

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**COMUNICACIÓN ASERTIVA DEL PROFESIONAL DE LA SALUD Y LOS
PROBLEMAS PSICOEMOCIONALES DE LOS FAMILIARES DE PACIENTES
ADULTOS, INGRESADOS EN CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL
SUB REGIONAL DE ANDAHUAYLAS DURANTE EL AÑO 2022**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD
PROFESIONAL EN ENFERMERIA INTENSIVA**

AUTORES:

ROSMERY LLACCTAS VENEGAS

SHALOM NANER NAVARRO ESPINOZA

CALLAO - 2022

PERÚ

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO Y APROBACIÓN

MIEMBROS DEL JURADO:

- Dr. HERNAN OSCAR CORTEZ GUTIERREZ. PRESIDENTE
- Dra. VILMA MARÍA ARROYO VIGIL. SECRETARIA
- Mg. LAURA DEL CARMEN MATAMOROS SAMPÉN. VOCAL

ASESOR: Mg. WALTER SAAVEDRA LOPEZ

Nº de Libro: 06

Nº de Acta: 097-2022

Fecha de Aprobación de tesis: 21 DE NOVIEMBRE DEL 2022

Resolución de sustentación de la Sección de Post Grado

Nº **234**-2022-D/FCS

DEDICATORIA

Con gran devoción y verdadero orgullo va el presente trabajo de investigación. A Dios, y a mi familia quien es inspiración y fortaleza, quienes fueron un pilar muy importante para seguir mis estudios y poder culminar con éxito ésta meta propuesta ya que sin ellos nunca hubiese sido posible realizarla.

(Lic. Rosmery LLacctas Venegas.)

A, Dios por darme salud y fortaleza para seguir
para adelante, a mis queridos hijos y esposo
por apoyarme siempre, dándome aliento para
culminar las metas que me trazo. porque sin
ellos nunca hubiese sido posible realizarla.

(Lic Shalom Naner Navarro Espinoza.)

AGRADECIMIENTO

A los docentes formadores de enfermeros especialistas gracias por los conocimientos brindados que permitieron continuar con la formación de profesional en la mención unidad de cuidados intensivos. A nuestro asesor Mg. Walter Ricardo Saavedra López, por habernos guiado en el desarrollo del trabajo de investigación y llegar a la culminación del mismo

ÍNDICE	1
TABLAS DE CONTENIDO	4
FIGURA DE CONTENIDO	6
RESUMEN	7
ABSTRACT	8
INTRODUCCIÓN	9
<u>I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</u>	10
<u>1.1. Descripción de la realidad problemática</u>	10
<u>1.2. Formulación del problema</u>	14
<u>1.2.1 Problema general</u>	14
<u>1.2.2 Problemas específicos</u>	14
<u>1.3. Objetivos</u>	15
<u>1.3.1. Objetivo general</u>	15
<u>1.3.2. Objetivos específicos</u>	15
<u>1.4. Justificación</u>	16
<u>1.5. Limitaciones</u>	17
<u>1.5.1. Limitante teórica</u>	17
<u>1.5.2. Limitantes temporal</u>	17
<u>1.5.3. Limitantes espacial</u>	17
<u>II. MARCO TEÓRICO</u>	18
<u>2.1. Antecedentes del estudio</u>	18
<u>2.1.1. Antecedente internacional</u>	18
<u>2.1.2. Antecedente nacional</u>	22
<u>2.2. Bases teóricas</u>	24
<u>2.3. Base Conceptual</u>	25
<u>2.4. Definición de términos básicos</u>	28
<u>III. HIPÓTESIS Y VARIABLES</u>	29
<u>3.1. Hipótesis</u>	29
<u>3.1.1. Hipótesis general</u>	29
<u>3.1.2. Hipótesis específicas</u>	29
<u>3.2. Definición conceptual de variables</u>	30
<u>3.3. Operacionalización de variables</u>	31

<u>3.1.1. Variables independientes</u>	31
<u>3.1.2. Variables dependientes</u>	32
IV. METODOLOGIA	33
4.1. Tipo y diseño de investigación.....	33
4.2. Método de investigación.....	34
4.3. Población.....	34
4.4. Muestra.....	34
4.5. Criterios de inclusión.....	35
4.6. Criterios de exclusión.....	35
4.7. lugar de estudio y periodo de desarrollo.....	36
4.8. Técnicas e instrumentos para la recolección de la información.....	36
V. RESULTADOS	41
5.1. Resultados Descriptivo.....	41
5.2. Resultados Inferenciales.....	47
5.3. Otro tipo de resultados estadísticos, de acuerdo a la naturaleza del problema y la Hipótesis.....	59
VI. DISCUSIÓN DE RESULTADOS	61
6.1. Contrastación y demostración de la hipótesis con los resultados.....	61
6.2. Contrastación de los resultados con estudios similares.....	65
6.3. Responsabilidad ética de acuerdo a los reglamentos vigentes.....	74
VII. CONCLUSIONES	75
VIII. RECOMENDACIONES	77
IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	78
X. ANEXOS	90

TABLAS DE CONTENIDO

TABLA N° V.1.1	Comunicación asertiva de los familiares de pacientes adulto ingresados en cuidados intensivos del Hospital Sub Regional de Andahuaylas durante el año 2022.	56
TABLA N° V.1.2	Comunicación Asertiva de los familiares de pacientes adulto ingresados en cuidados intensivos del Hospital Sub Regional de Andahuaylas durante el año 2022.	57
TABLA N° V.1.3	Comunicación no verbal de los familiares de pacientes Adulto ingresados en cuidados intensivos del Hospital Sub Regional de Andahuaylas durante el año 2022.	58
TABLA N° V.1.4	Problemas Psicoemocionales de los familiares de pacientes adulto ingresados en cuidados intensivos del Hospital Sub Regional de Andahuaylas durante el año 2022.	59
TABLA N° V.1.5	Problemas de emociones de los familiares de pacientes adulto ingresados en cuidados intensivos del Hospital Sub Regional de Andahuaylas durante el año 2022.	60
TABLA N° V.1.6	Problemas psicológicos de los familiares de pacientes adulto ingresados en cuidados intensivos del Hospital Sub Regional de Andahuaylas durante el año 2022.	61

TABLAS DE GRÁFICOS

TABLA N° V.1.1	Comunicación asertiva de los familiares de pacientes adulto ingresados en cuidados intensivos del Hospital Sub Regional de Andahuaylas durante el año 2022.	56
TABLA N° V.1.2	Comunicación Asertiva de los familiares de pacientes adulto ingresados en cuidados intensivos del Hospital Sub Regional de Andahuaylas durante el año 2022.	57
TABLA N° V.1.3	Comunicación no verbal de los familiares de pacientes adulto ingresados en cuidados intensivos del Hospital Sub Regional de Andahuaylas durante el año 2022.	58
TABLA N° V.1.4	Problemas Psicoemocionales de los familiares de pacientes adulto ingresados en cuidados intensivos del Hospital Sub Regional de Andahuaylas durante el año 2022.	59
TABLA N° V.1.5	Problemas de emociones de los familiares de pacientes adulto ingresados en cuidados intensivos del Hospital Sub Regional de Andahuaylas durante el año 2022.	60
TABLA N° V.1.6	Problemas psicológicos de los familiares de pacientes Adulto ingresados en cuidados intensivos del Hospital Sub Regional de Andahuaylas durante el año 2022.	61

RESUMEN

Objetivo: Determinar la relación que existe entre la comunicación asertiva y los problemas psicoemocionales de los familiares de pacientes adulto ingresados en cuidados intensivos del Hospital Sub Regional de Andahuaylas durante el año 2022.

Metodología: El estudio es de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, el método descriptivo, de corte transversal de 30 familiares de pacientes internados en cuidados intensivos ya que nos permitirá obtener información y presentar los datos tal y como se obtendrán en un tiempo y espacio determina.

Resultados: Descriptivos: En total de muestra de la comunicación asertiva se observó que, un 53.3% el cual representa a 16 familiares de la muestra, tienen un nivel Bueno; el 30% equivalente a 9 participantes presentan un nivel regular, y el 16.67% equivalente a 5 familiares, presentan un nivel malo.

En total de muestra de la comunicación no asertiva se observa que, el 53.33% de familiares, perciben la comunicación no verbal de los profesionales de la salud como bueno, un 26.67% de participantes opinan que, la comunicación no verbal de los profesionales de la salud es mala; y el 20% de los familiares consideran que la comunicación no verbal es regular.

Conclusiones: Se demostró que mientras exista una buena comunicación asertiva de los profesionales de la salud a los familiares no tendrán los problemas psicoemocionales.

Palabras claves. Comunicación asertiva y problemas psicoemocionales

ABSTRACT

Objective: To determine the relationship that exists between assertive communication and psycho-emotional problems of relatives of adult patients admitted to intensive care at the Sub Regional Hospital of Andahuaylas during the year 2022.

Methodology: The study is of an applicative level, quantitative type, the descriptive method, cross-sectional of 30 relatives of patients hospitalized in intensive care since it will allow us to obtain information and present the data as it will be obtained in a determined time and space.

Results: Descriptive: In the total sample of assertive communication, it was observed that 53.3%, which represents 16 relatives of the sample, have a Good level; 30% equivalent to 9 participants present a regular level, and 16.67% equivalent to 5 family members present a bad level.

In the total sample of non-assertive communication, it is observed that 53.33% of family members perceive the non-verbal communication of health professionals as good, 26.67% of participants believe that the non-verbal communication of health professionals health is bad; and 20% of relatives consider that non-verbal communication is regular.

Conclusions: It was shown that as long as there is good assertive communication from health professionals to family members, they will not have psychoemotional problems.

Keywords. Assertive communication and psychoemotional problems.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la realidad Problemática

Para Hernández & Guardado (2014), la Enfermería es una profesión que brinda atención a los pacientes holísticamente, pacientes delicados o no delicados. Donde se va a incorporar un avance de bienestar, tanto en la promoción como en la prevención; así como también, el cuidado de los tratamientos de los pacientes con discapacidades en el área terminal. Se plantea que la experiencia del ingreso a la UCI es más estresante para la familia que para el propio paciente, puesto que se ve obligada a descuidar sus necesidades básicas y termina por afectarse; por ejemplo, con poco descanso, alimentación inadecuada, abandono o exceso de trabajo. Esto genera, al mismo tiempo, estrés y alteración en su estado de salud, tanto en lo físico como en lo emocional, pues el paciente y sus familiares son seres sensibles y vulnerables que requieren el mayor apoyo posible para enfrentar los cambios que genera esta nueva experiencia y escenario; además de la realización de procedimientos y la utilización de diferentes tecnologías en torno a su familiar.

Al respecto Delgado & Mateos (2017), también mencionan que la UCI es un servicio de alta complejidad de atención, en el que más sufren son los familiares, pues la pérdida de la salud supone una crisis situacional; considerando que la médula familiar siente reacciones emocionales significativas como son, estrés, miedo, depresión, angustia, soledad, incertidumbre y expresión de llanto y se requieren de componentes afectivos y de afrontamiento para restituir el equilibrio; en estas circunstancias, el apoyo emocional y soporte comunicativo por parte del personal de enfermería ayuda a amortiguar el entorno hospitalario de la UCI.

(Bautista, Arias, & Carreño, 2016). La familia del paciente crítico hospitalizado en una UCI requiere cuidados, atención e información oportuna. Por lo tanto, vale la pena conocer las expresiones de la experiencia vivida por estos familiares como planteamiento de un problema para buscar soluciones y estrategias de apoyo. Además de la necesidad de una comunicación asertiva, eficaz y efectiva

también es necesario brindar cuidado emocional a la familia del usuario hospitalizado, ya que este cuidado ennoblece el actuar de enfermería. El enfermero se convierte en el profesional clave dando apoyo emocional al paciente y su familia, instituyendo un espacio de escucha para suministrar seguridad, aprobación y ánimo, antes y durante los momentos de tensión, mediante un acercamiento; mediante el diálogo sincero y abierto que favorecerá la expresión de los sentimientos y pensamientos para permitir el afrontamiento a esta nueva situación, ya que el afrontamiento es el resultado de la interacción entre el sujeto y su contexto, según el tipo de problema a resolver.

(Manturano & Miranda, 2014). El enfermero se convierte en este ambiente, en un profesional clave en el apoyo emocional al paciente y familia, creando un espacio de escucha para proporcionar seguridad, aceptación y ánimo, antes y durante los momentos de tensión; mediante un acercamiento, mediante el diálogo sincero y abierto de la interacción entre el sujeto y su contexto, según el tipo de problema a resolver. El estado psicoemocional suele alterarse aún más ante las preocupaciones personales y familiares; por ejemplo, ante la incertidumbre por la gravedad en la que se encuentra el paciente por una determinada enfermedad, el temor a la muerte, a las necesidades irreparables, las preocupaciones por su trabajo, estudio, situación socioeconómica, u otras dificultades que puedan surgir como consecuencia de la enfermedad y hospitalización. Investigadores, señalan como necesidades principales de los familiares de pacientes ingresados en las unidades críticas, aquellas relacionadas con la información y la seguridad. La hospitalización de uno de los miembros de la familia genera una situación de crisis ante la pérdida de autonomía casi absoluta; más aún, cuando esa hospitalización ocurre en la Unidad de Cuidados Intensivos UCI “Frecuentemente se concibe y se habla de la familia como un ente que en ocasiones puede interferir en la atención y causar molestias por lo que tiende a evitarse y producir un déficit en la capacidad de relación y comunicación por parte de la personal salud”

Habitualmente, concebimos que la información haga referencia exclusivamente al diagnóstico, pronóstico y tratamiento por lo que se sostiene que la labor de

informar es una tarea de los médicos y no de enfermería. Dentro de un marco multidisciplinario de atención, se hace imprescindible la existencia de una adecuada coordinación de la misma y conocimiento de la información que transmite cada miembro del equipo, para mantener una uniformidad que no cree mayor incertidumbre. Actualmente en la mayoría de las unidades de cuidados intensivos se rigen por una política restrictiva de visitas, limitándolas el ingreso de uno o dos familiares, no implicándose por lo general, en los cuidados al paciente.

Desde entonces ha dado lugar a controversias en la mayoría de las UCI. “Las necesidades de los familiares se localizan en las primeras dieciocho a veinticuatro horas y son las mismas para enfermos de corta y larga estancia “

Aunque el enfoque biomédico tradicional esté orientado al paciente y a la enfermedad que padece, existe una obligación legal de prestar asistencia y cuidados a los familiares de los pacientes ingresados a la UCI, según se recoge en la declaración de derechos del paciente crítico. La prestación de cuidados a los familiares supone además una oferta de servicios según la tendencia actual de usar modelos en los que los pacientes no sean espectadores de las actuaciones que sobre ellos realizan los profesionales sanitarios dando entrada en nuestros sistemas a las capacidades del individuo y de su familia. “Existen experiencias de individualización en la atención a los familiares. Una adecuada planificación de esta atención redundará en una mayor eficacia de gestión de recursos; un adecuado abordaje de las necesidades de los familiares en el caso de pacientes irrecuperables ayuda en la toma de decisiones relativas a la retirada del soporte vital disminuyendo costos y aumentando el grado de satisfacción de los usuarios”

A pesar del conocimiento existente sobre la materia (no muy amplia ni reciente en nuestro entorno) no existe una implantación en la práctica habitual de planes de cuidados dirigidos a la familia.

En el Servicio de Cuidados Intensivos del Hospital Sub Regional, debido a los cambios en la tecnología, a la implementación de políticas de salud centralistas,

a la crisis actual del sector salud y a la rutinización misma de las actividades diarias, entre otros. El personal de salud tiene limitaciones para el contacto prolongado y el diálogo con los familiares; y en ocasiones, se asumen actitudes duras e irrespetuosas como por ejemplo pedirles materiales de manera inmediata sin darles explicaciones llegando a usar la frase “ si no compra su paciente estará como desatendido”, quienes depositan en el equipo toda su confianza, en momentos de enfermedad, ante esta respuesta los familiares refieren no me entienden lo mal que me siento , tengo miedo , mucha angustia no sé qué hacer , quisiera que estuvieran en mi lugar para que sepan que es lo que se siente , espero que nunca le sucedan lo que me está pasando. A menudo, los personales de salud identifican a los pacientes desconociendo, que el familiar sufre, siente y tiene necesidades de predominio psicoemocionales por la impotencia de no poder hacer nada, dado que para el personal se torna algo más que rutinario sin considerar que el familiar que se encuentra en la puerta de la unidad viene por primera vez al servicio. De ahí que se percibe que la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Sub Regional de Andahuaylas el contacto con los familiares en la mayoría de las veces el clima se torna hostil frío, teniendo dificultades en el abordaje con los familiares quienes tienen un rol importante y primordial ya que de ellos depende adquirir los medicamentos.

1.2 Formulación del Problema

¿Qué relación existe entre la comunicación asertiva del profesional de la salud y los problemas psicoemocionales de los familiares de pacientes adultos, ingresados en cuidados intensivos del Hospital Sub Regional de Andahuaylas durante el año 2022?

Problemas Específicos.

- ¿Cómo es la comunicación asertiva de los profesionales de la salud a los familiares de pacientes adultos, ingresados en cuidados intensivos del Hospital Sub Regional de Andahuaylas durante el año 2022?
- ¿Qué problemas psicoemocionales presentan los familiares de pacientes adultos ingresados en cuidados intensivos del Hospital Sub Regional de Andahuaylas durante el año 2022?

1.3 Objetivo de la Investigación

Determinar la relación que existe entre la comunicación asertiva y los problemas psicoemocionales de los familiares de pacientes adulto ingresados en cuidados intensivos del Hospital Sub Regional de Andahuaylas durante el año 2022.

Objetivo específico

Determinar la relación que existe entre la comunicación asertiva y los problemas psicoemocionales, en su dimensión comunicación verbal del personal de salud a los familiares de pacientes adulto ingresados en cuidados intensivos del Hospital Sub Regional de Andahuaylas durante el año 2022.

Determinar la relación que existe entre la comunicación asertiva y los problemas psicoemocionales, en su dimensión comunicación no verbal del personal de salud a los familiares de pacientes adulto ingresados en cuidados intensivos del Hospital Sub Regional de Andahuaylas durante el año 2022.

1.4 Justificación

La enfermedad vivenciada por un miembro de una familia no sólo afecta la salud física, sino también afecta la parte psicoemocionales del familiar. A nivel mundial el ingreso a la unidad de cuidados intensivos lleva a la familia a experimentar problemas psicoemocionales como miedo tristeza ira depresión y ansiedad. Esto se debe a la incertidumbre sobre el pronóstico de su ser querido, así como la

separación física de su familiar en situación crítica, sumados a ellos una comunicación verbal y no verbal ineficaz por parte del personal de la salud.

La comunicación verbal y no verbal eficaz, integrada y coordinada es esencial para lograr la finalidad propuesta por la organización mundial de la salud de perfeccionar la perspectiva de futuro y la salud de las personas en todo el mundo, las seis cualidades o principios básicos de actividades de la organización mundial de la salud: son accesibles, fiables, creíble, pertinente a tiempo y fácil de entender. Los sentimientos de miedo, tristeza, ira, depresión y ansiedad, de los familiares de pacientes de las unidades de cuidado intensivo, son la mayoría de veces por la inconformidad que les produce la información que se les otorga sobre los pacientes.

En el Perú en el departamento de Apurímac, Provincia de Andahuaylas, indagando con los familiares de pacientes ingresados a la unidad de cuidados intensivos ellos manifestaron tener mucho miedo, ansiedad, tristeza, depresión en algunas oportunidades ira, porque en muchas ocasiones no recibían información concreta sobre el estado de salud de sus seres queridos internados en la unidad de cuidados intensivos, sumados a todo ello los problemas en casa en el trabajo, el desconocimiento de los procedimientos que les realizaban a sus familiares hacía que se mantengan en suspenso provocando una ansiedad por desconocimiento.

La familia del paciente crítico hospitalizado en una UCI requiere cuidados, atención e información oportuna. Por lo tanto, vale la pena conocer las expresiones de la experiencia vivida por estos familiares como planteamiento de un problema para buscar soluciones y estrategias de apoyo, y de esta manera mejorar la calidad de atención. (Bautista, Arias, & Carreño, 2016).

Debido a las consideraciones expuestas en los párrafos que anteceden consideramos relevante la investigación propuesta en la medida que permitirá tener una mejor visión de la importancia de la comunicación, como una herramienta de suma importancia, en el proceso de recuperación no solo del paciente, sino también de la familia, quienes también se ven afectados, en

algunos casos fuertemente, por la condición de salud-enfermedad de sus familiares ingresados en alguna institución de salud.

II. MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes del estudio

Nivel Internacional:

Martínez, Ramírez. (Paraná, 2019) El siguiente trabajo de investigación pretendió determinar la relación entre la comunicación familiar y las emociones positivas en adolescentes de ambos sexos de 12 años de la ciudad de Paraná. Partiendo de la hipótesis “A mayor comunicación familiar de padres a adolescentes de 12 años, mayor nivel de emociones positivas en los adolescentes de la ciudad de Paraná”. En cuanto a sus objetivos se predeterminó describir los niveles de emociones positivas y de comunicación familiar, además, examinar si existe una correlación entre las emociones positivas y la comunicación familiar. La investigación realizada fue de corte cuantitativa y según el tipo de diseño descriptiva-correlacional, ya que pretendió describir los niveles de comunicación familiar y emociones positivas y analizar la relación entre ambas variables. El diseño es de campo, debido a que las muestras se tomaron en las diferentes instituciones escolares de la ciudad de Paraná. Entre los meses de agosto-octubre. De acuerdo a su temporalidad es de corte transversal, y su muestreo no probabilístico de tipo intencional. La unidad de análisis fueron 60 adolescentes de 12 años de la ciudad de Paraná, comprendido por 38 mujeres y 22 varones. En función a cumplir con los objetivos establecidos se administraron la Escala de Comunicación para Adolescentes y sus Padres (PACS) con la adaptación realizado por el Equipo Lisis en su versión española (2013, 2016). PACS en su versión original es realizada por Barnes y Olson (1982, 1985). Y el Cuestionario Infantil de Emociones Positivas (CIEP) realizado por Laura Oros (2014). Los resultados de los mismos fueron sometidos al Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 23.0. En primer lugar, se llevaron a cabo análisis descriptivos de las muestras para obtener las frecuencias medias y desvíos típicos. Posteriormente se realizó un análisis de estadística descriptiva básica sobre las medias de comunicación familiar y emociones positivas con el objetivo de conocer los niveles con los que se presentaron. Para estudiar la relación entre las variables se llevó a cabo el coeficiente de

correlación R de Pearson. De acuerdo a los resultados obtenidos se pudo confirmar la hipótesis planteada y alcanzar los objetivos propuestos, ya que se pudo evidenciar la correlación entre las variables comunicación familiar y las emociones positivas. A su vez, otro dato relevante es que las emociones positivas más significativas fueron alegría, gratitud y simpatía. Sin embargo, serenidad y satisfacción personal fueron las dimensiones que mayor correlación alcanzaron con la variable comunicación familiar abierta. Por último, las limitaciones que se pudieron identificar radican en el tamaño de la muestra ya que solo es una porción de la población total, no es representativa de la misma y los resultados obtenidos solo son válidos para los sujetos participantes. De igual manera estos datos corresponden a un tiempo y lugar únicos. Palabras Claves: comunicación familiar, emociones positivas, adolescentes.

Barrera Arcos, Ambato (Ecuador 2019) "Perfil de problemas emocionales y de conducta, problemas contextuales, áreas de vulnerabilidad y recursos psicológicos en los estudiantes de EGB de la unidad educativa Huambaló de la parroquia Huambaló" El objetivo del presente trabajo de investigación consiste en establecer un perfil de problemas emocionales y conducta, problemas contextuales, áreas de vulnerabilidad y recursos psicológicos en los estudiantes de Educación General Básica de la Unidad Educativa "Huambaló" parroquia Huambaló. El tipo de investigación aplicado es no experimental, con un enfoque cuantitativo, un alcance exploratorio y descriptivo de corte transversal. El método aplicado fue el Sistema De Evaluación De Niños y Adolescentes SENA, que proporciona información para la detección del perfil de problemas emocionales y conducta, problemas contextuales, áreas de vulnerabilidad y recursos psicológicos. Se trabajó con una muestra de 90 casos distribuidos en 45 mujeres y 45 hombres de 12 a 18 años. Entre los resultados más destacados se encontró lo siguiente: en el índice global de problemas los problemas conductuales adquieren un nivel medio-alto equivalente al 61.59. El índice de escalas de problemas interiorizados, en la depresión exterioriza el 56.87 se encuentra dentro de un nivel normal, en los problemas exteriorizados la conducta antisocial evidencia un nivel medio alto de 67.97. En el índice de escalas de problemas otros problemas, el consumo de sustancias en un 61.70 se ubica en el nivel

medio-alto. En el índice de escalas de problemas contextuales concerniente con los compañeros obtiene un nivel muy alto de 96.83. En las escalas de vulnerabilidad, regulación emocional tiene un nivel medio evidencia que no existe problemas de carácter personal y social. La escala de recursos personales, conciencia de los problemas alcanza un nivel promedio 52.28. Los resultados permitieron obtener un perfil general de salud mental de la institución evaluada, los alumnos enfrentan problemas emocionales, problemas de atención, hiperactividad e impulsividad, de control, de ira, agresión, conducta desafiante y conducta antisocial, factores de riesgo personal que aumenta las dificultades en su adaptación. Palabras clave: emociones, conducta, problemas contextuales, vulnerabilidad, recursos psicológicos.

García Guzmán, (México 2019) “Desarrollo de comunicación asertiva mediante el aprendizaje cooperativo en alumnos” El objetivo de la intervención fue desarrollar la Comunicación Asertiva mediante el aprendizaje cooperativo en alumnos de telesecundaria, particularmente en la telesecundaria “Mariano Escobedo” de la ciudad de Poza Rica Ver. La metodología que se ha seguido para esta intervención es la metodología APRA, esta misma fundamentada en la Investigación- acción, cuenta con 5 fases, la primera en donde se crean las condiciones para intervenir, la segunda que corresponde a la planeación de la intervención, la tercera que es la implementación de las actividades, la cuarta en donde se evalúa la intervención y la última que culmina con la difusión de los resultados, desde la Socialización, Culturización y Externalización. La importancia de la intervención se enfoca a la necesidad que existía de crear un ambiente adecuado en el aula, en donde los alumnos tuvieran la confianza para expresar, sentimientos, opiniones y comentarios de manera adecuada, el aprendizaje cooperativo represento un factor importante para el éxito de la intervención. Dentro de la aplicación de la estrategia de Aprendizaje Cooperativo se utilizó el video digital como herramienta, este logró captar la atención de los alumnos, facilitando la comprensión de los contenidos, al mismo tiempo que promovió la construcción de aprendizajes significativos. La relevancia radica en la transformación positiva que alcanzaron los alumnos, mejorando la relación y la convivencia en el salón de clases, sin dejar de lado el desarrollo de su

asertividad. Palabras Clave Comunicación, Asertividad, Aprendizaje Cooperativo, Convivencia, Video Digital

Morales Chávez, (La Paz Bolivia 2019) “comunicación asertiva para mejorar las relaciones intrafamiliares en adolescentes de 12 a 14 años de edad” La presente investigación, describe el desarrollo de los efectos de la implementación de un programa de asertividad en la mejora de las relaciones intrafamiliares de adolescentes de 12 a 14 años de edad. En el presente trabajo de investigación, el programa de intervención se inicia con una evaluación y priorización de necesidades, de modo que se busca potenciar aquellos aspectos más deficitarios del grupo sujeto a intervención, que se realiza dentro de un contexto determinado. Realizado dentro de una población de 118 estudiantes de primero de secundaria, alcanzando a una muestra de 40 estudiantes, 20 como grupo experimental y 20 como grupo control. Las relaciones intrafamiliares, se midieron con el instrumento: Escala de Evaluación de las Relaciones Intrafamiliares adaptada y validada por tres expertos en el área. El objetivo general de la investigación fue, Mejorar las relaciones intrafamiliares a través de la implementación del Programa Cognitivo Comportamental de entrenamiento en Comunicación Asertiva en adolescentes de 12 a 14 años de edad. El marco teórico fue estructurado desde los aportes teóricos de autores que realizan investigaciones sobre la problemática de la etapa de la adolescencia dentro del ámbito de las relaciones intrafamiliar, el asertividad, habilidades sociales, y el enfoque cognitivo comportamental. La investigación fue abordada desde el enfoque cuantitativo, de tipo causal, con un diseño cuasi experimental. El análisis de los datos se efectuó a través de la comprobación de hipótesis, para esto se tomó en cuenta el estadístico T-Student. Las conclusiones a las que se arriban, indican que el programa de asertividad mejora las relaciones intrafamiliares en los estudiantes del grupo experimental, mientras que las relaciones intrafamiliares del grupo control se mantienen invariables.

Christian Jaramillo Baquerizo, (Ecuador 2018) “Indicadores de comunicación asertiva del docente y la generación del clima escolar en el aula en situaciones de aprendizaje” El objetivo analizar la literatura sobre los indicadores de

comunicación asertiva como competencia social; identificar el nivel de aplicación de los indicadores expresivos verbales y no verbales de la comunicación asertiva del docente en sus actividades pedagógicas; desarrollar una guía con orientaciones para docentes que contribuya a la práctica de la comunicación asertiva en el aula. Para responder a las interrogantes se realiza un estudio exploratorio y descriptivo de los aportes bibliográficos relacionados con la teoría de inteligencia emocional de Daniel Goleman, y los modelos de competencias emocionales de los autores Bisquerra y Bar-on. El estudio cualitativo se realiza sobre la base de los resultados obtenidos con el instrumento de encuesta elaborado específicamente para esta investigación. Este instrumento se aplicó a docentes de una institución de educación especializada que trabajan con niños con discapacidad intelectual. Los resultados alcanzados exponen la necesidad de fortalecer la comunicación asertiva en las aulas de educación especializada. El contacto visual, los enunciados completos y expresados en forma clara se presentan como los de mayor uso entre los docentes. Los resultados hacen necesaria la propuesta de actividades para la formación en habilidades de comunicación asertiva a fin de garantizar los climas de aula favorables y una disminución del estrés laboral. Palabras claves: inteligencia emocional, competencias socio emocionales comunicación asertiva, indicadores de comunicación asertiva, clima de aula, paisajes de formación, nueva pedagogía humanista

Ballesteros Pinzón, (Colombia 2014) con su investigación “Comunicación entre la enfermera y el familiar de la persona hospitalizada en la unidad de cuidados intensivos” con el objetivo de describir las características de la comunicación entre la enfermera y el familiar del paciente hospitalizado en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). En este estudio se pudo concluir que el familiar de la persona hospitalizada demandan de la enfermera profesional cualidades como: amabilidad, cordialidad, empatía, reconocimiento y un lenguaje entendible, consideradas importantes para establecer la comunicación y están enfocadas a satisfacer la necesidad de información, las relacionadas con la necesidad de una comunicación humanizada, el apoyo ofrecido en situación de vulnerabilidad, la expresión de sentimientos, en procura de mejorar la relación de ayuda entre la

diada. La presencia de estos elementos permite que se establezca la comunicación o en ausencia de ellos no se dé el acto comunicativo. Palabras clave: Comunicación, familiar, cuidados intensivos, enfermería, investigación cualitativa.

NIVEL NACIONAL:

Francia Luna, (Chincha Ica-Perú 2020) "Comunicación asertiva y apoyo emocional de enfermería según el familiar del paciente Crítico Objetivo: Determinar la relación que existe entre la comunicación asertiva y el apoyo emocional de enfermería según el familiar del paciente crítico, Hospital Sergio Bernales - Lima, 2020. Material y método: El Estudio es de tipo observacional, prospectivo, trasversal y de nivel relacional, la muestra fue de 70 familiares, quienes respondieron a un cuestionario con variables de caracterización y un instrumento tipo escala con 16 ítems para la variable comunicación asertiva, 8 en su dimensión comunicación verbal, 8 en la no verbal y de 8 ítems para la variable apoyo emocional. Los resultados fueron presentados descriptivamente y se utilizó la prueba Rho de Spearman, para la comprobación de la hipótesis. Resultados: De los participantes, 62,9% fueron de sexo femenino; 57,1% tienen de 31 a 40 años; 22,9% de los familiares fueron primos y 40,0% de los pacientes llevaban de 3 a 7 días hospitalizado. El 4,3% tienen una percepción desfavorable sobre la comunicación asertiva de enfermería, 78,6% medianamente favorable y 17,1% favorable; en la dimensión comunicación verbal el 8,6% tienen una percepción desfavorable, 51,4% medianamente favorable y 40,0% favorable; en la dimensión comunicación no verbal 4,3% tienen una percepción desfavorable, 91,4% medianamente favorable y 4,3% favorable; el 15,7 tienen una percepción deficiente sobre el apoyo emocional de enfermería, 78,6% regular y 5,7% óptimo. Conclusión: Existe relación directa entre la comunicación asertiva y el apoyo emocional de enfermería según el familiar del paciente crítico, Hospital Sergio Bernales - Lima, 2020. Palabras clave: Comunicación asertiva, apoyo emocional, paciente crítico, familiar.

Vela Ramírez, Orbegoso Leiva, (Tarapoto 2020) “Comunicación asertiva y su relación con el desempeño laboral en los colaboradores del hospital I Juanjuí – EsSalud” Tiene como objetivo principal determinar la relación que existe entre la comunicación asertiva y el desempeño laboral en los colaboradores del hospital I Juanjuí EsSalud, 2020. El alcance del estudio es cuantitativo, correlacional, de diseño no experimental, de corte transversal. La población estuvo conformada por 70 colaboradores tanto del área administrativa y asistencial. Para la obtención de la información se manejaron dos instrumentos para medir tanto la variable independiente que es comunicación asertiva y la variable dependiente que es el desempeño laboral, utilizando la escala de Likert. En el análisis correlacional entre ambas variables, se aplicó el coeficiente de Pearson, el cual indicó una relación positiva alta entre la comunicación asertiva y el desempeño laboral, concluyendo que: a mayor nivel de comunicación asertiva, los desempeños laborales de los colaboradores aumentarán en una relación directa. Respecto a las dimensiones del desempeño laboral con la comunicación asertiva, presentan una correlación moderada, excepto con la dimensión de calidad en la cual la correlación es baja (0,369**)

Álvarez Maita, Lima- Perú (2020) “Percepción del familiar sobre comunicación asertiva y apoyo emocional que brinda el profesional de Enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos de un hospital pediátrico de Lima, 2020” El objetivo de esta investigación fue determinar la relación que existe entre la comunicación asertiva y, el apoyo emocional que brinda la profesional de Enfermería en percepción del familiar del niño crítico internado en el Servicio de UCI de un hospital pediátrico 2020. La enfermera como profesional debe de tener el buen dominio de la comunicación asertiva, ya que de esta forma la interrelación se dará con eficacia y respeto; de lo contrario la comunicación será un desorden sin compatibilidad; si una persona inspira confianza a los demás, ellos también corresponderán a ese trato cordial. Por tal razón, el personal de enfermería debe ser capaz de brindar apoyo emocional no solo al paciente, sino al familiar que lo acompaña; logrando empatía, confianza, comprensión y sensibilidad; igualmente, en la comunicación tanto verbal como no verbal en el momento de brindar información —al familiar — debe considerar varios criterios como lo son: el

contenido del mensaje, la sencillez, la claridad, la credibilidad, la adaptabilidad, entre otros. El tipo de estudio es descriptivo correlacional, de enfoque cuantitativo, de diseño no experimental y de corte transversal porque se recopilan los datos en un momento único, El muestreo fue no probabilístico por conveniencia, porque se tomó a toda la población 50 familiares de niños internados en la UCI de un hospital pediátrico 2020, con criterios de inclusión y exclusión, el instrumento fue un cuestionario elaborado por Franco (2004). Para efectos de la presente investigación se realizó una prueba piloto en la Unidad de Cuidados Intensivos de un hospital pediátrico, y para la validez se calculó a través de la V de Aiken; obteniéndose un resultado de 1 y la confiabilidad, con la prueba de coeficiente Alfa de Cronbach cuyo resultado fue: 0,887. Palabras clave: comunicación asertividad, cuidado emocional, enfermería.

Bernaola Trillo, (La Libertad- Perú 2019) “Comunicación Asertiva Y Desempeño Laboral De Los Trabajadores Del Hospital I Pacasmayo, 2019” el objetivo es Determinar la relación entre la comunicación asertiva y el desempeño laboral de los trabajadores del Hospital I Pacasmayo, 2019 Es de tipo descriptivo correlacional y de corte transversal, la muestra estuvo constituida por 60 trabajadores de una población de 85, a quienes se les aplicaron dos instrumentos: el cuestionario de comunicación asertiva elaborado Edwin Rafael Berrocal Flores (2017) y el cuestionario de evaluación del desempeño laboral elaborado por Liz Edit Nuñez Castro (2017). Se encontró que la comunicación asertiva de los trabajadores del Hospital I Pacasmayo es Adecuada y su desempeño laboral alcanza un nivel óptimo. Se concluyó que existe relación significativa entre la comunicación asertiva y el desempeño laboral de los trabajadores, presentado un coeficiente de correlación Rho de Spearman de 0.588, siendo la dimensión de calidad, la única que no presenta relación con la comunicación asertiva, mientras que la dimensión de orientación por resultados presenta una relación significativa baja de 0.288; y las dimensiones de relaciones interpersonales, iniciativa y trabajo en equipo presentan una relación significativa moderada respecto a la comunicación asertiva, alcanzando los índices de

correlación de 0.608, 0.582 y 0.542 respectivamente. Palabras claves: comunicación asertiva desempeño laboral trabajadores de salud hospital.

Flores Chucuya, (Trujillo 2018) "Percepción de los Familiares del Paciente Crítico sobre el Cuidado que Brinda la Enfermera en la Unidad de Cuidados Intensivos", Donde llegaron a las conclusiones 83.3% sobre el cuidado que les brinda el profesional de enfermería a la familia en la UCI. En la dimensión de comunicación verbal se encontró el 40% de los familiares tienen una percepción medianamente favorable sobre el cuidado que les brinda la enfermera, en la dimensión comunicación no verbal se encontró que el 80% de los familiares tienen una percepción medianamente favorable sobre el cuidado que les brinda la enfermera y en la dimensión de apoyo emocional se encontró el 66.7% de los familiares tienen una percepción medianamente favorable del cuidado que les brinda la enfermera. Palabras claves: percepción del familiar, comunicación, apoyo emocional.

2.2 Bases teóricas

Estilos de comunicación: Pueden ser:

- **Pasivo:** Su principal característica es que la persona que la utiliza no expresa sus ideas en forma abierta, directa y concreta. Esto puede deberse a que la persona posee una autoestima baja, temores o miedos, inseguridad, desconocimiento del trabajo o son personas indecisas.
- **Asertivo:** Se da cuando la persona expresa sus ideas en forma abierta y directa, tratando de no afectar en forma negativa a los demás. Este estilo busca una comunicación que construya y ayude a resolver las situaciones. La persona de comunicación asertiva tiene un objetivo claro al comunicarse con otros. Busca el momento, el lugar y la forma de expresar lo que siente.
- **Agresivo:** Se da cuando la persona expresa sus ideas de forma abierta y directa, pero afectando de alguna manera a la otra persona. Por ello, daña la autoestima del receptor del mensaje (Zepeda, 2014).

2.2.1 Comunicación asertiva

(Berrocal, 2017). (Valderrama, 2019) define la comunicación asertiva como la habilidad de expresar ideas positivas y los sentimientos de una manera abierta, honesta y directa, que reconoce nuestros derechos y al mismo tiempo respeta los derechos de otros. No implica únicamente emitir comentarios; va más allá, ya que es el hecho de tener la noción de cómo comunicarnos eficientemente y que al emitir una idea esta sea clara y directa, siempre con el debido respeto que se merecen cada una de las personas a las cuales se dirige nuestro mensaje. La sociedad en común debe de tener el buen dominio de la comunicación asertiva, ya que de esta forma la interrelación se dará con ahínco y respeto, porque de lo contrario la comunicación será un desorden y sin compatibilidad; según sea el dominio de asertividad en una persona responderán los que los rodean, si una persona inspira confianza a los demás, ellos también corresponderán a ese trato cordial, pero se verá en algunas personas la falta de respeto o agresión; será en un pequeño porcentaje que a la larga busca su superación personal y aprende con la experiencia de la vida (Berrocal, 2017). La comunicación asertiva es una forma de expresión que favorece la comunicación eficaz entre interlocutores. Al poner en práctica estamos fomentando el respeto por uno mismo y el respeto por los demás.

Los familiares desconocen del tratamiento de la enfermedad por el cual esto produce el incremento de distintos factores desventajosos para estos: tristeza, angustia, desesperanza y llanto.

Clases de comunicación: La comunicación se manifiesta de diferentes maneras:

1. Verbal: Es aquella que emplea palabras habladas o escritas, el lenguaje verbal es un código que trasmite un significado específico cuando se combinan las palabras. Los elementos que comprenden la comunicación verbal son nombrados así: el vocabulario, los significados denotativo y connotativo, el ritmo, la entonación, la claridad, la brevedad y la relevancia: definidos para la comprensión. La comunicación verbal, el habla y su contenido, dependen en su mayor parte de la formación del profesional.

2. No verbal: La comunicación no verbal es el lenguaje corporal y también los sentimientos que el emisor experimenta en el curso de la comunicación, pues al entablar un diálogo se transmiten sentimientos. “El lenguaje corporal es un poderoso medio de comunicación, puesto que sin escribir ni hablar se transmite más de lo que se quiere decir. La comunicación no verbal no es consciente y, por tanto, no modulable”. La comunicación no verbal se realiza a través del tono de voz, la mirada, la apariencia física, la postura y la marcha, la expresión facial (gestos) y la expresión corporal (Bautista, Arias, & Carreño, 2016).

Componentes de la comunicación asertiva.

Para (Vinces, 2019) los componentes de la comunicación asertiva son las siguientes:

- Saber respetarse: Consiste en saber que somos seres humanos y tenemos energía limitada.

Respeto hacia los demás: se debe considerar a los demás como seres humanos y, por lo tanto, deben ser tratados con respeto y dignidad.

- Ser directo: garantiza que los mensajes sean claros y sencillos, por eso la persona que transmite antes de hablar debe pensar.
- Ser apropiado: cuando se va a transmitir una idea se debe tomar en cuenta el contexto donde ocurren los hechos.
- Ser positivo: reconocer que hay un intento de ayudar a los demás.
- Saber escuchar: es comprender lo que la otra persona quiere transmitir

2.2.2. Problemas Psicoemocionales:

La palabra psicoemocionales es utilizada en psicología para describir a aquellas especialidades que tienen como objeto de estudio examinar las emociones y al mismo tiempo relacionarla con aquellas enfermedades que parecen no tener otra causa, más que la mente.

Es el que desencadena en la persona como consecuencia de un desorden mental y emocional. Estos de acuerdo a las manifestaciones clínicas pueden ser clasificados en distintos tipos.

2.2.3. Emociones:

Son reacciones que todos experimentamos: alegría, tristeza, miedo, ira Son conocidas por todos nosotros, pero no por ello dejan de tener complejidad. Aunque todos hemos sentido la ansiedad o el nerviosismo, no todos somos conscientes de que un mal manejo de estas emociones puede acarrear un bloqueo o incluso la enfermedad.

Estas son algunas de las situaciones y reacciones fácilmente identificables que se producen habitualmente en los seres humanos:

- Temor a perder la vida o amenaza de un resultado negativo. Reaccionamos luchando, huyendo, manteniendo la situación de alerta o paralizándonos.
- Confrontación de intereses son nuestros semejantes. Reaccionamos con ira o enojo.
- Pérdida de un ser querido. Reaccionamos con tristeza y empatizamos con las personas que nos apoyan.
- Celebración de un éxito o enamoramiento. Reaccionamos con exaltación.
- Esfuerzo ante un desafío. Reaccionamos con satisfacción y alegría.
- Ante personas que necesitan nuestra ayuda. Reaccionamos de manera rápida y altruista aún a riesgo de nuestra seguridad.

En todos los casos estas reacciones nos ayudan a afrontar mejor esas situaciones.

Para explicar más profundamente los cambios que experimentamos, vamos a centrarnos en el miedo que por ejemplo sentimos ante una situación de peligro en la que puede estar en juego nuestra propia vida.

A nivel cognitivo, es decir, en lo que concierne a nuestra capacidad de comprensión, juicio, memorización y razonamiento, el miedo puede hacernos perder la capacidad de controlar nuestra conducta haciendo que reaccionemos de manera similar a otras especies menos evolucionadas como los reptiles. Es decir, reaccionaremos tratando de decidir si tenemos más posibilidades de sobrevivir luchando, huyendo o quedándonos paralizados. Esta manera de reaccionar, este “programa”, reside en la amígdala, en la parte más profunda de nuestro cerebro. En este órgano “emocional” no tenemos conciencia ni capacidad de decisión y además en él quedan registrados los sucesos que hemos vivido y las sensaciones que hemos percibido lo que hace que no nos olvidemos de lo que nos ha pasado y tratemos de evitarlo en un futuro.

En lo que se refiere al nivel fisiológico y dependiendo de la conducta que vayamos a desarrollar ante la situación, se activarán una serie de respuestas procedentes de diferentes sistemas: tensión muscular, presión arterial, ritmo respiratorio, temperatura periférica, sequedad en la boca etc. que nos prepararán de diferente manera según la respuesta.

A nivel subjetivo, es decir, dependiendo totalmente del individuo, experimentaremos una serie de sensaciones físicas, intensas, desagradables y descontroladas que junto con los cambios cognitivos y algunos pensamientos sobre el peligro y sus consecuencias harán que tengamos una experiencia de terror única e imborrable.

Ya hemos analizado cada una de las tres respuestas que se producen. La suma de todas ellas es lo que provocará nuestro comportamiento, ya sea lucha, huida o paralización, en las mejores condiciones para salvar la vida e intentar no volver a vernos en una situación similar de peligro.

Por otra parte, hay reacciones emocionales que se producen ante situaciones que no hemos vivido todavía, es decir, cuando las anticipamos o las imaginamos. Un claro ejemplo es lo que sentimos cuando vemos alguna escena en alguna película, leemos algún texto o recordamos o pensamos en algún suceso.

El tono hedónico, es decir, el placer que experimentamos o la sensación agradable o desagradable son “la sal de la vida”. Es algo esencial para la memoria, para la toma de decisiones, para nuestros juicios y razonamientos, para nuestra conducta, nuestras relaciones sociales y nuestro bienestar ya que:

- Los recuerdos que conservamos son mayoritariamente emocionales.
- Necesitamos tensión emocional para decidir.
- Decidimos muchas veces de manera emocional.
- Las emociones nos preparan, nos motivan y nos guían.

Hay otra serie de términos y conceptos muy relacionados con este tema como, por ejemplo, los sentimientos. Éstos son más duraderos que las emociones, que son temporales y están más vinculados a la reflexión. No suelen estar relacionados con sensaciones físicas intensas, son más suaves y no ponen en marcha comportamientos de manera inmediata. Para comprenderlo mejor, podemos hablar de la reacción emocional de miedo ante una serpiente que hemos visto en el campo mientras que hablaríamos de sentimiento de miedo hacia las serpientes, algo más general y no vinculado a una situación determinada.

Otro concepto es el estado de ánimo. Un sinónimo podría ser la “vivencia emocional” y como los sentimientos, suele ser más intenso y más prolongado que la emoción. Suele usarse mucho la expresión, al hablar de una persona que tras una pérdida importante se encuentra deprimido y tiene episodios frecuentes de tristeza. El estado de ánimo contrario sería el alegre.

El término afectividad englobaría todos los anteriores, incluidas las emociones, y es el término más genérico de todos.

Finalmente, hay que distinguir entre un estado emocional y una característica inherente a un individuo. No es lo mismo estar nervioso o ansioso por el examen que vamos a tener hoy que ser nervioso. El primer caso es una situación temporal que finaliza cuando lo hace el examen y sin embargo en el segundo,

hablamos de un rasgo de la personalidad que acompaña al individuo en diferentes situaciones y a lo largo de su vida.

2.2.3.1.- Miedo: El miedo es una emoción caracterizada por una intensa sensación desagradable provocada por la percepción de un peligro, real o supuesto, presente, futuro o incluso pasado. Es una emoción primaria que se deriva de la aversión natural al riesgo o la amenaza, y se manifiesta en todos los seres vivos. La máxima expresión del miedo es el terror. Además, el miedo está relacionado con la ansiedad.

El miedo produce cambios fisiológicos inmediatos: se incrementa el metabolismo celular, aumenta la presión arterial, la glucosa en sangre y la actividad cerebral, así como la coagulación sanguínea. El sistema inmunitario se detiene (al igual que toda función no esencial), la sangre fluye a los músculos mayores (especialmente a las extremidades inferiores, en preparación para la huida) y el corazón bombea sangre a gran velocidad para llevar hormonas a las células (especialmente adrenalina). También se producen importantes modificaciones faciales: agrandamiento de los ojos para mejorar la visión, dilatación de las pupilas para facilitar la admisión de luz, la frente se arruga y los labios se estiran horizontalmente.

Como el sistema límbico fija su atención en el objeto amenazante, los lóbulos frontales (encargados de cambiar la atención consciente de una cosa a otra) se desactivan parcialmente. Durante un ataque de pánico la atención consciente queda fijada en el peligro, y si los síntomas fisiológicos como el ritmo cardíaco o la presión sanguínea son interpretados por el sujeto como una confirmación de la realidad de la amenaza se produce una retroalimentación del miedo, que impide una ponderación del auténtico riesgo. Esto sucede, especialmente, en el caso de las fobias: la atención del fóbico es incapaz de prestar atención a otra cosa y magnifica el peligro ante la incomprensión de los presentes.

Otro estudio sobre lo que provoca miedo en una persona; realizado por un equipo de investigadores alemanes de la Clínica Universitaria Charité de Berlín, y

conducido por el psiquiatra Andreas Heinz demostró la relación entre la dopamina y la sensación de miedo.

Este estudio arrojó que la dopamina, una sustancia neurotransmisora, estimula o frena la actividad de las células nerviosas en el cerebro. En este estudio se encontró que poca dopamina en algunas áreas del cerebro provoca la interrupción o transformación de la comunicación entre las células nerviosas. Las personas con una elevada concentración de dopamina en la amígdala cerebral (Corpus amygdaloideum), área en el cerebro que participa en el procesamiento emocional, reaccionaron con más miedo y estrés que aquellas personas con una menor concentración de dicha sustancia.

2.2.3.1. Tristeza:

Es la emoción que activa el proceso psicológico que nos permite superar pérdidas, desilusiones o fracasos. Nos permite establecer distancia con las situaciones dolorosas para impulsar la interiorización y cicatrización del dolor generado por ellas. Así mismo, el sentir tristeza, nos ayuda a empatizar con la tristeza de los otros y así crear redes de apoyo y consuelo.

La tristeza se manifiesta de múltiples formas y en diferentes niveles:

- A nivel físico encontramos llanto, retardo psicomotor, rostro abatido, falta de apetito, problemas de sueño...
- A nivel mental hay una focalización de la atención en la situación problemática, dificultad para mantener la mente en blanco, problemas de concentración, pensamientos intrusivos sobre la situación...
- A nivel conductual la persona se encuentra desmotivada para realizar las tareas cotidianas y actividades sociales.

Cuando nos sentimos tristes nos replegamos sobre nosotros mismos, nos aislamos para iniciar el proceso de gestión de la emoción, este comienza con la generación de pensamientos alternativos sobre la situación traumática que nos ayudan a encajar en nuestra vida e historia personal. Acto seguido se produce

una reorganización de las conductas que emitimos para adaptarnos a la nueva realidad que nos toca vivir con nuestras pérdidas, desilusiones o fracasos.

Por tanto, la tristeza es una emoción útil, aunque dolorosa puesto que es el punto de arranque del proceso de aceptación de una realidad que nos daña.

2.2.3.3 Ira: La ira surge cuando la persona se ve sometida a situaciones que le producen la acción o que le resultan aversivas. Cuando nos sentimos airoso se centra la atención en el objeto o persona que inspiró a este sentimiento, y se activa el sistema de defensa. Las emociones permiten a la persona planes de acción o de defensa con tanta intensidad como lo hace la ira. Por ello, sin duda alguna la ira al igual que el resto de las emociones tiene carácter adaptativo. Sin embargo, su mala prensa, no nos permite caer en este detalle, ya que frecuentemente este sentimiento va unido a la agresividad o a la violencia.

¿Qué nos provoca ira? Varios son los estímulos y situaciones que nos producen este sentimiento son situaciones frustrantes, entre las que destacan:

- La obstrucción del acceso a una meta, tenemos que tener presente que cuando damos nuestro objetivo por perdido como hemos comentado anteriormente surge la emoción de tristeza. Sin embargo, si todavía consideramos que existe alguna posibilidad de alcanzar el mismo nos sentiremos airoso al ver las dificultades que se nos presentan por el camino. Esta sensación, nos ayudará a aumentar nuestra energía y focalizar nuestra atención para conseguir dicho objetivo.
- Transgresiones de normas y derechos, la ira surge cuando valoramos el comportamiento del otro, si ha sido intencionado y es merecedor de reprobación. ¿Quién no ha sentido una intensa ira ante la violación de sus derechos o cuando ha sido testigo de una gran justicia social?
- Situaciones aversivas, cuando estamos sometidos a estímulos dañinos o a situaciones fuertemente desagradables también nos surge esta emoción. Esto

explica, por ejemplo, que los pacientes de ciertas enfermedades que provocan dolor crónico a menudo experimenten sentimientos de hostilidad e ira.

¿Qué factores determinan la intensidad de esta emoción? Los factores moderadores más importantes son:

- El patrón de personalidad, es importante señalar que las personas extrovertidas son menos proclives a experimentar ira. Asimismo, las personas que son emocionalmente inestables (neuróticos) presentan con mayor frecuencia e intensidad esta emoción.
- La autoestima, es otro factor importante dentro del patrón de personalidad de la persona, hay que tener presente que aquellas personas que presenten elevados índices tanto de narcisismo como de autoestima son sujetos que experimentan ira con muchísima frecuencia. Sin embargo, aquellas personas que tienen una alta autoestima y un bajo nivel de narcisismo tienen poca tendencia a sentirse airoso.
- Contexto sociocultural, es bien sabido por todos cuándo, dónde y con quién podemos expresar nuestras emociones incluida la aquí mencionada. Esto lo aprendemos a través de la socialización. En las sociedades individualistas como la norteamericana la ira muchas veces va ligada al éxito académico y/o profesional. Sin embargo, esto no se da en todas las sociedades ya que este sentimiento presenta destacables peculiaridades culturales. De forma general, podemos afirmar que en sociedades individualistas es más fácil experimentar sentimientos de ira.
- Procesamiento: La emoción surge tras haber evaluado la situación y haber hecho una valoración de la trascendencia de la misma para nuestra persona. Dentro de la evaluación de la situación tiene especial relevancia las características del estímulo instigador (estímulo que nos provoca esta emoción). Este estímulo es novedoso, no nos es familiar y se presenta de forma súbita lo que nos dificulta predecir su aparición, todas estas características hacen que nos sintamos indefensos ante el evento sobre

el cual tenemos poca capacidad de control. Estos estímulos son muy desagradables.

En cuanto a la valoración de las situaciones que nos generan ira en general consideramos que tienen gran trascendencia para nosotros. Lo que hace que actuemos con una redoblada de alto nivel de urgencia. Es esta misma urgencia la que nos llevará a la posibilidad de afrontarlo. Siempre que sentimos ira identificamos como causa o agente de la situación a otra persona, y además consideramos sus actuaciones intencionadas. Es decir, detrás hay una motivación. Hay que tener bien presente que sólo surge cuando consideramos que podemos ejercer cierto control sobre las consecuencias del acontecimiento.

Las actuaciones y conductas que emprendan las personas airadas, como las manifestaciones explícitas de este sentimiento estarán moduladas como hemos mencionado con anterioridad, por las normas sociales y éticas. Lo que hará que de una persona a otra el sentimiento de ira presente grandes diferencias.

- Efectos subjetivos: Esta emoción se vive como un sentimiento muy desagradable, las energías de la persona que está bajo este sentimiento se ven duplicadas (o al menos eso siente la persona). La vivencia constante de ira puede dar lugar a otros sentimientos muy variados entre los que se encuentra la furia, la exasperación o la indignación... Estos sentimientos por lo general, van acompañados de conductas poco reflexivas, un buen indicador de que las personas airadas son poco eficaces a la hora de utilizar sus recursos cognitivos.
- Efectos físicos: Cuando estamos bajo la influencia de la ira aumenta nuestro tono muscular en general. Cuando ésta se hace más intensa el ritmo respiratorio aumenta si bien la amplitud respiratoria se mantiene en niveles bajos. Además, aumenta nuestra actividad cardiovascular, y el nivel de conducta amplia de nuestra piel.

A nivel hormonal experimentamos una mayor segregación de adrenalina.

Expresión corporal: La cara de un individuo airado se caracteriza por:

- Descenso y contracción de las cejas.
- Elevación del párpado superior.
- Elevación del párpado inferior y reducción de la apertura del mismo.
- Labios en tensión (contraídos y apretados).
- Elevación del mentón.
- Dilatación de los orificios nasales.
- Descenso de la barbilla.

En cuanto al resto del cuerpo quizás una de las características más notorias sea nuestro aumento del tono vocal.

- Afrontamiento: La ira recluta todos los recursos de nuestro organismo, focalizando la atención sobre los desencadenantes de la misma interrumpiendo toda actividad en curso de nuestros internos sistema cognitivo. El objetivo principal de la persona airada es destruir el obstáculo que le impide alcanzar el objeto de su deseo. Es esta motivación la que en varias ocasiones facilita que las personas que se encuentran en este estado afectivo sean capaces de emprender hazañas titánicas.
- Según el afrontamiento de la ira, podemos distinguir entre la ira hacia adentro, cuando el objetivo de suprimir la emoción, lo que genera un alto grado de malestar con uno mismo, ira hacia afuera cuando el objetivo es simplemente hacer explícita este sentimiento, a quien consideramos causante del mismo. Estos dos modos de afrontamiento tienen en común que no resuelven el problema que generó este sentimiento negativo. A diferencia de lo que se conoce como control de la ira que además de tener como objetivo principal la maduración de este sentimiento se complementa con la elaboración de planes y acciones resolutivas.
- Cuando la ira deja de ser adaptativa: la ira patológica: En primer lugar, se ha demostrado mediante diversos estudios clínicos que las personas que presentan un estilo de afrontamiento de ira hacia adentro son más propensas a padecer enfermedades cardiovasculares. Por otro lado, es bien conocido el hecho que la ira acompañada por la violencia es un

síntoma en diversas patologías y trastornos como pueden ser: el estrés postraumático, la esquizofrenia, trastornos sádicos y un largo etcétera.

2.2.4. Problemas psicológicos o trastornos psicológicos:

Podríamos definir un trastorno psicológico, también conocido como trastorno mental, como un patrón de síntomas psicológicos o de comportamiento que afectan a varias áreas de la vida y/o crean alguna clase de malestar emocional en la persona que lo padece.

Pese a las diversas revisiones que ha sufrido a lo largo de los años, el (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales) ha mantenido una definición de trastorno mental muy similar en cada una de sus versiones. La última revisión (DSM V – mayo de 2013) establece la siguiente definición:

«Un trastorno mental es un síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento de un individuo, que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental.»

Habitualmente los trastornos mentales van asociados a un estrés significativo o una discapacidad, ya sea social, laboral o de otras actividades importantes, y como en el resto de definiciones que han venido manejándose a lo largo de los años, se excluyen en todo caso las respuestas culturalmente predecibles (el duelo ante la pérdida), o las consideradas socialmente anómalas en un determinado contexto (relacionadas con la sexualidad, la política o la religión).

- Excesiva, por ejemplo, la muerte de algún familiar, estrés en el trabajo o preocupaciones continuas por la situación financiera.
- Personalidad. Las personas con determinados tipos de personalidad son más propensas a sufrir trastornos de ansiedad que otras personas.

- Otros trastornos mentales. Las personas que padecen otros trastornos mentales, como depresión, a menudo también padecen un trastorno de ansiedad.
- Tener familiares consanguíneos que padecen un trastorno de ansiedad. Los trastornos de ansiedad pueden ser hereditarios.
- Depresión (que a menudo se produce junto con un trastorno de ansiedad) u otros trastornos de salud mental.
- Abuso de sustancias.
- Problemas para dormir (insomnio).
- Problemas digestivos o intestinales.
- Dolor de cabeza y dolor crónico.
- Aislamiento social.
- Problemas en la escuela o el trabajo.
- Mala calidad de vida.
- Suicidio.

2.2.4.1 Trastornos de Ansiedad.

Los trastornos de ansiedad se caracterizan por miedo excesivo y evitación en respuesta a objetos o situaciones específicas que en realidad no representan un peligro real. En México son los trastornos psiquiátricos más frecuentes a lo largo de la vida, 14.3%,¹ mientras que en los EUA esa cifra llega a 28.8%. Estos padecimientos afectan grandemente el desempeño laboral, académico y social, consumen muchos recursos de salud y son un factor de riesgo de los trastornos cardiovasculares. Cuando se presentan como comorbilidad de la depresión mayor, el abuso de sustancias, los trastornos alimentarios y los trastornos severos de la personalidad, se convierten en el principal obstáculo para tratar esas enfermedades.

Tipos de trastornos por ansiedad

- **Trastorno de ansiedad generalizada.** Se caracteriza por la presencia de ansiedad y preocupaciones de carácter excesivo y persistente durante al menos seis meses. La ansiedad se asocia a tres o más de los siguientes síntomas:

inquietud, fatigabilidad fácil, dificultad para concentrarse, irritabilidad, tensión muscular y alteraciones del sueño.

- **Trastorno por estrés postraumático.** Se presenta cuando el paciente ha estado expuesto a un acontecimiento altamente traumático en que estuviera amenazada su integridad física o la de los demás y se caracteriza por la reexperimentación del evento como recuerdos recurrentes e intrusos que provocan malestar, síntomas debido al aumento de la activación (irritabilidad, hipervigilancia, respuestas exageradas de sobresalto, dificultades para conciliar o mantener el sueño) así como evitación persistente de los estímulos relacionados con el trauma.

- **Trastorno obsesivo compulsivo.** Se caracteriza por la presencia de obsesiones (pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que causan malestar o ansiedad significativos) y de compulsiones que son comportamientos o actos mentales de carácter repetitivo que se realizan para disminuir la ansiedad provocada por la obsesiones o para prevenir de algún acontecimiento negativo.

- **Fobia social.** Temor persistente por una o más situaciones sociales o actuaciones en público en las que la persona se ve expuesta a personas que no pertenecen al ámbito familiar o a la posible evaluación por parte de los demás presentando el temor de actuar de un modo que sea humillante o embarazoso. Las situaciones sociales temidas se evitan o se experimentan con ansiedad y malestar intensos.

- **Fobia específica.** Temor persistente y acusado que es excesivo o irracional, desencadenado por la presencia o anticipación de un objeto o situación específicos (animales, sangre, alturas, tormentas, aviones, elevadores).

- **Trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica.** Se caracteriza por síntomas prominentes de ansiedad que se consideran secundarios a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad subyacente.

- **Trastorno de ansiedad inducido por sustancias.** Se caracteriza por síntomas prominentes de ansiedad que se consideran secundarios a los efectos fisiológicos directos de una droga o fármaco. López & Martínez, México 2011

2.2.4.2. La Depresión:

La Organización Mundial de la Salud (OMS) (citado en Beltrán, Freyre, & Hernández, 2012) plantea que la depresión pertenece a uno de TEA (trastornos del estado de ánimo) la cual se caracteriza principalmente por una incapacidad que experimenta el individuo para poder interesarse y disfrutar de las cosas o situaciones; dicha alteración va a afectar enormemente diversas áreas de la vida que le permiten al individuo ser funcional (Beltrán, Freyre, & Hernández, 2012). Lovibond y Lovibond (1995) refieren que la depresión es caracterizada por una ausencia de autoestima, que además va asociada con una percepción de baja probabilidad de logro en relación con metas personales altamente significativas para el sujeto (Lovibond & Lovibond, 1995).

Retamal (1998) define a la depresión como un tipo de variación del estado anímico, el cual consiste en una disminución, donde se ve una constante pérdida de interés o imposibilidad para experimentar placer en actividades cotidianas, que además va acompañada de síntomas psíquicos como alteraciones de la memoria, fallas en la concentración, tristeza, etc; y físicos como pérdida de interés sexual, disminución del apetito, mareos, etc (Retamal, 1998).

La depresión al ser un trastorno del estado de ánimo, presenta numerosos signos y síntomas que son catalogados como indicadores para poder identificar a la persona que la presenta, dentro de estos tenemos: Sentimientos de desesperanza, pesimismo, culpa, desamparo, inutilidad; pérdida de peso, apetito sexual; disminución de energía, desgano, fallas en la memoria, concentración; incapacidad para tomar decisiones; insomnio, y síntomas físicos como dolores de cabeza, trastornos de tipo digestivos y otros dolores crónicos, etc (Ministerio de Salud, 2005). La depresión consta de 5 dimensiones, propuestas por Calderón (1999):

- Dimensión afectiva, en esta dimensión la persona experimenta diversos síntomas, pero el que más resalta es el hecho de que empieza a experimentar grados de apatía lo que provoca que el sujeto sienta incapacidad para poder interesarse en cosas que anteriormente lograban estimular su estado de ánimo (Calderón, 1999).
- Dimensión motivacional, se manifiesta en aquellas personas que tienen sentimientos relacionados con la insatisfacción, cuando las cosas que hacen o tiene no sufren sus expectativas, otra de las características es que se presentan pensamientos que inducen a autolesionarse y en peores casos, suicidarse (Calderón, 1999). Dimensión cognitiva, tiene mucha concordancia o relación con lo que plantea Beck en su modelo teórico, esta dimensión establece síntomas de desconfianza, preocupaciones somáticas, desconfianza del futuro y de sí mismos, entre otros (Calderón, 1999).
- Dimensión cognitiva, tiene mucha concordancia o relación con lo que plantea Beck en su modelo teórico, esta dimensión establece síntomas de desconfianza, preocupaciones somáticas, desconfianza del futuro y de sí mismos, entre otros (Calderón, 1999)
- Dimensión conductual, afecta las áreas que le permiten al sujeto ser funcional, como, por ejemplo: el trabajo, donde el sujeto experimenta fatiga y retardo para trabajar (Calderón, 1999). Finalmente está la dimensión física, cuyos síntomas se manifiestan en la pérdida o disminución del apetito sexual y del peso, e incapacidad para conciliar el sueño u otro de problema relacionado con esta área (Calderón, 1999).

2.2.6. Cuidados en la Hospitalización a UCI.

Es la Unidad que proporciona atención médica especializada a los pacientes que tienen alteraciones fisiopatológicas agudas que ponen en peligro su vida y que necesitan de mayores cuidados humanos y tecnológicos. (Espinoza, 2007, p. 21, párr. 1).

La UCI es un lugar donde labora un personal multidisciplinario con la misión de ofrecer asistencia médica a un paciente en estado crítico, por ende, el personal es altamente entrenado, es decir el equipo está compuesto por médicos y enfermeras intensivistas por lo que nos da a entender que es un personal especializado y con gran experiencia. El entorno de la UCI es un recuerdo constante de amenaza de la vida y de la posibilidad real de la muerte, los tratamientos procedimientos invasivos y no invasivos de urgencia, planificadas y las normas como horarios de visita, informe médicos, medidas de Bioseguridad; entre otros pueden intensificar el miedo del paciente como para la familia, al respecto se considera ingreso a una UCI puede ser muy duro tanto como para el paciente como para la familia.

Se puede concluir que a la UCI ingresan pacientes con alteración multi-sistémica y en fase aguda es decir con mucho riesgo de muerte ,por tanto deja de ejercer sus roles familiares, laborales y sociales y se vuelve un ente pasivo a la expectativa de quienes lo atienden, debe aceptar o muchas veces ni tiene opción a opinar por su mismo estado, renunciando a sus preferencias y hábitos y la mayoría de veces se le realiza intervenciones que lo someterán a estar dormido y con quien se coordinará será con sus familiares directos, por tanto se resalta la importancia de lo que observa siente y desea el familiar.

Las crisis de los pacientes y familiares e inclusive se divide en cuatro fases:

- Choque emocional. - El familiar se siente amenazado por la misma circunstancia angustia, temor, ansiedad desesperanza llamémosle crisis situacional sus pensamientos están obnubilados. (Cibanal, 2014, p. 189, párr9).
- Retirada defensiva. - El familiar intenta buscar una estabilidad emocional, tratando al inicio de evitar la realidad expresando negación, euforia,

indiferencia, mientras esto ocurre está buscando organizar sus ideas. (Cibanal, 2014, p. 2579, párr8).

- Aceptación. - El familiar busca enfrentarse a la realidad pero eso le produce tristeza, aflicción, intensa ansiedad, siente que es mucho para enfrentarlo, tiene incluso a veces ideas de suicidio, su pensamiento esta desorganizado, es el momento cuando su percepción está alterada de la realidad. (Cibanal, 2014, p. 29, párr2).
- Aceptación y cambio. - Siente que ya puede valerse por sí mismo que ha logrado estabilidad en sus emociones, busca soluciones y alternativas a los cambios.

Se concluye que debemos identificar en qué etapa de la crisis está el paciente como el familiar para poder brindarle un mejor apoyo y ayudarlo a esa estabilidad que lo ayuda a buscar soluciones entonces beneficia al paciente como a él mismo. (Cibanal, 2014, p. 179, párr4).

2.3. Conceptual

Comunicación: Para María del Socorro Fonseca, comunicar es "llegar a compartir algo de nosotros mismos. Es una cualidad racional y emocional específica del hombre que surge de la necesidad de ponerse en contacto con los demás, intercambiando ideas que adquieren sentido o significación de acuerdo con experiencias previas comunes". Según Stanton, Etzel y Walker, la comunicación es "la transmisión verbal o no verbal de información entre alguien que quiere expresar una idea y quien espera captarla o se espera que la capte" Para Lamb, Hair y McDaniel, la comunicación es "el proceso por el cual intercambiamos o compartimos significados mediante un conjunto común de símbolos" Según Idalberto Chiavenato, comunicación es "el intercambio de

información entre personas. Significa volver común un mensaje o una información. Constituye uno de los procesos fundamentales de la experiencia humana y la organización social" Robbins y Coulter nos brindan la siguiente definición: "Comunicación es la transferencia y la comprensión de significados".

ASERTIVA: El que una interacción nos resulte satisfactoria depende de que nos sintamos valorados y respetados, y esto, a su vez, no depende tanto del otro, sino de que poseamos una serie de habilidades para responder correctamente y una serie de convicciones o esquemas mentales que nos hagan sentirnos bien con nosotros mismos (OLGA CASTANYER 32ª edición)

LA PERSONA ASERTIVA:

- Sabe decir "no" o mostrar su postura hacia algo
- Manifiesta su propia postura ante un tema, petición, demanda
- Expresa un razonamiento para explicar/justificar su postura, sentimientos, petición
- Expresa comprensión hacia las posturas, sentimientos, demandas del otro 2. Sabe pedir favores y reaccionar ante un ataque
- Expresa la presencia de un problema que le parezca debe ser modificado (cuando lo haya)
- Sabe pedir cuando es necesario
- Pide clarificaciones si hay algo que no tenga claro
- Sabe expresar sentimientos
- Expresa gratitud, afecto, admiración
- Expresa insatisfacción, dolor, desconcierto

La comunicación asertiva. - Adler (1977) señala que existen tres componentes básicos involucrados en toda comunicación asertiva: lo visual, lo vocal y lo verbal. En seguida se especificarán cada uno de ellos.

Elementos visuales. - Para poder establecer una comunicación asertiva, los elementos visuales constituirán la piedra angular, y en ellos se destacan el

contacto visual, la prosémica o distancia corporal, la expresión facial y los gestos, y la postura y movimientos. En adelante se verán cada uno de ellos y su posible impacto en la interacción comunicativa.

Elementos vocales. - Los elementos vocales no se refieren al contenido de lo que se dice, sino a la forma cómo se dicen las cosas, es decir, existe una clara distinción entre la manera que una persona emplea las palabras (comunicación verbal) y cómo emplea su voz (Hybels, 1982). Albert Mehrabian (1971) estima que el 38% del significado social del proceso de comunicación reside en la percepción de la voz. En cuanto a los elementos vocales podemos identificar los siguientes:

Elementos verbales. - "Es decisivo en la comunicación la selección del lenguaje que se va a transmitir para lograr una comunicación exitosa" (Adler, 1977). El uso de enunciados completos de forma clara, completa y coherente determinará en gran medida el éxito de la comunicación.

Emocionales: Este artículo tiene como objetivo realizar una revisión de literatura relacionada con el trabajo emocional, analizando sus principales conceptualizaciones, tendencias en investigación e investigadores destacados. La revisión se sustenta en búsquedas exhaustivas en revistas especializadas en el trabajo emocional y comportamiento organizacional, así como en libros y artículos nacionales. Examinar la relación del trabajo emocional con los resultados de la organización es especialmente necesario, porque una de las razones primarias por las que las organizaciones requieren el trabajo emocional

es que la expresión emocional tiene una fuerte influencia en el comportamiento de las ventas y el desempeño organizacional. Finalmente, la temática de trabajo emocional ha sido poco explorada en el campo de investigación del comportamiento y la psicología organizacional, y puede ser abordada multidimensionalmente desde factores tanto individuales como organizacionales.

Problema: Problemas son proposiciones demostrativas que necesitan pruebas o son tales como para expresar una acción cuyo modo de realización no es inmediatamente cierto (Kant). La situación no resuelta o indeterminada podría llamarse situación “problemática”; se hace problemática en el momento mismo de ser sometida a investigación. El resultado primero de la intervención de la investigación es que se estima que la situación es problemática (Dewey). Chacín y Padrón (1996) recuperan las siguientes definiciones y comentarios sobre “el problema”: Procedimiento dialéctico que tiende a la elección o al rechazo o también a la verdad y al conocimiento (Aristóteles).

Problemas psicoemocional: Hay muchos términos para describir problemas emocionales, mentales o del comportamiento. en la actualidad, éstos están calificados de «problemas emocionales» («emotional disturbance»). De acuerdo a las regulaciones del acta para la educación de individuos con discapacidades («individuals with disabilities education act,» o idea), los problemas emocionales se definen como «una condición que exhibe una o más de las siguientes características a través de un largo período de tiempo y hasta cierto grado, lo cual afecta desfavorablemente el rendimiento educacional del niño:

- Una incapacidad de aprender, que no puede explicarse mediante factores intelectuales, sensoriales, o de la salud;

- Una incapacidad de formar o mantener relaciones interpersonales con los compañeros y profesores.
- Comportamiento o sentimientos inapropiados, bajo circunstancias normales; un estado general de descontento o depresión

Familia: Este trabajo recoge algunos de los resultados de la investigación “Representaciones del concepto familia en estudiantes de Trabajo Social”, realizada por los autores en el marco del Programa de Incentivos para docentes investigadores en el período 2009-2011. Nuestro punto de partida señala que dichas representaciones conforman unos hábitos que delinea el modo de interpretar la realidad, lo que hace necesario reconocerlas, reflexionar críticamente en torno a ellas y someterlas a un proceso de transformación, que partiendo del sentido común permite construir conocimiento científico. Ello es aún más necesario si entendemos la centralidad que revisten dichas representaciones sobre las familias a la hora de intervenir profesionalmente junto a ellas.

Cuidados intensivos: Cuando el paciente llega al área de cuidados intensivos debe soportar el tratamiento que intentará salvarle la vida. Pero cuando se detecta su gravedad con anticipación, se evita que su situación se complique. En el Complejo hospitalario se busca estabilizar y mejorar al paciente antes de que la enfermedad empeore o el cuadro se vuelva mucho más crítico. Cestero Mancera, Ana María Editor Universidad de Alcalá, Área de Lingüística General

Paciente: Es aquella persona que sufre de dolor y malestar y, por ende, solicita asistencia médica y, está sometida a cuidados profesionales para la mejoría de su salud. La palabra paciente es de origen latín “patiens” que significa “sufriente” o “sufrido”.

2.4 Definición de Términos.

Comunicación: La comunicación es el proceso mediante el cual el emisor y el receptor establecen una conexión en un momento y espacio determinados para

transmitir, intercambiar o compartir ideas, información o significados que son comprensibles para ambos

Asertiva: Que indica o expresa afirmación o sirve para afirmar

Comunicación asertiva: La comunicación asertiva es una habilidad social de gran valor, que está asociada a la inteligencia emocional y a la capacidad para comunicarse de manera armoniosa y eficaz con los demás.

Comunicación verbal: Es el uso de las palabras para la interacción entre los seres humanos, el lenguaje propiamente dicho, expresado de manera hablada o escrita. Constituye un nivel primario de comunicación y se centra en "lo que se dice". La base de este tipo de comunicación está en la utilización de conceptos.

Comunicación no verbal: Tiene como objetivo transmitir un mensaje a través de gestos, expresiones faciales o determinadas posturas. Se basa en el lenguaje corporal.

Psicoemocionales: es utilizada en psicología para describir a aquellas especialidades que tienen como objeto de estudio examinar las emociones y al mismo tiempo relacionarla con aquellas enfermedades que parecen no tener otra causa, más que la mente

Problema psicoemocionales: El daño o maltrato psicológico y emocional es un término que se utiliza para designar a todos aquellos individuos que durante el transcurso de su vida (niños, adulto, adolescente o adulto mayor) han sido víctimas de abusos lo cual le ha hecho experimentar sufrimiento e incluso cambios emocionales por el trauma generado. Lo cual con el pasar de los años si no se supera puede llegar a generar trastornos emocionales.

La familia: Grupo de personas emparentadas entre sí que viven juntas.

El rol del familiar: Papel que tiene o ejerce una persona dentro de la unidad familiar

Cuidados intensivos: También denominada unidad de vigilancia intensiva, UCI o UVI. Unidad hospitalaria dedicada al diagnóstico y tratamiento intensivo de enfermedades agudas o fases críticas de una enfermedad que requieren atención especializada, inmediata y continua.

El paciente: Es aquella persona que sufre de dolor y malestar y, por ende, solicita asistencia médica.

III. VARIABLES E HIPOTESIS

3.1 Hipótesis

H1. Existe relación directa y significativamente entre la comunicación asertiva y los problemas psicoemocionales de los familiares.

H0. No existe relación directa y significativamente entre comunicación asertiva y los problemas psicoemocionales de los familiares

Definición conceptual de variables

VARIABLE 1:

Comunicación Asertiva: La comunicación asertiva es acción y efecto de comunicar, “trato, correspondencia entre dos o más personas; junta o unión de algunas cosas con otras”. Define la comunicación asertiva como la habilidad de expresar ideas positivas y los sentimientos de una manera abierta, honesta y directa, que reconoce nuestros derechos y al mismo tiempo respeta los derechos de otros.

VARIABLE 2

Problemas psicoemocionales:

La palabra psicoemocionales es utilizada en psicología para describir a aquellas especialidades que tienen como objeto de estudio examinar las emociones y al mismo tiempo relacionarla con aquellas enfermedades que parecen no tener otra causa, más que la mente. Así mismo en medicina, es necesario que se analicen estos trastornos ya que en muchas ocasiones pueden ser el origen de una patología a la que no se le encuentra el causante, por lo que es un área que debe ser conocida por los diferentes profesionales de la salud.

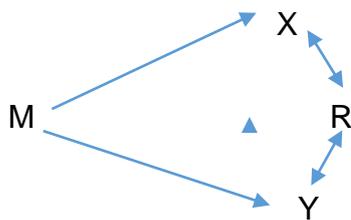
3.1.1. Operacionalización de variables.

VARIABLE	DEFINICIÓN DE CONCEPTOS	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS	ESCALA DE MEDICIÓN
Comunicación Asertiva	La comunicación asertiva es la habilidad de expresar ideas positivas y los sentimientos de una manera abierta, honesta y directa, que reconoce nuestros derechos y al mismo tiempo respeta los derechos de otros.	La comunicación asertiva es un tipo de comunicación donde expresamos ideas, sentimientos y necesidades en forma directa, segura, tranquila y honesta; al mismo tiempo siendo empático y respetuoso con las personas.	Comunicación verbal. Comunicación no verbal	Contenido verbal del mensaje Fluidez verbal Gestos positivos Miradas comprensivas.	Si =02 No=01 Si =01 No=02	Malo = 07- 09 Regular= 10-12 Bueno = 13-14 Malo = 02 Regular =03 Bueno = 04
Problemas Psicoemocionales	Problemas psicoemocionales es el que desencadena en la persona como consecuencia de un desorden mental y emocional. Estos de acuerdo a las manifestaciones clínicas pueden ser clasificados en distintos tipos.	La palabra psicoemocionales es utilizada en psicología para describir a aquellas especialidades que tienen como objeto de estudio examinar las emociones y al mismo tiempo relacionarla con aquellas enfermedades que parecen no tener otra causa, más que la mente.	Emociones Problemas psicológicos	Miedo. Tristeza Ira Depresión Ansiedad.	Si =02 No=01 Si =02 No=01	Alto=13-16 Bajo=08-12 Alto=16-22 Bajo=11-15

IV. METODOLOGIA DEL PROYECTO

4.1 Diseño metodológico

El siguiente estudio es de método Hipotético deductivo de enfoque cuantitativo de nivel correlacional, tipo de estudio básica, de diseño no experimental de corte transversal ya que nos permitirá obtener información y presentar los datos tal y como se obtendrán en un tiempo y espacio determinado.



M: Representa la muestra en la que realizamos el estudio.

X: variable comunicación asertiva.

Y: variable problemas psicoemocionales.

R: la relación entre las variables.

4.2 Método de investigación.

Hipotético deductivo, porque se realiza la observación de los fenómenos a estudiar para luego crear una hipótesis y lograr explicar dicho fenómeno, que finalmente permite realizar la deducción de consecuencias o proposiciones más elementales de la propia hipótesis

4.3 Población y muestra

Al ser un número reducido de participantes, la población se tomará como muestra para la investigación; que constan de 30 familiares de pacientes ingresados en el servicio de UCI general Y de cuidados intermedios del Hospital Sub Regional de Andahuaylas durante los meses mayo a agosto del año 2022.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

- Criterio de inclusión: Un miembro de cada familia que desempeñe el papel de responsable del paciente.

Ser mayor de 20 años y que acepte participar en el estudio.

- Criterio de exclusión: Familiares que no desearon participar del estudio.

4.4. Lugar de estudio

El presente estudio se realizará en sala de espera del Hospital Sub Regional de Andahuaylas ubicado en la Provincia de Andahuaylas, Departamento de Apurímac.

Dentro de la estructura hospitalaria cuenta con 3 camas Unidad de Cuidados Intensivos; y 12 camas de cuidados intermedios. con diagnósticos en riesgo de muerte, siendo el promedio de permanencia entre 5 y 18 días aproximadamente. Con un total de 20 a 35 pacientes por trimestre aproximadamente.

4.5. Técnica e instrumento de recolección de datos

El instrumento que se utilizará en esta investigación es la encuesta que está basada en la escala nominal dicotómica.

Este instrumento ha sido elaborado por las investigadoras siguiendo el modelo Likert, se sometió a juicio de expertos y se realizó una prueba piloto, la cual arrojó el alfa de Cronbach es de 0.78 representando la fiabilidad y confiabilidad de datos representados.

A cada categoría se le suele asignar un número de código sin significado cuantitativo, lo que facilita su introducción en bases de datos en el SPSS25. En

cualquier situación, si se usa una codificación propia, debe tenerse claro lo que significa cada código para cada variable Veamos algunos ejemplos:

Sexo: 1) masculino; 2) femenino.

Estado civil: 1, cónyuge; 2, hijo; 3, padre; 4, madre,

4.6. Análisis y procesamiento de datos.

Para la obtención de resultados, los datos estadísticos serán tabulados, analizados e interpretados usando metodologías de estadística descriptiva e inferencial. Para el procesamiento de los datos se utilizará el software SPSS versión 25.

V. RESULTADOS

5.1 Resultados descriptivos

5.1.1. Comunicación asertiva de los familiares de pacientes adulto ingresados en cuidados intensivos del Hospital Sub Regional de Andahuaylas durante el año 2022.

TABLA N° V.1.1

Distribución de frecuencia y porcentaje según la Comunicación asertiva

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Malo	5	16,7	16,7	16,7
	Regular	9	30,0	30,0	46,7
	Bueno	16	53,3	53,3	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

Fuente: Base de datos (Ver anexo 2)

Variable Comunicación Asertiva

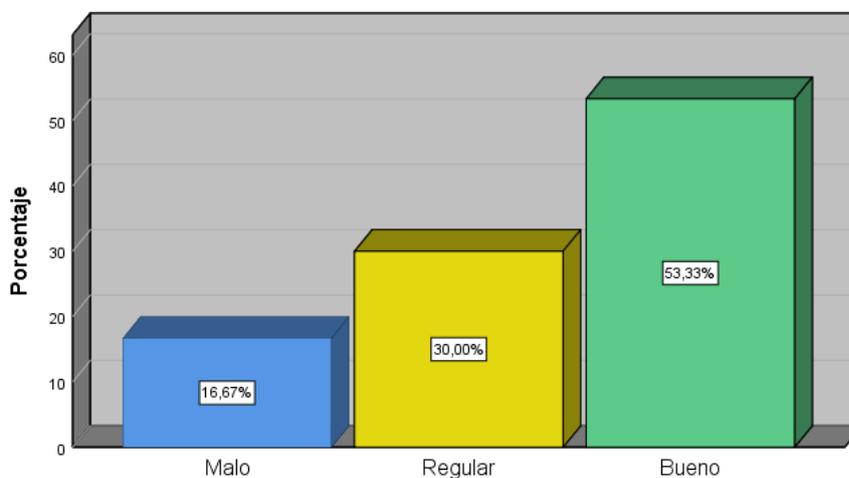


Figura V.1. Distribución porcentual de la variable comunicación asertiva.

En la tabla V.1 y figura V.1, se observó que, un 53.3% el cual representa a 16 familiares de la muestra, tienen un nivel Bueno; el 30% equivalente a 9 participantes presentan un nivel regular, y el 16.67% equivalente a 5 familiares, presentan un nivel malo de comunicación asertiva.

V.1.2. Dimensiones de la Comunicación Asertiva de los familiares de pacientes adulto ingresados en cuidados intensivos del Hospital Sub Regional de Andahuaylas durante el año 2022.

TABLA N° V.1.2

Distribución de frecuencia y porcentajes de la dimensión comunicación verbal

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Malo	6	20,0	20,0	20,0
	Regular	7	23,3	23,3	43,3
	Bueno	17	56,7	56,7	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

Fuente: Base de datos (Ver anexo 2)

Dimensión Comunicación Verbal

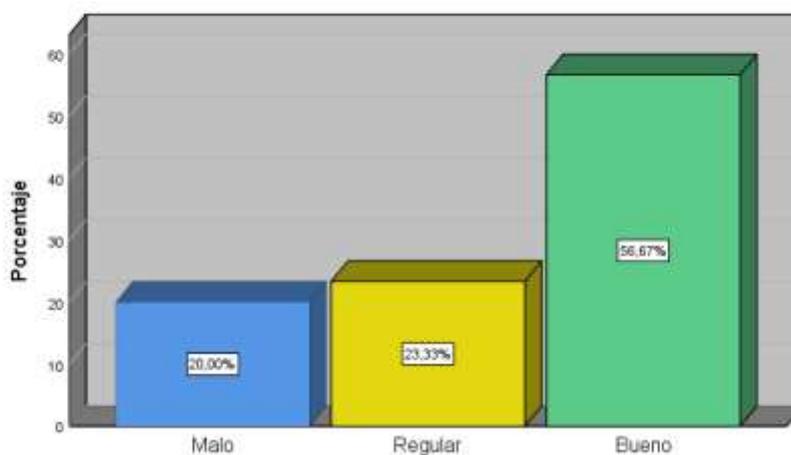


Figura V2. Distribución porcentual de la dimensión comunicación verbal

En la tabla V.2 y figura V.2, el 56.67% de los familiares, perciben la comunicación verbal de los profesionales de la salud como bueno; el 23.33% de participantes, la perciben como regular; y un 20% de familiares, la perciben como malo.

V.1.3 Comunicación no verbal de los familiares de pacientes adulto ingresados en cuidados intensivos del Hospital Sub Regional de Andahuaylas durante el año 2022.

TABLA N° V.1.3

Distribución de frecuencia y porcentajes de la dimensión comunicación no verbal

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Malo	8	26,7	26,7	26,7
	Regular	6	20,0	20,0	46,7
	Bueno	16	53,3	53,3	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

Fuente: Base de datos (Ver anexo 2)

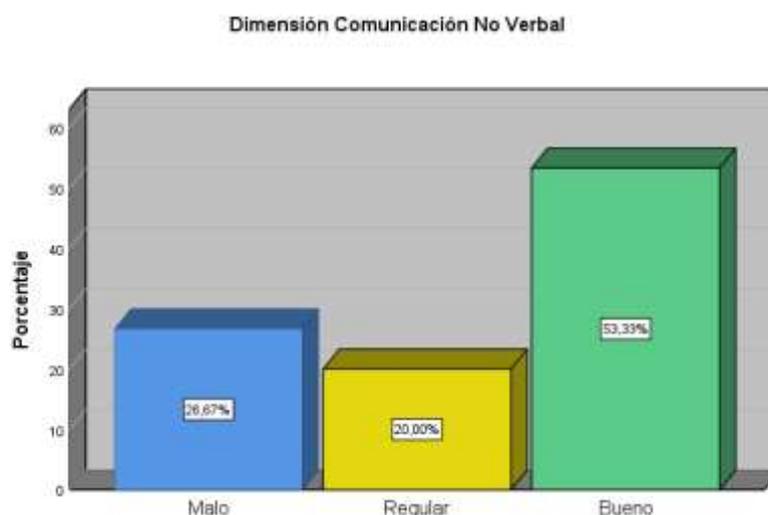


Figura V.3. Distribución porcentual de la dimensión comunicación no verbal

En la tabla V.3 y figura V.3, se observa que, el 53.33% de familiares, perciben la comunicación no verbal de los profesionales de la salud como bueno, un 26.67% de participantes opinan que, la comunicación no verbal de los profesionales de la salud es mala; y el 20% de los familiares consideran que la comunicación no verbal es regular.

V.1.4. Problemas Psicoemocionales de los familiares de pacientes adulto ingresados en cuidados intensivos del Hospital Sub Regional de Andahuaylas durante el año 2022.

TABLA N° V.1.4
Distribución de frecuencia y porcentajes según la variable problemas psicoemocionales

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Bajo	20	66,7	66,7	66,7
	Alto	10	33,3	33,3	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

Fuente: Base de datos (Ver anexo 5)

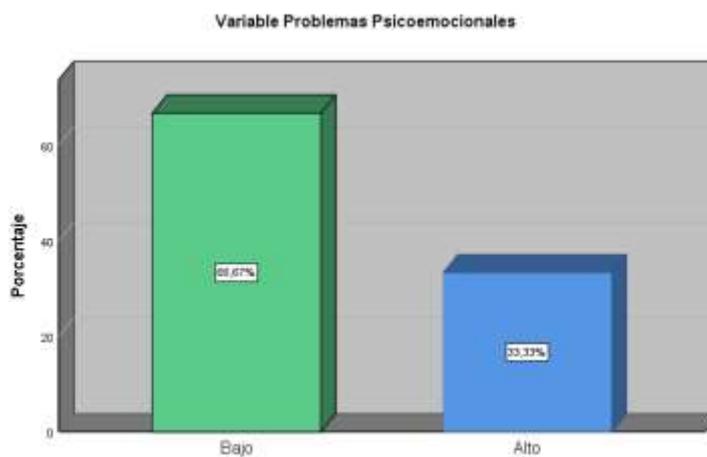


Figura V4. Distribución porcentual de la variable problemas psicoemocionales

En la tabla V4 y figura V4, se observa que, el 66.67% de los familiares de los pacientes adultos ingresados en cuidados intensivos presentan bajos niveles de problemas psicoemocionales, mientras que el 33.33% de la muestra si manifiesta un nivel alto de problemas psicoemocionales.

V.1.5. Problemas de emociones de los familiares de pacientes adulto ingresados en cuidados intensivos del Hospital Sub Regional de Andahuaylas durante el año 2022.

TABLA N° V.1.5

Distribución de frecuencia y porcentajes según la dimensión emociones

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Bajo	16	53,3	53,3	53,3
	Alto	14	46,7	46,7	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

Fuente: Base de datos (Ver anexo 2)

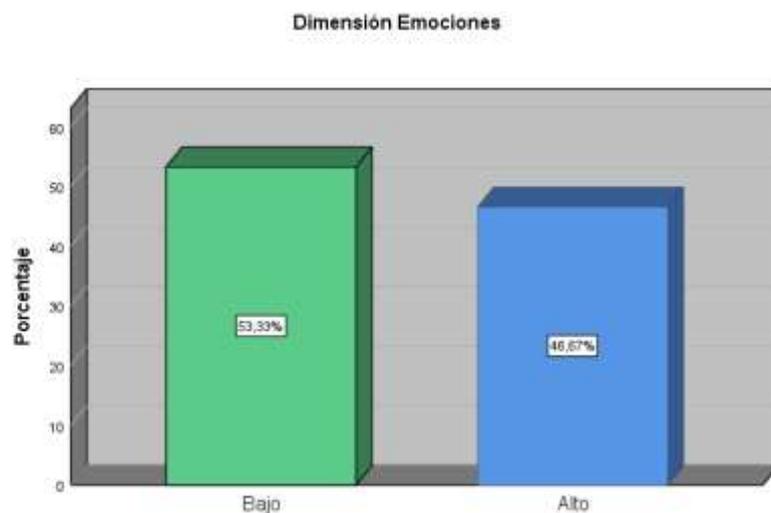


Figura V5. Distribución porcentual de la dimensión emociones

En la tabla V5 y figura V5, se observa que, el 53.33% de los familiares de los pacientes adultos ingresados en cuidados intensivos presentan bajos niveles de problemas emocionales, mientras que el 46.67% de la muestra si manifiesta un nivel alto de problemas emocionales.

V.1.6 Problemas psicológicos de los familiares de pacientes adulto ingresados en cuidados intensivos del Hospital Sub Regional de Andahuaylas durante el año 2022.

TABLA N° V.1.6

Distribución de frecuencia y porcentajes según la dimensión psicológica

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Bajo	21	70,0	70,0	70,0
	Alto	9	30,0	30,0	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

Fuente: Base de datos (Ver anexo 2)

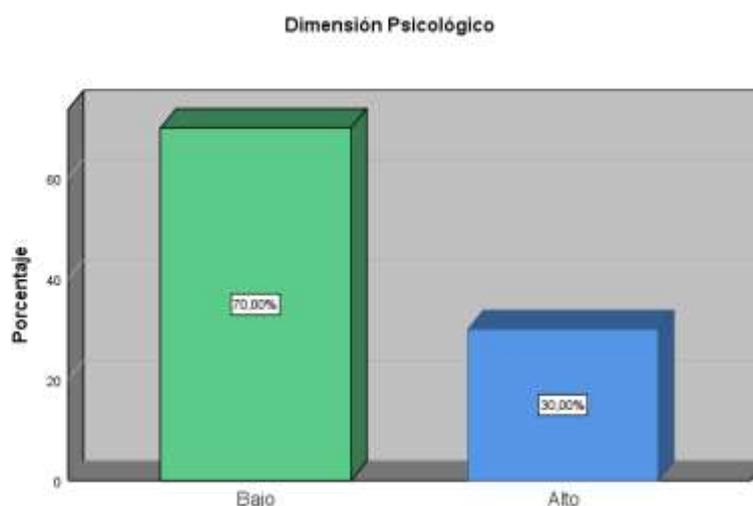


Figura V6. Distribución porcentual de la dimensión psicológico

En la tabla V6 y figura V6, se observa que, el 70% de los familiares de los pacientes adultos ingresados en cuidados intensivos presentan bajos niveles de problemas psicológicos, mientras que el 30% de la muestra si manifiesta un nivel alto de problemas psicológicos.

5.2 Resultados inferenciales

V.2.1. Comunicación asertiva y problemas psicoemocionales

Hipótesis general

Ho: No existe relación directa y significativamente entre comunicación asertiva y los problemas psicoemocionales de los familiares de pacientes adultos, ingresados en cuidados intensivos del Hospital Sub Regional de Andahuaylas durante el año 2022.

H1: Existe relación directa y significativamente entre la comunicación asertiva y los problemas psicoemocionales de los familiares de pacientes adultos, ingresados en cuidados intensivos del Hospital Sub Regional de Andahuaylas durante el año 2022.

Tabla V.8
Coeficiente de correlación y significación entre las variables comunicación asertiva y problemas psicoemocionales

			Variable Comunicación Asertiva	Variable Problemas Psicoemocionales
Rho de Spearman	Variables Comunicación Asertiva	Coeficiente de correlación	1,000	-,750**
		Sig. (bilateral)	.	,000
		N	30	30
	Variable Problemas Psicoemocionales	Coeficiente de correlación	-,750**	1,000
		Sig. (bilateral)	,000	.
		N	30	30

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

La tabla V.8 evidencian los resultados de un coeficiente de correlación, cuyo valor es ($r = -0.750$) lo que indica una correlación negativa alta, además el de $p = 0,000$ resulta menor al de $p < 0,05$ y en consecuencia la relación es significativa al 95% y rechaza la hipótesis nula (H_0) concluyendo que mientras exista una buena comunicación asertiva para con los familiares de los pacientes adultos, ingresados en cuidados intensivos del Hospital Sub Regional de Andahuaylas

durante el año 2022, los problemas psicoemocionales de los mismos, van a verse disminuidos.

Hipótesis Específicas

Ho: No existe relación directa y significativa entre comunicación verbal y los problemas psicoemocionales de los familiares de pacientes adultos, ingresados en cuidados intensivos del Hospital Sub Regional de Andahuaylas durante el año 2022.

H1: Existe relación directa y significativa entre la comunicación verbal y los problemas psicoemocionales de los familiares de pacientes adultos, ingresados en cuidados intensivos del Hospital Sub Regional de Andahuaylas durante el año 2022.

Tabla V.8

Coefficiente de correlación y significación entre la dimensión comunicación verbal y problemas psicoemocionales

			Dimensión Comunicación Verbal	Variable Problemas Psicoemocional es
Rho de Spearman	Dimensión Comunicación Verbal	Coefficiente de correlación	1,000	-,860**
		Sig. (bilateral)	.	,000
		N	30	30
	Variable Problemas Psicoemocionales	Coefficiente de correlación	-,860**	1,000
		Sig. (bilateral)	,000	.
		N	30	30
**. La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).				

En la tabla V.8 se muestra los resultados de una correlación cuyo valor es ($r = -.860$) indicando una correlación negativa alta, asimismo el valor de $p = 0,000$ resultando ser menor al de $p < 0,05$, permitiendo rechazar la hipótesis nula (HO) y asumiendo que existe relación significativa entre la comunicación verbal y problemas psicoemocionales de los familiares de pacientes adultos, ingresados

en cuidados intensivos del Hospital Sub Regional de Andahuaylas durante el año 2022.

Hipótesis Específicas

Ho: No existe relación directa y significativa entre comunicación no verbal y los problemas psicoemocionales de los familiares de pacientes adultos, ingresados en cuidados intensivos del Hospital Sub Regional de Andahuaylas durante el año 2022.

H1: Existe relación directa y significativa entre la comunicación no verbal y los problemas psicoemocionales de los familiares de pacientes adultos, ingresados en cuidados intensivos del Hospital Sub Regional de Andahuaylas durante el año 2022.

Tabla V.8
Coeficiente de correlación y significación entre la dimensión comunicación no verbal y problemas psicoemocionales

			Dimensión Comunicación No Verbal	Variable Problemas Psicoemocionales
Rho de Spearman	Dimensión Comunicación No Verbal	Coeficiente de correlación	1,000	-,865**
		Sig. (bilateral)	.	,000
		N	30	30
	Variable Problemas Psicoemocionales	Coeficiente de correlación	-,865**	1,000
		Sig. (bilateral)	,000	.
		N	30	30
**. La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).				

En la tabla V.8 se muestra los resultados de una correlación cuyo valor es ($r = -.865$) indicando una correlación negativa alta, asimismo el valor de $p = 0,000$ resultando ser menor al de $p < 0,05$, permitiendo rechazar la hipótesis nula (Ho) y asumiendo que existe relación significativa entre la comunicación no verbal y problemas psicoemocionales de los familiares de pacientes adultos, ingresados en cuidados intensivos del Hospital Sub Regional de Andahuaylas durante el año 2022.

5.3. Otros resultados estadísticos realizados como aporte a su investigación.

RESULTADOS

TABLA 1: PERCEPCIÓN DE LOS FAMILIARES DEL PACIENTE CRÍTICO SOBRE EL CUIDADO QUE LES BRINDA LA ENFERMERA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE TRUJILLO, 2016.

PERCEPCIÓN DE LOS FAMILIARES SOBRE EL CUIDADO QUE LES BRINDA LA ENFERMERA	N*	%
FAVORABLE	2	6.7
MEDIANAMENTE FAVORABLE	25	83.3
DESFAVORABLE	3	10.0
TOTAL	30	100

FUENTE: Cuestionario: "Percepción de los familiares del paciente crítico sobre el cuidado que les brinda la enfermera en la unidad de cuidados intensivos"

TABLA 2: PERCEPCIÓN DE LOS FAMILIARES DEL PACIENTE CRÍTICO SOBRE EL CUIDADO QUE LES BRINDA LA ENFERMERA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS EN LA DIMENSIÓN DE COMUNICACIÓN VERBAL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE TRUJILLO, 2016.

PERCEPCIÓN DE LOS FAMILIARES SOBRE EL CUIDADO QUE LES BRINDA LA ENFERMERA EN LA DIMENSIÓN DE COMUNICACIÓN VERBAL	N*	%
FAVORABLE	10	33.3
MEDIANAMENTE FAVORABLE	12	40.0
DESFAVORABLE	8	26.7
TOTAL	30	100

FUENTE: Cuestionario: "Percepción de los familiares del paciente crítico sobre el cuidado que les brinda la enfermera en la unidad de cuidados intensivos"

TABLA 3: PERCEPCIÓN DE LOS FAMILIARES DEL PACIENTE CRÍTICO SOBRE EL CUIDADO QUE LES BRINDA LA ENFERMERA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS EN LA DIMENSIÓN DE COMUNICACIÓN NO VERBAL. HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE TRUJILLO, 2016.

<i>PERCEPCIÓN DE LOS FAMILIARES SOBRE EL CUIDADO QUE LES BRINDA LA ENFERMERA EN LA DIMENSION DE COMUNICACIÓN NO VERBAL</i>		
	<i>N°</i>	<i>%</i>
FAVORABLE	1	3.3
MEDIANAMENTE FAVORABLE	24	80.0
DESFAVORABLE	5	16.7
TOTAL	30	100

FUENTE: *Cuestionario: "Percepción de los familiares del paciente crítico sobre el cuidado que les brinda la enfermera en la unidad de cuidados intensivos"*

TABLA 4: PERCEPCIÓN DE LOS FAMILIARES DEL PACIENTE CRÍTICO SOBRE EL CUIDADO QUE LES BRINDA LA ENFERMERA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS EN LA DIMENSIÓN DE APOYO EMOCIONAL. HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE TRUJILLO, 2016.

<i>PERCEPCION DE LOS FAMILIARES SOBRE EL CUIDADO QUE LES BRINDA LA ENFERMERA EN LA DIMENSION APOYO EMOCIONAL</i>		
	<i>N°</i>	<i>%</i>
FAVORABLE	6	20.0
MEDIANAMENTE FAVORABLE	20	66.7
DESFAVORABLE	4	13.3
TOTAL	30	100

FUENTE: *Cuestionario: "Percepción de los familiares del paciente crítico sobre el cuidado que les brinda la enfermera en la unidad de cuidados intensivos"*

TABLA 1: CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS FAMILIARES DEL PACIENTE CRÍTICO, HOSPITAL SERGIO BERNALES–LIMA, 2020”.

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Sexo		
Femenino	44	62,9
Masculino	26	37,1
Edad		
20-30 años	11	15,7
31-40 años	40	57,1
41-50 años	14	20,0
51 a mas	5	7,1
Parentesco		
Concuñada	1	1,4
Cuñada	2	2,9
Esposo(a)	5	7,1
Hermano(a)	12	17,1
Hijo(a)	12	17,1
Madre	3	4,3
Nieta	5	7,1
Primo(a)	16	22,9
Sobrino(n)	6	8,6
Suegro	1	1,4
Tío(a)	7	10,0
Días de hospitalización		
3-7 días	28	40,0
8-12 días	24	34,3
13-17 días	15	21,4
18-21 días	3	4,3

TABLA 2: PERCEPCIÓN DE LA COMUNICACIÓN ASERTIVA DE ENFERMERÍA SEGÚN EL FAMILIAR DEL PACIENTE CRÍTICO, HOSPITAL SERGIO BERNALES–LIMA, 2020”

	Frecuencia	Porcentaje
Desfavorable	3	4,3
Medianament e favorable	55	78,6
Favorable	12	17,1
Total	70	100,0

TABLA 3: PERCEPCIÓN DE LA COMUNICACIÓN VERBAL DE ENFERMERÍA SEGÚN EL FAMILIAR DEL PACIENTE CRÍTICO, HOSPITAL SERGIO BERNALES–LIMA, 2020”

	Frecuencia	Porcentaje
Desfavorable	6	8,6
Medianamente favorable	36	51,4
Favorable	28	40,0
Total	70	100,0

TABLA 4: PERCEPCIÓN DE LA COMUNICACIÓN NO VERBAL DE ENFERMERÍA SEGÚN EL FAMILIAR DEL PACIENTE CRÍTICO, HOSPITAL SERGIO BERNALES–LIMA, 2020”

	Frecuencia	Porcentaje
Desfavorable	3	4,3
Medianamente favorable	64	91,4
Favorable	3	4,3
Total	70	100,0

TABLA 5: PERCEPCIÓN DEL APOYO EMOCIONAL DE ENFERMERÍA, HOSPITAL SERGIO BERNALES–LIMA, 2020”

	Frecuencia	Porcentaje
Deficiente	11	15,7
Regular	55	78,6
Óptimo	4	5,7
Total	70	100,0

TABLA 6: PERCEPCIÓN DE LA DE LA COMUNICACIÓN ASERTIVA Y APOYO EMOCIONAL DE ENFERMERÍA SEGÚN EL FAMILIAR DEL PACIENTE CRÍTICO, HOSPITAL SERGIO BERNALES–LIMA, 2020”

	Comunicación Asertiva				Apoyo Emocional			
	Deficiente		Regular		Óptimo		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Desfavorable	1	1,4	2	2,9	0	0,0	3	4,3
Medianamente favorable	10	14,3	43	61,4	2	2,9	55	78,6

Favorable								
Favorable	0	0,0	10	14,3	2	2,9	12	17,1
Total	11	15,7	55	78,6	4	5,7	70	100,0

TABLA 7: PERCEPCIÓN DE LA COMUNICACIÓN VERBAL Y APOYO EMOCIONAL DE ENFERMERÍA SEGÚN EL FAMILIAR DEL PACIENTE CRÍTICO, HOSPITAL SERGIO BERNALES–LIMA, 2020”

Comunicación verbal				Apoyo Emocional					
Deficiente		Regular		Óptimo		Total			
N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Desfavorable	1	1,4	5	7,1	0	0,0	6	8,6	
Mediamente Favorable	10	14,3	25	35,7	1	1,4	36	51,4	
Favorable	0	0,0	25	35,7	3	4,3	28	40,0	
Total	11	15,7	55	78,6	4	5,7	70	100,0	

TABLA 8: PERCEPCIÓN DE LA COMUNICACIÓN NO VERBAL Y APOYO EMOCIONAL DE ENFERMERÍA SEGÚN EL FAMILIAR DEL PACIENTE CRÍTICO, HOSPITAL SERGIO BERNALES–LIMA, 2020”

Comunicación No verbal				Apoyo Emocional					
Deficiente		Regular		Óptimo		Total			
N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Desfavorable	2	2,9	1	1,4	0	0,0	3	4,3	
Mediamente Favorable	9	12,9	53	75,7	2	2,9	64	91,4	
Favorable	0	0,0	1	1,4	2	2,9	3	4,3	
Total	11	15,7	55	78,6	4	5,7	70	100,0	

VI. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

6.1 Contrastación y demostración de la hipótesis con los resultados

Hipótesis general:

H1: Existe relación directa y significativa entre la comunicación no verbal y los problemas psicoemocionales de los familiares de pacientes adultos, ingresados en cuidados intensivos del Hospital Sub Regional de Andahuaylas durante el año 2022.

Ho: No existe relación directa y significativa entre comunicación no verbal y los problemas psicoemocionales de los familiares de pacientes adultos, ingresados en cuidados intensivos del Hospital Sub Regional de Andahuaylas durante el año 2022.

A través del estadístico de prueba de correlación de Spearman, con un valor de correlación bilateral calculada ($r = -0.750$) lo que indica una correlación negativa alta, además el de $p = 0,000$ resulta menor al de $p < 0,05$ y en consecuencia la relación es significativa al 95% y rechaza la hipótesis nula (Ho) concluyendo que existe una buena comunicación asertiva de los profesionales de la salud con los familiares de los pacientes adultos ingresados en cuidados intensivos del Hospital Sub Regional de Andahuaylas durante el año 2022.

Los resultados confirman que existe una relación directa y significativamente entre la comunicación asertiva y los problemas psicoemocionales, esto concuerda con la asociación significativa positiva ($r = -.860$) indicando una correlación negativa alta, asimismo el valor de $p = 0,000$ resultando ser menor al de $p < 0,05$, permitiendo rechazar la hipótesis nula (H0) y asumiendo que existe relación significativa entre la comunicación verbal y problemas psicoemocionales de los familiares de pacientes adultos, ingresados en cuidados intensivos del Hospital Sub Regional de Andahuaylas durante el año 2022.

Respecto a las dimensiones comunicación no verbal y problemas psicoemocionales, los resultados de Navarro y Llacctas (2022) tuvieron una correlación cuyo valor es ($r = -.865$) indicando una correlación negativa alta,

asimismo el valor de $p = 0,000$ resultando ser menor al de $p < 0,05$, permitiendo rechazar la hipótesis nula (H_0) y asumiendo que existe relación significativa entre la comunicación no verbal y problemas psicoemocionales de los familiares de pacientes adultos, ingresados en cuidados intensivos del Hospital Sub Regional de Andahuaylas durante el año 2022.

6.2 Contrastación de los resultados con otros estudios similares:

Esta investigación tuvo como objetivo Determinar la relación que existe entre la comunicación asertiva y los problemas psicoemocionales de los familiares de pacientes adulto ingresados en cuidados intensivos del Hospital Sub Regional de Andahuaylas durante el año 2022.

Por esta razón en este capítulo comparamos los resultados obtenidos con otras investigaciones similares que trataron sobre la comunicación asertiva de los profesionales de la salud para con los familiares de pacientes en Unidad de Cuidados Intensivos.

Al realizar el análisis de los resultados se pudo observar que mientras exista una buena comunicación asertiva verbal y no verbal los problemas psicoemocionales se verán disminuidos.

Mientras que Flores Chucuya en una investigación realizada (Trujillo 2018) “Percepción de los Familiares del Paciente Crítico sobre el Cuidado que Brinda la Enfermera en la Unidad de Cuidados Intensivos”, Donde llegaron a las conclusiones Percepción de los familiares del paciente crítico sobre el cuidado que les brinda la enfermera, observándose que el mayor porcentaje es 83.3%, la cual corresponde a una percepción medianamente favorable, el 10.0% a una percepción desfavorable y el 6.7% con una percepción favorable.

Donde el mayor porcentaje es medianamente favorable 83.3%, debido a que la enfermera no le explica a los familiares sobre los cuidados que recibe su paciente hospitalizado, así mismo se muestran ocupadas para atender a los familiares de los pacientes , los ítems con tendencia desfavorable 10.0 % se debe a que las

enfermeras no suelen orientar a los familiares sobre la manera de hacer frente a los sentimientos de angustia y la enfermera no les toma de la mano al observar al familiar triste o un abrazo cuando los observa afligidos, los ítems con tendencia favorable 6.7% , se debe a que las enfermeras orientan a los familiares durante su visita y utilizan un lenguaje claro y sencillo para responder alguna inquietud. Llegando a la conclusión que la comunicación verbal y no verbal es medianamente favorable según la percepción de los familiares

A partir de los resultados encontramos , aceptamos la hipótesis general, Existe relación directa y significativa entre la comunicación asertiva y los problemas psicoemocionales de los familiares de pacientes adultos, ingresados en cuidados intensivos del Hospital Sub Regional de Andahuaylas durante el año 2022. estos resultados guardan relación con lo que sostiene.

Francia Luna, (Chincha Ica-Perú 2020). “Comunicación asertiva y apoyo emocional de enfermería según el familiar del paciente Crítico” De los participantes, 62,9% fueron de sexo femenino; 57,1% tienen de 31 a 40 años; 22,9% de los familiares fueron primos y 40,0% de los pacientes llevaban de 3 a 7 días hospitalizado. El 4,3% tienen una percepción desfavorable sobre la comunicación asertiva de enfermería, 78,6% medianamente favorable y 17,1% favorable; en la dimensión comunicación verbal el 8,6% tienen una percepción desfavorable, 51,4% medianamente favorable y 40,0% favorable; en la dimensión comunicación no verbal 4,3% tienen una percepción desfavorable, 91,4% medianamente favorable y 4,3% favorable; el 15,7 tienen una percepción deficiente sobre el apoyo emocional de enfermería, 78,6% regular y 5,7% óptimo. Llegando a la conclusión que Existe relación directa entre la comunicación asertiva y el apoyo emocional de enfermería según el familiar del paciente crítico.

IV.3. Responsabilidad ética de acuerdo a los reglamentos vigentes (el autor de la investigación se responsabiliza por la información emitida en el informe).

Los actuados estuvo sujeto a los códigos éticos en investigación biomédica: Código Núremberg, informe Belmont, Convenio de Oviedo y Declaración de Helsinki. Además, en cumplimiento del Código de Ética y Deontología. Colegio de Enfermeros del Perú, el artículo 58º. La enfermera(o) que participa en investigaciones debe ceñirse a los principios éticos, bioéticos, leyes y declaraciones universales vigentes.

CONCLUSIONES:

Respecto a la comunicación asertiva verbal, llegamos a la conclusión que el 56.67% de familiares, perciben la comunicación verbal de los profesionales de la salud como bueno; el 23.33% de participantes, la perciben como regular; y un 20% de familiares, la perciben como malo. Asumiendo que existe relación significativa entre la comunicación verbal y problemas psicoemocionales de los familiares de pacientes adultos, ingresados en cuidados intensivos del Hospital Sub Regional de Andahuaylas durante el año 2022.

Respecto a la comunicación no verbal, llegamos a la conclusión que, el 53.33% de familiares, perciben la comunicación no verbal de los profesionales de la salud como bueno, el 20% de los familiares consideran que la comunicación no verbal es regular, y un 26.67% de participantes opinan que, la comunicación no verbal de los profesionales de la salud es mala. Asumiendo que existe relación significativa entre la comunicación no verbal y problemas psicoemocionales de los familiares de pacientes adultos, ingresados en cuidados intensivos del Hospital Sub Regional de Andahuaylas durante el año 2022.

Respecto a los problemas psicoemocionales, llegamos a la conclusión que mientras exista una buena comunicación asertiva verbal y no verbal para con los familiares de los pacientes adultos, ingresados en cuidados intensivos del Hospital Sub Regional de Andahuaylas durante el año 2022, los problemas psicoemocionales de los mismos, van a verse disminuidos.

RECOMENDACIONES

- PRIMERA: A los investigadores a continuar con estudios similares que puedan ampliar el conocimiento sobre la comunicación asertiva del profesional de la salud y los problemas psicoemocionales de los familiares de pacientes ingresados en la unidad de cuidados intensivos.
- SEGUNDO: Para la oficina de capacitación del Hospital Sub Regional de Andahuaylas continuar con las capacitaciones constantemente al profesional de la salud con charlas motivadoras donde se les concientice del impacto de una comunicación asertiva y apoyo emocional al familiar del paciente en unidad de cuidados intensivos generando calma para su rápida recuperación.
- TERCERO: Para las autoridades del Hospital Sub Regional de Andahuaylas gestionar un espacio confortable para la sala de espera donde los familiares puedan recibir la información correspondiente de su familiar mediante la escucha activa.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

1. <https://ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/1633>
2. <http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=s1815>
3. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4808688>
4. Pérez M Carmen, Najarro F, Dulce M, Gallardo N, Fernández A, Comunicación, una necesidad para el paciente –familia. una competencia de enfermería. 2009, Revista paginas enferurg.com vol. I. núm. 03. Citado el 15 agosto, 2014. Disponible.
5. Mayo Clinic Family Health Book (Libro de Salud Familiar de Mayo Clinic) 5.^a edición.
6. Ramos R. Percepción de la familia del usuario en estado crítico frente al rol de enfermería respecto a la comunicación y apoyo emocional en el servicio de cuidados intensivos de un hospital nacional [Tesis Licenciatura] Lima: Universidad Nacional Mayor De San Marcos; 2018
7. OMS. Marco estratégico de la OMS para las comunicaciones eficaces. OMS, 2017.
8. Yessenia F. Percepción de los Familiares del Paciente Critico Sobre el Cuidado que Brinda la Enfermera en la Unidad de Cuidados Intensivos de un Hospital Regional Docente de Trujillo (tesis de posgrado) Trujillo: Universidad Nacional De Trujillo; 2018.
9. Roció A. Percepción del familiar sobre comunicación asertiva y apoyo emocional que brinda el profesional de Enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos de un hospital pediátrico de Lima, 2020(tesis posgrado) Lima: Universidad Peruana de la Unión.
10. Flores Chucuya. Percepción del Familiar Sobre el Apoyo Emocional y Comunicación que Brinda la Enfermera en la Unidad de Cuidados Intensivos En el Hospital Loayza Lima, 2018 (tesis de posgrado) Lima Universidad Peruana Cayetano Heredia.
11. Bernaola Trillo. Comunicación asertiva y desempeño laboral de los trabajadores del Hospital I Pacasmayo (tesis de posgrado) La libertad Perú: universidad cesar vallejo; Perú 2019.

12. Becerra Canales y Francia Luna, comunicación asertiva y apoyo emocional de enfermería según el familiar del paciente crítico, Hospital Sergio Bernaldes [tesis licenciatura] Chincha: Universidad Autónoma De Ica Facultad De Ciencias De La Salud; Perú 2020
13. García Guzmán, Desarrollo de comunicación asertiva mediante el aprendizaje cooperativo en alumnos” [tesis pos grado] ciudad de Poza Rica: universidad veracruzana México, 2019
14. Vela Ramírez, Orbegoso Leiva, Comunicación asertiva y su relación con el desempeño laboral en los colaboradores del hospital I Juanjuí – EsSalud [tesis de licenciatura]; Tarapoto: Universidad Unión Peruana 2020.
15. Martínez, Andrea Griselda. Ramírez, Lucía María, La comunicación familiar y las emociones positivas en adolescentes de 12 años de la ciudad de Paraná Pontificia [tesis licenciatura] Universidad Católica Argentina Santa María de los Buenos Aires Facultad “Teresa de Ávila”; Argentina 2019.
16. Morales Chávez, comunicación asertiva para mejorar las relaciones intrafamiliares en adolescentes de 12 a 14 años de edad; [tesis pos grado] Universidad Mayor De San Andrés Facultad De Humanidades Y Ciencias De La Educación Carrera De Psicología; La Paz Bolivia 2019
17. Christian Jaramillo Baquerizo, Indicadores de comunicación asertiva del docente y la generación del clima escolar en el aula en situaciones de aprendizaje. [tesis pos grado] Universidad Andina Simón Bolívar; Ecuador 2018
18. Ballesteros Pinzón, Comunicación entre la enfermera y el familiar de la persona hospitalizada en la unidad de cuidados intensivos; [tesis pos grado] Colombia 2014

ANEXOS

ANEXO 1

MATRIZ DE CONSISTENCIA

Título: Comunicación asertiva del profesional de la salud y los problemas psicoemocionales de los familiares de pacientes adultos, ingresados en cuidados intensivos del Hospital Sub Regional de Andahuaylas durante el año 2022

PROBLEMA GENERAL	OBJETIVO GENERAL	HIPÓTESIS GENERAL	VARIABLES	METODOLOGÍA	POBLACIÓN Y MUESTRA	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS
<p>¿Qué relación existe entre la comunicación asertiva del profesional de la salud y los problemas psicoemocionales de los familiares de pacientes adultos, ingresados en cuidados intensivos del Hospital Sub Regional de Andahuaylas durante el año 2022?</p> <p>PROBLEMA ESPECIFICO</p> <p>¿Cómo es la comunicación asertiva de los profesionales de la salud a los familiares de pacientes adultos, ingresados en cuidados intensivos del Hospital Sub Regional de Andahuaylas durante el año 2022?</p> <p>¿Qué problemas psicoemocionales presentan los familiares de pacientes adultos ingresados en cuidados intensivos del Hospital Sub Regional de Andahuaylas durante el año 2022?</p>	<p>Determinar la relación existe entre la comunicación asertiva y los problemas psicoemocionales de los familiares de pacientes adulto ingresados en cuidados intensivos del Hospital Sub Regional de Andahuaylas durante el año 2022.</p> <p>OBJETIVOS ESPECÍFICO:</p> <p>Determinar la relación que existe entre la comunicación asertiva y los problemas psicoemocionales, en su dimensión comunicación verbal del personal de salud a los familiares de pacientes adulto ingresados en cuidados intensivos del Hospital Sub Regional de Andahuaylas durante el año 2022.</p> <p>Determinar la relación que existe entre la comunicación asertiva y los problemas psicoemocionales, en su dimensión comunicación no verbal del personal de salud a los familiares de pacientes adulto ingresados en cuidados intensivos del Hospital Sub Regional de Andahuaylas durante el año 2022.</p>	<p>H1. Existe relación directa y significativamente entre comunicación asertiva y los problemas psicoemocionales de los familiares.</p> <p>H0. No existe relación directa y significativamente entre comunicación asertiva y los problemas psicoemocionales de los familiares de pacientes adulto ingresados en cuidados</p>	<p>V1 Comunicación Asertiva.</p> <p>D1 Comunicación verbal</p> <p>INDICADORES Contenido verbal del mensaje Fluidez verbal</p> <p>D2 COMUNICACIÓN NO VERBAL</p> <p>INDICADORES. Gestos positivos Miradas comprensivas</p> <p>V2 PROBLEMAS PSICOEMOCIONALES D1 EMOCIONES Miedo. Tristeza Ira</p>	<p>1.-ENFOQUE: Investigación cuantitativa correlacional.</p> <p>2.-TIPO Aplicada.</p> <p>3.- NIVEL: Descriptiva correlacional.</p> <p>4.-DISEÑO: Descriptivo.</p>	<p>La población estará constituida por todos los familiares de los pacientes ingresados en el servicio de UCI general Y de cuidados intermedios del Hospital Sub Regional de Andahuaylas durante los meses mayo a agosto del año 2022.</p>	<p>1.- Técnicas: Encuesta. Entrevistas</p> <p>2.-Instrumentos: Cuestionario</p>

intensivos del Hospital Sub Regional de Andahuaylas durante el año 2022.

D2
PSICOLOGICO.
Ansiedad.
Depresión.

ANEXO 2 MATRIS DE DATOS

N	COMUNICACIÓN VERBAL								COOMUNICACIÓN NO VERBAL			
	1	2	3	4	5	6	7	T	8	9	T	T
1	2	2	2	2	2	1	2	13	2	2	4	17
2	1	2	2	2	2	2	2	13	2	2	4	17
3	2	1	2	2	2	2	1	12	1	1	2	14
4	2	2	2	2	2	1	2	13	2	2	4	17
5	1	1	1	2	2	2	1	10	1	1	2	12
6	1	1	2	2	2	2	2	12	1	1	2	14
7	2	2	2	2	2	1	2	13	2	1	3	16
8	2	2	2	2	2	1	2	13	2	1	3	16
9	2	2	2	2	2	2	2	14	2	2	4	18
10	2	2	2	1	2	2	2	13	2	2	4	17
11	1	1	1	1	1	2	1	8	2	2	4	12
12	2	2	2	2	2	1	2	13	2	2	4	17
13	2	2	2	2	2	1	2	13	2	2	4	17
14	2	2	2	1	2	2	2	13	2	2	4	17
15	2	1	1	1	1	1	1	8	1	2	3	11
16	2	2	2	2	2	2	2	14	1	2	3	17
17	2	1	2	2	1	2	1	11	1	2	3	14
18	2	2	2	2	2	1	2	13	2	2	4	17
19	2	2	2	2	2	1	2	13	2	2	4	17
20	1	1	2	1	1	1	2	9	1	1	2	11
21	2	2	2	2	2	1	2	13	2	2	4	17
22	1	1	1	1	1	2	1	8	1	1	2	10
23	2	2	2	2	2	1	2	13	2	2	4	17
24	1	1	1	2	1	1	1	8	1	1	2	10
25	2	2	2	2	2	1	2	13	2	2	4	17
26	1	1	1	1	1	2	1	8	1	1	2	10
27	2	2	2	2	2	1	2	13	2	2	4	17
28	2	2	2	2	2	1	1	12	1	1	2	14
29	2	1	2	1	2	1	2	11	2	2	4	15
30	2	2	2	1	2	2	2	13	1	2	3	16

PUNTAJE GENERAL
9-12 = MALO
13-15 = REGULAR
16-18 = BUENO

SI=2 NO=1
7-9 Malo
10-12 Regular
13-14 Buena

SI=1 NO=2
4 Bueno
3 Regular
2 Malo

ANEXO 3
INSTRUMENTO



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

**CUESTIONARIO DE COMUNICACIÓN ASERTIVA DEL PROFESIONAL DE LA SALUD Y LOS
PROBLEMAS PSICOEMOCIONALES**

Instrucciones generales:

Estimado señor (a) (Srta.):

Estamos realizando un estudio de investigación científica respecto a la comunicación asertiva del profesional de la salud y los problemas psicoemocionales de los familiares de pacientes adultos internados en la Unidad de Cuidados Intensivos es por ello que se ha elaborado este cuestionario para saber su opinión.

La información que nos proporcione es completamente CONFIDENCIAL esto garantiza que nadie puede identificar a la persona que ha diligenciado el cuestionario.

Todas las preguntas tienen una respuesta, deberá elegir SOLO UNA, marque con un aspa (X)

I.- Datos generales:

1.-Sexo:

- a.- Masculino. ()
- b.- Femenino. ()

2.- Parentesco con el paciente:

- a.- Cónyuge ()
- b.- Hijo-a ()
- c.- Padre ()
- d.- madre ()
- e.- Hermano-a ()

3.- Estado Civil:

- a.- Casada (o) ()
- b.- Soltera (o) ()
- c.- Conviviente ()

4.-Tiempo lleva internado tu familiar:

- a.-1 a 2 semanas. ()
- b.-3 a 4 semanas. ()
- c.-5 a más semanas. ()

I.COMUNICACIÓN ASERTIVA		SI	NO
1	¿Considera que la información que le da el personal es certera?		
2	¿Se siente satisfecho con las respuestas que les brinda el personal de salud sobre sus interrogantes?		
3	¿El personal de salud, utiliza un lenguaje claro y sencillo al conversar o responder a alguna inquietud del familiar?		
4	¿El personal de salud le informa sobre los procedimientos a realizar en su familiar?		
5	Usted es informado sobre la situación de salud de su familiar?		
6	¿Ha tenido dificultad para comunicarse con el personal de salud?		
7	El personal de salud tiene un tono cálido al hablar con los familiares?		
8	¿Durante la hospitalización de su familiar, Ud. alguna vez percibió algún tipo de maltrato con miradas del personal de salud?		
9	¿Durante la hospitalización de su familiar, alguna vez Ud. sintió un gesto de indiferencia del personal de salud?		
II. PROBLEMAS EMOCIONALES			
10	Siente miedo a que tu familiar fallezca?		
11	Siente temor al observar los materiales utilizados con su familiar (aparataje, monitores, respiradores, tubos, alarmas)?		
12	Cree que la enfermedad que presenta su familiar sea incontrolable pese al cuidado del personal de salud?		
13	¿Ud. se siente desanimado?		
14	Se siente triste?		
15	Durante la hospitalización de su familiar, Ud. alguna vez sintió sentimientos de resentimiento hacia el personal?		
16	Tiene pensamientos y sentimientos de cólera, ira por la falta de atención del personal de salud?		
17	Ha tenido ganas de gritar, pelear y discutir por la falta de atención en algún momento durante su estancia?		
18	¿Siente Ud. intranquilidad?		
19	¿Crisis de miedo o angustia?		
20	¿Siente palpitaciones?		

21	¿Siente sensación de ahogos?		
22	¿Miedo a perder el control?		
23	¿Se siente triste todo el tiempo?		
24	¿Tiene llanto fácil?		
25	¿Siente Ud. auto reproche?		
26	¿Disfrutas tus actividades?		
27	¿Se siente aburrido todo el tiempo?		
28	¿Siente sensación de vacío?		