propios, empatía y capacidad para ponerse en el lugar de otro.

Por ello se hace meritorio citar a Moles, J (1994), quien define la **conducta** como “Toda reacción observable de un sujeto, diferenciando éstas en verbales, musculares y glandulares” (p. 20) de igual modo las clasifica en conducta refleja o respondiente, cuya función principal es el equilibrio fisiológico del organismo y conducta operante o instrumental que es un comportamiento controlado por sus consecuencias, van dirigidas al medio y su principal función es la vida de relación.

El autor mencionado, aclara que la conducta depende directamente de los procesos de aprendizaje ocurridos en el individuo a lo largo de toda su vida, por lo tanto es un elemento aprendido. Pues bien, dentro de esa gran gama de comportamientos adquiridos que caracterizan a las personas y por ende al enfermero (a), se encuentra la asertividad como conducta aprendida

para comportarse sin dominar, humillar o degradar al otro que desea ser tratado con gran consideración y cortesía.

Igualmente, en la página web [www.definiciones.org](http://www.definiciones.org), diccionario online; define la conducta como:

(...) estructura, como sistema dialéctico y significativo en permanente interacción, intentando resolver desde esa perspectiva la antinomia mente-cuerpo, individuo-sociedad, organismo-medio. La inclusión de la dialéctica nos conduce a ampliar la definición de conducta, entendiéndola no sólo como estructura, sino como estructurante, como unidad múltiple o sistema de interacción, introduciéndose como concepto de interacción dialéctica la noción de modificación mutua, de interrelación intrasistémica. (s/p).

En virtud de esto, las personas no pueden desligarse del ambiente social y sus pautas, pues ninguna otra profesión exige la necesidad tan urgente de un adecuado comportamiento como la del personal de enfermería, ya que en el proceso de atención directa, las manifestaciones más negativas que positivas estarán cargadas de consecuencias en el comportamiento ajeno, es decir, los pacientes.

Esto quiere decir, que ciertas señales observadas en el personal de enfermería, deben ser sinónimos de acciones adecuadas, seguridad en sí mismos, sentimientos equilibrados y transmitidos sin ansiedad, a la larga serán evidenciado en los beneficios que obtiene el paciente para el desarrollo de elementos potenciadores de su salud y/o bienestar corporal mental, espiritual y social.

A ese respecto, Serralde, L (1993), habla de la expresión adecuada de cualquier emoción, que no sea la ansiedad, hacia otras personas considerando esto como conducta asertiva; es decir, que no es suficiente con saber lo que se siente, sino la necesidad de expresarlo adecuadamente y la

conducta asertiva emerge como ese aspecto de la libertad emocional que se refiere a la defensa de los propios derechos sin sumisión ni hostilidad.

Mientras que asertividad según el autor Santalices, J (2002), es conceptualizada como:

Capacidad de autofirmar los propios derechos, sin dejarse manipular y sin manipular a los demás. Es sentirse bien consigo mismo, lo que ayudará a sentirse bien con los demás; si nos respetamos y queremos, podremos así respetar y querer a las demás personas, y para lograr esto, hay que trabajar nuestra autoestima, el estar seguro de nuestras facultades, el tener calma y serenidad ante situaciones difíciles, capacidad de defenderse sin dejar a la otra persona en segundo plano, sin menospreciarle ni hacerle de menos. (p. 63).

En este sentido, las autoras Castanyer, O (1996) y Elizondo, M (1997), definen tres tipos de conducta, en un primer plano habla de la **conducta pasiva o sumisa** diciendo que: las personas que la expresan no son asertivas, poseen características tales como: volumen de voz bajo, habla poco fluida, bloqueos, tartamudeos, vacilaciones, silencios, muletillas, huida del contacto ocular, cara tensa, inseguridad, impotencia y baja autoestima; aspectos que tienen repercusiones negativas en las personas y el ambiente que las rodea, factores que obstaculizan el campo de acción donde se relacionan el enfermero (a) – paciente.

De igual modo, en la Enciclopedia Sociedad Planetaria (1999), afirma que la “**persona pasiva** no se siente satisfecha ya que no consigue decir lo que piensa o siente y no hace llegar su mensaje a los demás, suele sentirse insegura, poco aceptada y no tenida en cuenta por los otros” (p. 1), es decir, sienten ansiedad, impotencia y frustración lo que provoca pérdida de la autoestima y falta de respeto por los demás.

Al respecto Bustos, L (1997), refiere que “La sumisión es la inhibición de los pensamientos, sentimientos y conductas personales por el temor a las

consecuencias negativas que la comunicación de estas podría traer por parte de quienes lo rodean” (p.27). Término contrario a la hostilidad (agresividad) o sea expresión defensiva y destructiva de pensamientos y sentimientos, pues la persona que la emite se caracteriza por hacer valer sus derechos sobre las demás, sin importarle herir, manipular o humillar.

Siguiendo con la exposición, las autoras Castanyer, O (1996) y Elizondo, M (1997), distinguen la **conducta agresiva**, por un tono de voz elevado, utilización de insultos, contacto ocular retador, actúan a la defensiva frecuentemente, ansiedad, creciente soledad, frustración, baja autoestima y falta de control; características que la mayoría de las veces son una defensa por sentirse completamente vulnerable a los ataques de los demás, pues existe una falta de habilidad para afrontar situaciones tensas; por ende dicha conducta no beneficia a la práctica de enfermería, ya que al enfrentar momentos críticos frente a un paciente este tipo de conductas no ayudará a prestar la atención integral que el mismo requiere.

Paralelamente la Sociedad Planetaria escribe acerca de la **persona agresiva** donde enfatiza: “es aquella que no suele sentirse satisfecha de sí misma y consigue que los demás no quieran tenerla cerca” (p.2). También da ejemplos típicos como las peleas, las acusaciones y las amenazas. Mientras que la persona asertiva, se defiende sin agresión o pasividad, expresa sentimientos y deseos positivos y negativos no menosprecia los derechos de los demás, elementos que necesitan estar presentes en el campo de la salud.

Finalmente Castanyer y Elizondo apuntan, que la persona con **conducta asertiva** presenta habla fluida, contacto ocular directo, relajación y comodidad corporal, expresión de sentimientos tanto positivos como negativos, defensa sin agresión, honestidad, sabe aceptar errores, conoce y creen en unos derechos para sí y para los demás, alta autoestima, no se sienten inferiores ni superiores a los demás, respeto, control emocional,

saben decir, escuchar y ser positivos; de ahí que este tipo de conducta tenga consecuencias positivas por ende la persona que actúa en forma asertiva es aquella que permite variabilidad en sus respuestas sin llegar a ser hostil ni sumiso, condiciones propias del profesional de enfermería.

De ahí que, Rodríguez, M (1993), plantea que la conducta asertiva es “cuando una persona posee la habilidad para transmitir y recibir los mensajes de sentimientos, creencias u opiniones de una manera honesta, oportuna y respetuosa”. (p. 32).

En este mismo orden de ideas, Fensterham, H (1991), realiza una breve síntesis de las **consecuencias positivas de la conducta asertiva**, que en el contexto se convierten en elementos básicos para un efectivo proceso de relaciones interpersonales:

(a) Se desarrolla capacidad de observar con más facilidad las ocasiones cuando no se está comunicando correctamente y determinar qué hacer para corregirlo; (b) se controlan más las emociones para no atropellar el diálogo; (c) se es más positivo al lograr que los demás lo sean; (d) se aprende a escuchar a las demás personas; (e) se respeta uno mismo; (f) se minimizan conflictos al no permitir que se acrecienten los problemas por no hablar a tiempo; (g) se desarrolla la habilidad de comunicación en cualquier escenario; (h) se evita la angustia por cosas inútiles; (i) se actúa de manera justa y motivante; (j) se logra la integración a un grupo y se consiguen las metas trazadas. (p. 19)

En otras palabras, Bianco, J (1991), cuando habla de asertividad apunta a que las personas viven y se desenvuelven dentro de un medio ambiente y es allí donde se deben reprimir esas respuestas agresivas y de ansiedad, es decir, aplicar el arte de lo que él denomina asertividad amable o empática que sin perder de vista sus fines, trata siempre a su interlocutor, en este caso el paciente, con mucha cortesía, consideración y amabilidad, impulsada no por el miedo o la timidez, sino por el respeto que él se merece.

De manera que, aunado a los atributos cognoscitivos tan decisivos por los enfermeros (as) en su práctica profesional influyen de forma directa en la asistencia al paciente, un amplio espectro de características asertivas que deben ser compatibles con la eficiencia de una atención directa dentro del ámbito hospitalario.

Más adelante, Elizond, M (1997), presenta una lista de **características que describen a las personas asertivas:**

(a) Usa el lenguaje de sentimientos y habla de sí mismo expresando sus percepciones; (b) utiliza lenguaje de apertura, acepta y da cumplidos; (c) su lenguaje es claro y apropiado cuando expresa desacuerdo lo hace con respeto; (d) pide clarificación y pregunta por qué; (e) expresa desacuerdo activo y habla por sus derechos; (f) es persistente y evita justificación de cada opinión; (g) se manifiesta libremente tal como es; (h) se comunica fácilmente con todos; (i) se siente libre de comunicarse; (j) está orientado positivamente en la vida y juzga respetable tener limitaciones; (k) tiene alta autoestima y se respeta a sí mismo (a); (l) es dueño (a) de su tiempo, de su vida y acepta o rechaza libremente de su mundo emocional a otras personas; (m) es emocionalmente libre para expresar sus pensamientos y sentimientos; (n) no dice “no” cuando quiere decir “sí”, ni “sí” cuando quiere decir “no”; (ñ) reconoce tanto sus áreas fuertes como sus áreas de oportunidad para seguir creciendo como persona; (o) acepta y respeta sus derechos básicos y los de los demás; (p) tiene una gran autoconfianza para la toma de decisiones; (q) sabe elogiar y reconocer el trabajo de los demás; (r) es sensible a los distintos contextos y procura responder.  
(p. 50)

Evidentemente, esas cualidades que posee el ente asertivo las hace interesante y apetecible como conducta cónsona para relacionarse e integrarse al medio ambiente donde se desenvuelve el individuo conformado por: compañeros de trabajo, grupo de amigos, de parientes, de cónyuge, de padres e hijos, pues en la medida que él existe, lo hacen los demás, de allí la

relevancia de este factor asertividad en el enfermero (a) con el cliente, específicamente porque sus acciones van dirigidas a la salud y a mantener la vida del mismo.

En esta vertiente, Gil, C y Lara, E (1993), aclaran que la palabra aserción significa “afirmación de alguna cosa”. En relación con la conducta humana y las relaciones interpersonales, es decir, la aserción implica la afirmación del sí mismo en relación al otro y al entorno. Cabe aclarar, que **asertividad** viene del latín *Assertus* y se refiere a la acción de afirmar, poner en claro, su filosofía se basa en la premisa de que cada ser humano posee derechos básicos como la vida, la libertad y la felicidad, esto implica asumir la responsabilidad de conocerse a sí mismo y de actuar acorde a ese conocimiento.

Al respecto, los autores precitados, afirman “cuando aprendemos a ser asertivos obtenemos muchas ganancias; pero sobre todo a nivel personal ganamos en libertad, en aprecio, en seguridad y respeto hacia nosotros mismos. Asimismo, esto teñirá positivamente nuestras relaciones interpersonales.” (p. 7)

Lo anterior indica que en las relaciones con los demás, la asertividad es la afirmación de sí mismo con relación al otro y al medio ambiente que le rodea y que las interacciones ya sean estas positivas o negativas dependerán de la habilidad de ser asertivo y del contexto donde se den ya que la asertividad no es una pose que se asume en los contactos cotidianos, es una manifestación de sí mismo, cuando se ha logrado asumir sus derechos y conocer anhelos y deseos, tomando en consideración las necesidades, opiniones y deseos de los otros.

Sin embargo, Castanyer, O (1996), enfatiza que la asertividad es un camino hacia la autoestima, quizá el más corto, también hacia la capacidad de relacionarse con los demás de igual a igual, no estando ni por encima ni por debajo. Pues quien posee una autoestima alta, que es reflejo de que se

aprecia y valora a sí mismo, podrá relacionarse con los demás en un plano más eficiente, positivo generando comportamientos felices con resultados satisfactorios, cabe considerar la debida importancia dada a este elemento en relación enfermero – paciente, ya que desde esa perspectiva los resultados de su práctica favorecen elevadamente la recuperación de la salud al proporcionar más que los requerimientos indispensables para mantener la vida.

Por otro lado, Navarro, M (2005), propone que la Asertividad:

Es un conjunto de principios y derechos que hacen un modelo de vida personal enfocado a lograr éxito en la comunicación humana, su esencia radica en la habilidad para transmitir y recibir mensajes de forma honesta, profundamente respetuosa, directa y oportuna. La asertividad es una forma de vida (...) la asertividad hace que los estímulos que nos llegan sean los que exactamente nos fueron enviados; y hace que enviemos aquellos mensajes que en realidad queremos mandar y que esencializan nuestro respeto y el de los demás (...). La asertividad es la herramienta para acertar en la relación humana, donde no hay ganadores y perdedores, hay solo seres que se relacionan en un ámbito de profundo respeto. (p. 24).

La asertividad implica la capacidad de expresar de manera libre y espontánea, sin temores infundados ni ansiedades innecesarias, nuestros pensamientos y sentimientos y actuar de manera consecuente con estos, pero con el debido respeto por los sentimientos y pensamientos de los demás. Ser asertivo se resume en la capacidad de defender nuestros derechos y mantener el debido respeto por los derechos ajenos.

Rodríguez, M (1993), al referirse a asertividad señala que “esta significa afirmación de la propia personalidad, confianza en sí mismos, cuanto nos queremos y valoramos, o sea, autoestima, aplomo, actitud

gozosa en el triunfo de la justicia y la verdad, vitalidad pujante, comunicación segura y eficiente.” (p. 5)

Por lo tanto, la asertividad del enfermero (a) en una sala de hospital necesita ser de orientación y ayuda en las dificultades, apertura y sensibilidad ante los problemas, generar libertad tanto para preguntar como discutir sobre un punto determinado, respetar al cliente cuando comete un error, en todo momento ser objetivo, sin agresividad; pues al practicar estas conductas es percibido como líder, guía, inspirador e influyente en el restablecimiento de su salud.

Todo lo expuesto anteriormente, es una explicación las relaciones humanas dentro de cualquier campo no ocurren en el vacío, sino que están inmersas en un ámbito donde el proceso de interrelación es primordial y ocurre a diario, es por ello que deben darse en el marco de la asertividad positiva, donde se conjuguen factores tales como habilidad para transmitir y recibir mensajes, honestidad, respeto, autoestima, autoconfianza, características que le ayuden y le favorezcan como persona ya que son muy efectivas en el intercambio con el medio ambiente donde se desenvuelve.

Castanyer, O (1996), habla de la exposición de derechos asertivos y los define como: “Aquellos que no están escritos, pero que todos poseemos y muchas veces olvidamos a costa de la propia autoestima, no sirven para pisar al otro, sino para considerarnos a la misma altura que todos los demás“ (p. 47)

Haciendo referencia a esos **derechos asertivos** el autor Aguilar, K (1988), los aclara de la manera siguiente: (a) derecho a considerar las propias necesidades; sin colocarse en condiciones de perdedor, (b) cambiar de opinión; es sano realizar un cambio para no reflejar terquedad; (c) ser tratado con respeto y dignidad, ya que se puede sentir y actuar como quiera siempre y cuando se respete a los demás en el proceso; (d) cometer errores, respetando a los demás en su dignidad cuando fallan; (e) sentir y expresar

los sentimientos y las emociones sin desligarse de la necesidad de ser oportunos en la comunicación.

Del mismo modo, (f) no aceptar peticiones sin sentimientos de culpabilidad, ello no significa rechazo a los otros sino establecer límites y necesidades; (g) establecer prioridades y tomar decisiones, decide tú mismo afrontando las consecuencias; (h) estar bien sin culpabilidad (i) pedir lo que desee en forma directa y con claridad; (j) hacer menos de lo que es capaz, para no sentir la presión emocional; (k) tomar el tiempo necesario para pensar y reflexionar; (l) ser libre para decidir; (m) estar solo, pues algunas veces es bueno; (n) alcanzar el éxito, no perdiendo oportunidades; (ñ) obtener calidad de un producto y un servicio, sin permitir abusos; (o) tener derecho a pedir, no a elegir; si das; y por último, (p) ser feliz; es una tarea diaria, que también hay que aprender.

La verdad es que, los derechos mencionados en el párrafo anterior son una sana declaración de principios que no se debe pasar por alto y que el enfermero (a) los tiene, al usarlos lo convierten en un profesional más asertivo, es decir, que toma todos los elementos capaces de fortalecer su labor y hacerla más efectiva y operacional, aceptándose a sí mismo y a los demás como integrantes del contexto.

Para enfatizar lo anterior, Rodríguez, M y Serralde, M (1993), quienes expresan que “la necesidad de una revolución en el mundo empieza con nosotros. Podemos empezar nuestra revolución desde hoy, con una sonrisa asertiva hacia todos los que nos rodean” (p. 75). Desde esta perspectiva, en el campo de la salud una sonrisa actúa como un elemento comunicacional enfermero – paciente y ejerce una influencia positiva en el proceso de recuperación del cliente, mientras que para el enfermero (a) una satisfacción por su logro.

Igualmente es importante para Beltrán, B (1987), “el poder conocer la necesidad de comunicación es válido para todo ser humano” (p. 2) es

fundamental para el enfermero (a), que tiene en sus manos un elemento de tan vital importancia en el ser humano, su salud, con el objetivo de crear en el cliente unas expectativas que les permitan favorecer, cumplir y acortar el camino hacia la recuperación.” (p. 2)

González, V (1990), enfatiza que cualquier definición de **comunicación** tendrá como elementos básicos el sujeto que emite el mensaje, es decir, la fuente, en este caso representado por el enfermero (a), contenido del mensaje, que debe poseer un alto grado de significación; y los sujetos que reciben el mensaje receptores, los pacientes, que con sus expresiones demuestran si fue o no captado, asumiendo el papel de emisor y produciendo el proceso de feed – back, o sea la comunicación efectiva.

Del mismo modo, Davis, F (1983), señala “la **comunicación no verbal**, es decir, gestos, miradas, posturas que se emiten afectan directamente a la asertividad, si esas emisiones son desagradables, para que un mensaje se considere transmitido, de forma socialmente habilidosa, o sea, asertiva, las señales no verbales tienen que ser congruentes con el contenido verbal” (p. 36).

De ahí que, las personas no asertivas carecen a menudo de la habilidad para manejar los componentes verbales y no verbales apropiados a de la comunicación y de ejecutarlos conjuntamente, sin incongruencias.

Así mismo, Castanyer, O (1996), menciona los principales **componentes no verbales** que contiene todo mensaje que se emite como son: (a) la mirada, el elemento más importante en la aserción ya que los sujetos asertivos miran más mientras hablan; (b) la expresión facial, muestra el estado emocional indicando actitudes hacia las otras personas, por ende la persona asertiva adopta una expresión facial que esté de acuerdo con el mensaje que quiere transmitir; (c) la postura corporal, la forma de sentarse, estar de pie y pasearse, refleja el concepto que tiene de sí mismo y su ánimo respecto a los demás, la persona asertiva adopta generalmente una

postura cercana y erecta, mirando de frente a la otra persona; (d) los gestos, se utilizan para ampliar y apoyar la actividad verbal.

Simultáneamente la autora precitada, explica que la **comunicación verbal** es, la forma en que se transmite un mensaje entre personas utilizándolo códigos mediante sonidos se da el volumen de la voz; en una conversación asertiva la comunicación verbal está en consonancia con el mensaje que trasmite, pues el tono, la modulación y la fluidez, en las personas asertivas se oirá sin excesivas perturbaciones ni vacilaciones, además presenta claridad y velocidad, la duración (tiempo) del habla, la maneja de tal forma que existe retroalimentación (feedback) mutuo, asertivo, es decir, que hay un intercambio de señales y comprensión en los mensajes..

Lo expresado anteriormente, se refiere a la forma de **comunicación asertiva** que debe mantenerse en las relaciones diarias dentro y fuera de cualquier entorno, ya que esta genera comprensión, respeto mutuo, confianza y sobre todo promoción hacia un ambiente enriquecedor de conductas deseables, ya que si ni existiera esta variable, comunicacional entre enfermero – paciente no se lograsen avances significativos en el desempeño efectivo en la atención directa como tampoco en el desarrollo de actitudes positivas que vencieran la enfermedad.

Finalmente expresa la escritora Elizondo, M (1997), que para alcanzar una **comunicación y la conducta asertiva en la interrelación** es necesario plantearse metas que fortalezcan la autoestima de aquellos con los que se establezcan relaciones, por lo tanto la orientación asertiva, es el primer paso para alcanzar una comunicación del mismo tipo, característica que refleja el hábito de meditar bien las metas asistenciales, los pasos que se han de dar para conseguir las y cómo utilizar al máximo el talento para llevarlas a cabo.

## **La Autoestima de la Enfermera/o**

Autoestima es la forma en que se percibe y se siente a sí mismo y es una manera de expresar que se está conciente de la existencia. No es más que la unión de la confianza y el respeto hacia uno/a. Son muchas las cosas que en la vida contribuyen al bienestar psicológico, por ejemplo, tener una buena autovaloración, disponer de una red de apoyo social fuerte, estable y positiva, adoptar una filosofía optimista ante la vida, todo esto contribuye a reforzar la autoestima.

Por lo tanto de acuerdo con, Fundichely, M (1999), estimarse significa “mantener una activa búsqueda del propio mejoramiento, no por “ser mejor”, sino por ser “uno mismo” (p. 1). Lo mejor que se puede hacer constantemente en el desempeño profesional, el personal de enfermería tiene que tomar decisiones para dar soluciones a los problemas de salud que presentan sus pacientes, cuidar de ellos con su propia seguridad y la de los demás.

Algunos autores plantean que solamente amándose a sí mismo, uno es capaz de amar a los demás, condición válida de todo hombre que es el único ser vivo que posee autoconciencia y ésta no surge espontáneamente, sino que se deriva de la relación del individuo con los demás seres humanos, lo que le permite en un momento determinado percatarse de las acciones apropiadas y de las acciones de los demás hacia él desarrollando de esta forma su propia autoestima.

A tal efecto, Bonet, J (1997), hace referencia a la definición de Burns como “el conjunto de actitudes del individuo hacia sí mismo”. (p. 17), opina que el ser humano se caracteriza por su marcado egocentrismo; se percibe en el ámbito sensorial, piensa, tiene comportamientos, capacidades, emociones, entre otros atributos que le impulsan a expresar conductas con la manera de verse a sí mismo.

Según Duque, H (1997), **la autoestima** “es el concepto que tenemos de nuestra vida y que se basa en todos los sentimientos, pensamientos, sensaciones y experiencias que hemos acumulado a lo largo de nuestra existencia”. (p. 47). Es decir, abarca tanto elementos internos como externos de la persona y que lo ha adquirido a lo largo de la vida.

Por otro lado, Voli, F (1998), ha llegado a definirla como la “apreciación de la propia valía e importancia y asunción por el individuo de su responsabilidad hacia sí mismo y hacia sus relaciones intra e interpersonales”. (p. 49). En otras palabras, es la valoración y capacidad que considera tener cada individuo para establecer relación en el medio social en que se desenvuelve, así como el enfermero (a) debe considerar tener esta capacidad y valoración para establecer una relación efectiva y operacional con el paciente.

Asimismo, Antequera, F (1997), define la autoestima como “la valoración y aceptación que cada cual tiene de sí mismo. Es la medida en que nos aprobamos o desaprobamos, el grado en que nos sentimos capaces, destacados y prósperos o incompetentes y fracasados”. (p. 19). Esa valoración que se hace de sí mismo se refleja en la relación con los demás, pero cuando nos autovaloramos resulta fácil valorar y respetar a quienes nos rodean.

En el mismo orden de ideas, Branden, N (1997), es de los que piensan que la autoestima es “la suma de la confianza y el respeto por sí mismo”. (p. 10). Agrega que también involucra tanto un sentimiento de capacidad como de valía personal, expresa que el modo en que una persona se siente con respecto a sí mismo afecta virtualmente en forma decisiva todos los aspectos de la experiencia, por lo que la autoestima es clave para comprendernos tanto a nosotros mismos como a los demás.

De acuerdo a lo expresado anteriormente, existen tres niveles de autoestima considerados según Martínez, W (S/F), como primer **nivel el de**

**baja** estimación, los individuos que la sufren se caracterizan por presentar desánimo, depresión, se sienten aislado, sin atractivos, incapaces de expresarse y demasiado débil para hacer frente o vencer sus diferencias. Tienen miedo a provocar el enfado o la rabia en las demás personas. En los equipos sociales escuchan más que participar, son sensibles a la crítica y están preocupados por los problemas internos.

Segundo, **el nivel medio de autoestima**: se caracteriza por individuos menos expresivos y capaces de aceptar la crítica; con tendencias a estar inseguros en la autoestimación de varias personas y dependen socialmente de los demás. Y, el tercero una persona con **alta estima**: es una persona creativa, que da vida a cosas nuevas. Que las ve de manera original; tienden a ser independientes, inmunes a las presiones del grupo, flexibles, espontáneas, imaginativas, receptivas, en resumen, son altamente reactivas a su mundo exterior e interior, son más asertivas y seguras de si mismas.

El alto grado de autoestima se caracteriza por individuos activos, expresivos, con éxitos sociales, académicos y profesionales; escuchan menos y hablan mas; deseosos de emitir opiniones, enfrenta el desacuerdo, confían en sus propias percepciones y esperan que a sus esfuerzos vengan éxitos, sin embargo, para Fundichely, M (1999), los enfermeros (as) con un alta autoestima no son impunes al sufrimiento y en momentos difíciles también se agobian y se desesperan, tienen al igual que todos los seres vivientes, momentos explosivos, pero, logran reponerse con bastante rapidez, porque asumen que tales adversidades son golpes momentáneos de los que podrán salir.

De otra manera, Bonet, J (1994), agrega que con alta autoestima debe estar dispuesto y abierto a comprender, evaluar y aceptar el potencial de crecimiento emocional de los otros con un alto nivel de apertura, afirmación, afecto y atención para el sano desarrollo personal de los mismos, mientras que la persona con baja autoestima según Bonet se realiza autocrítica

rigorista, tiende a crear un estado habitual de insatisfacción consigo misma, es hipersensible a la crítica, se siente atacado con facilidad, no toma decisiones por temor a equivocarse, incapacidad de negación, se juzga duramente y actúa en forma frecuente con hostilidad en general, pues ha internalizado una visión negativa de su persona.

Dentro de esta perspectiva, Voli, F (1998), formula los cinco (5) elementos que componen la autoestima a saber seguridad, identidad, integración, finalidad y competencia los mismos contribuyen en forma interdependiente en la formación de la personalidad del individuo. Trabajando sobre ellos, o sobre alguno de ellos, el enfermero (a) tiene los medios de conectar con la forma de actuar y de relacionarse de sí mismo y de sus pacientes y puede efectuar su labor asistencial basándose en un mayor conocimiento de las distintas personalidades y en unos puntos concretos de las mismas en los que empezar a actuar.

Agrega el autor precitado con respecto al primer componente, la seguridad es “el presupuesto básico de la autoestima. La persona segura de sí misma y de sus posibilidades se atreve a actuar y, actuando, consigue resultados aunque sea solo de aprendizaje para no repetir el mismo error en otra ocasión”. (p. 66). Una suficiente seguridad es, al mismo tiempo, un factor de motivación dentro de la labor personal de cada uno. Si se estudia o trabaja, se hace principalmente para conseguir resultados en la vida. Algo que permita tener seguridad que se deriva del reconocimiento, del éxito de la libertad de castigos, de la apreciación, de la pertenencia, del autoconcepto, de la aceptación, entre otros...

De hecho, entre las características de una persona segura de sí misma se podrían mencionar, abierta a la comunicación consigo misma y con los demás, se siente cómoda con el contacto físico con las personas que aprecia, asume riesgos y busca alternativas, acepta y comprende el sentido y el significado de las directrices que recibe cuando considera que valen y

pueden ayudarlo, está abierta a la interacción mutua y respetuosa con los demás.

Siguiendo con la exposición de elementos de la autoestima está el autoconcepto o identidad, expresado por el mismo autor como: “la forma en que nos vemos o percibimos a nosotros mismo, como individuos y como personas”. (p. 74). Con respecto a este elemento se pueden determinar unas características generales de comportamiento que denotan donde se encuentra cada persona. Estas características también varían en medida y consistencia, de acuerdo con los distintos historiales y factores vivenciales, anímicos y entorno de cada uno.

También debe señalarse algunas características de una persona con buen autoconcepto a saber puede confiar en sí mismo y, por lo tanto, no le cuesta aceptar separaciones de seres queridos cuando necesita hacerlo. Se siente cómodo contactando con la mirada de los demás y con contactos físicos interpersonales. Está abierto a tomar decisiones, correr riesgos y a entrar en acción para conseguir resultados. El miedo a las críticas de los demás no le afectan.

En la misma vertiente está el tercer elemento, sentido de pertenencia e integración, que según el autor mencionado “quiere decir sentirse cómodo y a gusto con la gente; sentir que formamos parte de un grupo familiar, de amigos, de trabajo, de diversión, de estudio, entre otros. La persona con facilidad para integrarse se siente a gusto en todos los contextos y está capacitada y motivada para involucrarse y crear unos entornos de pertenencia con todo el mundo en todas las situaciones.

La persona con buen sentido de pertenencia comprende el concepto de colaboración, contribución, participación activa y amistad, demuestra sensibilidad y comprensión hacia los demás, posee habilidad de cooperar y compartir; está abierto a interactuar en todos los contextos en que tenga

intereses de cualquier tipo. Demuestra características sociales positivas y abiertas, se siente valorado por los demás.

Posteriormente surge el cuarto elemento, la finalidad o motivación, el autor especifica que tomada como base hace que toda actuación parezca oportuna, necesaria o inevitable; el principal elemento de motivación es el de apreciar y tener fe en que se puede hacer lo que se propone ya que está convencido de que sirve. De ahí que para la consecución de cualquier actuación personal se necesita creer en su posibilidad.

De manera que, la persona con elevado sentido de finalidad y motivación tiene un buen sentido de dirección adonde le conviene ir y se siente motivada a emprender nuevas actividades, toma sus decisiones e inicia nuevos proyectos, crea ella misma los contextos en que utiliza sus habilidades y destrezas. Toma la responsabilidad de sus acciones y es proactiva en lugar de reactiva.

Por último es conveniente anotar la competencia en este elemento según el mismo autor “interviene la concienciación de que se ha aprendido, continuamente y se tiene un potencial sin límites de aprendizaje”. (p. 94). Por ello, el sentirse competente forma parte de la conciencia de la propia valía e importancia y el llegar a aumentar esta competencia de forma continua es una decisión de cada uno en función de su propia autoestima.

Una definición importante también es el de la autoestima profesional que según Ganster y Schaubroeck (1995), citado en Asociación Colombiana para el Avance de las Ciencias del Comportamiento [ABA] (2003):

Es una actitud individual sobre la competencia, desempeño y valor profesional a lo largo de una dimensión positiva-negativa y es señalada como un factor importante en la explicación del desempeño, la satisfacción laboral y vital y parece actuar como variable moderadora en la relación estrés laboral-salud. (s/p)

Del mismo modo, según Vidal, E (2000) acota, así pues, se puede afirmar que la autoestima de un individuo define la calidad de las relaciones interpersonales (con otras personas), intrapersonales (consigo mismo) y con su entorno (con lo que le rodea). Es importante señalar que el individuo en su lugar de trabajo se relaciona con otras personas y a veces hasta tiene el destino de la empresa en sus manos.

De lo anterior se desprende que es muy difícil poder desarrollar una personalidad abierta tolerante, libre, empática, dialogante y afectiva sin condiciones, si no se tiene idea de los mecanismos y condicionamientos que se necesita desactivar en cada uno para conseguirlo. Ésta, en cierto sentido, representa una de las dificultades que tiene la humanidad para crecer en sus relaciones intra e interpersonales. Según Voli, F (1997), “No nos conocemos y no queremos conocernos en el nivel anímico personal y, como consecuencia, social”. (p. 99). Por esa razón en ocasiones el desempeño de una profesión como la enfermería se torna difícil.

## **Fundamentación Legal**

Dentro del marco de las funciones de enfermería existen basamentos legales que sustentan estas acciones, específicamente son basadas en el Código Deontológico de Enfermería, allí se estipulan basamentos ético legales de la práctica de esta labor o principios bioéticos, que hablan tanto de los deberes y derechos de un profesional en esta área como de su relación con el paciente o paciente:

Es así, como en el Título II, Capítulo I de los deberes generales de las enfermeras (os), Artículo 2.- estipula “La máxima defensa de la enfermera (o), es el bienestar social, implícito en el fomento y la preservación de la salud, en el respeto a la vida y a la integridad del ser humano”. (p. 4).

En el Artículo 3, dice que la enfermera (o) cumplirá sus servicios profesionales al individuo, familia y comunidad, con responsabilidad, eficiencia pero sobretodo con verdadera vocación. Siendo su norte fundamental conservar la vida, aliviar sufrimientos y promover la salud.

Es importante resaltar que el Artículo 9 del mismo capítulo contempla, “La relación enfermero – paciente estará fundamentada en el respeto a la dignidad humana, responsabilidad y secreto profesional como lo estipulan las normas y condiciones morales que acompañan la acción de la enfermera.

Mas adelante en el Artículo 10, reza que el profesional de enfermería ejercerá con libertad las normas y criterios científicos que le permitan prestar una atención adecuada a cada paciente.

Del mismo modo en el Capítulo V, artículo 33, resume claramente, que el enfermo debe ser tratado con respeto, debe recibir una atención de elevada calidad, debe ser informado de cualquier procedimiento, así como es deber de la enfermera proporcionarle una adecuada higiene y confort.

Por otro lado, la Ley del Ejercicio de la Profesión, en su Capítulo IV, artículo 13 parte 4, especifica que el profesional de enfermería debe proteger

al o la paciente, que este a su cuidado, de tratos humillantes u ofensas a su dignidad humana.

Dentro de estas leyes, se trata de enfocar la profesión hacia el bien del paciente, dando normas que rigen el comportamiento del profesional para así promover la calidad de atención y evitar sanciones. Por haber incurrido en delitos allí previstos.

## **Sistema de Variables**

El proceso de operacionalización fue esencial para el montaje del instrumento de recolección de datos, por ello se trabajó con dos (2) variables, la asertividad del enfermero y su nivel de autoestima, cada una de ellas con sus correspondientes definiciones conceptuales. Para la asertividad se estableció una (1) dimensión constituida, con sus correspondientes indicadores, conducta pasiva, conducta agresiva, conducta asertiva, comunicación verbal, comunicación no verbal; y el nivel de autoestima se dimensionó mediante su desarrollo con los indicadores alta, media y baja mediante treinta y cinco ítems (35) en total.

**Cuadro 1.- Operacionalización de Variables**

Variable	Definición Operacional	Dimensión	Indicadores	Ítems
Asertividad	Es la capacidad del enfermero (a), de expresar pensamientos, sentimientos y percepciones, elegir como reaccionar, hablar por los derechos propios y de sus pacientes cuando es apropiado. Todo esto con el fin de elevar la autoestima, ayudando a desarrollar la auto confianza para expresar acuerdo o desacuerdo cuando es importante e incluso pedirle a los demás un cambio en el comportamiento ofensivo.	Relación terapéutica enfermero(a) – paciente	❖ Conducta pasiva.	1-5
			❖ Conducta agresiva	6-9
			❖ Conducta asertiva	10-14
			❖ Comunicación verbal.	15-18
			❖ Comunicación no verbal	19-22
Nivel de Autoestima	Es la suma de la confianza y el respeto que tiene el enfermero (a), por sí mismo, involucra el sentimiento de la capacidad como la valía personal, es la clave para comprenderse a sí mismo y a los demás	Niveles de Autoestima	❖ Autoestima alta	23-27
			❖ Autoestima media	28-31
			❖ Autoestima baja.	32-35

## **CAPITULO III**

### **MARCO METODOLÓGICO**

#### **Tipo de Estudio**

De acuerdo con Hurtado, J (2004), los métodos, técnicas y estrategias no son generales para cualquier investigación, estas técnicas son diferentes en función del tipo de investigación y de la meta que se quiere lograr.

Del mismo modo, la presente investigación se ubica en un nivel Comprensivo ya que sus objetivos buscan explicar, predecir o proponer los factores que atañen al tema, situándolo en la modalidad de investigación proyectiva o factible, ya que según Hurtado, J (op. Cit), este tipo de investigación, “Intenta proponer soluciones a una situación determinada a partir de un proceso previo de indagación. Implica explorar, describir, explicar y proponer alternativas de cambio, más no necesariamente ejecutar la propuesta”. (p. 100).

#### **Diseño de la Investigación**

El diseño de la investigación define aspectos operativos de la misma, proporcionando la base del procedimiento. Se refiere donde y cuando se recopila la información, de modo que se pueda dar una respuesta idónea a la pregunta de investigación. De acuerdo con esto, el presente tema se realiza con un Diseño de Campo, que según Hurtado, J (op. cit), se define en base al procedimiento que sea utilizado para recoger la información, que en este caso particular será fuentes vivas de un ambiente natural.

## **Población**

La población o universo según Arias, F (1999), se refiere al “Conjunto para el cual serán válidas las conclusiones que se obtengan a los elementos o unidades (personas, instituciones o cosas) involucradas en la investigación”. (p. 49). Para efectos de esta investigación se tomó la población constituida por un total de 8 enfermeros que presta sus servicios asistenciales en el área de cuidados intensivos del adulto y pertenecientes al curso Post Básico de área crítica del Hospital de Clínicas Caracas.

## **Muestra**

Definida por Ary, D (1997), como “Una parte de la población, donde se hacen observaciones sobre un pequeño grupo y luego los resultados se generalizan a la población total”. (p. 135). Con la finalidad de ejecutar el presente estudio se realizó un Muestreo Probabilístico que, según Arias (1999), es un “proceso en el que se conoce la probabilidad que tienen cada elemento de integrar la muestra”. (p. 49).

Por esa razón se tomó como muestra el total de la población constituida por 8 sujetos del personal de enfermería, por ser finita; con las siguientes características: pertenecientes a ambos sexos, provenientes de diversos estratos económicos, con diferentes grados de instrucción y con edades comprendidas entre 20 y 38 años de edad, pertenecientes al curso post básico de cuidados intensivos.

## **Método e Instrumento de Recolección de Datos**

El instrumento de medición que se utilizó para recoger información referente a las variables asertividad y nivel de autoestima del enfermero (a)

en el ejercicio de su rol asistencial fue un cuestionario que en estuvo constituido por un total de treinta y cinco (35) preguntas claras, precisas y con instrucciones para ser contestado en forma anónima y consta de cuatro (4) opciones de respuesta empleando la Escala Likert, con las opciones: Siempre, Casi Siempre, Casi Nunca y Nunca (Anexo N° 1). Para ello se debió marcar una “X” en la respuesta seleccionada, el mismo es, conceptualizado por Muñoz, C (1998) como: “la recopilación de información en gran escala debido a que se aplica por medio de preguntas sencillas que no implican dificultad para emitir la respuesta; además su aplicación es impersonal y esta libre de influencias como en otros métodos” (p. 207).

Guiado por los objetivos que persigue este estudio y a la vez por el sistema de variables, dicho instrumento cumplió con el objetivo de determinar la asertividad y el nivel de autoestima del personal de enfermería encuestado.

### **Procedimiento para la Recolección de la Información**

Para administrar el instrumento seleccionado, se informó a la Coordinadora Docente de la Unidad de Cuidados Intensivos de Adulto del Hospital de Clínicas Caracas, solicitando su aprobación, para aplicar el cuestionario, proporcionando de manera clara el objetivo de la investigación.

Ante la receptividad del personal de la institución se tomó en cuenta la disponibilidad horaria de cada uno de los enfermeros (as), se aplicó el instrumento, comprobando con anterioridad que las instrucciones y los ítemes presentados se captaran bien. Al terminar el llenado de los cuestionarios fueron recolectados por la investigadora.

## Plan de Tabulación y Análisis

Una vez recabados los datos a través del instrumento, se llevó a cabo la tabulación de las respuestas obtenidas, las cuales fueron vaciadas en una matriz de doble entrada, donde en su eje horizontal se registraron los treinta y cinco (35) ítemes correspondiente al instrumento aplicado y en el vertical los ocho (08) sujetos, con el fin de especificar las opciones marcadas como respuestas según su propio criterio, luego se totalizaron las respuestas de los enfermeros para cada uno de los ítemes, mediante la formula;

$$\% = \frac{f \times 100}{\text{N}^\circ \text{ de sujetos}}$$

Donde F es la frecuencia con que se marca cada opción de respuesta; multiplicada por 100 y dividida entre el número de los sujetos en estudio. Con base a los resultados se procedió a elaborar ocho (08) cuadros descriptivos de las variables Asertividad del enfermero (a) y nivel de autoestima, con sus correspondientes dimensiones e indicadores en forma porcentual, para posteriormente realizar el análisis e interpretación de resultados.

Del mismo modo, se llevó al cabo la Propuesta Talleres sobre Asertividad y Autoestima, aplicada al personal perteneciente al curso post básico de Cuidados Intensivos, posteriormente se aplicó el cuestionario que para efectos del estudio será llamado Cuestionario Post- test, se tabularon las respuestas y fueron vaciadas en gráficos de barra, siendo el eje horizontal las opciones de respuesta y el eje vertical el porcentaje de las mismas; se realizó una discusión y análisis de resultados haciendo referencia en los obtenidos a través del Cuestionario pre – test.

## **CAPÍTULO IV**

### **INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS**

En el siguiente apartado, se presentan los resultados obtenidos en la fase diagnóstica, la cual se ejecutó con el fin esencial de determinar la asertividad del enfermero y su nivel de autoestima en el ejercicio de su rol asistencial.

El análisis e interpretación de los resultados, se efectuó con el propósito de ofrecer una información cuantitativa, clara y precisa con respecto a las dos variables que conforman la investigación, para ello se ofrecen un total de ocho (8) cuadros, uno (1) para cada indicador donde se refleja en forma porcentual las respuestas dadas a cada ítem por los ocho (08) sujetos que representaron la muestra.

En resumen, el análisis e interpretación de la información recopilada se presenta en dos partes: en la primera se hace un diagnóstico descriptivo de las variables Asertividad del enfermero (a) y su Nivel de Autoestima en función de las dimensiones consideradas para el estudio de las mismas y en la segunda, se analizaron los indicadores con base a los subtotales mediante gráficos.

## Análisis de la Variable Asertividad

### Dimensión Relación Terapéutica Enfermero (a) - Paciente

De esta variable, se originó una (1) dimensión: **Relación Terapéutica Enfermero (a) – Paciente** y cinco (5) indicadores, siendo el primero de ellos la conducta pasiva. Este indicador fue reflejado en cinco (5) ítems cuyos resultados se observan en el cuadro dos (2)

#### Cuadro 2.-

**Distribución de frecuencia para la variable Asertividad, en su Dimensión Relación Terapéutica Enfermero (a) –paciente y su Indicador conducta pasiva.**

Ítems	F	Siempre	F	Casi Siempre	F	Casi Nunca	F	Nunca
1.- Suelo reprimir mis emociones antes de entrar en polémica con un paciente.	5	62.5	2	25	1	12.5	0	0
2.- Actúa de manera rutinaria en el ejercicio de su rol asistencial	2	25	3	37.5	2	25	1	12.5
3.- Acepta sus errores sin discutir	2	25	4	50	2	25	0	0
4.-. Complace al paciente constantemente sin exponer alternativas	2	25	3	37.5	3	37.5	0	0
5.- Suele ser muy tolerante	3	37.5	5	62.5	0	0	0	0
<b>TOTAL</b>		35		42.5		20		2.5

En la variable Asertividad, se observa con respecto a su primer indicador, Conducta pasiva, que de los enfermeros (as) encuestados el 62.5% siempre suele reprimir sus emociones antes que entrar en polémica con un paciente, mientras que 25% casi siempre lo hace, es decir, reprime sus emociones y no discute su propio punto de vista; y solo el 12.5% casi nunca

refleja este tipo de conducta pasiva frente al paciente a la hora de tratar con él. Es de hacer notar, que para la alternativa nunca, el porcentaje fue nulo

De igual forma, para el siguiente ítem un 25% de los enfermeros siempre actúa de manera rutinaria en el ejercicio de su rol asistencial; entre tanto el 37.5% de las respuestas se ubicó en la alternativa casi siempre los enfermeros (as) actúan de esta manera; en esa misma vertiente, para la alternativa casi nunca el porcentaje fue de un 25% y el restante constituido por el 12.5% se ubicó en la alternativa nunca, lo que evidencia que las respuestas se inclinan a favor de una actuación rutinaria al ejercer.

Dentro de este mismo marco, el 25% de los enfermeros que constituyeron la muestra siempre acepta sus errores sin discutir; es importante recalcar que el restante del porcentaje se dividió en partes iguales entre las alternativas casi siempre y casi nunca lo que constituyó un 37.5% para cada una de las alternativas, sin embargo, el porcentaje de respuesta se inclinó en su mayoría a la aceptación sin discusión alguna sobre los errores de la práctica de enfermería.

Por otro lado, en el siguiente ítem, un 25% de las respuestas de los enfermeros (as) se ubicó en la alternativa siempre complacen al paciente sin exponer alternativas, se observa que, el restante porcentaje se situó en las alternativas casi siempre y casi nunca, es decir, un 37.5% para cada una de ellas, o sea, cede a las demandas constantes del paciente sin replicar.

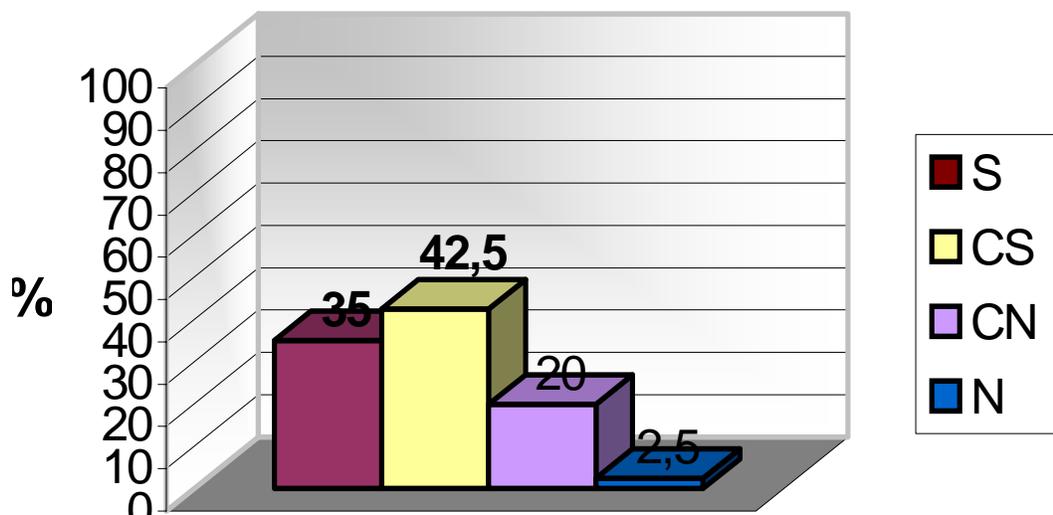
Del mismo modo, para el último ítem, un 62.5% casi siempre suelen ser muy tolerantes y el 37.5% restante siempre lo son, esto conlleva a interpretar la tolerancia como una conducta excesivamente pasiva. Estos resultados conducen a señalar que los enfermeros (as) del estudio manifiestan una conducta casi siempre y siempre pasiva en el ejercicio de su rol asistencial, ya que en términos generales las respuestas se ubicaron entre las alternativas mencionadas, en consecuencia, reprimen sus emociones, no discuten sus propios puntos de vista, actúan de manera rutinaria, aceptan sus errores sin

discutir, complacen demasiado al paciente y utilizan la tolerancia al ejercitar su rol en su campo laboral.

En cuanto a, la conducta sumisa o pasiva, Elizondo, M (1997), explica que la persona con este tipo de comportamiento, refleja una escasa o nula expresión personal en cualquier área de su vida, lo cual es un obstáculo no solo para el logro de sus objetivos personales, sino profesionales y laborales, de este modo, los resultados de este indicador se deben a la falta de control emocional, cuando prevalece el temor y la ansiedad, con una falta de habilidad para expresar su propio punto de vista y por ende, desconocen los derechos como persona y profesional.

### Gráfico 1

**Distribución de Frecuencia para la variable Asertividad, en su Dimensión Relación Terapéutica Enfermero (a) –paciente y su Indicador conducta pasiva.**



Fuente: Cuestionario aplicado a los Enfermeros (as) pertenecientes a la muestra. Febrero 2007.

De los resultados obtenidos se demuestra que en su mayoría, casi siempre y siempre, el personal de enfermería emiten conductas pasivas tales como, reprimir emociones, ejercicio del rol rutinario, no discusión de sus propios puntos de vista, complacencia y tolerancia, con respecto al paciente. En una palabra, el enfermero (a) al poner en práctica sus conocimientos en su área laboral está limitado (a) por una conducta pasiva manifestada en el desempeño de sus funciones asistenciales.

Siguiendo con este análisis se presenta el indicador Conducta Agresiva, evaluado a partir de cuatro (4) ítemes tal como lo muestra el cuadro tres (3):

**Cuadro 3.-**

**Distribución de frecuencia para la variable Asertividad, en su Dimensión Relación Terapéutica Enfermero (a) –paciente y su Indicador conducta agresiva.**

Ítemes	F	Siempre	F	Casi Siempre	F	Casi Nunca	F	Nunca
6.- Cambia el tono de voz adecuado al enojarse	1	12.5	4	50	3	37.5	0	0
7.- Lucho con la mayoría de la gente (pacientes, familiares, compañeros) por mantener mi posición	2	25	4	50	2	25	0	0
8.- Presenta comunicación poco fluida cuando esta molesto (a)	2	25	5	62.5	1	12.5	0	0
9.- Durante una discusión, temo alterarme tanto como para perder la calma	4	50	4	50	0	0	0	0
<b>TOTAL</b>		28.12		53.12		18.75		0

Este indicador, de acuerdo a los resultados expuestos en el cuadro anterior, permite observar que, un 50% de las respuestas de la muestra, se sitúan en la alternativa casi siempre cambia el tono de voz adecuado al enojarse, un 12.5% siempre demuestra esta actitud y solo un mínimo

porcentaje constituido por el 37.5% acotó que casi nunca le da otra inflexión a su voz cuando pierde el control de una situación.

En tanto que, para el siguiente ítem el 50% de los enfermeros (as) que conformaron la muestra casi siempre lucha con la mayoría de la gente por mantener una posición que considera suya, otro 25% siempre lo hace, lo cual refleja un comportamiento agresivo, aunque un 25% contestó que casi nunca o solo en ocasiones muy esporádicas establece disputas con pacientes, familiares y/o compañeros a favor propio, mientras que, para la opción nunca el porcentaje fue nulo.

Por otra parte, el 62.5% casi siempre presenta comunicación poco fluida cuando está molesto (a); así mismo, otro 25% siempre presenta este tipo de comunicación, lo cual confirma el comportamiento agresivo por parte de la mayoría de los enfermeros (as) encuestados, para la opción casi nunca el 12.5% indicó no presentar este tipo de comunicación aún en situaciones que le molestan y para la opción nunca, el resultado fue nulo, lo que indica que un gran porcentaje de la muestra durante su labor de enfermería presenta comunicación poco fluida en ocasiones estresantes.

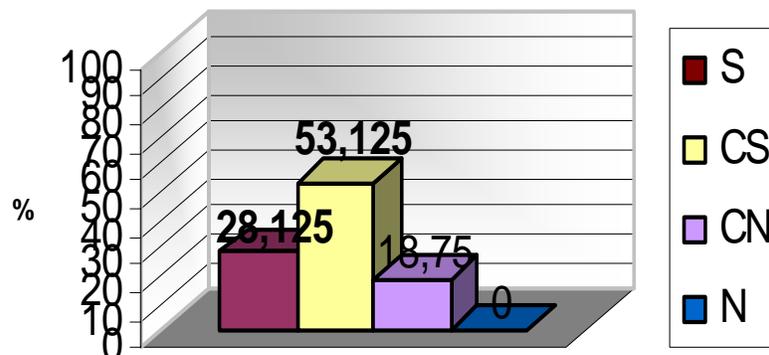
Cabe destacar, que para el ítem 09, el porcentaje de las respuestas dadas al ítem mencionado se dividió en partes iguales entre las alternativas casi siempre y siempre durante una discusión temen los enfermeros (as) alterarse tanto hasta el punto de perder la calma.

De acuerdo con, las observaciones realizadas, existe una tendencia de los encuestados, de actuar en forma agresiva ante el paciente y/o afrontar algunas situaciones en el área de cuidados intensivos, como lo es elevar el cambiar el tono de voz, polemizar con la mayoría de las personas, presentar comunicación poco fluida y perder el control con facilidad características propias de una persona con conducta agresiva. Según La Sociedad Planetaria (1999), es aquella que se siente insatisfecha consigo misma y en consecuencia solo consiguen que los otros no quieran tenerla cerca, todo

esto tiene incidencia negativa en la relación terapéutica enfermero (a) – paciente ya que no impera el respeto, la amabilidad y mucho menos la cortesía, porque estas manifestaciones agresivas del personal de enfermería desvía el logro de los objetivos como ente de salud.

### Gráfico 2

**Distribución de Frecuencia para la variable Asertividad, en su Dimensión Relación Terapéutica Enfermero (a) –paciente y su Indicador conducta Agresiva.**



Fuente: Cuestionario aplicado a los Enfermeros (as) pertenecientes a la muestra. Febrero 2007.

Se evidencia que un porcentaje alto de los enfermeros (as) encuestados frecuentemente presentan conductas agresivas, situación que limita y dificulta la relación terapéutica enfermero – paciente, tan importante en el rol asistencial y sobretodo en la unidades críticas donde la función de este profesional necesita estar teñida de calma tono de voz adecuado y niveles comunicacionales altos.

Para seguir el proceso de análisis e interpretación de resultados se presenta el cuadro cuatro (4), con un total de cinco (5) ítems, correspondientes al indicador Conducta Asertiva:

**Cuadro 4.-**

**Distribución de frecuencia para la variable Asertividad, en su Dimensión Relación Terapéutica Enfermero (a) –paciente y su Indicador conducta Asertiva.**

Ítems	F	Siempre	F	Casi Siempre	F	Casi Nunca	F	Nunca
10.- Usa adecuadamente el tono de voz en todas las situaciones que se presentan	0	0	0	0	5	62.5	3	37.5
11.- Mantiene el contacto visual con el paciente	0	0	3	37.5	4	50	1	12.5
12.- Adopta una postura de acercamiento durante su atención al paciente	0	0	1	12.5	5	62.5	2	25
13.- Expresa claramente y sin temor su punto de vista al paciente	0	0	2	25	3	37.5	3	37.5
14.- Presenta facilidad para expresar sentimientos (alegrías, tristezas, emociones, enojos)	0	0	1	12.5	5	62.5	2	25
<b>TOTAL</b>		0		17.5		55		27.5

Al examinar los resultados obtenidos en el presente indicador se observa, que el 62.5% de la muestra encuestada, casi nunca usa adecuadamente el tono de voz en todas las situaciones que se presentan elemento desfavorable en la práctica del profesional de enfermería, dentro de esa misma idea, el 37.5% de los enfermeros (as) nunca utilizan en forma cónsona en cada situación su tono de voz, factor que influye en forma negativa en la relación terapéutica enfermero (a) – paciente. Es importante hacer notar que para las alternativas siempre y casi siempre el porcentaje fue nulo.

Por otro lado, el 50% de la muestra casi nunca mantiene el contacto visual con el paciente y el 12.5% nunca lo hace, sin embargo, el 37.5% de la misma señaló que casi siempre realiza contacto visual en el ejercicio de su rol; pero para la alternativa siempre se observa un 0% de las respuestas, lo que conlleva a expresar que en su gran mayoría este tipo de profesional mantiene un contacto visual escaso y demuestra una falta de conducta asertiva.

Al observar los resultados en lo planteado para el ítem número doce (12) el 62.5% casi nunca adopta postura de acercamiento durante el lapso de tiempo que atiende al paciente. De igual manera un 25% nunca adopta esta postura y solo un pequeño porcentaje de la muestra constituido por el 12.5% indicó que casi siempre se acerca al paciente cuando lo atiende. Cabe aclarar que para la opción nunca, según las respuestas observadas el valor fue 0%.

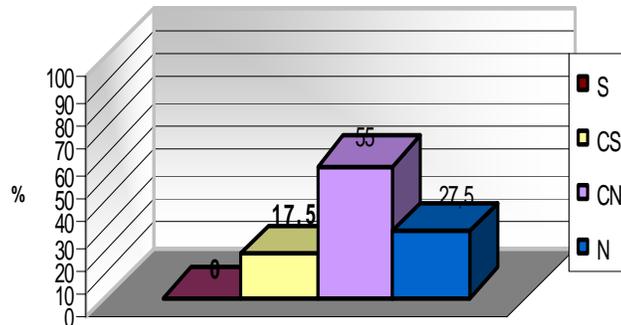
Para el presente ítem un 37.5% de los enfermeros (as), casi nunca expresan claramente y sin temor su punto de vista al paciente y otro porcentaje igual de la muestra expresó que casi nunca lo hace. Por otro lado, el 25% restante estableció que casi siempre posee esa capacidad de expresar claramente y sin temor su punto de vista; aunque es importante resaltar que para la alternativa siempre no se pronunció ningún tipo de respuesta.

Por otro lado el 62.5% señaló que casi nunca presenta facilidad para expresar sus sentimientos ante el paciente, de igual manera se comprobó que el 25% nunca se le facilita la expresión de los mismos, lo que quiere decir que son pocos los que expresan sus emociones y afecto, es decir, reflejan inhibición por temor a las consecuencias negativas, que la expresión emocional pueda generar. Porque un mínimo porcentaje constituido por el 12.5% expresó que casi siempre posee esta capacidad.

De acuerdo a los resultados analizados se desprende que una cantidad significativa de enfermeros (as) no se responsabilizan por los errores cometidos y en muchas ocasiones justifican las opiniones que emiten y raramente se defienden sin agredir. De ello se desprende que en el ejercicio de sus funciones los enfermero no poseen todas las características de una persona afectiva, Elizondo, M (1997), acota que si las persona se comprometen a manejar de manera abierta el respeto por los demás y asimismo, ser directo, honesto, apropiado, con buen control emocional y positivos, se evidenciarán los beneficios en las personas que los rodean.

### Gráfico 3

**Distribución de Frecuencia para la variable Asertividad, en su Dimensión Relación Terapéutica Enfermero (a) –paciente y su Indicador conducta Asertiva.**



Fuente: Cuestionario aplicado a los Enfermeros (as) pertenecientes a la muestra. Febrero 2007.

Es fácil observar, al analizar el gráfico anterior que el mayor porcentaje se ubica en las barras de las opciones casi nunca y nunca, esto permite establecer en los enfermeros (as) una conducta poco asertiva; resultante probablemente de factores externos negativos en el ejercicio de su rol y por lo tanto no origina un buen nivel de relación tan necesaria entre él y quienes reciben la atención tan necesaria donde este tipo de conducta se podría convertir en un ente negativo en cuanto a salud se refiere.

En el siguiente apartado, se interpreta y analiza el indicador comunicación verbal a través de sus cuatro (04) ítemes cuyos resultados se observan en el siguiente cuadro:

**Cuadro 5.-  
Distribución de frecuencia para la variable Asertividad, en su Dimensión Relación Terapéutica Enfermero (a) –paciente y su Indicador comunicación verbal.**

Ítemes	F	Siempre	F	Casi Siempre	F	Casi Nunca	F	Nunca
15.- Logra una comunicación fluida y abierta con el paciente	0	0	1	12.5	4	50	3	37.5
16.- Cuando solicita algo suele decir: “por favor” “disculpe” “podría”	0	0	2	25	5	62.5	1	12.5
17.- Al primer encuentro con el paciente se presenta con su nombre	0	0	1	12.5	6	75	1	12.5
18.- Escucha atento la opinión del paciente	0	0	2	25	5	62.5	1	12.5
<b>TOTAL</b>		0		18.75		62.5		18.75

Los resultados sobre la comunicación verbal de los enfermeros (as) consultados destaca que, un 50% logra una comunicación fluida y abierta con el paciente lo que no les permite establecer un buen nivel comunicacional; igualmente el 37.5% nunca alcanza este logro en cuanto a comunicación verbal se refiere y solo el 12.5% casi siempre posee este tipo de comunicación; este hecho entorpece de alguna manera su relación y en algunas ocasiones cuando utilizan palabras no acordes para con el paciente se convierte en un elemento negativo en la interacción necesaria.

Del mismo modo, se observa que un 62.5% de la muestra casi nunca cuando solicita algo suele decir palabras acordes a la situación y por ende realizan una función casi mecánica, asimismo otro 12.5%, nunca las utiliza; mientras que un 25% se comunican con los pacientes en forma agradable y

eficaz, facilitando y enriqueciendo el proceso de atención con una charla amena.

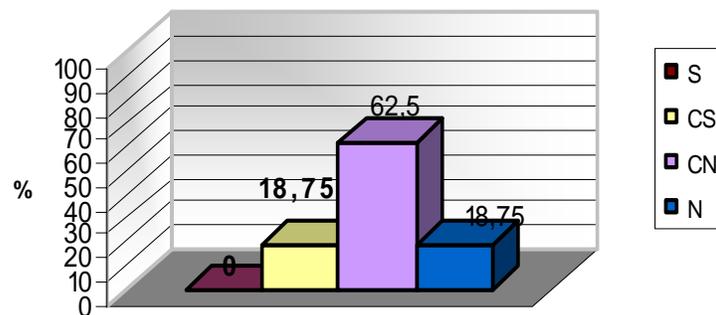
Por otra parte el 75% casi nunca al primer encuentro con el paciente se presenta con su nombre, otro 12.5% evidenció la misma forma de actuar al responder nunca; solo una respuesta que se refleja en un 12.5% se ubicó en la alternativa casi siempre. Hecho que limita la posibilidad de crear un clima de relación positiva entre ambos enfermero (a) - paciente.

Para finalizar, en el último ítem un 62.5% de la muestra especificó que casi nunca está atento cuando escucha la opinión del paciente, también otro 12.5% de la misma nunca suele oír al paciente en forma atenta y solo el 25% reiteró que casi siempre suele escuchar la opinión del paciente, porcentaje mínimo si se toma en cuenta que el acto de escuchar es un elemento vital dentro de la comunicación verbal

Por los resultados expuestos es evidente que los enfermeros (as) carecen notoriamente de habilidades para dominar los componentes verbales, ya que en ocasiones no logran una comunicación fluida, no suelen decir las palabras adecuadas, evitan presentarse con su nombre y poseen baja capacidad para escuchar, razón por la cual se afirma que los encuestados no utilizan en forma operativa elementos vocales de la comunicación, a este respecto, Elizondo, M (1999) expresa que existe una clara diferencia entre la manera como se emplean las palabras y la voz, pues esta última es un elemento primordial de comunicación y los enfermeros (as) lo tendrán en cuenta en el momento de hacer uso de ella.

#### Gráfico 4

Distribución de Frecuencia para la variable Asertividad, en su Dimensión Relación Terapéutica Enfermero (a) –paciente y su Indicador Comunicación Verbal.



Fuente: Cuestionario aplicado a los Enfermeros (as) pertenecientes a la muestra. Febrero 2007.

El gráfico anterior evidencia que la comunicación verbal enfermero (a) – paciente, muestra su mayor porcentaje en la opción casi nunca, es decir, no se están dando los elementos básicos que evidencien un buen nivel de comunicación mediante el habla, lo que redundará en el estado de ánimo y de salud del paciente sin muchos beneficios para su recuperación total.

Finalmente el cuadro 6, describe el indicador comunicación no verbal y los elementos que la componen evaluada mediante cuatro (4) ítemes:

**Cuadro 6.-  
Distribución de frecuencia para la variable Asertividad, en su Dimensión Relación Terapéutica Enfermero (a) –paciente y su Indicador comunicación No verbal.**

Ítemes	F	Siempre	F	Casi Siempre	F	Casi Nunca	F	Nunca
19.- Controla emociones de enojo frente al paciente	0	0	1	12.5	5	62.5	2	25
20.- Los gestos son acordes al mensaje que desea transmitir	0	0	0	0	5	62.5	3	37.5
21.- Utiliza el sentido del tacto como parte de su comunicación con el paciente	0	0	1	12.5	6	75	1	12.5
22.- Utiliza libremente gestos y movimientos para expresarse	0	0	1	12.5	5	62.5	2	25
<b>TOTAL</b>		0		9.37		65.62		25

En cuanto a la observación realizada para el indicador la comunicación no verbal se tiene que el 62.5% casi nunca mantiene controla emociones de enojo frente al paciente, además otro 25% da rienda suelta a sus emociones sin preocuparse del espectador; entre tanto un pequeño porcentaje constituido por el 12.5% expuso que casi siempre ejerce control sobre sus emociones específicamente las de enojo cuando el paciente está presente, situación que no ayuda al paciente porque no deposita un nivel de confianza favorable de quien recibe el servicio.

En tal sentido, un 62.5% casi nunca utiliza gestos acordes al mensaje que desea transmitir y el restante 37.5% tampoco lo hace, es importante señalar que para las opciones siempre y casi siempre el porcentaje fue nulo, es decir, que no establecen una empatía favorable con la persona a quien

atienden, elemento que no va a facilitar un buen nivel comunicacional, con el paciente mientras le administra la atención necesaria.

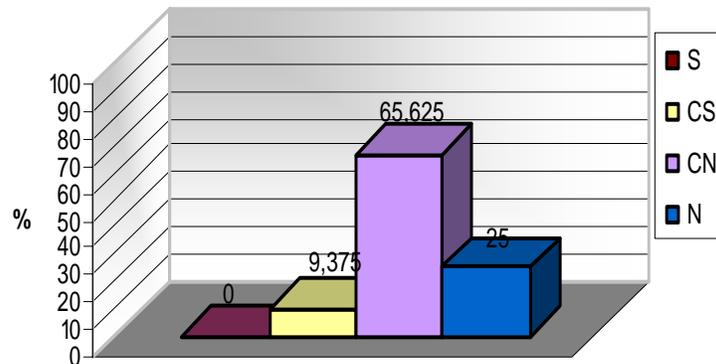
Ahora bien, el 75% de los enfermeros (as) encuestados casi nunca utiliza el sentido del tacto como parte de su comunicación con el paciente, otro 12.5% nunca lo hace y un mínimo porcentaje; el 12.5% apuntó a la alternativa casi siempre, ello puede originar en el mismo temor, dudas y ansiedad elementos desfavorables al factor salud, lo que no permite favorecer el proceso de atención en la Unidad de Cuidados Intensivos del Adulto.

En esta perspectiva, para el último ítem el 62.5% de la muestra casi nunca utiliza libremente gestos y movimientos para expresarse durante el ejercicio de su rol y otro 25% nunca los usa, o sea la comunicación no verbal en este caso es disfuncional y no cónsona hacia el paciente ello le creará una gran confusión hacia esa persona como lo es el enfermero (a), porque solo una de las respuestas se ubicó favorablemente en la alternativa casi siempre, es decir, el 12.5% lo que se traduce en una mínima comunicación verbal asertiva y positiva.

Al respecto, Castanyer, O (1996), confirma, que las personas emiten mensajes acerca de sí mismo a través de la cara y el cuerpo y estos al ser transmitido en forma habilidosa (asertiva) tiene que ser congruentes con el contenido verbal ya que los componentes no verbales como la mirada, expresión facial, postura corporal y los gestos contienen todo el mensaje que se les transmite. Según las cifras arrojadas una buena parte de la población encuestada carece de habilidades para adoptar eficaz y eficientemente los componentes no verbales en su diario desenvolvimiento profesional.

### Gráfico 5

**Distribución de Frecuencia para la variable Asertividad, en su Dimensión Relación Terapéutica Enfermero (a) –paciente y su Indicador Comunicación No Verbal.**



Fuente: Cuestionario aplicado a los Enfermeros (as) pertenecientes a la muestra. Febrero 2007.

Se observa mediante los resultados plasmados en el gráfico anterior que existe una tendencia más alta para la opción casi nunca, es decir, con respecto a controlar emociones de enojo, transmitir mensajes mediante gestos acordes, utilizar el sentido del tacto y expresarse libremente mediante gestos y movimientos todo ello permite inferir que la mayoría de los ítemes propuestos en la encuesta para este indicador reflejan un tipo de comunicación no verbal inadecuada del enfermero (a) hacia el paciente en la practica laboral.

**Análisis de la Variable Nivel de Autoestima**  
**Dimensión Niveles de Autoestima**

La variable mencionada originó una dimensión: Niveles de la misma. Dentro de ella el primer indicador es, autoestima alta, reflejado a través de cinco (5) ítemes, cuyos resultados están plasmados en el siguiente cuadro:

**Cuadro 7.-**  
**Distribución de frecuencia para la variable Nivel de Autoestima, en su Dimensión Niveles de autoestima y su Indicador autoestima alta.**

Ítemes	F	Siempre	F	Casi Siempre	F	Casi Nunca	F	Nunca
23.- Considera importante su labor para el beneficio del paciente	0	0	2	25	5	62.5	1	12.5
24.- Se acepta a sí mismo como es reconociendo sus cualidades	0	0	3	37.5	5	62.5	0	0
25.- Disfruta de la interacción con los pacientes que lo (a) aprecian	0	0	2	25	6	75	0	0
26.- Emite opiniones propias	0	0	1	12.5	5	62.5	2	25
27.- Aclara dudas al paciente con respecto a los procedimientos aplicados	0	0	1	12.5	6	75	1	12.5
<b>TOTAL</b>		0		22.5		67.5		10

Al efectuar el análisis de los resultados plasmados en la dimensión Niveles de Autoestima correspondiente al indicador Autoestima Alta, se pudo apreciar como el 62.5% de los encuestados casi nunca consideran importante su labor para el beneficio del paciente lo que indica que una gran mayoría de la muestra no sabe lo vital de su función dentro del ámbito hospitalario, por otro lado el 12.5% afirmó nunca considerar la importancia ni el beneficio que su labor le ofrece al paciente. Adicionalmente un 25% expuso que casi siempre le da importancia a su labor dentro del ámbito asistencial.

Simultáneamente se observa que un 62.5% de las respuestas de los enfermeros (as) se ubicaron en la alternativa casi nunca se aceptan así mismos como son reconociendo sus cualidades y solo el 37.5% respondió que casi siempre tienen un buen nivel de aceptación y este hecho involucra cualidades y defectos, porque se aceptan tal y como son, en beneficio propio y del paciente que es atendido.

En virtud de los resultados, un 75% de los encuestados casi nunca disfrutan de la interacción con los pacientes que lo (la) aprecian, como una demostración de agradecimiento, pero; el restante porcentaje constituido por EL 25% se ubicó en la alternativa casi siempre disfrutan de este contacto físico, es decir, que prefieren permanecer cerca a las personas a quienes prestan el servicio, mientras que las alternativas siempre y nunca el porcentaje fue nula.

Para el siguiente ítem, un 62.5% respondió que casi nunca emite opiniones propias en presencia del paciente que atiende, de igual modo el 25% consideró que nunca y solo el 12.5% casi siempre emite opiniones frente al paciente durante su jornada laboral; esto indica bajos niveles de autoestimas que son reflejados en las respuestas del instrumento.

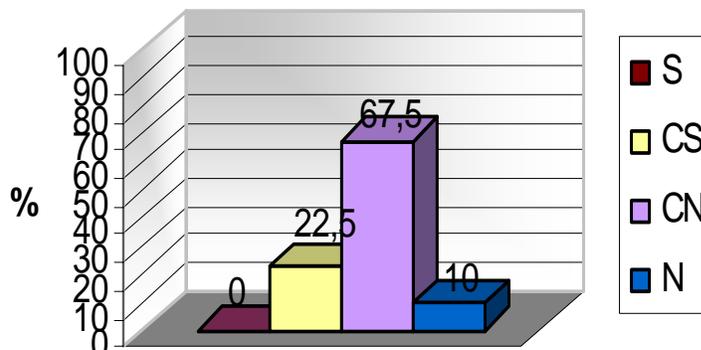
El último ítem que mide este indicador ubica un 75% de la muestra para la alternativa casi nunca aclara dudas al paciente con respecto a los procedimientos aplicados, sin embargo, un 12.5% de la misma, casi siempre comunica al usuario las técnicas que está aplicando, elemento que infunde confianza en la persona que recibe atención. Pero el 12.5% restante nunca aplica este tipo de estrategia y crea temor y falsas expectativas en el usuario.

Según los resultados analizados en el presente indicador autoestima alta, se evidencia que el personal de enfermería posee baja habilidad para considerar importante su labor, aceptarse a sí mismo, disfrutar de la interacción con el paciente, emitir opiniones propias y aclarar dudas al mismo, es decir, no poseen las características de una persona con

autoestima alta, que según Bonet, J (1994), son: aprecio, aceptación, afecto, atención, autoconciencia, apertura y afirmación, todas estas están presentes en una persona que posee autoestima suficiente.

### Gráfico 6

**Distribución de frecuencia para la variable Nivel de Autoestima, en su Dimensión Niveles de autoestima y su Indicador autoestima alta.**



Fuente: Cuestionario aplicado a los Enfermeros (as) pertenecientes a la muestra. Febrero 2007.

De acuerdo al gráfico anterior se puede observar mayor elevación para el indicador casi nunca ya que la totalidad de los encuestados no consideró importante su labor para el paciente, les es difícil aceptarse a sí mismos, disfrutan muy poco en el ejercicio de su rol de la interacción con sus pacientes, les resulta difícil expresar opiniones propias y una mayoría apreciable de los mismos no aclara dudas al paciente respecto a los procedimientos aplicados; claro índice de una autoestima que necesita ser reforzada.

En cuanto al indicador autoestima media, el mismo fue evaluado a través de cuatro (04) ítemes cuyos resultados se observan a continuación:

**Cuadro 8.-**

**Distribución de frecuencia para la variable Nivel de Autoestima, en su Dimensión Niveles de autoestima y su Indicador autoestima media.**

Ítemes	F	Siempre	F	Casi Siempre	F	Casi Nunca	F	Nunca
28.- Evita hacer preguntas por temor a parecer tonto /a	0	0	2	25	3	37.5	3	37.5
29.- Es espontáneo al comunicarse con los pacientes	1	12.5	0	0	6	75	1	12.5
30.- Se responsabiliza cuando comete un error en el ejercicio de su rol	0	0	2	25	5	62.5	1	12.5
31.- Acepta la crítica por parte del paciente	0	0	2	25	6	75	0	0
<b>TOTAL</b>		3.12		18.75		62.5		15.62

Los resultados obtenidos para el presente indicador señalan que el 37.5% de los enfermeros (as) consultados destacaron que casi nunca hacer preguntas por temor a parecer tonto/a y un porcentaje igual contestó que nunca se le dificulta hacer cualquier tipo de pregunta y solo el 25% afirmó que casi siempre evita este tipo de situación generalmente por temor, esto muestra una característica que resalta la autoestima media.

Adicionalmente, para el 75% de los enfermeros (as) casi nunca son espontáneos al comunicarse con los pacientes y otro 12.5% contestó que nunca; solo un porcentaje del 12.5% acotó que casi siempre es espontáneo al comunicarse con los pacientes; signo evidente de una autoestima media, porque la mayoría de los encuestados no poseen espontaneidad para entablar una conversación durante la práctica profesional.

También debe señalarse que para el 62.5% de los enfermeros (as), casi nunca cuando cometen un error durante el ejercicio de su rol se

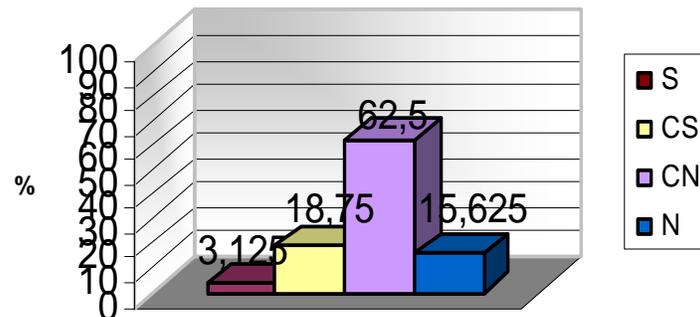
responsabilizan por ello, situación que no es compartida por el 25% quienes contestaron que casi siempre se responsabilizan por algún error cometido durante su practica profesional; olvidando lo importante del nivel de compromiso y aceptar las propias consecuencias sin culpar a los demás en forma indiscriminada; mientras que el 12.5% ubicó igualmente sus respuestas en la alternativa nunca suelen aceptar responsabilidades aunque cometan un error

Para el cierre de este indicador se observa que el 75% casi nunca acepta la crítica por parte del paciente y el 25% casi siempre si realiza este tipo de aceptación, lo que permite interpretar con respecto a los resultados obtenidos que una gran mayoría de la muestra se ubica en este indicador autoestima media.

En palabras de Bonet (1994), no puede existir afirmación propia duradera sin solidaridad, las personas no les interesa vivir en forma aislada e independiente de los demás, por esa razón necesitan afirmar su propia valía para así valorar a los demás. El ser humano no es una isla, de allí la importancia de una reflexión serena y razonada sobre la incidencia de indicios negativos con los que debía considerar trabajar para mejorarlos y realizar de ese modo, una percepción evaluativa de si mismo y del conjunto de conductas, rasgos corporales, mentales y espirituales que lo configuran.

### Gráfico 7

Distribución de frecuencia para la variable Nivel de Autoestima, en su Dimensión Niveles de autoestima y su Indicador autoestima media.



Fuente: Cuestionario aplicado a los Enfermeros (as) pertenecientes a la muestra. Febrero 2007.

Se observa claramente en el gráfico anterior que el mayor porcentaje de las respuestas se ubico en la alternativa casi nunca lo que reafirma una vez más, que los enfermeros (as) en el ejercicio de su rol son vulnerables a la crítica, actúan con dependencia, poseen temores, son pasivos y tienen dificultad para expresarse claramente, indicios de un nivel de autoestima media.

Dentro de este enfoque, se continúa la interpretación y análisis del último indicador, autoestima baja reflejada mediante cuatro (04) ítems:

**Cuadro 9.-**

**Distribución de frecuencia para la variable Nivel de Autoestima, en su Dimensión Niveles de autoestima y su Indicador autoestima Baja.**

Ítems	F	Siempre	F	Casi Siempre	F	Casi Nunca	F	Nunca
32.- Pide asesoría con regularidad al realizar actividades relacionadas con el paciente	5	62.5	2	25	1	12.5	0	0
33.- Prefiere el trabajo solo que el de equipo	1	12.5	3	37.5	4	50	0	0
34.- Explica muy poco al paciente sobre su problemática	4	50	3	37.5	1	12.5	0	0
35.- Se siente incómodo cuando un paciente toma una posición de acercamiento	1	12.5	6	75	1	12.5	0	0
<b>TOTAL</b>		34.37		43.75		21.8		0

De acuerdo a la información recopilada sobre la autoestima baja de los enfermeros (as) en la población estudiada, se observa que un 62.5% de las respuestas emitidas se ubicó en la alternativa siempre y otro 14.28% casi siempre piden asesorías con regularidad al realizar actividades relacionadas con el paciente, lo que implica más de la mitad del personal encuestado se siente inseguro al realizar labores propias de su práctica profesional; mientras que, solo el 12.5% señaló que casi nunca pide este tipo de asesorías constantes.

Conviene anotar que un 37.5% casi siempre y un 12.5% siempre, cuyas sumas representan el 50% de la muestra encuestada, prefieren el trabajo solo que el de equipo; aunque se denota que el 50% restante reiteró que casi nunca siente preferencia por trabajar solos y les gusta el equipo al momento de ejercer sus funciones, resultados que evidencian opiniones divididas y un nivel de autoestima baja en la mitad de la muestra.

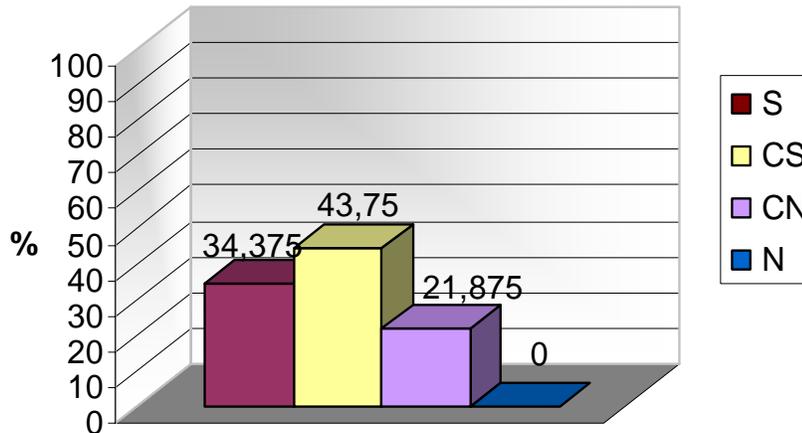
Asimismo, un 50% para la alternativa siempre y un 37.5% para casi siempre explican muy poco al paciente sobre su problemática pero, solo el 12.5% expresó que casi nunca deja de explicar claramente al paciente sobre la problemática que cursa, cabe resaltar que para la alternativa nunca el porcentaje fue nulo, lo que permite determinar los bajos niveles de autoestima de los encuestados.

Para finalizar con el último ítem 75% de los enfermeros (as) manifestó que casi siempre se siente incómodo cuando un paciente toma una posición de acercamiento, otro 12.5% reiteró que siempre siente ese tipo de incomodidad ante cualquier asomo de los pacientes querer establecer una conducta más amigable con ellos. Solo un pequeño porcentaje constituido por el 12.5% acotó que casi nunca se siente de esa forma, sin embargo los mayores porcentajes evidencian los niveles bajos de autoestima en la muestra seleccionada.

Por los resultados expuestos es evidente que los enfermeros (as) encuestados se ubican según las características evaluadas con tendencia a tener autoestima baja, de acuerdo con Bonet, J (1994), poseen indicios negativos como pedir asesorías con regularidad, preferir el trabajo fuera de equipo, explicar poco al paciente y sentir incomodidad ante un acercamiento con sus pacientes. Conductas que claramente denotan la necesidad de elevar los niveles de autoestima esencial a la hora de interactuar, tratar y comunicarse enfermero (a) - paciente

### Gráfico 8

**Distribución de frecuencia para la variable Nivel de Autoestima, en su Dimensión Niveles de autoestima y su Indicador autoestima Baja.**



Fuente: Cuestionario aplicado a los Enfermeros (as) pertenecientes a la muestra. Febrero 2007.

Es fácil observar, que el gráfico de barras posee mayores tendencias en las alternativas siempre y casi siempre, elementos probatorios de un nivel de autoestima baja en la muestra del estudio, por ende, se hace necesario reflexionar y tomar acciones con el propósito de fortalecer este factor de vital importancia en las relaciones interpersonales y más aún en la relación terapéutica enfermero/a – paciente.

## CAPITULO V

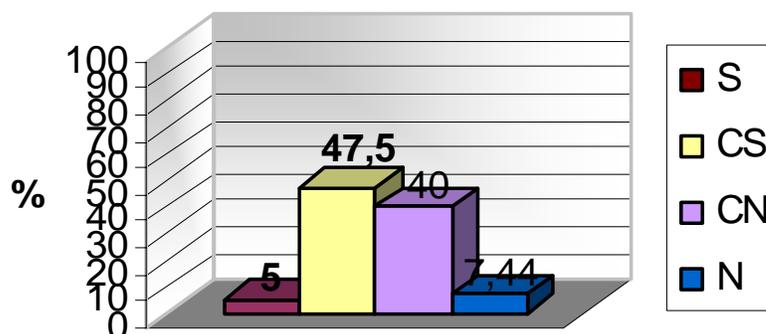
### DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Una vez aplicados los talleres de la propuesta elaborada con la finalidad de elevar la asertividad y autoestima en el personal de enfermería, para mejorar su rol asistencial; se reflejaron los siguientes resultados, luego de analizar e interpretar los porcentajes resultantes del post test, para cada una de las dimensiones e indicadores en sus dos variables.

En el siguiente apartado se presentan los resultados en gráficos con base a cada indicador en sus cuatro opciones de respuesta. Variable Asertividad y su primer indicador conducta pasiva:

#### Gráfico 9

**Distribución de Frecuencia para la variable Asertividad, en su Dimensión Relación Terapéutica Enfermero (a) –paciente y su Indicador conducta pasiva.**



Fuente: Cuestionario aplicado a los Enfermeros (as) pertenecientes a la muestra. Febrero 2007.

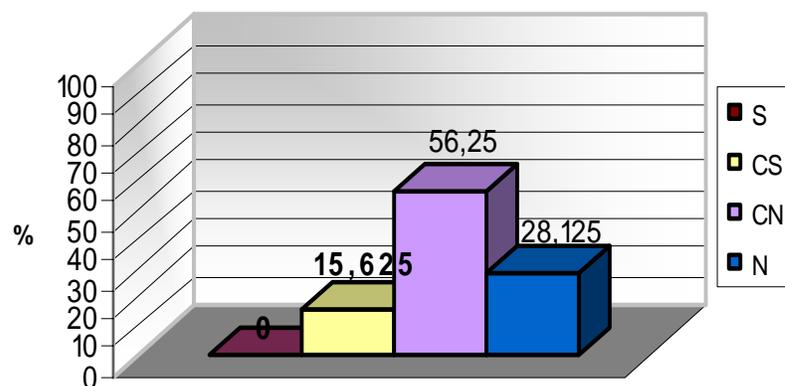
Es fácil observar, que con respecto a los resultados del pre taller en cuanto a, el indicador conducta pasiva el enfermero/a casi siempre suele

reprimir sus emociones, mejoró su actuación de manera rutinaria, la aceptación de sus errores y la complacencia con el paciente así como sus niveles de tolerancia, signos característicos de una conducta más asertiva que pasiva.

A continuación se reflejan los resultados del post test con respecto al indicador conducta agresiva:

### Gráfico 10

**Distribución de Frecuencia para la variable Asertividad, en su Dimensión Relación Terapéutica Enfermero (a) –paciente y su Indicador conducta Agresiva.**



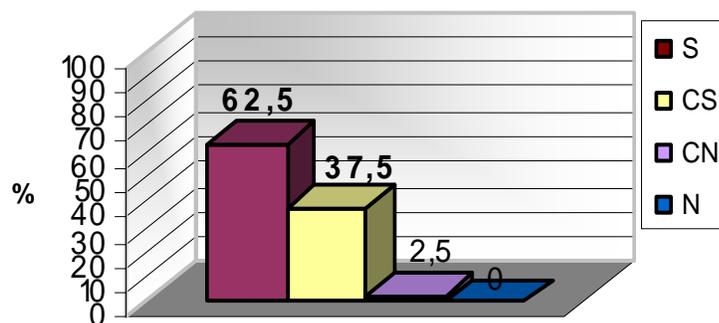
Fuente: Cuestionario aplicado a los Enfermeros (as) pertenecientes a la muestra. Febrero 2007.

De acuerdo al gráfico anterior se puede demostrar que, las mayores elevaciones se sitúan en la alternativa casi nunca el enfermero/a cambia su tono de voz, lucha con la mayoría de la gente y ya no teme alterarse en el curso de una discusión, es decir, los niveles de conducta agresiva son muy bajos, posiblemente producto de la asistencia a los talleres.

Siguiendo el mismo orden, se observan los resultados post test para el indicador conducta asertiva:

### Gráfico 11

**Distribución de Frecuencia para la variable Asertividad, en su Dimensión Relación Terapéutica Enfermero (a) –paciente y su Indicador conducta Asertiva.**



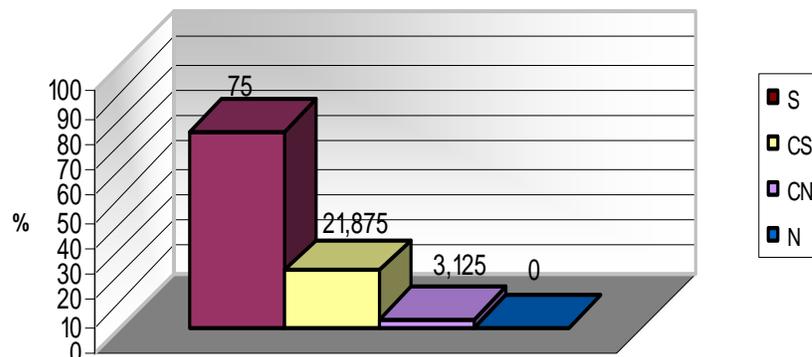
Fuente: Cuestionario aplicado a los Enfermeros (as) pertenecientes a la muestra. Febrero 2007.

Se observa, mediante los resultados plasmados en el gráfico anterior, que las tendencias más altas están ubicadas en la opción siempre al uso adecuado al tono de voz, al mantenimiento del contacto visual, en la adopción de posturas de acercamiento, expresión de su punto de vista y más facilidad para expresar sentimientos; muestra clara de las características de una conducta asertiva.

En esta misma perspectiva, se presentan los resultados para la segunda dimensión comunicación y su indicador verbal:

### Gráfico 12

**Distribución de Frecuencia para la variable Asertividad, en su Dimensión Relación Terapéutica Enfermero (a) –paciente y su Indicador Comunicación Verbal.**



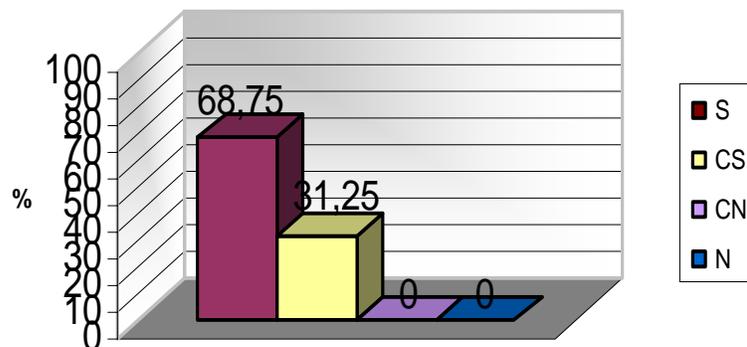
Fuente: Cuestionario aplicado a los Enfermeros (as) pertenecientes a la muestra. Febrero 2007.

Conviene destacar, con respecto a los resultados del pre test, que los encuestados ubicaron un total del 75% de sus respuestas en el post test, en la opción siempre logran una comunicación fluida, solicitan pedidos con las palabras adecuadas, se presentan al paciente con su nombre y escuchan atentos la opinión del mismo, es decir, se observan mejores niveles de comunicación verbal entre el enfermero/a y sus pacientes.

Seguidamente, en el presente gráfico se observan los resultados post test para el indicador Comunicación No Verbal:

### Gráfico 13

**Distribución de Frecuencia para la variable Asertividad, en su Dimensión Relación Terapéutica Enfermero (a) –paciente y su Indicador Comunicación No Verbal.**



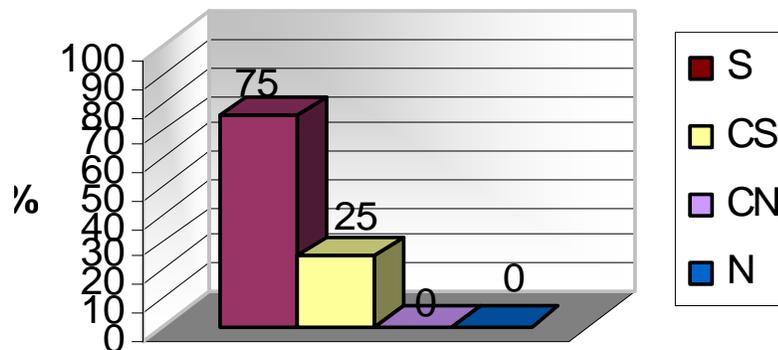
Fuente: Cuestionario aplicado a los Enfermeros (as) pertenecientes a la muestra. Febrero 2007.

Conviene destacar, que la mayoría de las respuestas se ubicó en la opción siempre y del mismo modo los resultados arrojaron nulos porcentajes para las alternativas nunca y casi nunca, contrario a lo reflejado en el pre test, signo inequívoco de mejoras en la comunicación por medio de gestos, tacto y movimientos para expresarse; situación que favorece altamente los niveles de interacción enfermero/a – paciente.

En este segundo bloque, se ofrecen los resultados para la variable nivel de autoestima, su dimensión niveles de autoestima y su primer indicador Autoestima Alta:

**Gráfico 14**

**Distribución de frecuencia para la variable Nivel de Autoestima, en su Dimensión Niveles de autoestima y su Indicador autoestima alta.**



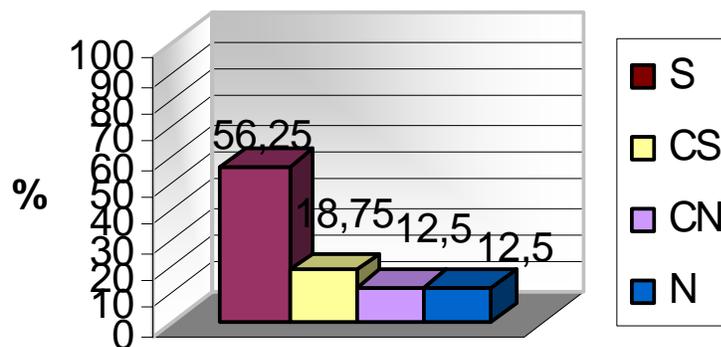
Fuente: Cuestionario aplicado a los Enfermeros (as) pertenecientes a la muestra. Febrero 2007.

Al realizar, el análisis crítico del gráfico anterior, se observa que una gran mayoría de las respuestas pertenecen a la alternativa siempre el enfermero/a considera importante su labor, se acepta a sí mismo, disfruta de la relación con sus pacientes y algo muy importante aclara dudas al mismo con respecto a los procedimientos realizados. Muestra simbólica de una autoestima alta que beneficia directamente a la salud del paciente.

Desde la misma perspectiva, se ofrecen los resultados para la variable nivel de autoestima, su dimensión niveles de autoestima y su segundo indicador Autoestima Media:

### Gráfico 15

**Distribución de frecuencia para la variable Nivel de Autoestima, en su Dimensión Niveles de autoestima y su Indicador autoestima media.**



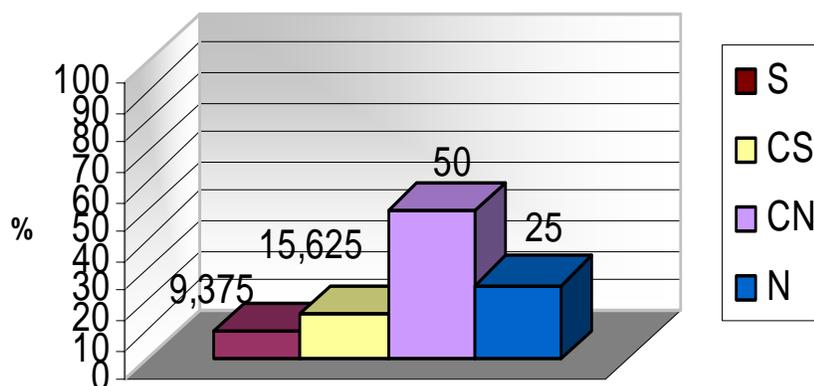
Fuente: Cuestionario aplicado a los Enfermeros (as) pertenecientes a la muestra. Febrero 2007.

Con respecto al pre test, se observa una significativa elevación en la espontaneidad al comunicarse, responsabilidad al cometer un error y un buen nivel de aceptación de críticas por parte del paciente indicativos de un buen nivel de autoestima resultante de la asistencia a los talleres.

Desde la misma perspectiva, se ofrecen los resultados para la variable nivel de autoestima, su dimensión niveles de autoestima y su tercer indicador Autoestima Baja:

**Gráfico 16**

**Distribución de frecuencia para la variable Nivel de Autoestima, en su Dimensión Niveles de autoestima y su Indicador autoestima Baja.**



Fuente: Cuestionario aplicado a los Enfermeros (as) pertenecientes a la muestra. Febrero 2007.

Para finalizar este análisis comparativo, se observa en los resultados del post test con respecto a autoestima baja, que los enfermeros (as) piden menos asesorías, prefieren más el trabajo en equipo y se sienten más cómodos cuando el paciente toma una posición de acercamiento. Se podría resumir, en forma general, que los talleres de la propuesta ayudaron para mejorar la asertividad y a elevar los niveles de autoestima en los enfermeros (as), siendo estos dos elementos vitales en la práctica profesional porque la materia prima de la misma es humana.

## CONCLUSIONES

La actual investigación faculta según los resultados obtenidos exponer las siguientes conclusiones:

Con respecto al Cuestionario Pre - test:

1. Según lo observado en el análisis de los resultados, el personal de enfermería presenta dificultades en el manejo de emociones, reflejado en su tipo de conducta, razón importante para ser tomada en cuenta por los gerentes de salud.
2. Mantiene incongruencia entre sus palabras y sus acciones, afectando la comunicación directa y lineal que debe haber con el paciente; traducido en la opinión que este y por ende la comunidad tiene del gremio.
3. El profesional de salud amerita constantemente de acciones que estimulen su autoestima, tanto personal como laboral, ya que suele tomarse en cuenta como profesional que aplica técnicas y procedimientos pero muy poco como ser humano.
4. Igualmente, el déficit observado influye no solo en su relación terapéutica enfermero/a paciente sino también con sus compañeros de trabajo, superiores y entorno social.
5. Es necesario el uso de herramientas eficaces para mejorar y/o modificar la conducta del enfermero/a.

Con respecto al Cuestionario Post- test:

1. Luego de aplicados los Talleres se determinó que fueron favorables a las conductas de los enfermeros que constituyeron la muestra, lo que indica una actitud presta al aprendizaje y a mejoras en su rol asistencial.
2. Al observar la discusión de resultados, se evidencia una congruencia notablemente elevada entre lo que el enfermero/a transmite en forma verbal y no verbal signo inequívoco de mejoras entre la comunicación terapéutica, lo que trae como consecuencia el cambio de opinión tanto del paciente como de la comunidad del personal de salud.
3. El cambio de actitud por parte del personal de enfermería es punto relevante para ser evaluado por los supervisores y gerentes, ya que demuestra la notoria efectividad de los talleres en su enriquecimiento personal.
4. Se evidenció una actitud presta al aprendizaje, al cambio y al logro de nuevas y mejores actitudes que mejoran el cuidado humano y por ende la calidad de atención así como la satisfacción personal por el trabajo realizado

## RECOMENDACIONES

A partir de las conclusiones realizadas anteriormente se recomienda:

1. Realizar análisis y evaluación de la relación laboral estímulo – rendimiento, motivación al logro, entre otros, para que así la gerencia de salud tome medidas en la exaltación y estímulo del personal de enfermería.
2. Se recomienda realizar frecuentemente talleres, seminarios, jornadas, mesas redondas, entre otros donde el tema central sea el crecimiento del personal de salud a nivel personal, como ente social y laboral, no solo en la búsqueda de su enriquecimiento académico sino humano logrando que, esto posteriormente sea reflejado en el trato con el paciente.
3. Se exhorta al gremio de enfermería específicamente a la gerencia, supervisión y coordinación de cada área a realizar la motivación del personal con reforzamientos positivos como condecoraciones, reconocimientos escritos y/o verbales y cualquier otro que sirva de estímulo para mejorar la calidad de atención que presta el personal.
4. Extender estos talleres de asertividad y Autoestima no solo a las Áreas Críticas sino también de hospitalización y consulta para lograr un alcance más amplio y así una mejor calidad de atención proyectada a todos los pacientes.
5. Realizar más investigaciones en el campo de la asertividad y autoestima del personal de enfermería y así enriquecer este tema tan poco explorado para este profesional en específico.
6. La función de este profesional con respecto al sector salud, es una profesión de las más exigentes; por esta razón el personal de enfermería necesita reflejar honestidad, responsabilidad, espíritu de superación personal, liderazgo y asertividad como una herramienta valiosa de la

comunicación y la conducta que llevará al paciente a evolucionar rápidamente hacia la recuperación total.

7. De ahí que la autora de esta investigación recomienda al personal de enfermería asistir a los talleres programados en la propuesta elaborada a fin de reforzar e incrementar la asertividad en el ejercicio de su rol y de hecho sus niveles de autoestima para así facilitar su labor profesional.  
(Anexo N° 2)

## **CAPITULO VI**

### **LA PROPUESTA**

#### **Estructura de la Propuesta de Asertividad y Autoestima**

Esta investigación consiste en un Programa de Entrenamiento Asertivo dirigido al personal de enfermería en formación, por lo que así mismo se convierte en un proyecto factible, porque se propone un plan estratégico que contribuye al cambio y/o refuerzo de la asertividad en los enfermeros (as); lo anterior con una meta específica como es mejorar la asertividad de estos profesionales en el ejercicio de su rol asistencial.

La asertividad y operatividad del programa esta especificada en las acciones que cubren las necesidades detectadas en el diagnóstico efectuado, esto conlleva a la superación de manera positiva de las limitaciones que se presentan en el rol profesional llevando a su vez la modificación de la comunicación, relación terapéutica enfermero/a – paciente y la asertividad para la intra e interrelación de los entes involucrados, redundando todo esto en la satisfacción de los individuos, grupos y sociedad.

Las estrategias asertivas dan herramientas útiles para el cambio personal y profesional del enfermero/a, con ello también se ofrecen la modificación de una conducta no operativa de este, que transfiere en su capacidad y habilidad en el trato con el paciente.

Por lo tanto, la descripción de la propuesta a presentar consta fundamentalmente de un objetivo general: Aplicar un programa de talleres de asertividad y autoestima dirigido al personal de enfermería en formación para mejorar su rol asistencial en el período enero a febrero de 2007, esto se

cumplirá a través del desarrollo de los objetivos terminales de cada taller. (Ver talleres Anexo No 2).

Igualmente posee un total de cuatro (04) talleres los cuales se realizaron en cuatro (04) días efectuados cada ocho (8) días con sesiones de noventa (90) minutos cada uno; dirigidos al personal de enfermería; requisito primordial para la asistencia a los talleres es el perfil siguiente: (a) ser profesional graduado; (b) mayores de edad; (c) profesional motivado al cambio; (d) de ideas flexibles; (e) presto a la modificación de su estructura mental, (f) pertenecientes al curso post básico de cuidados intensivos del adulto.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AGUILAR, K. (1988), Asertividad: Sé tú mismo sin sentirte culpable. (2ª. Ed.) México: D. F. Editorial Pax.
- ANGUIANO, A. (2003). Asertividad. Investigación en línea. Extraído el 26 de noviembre de 2006. Disponible: [www.miespacio@infosol.com.mx](http://www.miespacio@infosol.com.mx). México.
- ANTEQUERA, F. (1997). Aspectos Psicosociales de la Infancia. Ministerio de la Familia. Caracas Venezuela.
- ARIAS F. (1999). El proyecto de Investigación. Guía para su elaboración. Tercera Edición. Editorial Episteme. Oreal Ediciones. Caracas Venezuela.
- ARRIAGA, E, IGLESIAS, S y otros, (2001) Estudio Multicéntrico sobre el Empleo del Tacto como Forma de Comunicación del Personal de Enfermería con los Pacientes. Extraído el 26 de agosto de 2006. Disponible: [www.alfama.sim.ucm.es](http://www.alfama.sim.ucm.es)
- ARY, D. (1997). Introducción a la Investigación Pedagógica. 2da edición. Editorial McGraw Hill. México.
- BELTRÁN, B. (1987). La relación docente alumno: Temas de psicología. Pedagogía para maestros. La Habana, Cuba: Editorial Pueblo y Educación.
- BONET, J. (1997). Sé amigo de ti mismo: manual de autoestima. España: Editorial Sal Terrae.
- BOWER, S y BOWER, G. (1996). Asserting Yourself. Editorial New Jersey. Co.
- BRANDEN, N. (1997). La Psicología de la Autoestima, Ed. Paidós. Barcelona.
- CASTANYER, O. (1996). La asertividad: expresión de una sana autoestima. (3ª. Ed.). Colección crecimiento personal. Bilbao, España: Editorial Desdéc de Brower. S.A.
- CHAUSTRE, O; MONTAÑO, B; BERRÍOS, A. (2001). Relaciones interpersonales Enfermera – Enfermo en la Unidad de Neurocirugía Hospital Vargas. Trabajo especial de Grado para optar por el título de

Licenciado en Enfermería, en la Escuela de Enfermería Facultad de Medicina UCV.

CHIRINOS, L. (2000). Estrategias de Apoyo Emocional y Espiritual que Utilizan los Profesionales de Enfermería en la Atención a las Mujeres Mastectomizadas Hospitalizadas en el instituto Oncológico "Dr. Luís Razetti" de Caracas. Trabajo especial de Grado para optar por el título de Licenciado en Enfermería, en la Escuela de Enfermería Facultad de Medicina UCV.

DAVIS, F. (1983). La comunicación no verbal. Bilbao, España: Editorial Alianza.

DÍAZ, P. (1999). Plan del Médico y Enfermera de la Familia. Artículo en Línea. Holguín Cuba. Extraído 26 noviembre 2006. Disponible: [www.revistacubanadeenfermeria.com](http://www.revistacubanadeenfermeria.com).

DUQUE, H. (1997) -Como Gerenciar Nuestra Propia Vida. Santa Fe de Bogotá. Paulinas.

FEDERACIÓN DE COLEGIOS DE ENFERMERAS DE VENEZUELA. (1991). Código Deontológico de Enfermería. Caracas. Venezuela.

FENSTERHAM, H., y Baer, J. (1991). No diga sí cuando quiera decir no: el aprendizaje asertivo que puede cambiar su vida. (2ª. Ed.). Caracas: Editorial Grijalbo S.A.

FUNDICHELY, M. (1999). Autoestima del Personal de Enfermería. Revista Cubana de Enfermería. Habana Cuba. Extraído 13 mayo 2003. Disponible en: [www.revistacubanadeenfermeria.com](http://www.revistacubanadeenfermeria.com)

ELIZONDO, M. (1997). Asertividad y escucha activa en el ámbito académico. (1ª. Ed). México: Editorial Trillas. ITEMS. Universidad virtual.

EGÚSQUIZA, O. (2004). Modelo de Comunicación en las Organizaciones. Extraído el 26 de noviembre de 2006. Disponible: [www.monografias.com/comunicacionyautoestima/shtml](http://www.monografias.com/comunicacionyautoestima/shtml)

GANSTER y SCHAUBROECK (1995), Asociación Colombiana para el Avance de las Ciencias del Comportamiento [ABA] (2003). Extraído el 13 de Octubre de 2006. <http://www.abacolombia.org.co/bv/organizaciones/organ45.pdf#search='autoestima%20laboral'>.

- GIL, C., y LARA, E. (1993 mayo). Taller de asertividad. I jornadas de la autoafirmación y el poder personal, Caracas.
- GONZÁLEZ, V. (1990). Profesión: comunicador. La Habana: Editorial Pablo de la torriente.
- GUISPERT, C. (2002). Diccionario de Medicina. Océano Mosby. 4ta edición. Grupo Editorial Océano. España.
- HALL, J. (1996). Enfermería en Salud Comunitaria: In Enfoque of Systems. 1era edición. Editorial Organización Panamericana de Salud. New York. USA.
- HERNÁNDEZ, V. (2003, 6) Asertividad en el trabajo. Extraído el 18 de agosto del 2006 de: [http://www.hipocrita.net/asertividad/asertividad\\_en\\_el\\_trabajo.php](http://www.hipocrita.net/asertividad/asertividad_en_el_trabajo.php)
- HERNÁNDEZ, FERNÁNDEZ y BAPTISTA. (2000). Metodología de la Investigación. Ediciones McGrawHill. Interamericana.
- HURTADO, J. (2004). El Proyecto de Investigación. Tercera Edición. Universidad Nacional Latinoamericana y del Caribe. Fundación SYPAL. Ediciones Quirón. Caracas. Venezuela.
- KING, E. (1999). Técnicas de Enfermería. Editorial Interamericana. Publicación de enfermería. Amarillo Texas.
- LOPEZ, M. CAMPOS de, E. La comunicación terapéutica durante instalación de venoclisis: uso de la simulación filmada. Rev. Latino-Am. Enfermagem. Ribeirão Preto, 14, n. 5, Extraído 10 Diciembre 2006. Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692006000500004&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692006000500004&lng=es&nrm=iso)
- MOLES, J. (1991 - 1994). Psicología conductual. Caracas, Venezuela: Editorial Greco.
- MOGOLLÓN, M y PINTO, Z; (2003). Comunicación Terapéutica en la Satisfacción de las Necesidades de los Enfermos en el Postoperatorio Inmediato. Trabajo especial de Grado para optar por el título de Licenciado en Enfermería. Maracay Estado Aragua

- MUÑOZ, C. (1998). Como Elaborar y Asesorar una Investigación de Tesis. Ediciones Prentice Mav Hispanoamericano, S.A. México D.F.
- NAVARRO, M. (2005). La Ruta: Un mapa para construir futuros. (1ª Ed.). San Salvador, El Salvador.
- RODRÍGUEZ, M. y SERRALDE, M. (1993). Asertividad para negociar. Serie: el arte de negociar. México: D.F.
- SALOMÉ, B; RODRÍGUEZ, M y VELÁSQUEZ, M;(2003) La Comunicación Terapéutica que Establece el profesional de Enfermería en los Cuidados del Paciente Hospitalizado en la Unidad Clínica de Medicina del Hospital "Dr., Luís A. Rojas". Trabajo especial de Grado para optar por el título de Licenciado en Enfermería. Cantaura Estado Anzoátegui
- SÁNCHEZ, C. (2003): Autoestima extraído el 25 de Septiembre de 2006 de: <http://www.monografias.com/trabajos16/autoestima/autoestima.shtml>
- SANTALIZES, J. (2002). Orígenes y Modelos de enfermería. Investigación de postgrado Universidad Complutense. Madrid España. Extraído 18 agosto de 2006. Disponible: [www.rincondelvago.com](http://www.rincondelvago.com).
- SOCIEDAD PLANETARIA (1999). Guía para el Enfermero. Extraído 13 de mayo de 2003. Documento en línea. Disponible. <http://w.w.w.unesco.org:8090/sp/spmonde/spguidehtml/>
- UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA EXPERIMENTAL LIBERTADOR (2003) Manual de Trabajos de Grado de Maestría y Tesis Doctorales. Caracas, Venezuela.
- VOLI, F. (1998). La autoestima del profesor: Manual de reflexión y acción educativa. (3ª. Ed.). Madrid, España: Ediciones Herminio Otero.
- ZALDÍVAR, D. (2004): Psicología Laboral. extraído el 25 de Septiembre de 2006 de: <http://www.monografias.com/trabajos23/autoestima/autoestima.shtml>

# ANEXOS

## ANEXO N° 1 CUESTIONARIO

PROPOSICIÓN	Siemp re	Casi Siempre	Casi Nunca	Nunca
1. Suele reprimir las emociones antes de entrar en polémica con un paciente				
2. Actúa de manera rutinaria en el ejercicio de su rol asistencial				
3. Acepta sus errores sin discutir				
4. Complace al paciente constantemente sin exponer alternativas				
5. Suele ser muy tolerante				
6. Cambia el tono de voz adecuado al enojarse				
7. Lucha con la mayoría de la gente (pacientes, familiares, compañeros) por mantener su posición				
8. Presenta comunicación poco fluida cuando está molesto (a)				
9. Durante una discusión, teme alterarse tanto como para perder la calma				
10. Usa adecuadamente el tono de voz en todas las situaciones que se presentan				
11. Mantiene el contacto visual con el paciente				
12. Adopta una postura de acercamiento durante su atención al paciente				
13. Expresa claramente y sin temor su punto de vista al paciente				
14. Presenta facilidad para expresar sentimientos (alegrías, tristezas, emociones, enojos)				
15. Logra una comunicación fluida y abierta con el paciente				
16. Cuando solicita algo suele decir: "por favor" "disculpe" "podría"				
17. Al primer encuentro con el paciente se presenta con su nombre				
18. Escucha atento la opinión del paciente				
19. Controla emociones de enojo frente al				

paciente				
20. Los gestos son acordes al mensaje que desea transmitir				
21. Utiliza el sentido del tacto como parte de su comunicación con el paciente				
22. Utiliza libremente gestos y movimientos para expresarse.				
23. Considera importante su labor para el beneficio del paciente				
24. Se acepta a sí mismo como es reconociendo sus cualidades				
25. Disfruta de la interacción con los pacientes que lo (a) aprecian				
26. Emite opiniones propias				
27. Aclara dudas al paciente con respecto a los procedimientos aplicados				
28. Evita hacer preguntas por temor a parecer tonto /a.				
29. Es espontáneo al comunicarse con los pacientes				
30. Se responsabiliza cuando comete un error en el ejercicio de su rol				
31. Acepta la crítica por parte del paciente				
32. Pide asesoría con regularidad al realizar actividades relacionadas con el paciente				
33. Prefiere el trabajo solo que el de equipo				
34. Explica muy poco al paciente sobre su problemática				
35. Se siente incómodo cuando un paciente toma una posición de acercamiento				

ANEXO Nº 2

# TALLERES DE LA PROPUESTA

**TALLER N° 1**  
**Conocimiento y Valoración de Cualidades Personales**

Los asistentes al finalizar el taller considerarán

<b>Objetivo Terminal</b>
--------------------------

El conocimiento de sí mismo como personas y profesionales dentro del campo personal y laboral
---



<b>Objetivos Específicos</b>
------------------------------

- |  |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Reconocer cualidades personales y profesionales mediante el uso de técnicas de introspección</li></ul> |
|--|

## TALLER N° 1

### Tema: Conocimiento y Valoración de Cualidades Personales

Objetivo Específico	Contenidos	Estrategia Metodológica	Recursos	Tiempo
Reconocer cualidades personales y profesionales mediante el uso de técnicas de introspección	<ul style="list-style-type: none"><li>• Concepto de sí mismo, El sí mismo visto por otros, El sí mismo ideal.</li><li>• Cualidades personales</li><li>• Genitograma afectivo personal, Estudio retrospectivo afectivo-emocional de la persona.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Ejercicio del “Yo soy”, jerarquía y razones importantes, desarrollo del concepto de sí mismo. (Anexo N° 3)</li><li>• Análisis de relaciones afectivas desde la infancia. (Anexo N° 4)</li><li>• Ejercicio, 3 cualidades positivas y 3 negativas. (Anexo N° 5)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Humanos: facilitador y participantes.</li><li>• Hojas blancas</li><li>• Lápices</li><li>• Pizarra acrílica</li><li>• Marcadores</li></ul>	30´ para cada contenido Total de 1 hora y 30 minutos

**TALLER N° 2**  
**Diferenciación de la Comunicación Verbal y No Verbal**

Los asistentes al finalizar el taller considerarán

<b>Objetivo Terminal</b>
--------------------------

Mejorar la comunicación verbal y no verbal que emite el enfermero (a) en la conversación que mantiene frente al paciente
--



<b>Objetivos Específicos</b>
------------------------------

- |  |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Discernir comunicación verbal y no verbal y su influencia en la relación terapéutica enfermero - paciente dentro del ámbito hospitalario. (acusadora, suplicante, razonable, distraída y armónica)</li></ul> |
|--|

## TALLER N° 2

### Tema: Diferenciación de la Comunicación Verbal y No - Verbal

Objetivo Específico	Contenidos	Estrategia Metodológica	Recursos	Tiempo
Discernir comunicación verbal y no verbal y su influencia en la relación enfermero - paciente	<ul style="list-style-type: none"><li>Definición operacional.</li><li>Comunicación: Razonable. Distraído Acusado Armónico (a) congruente.</li><li>Tipos de Comunicación</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Definir de manera operacional mediante intervención del grupo comunicación</li><li>Presentar relación entre enfermero (a) y paciente con respecto a la comunicación mediante la dramatización realizada por ellos mismos de:<ul style="list-style-type: none"><li>Acusadora.</li><li>Suplicante.</li><li>Razonable.</li><li>Distraído (a)</li><li>Armónica o congruente. (Anexo N° 6)</li></ul></li><li>Diferenciar tipos de comunicación</li><li>Compartir la experiencia.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Humanos: facilitador y participantes.</li><li>Lectura "El cometa Halley" (Anexo N° 7)</li><li>Pizarra acrílica</li><li>Marcadores</li></ul>	30´ para cada contenido Total de 1 hora y 30 minutos

### TALLER N° 3

## Conductas Pasivas, Agresivas y Asertivas

Al culminar el taller los participantes manejarán información acerca de:



#### Objetivo Terminal

Proporcionar información general sobre conductas asertivas, pasivas y agresivas con el fin de cambiar y/o reforzar la asertividad que posean los enfermeros (as).



#### Objetivos Específicos

- Definir y comprender el concepto de Asertividad
- Indagar el tipo de conducta que presentan los enfermeros (as): conducta agresiva, pasiva o asertiva

**TALLER N° 3**  
**Tema: Asertividad**

Objetivo Específico	Contenidos	Estrategia Metodológica	Recursos	Tiempo
Definir y comprender el concepto de Asertividad	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Concepto</li> <li>• Técnicas</li> <li>• Rasgos de una persona asertiva</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Exposición oral por facilitador</li> <li>• Discutir el tema, previa lectura del material proporcionado con anterioridad sobre Asertividad. (Anexo N° 8)</li> <li>• Escuchar las vivencias “asertivas” de los participantes en desempeño del rol asistencial</li> </ul>	Humanos: facilitador y participantes. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Material impreso</li> <li>• Pizarra acrílica</li> <li>• marcadores</li> </ul>	45´
Indagar el tipo de conducta que presentan los enfermeros (as). (conducta agresiva, pasiva o asertiva)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conducta agresiva,</li> <li>• conducta pasiva</li> <li>• conducta asertiva.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• En 3 grupos de 4 personas cada uno analizará el material referido a un tipo de conducta. (Anexo N° 9)</li> <li>• Dramatizar por parte de los participantes.</li> <li>• Concluir con el reforzamiento por el facilitador sobre el tema propuesto y la intervención corta de los participantes.</li> <li>• Lectura de “El coleccionista de Insultos” (Anexo N° 10)</li> </ul>	Humanos: facilitador y participantes. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Material impreso</li> <li>• Pizarra acrílica</li> <li>• Marcadores</li> <li>• Lectura de “El coleccionista de Insultos”</li> </ul>	45´

## **TALLER N° 4**

### **Autoestima**

Al finalizar el taller los enfermeros (as) asistentes estarán en capacidad de:



#### **Objetivo Terminal**

Comprender la importancia de su profesión para el servicio, elevar su autoestima y cambiar los comportamientos no operativos por conductas funcionales.



#### **Objetivos Específicos**

- Describir los comportamientos significativos del enfermero (a) en el ejercicio de su rol asistencial Crear un clima de integración grupal.
- Reconocer el tipo de autoestima que más prevalece en el enfermero (a). Establecer las normas y expectativas en los participantes.
- Reflexionar sobre las necesidades de cambios personales y profesionales.

**TALLER N° 4****Tema: Autoestima**

<b>Objetivo Específico</b>	<b>Contenidos</b>	<b>Estrategia Metodológica</b>	<b>Recursos</b>	<b>Tiempo</b>
Describir los comportamientos significativos del enfermero en el ejercicio de su rol asistencial.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Actividades diarias</li><li>• Comportamientos significativos.</li><li>• Relación entre comportamientos significativos y su influencia en la profesión.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Lectura “El Eco”. (Anexo N° 11)</li><li>• Intercambiar ideas de grupo sobre las actividades importantes dentro del ejercicio del rol asistencial.</li><li>• Escribir en el tablero la conducta que más se presenta.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Humanos. Facilitador y participantes</li><li>• Lectura “El Eco”</li><li>• Tiza, borrador.</li></ul>	30
Reconocer los tipos de autoestima que prevalece en el enfermero (a)	<ul style="list-style-type: none"><li>• Autoestima</li><li>• Niveles de la autoestima.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Crear concepto de autoestima.</li><li>• Exposición del facilitador sobre Niveles de autoestima y autoestima laboral</li><li>• Lectura “Parábola del Caballo”. (Anexo N° 12)</li><li>• Proporcionar feedback entre los participantes</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Lectura “Parábola del Caballo”</li><li>Humanos: facilitador y participantes.</li><li>• Material impreso</li><li>• Pizarra acrílica</li><li>• marcadores</li></ul>	30'
Reflexionar sobre las necesidades de cambios personales y profesionales.	<ul style="list-style-type: none"><li>• El cambio a nivel personal y profesional</li><li>• Aplicación de cuestionario</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Lectura “Ascender por resultados” (Anexo N° 13)</li><li>• Intercambio de opiniones sobre el enfermero como profesional y el cambio personal que se puede dar para elevar su autoestima tanto personal como laboral.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Humanos. Facilitador y participantes</li><li>• Lectura “Ascender por resultados”</li></ul>	30'

## **ANEXO N° 3**

## **ANEXO N° 4**

## **ANEXO Nº 5**

## ANEXO Nº 6

### TIPOS DE COMUNICACIONES

#### ***Computador o Razonable:***

Frío, calculador, sosegado, legalista, compulsivo, obsesivo, rígido, insensible, militarista, súper razonable, vive con los deberías, niega los sentimientos, nombra los hechos.

Dice: “obviamente... ¿qué yo alterado?”

Por dentro: “soy vulnerable”. Le tiene miedo a las emociones.

Principio: “no me puedes atrapar si no demuestro ser vulnerable”

#### ***Culpador:***

El señalador de faltas, controlador, crítico dice: “tu nunca lo haces bien”, “si no fuera por ti”, o “eres tan estúpido” (malo, feo)...

Por dentro: “estoy triste y probablemente no soy amado”

Principio: “destruye el enemigo antes de que él o ella puedan destruirte”

“la mejor defensa es una buena ofensiva”.

#### ***Distraída:***

Conversadora (or), irrelevante. Dice: “¿problema? ¿Qué problema?”

Por dentro: asustada y desconfiada siente que a nadie le importa, “no hay un lugar para mí”

Principios: si ignora el problema, se irá o mejorará por sí mismo.

#### ***Complaciente o Suplicante:***

Insinuante, ávido de complacer, aprologetico. Un hombre o una mujer “sí un mártir. Me siento como la nada”. Asustada de ser herida

Principio: “yo me destruiría primero antes de que tu lo hicieras”

“yo me destruiría primero para preservar la relación”

***Armónica o Congruente:***

Comunicación fluida y constructiva, valora cada uno de los elementos que la componen: el yo, los otros y el contexto.

Hay una relación y consonancia entre la experiencia vivida los pensamientos y los sentimientos.

Los mensajes son directos.

Hay salud mental y física.

## **ANEXO N° 7**

### **El Cometa Halley**

#### **Memorando**

De: Director General.

A: Gerente.

El viernes próximo, alrededor de las cinco de la tarde, aparecerá el cometa Halley en esta zona. Se trata de un nuevo evento que ocurre cada 78 años. Por favor, reunirá a todos los trabajadores en el patio de la fábrica, con cascos de seguridad, que allí le explicaré el fenómeno. Si estuviera lloviendo no podremos ver este raro espectáculo a ojo descubierto; en tal caso, todos deberán dirigirse al comedor, donde se exhibirá un documental sobre el cometa.

#### **Memorando**

De: Gerente.

A: Director de Recursos Humanos.

Por orden del director general, el viernes a las cinco de la tarde aparecerá sobre la fábrica, si llueve, el cometa Halley. Reúna a todo el personal con cascos de seguridad y llévelos al comedor, donde tendrá lugar un raro fenómeno que sucede cada 78 años a ojo desnudo.

#### **Memorando**

De: Director de Recursos Humanos.

A: Jefe de Personal.

A solicitud del director general el científico Halley, de 78 años de edad, aparecerá desnudo en el comedor de la fábrica el próximo viernes a las cinco de la tarde usando un casco de seguridad, pues estará presentando un documental sobre el problema de la lluvia, y el director hará una demostración en el patio de la empresa.

### **Memorando**

De: Jefe de Personal.

A: Jefe de Turno.

El viernes a las cinco de la tarde el director, por primera vez en 78 años, aparecerá en el comedor para firmar el documental "Halley Desnudo", junto al famoso científico y su equipo. Todos deben presentarse con cascos de seguridad porque el documental tratará de la seguridad en condiciones de lluvia.

### **Memorando**

De: Jefe de Turno.

A: Jefe de Brigadas.

Todos, sin excepción, deben presentarse desnudos con los agentes de seguridad de la fábrica en el patio de la misma, este viernes a las cinco de la tarde. El director vendrá acompañado de Halley, un artista muy famoso y su grupo, que mostrarán el documental "Bailando Bajo la Lluvia". En caso de que en verdad llueva, hay que irse al comedor con cascos de seguridad. Esto ocurre cada 78 años.

### **Aviso en la Cartelera:**

A todo el Personal:

El viernes cumple 78 años el director general. Por tal motivo se dará libre a todo el mundo sin excepción, para la fiesta que tendrá lugar en el

comedor a las cinco de la tarde con el grupo Halley y sus Cometas. Todos deben ir desnudos y usar condones de seguridad, porque lloverá y se va a formar tremenda fiesta en el patio de la fábrica.

**Fuente:** Lopera, J y Bernal, M (2002). La culpa es de la Vaca. Editorial intermedio.

## **ANEXO Nº 8**

### **APUNTES DE ASERTIVIDAD**

La palabra asertivo, de aserto, proviene del latín **assertus** y quiere decir "**Afirmación de la certeza de una cosa**", de ahí podemos ver que está relacionada con la firmeza y la certeza o veracidad, y podemos deducir que una persona asertiva es aquella que afirma con certeza.

Ahora bien, ¿Qué es ser asertivos? Es la relación con nuestra consciencia de nosotros mismos primero, de quienes nos rodean y del medio en que nos desenvolvemos.

Según Anguiano (2003), Asertividad, es una voz relacionada con las comunicaciones, que se ha incorporado al lenguaje común de las personas, de diferentes estratos sociales y laborales

Al decir asertividad, nos referimos a una forma para interactuar efectivamente en cualquier situación, incluyendo aquellos momentos en las relaciones entre los seres humanos que representan un reto para quien envía un mensaje, debido a que a través de éste se puede confrontar o incomodar a quien lo recibe.

Cuando hablamos de aprender a ser asertivos me refiero a promover el desarrollo de las habilidades que nos permitirán ser personas directas, honestas y expresivas en nuestras comunicaciones; además de ser seguras, auto-respetarnos y tener la habilidad para hacer sentir valiosos a los demás.

#### **La asertividad es innata y aprendida.**

De manera que el camino hacia la asertividad, puede convertirse en un aprendizaje, un proceso nuevo de descubrimiento de las potencialidades que se tienen en una relación consigo mismo es un comportamiento

aprendido. Si corremos con la suerte de contar con buenos modelos de personas asertivas durante nuestra infancia, será natural para nosotros desarrollar ese hábito, de otra manera posiblemente nos encontremos en la situación de desear cultivarlo.

Del mismo modo Anguiano (op cit), resalta que los hombres y las mujeres tradicionalmente tienen la orientación social de formas diferentes. En ocasiones es socialmente aceptable para los hombres ser agresivos, mientras que se espera que las mujeres sean pasivas y sumisas, en la actualidad la realidad es otra. Algunas mujeres al intentar romper el "molde" sumiso con el que pretende "etiquetarlas" la sociedad frecuentemente creen que la única manera de hacerlo es adoptando la postura diametralmente opuesta, la de la agresividad, al mismo tiempo que reconocen que el comportamiento agresivo es poco femenino.

Es entonces cuando consideran ser asertivas, lo cual, a diferencia de la agresividad, si es compatible con la feminidad. Podemos decir que el primer paso hacia la asertividad se genera en la relación del ser humano consigo mismo. Algunas personas evitan ser asertivas porque temen desagradar a otros y no ser aceptados por esto. Sin embargo, aunque se podría evitar una desavenencia inmediata al evitar ser asertivos, a la larga podría lastimarse la relación.

Esto también podría suceder si evita hacer valer sus derechos y permite que se aprovechen de usted una y otra vez. Algunas personas encuentran dificultad en ser asertivas por actitudes negativas aprendidas durante la infancia, en esos casos ayuda concentrarse en lo positivo en nosotros, los demás y la situación. Comience a expresar lo que le agrada de sus amigos y familia y pronto le devolverán los elogios.

## **Etapas de la conducta asertiva**

1. Describa la conducta: “Cuando estoy hablando contigo y no me pones atención.”
2. Exprese sus sentimientos: “Yo me siento mal, pienso que no te interesa lo que te estoy comentando.” en vez de "Tu eres", El enfoque aquí se encuentra en la parte "Yo siento", "Yo quiero" de la exposición. Al expresar rabia es frecuente tender a acusar a la otra persona, exagerar e involucrarse con las emociones. El emplear esta técnica nos permite enfocarnos constructivamente en nosotros mismos y estar claros con respecto a nuestros propios sentimientos.
3. Cree empatía: “Entiendo que estás muy presionado por los exámenes.”
4. Negocie un cambio: “Sin embargo quiero que tú me pongas atención cuando te hablo.”
5. Informe las consecuencias: “Porque si no lo haces, yo prefiero que no vengas a visitarme.”

## **Rasgos de una Persona Asertiva**

De este modo, Anguiano (op. cit) describe a las personas asertivas como comunes y corrientes y pasan desapercibidas hasta que se encuentran ante una situación en la que es necesario negociar, es entonces cuando se diferencian por:

- Saber lo que quieren
- Asegurarse de ser justos
- Solicitar lo que desean con claridad
- Mantenerse calmados
- Aceptar la crítica y el elogio con ecuanimidad
- Expresar elogios y afecto abiertamente

- Ventilar constructivamente sus emociones negativas
- Como puede ver son simples detalles, pero al combinarlos y aplicarlos eficazmente podemos lograr grandes cambios positivos para nosotros y todos quienes nos rodean.

## TIPOS Y FORMAS

Para una mejor comprensión de comunicación asertiva, Egúsqiza (2004), realiza comparaciones entre la pasividad y la agresividad.

### **A) Forma de comunicación asertiva:**

Cuando la persona es capaz de expresar sus sentimientos, pensamientos y deseos y defender sus derechos sin violar los de los demás. Cuando se está abierto a la negociación, al diálogo y al compromiso.

### **B) Forma de comunicación pasiva:**

Cuando la persona no expresa directamente sus sentimientos, pensamientos y deseos. Cuando se intentan comunicar éstos indirectamente o se ocultan por completo. Se confía en que los demás adivinen lo que queremos o lo que sentimos. No se violan los derechos y/o sentimientos de los demás, pero se permite que los propios estén desatendidos.

### **C) Forma de comunicación agresiva:**

Cuando la persona expresa lo que siente, lo que quiere y lo que piensa a costa de los derechos y los sentimientos de los demás y tiende a humillar y a atacar cuando no puede salirse con la suya, fomentando la culpa y el resentimiento en los otros, no fomentando la negociación ni el diálogo.

## **A) CARACTERÍSTICAS DE LA FORMA DE COMUNICACIÓN ASERTIVA:**

### **Conducta no verbal:**

Contacto ocular directo (pero no intimidatorio). Habla fluida. Postura erguida. Respuestas directas a la situación. Voz relajada, bien regulada y firme.

### **Conducta verbal:**

Mensajes en primera persona del tipo, yo, a mí. etc. verbalizaciones positivas utilización de palabras como pienso que ....., quiero ..., me gustaría....., etc.

El tono de una respuesta asertiva es: sincero. Positivo, no punitivo, Justo, considerado, Directo, no defensivo. Sensible, constructivo.

## **B) CARACTERÍSTICAS DE LA FORMA DE COMUNICACIÓN PASIVA:**

### **Conducta no verbal:**

Ojos que miran hacia abajo. Voz baja y vacilante. Gestos desvalidos. Postura hundida.

### **Conducta verbal:**

No decir nunca no, poner excusas y/o mentir. Utilización de palabras del tipo: quizás, supongo, realmente no es importante, etc.

## **C) CARACTERÍSTICAS DE LA FORMA DE COMUNICACIÓN AGRESIVA:**

### **Conducta no verbal:**

Tono de voz agresivo, mandón y exigente. Mirada fija. Habla fluida y rápida. Postura intimidatoria. Gestos de amenaza.

## **TABLA DE LOS DERECHOS ASERTIVOS**

1. El derecho a ser tratado con respeto.
2. El derecho a tener y expresar los propios sentimientos y opiniones.
3. El derecho a ser escuchado y tomando en serio.

4. El derecho a juzgar mis necesidades, establecer mis prioridades y tomar mis propias decisiones.
5. El derecho a decir "NO" sin sentir culpa.
6. El derecho a pedir lo que quiero, dándome cuenta que también mi interlocutor tiene derecho a decir "NO".
7. Derecho a cambiar.
8. El derecho a cometer errores.
9. El derecho a pedir información y ser informado.
10. El derecho a obtener aquello por lo que pagué.
11. El derecho a decidir no ser asertivo.
12. El derecho a ser independiente.
13. El derecho a decidir qué hacer con mis propiedades, cuerpo, tiempo, etc., mientras no se violen los derechos de otras personas.
14. El derecho a tener éxito.
15. El derecho a gozar y disfrutar.
16. El derecho a mi descanso, aislamiento, siendo asertivo.
17. El derecho a superarme, aun superando a los demás

## **CONCLUSIONES**

1. La asertividad se refiere a defender los derechos propios expresando lo que se cree, piensa y siente de manera directa, clara en un momento oportuno y respetando los derechos de los demás.
2. La comunicación asertiva, considerada elemento dinámico de la empresa, debe ser tomada muy en cuenta por los gerentes ya que va a ayudar mucho en el manejo de sus empleados y en todas sus negociaciones.
3. El nuevo Líder-Mentor de las Organizaciones Aprendientes, mediante una comunicación asertiva, puede lograr que su personal siempre se mantenga motivado y realice el trabajo en equipo. La interrelación entre el

empleado y el empleador va a depender de la habilidad asertiva para lograr un clima de paz y armonía, compromiso e identificación con la empresa.

4. Las Organizaciones Aprendientes buscan que los trabajadores sean innovadores, tengan iniciativa y confianza en sí mismos; que participen y que tengan poder de decisión (Empowerment) y sobre todo sean asertivos en todo momento.
5. Es importante entender la naturaleza de la comunicación asertiva, ya que esta cualidad es la parte nuclear de toda organización empresarial. Por otro lado, hay que tener en cuenta su importancia para manejar con éxito las relaciones humanas y poder sobrevivir en un mundo totalmente globalizado.

## **ANEXO Nº 9**

### **Tipos de Conductas**

#### **PASIVA**

CONDUCTA GENERAL. Actúa con la esperanza de que los demás adivinen sus deseos. Su apariencia es de inseguridad.

VERBALMENTE. Se disculpa constantemente; da mensajes indirectos; habla con rodeos; no encuentra palabras adecuadas; no dice lo que quiere decir; habla mucho para clarificar su comunicación; no dice nada por miedo o vergüenza; se humilla a sí mismo.

VOZ. Débil, temblorosa; volumen bajo.

MIRADA. Evita el contacto visual; ojos caídos y llorosos.

POSTURA. Agachada; mueve la cabeza en forma afirmativa constantemente.

MANOS. Temblorosas y sudorosas.

#### **AGRESIVA**

CONDUCTA GENERAL. Exagera para demostrar su superioridad. Refleja agresividad.

VERBALMENTE. Exige; usa palabras altisonantes. Hace acusaciones; impone su opinión; se comunica a base de mandatos; usa mensaje "TÚ"; habla mucho para no ser contrariado y llamar la atención. Se sobrestima; habla solamente de sí mismo.

VOZ. Fuerte; con frecuencia grita; voz fría y autoritaria.

MIRADA. Sin expresión; fija, penetrante y orgullosa.

POSTURA. Rígida; desafiante y soberbia.

MANOS. Usa el dedo acusatorio; movimientos rechazantes o aprobatorios.

## **ASERTIVA**

CONDUCTA GENERAL. Actúa con naturalidad; escucha atentamente.

VERBALMENTE. Expresa lo que quiere; expresa sus sentimientos; habla objetivamente; usa mensajes "YO"; habla cuando tiene algo que decir; habla bien de sí mismo si es necesario o conveniente; su comunicación es directa.

VOZ. Firme; calurosa; relajada; bien modulada.

MIRADA. Ve a los ojos; mirada franca; ojos expresivos.

POSTURA. Bien balanceada; relajada y tranquila.

MANOS. Movimientos relajados, naturales y acogedores.

## ANEXO Nº 10

### *El Coleccionista de Insultos*

Cerca de Tokio vivía un gran samuray, ya anciano, que se dedicaba a enseñar budismo zen a los jóvenes. A pesar de su edad, corría la leyenda de que era capaz de vencer a cualquier adversario. Cierta día un guerrero conocido por su total falta de escrúpulos pasó por la casa del viejo. Era famoso por utilizar la técnica de la provocación: esperaba que el adversario hiciera su primer movimiento y, gracias a su inteligencia privilegiada para captar errores, contraatacaba con velocidad fulminante. El joven e impaciente guerrero jamás había perdido una batalla. Conociendo la reputación del viejo samuray, estaba allí para derrotarlo y aumentar más su fama.

Los estudiantes de zen que se encontraban presentes se manifestaron contra la idea, pero el anciano aceptó el desafío. Entonces fueron todos a la plaza de la ciudad, en donde el joven empezó a provocar al viejo. Arrojó algunas piedras en su dirección, le escupió la cara y le gritó todos los insultos conocidos, ofendiendo incluso a sus ancestros. Durante varias horas hizo lo posible por sacarlo de sus casillas; pero el viejo permaneció impasible. Al final de la tarde, ya exhausto y humillado, el joven guerrero se retiró de la plaza.

Decepcionado por el hecho de que su maestro aceptara tantos insultos, los alumnos le preguntaron:

-¿Cómo ha podido soportar tanta indignidad? ¿Por qué no usó su espada, sabiendo aún que podía perder la lucha, en vez de mostrarse como un cobarde ante de todos nosotros?

El viejo samuray repuso:

-Sí alguien se acerca a ti con un regalo y no lo aceptas, ¿A quién pertenece el regalo?

-Por supuesto, a quien intentó entregarlo. Repuso un discípulo.

-Pues lo mismo vale para la envidia, la rabia y los insultos –añade el maestro- cuando no son aceptados, continúan perteneciendo a quien los cargaba consigo.

*Nadie nos agrede o nos hace sentir mal, somos los que decidimos como sentirnos. No culpemos a nadie por nuestros sentimientos, somos los únicos responsables de ellos. Eso se llama **Asertividad**.*

**Fuente:** Lopera, J y Bernal, M (2002). La culpa es de la Vaca. Editorial intermedio.

## ANEXO Nº 11

### El Eco

Un padre y su hijo estaban caminando en las montañas. De repente, el hijo se cayó lastimándose, y gritó:

-¡Aaaaaayyyy!

Para su sorpresa, oyó una voz que repetía, en algún lugar de la montaña:

-¡Aaaaaayyyy!

Con curiosidad, el niño gritó:

-¿Quién está ahí?

Y recibió esta respuesta:

-¿Quién está ahí?

Enojado, gritó:

-¡Cobarde!

Y escuchó:

-¡Cobarde!

El niño miró al padre y le preguntó:

-¿Qué sucede, papá?

El hombre, sonriendo, le dijo:

-Hijo mío, presta atención-y gritó hacia la montaña-: ¡Te admiro!

Y la voz le respondió:

-¡Te admiro!

De nuevo, el hombre gritó:

-¡Eres un Campeón!

Y la voz le respondió:

-¡Eres un Campeón!

El niño estaba asombrado, pero no entendía nada. Entonces el padre le explicó:

-La gente lo llama eco, pero en realidad es la vida. Te devuelve todo lo que dices o haces.

*Nuestra vida es simplemente un reflejo de nuestras acciones. Si deseas más amor en el mundo cree más amor a su alrededor. Si anhela felicidad, de felicidad a quienes lo rodean. Si quiere una sonrisa en el alma, de una sonrisa al alma de las personas que conoce. Esto se aplica a todos los aspectos de la vida. Ella nos da de regreso exactamente lo que hemos dado. Nuestra vida no es una coincidencia, sino un reflejo de nosotros mismos.*

**Fuente:** Lopera, J y Bernal, M (2002). La culpa es de la Vaca. Editorial intermedio.

## ANEXO Nº 12

### La Parábola del Caballo

Un campesino que enfrentaba muchas dificultades poseía algunos caballos que lo ayudaban en los trabajos de su pequeña hacienda. Un día, su capataz le trajo la noticia de que uno de los mejores caballos había caído en un viejo pozo abandonado. Era muy profundo y resultaría extremadamente difícil sacarlo de allí.

El campesino fue rápidamente al lugar del accidente y evaluó la situación, dándose cuenta de que el animal no se había lastimado. Pero, por la dificultad y el costo del rescate, concluyó que no valía la pena y pidió al capataz que sacrificara al caballo tirando tierra al pozo hasta enterrarlo. Y así se hizo.

A medida que la tierra le caía encima el animal la sacudía. Esta se acumuló poco a poco en el fondo del pozo, permitiéndole subir. Los hombres se dieron cuenta de que el caballo no se dejaría enterrar sino que, al contrario, estaba subiendo, hasta que finalmente consiguió salir del socavón.

*Si está "allá abajo", sintiéndose poco valorado, y si los otros le lanzan la tierra de la incomprensión, del egoísmo o de la falta de apoyo, recuerde al caballo de esta historia. No acepte la tierra que tiraron sobre usted, sacúdala y suba sobre ella. Cuanta más tierra le lancen, más podrá subir.*

**Fuente:** Lopera, J y Bernal, M (2002). La culpa es de la Vaca. Editorial intermedio.

## ANEXO Nº 13

### Ascender por Resultados

Juan trabajaba en una empresa hacía dos años. Era muy serio, dedicado y cumplidor de sus obligaciones. Llegaba puntual y estaba orgulloso de no haber recibido nunca una amonestación. Cierta día, buscó el gerente para hacerle un reclamo:

-Señor, trabajo en la empresa desde hace dos años con bastante esmero y estoy a gusto con mi puesto, pero siento que he sido dejado de lado. Mire, Fernando ingreso a un puesto igual al mío hace solo 6 meses y ya ha sido promovido a supervisor.

-¡Aja! –contestó el gerente. Y mostrando cierta preocupación le dijo:- Mientras resolvemos esto quisiera pedirte que me ayudes con un problema. Quiero dar fruta para la sobremesa del almuerzo de hoy. Por favor, averigua si en la tienda del frente tienen frutas frescas.

Juan se esmeró en cumplir con el encargo y a los cinco minutos ya estaba de vuelta.

-Bien, ¿qué averiguaste?

-Señor, tienen naranjas para la venta.

-¿Y cuanto cuestan?

-¡Ah! No pregunté.

-Bien, ¿Viste si tenían suficientes naranjas para todo el personal?

-Tampoco pregunté eso.

-¿Hay alguna fruta que pueda sustituir la naranja?

-No lo sé, señor, pero creo que...

-Bueno, siéntate un momento.

El gerente cogió el teléfono y le hizo llamar a Fernando. Cuando se presentó, le dio las mismas instrucciones que a Juan y en diez minutos estaba de vuelta. El gerente le preguntó:

-Bien, Fernando, ¿qué noticias me traes?

-Señor, tienen naranjas, las suficientes para atender a todo el personal y si prefiere tienen bananos, papayas, melones y mangos. La naranja está a 150 pesos el kilo; el banano, a 220 pesos la mano; el mango, a 90 pesos el kilo; la papaya y el melón a 280 pesos el kilo. Me dicen que si la compra es por cantidades, nos darán un descuento de 10%. Dejé separadas las naranjas, pero que si usted escoge otra fruta debo regresar para confirmar el pedido.

-Muchas gracias, Fernando. Espera un momento.

Entonces se dirigió a Juan que aún seguía allí:

-Juan, ¿qué me dices?

-Nada, señor... eso es todo. Con su permiso.

*Hoy en día reclamamos empoderamiento. Es decir, que los jefes otorguen a sus subalternos la posibilidad de tomar decisiones y de responsabilizarse por ellas. Pero, ¿pero están los empleados asumiendo esta función de manera proactiva y automotivada? El potencial está en las personas. Son ellas quien deben desarrollarlo y hacerlo conocer de los demás a través de hechos concretos*

**Fuente:** Lopera, J y Bernal, M (2002). La culpa es de la Vaca. Editorial intermedio.