

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
FACULTAD DE HUMANIDADES Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA



MEMORIA LABORAL

(ACTUALIZACIÓN Y TRABAJO DE INTERVENCIÓN)

P.E.T.A.E.N.G. 2da VERSIÓN

**“PROGRAMA DE COMUNICACIÓN ASERTIVA DIRIGIDA A
PROFESIONALES MÉDICOS EN EL SEGURO MÉDICO
DELEGADO FERRECO”**

POR: CARLOS EDUARDO VILLEGAS JIMENEZ

TUTOR: Lic. MARY ELIZABETH PERALTA GARCIA

LA PAZ – BOLIVIA

Diciembre, 2021

DEDICATORIA

El presente trabajo lo dedico a cada persona que me brindaron su hombro en este largo camino, a mi padre y madre, a mis hermanas que fueron ejemplo e inspiración, a mis amigos, amigas, compañeros y compañeras, a mis catedráticos, a los hermanos y hermanas que, aunque no compartimos sangre nos brindamos el mismo trato de familia a mi enamorada, ya que cada uno de ellos fueron inspiración, conocimiento y ejemplo que me formo y me brindo el espacio a seguir adelante muchas gracias.

AGRADECIMIENTOS

Agradecimientos a la carrera de Psicología por brindar nuevos métodos para que podamos lograr nuestros objetivos permitiéndonos cerrar ciclos que pensábamos ya difíciles de terminar, a la MAE del Seguro de Salud Delegado FERRECO que abrió su institución para realizar este programa, a los médicos y personal médico de la institución por su participación y tiempo y al área de Recursos humanos de la misma que nos brindó el apoyo y la información necesaria para llevar a buen fin el trabajo.

ÍNDICE

INTRODUCCION.....	1
Capítulo I. Contexto Institucional	27
1.1. Descripción de la Institución.....	27
1.2. Identificación del problema.....	30
Capítulo II Planificación de la intervención	34
2.1. Diseño del plan de acción conforme al área de intervención	34
2.2. Plan de acción.....	34
2.2.1. Diagnostico	34
2.2.2 Objetivos.....	37
2.2.3. Técnicas e Instrumentos.....	38
2.2.4. Actividades	41
2.3. Cronograma.....	52
Capítulo III. Resultados de intervención	54
3.1. Descripción de los resultados.....	54
3.2. Análisis de los hallazgos	62
Capítulo IV Descripción de la proyección profesional	67
4.1. Planteamientos futuros, desafíos a nivel profesional	68
BIBLIOGRAFÍA	71

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1	54
Ilustración 2	56
Ilustración 3	59

RESUMEN

Durante la evaluación de las necesidades el Seguro de Salud Delegado FERRECO, se pudo evidenciar varios factores que mermaban el buen desarrollo de dicha institución, entre los cuales la falta de una comunicación asertiva dentro de la misma y hacia los pacientes fue una de los puntos que se decidió tratar para lo cual se desarrolló un programa dirigido al personal Médico que busca generar en el mismo una comprensión básica de lo que es la comunicación asertiva, brindándole las bases teóricas sobre este tema y permitiéndoles aplicar los conocimientos dados durante el programa a su trabajo diario, teniendo siempre en cuenta las herramientas que disponen en sus fuentes laborales y las dificultades a las cuales pueden enfrentarse en la misma, de igual manera buscara mostrar a los participantes el tipo de comunicación que es dominante en cada uno y brindarle los consejos y herramientas para mejorar la misma, la escala multidimensional de asertividad será el instrumento que nos permita ver el tipo de comunicación de los médicos, punto sobre el cual se darán los consejos y prácticas que puedan tener para mejorar su comunicación además el programa dará 5 sesiones en las cuales se les brindara poco a poco los preceptos básicos de la comunicación asertiva, entre los cuales se tocaran la modulación y tono de voz, el saludo inicial, el lenguaje corporal el lenguaje no verbal además de las bases de una comunicación asertiva, prejuicios en la comunicación, ruidos dentro de la comunicación, como influye el ambiente en la comunicación, y como finalizar la comunicación e incentivar a los pacientes a seguir sus tratamientos, aparte se realizaran dinámicas dirigidas a que conozcan y vean lo que es la comunicación asertiva conjuntamente, se realizaran mesas de discusión en las cuales se pondrá en práctica el conocimiento adquirido y al finalizar el programa se realizara un manual que sirva a la institución para su uso dentro de la misma.

Palabras Clave

Seguro delegado, Comunicación asertiva, Médicos, comunicación verbal, no verbal, lenguaje corporal

ABSTRACT

During the evaluation of the needs of the FERRECO Delegated Health Insurance, several factors could be evidenced that diminished the good development of said institution, among which the lack of an assertive communication within it and towards the patients was one of the points that It was decided to try for which a program was developed aimed at Medical personnel that seeks to generate in them a basic understanding of what assertive communication is, providing them with the theoretical bases on this topic and allowing them to apply the knowledge given during the program to their work daily, always taking into account the tools they have in their job sources and the difficulties they may face in it, in the same way it will seek to show the participants the type of communication that is dominant in each one and provide them with advice and tools To improve pampering, the multidimensional assertiveness scale will be the instrument that allows us to see the type of communication of the doctors, point on which the advice and practices that they may have to improve their communication will be given. In addition, the program will give 5 sessions in which the basic precepts of assertive communication will be offered little by little, among which The modulation and tone of voice, the initial greeting, body language, non-verbal language will be touched in addition to the bases of assertive communication, prejudices in communication, noises within communication, how the environment influences communication, and how finalize communication and encourage patients to follow their treatments, apart from dynamics aimed at knowing and seeing what assertive communication is together, discussion tables will be held in which the acquired knowledge will be put into practice and at the end of the program, a manual will be made to serve the institution for use within it.

Keywords

Delegated insurance, Assertive communication, Medical, verbal non-verbal communication, body language.

INTRODUCCION

El presente trabajo se dirige e a generar, gestionar y aplicar el "Programa de comunicación asertiva dirigida a profesionales médicos en el Seguro Médico delegado FERRECO" el mismo que es el ente encargado de dar el servicio de salud a los socios cooperativistas de La Federación Regional de Cooperativas Mineras Auríferas FERRECO la cual se fundó en la gestión de 1963, obteniendo su Personería Jurídica el 20 de noviembre de 1975 la misma agrupa a casi 30 cooperativas auríferas menores distribuidas por todo el departamento de La Paz, Durante Las entrevistas realizadas a su MAE conformada por el Gerente de la Institución, Jefe Administrativo Financiero y su Jefe Médico, se denoto el hecho que uno de las dificultades que había en la institución era la falta de una comunicación efectiva en varias áreas entre las cuales se encontraba la comunicación medico paciente la misma que es de vital importancia para el buen servicio del seguro médico, ya que una falla en esta ocasiona desde una mala información de los síntomas del paciente hasta una resistencia en la aceptación de la dosificación y el medicamento necesario.

Abordaremos esta dificultad Implementando herramientas para una mejor comunicación dentro de la institución para lo cual identificaremos el estilo de comunicación que manejan los galenos, desarrollaremos habilidades en el contacto, lenguaje corporal y habilidades para brindar resultados y dosificación brindando una comunicación asertiva con el paciente.

La comunicación asertiva, consta de dos elementos primero la comunicación la misma que se define como "El intercambio de información que se produce entre dos o más

individuos con el objetivo de aportar información y recibirla. En este proceso intervienen un emisor y un receptor, además del mensaje que se pone de manifiesto.” (REAL ACADEMIA ESPAÑOLA, s.f.) la cual se destaca las siguientes funciones.

- **Función representativa:** Esta función se da cuando se informa de manera objetiva un hecho determinado o una noticia.
- **Función emotiva:** Cuando se expresan sentimientos o emociones, se habla de comunicación emotiva y la función es transmitir esa amalgama de estados emocionales que existen.
- **Función apelativa:** Se produce cuando el objetivo es llamar la atención del receptor o generar en él cierta influencia. Por ejemplo, cuando se le manda que realice unas tareas pendientes.
- **Función de contacto:** Todos los mensajes que tienen como objetivo iniciar una conversación, reanudarla o interrumpirla en un momento determinado tienen esta función.
- **Función metalingüística:** Es aquella que explica los códigos y usos de las normas de una lengua para ponerla en práctica de manera correcta.

- **Función poética:** Se centra en la parte estética del mensaje. Suele utilizarse en el aspecto literario y en también en el ámbito de la publicidad.

La misma se basa en los elementos de.

- **Emisor:** El emisor es aquel que emite un mensaje cuyo objetivo es transmitir o informar sobre un tema en concreto.
- **Receptor:** Es el individuo encargado de recibir esa comunicación y datos que emite el emisor.
- **Mensaje:** Es la información, los datos que transmite el emisor para que lleguen al receptor de forma óptima. Es imprescindible que el receptor entienda este contenido para que la comunicación sea fluida y eficaz.
- **Canal:** Es el lugar por donde se transmite el mensaje. Existen múltiples canales por donde se puede transmitir la información. Por ejemplo, internet, medios de comunicación o dispositivos móviles.

- **Código:** Se trata de un elemento importante para que se comprenda fácilmente el mensaje y haya entendimiento entre emisor y receptor. El código lo conforman datos y reglas que comparten ambos para comprender la información.

La segunda las habilidades asertivas la cual desde un punto etimológico, la aserción proviene del latín assertio-tionis, que es la acción y efecto de afirmar o se da por cierto (Sopena, 1980) pero desde la perspectiva Psicológica de Wolpe define la conducta asertiva en términos de sus componentes, que pueden dividirse en cuatro patrones de respuesta especificados y separados: la habilidad de decir “no”, la habilidad para pedir favores y hacer demandas, aquella para expresar sentimientos positivos y negativos y la concierne a iniciar, continuar y terminar conversaciones generales. Por su parte, Alberti y Emmons (ALBERTI & EMMONS, 1978) consideran que la asertividad es la conducta que permite a una persona actuar para implantar su propio interés, defenderse a sí mismo sin ansiedad y expresar sus derechos, sin destruir los derechos de otros. También definiciones de Aguilar-Kubli (Aguilar, 1987) agrega el hecho de la transmisión de hechos y mensajes, sentimientos y creencias de forma honesta y coherente, Giesen (Giesen, 1988) dice que la asertividad permite establecer una relación con los demás sin producir ansiedad y Baker y Bakker – Rabdau (Barkker, Bakker, Rabdau, & Breit, 1978) dan a los parámetros de una conducta directa y cortés orientada hacia las metas.

Así mismo podemos definir la comunicación asertiva como una forma de transmitir ideas, emociones información, sabiendo como comenzar la misma y terminarla sin dañar los derechos propios o ajenos de una o varias personas involucradas en las mismas logrando transmitir las de forma clara y concisa.

Para ello debes lograr que tu comunicación se genere de forma que puedas describir lo que ha ocurrido sin emitir ningún juicio o interpretación, simplemente explicando de la forma más objetiva que puedas lo que has observado.

Transformar tus interpretaciones en simples observaciones ayudará a responsabilizarte de tus reacciones tomando tus necesidades como el origen de tus sentimientos en lugar de culpabilizar a los demás.

Además, se debe poder expresar los sentimientos. Esto es muy importante por una razón: porque tus sentimientos son la única realidad que no admite discusión.

Lo único que se percibe como real e indiscutible son los sentimientos. Aunque la información que recibas sea incorrecta y lo que pienses esté equivocado, lo que seguro que es cierto es lo que eso te hace sentir.

Las situaciones y los actos de las personas nos provocan emociones, y solo comunicándolas conseguiremos expresar nuestra realidad más interna.

El problema es que no estamos acostumbradas a identificar nuestros sentimientos porque nos centramos en juzgar qué hacen mal los otros.

El tercer paso consiste en encontrar y expresar tus necesidades reales, para lo cual se debe

Primero tener claro que los sentimientos no aparecen por arte de magia. Tampoco los provocan los actos de los demás: los crean tus necesidades. Te sientes bien cuando tus necesidades están satisfechas, y mal cuando no lo están.

Nuestras necesidades son el motor de nuestro comportamiento, y las críticas que la gente emite son el reflejo de que no las ha satisfecho. Lo que bloquea el proceso de comunicación.

Por último, se necesita expresar claramente lo que quieres o esperas de los demás. Sin que esta se vuelva una exigencia de lo contrario no se estará empatizando con las otras personas, sino demostrándoles que tus necesidades se anteponen a la de ellos.

Para llegar a esto es necesario comunicarnos, pero no solo nos comunicamos verbalmente si no con otros elementos aparte del lenguaje hablado o idioma. Varios enfoques psicológicos como ser la perspectiva del aprendizaje de humanista de Bandura (Bandura, 1969), el cognoscitivo, representado por Lange y Jukabowski (Lange & Kukabowski, 1978) o la integración de modelos conductuales, humanistas y cognoscitivos Galassi y Galassi (Galassi & Galassi, 1978) muestran varios elementos en la comunicación como ser

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

Albert Mehrabian sostiene que nuestra comunicación está determinada en un 55% por la comunicación no verbal, en un 38% por la paralingüística y sólo en un 7% por el mensaje literal.

De la misma forma, para lograr una comunicación asertiva debemos comprender como se definen estos 2 grandes porcentajes de la comunicación.

La comunicación no verbal se da mediante la expresión y el cuerpo como ejes de comunicación que utiliza diversos lenguajes es conocido como lenguaje corporal y varios autores la definen de la siguiente forma:

La comunicación en si es aquel medio que le permite al ser humano mejorar su crecimiento, desarrollo y maduración de forma integral.

La expresión corporal revela un contenido interno sin tener en cuenta preocupaciones estéticas o unitarias, esto quiere decir que, no se contempla ninguna forma específica pensada o única para expresarse.

La expresión corporal, es el conjunto de técnicas que utilizan el cuerpo y el movimiento es el arte que libera energías a través del movimiento y la expresión.

La expresión corporal también se puede como el espacio donde el hombre se manifiesta consigo mismo, con los otros y con el mundo que lo rodea.

Entonces estos argumentos permiten visualizar las diferentes percepciones sobre las que se circunscribe el lenguaje corporal como ese medio que le permite al ser desarrollarse, comunicarse y dialogar con el mundo en el que existe.

Es la posibilidad que tiene el ser de expresarse en su totalidad de forma espontánea, a nivel individual y que se comunica con los otros. Es el camino que nos lleva a encontrarnos en un lenguaje propio. Esa ciencia que se origina en lo físico y que se une con los procesos internos de cada persona y que los regula por medio del lenguaje gestual creativo.

Así mismo la expresión corporal exterioriza las emociones, los sentimientos, las sensaciones y los deseos desde lo más profundo de nuestro ser.

Por esto, la considera como esa expresión humana que se hace visible como lenguaje. Como se puede entender, los diferentes autores coinciden desde sus diferentes palabras en concluir que el lenguaje corporal es comunicación, expresión y conocimiento de sí mismo en la construcción del individuo.

Asimismo, los conceptos previos concuerdan en considerar la expresión corporal como un medio de comunicación y lenguaje que interactúa desde el cuerpo y el movimiento expresando sentimientos, emociones y sensaciones que posibilitan al ser expresarse consigo mismo, con el otro y con el entorno.

De ahí que, la expresión corporal se visualiza como el medio que permite reconocer habilidades, destrezas y capacidades en escenarios de enseñanza aprendizaje, por medio de espacios creativos, llenos de imaginación, espontaneidad, goce e improvisación. Esto con el fin de enriquecer las didácticas y estrategias pedagógicas que propicien una comunicación profunda, interdisciplinaria e íntegra.

Como se observa, el cuerpo es esa herramienta que hace posible que el ser se comunique desde el interior al exterior.

Desde que se nace, se vive y se fenece, éste es el que manifiesta su sentir y expresa las experiencias vividas por medio de procesos de estimulación, exploración, desarrollo y expresión en sí mismo.

Por esto, el cuerpo construye un lenguaje que identifica a cada persona y la caracteriza como sujeto que reacciona a diferentes estímulos de forma única, auténtica y particular.

Es aquí donde se puede determinar que el cuerpo habla y dialoga mediante signos de comunicación propios del individuo.

En otras palabras, el cuerpo establece nexos de lenguaje y diálogo entre el sujeto y sus entornos de aprendizaje, pues suscita espacios de desarrollo de las diferentes dimensiones de desarrollo del ser y se convierte en un instrumento esencial para abordar de forma significativa experiencias pedagógicas.

La pedagogía del cuerpo se contempla como ese medio que a través de expresiones, vivencias y experimentaciones trasciende los espacios, el tiempo y se relaciona con otros.

Por consiguiente, es importante entender el lenguaje corporal y sus alcances dentro de la comunicación asertiva ya que el mismo es la forma de comunicación que mas elementos aporta a la comunicación entre personas.

El otro factor que define a la comunicación es el paralenguaje que suele definirse con diversas acepciones, entre las que cito las que me parecen más interesantes:

Modalidad de comunicación que discurre a la par de la verbal, como forma de acompañamiento. Como su nombre indica, aquello que está más allá de las palabras (paralenguaje) del modo o forma de decir (el qué y el cómo).

Esto implicaría que lo verbal incluye lo paraverbal. Pero esto que parece bastante claro no lo es ya que no existe una delimitación tajante entre lo verbal y lo no verbal:

La borrosa línea de demarcación entre comunicación verbal y no verbal se complica con una distinción igualmente difícil, la distinción entre fenómenos vocales y no vocales. pensemos lo siguiente:

- No todos los fenómenos acústicos son vocales, como, por ejemplo, el ruido de golpear con los nudillos, un gorgoteo de estómago, el hacer chasquear los dedos o el aplaudir.
- No todo fenómeno no acústico es no verbal, como, por ejemplo, algunos de los gestos del lenguaje que utilizan muchos sordos.
- No todos los fenómenos vocales son iguales, pues algunos son respiratorios y otros no, un suspiro o la inspiración antes de hablar pueden considerarse fenómenos vocales y respiratorios.
- No todas las palabras o “aparentes” series de palabras son clara o característicamente

verbales, como, por ejemplo, palabras onomatopéyicas tales como cuchichear o murmurar.

A menudo es difícil clasificar precisamente cada una de las conductas que se considere paralingüísticas.

Otros investigadores, como Mehrabian en vez de tratar de clasificar la conducta como verbal o no verbal, ha optado por usar la dicotomía “explícito-implícito”.

El paralenguaje podría definirse como:

Las cualidades no verbales de la voz y sus modificadores y las emisiones independientes cuasi léxicas, producidas o condicionadas en las zonas comprendidas en las cavidades supraglóticas (desde los labios y nares hasta la faringe), la cavidad laríngea y las cavidades infraglóticas (pulmones y esófago) hasta los músculos abdominales, así como los silencios momentáneos, que utilizamos consciente o inconscientemente para apoyar o contradecir los signos verbales, kinésicos, proxémicos, químicos, dérmicos y térmicos, simultáneamente o alternando con ellos, tanto en la interacción como en la no-interacción.

Los componentes del paralenguaje serían los siguientes:

- Cualidades de la voz. Se incluyen aquí elementos tales como el registro de la voz, el control de la altura, el control del ritmo, el tempo, el control de actos lingüísticos, la articulación, la resonancia, el control de la glotis y el control labial de la voz.
- Vocalizaciones. Caracterizadores vocales. Aquí se incluyen por ejemplo la risa, el llanto, el suspiro, el bostezo, el estornudo, el ronquido, etc. Cualificadores vocales. Aquí se incluyen la intensidad de voz muy fuerte a muy suave, la altura (de excesivamente aguda

a excesivamente grave), y la extensión (desde el arrastrar las palabras hasta el hablar extremadamente cortado). Segregaciones vocales. Son, por ejemplo, los “hum”, “m-hmm”, “uh”.

Los humanos no hablamos como los robots o los ordenadores. A las palabras, frases y oraciones se agregan elementos prosódicos o suprasegmentales tales como: acento, tono, ritmo y entonación. Los lingüistas incluyen los elementos prosódicos como parte del análisis de la lengua, comprobándose que están sistemáticamente estructurados.

Los elementos paralingüísticos son factores importantes de comunicación, pues expresan sentimientos, actitudes y dan énfasis y significado al habla. Una de sus utilidades es el poder intuir el estado anímico del hablante.

El sistema paralingüístico contempla las cualidades fónicas, signos sonoros fisiológicos o emocionales, elementos cuasi-léxicos, pausas, silencios, que dentro de la comunicación aportan o matizan la información. Con el paralenguaje apoyamos o contradecemos las estructuras verbales y cinésicas, y los sonidos que abarcan una amplia gama de fenómenos acústicos determinados por diferentes factores: anatomía, fisiología o uso idiosincrásico.

Así se puede inferir que el paralenguaje está formado por los siguientes elementos:

- Las cualidades y modificadores fónicos.
- Sonidos fisiológicos y emocionales.
- Elementos cuasi-léxicos.
- El silencio.

Para conseguir una comunicación paralingüística adecuada es necesario tener en cuenta los siguientes aspectos:

El tono, el timbre, la intensidad y la duración son cualidades físicas del sonido que pueden determinar o precisar información. Suele denominárseles como ‘componentes acústicos del sonido, aunque también existen otras como el tempo o la entonación. El tono, también llamado primer armónico, armónico fundamental o tono fundamental, es el resultado del número de vibraciones completas de las cuerdas vocales por unidad de tiempo (o lo que es lo mismo, de la frecuencia).

Los cambios de frecuencia o de tono son los que reflejan en español las variaciones melódicas de la voz.

La entonación. Es el rasgo más versátil de la voz, el que acompaña a todos nuestros sonidos comunicativos con las más sutiles variaciones simbólicas. Así pues, el tono influiría en la inflexión de la voz y en la forma de decir algo, según la intención, la actitud o el estado de ánimo de quién lo dice. Puede dar significados diferentes de la misma palabra, así como influir en las impresiones que se forman del interlocutor dependiendo de su modo de uso puede negar el contenido de las palabras que se dicen, por ejemplo, cuando usamos el sarcasmo; y es, también, muy importante para generar interés en los oyentes emplear tonos adecuados.

Existen una serie de perturbaciones que se deben evitar, tales como muchos periodos de silencio, empleo excesivo de muletillas o palabras de relleno (“bueno”, “no sé”, “y tal”), repeticiones, tartamudeos, vacilaciones.

El timbre es el resultado de la conformación de los armónicos en un sonido, conformación que depende del volumen y abertura de las cavidades de resonancia donde se produce.

El timbre es el registro o altura musical de la voz que nos permite diferenciar a alguien en seguida ('Ahí está Antonio') y que depende de la longitud y grosor de las bandas vocales, es decir, cuanto más largas y gruesas, más despacio vibran y más bajo es el timbre (en general, en mujeres y niños), y viceversa, pero también hay diferencias geográficas.

Pueden diferenciarse normalmente cuatro grados de timbre: muy bajo, bajo-medio, alto y muy alto.

La intensidad depende de la amplitud de la vibración total, es decir, de la suma de amplitudes de todos los armónicos. Cuanto mayor es la energía articuladora que empleamos en la emisión de un sonido, mayor será la amplitud (separación máxima de las cuerdas vocales de su posición de reposo), y por lo tanto, la intensidad. Suele tener un efecto comunicativo y persuasivo.

Según la intensidad o volumen del sonido, se puede mostrar tanto confianza, entusiasmo, como agresividad, malos modales.

Se debe tener en cuenta las características del oyente y la proximidad; por lo general, lo correcto es el uso de un volumen medio, ni muy alto ni muy bajo. Las variaciones de intensidad atraen al oyente, pero cada uno tenemos, además de un nivel de volumen determinado bio fisiológicamente, un nivel conversacional habitual, relacionado con nuestra personalidad

La duración es el tiempo que empleamos en la emisión de un sonido. Se le llama también cantidad. La cantidad absoluta suele expresarse en centésimas de segundo.

La velocidad o tempo del enunciado incluye también la duración silábica, pero se entiende, aquí, como la velocidad relativa en la emisión sucesiva de las palabras, frases, etc., incluyendo las pausas, lo que se reconoce en seguida como parte del estilo personal básico.

Existen diferentes funciones actitudinales; así el tempo lento puede significar: el énfasis con que hacemos resaltar ciertas palabras o frases; titubeo; incertidumbre; dominación; superioridad.... Por el contrario, el tempo rápido se emplea para expresar animación; control de la situación; enojo; fastidio, impaciencia; prisa.

Debe evitarse hablar demasiado rápido ya que provoca dificultad de comprensión, o demasiado lento porque aburre; la velocidad de la elocución transmite sentimientos personales: una persona alegre suele hablar rápido; por el contrario, una triste o deprimida lo hace de forma lenta.

El campo entonativo se identifica como una cualidad personal, o al menos habitual, de cada hablante entre melodioso y monótono, según la impresión que nos dé esa combinación de tonos, acentos y pausas.

Para la sensación de monotonía empleamos palabras como ‘apagado’, ‘soniquete’, ‘monótono’.

El estilo entonativo de una persona no siempre corresponde al cinésico, uno puede ser muy variado y el otro no. Los cinco grados de una escala para la entonación serían:

- Hipermelódico
- Melodioso
- Medio
- Monótono

- Hipermonótono

La entonación es la principal característica de la frase, depende de las variaciones de la frecuencia de vibración de las cuerdas vocales.

La entonación abarca la totalidad de la frase y puede contribuir tanto en el cambio de su significado, como en la expresión de determinados estados psíquicos o de determinados sentimientos (satisfacción, desprecio, ira, etc.).

También las construcciones paralingüísticas (un siseo o un gruñido), que puede ser permanente en la persona que habla alargando las palabras, o que usa solamente en ciertas situaciones con funciones actitudinales y semánticas a veces muy sutiles.

Empleamos el alargamiento cuando titubeamos, consolamos a otros, aprobamos enfáticamente...por el contrario, usamos el acortamiento cuando indicamos impaciencia, recordamos algo de pronto, negamos con irritación...Ortográficamente, podemos prolongar vocales y consonantes (¡Da unas ganas de comerrrr!) o suprimirlas por apócope (Toy contenta).

Sonidos fisiológicos y emocionales entre los fenómenos paralingüísticos que ocurren solamente como modificadores de la palabra y los que funcionan como ‘cuasi palabras’ en cada comunidad lingüística y cultural, existen otros, los diferenciadores, que comparten ambas características y caracterizan reacciones fisiológicas, muchas como reflejos, y estados fisiológicos y reacciones emocionales.

Aunque pueden calificar las palabras, por ejemplo: bostezando al hablar, suceden también por sí solos como la risa, el llanto, el sollozo, la risa, el grito, la tos, el carraspeo y el bostezo son sonidos que manifiestan reacciones fisiológicas y emocionales que podemos combinar con otros elementos paralingüísticos, cinésicos o verbales. También

forman parte de este grupo el jadeo, escupir, el eructo, el estornudo, el hipo, las flatulencias y el chirriar de dientes.

Muchos de estos sonidos tienen diferente significado según los países y las culturas. Por ejemplo, para los indios americanos el eructo era una expresión de elogio hacia la comida o en Ghana si alguien estornuda mirando hacia el de la derecha le está deseando suerte, mientras que si lo hace al de su izquierda le estará dando mala suerte.

Elementos cuasi-léxicos con este término nos referimos a las vocalizaciones y las consonantizaciones convencionales con escaso contenido léxico pero con un gran valor funcional (expresivo, referencial o regulador interactivo).

Dentro de estos elementos están la aproximación al paralenguaje interjecciones, las onomatopeyas, emisiones sonoras que tienen nombre propio como roncar, y otros muchos sonidos (Uf, Yaa, Ps...) que, sin tener nombre propio o grafía, son usadas con un valor comunicativo idéntico al de algunos signos lingüísticos o cinésicos.

A estos elementos también se les conoce por alternantes lingüísticos.

Existen otras clasificaciones de estos elementos cuasi verbales como las siguientes que resumirían lo anteriormente expuesto:

- Calificativos vocales: volumen, tono, velocidad, pausas, silencios...
- Caracterizadores vocales: reír, llorar, bostezar, gemir...
- Segregados vocales: vocalizaciones como “hum”, “mm” “yaa”, “ps”

Dentro del programa se dará un mayor tiempo a la práctica del tono vocal, la entonación y la vocalización que se vuelven de vital importancia en la situación actual donde las conversaciones pasan casi siempre a través de un barbijo lo cual dificulta la comprensión de lo que se quiere expresar, si es que no se toman medidas para hacerlo, por lo cual

conocer y usar un adecuado tono vocalización y entonación se vuelve cada vez más importante.

Al haber ya abordado el tono y su relevancia dentro de los elementos para lingüísticos de la comunicación abordaremos la importancia de la vocalización y entonación en la conversación.

Según Cortés (2002b), la entonación es un cúmulo de rasgos prosódicos que emplean los hablantes de una lengua o de un dialecto con fines comunicativos. Entre las funciones que desempeña la entonación podemos enumerar las siguientes:

Se utiliza la entonación para estructurar el discurso, indicando cuándo se comienza con un nuevo tema y facilitando así la comprensión al oyente. Esta función es la que Quilis denomina función integradora-delimitadora (en Cortés, 2002b:26). Brown y Yule hablan de “entonación del párrafo” o “para tonos” refiriéndose al empleo de la prosodia (dentro de la cual se encuentra la entonación) para estructurar el discurso (Wichmann, Dehé y Barth-Weingarten, 2009:5).

La entonación también se utiliza para marcar el principio y el final de las intervenciones orales, marcando así los turnos de palabra

A través de la entonación se expresan actitudes y sentimientos. El empleo de la entonación para la expresión de sentimientos es un hecho irrefutable.

Revela aspectos de personalidad y procedencia geográfica.

La entonación contribuye a transformar las oraciones en enunciados dando lugar a actos de habla.

En este sentido la entonación cumple la función de contribuir a revelar la intención comunicativa del hablante: preguntar, expresar sorpresa, ironía, buscar la confirmación del oyente mediante preguntas retóricas.

La entonación como elemento que revela la intención comunicativa del hablante supone un dato clave para entender la importancia que tiene en el desarrollo de la competencia comunicativa de las personas.

Según Escandell (1987:258) la relación entre lenguaje y hablante tiene una vertiente claramente psicológica que entronca con el estudio de los mecanismos cerebrales de la producción y la decodificación de los mensajes.

También Chun (2002:XIV) señala como una de las razones del interés que paulatinamente está adquiriendo la enseñanza de la entonación, el habernos dado cuenta de que el lenguaje y la adquisición de una lengua están influidos por otras disciplinas.

Esto ha conducido a la integración de la psicolingüística y la sociolingüística en el estudio de la adquisición de lenguas.

En este mismo sentido, resulta también muy relevante el estudio realizado por Albert Mehrabian. Según Mehrabian (1972:182), cuando un mensaje no se transmite de forma completamente coherente, es decir, lo que decimos no se corresponde con el lenguaje corporal o la entonación que estamos empleando, el oyente va a interpretar el mensaje basándose en la información que recibe del lenguaje corporal (55%), del uso de la voz (38%) y de las palabras (7%).

la vocalización refiere a la pronunciación de manera correcta y adecuada de todos los sonidos que pertenecen a una lengua determinada.

La vocalización se asienta en el proceso de fonación, el cual es un trabajo muscular, que es realizado para poder realizar la emisión de sonidos que resulten entendibles para los demás y que a partir de ello pueda entonces mantenerse una comunicación de manera oral.

A través de la fonación los seres humanos podemos articular palabras. ¿Cómo es este proceso?

Mediante este proceso, el aire que procede desde los pulmones y desde la laringe se modifica en las cavidades denominadas supraglóticas. Esto es posible porque estas cavidades, por su forma y volumen, permiten un cambio en dicho aire. Estas cavidades son: la faringe, la cavidad bucal (boca) y la cavidad nasal (nariz).

El sistema de la fonación tiene vinculación con otros sistemas del cuerpo humano, como por ejemplo el sistema nervioso (central y periférico) a partir del cual los humanos podemos convertir en datos e informaciones precisas los estímulos que recibimos desde el exterior.

La disciplina que estudia de manera específica este sistema es la fonética. La fonética aborda el estudio de todos los sonidos físicos dentro del discurso humano, convirtiéndose así en una rama o un campo de estudio específico dentro de la lingüística, ya que se encarga de estudiar la manera en la que producimos, pero también la manera en la cual percibimos sonidos que pertenecen a una lengua determinada, y lo hace teniendo en cuenta sus manifestaciones físicas.

La fonética tiene a su vez algunas subdivisiones o ramas de estudio, como la fonética auditiva, la fonemática, la fonética experimental, la fonética acústica, la fonética articulatoria, entre otras. Por otra parte, se suele denominar con el nombre de vocalización a los ejercicios que realiza una persona que canta o que

realiza algún tipo de trabajo o arte con la voz (locutores o animadores de eventos, por ejemplo), y consiste en pronunciar diferentes letras, en general, todas ellas vocales, abiertas o cerradas, que permitan preparar la voz para una acción en particular (cantar, por ejemplo). En el caso de los cantantes, estas letras vocales suelen pronunciarse entonándolas en diferentes notas y grados de tonos.

Un ejercicio muy efectivo de vocalización, para cualquier persona que desee tener buena pronunciación en su lengua comúnmente utilizada es la lectura en voz alta.

Normalmente se encuentran muchos ejercicios de vocalización que consisten básicamente en la repetición de vocales, letras o sílabas de modo que las cuerdas vocales vayan entrando en el ejercicio y no estén completamente frías cuando se empiece a cantar o a hablar.

Ejercicios de relajación y de estiramiento de las cuerdas vocales también son importantes, así como también es significativo incluir a los diferentes músculos de la cara, cuello y tórax en la ejercitación a través de movimientos de reposo y tensión, de masajes o de estimulación con líquidos tibios que pueden suavizar las asperezas existentes.

La vocalización ayuda, además, a tener mejor afinación al estar las cuerdas vocales ya listas para ser usadas.

Impostar la voz es dejar que el sonido que se produce mediante la apertura y cierre de las cuerdas vocales vibre en las cavidades de resonancia de forma natural, sin esfuerzos.

De esta manera se logra mejorar mucho la claridad de la voz, pero para conseguirlo se ha de practicar, trabajar y hacer pequeños ejercicios con cierta asiduidad que nos

ayuden a que nuestra voz surja de forma natural con el mejor efecto comunicativo posible.

Además de una buena voz, con una entonación capaz de dar el matiz correcto en cada momento de la intervención y un ritmo adecuado, también conviene tener una buena dicción, es decir pronunciar correctamente a la hora de comunicar nuestras ideas.

También dentro de los elementos paralingüísticos, hay que tener en cuenta que la ausencia de sonido también comunica, porque algunas pausas, y no me refiero a las meramente fisiológicas y a las semántico-lingüísticas, en el discurso tienen cierto valor comunicativo ya que pueden dar énfasis al mismo o regular una conversación.

Con el silencio se acentúan ciertas palabras o ideas, se expresan emociones, se evalúa o juzga el comportamiento ajeno, etc.

Pero al igual que muchos elementos del paralenguaje el silencio tiene diferente significado dentro de cada cultura. Mientras que en occidente el silencio es algo temido, en culturas como la japonesa dan mucha importancia al silencio.

No es frecuente encontrar libros en los que se trate el silencio; por eso es significativo que Merayo (2001:253-258) le dedique un subcapítulo “Miedo al silencio” en el que se pueden leer reflexiones interesantes como las siguientes:

- Los jóvenes de hoy comenta una profesora de psicología tienen miedo al silencio, porque el silencio les obliga a pensar y a comunicarse y, desgraciadamente, tienen muy poco interesante que decirse y ninguna gana de escuchar a sus semejantes.

El empleo adecuado del silencio no consiste en no hablar, sino en decir las cosas a su tiempo y en callar cuando sea necesario.

Por eso, los instantes en los que deben hacerse pausas no están determinados por reglas fijas e inmutables, sino que dependen del temperamento, del carácter, del sentimiento, del contexto, del público y del sentido con que se quiera dotar la frase

Al entender la comunicación ya no como solo el hecho de hablar si no como un sistema completo de comunicación que posee muchos mas elementos que solo el mensaje nos damos cuenta de la importancia de conocer todos estos elementos y poder usarlos para que nuestro mensaje llegue de forma correcta y asertiva a los que nos rodean y brinde el resultado deseado, la transmisión de una idea clara que respete tanto los sentimientos del prójimo como los nuestros no genere hostilidad y sea sencillo de entender.

Otro punto que hay que tener en cuenta para una buena comunicación asertiva es como comienza la misma es decir aprender a saludar.

El saludo es, en primer lugar, una práctica social; de hecho «saludamos» todos los días, docenas de veces. Como tal ha interesado, más que a los lingüistas, a psicólogos y sociólogos.

En psicología social se estudian incluidos en los «rituales de acceso» o «reglamentación de encuentros», donde también se sitúan las despedidas y las preguntas por la salud (estas últimas en realidad funcionan también como saludos).

Para Spitzer¹ los saludos son «excitantes de la atención» destinados a predisponer al interlocutor hacia el verdadero contenido del discurso.

El saludo, en primer lugar, es un reconocimiento de nuestro interlocutor, es una demostración de que para nosotros existe, que sale de la nómina de personas que vemos al cabo del día.

Es práctica social en todas las culturas y grupos sociales. Pero cada cultura, cada sistema de comunicación, cada lengua, en definitiva, codifica sus propios rituales de acceso.

En una situación de comunicación, el saludo indica que existe algún tipo de reconocimiento (a veces motivado por compartir momentáneamente un determinado espacio físico) entre dos personas que se encuentran.

A partir de este sentido general, el saludo puede cargarse de matices y expresar otras connotaciones como alegría, sorpresa, respeto, etc.; e indicarnos otra serie de factores socio lingüísticos como la relación que existe entre los hablantes, el grupo social al que pertenecen, su edad, etc., además de informaciones relativas al espacio en que se desarrolla el encuentro, al contexto, etc.

Teniendo en cuenta estos factores F. Moreno Fernández ha propuesto la siguiente clasificación de los saludos:

- Saludos de paso. Son producto de la intersección rutinaria de los individuos.
- Saludos de sorpresa. Aparecen cuando la frecuencia de contacto y el lugar de desarrollo no son habituales.
- Saludos de apertura. Cuando a partir del saludo se inicia una interacción conversacional.

Puede observarse, sin demasiada dificultad la codificación lingüística que posee cada cultura, con respecto a los actos de habla que implican saludo; sin embargo, las fórmulas de saludo van asociadas a una serie de informaciones adicionales o valores funcionales, que son los que, en definitiva, determinan su uso y sus compatibilidades.

Para comprender de una forma sencilla el saludo como un punto de partida para su posterior análisis tomaremos la clasificación (Lenarduzzi, F. Moreno) sobre algunas particularidades del saludo.

- Comprender «¡hola!» es comprender su significado.
- Su significado está determinado por unas reglas semánticas que indican sus condiciones y sentido de emisión.
- Emitir «¡hola» literalmente, significa:
 - intentar hacer que el oyente reconozca que está siendo saludado que reconozca la intención que se está teniendo al saludarle
 - que dicho reconocimiento se haga en virtud del reconocimiento del significado de la oración «¡hola!».
- El oyente comprende el significado de la oración y en las condiciones en que ha sido expresada.

Ya dirigiendo lo anterior al contexto de nuestro programa se busca que el personal de salud del seguro conozca la importancia de un buen saludo, que les permita entablar la comunicación positiva con el paciente desde un principio y así dirigir la conversación de una forma asertiva y propicia.

En busca de lograr una comunicación asertiva medico paciente mediante este programa, se realizaran talleres, dinámicas y exposiciones se brindara el conocimiento teórico y la aplicación de este mismo en el área médica, para que los galenos tengan herramientas y métodos para encarar de una forma más efectiva la comunicación paciente médico y a su

vez sea más fácil realizar entrevistas mediante las cuales obtengan información de los síntomas de sus pacientes, sea más fácil dar la medicación e incentivar a seguir las dosificaciones requeridas

Capítulo I. Contexto Institucional

1.1. Descripción de la Institución

Se realizará la implementación del Programa en el “Seguro de Salud Delegado FERRECO” el cual se encuentra ubicado en la av. Ecuador esq. Quito N°640 zona Sopocachi de la ciudad de La Paz – Bolivia el seguro nace en un convenio de delegación de seguro a corto plazo suscrito entre la Caja Nacional de Salud y la Federación Regional de Cooperativas Mineras Auríferas “FERRECO”, por la necesidad de atención médica en el área rural por parte de los cooperativistas mineros que están expuestos a graves enfermedades laborales y requieren atención médica de calidad.

Pero que es un seguro Delegado, el Reglamento de Seguro Delegado de la CNS establece que “es un beneficio que surge de la imperiosa necesidad que tienen los Entes Gestores (Cajas de Salud) de lograr una cobertura a nivel nacional y brindar atención eficaz y eficiente a sus empresas afiliadas, principalmente a aquellas ubicadas en regiones o zonas donde las entidades aseguradoras no cuentan con infraestructura ni los recursos humanos”, los seguros delegados tienen su marco legal en el Decreto ley 10173 de 28-03-72, art 4 inc. m) del Decreto Ley 10776 de 23-03-73 y art 2° del Decreto Supremo 14641 de 03-06-77. En otras palabras, son seguros que atienden a un grupo específico de la población asegurada a la cual el ente asegurador (CNS) no puede atender adecuadamente.

El Seguro Médico Delegado FERRECO R.L. mediante este convenio cubre seguros de enfermedad, maternidad y riesgos profesionales a corto plazo, atendiendo así las necesidades de servicios de salud que tienen los cooperativistas mineros.

Hace más de cuatro años, desde 2016, que el Seguro Médico Delegado FERRECO R.L., está al servicio de los trabajadores mineros, con el objetivo de cuidar la salud de los asegurados y de sus familias es el responsable del accionar sanitario de la demanda poblacional minera en su jurisdicción.

Dicha institución está encargada de resolver problemas de infraestructura, así también tiene la obligación de satisfacer necesidades de la población minera en cuanto a servicios de salud se refiere.

Además del policonsultorio ubicado en la ciudad de La Paz, cuenta inicialmente con 6 centros de salud en el área rural, ubicados en:

- Mapiri
- Tipuani
- Guanay
- Chillata
- Unutuluni
- Llipi Lijuata

También, el Seguro Médico Delegado “FERRECO” también contrata terceros para cualquier servicio médico que sea necesario para sus asegurados y tramita los pagos correspondientes de esta forma se asegura que los mismos tengan la atención médica adecuada.

Su trabajo se enmarca en los reglamentos de seguros delegados de la caja nacional de salud, reglamento interno de trabajo de la caja nacional de salud y la ley general del trabajo.

La misión de la institución es:

“Brindar protección integral de salud por enfermedad, maternidad y riesgos profesionales a la población afiliada, bajo los principios de la seguridad social a corto plazo, optimizando los recursos en el marco de las competencias del Seguro Delegado”.

La Visión de la institución es:

“Ser la institución de Salud transparente, eficiente y eficaz para la provisión de servicios integrales de salud a corto plazo, con oportunidad, calidad y calidez para la población afiliada, garantizando el derecho a la salud a través de la optimización de sus productos”.

1.2. Identificación del problema

Después de realizadas entrevistas a la MAE institucional del Seguro Delegado de Salud FERRECO y hacer una revisión de la documentación de personal e historia institucional dentro del área de recursos humanos se denota que la institución conlleva varias problemáticas entre las cuales están:

- Falta de una comunicación adecuada entre los elementos integrantes de la misma
- Falta de habilidades de comunicación a nivel de los pacientes y médicos como se puede observar después de verificar los registros de quejas que presentan los asegurados al área de trabajo social de la institución.
- Contratos temporales incluso en puestos claves de la institución
- Falta de un reglamento interno específico para la institución
- Nuevos objetivos no planificados generados por las exigencias de los cooperativistas
- Resistencia a las nuevas formas de trabajo que se desean implementar en la institución
- Mala coordinación con el ente asegurador primario CNS

El Seguro de Salud Delegado FERRECO al ser un seguro de corta trayectoria no ha afianzado la comunicación institucional, más que nada por el constante cambio que sufrió los últimos años de su MAE y del personal administrativo de la institución.

Además, la demanda de atención en los centros de salud va en un incremento lo que disminuye el tiempo que se puede dar a la evaluación de los pacientes (según refiere el jefe médico) lo que genera una presión mayor en los galenos.

El jefe médico refiere, que cada médico que trabaja ya un tiempo largo en la institución tiene su forma de actuar y prefiere mantenerlo de esa manera lo que dificulta la comunicación con los mismos, así mismo refiere que no se ha podido dar canales adecuados para recibir sus inquietudes.

Así al revisar las problemáticas dentro de la institución se ve un factor común, que es el hecho que no existe una comunicación dentro de la misma debido a varios factores, entre los que se puede resaltar el poco tiempo que el personal es contratado dentro de la institución viendo la misma como un punto de paso y no así como un lugar donde generar carrera o entablar contactos, amistades o compañeros de trabajo duraderos, la falta de una guía clara de cuales son sus funciones y que expectativas tiene el cargo que desempeñara, lo que genera una resistencia a las ordenes o cambios que pueda haber dentro de la institución ya que o no lo ve relevante o lo siente incómodo.

También se ve falta de coordinación y comunicación con los elementos externos al seguro como ser los cooperativistas y la caja nacional de salud que al no poseer canales adecuados para su comunicación no pueden realizar una coordinación en pro del seguro y los asegurados chocando constantemente entre objetivos y exigencias propias y las del seguro.

Lo que nos lleva a plantearnos que el primer punto sobre el cual trabajar debe ser el problema de comunicación que hay en la institución, para lo cual nos centraremos en el grupo principal del seguro, su personal médico el mismo que se ve como el motor sobre el cual se desarrolla la institución ya que, si la comunicación es, la posibilidad de conflicto se eleva y afecta a la población que la institución brinda sus servicios en este caso los pacientes, ya que es el área médica la que está en trabajo directo con ellos.

Y este factor es un hecho reflejado en las quejas reportadas al área de trabajo social que están relacionadas con el trato entre el paciente y el área médica por encima de cuestiones organizativas o mala praxis.

Pero para una comunicación eficaz también hay que tomar los aspectos que influyen en este contexto como los sentimientos, expectativas y emociones.

Las personas enfermas o sus familiares pueden tener miedo, ansiedad, sentir incertidumbre, etc. Toda una serie de emociones que pueden dificultar una comunicación eficaz y que hacen que los mensajes no lleguen como uno espera. Además, existen toda una serie de aspectos culturales y educativos que no siempre son palpables en relaciones que duran apenas unos minutos, por lo cual no basta con expresar de forma clara nuestras ideas si no teniendo en cuenta las emociones, sentimientos y exigencias de las personas con las que nos estamos comunicando es decir tener un lenguaje que tome todos estos elementos en cuenta

Por todo lo expuesto anteriormente vimos por conveniente abordar esta problemática generando un programa de comunicación asertiva el cual se espera que brinde las herramientas y conocimientos necesarios a los mismos.

Capítulo II Planificación de la intervención

2.1. Diseño del plan de acción conforme al área de intervención

Área	Población	Tipo de Intervención
Psicología Social	Profesionales Médicos del Seguro Delegado FERRECO	Formación capacitación y dinámicas de grupo

2.2. Plan de acción

Todo lo que se trabajó respecto a la intervención se describe en este punto, donde se debe seguir algunos pasos que se describen a continuación:

2.2.1. Diagnostico

Ya habiendo identificado el problema se realizó el diagnóstico para comprender hasta qué punto la comunicación afectaba al área médica de la institución para lo cual se realizó una entrevista semiestructurada de con guía de un cuestionario de 13 preguntas se detalla a continuación:

- 1.- ¿Cuál es su nombre?
- 2.- ¿Cuánto tiempo trabaja en la institución?
- 3.- ¿Cuál es su cargo?
- 4.- ¿Qué actividades son referentes a su cargo?
- 5.- ¿Cuáles son los problemas más frecuentes en su puesto?
- 6.- ¿Cómo ve la comunicación en su trabajo?
- 7.- ¿ha sentido que no dijo todo lo que estaba pensando por el hecho de no molestar a su interlocutor?
- 8.- ¿Sintió que pudo usar una mejor forma de expresar algunas ideas para que sean aceptadas más fácilmente?
- 9.- ¿Qué opinión tiene usted de las comunicaciones directas?
- 10.- ¿Cómo ve la comunicación entre las demás unidades?
- 11.- ¿Cómo calificaría la comunicación dentro las áreas de la institución?
- 12.- ¿Cómo calificaría la comunicación dentro de su área?
- 13.- ¿Le gustaría conocer acerca de la comunicación asertiva y su efectividad?

Las primeras cuatro son preguntas de referencia que nos permitieron identificar al personal medico como tal de la institución y delimitar adecuadamente nuestra población para el programa.

En la quinta pregunta dentro del área de enfermería señalaron que falta insumos muchas veces y los horarios de atención y de apoyo a la institución tienden a variar demasiado afectando su vida personal, aparte de sentirse nerviosos y nerviosas por la nueva enfermedad ya que se sienten muy expuestos y expuestas a la misma, el área médica de atención refiere tienen poco tiempo para atender a los pacientes y hay momentos que están sobresaturados de trabajo que no tienen apoyo suficiente del área administrativa y que hasta cierto punto se sentían abandonados y sin respuestas, el área medica administrativa refiere problemas de manejo de pacientes por falta de elementos de atención dentro del seguro y la difícil terciarización de servicios ya que varios hospitales están completamente llenos, también se evidencio en las 3 áreas que no tienen

Comunicados claros, que falta coordinación con sus compañeros y le es muy difícil hacer entender a los pacientes que las indicaciones deben seguirse lo mas literal posible.

En la pregunta seis y diez y doce el área de enfermería muestra que se siente satisfecho con la comunicación dentro de la misma, pero ve difícil entablar comunicación con el área medica administrativa y administrativa como tal, las demás áreas refieren deficiencias en la comunicación en general a excepción de comunicación fluida con algunos compañeros de trabajo, también refieren problemas de comunicación con los pacientes.

En la pregunta siete y ocho muestran seguridad de como expresan sus ideas y de como las estructuran, no sienten que su comunicación sea difícil de entender o presenten problemas de comunicación con otras personas. Aunque si admiten que hubo momentos donde les fue difícil entender las ordenes de otros trabajadores o las solicitudes de los pacientes.

En la pregunta numero ocho muestran una preferencia en la comunicación directa y clara y piensan que es la mejor forma de realizar la comunicación en su área.

En la pregunta once no sienten que la comunicación y coordinación entre áreas se a la mas efectiva y muestran dudas de cómo mejorar la misma.

En la pregunta 13 demuestran un interés en lo que es la comunicación asertiva y el deseo de participar en capacitaciones que le den nuevas herramientas para mejorar su trabajo

Así después de revisar las respuestas se vio que la generación de medios de comunicación y una comunicación mas fluida es un requerimiento del personal de salud del seguro, a la vez que demuestran predisposición hacia la implementación del programa.

Los elementos que se vieron necesarios abordar para el desarrollo de una comunicación asertiva entre las personas integrantes del área médica del seguro de salud están:

- Manejo de comunicación entre las áreas de la institución
- Formas de saludo inicial y primera impresión con los pacientes
- Lenguaje corporal y su interpretación
- Tono de voz adecuado para las entrevistas

2.2.2 Objetivos

Objetivo general

- Implementar un programa de Comunicación asertiva para brindar herramientas para mejorar la interrelación personal dentro de la institución.

Objetivos específicos

- Identificar el estilo de comunicación de cada uno de los participantes, a fin de que puedan corregir y mejorar sus estilos propios

- Entrenar estrategias de la comunicación asertiva, tales como: saludar, pedir favores, dar las gracias, dar malas noticias, y como su buen uso para mejorar las relaciones dentro del trabajo.
- Explicar el impacto del lenguaje corporal y modulación de tono de voz.
- Analizar el impacto del programa en los participantes.

2.2.3. Técnicas e Instrumentos

Durante la implementación del programa se implementarán las técnicas e Instrumentos referidos en el siguiente cuadro:

PROGRAMA DE COMUNICACIÓN ASERTIVA DIRIGIDA A PROFESIONALES MÉDICOS EN EL SEGURO MÉDICO DELEGADO FERRECO			
No	Actividad	Tipo	Resultado esperado
1	Escala Multidimensional de asertividad EMA	Instrumento	Que los participantes entiendan el tipo de comunicación posee y la mejore utilizando los conocimientos generados durante el programa
2	Presentación de los integrantes	Técnica	Mostrar la importancia de una buena presentación y como afecta la comunicación y

			la empatía que se puede desarrollar
3	Globo y clip	Técnica	Mostrar la importancia dentro de la comunicación de la escucha activa y el seguimiento de instrucciones
4	Disertación	Técnica	Brindar a los participantes el conocimiento teórico sobre la comunicación asertiva las partes que lo componen y las formas de integrarlo a nuestro diario vivir
5	Mesas de trabajo	Técnica	Generar el espacio donde los participantes puedan poner en práctica los conocimientos adquiridos durante el programa
6	Juego de roles	Técnica	Brindar situaciones y eventos durante los cuales los participantes puedan poner en práctica los nuevos conocimientos sobre una comunicación asertiva para como grupo resolver los mismos de la mejor manera posible
7	Pasarela	Técnica	Dar a los participantes la oportunidad de sentir la importancia del lenguaje corporal y que elementos de su lenguaje corporal puede ser mejorado y aprender que significan los hábitos que cada uno posee

8	El chisme	Técnica	Mostrar el ruido que existe dentro de la comunicación verbal y brindar métodos para enfrentarlo
9	Dibujo en la espalda	Técnica	Mostrar el ruido que existe dentro de la comunicación no verbal y brindar métodos para enfrentarlo
10	Generación de manual	Instrumento	Evaluar el conocimiento adquirido y la forma en que se aplica a su área de trabajo de cada participante
11	Teatro	Técnica	Generar un espacio para implementar los resultados del programa

Se realizará disertaciones sobre el tema de la asertividad, comunicación, lenguaje corporal, lenguaje paralingüístico y lenguaje verbal conceptos e información base sobre la misma, importancia de ellos durante las entrevistas, el saludo inicial, significado de los hábitos del lenguaje corporal, modulación de la voz y mensajes que se transmiten por el cambio del tono, potencia o silencio de la voz, el ruido dentro de la comunicación el cual puede aparecer durante las conversaciones y como evitarlo, empleando lo aprendido en dinámicas y mesas de trabajo.

Se aplicará la Escala Multidimensional de asertividad EMA la cual tiene características que permiten identificar el tipo de asertividad que posee además de ser una guía en la intervención terapéutica, la misma cuenta con un Cuestionario, hojas de respuestas y perfil, planillas para calificación y un manual, siendo 45 afirmaciones tipo Likert que brindan tres dimensiones de calificación cada una de 15 reactivos, el EMA puede

aplicarse por cualquier profesional de la Psicología a sujetos de 15 años delante de forma individual o colectiva en un tiempo de 20 a 30 minutos y posee un índice de confianza de 95%

Se realizarán Juegos de roles que coloquen a los participantes en situaciones del día a día que se puedan presentar dentro de la institución para que se pueda cultivar y aplicar los conocimientos adquiridos y brinden una retroalimentación a los participantes

2.2.4. Actividades

Se aplicará la Escala Multidimensional de asertividad EMA al personal medico profesional del Seguro Delegado FERRECO lo que nos brindara las dimensiones de asertividad del personal

Se dará comienzo al Programa de comunicación asertiva recolectando información sobre que conocimientos tienen cada uno sobre el tema en formato de mesa de trabajo para posteriormente brindar los conocimientos base sobre o que es la comunicación asertiva, se darán actividades y dinámicas para la aplicación de los conocimientos obtenidos en cada día de intervención y se aplicara por segunda vez la EMA posteriormente se darán los resultados de la primera y segunda aplicación con charlas y consejos a cada participante para el mejoramiento de su asertividad.

1ERA SESIÓN

Durante la primera sesión se arrancará con la presentación tanto del grupo de aplicación

como de los participantes al programa,

1era actividad

Tiempo 10 minutos

Dinámica Presentación de los integrantes

Materiales Hojas de Cartulina de varios colores recortados en cuadrados de 10 cm de largo por 4 de ancho y marcadores negros alfileres o ganchos.

Objetivos

- Lograr un fácil reconocimiento de los participantes
- Dar a cada participante la oportunidad de identificarse de una forma que estén cómodos

Se colocarán identificadores sencillos de notar, para los cuales se necesitarán tarjetas de cartón con los nombres con los que se deseen ser conocidos y del color que ellos escojan hechos por ellos mismos.

Identificando cuán importante es para cada participante darse a conocer al resto del grupo

2da actividad

Dinámica Globo y clip

Tiempo 15 minutos

Materiales globos de colores clips de metal un silbato

Objetivos

- Dar un inicio a las actividades del programa de capacitación
- Dar un ejemplo de que es la comunicación asertiva y los elementos que conlleva
- Ver la forma en que escuchan y realizan las ordenes o indicaciones

Se dará a cada participante un globo, después se pedirá que inflen los globos lo más posible y los amarren, indicándoles que lo vean como los proyectos que desean realizar cuanto más grande el globo mayor el proyecto, después se le pasara a cada uno un clip con una punta hacia arriba de modo que sea fácil explotar los globos de sus demás compañeros.

Se dará la indicación de que el objetivo de la práctica es “el que tenga globo inflado hasta que suene el silbato será el ganador” si los participantes comienzan a perseguir el globo de sus compañeros se dejara que siga su curso o de lo contrario se los estimulara a hacerlo ya sea reventando intencionalmente mi globo o pidiendo ayuda a un colaborador a que lo haga, después se dará la reflexión correspondiente sobre la comunicación asertiva y el hecho de seguir instrucciones

3ra actividad

Dinámica Disertación

Tiempo 20 minutos

Materiales computadora, diapositivas, copias de la información para los participantes,

retroproyectora, puntero.

Objetivos

- Brindar conocimiento e información sobre lo que es la comunicación asertiva
- Evaluar hasta dónde van los conocimientos de los participantes en el área

Se pasará a la disertación, en lo que se resumirá lo que es la comunicación asertiva y como usarla que elementos la componen y su importancia.

Posteriormente se dará un tiempo a preguntas de los participantes.

4ta actividad

Dinámica Mesas de trabajo

Tiempo 30 minutos

Materiales Hojas de papel bond tamaño oficio bolígrafos

Objetivos

- Dar un espacio en el cual puedan aplicar los conocimientos adquiridos
- Permitir plantear problemas y dificultades propias
- Generar un espacio en el cual compartir sus ideas y nuevos conocimientos

Se les pedirá a los participantes que planteen situaciones reales o ficticias donde no se haya podido generar una comunicación asertiva y genere problemas en su interacción

personal mínimo 3, después se les pedirá que den una de las tres como ejemplo y mediante participación de los demás integrantes dar soluciones o formas por las que se pueda resolver la situación.

Se dará un cierre y una reflexión de lo trabajado en el tiempo restante.

2DA SESIÓN

1ra actividad

Dinámica Disertación

Tiempo 30 minutos

Materiales computadora, diapositivas, copias de la información para los participantes, retroproyectora, puntero.

Objetivos

- Brindar conocimiento e información sobre lo que es la comunicación asertiva
- Evaluar hasta dónde van los conocimientos de los participantes en el área

Se realizará la exposición de los tipos de comunicación (verbal, no verbal y paralingüístico) y como usarlos dentro de diferentes casos

2da actividad

Dinámica Juego de roles

Tiempo 50 minutos

Materiales Tarjetas de datos con la información para la interpretación de personajes y hojas de observación para los que no estén en la interpretación.

Objetivos

- Dar la oportunidad a los participantes de implementar los conocimientos dados en las disertaciones
- Mostrar las actitudes que se dan durante la primera etapa de la interacción entre paciente y medico
- Comenzar a implementar la comunicación asertiva

Se dará a tres participantes tarjetas con diferentes personalidades y problemas, a un cuarto se le dará el papel del galeno que recibe a estas personas, el resto de los participantes evaluará la interacción del galeno y los pacientes bajo directrices de evaluación con preguntas semicerradas, se hará que los integrantes del programa participen al menos en 2 roles para que puedan tener una mejor implementación de sus conocimientos adquiridos.

- En la Primera tarjeta el paciente será una persona que tiene bastos conocimientos de medicina sacados del internet y parientes cercanos, ya tiene una idea de cuál será su tratamiento y no aceptará otro tratamiento diferente.
- En la segunda tarjeta se presentará un paciente con miedo al tratamiento y está en busca de terapias alternativas pidiendo consejo al médico a ver si son adecuadas o si puede usarlas junto al tratamiento que se le está dando.
- En la tercera tarjeta se presentará una persona con un dialecto que el galeno no

entiende o entiende poco y debe indicarle los pasos a seguir y los análisis que se debe hacer, pero esta persona es la primera vez que viene a la ciudad y no sabe cómo moverse

Durante el tiempo restante se realizará una mesa de diálogo para observar el avance de los integrantes.

3RA SESIÓN

1ra actividad

Dinámica Disertación

Tiempo 30 minutos

Materiales computadora, diapositivas, copias de la información para los participantes, retroproyectora, puntero.

Objetivos

- Brindar conocimiento e información sobre lo que es el lenguaje corporal
- Evaluar hasta dónde van los conocimientos de los participantes en el área

Se realizará la exposición del lenguaje corporal y como afecta la comunicación asertiva y métodos para controlarlo.

2da Actividad

Dinámica Pasarela

Tiempo 50 minutos

Materiales Espejos Hojas de evaluación maskin o cinta adhesiva

Objetivos

- Practicar el lenguaje corporal y reconocer los hábitos de cada uno
- Mejorar actitudes negativas que se presenten mediante la retroalimentación dada por sus pares

Se colocarán marcas en el piso en un sector en el cual estén 2 espejos para que los participantes puedan ver más ángulos del participante en el escenario, se colocaran marcas en el piso para poner un orden de desplazamiento y se les dará situaciones hipotéticas para ver sus actitudes y reacciones cada participante tendrá tres minutos, los demás participantes tomaran nota de los aspectos positivos y negativos de la persona en la pasarela, se verán modismos y hábitos que se puedan tener, ver si los hábitos son aprendidos durante la formación profesional o no, ver cómo evitarlos y que transmiten hacia los demás, que significan para nosotros y en qué medida nos ayudan o perjudican y en qué momento deberíamos usarlos.

Durante el tiempo restante se realizará una mesa de diálogo para observar el avance de los integrantes.

4TA SESIÓN

1ra actividad

Dinámica Disertación

Tiempo 30 minutos

Materiales computadora, diapositivas, copias de la información para los participantes, retroproyectora, puntero.

Objetivos

- Brindar conocimiento e información sobre lo que es la comunicación asertiva
- Evaluar hasta dónde van los conocimientos de los participantes en el área

Se realizará exposición sobre los ruidos y factores que dificultan la comunicación asertiva como reconocerlo y evitarlos o eliminarlos

2da actividad

Dinámica El chisme

Tiempo 25 minutos

Materiales Hojas con la información a ser transmitida números en hojas de cartulina,

Objetivos

- Mostrar el ruido que existe dentro de la información verbal
- Mostrar el ruido existente en el factor tiempo para la comunicación asertiva

Se colocarán a los participantes separados unos de otros y se dará un número de uno a N al azar el cual deberá colocarse en la espalda de cada participante sin que los demás

puedan verlo se escogerá un participante y se le dará un mensaje largo el cual debe moverse hacia otro participante y transmitir el mensaje se le dirá un número y debe buscar ese participante con dicho número para transmitir el mensaje junto con otro número que no sea el suyo.

Se analizará cuan tergiversado se ve el mensaje y se pedirá ideas para evitarlo

3ra Actividad

Dinámica Dibujo en la espalda

Tiempo 25 minutos

Materiales hojas blancas con un dibujo simple que pueda transmitirse de forma clara, una pizarra acrílica y un marcador negro

Objetivos

- Mostrar otras formas de comunicación y los ruidos que se pueden generar en ello
- Mostrar la interacción personal y los problemas que pueden generarse
- Mostrar el ruido que genera una competición entre iguales

Se dividirá al grupo en dos, se colocarán en fila frente a una pizarra a las personas del final de la línea se les mostrara el dibujo y se pedirá que lo dibujen poco a poco en la espalda de su compañero de frente de la línea y este a su vez hará lo mismo con el de frente el primero de la fila debe recibir la información y reproducir el dibujo en la pizarra, se les dirá que ganara el grupo que se acerque más al dibujo original.

Durante el tiempo restante se realizará una mesa de diálogo para observar el avance de

los integrantes.

5TA SESIÓN

1ra actividad

Dinámica Generación de manual

Tiempo 60 minutos

Materiales Hojas de papel Blancas bolígrafos

Objetivos

- Mostrar los avances obtenidos durante el programa de capacitación
- Generar herramientas que ayuden en la comunicación asertiva

Se les entregara hojas blancas a los participantes y se les pedirá que coloquen tres elementos, actitudes o situaciones que no permitan una comunicación asertiva dentro de su trabajo diario, después se le pedirá que se coloquen en la pizarra acrílica para eliminar los repetidos, después en mesa de trabajo se redactaran soluciones para tener un manual de herramientas y métodos para enfrentarlos

2da Actividad

Tiempo 20 minutos

Dinámica Teatro

Material manual generado anteriormente

Objetivos

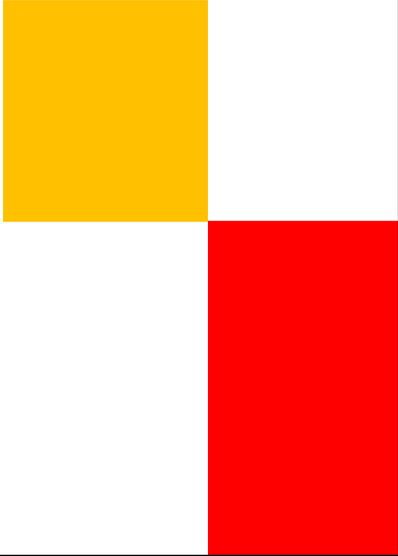
- Ver la efectividad del manual creado
- Incentivar el intercambio de información entre los participantes

Se pedirá a los participantes que se coloquen en el papel de médico y paciente de forma rotativa, que muestren los elementos, problemas o situaciones que no permitan una comunicación asertiva, el resto de los participantes observara si son realmente adecuadas o se deben mejorar.

El tiempo restante se dará una retroalimentación y se responderán las preguntas de los participantes sobre el tema.

2.3. Cronograma

<i>Descripción de actividades</i>	segunda semana	tercera semana	cuarta semana
Aplicación de EMA			
Pautas de la asertividad e información de lo que es la asertividad			
Primera delimitación de los problemas para una comunicación asertiva			
Desarrollar los conocimientos de lo que es la comunicación verbal, no verbal y paralingüístico			

Brindar información y técnicas de manejo del lenguaje corporal	
Analizar y mostrar que factores afectan la comunicación asertiva	
Generación de un manual de apoyo desarrollado por los participantes para mejorar la comunicación asertiva	
aplicación del EMA	
Entrega de resultados de la 1er y 2da aplicación del EMA	

Capítulo III. Resultados de intervención

3.1. Descripción de los resultados

La aplicación del programa comenzó el martes 5 de octubre con la participación de 11 integrantes que oscilan entre las edades de 31 a 54 años con una media de entre 31 a 40 años en su mayoría poseyendo el sector femenino en el alta de edad en un 50 % y el resto en el promedio y al grupo masculino con mayor presencia en el promedio y en el área baja del rango de edad además se aprecia una equidad de género entre hombres y mujeres como muestra el siguiente cuadro.

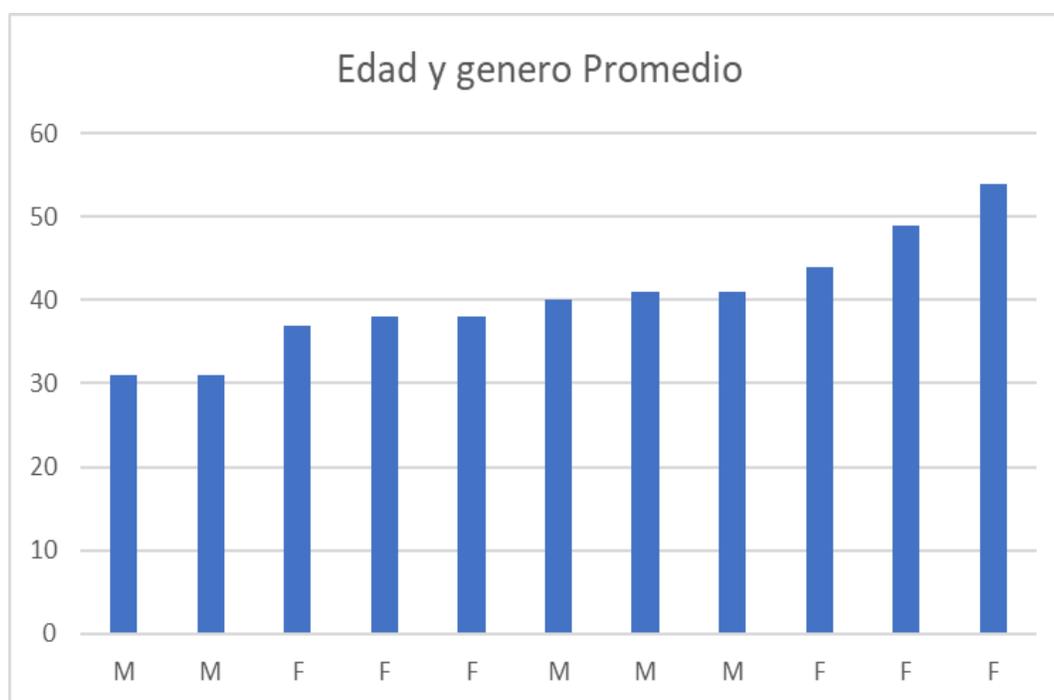


Ilustración 1

Asimismo, la totalidad de participantes trabajan en el área médica y tienen estudios de nivel licenciatura o superior oscilando entre licenciatura y magister.

Dentro de los mismos se pueden apreciar 3 grados de jerarquía:

Jefe Medico

Médicos

Enfermería

Otro punto a denotar es que los puntos de control se dividían entre la jefe médico y el medico con mas años en la institución mostrando hasta cierto punto una competencia entre ambos por poner orden y dirigir a los participantes restantes, pero aun así no hubo problemas para comenzar la primera parte del programa con la aplicación de la Escala Multidimensional de asertividad (EMA)

Se comenzó con la aplicación de la Escala Multidimensional de asertividad (EMA) en la misma se evidencio una Asertividad Indirecta como la comunicación dominante dentro del personal Médico, no se noto ninguna resistencia de parte de los participantes hacia la prueba pero se vio falencias en el seguimiento de instrucciones de aplicación, específicamente en el de no usar el cuadernillo para responder las preguntas si no la hoja de respuestas, también se denoto un ambiente de camarería entre los participantes haciendo pequeñas bromas entre ellos y mostrando un espíritu positivo en la realización de la prueba.

En los resultados de la prueba se puede evidenciar una inclinación de los participantes a conductas de asertividad indirecta y de no asertividad en mayor proporción a las conductas asertivas que pudieran generar como se ver en el siguiente cuadro.

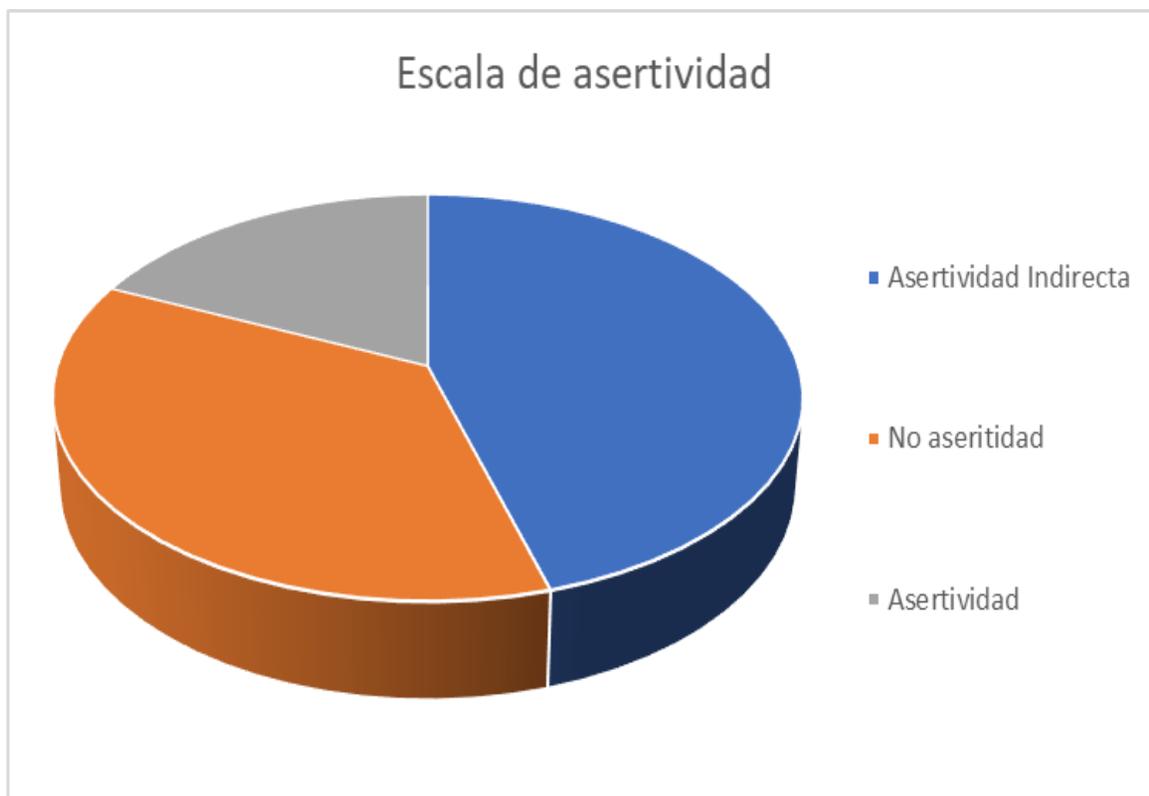


Ilustración 2

1ra sesión día 6 de octubre

Se comenzó con una dinámica para identificarse a cada persona mediante pequeñas cartulinas que debían ser puestas en un lugar visible con el nombre que se sentían más cómodos o cómodas para ser identificados o identificadas, las mismas eran de 4 colores azul claro, rosado, verde y amarillo, no se vio una preferencia por el color si no por tomar el más cercano a cada uno y terminar la orden lo antes posible al principio algunos comenzaron con nombres pequeños y difíciles de leer para rectificar posteriormente a nombres más grandes y visibles después de ver a la jefe médico y los demás médicos colocar su nombre en letras gruesas y oscuras, incluso algunos bromearon con el hecho de que no era bueno ser identificados fácilmente.

Posteriormente se ha realizado la dinámica del globo y el clip en la cual se pidió a cada participante que inflara los globos lo más posible y pensarán en el cómo sus proyectos y aspiraciones al futuro donde se vio que los participantes con más cursos y con más proyectos inflaban lo más posible el globo como aspirando cada vez a más, en cambio los participantes con poco tiempo en la institución preferían tamaños medianos fáciles de manejar cuando comenzó la dinámica los resultados inesperados, ya que normalmente se esperaría una reacción de intentar reventar los globos de los compañeros, en cambio la mayoría a excepción de la jefe Medico prefirieron ocultar y alejar sus globos, la jefe de médicos y el medico más antiguo dejaron los globos sobre la mesa denotando seguridad en que no serían atacados incluso una enfermera que era la más nueva en el trabajo prefirió colocarse bajo la mesa del área para proteger su globo.

Pasando a la mesa de trabajo se llegaron a las conclusiones que las ordenes que se den para una actividad o trabajo deben ser ordenes claras y sencillas fáciles de entender y es necesario realizar las preguntas pertinentes para no llegar a malentendidos, además de que no es bueno dejar influenciarse con los factores ajenos al trabajo.

2da sesión día 7 de octubre

Durante la segunda sesión se les dio a los participantes la oportunidad de estar de un lado y otro de la situación siendo pacientes y médicos y teniendo que lidiar con las disyuntivas de como actuar en cada situación, enfrentándose al hecho de encontrar pacientes que poseían un conocimiento adquirido de parientes o medios de comunicación masiva que discutían cada decisión del médico y trataban de obtener un tratamiento que ellos habían decidido de antemano que sería útil para su afección, poniendo en una situación de enfrentamiento directo con el mismo, a lo cual la mayoría de participantes se estancaron de como poder reaccionar.

Se mostró también la situación de personas que tenían miedo al tratamiento y trataban de buscar otras alternativas poniendo excusas para no seguir las indicaciones del médico pero exigiendo un tratamiento del mismo, en esta situación los galenos pudieron encontrar un punto de negociación con los pacientes en la mayoría de los casos dando un espacio para la negociación y el intercambio de ideas entre paciente y doctor.

Por ultimo se tomó los casos de personas que al ser hablantes del idioma aimara o quechua le es difícil entender los nombres de los medicamentos o como ubicarse para hacer los análisis solicitados por los médicos ya que eran personas venidas del campo, a lo cual lo resolvieron con la ayuda del personal de enfermería que habla con facilidad el idioma y coordinando esfuerzos para una solución pronta y rápida, después de la dinámica la cual paso por un ambiente con varias risas y se logró una intervención completa de todos y todas en esta actividad.

Durante la mesa de trabajo se denoto que los mayores problemas que enfrentan los médicos son el poco apego que tienen los pacientes a aceptar las terapias además de tratar de discutir el mismo, a parte de los parientes que buscan un tratamiento específico y se molestan si no se les da.

Las soluciones propuestas por los participantes fueron que el que da las indicaciones de los tratamientos debe hacer que la persona que reciba el tratamiento sienta que es importante, además no solo dar el tratamiento si no explicarle tanto las ventajas como las desventajas que este tiene si no se sigue de forma adecuada.

Algunos participantes también vieron que en sus consultas no tienen una interacción fluida con sus pacientes por el factor tiempo o haber tenido problemas antes de llegar al trabajo

3ra sesión día 8 de octubre

Durante la comunicación entre las personas no solo se usa el lenguaje verbal o idioma si no se utiliza mas elementos que se deben conocer ya que estos factores representan la mayor parte de la comunicación como se ve en el diagrama siguiente.



Ilustración 3

En esta sesión se trato el lenguaje corporal como la primera herramienta que debe manejar el personal medico para tratar al paciente, ya que el tono de voz y el lenguaje corporal representan la mayor parte de la comunicación y desconocer estos aspectos conlleva a malas interpretaciones por más que las palabras sean las correctas, para lo cual se dio a conocer lo que representan la mayoría de las posturas comunes que se toman en el día a día como ser estar con los brazos cruzados, agazapados o con la mirada distraída, y que impresión dan las mismas, se explicó los elementos que

intervienen en el saludo y el apretón de manos y las posturas normales que tienen a los pacientes y médicos durante su interacción.

También durante esta sesión se tomo el aspecto del tono de voz y vocalización aspecto muy importante para dar el significado a las palabras y mas aun en este momento que la mayoría usa barbijos durante sus interacciones diarias, pero no se toma medidas para que el mismo no intervenga con nuestra conversaciones diarias, siendo muchas veces la solución más rápida aumentar el volumen de nuestra voz algo que preocupo a los participantes y se solicito que se dieran opciones entre las cuales se optó por la vocalización y el tempo de la palabra lo que dio los resultados deseados por los participantes.

Comenzando las dinámicas para esta sesión se evidencio una mayor participación del entorno femenino de los participantes y una reticencia de la parte masculina, durante las practicas de manejo corporal los participantes pidieron que también se considerara el hecho que normalmente están sentados o escribiendo las recetas cuando interactúan con los pacientes, lo cual no se había considerado en un principio pero se evaluó con los participantes como debería procederse en ese aspecto, también se analizo como brindar confianza con la postura y formar de saludo teniendo en cuenta la posición de los brazos manos y el cuerpo en general para brindar un ambiente mas agradable a los pacientes y parientes de los mismos que vienen al seguro médico.

4ra sesión día 12 de octubre

Durante esta sesión se dio conocimiento al ruido que puede haber en la comunicación y como afecta la misma de igual manera métodos y técnicas para evitarlo.

Se vio que en la institución uno de los elementos que genera mas ruido al momento de la comunicación con el paciente son los parientes que vienen con el familiar y la

desinformación que tiene el paciente, tanto de su dolencia como de su tratamiento, dada por la gran cantidad de información sobre síntomas que se pueden encontrar hoy en día como de personas que fan varias terapias no tradicionales para la dolencia y que el paciente desea integrar a su tratamiento pero teniendo al galeno con desconocimiento de las mismas o la forma que pueda afectar el tratamiento el mismo no puede recomendar su uso, es decir no puede integrarlo con el tratamiento que se está dando.

Otro elemento que se vio como ruido es la falta de coordinación que se genera entre los administrativos y los cooperativistas que generan nuevas exigencias que varían el programa operativo anual del área lo que hace que se tengan que escoger a ultimo momento mover actividades o cancelarlas completamente lo cual afecta el número de recursos que disponen.

También el hecho de que no existen manuales operativos claros en cada área afecta el buen rendimiento y la comunicación en las áreas y entre áreas de la institución.

5ta sesión día 13 de octubre

Realización de la guía de comunicación asertiva para el área médica.

Durante esta sesión se realizado una guía sobre que elementos creen que son importantes para una comunicación asertiva hacia los pacientes realizada por los participantes del proyecto aplicando los conocimientos adquiridos de forma especifica a un problema dentro de su institución.

Se propuso que se diera una mesa de trabajo para generar esta guía, pero prefirieron realizar grupos divididos en áreas, una para el área de enfermería y otra para el área médica, la primera generando un primer acercamiento con el paciente y familiares antes de la consulta y otro ya dentro de la consulta.

Para el acercamiento de los pacientes previa la consulta enfatizó el lenguaje corporal y un tono de conciliación de modo de dar al paciente un espacio mas agradable en el cual ser atendido, asimismo darse su lugar y evitar que el paciente tome actitudes agresivas o sus familiares antes de ingresar a la consulta, logrando así un trabajo mas sencillo para los galenos.

Durante la consulta se vio un acercamiento mas dedicado a la parte vocal, generando un lenguaje corporal que no dé la impresión de un lenguaje agresivo, pero manteniendo las características de manejo de la situación de parte del médico, también viendo si es que da el tiempo separar el hecho de escribir la receta médica y la explicación de esta de modo de dar la importancia al tratamiento y generar en los pacientes la necesidad de seguirlo.

3.2. Análisis de los hallazgos

El grupo poblacional que participo en el programa al demostrar una homogeneidad dentro en los aspectos de genero y nivel de estudios con un rango de edad parecido, genero un ambiente fácil de llevar, bajando la ansiedad en los momentos de participación ya que todos se ven como iguales a excepción de dos participantes, la medico en jefe y el medico con mas tiempo en la institución, ambos muestran una dominancia sobre el grupo y el grupo se dirige a ellos en momento de duda, aunque no se vio una actitud directamente hostil se denota el hecho de ambos por no intervenir dentro del espacio del otro, como si tuvieran un acuerdo no escrito, lo cual genera un ambiente agradable para el trabajo pero a su vez debilita la posición del la medico en jefe.

Durante las sesiones incluso las posiciones de ambos fueron en puntos opuestos de la mesa de trabajo y siempre mirándose antes de intervenir o dar una opinión, y aunque daban correcciones u opiniones sobre la intervención de los demás participantes no así entre ellos, esta dinámica de poder que se generó durante el tiempo del programa, parece a los demás participantes algo normal, lo que lleva a pensar que esto no solo sucede dentro del programa si no dentro de la interacción diaria en el seguro médico, lo que según refirió la Jefe médico genera algunos roces en cuanto a las directrices hacia este galeno, lo que muestra que el tiempo dentro de una institución para el personal dentro de la misma pesa tanto como el cargo que tiene, durante las dinámicas cuando tenían que interactuar entre ambos no se veía una resistencia a trabajar juntos a menos que tuvieran posturas completamente opuestas.

Las primeras falencias con las que se evidenció es la falta de una lectura adecuada de instrucciones lo que nos lleva a errores en la forma que realizamos el trabajo, mostrando que se debería leer para entender no solo para informarse, ya que si solo buscamos una información hueca sin entendimiento solo podremos realizar tareas a medias y siempre con errores o dificultades, dando un primer acercamiento a lo que se busca lograr en el programa el entendimiento de lo que es la comunicación asertiva.

Durante las sesiones se evidenció un deseo de pasar desapercibido ya que varias personas prefirieron escribir su nombre, en letra pequeña y con un color que no se note mucho, incluso algunos participantes dijeron que así sería mejor, demostrando una personalidad pasiva y retraída hasta cierto punto, además durante la dinámica realizada se vio que la mayoría deseaba más proteger que atacar, incluso esconderse con tal de evitar el peligro de que revienten su globo mostrando una actitud una vez más sumisa lo que muestra una población más avocada a evitar el conflicto en vez de enfrentarlo, al darse cuenta de ello los participantes buscaron ser más activos durante las charlas o disertaciones todos trataban de participar y no había gente que se relegara a segundo

plano, lo que a su vez muestra que ya en un plano académico los mismos participantes cambian el comportamiento e interacción que presentan, así mismo no se puede afirmar que la mayoría tiendan a un tipo de comportamiento pasivo constante si no mas bien depende del ambiente en el cual estén interactuando, ya que si ven la posibilidad de perdida prefieren mantenerse alejados de una confrontación, más si están en un ambiente en el que se ven seguros y no ven una perdida clara pueden desenvolverse de forma más adecuada, es decir se logró que los participantes comprendieran la importancia de conocer su entorno sus limitantes y como interactuar con ello, así mismo se desarrolló los mecanismos para comunicarse mejor en cada ambiente y cómo afrontar problemas comunes dentro de la institución lo cual tuvo buena acogida y una buena participación, pudiendo dar el grupo en si soluciones a problemas planteados por ellos mismos.

También se evidencio que la mayoría del personal no tiene un buen manejo corporal, ya que tienden a agazaparse en sus asientos o mantener los brazos cruzados, evitar la mirada de los demás, o estar con la mirada perdida, actitudes que comenzaron a cambiar poco a poco, cuando se dieron cuenta de lo que significaba y lo que estaban transmitiendo con ellas a las personas que lo rodean, lo que demostró que no tenían una idea clara de todo lo que puede transmitir su postura llevándolos a intentar mejorar su postura durante la sesión, es decir este conocimiento no había sido tomado en cuenta con anterioridad por estos profesionales y mostraban un interés en el mismo, por lo que se puede inferir que en ningún momento durante su formación estos temas fueron tratados.

Aunque algunos de los participantes entendían los preceptos de modulación de voz, lenguaje corporal no veían la importancia de aplicarlos en su día a día y menos en sus fuentes de trabajo así mismo se vio que al acumular razones para realizar estas practicas la curiosidad de los participantes y el ansia de poner en practica lo aprendido aumentaba lo cual genero resultados positivos en la última sesión del programa.

Al generar la guía para la comunicación asertiva paciente médico, los participantes denotaron que era necesario dos tipos de acercamiento uno primero por la parte de enfermería y otro para la parte de los médicos.

En la parte de la enfermería sus principales preocupaciones fueron como hacer que los pacientes se sientan cómodos en el seguro médico, como afrontar a pacientes agresivos o asustados y a parientes en el mismo estado, como lograr que pacientes les permitan administrar las medicinas que tienen que tomar y como enfrentar las malas noticias que se puedan generar durante la atención a los pacientes, así se propuso que se debería dar un ambiente de confianza desde un principio guiando a los pacientes dentro de la institución, saludarlos si pasan al lado de uno sin importar que estén apurados y estar siempre ahí para ellos mostrando un trato amable a los mismos, lo que demostró que asimilaron el hecho que el área de enfermería es aparte de el apoyo medico paciente, es el rostro de la institución y su primera línea de presentación y siendo ese el caso deberían tratar de ser lo mas amables posibles logrando ser un vinculo entre el paciente y el médico.

Afrontando la segunda parte decantaron por métodos de negociación, donde se le explica al paciente porque debe tomar la medicina, porque debe tomarla a tiempo y que mejoras tendrá en ellos, para así lograr romper la resistencia de los pacientes a su medicación y poder dar a los pacientes un apoyo adecuado que brinde una recuperación rápida y adecuada.

En cuanto al trato de pacientes y familiares asustados o agresivos vieron que el hecho de sentarlos permitir que respiren y brindarles agua, podría generar una respuesta positiva y brindarles una opción de negociar y charlar con ellos para saber como ayudarlos.

Ya terminado el trabajo en la guía de atención de enfermería que logro abordar todos los puntos que esta área vio necesitar, se puede notar la asimilación del conocimiento que se dio durante el trabajo de intervención y una forma práctica de implementarlo así mismo se vio un apoyo para el desarrollo de este por parte del personal medico lo que brindo también ideas claras de como avanzar en la guía de ellos.

La guía dirigida a los galenos comenzó con dos primicias, la primera que vieron que necesitaban mostrar que tenían autoridad dentro del consultorio sin hacerlo de una forma agresiva, para lo cual vieron por conveniente comenzar el saludo del paciente de pie y ofreciendo asiento al mismo para sentarse después así generarían un ambiente donde sean recibidos pero al sentarse después lograr que el paciente momentáneamente los mire desde abajo demostrando su autoridad dentro del consultorio, lo cual se evaluó como una solución adecuada para el saludo, segundo lograr que el paciente entienda que debe dar toda la información sobre sus dolencias e incentivar a que siga el tratamiento de forma constante, para lo cual vieron por conveniente el hecho de tratar de primero escribir las recetas para posteriormente explicar el tratamiento a los pacientes de modo de mirar directamente y mostrar la importancia de seguirlo cuidando su modulación de voz para que no decaiga en ningún momento y con una vocalización acentuada especialmente por el hecho de usar barbijos, además de no contenerse a preguntar las veces que sean necesarias si algún síntoma no es claro para ellos de modo de no suponer datos para la evaluación adecuada, durante el desarrollo de esta parte no hubo mucha interferencia de parte del área de enfermería, lo que denoto mucha precaución de parte de la misma y un poco de resistencia a opinar sobre asuntos del área médica.

Aparte de los puntos obtenidos para la guía se recomendó el hecho de preguntar su nombre completo al paciente si es nuevo paciente y presentarse con el nombre completo al mismo para generar confianza en el paciente y en caso de ser paciente antiguo

recordar el nombre al medico o poner el nombre en letras grandes y claras de forma de saber con quien esta tratando y el paciente se sienta aceptado y bien recibido en la consulta.

Al finalizar el programa los participantes conocieron, aceptaron y analizaron el tipo de comunicación que cada uno poseía, además de entender las ventajas y limitantes de la misma.

Cada participante genero nuevo conocimiento sobre lo que es la comunicación asertiva y como aplicarla en su trabajo y día a día, de la misma forma lograron buscar métodos y herramientas que le permitan mejorar su comunicación tanto con los pacientes como con las demás áreas dentro de la institución viendo la importancia de la comunicación y de tener los canales adecuados para realizarla.

En términos generales el programa logro comenzar un cambio en el pensamiento de los participantes, que después de obtener conocimientos nuevos y tener los espacios para aplicarlos lograron estructurar sus propias herramientas y métodos para afrontar la problemática de la falta de comunicación dentro de la institución, así mismo los participantes mostraron interés en explorar lo que es la comunicación asertiva no solo dentro del trabajo si no en sus casa, con amigos y compañeros ajenos a la institución lo que permitirá un crecimiento en cada participante de forma autodidacta y mejorara la comunicación dentro del seguro delegado FERRECO.

Capítulo IV Descripción de la proyección profesional

4.1. Planteamientos futuros, desafíos a nivel profesional

Después de terminar el trabajo de intervención veo la necesidad de desarrollar este tipo de programas, que implementan ya los conocimientos adquiridos durante la formación profesional y puedan brindar a las empresas, o instituciones el apoyo que brindaría un psicólogo de planta es decir programas que se enfoquen en:

Mejoras en el clima laboral. Programas que vean los comportamientos de los trabajadores y las necesidades de los mismos. Por ello puede influir en su conducta para bien del empleado y de la organización. Si el ambiente laboral es tóxico, puede generar estrés y causar disminución del rendimiento, por lo que se tiene la opción de promover un clima laboral de colaboración y aceptación del otro.

Capacitación para el desarrollo. Otros programas que fomenten la formación a los trabajadores para que puedan desempeñar otras funciones dentro de la empresa. Esto permitirá que los empleados estén motivados y hacer que la empresa tenga mejor rendimiento. Además, los mismos pueden utilizar pruebas para localizar talento o descubrir qué áreas de oportunidad tienen las personas.

Asesorar a los líderes y empleados. Programas sobre comunicación, liderazgo y relaciones humanas es muy importante para quienes dirigen una empresa y para los trabajadores, para poder generar un ambiente en el cual la información fluya de forma adecuada y sirva para alcanzar las metas empresariales.

Así mismo el poder generar este tipo de programas de forma que puedan ser de fácil acceso y se vean como una herramienta factible para la mejora del ambiente laboral y de

los resultados empresariales, brindando programas de capacitación en estas áreas para poder ayudar de manera continua a una mejor producción de nuestras empresas e instituciones por lo que deseo incursionar en esta área de intervención, planteando nuevas formas de brindar apoyo.

Además, planeo buscar estudios de postgrado en área de la psicología laboral para permitirme especializarme en esta área ya que Psicología Laboral Organizacional incorpora a las habilidades de intervención y reflexión ética, adquiridas en su formación profesional, un manejo más avanzado de modelos teóricos asociados a problemáticas específicas y emergentes del ámbito organizacional.

En términos de contenido, una especialización en Psicología Laboral Organizacional ofrece una perspectiva de los temas de vida organizacional y trabajo más centrada en los avances de la disciplina psicológica en esta área y ciencias sociales y humanas afines, lo que me permitiría un mejor entendimiento de hasta donde llegar con estos programas y capacitaciones.

A nivel cognitivo, tendría la capacidad de de construir marcos teóricos sintéticos y pertinentes para describir y contextualizar la realidad organizacional y sus problemáticas más recurrentes.

De esa forma tener los instrumentos y habilidades metodológicas necesarias para diseñar e implementar programas de investigación aplicada e intervención en variados contextos organizacionales.

Lo cual veo muy necesario si deseo embarcarme en la generación de recursos para empresas y entidades.

Por otra parte, durante la realización de las sesiones vi un limitante en mi forma de explicar y enseñar los puntos a los que quería llegar y pienso que podría haberlo hecho de forma más práctica, pero siento que me faltan aun varias herramientas por ello pienso que la maestría en educación superior es una opción necesaria para el camino que me propongo seguir ya que brinda un grupo de conocimientos de formación teórico práctica que abarcan desde:

- Comprensión de la Psicología Organizacional, lo que permite realizar un análisis crítico de la situación del individuo
- Conocimiento preciso de los elementos teóricos que fundamentan la aplicación de los instrumentos de valoración y estrategias organizacionales.
- Identificar estrategias teórico-conceptuales en salud psicológica de las organizaciones y establecer la interacción humana como estrategia que promueva bienestar psicológico.
- Diseñar técnicas de evaluación y gestión estratégica del talento humano.
- Ejecutar programas para incrementar, fortalecer y/o mantener o modificar conductas.

- Analizar y diagnosticar el comportamiento humano en el ámbito laboral, de los individuos, los grupos y las mismas organizaciones, mediante el análisis de los recursos administrativos, humanos y los relativos al desarrollo organizacional.
- Generar, implementar y evaluar procesos de intervención organizacional.

Todo esto lo veo como mis planteamientos en cuanto al área de especialización dentro de la carrera, pero también desearía poder absorber conocimiento de otras carreras como lingüística, trabajo social y administración de empresas que puedan dar forma a los ideas y emprendimientos que deseo realizar en un futuro.

Aunque se que estos mismos son de mediano a largo plazo en cuanto al crecimiento profesional a corto plazo, pienso que las actualizaciones mediante seminarios o maestrías que no abarquen un tiempo largo seria un buen comienzo para refrescar los conocimientos que poseo y aumentar las técnicas e instrumentos de los cuales dispongo, es cierto que la situación actual genera limitantes para todos pero si nos encerramos en las trabas que se tiene no se pueden obtener los resultados que se desean y este programa de titulación es una muestra clara que las opciones de superación siempre se van a presentar si nos damos el tiempo de buscarlas y apostar por ellas.

BIBLIOGRAFÍA

- ALBERTI, R.E. y EMMONS, M.L. (1978). (3ª ed.). Your perfect Right: A Guide

to Assertive Behavior. San Luis Obispo, California: Impact Publishers

- AGUILAR KUBLI (1987) Asertividad : sé tu mismo sin sentirte culpable, Mexico : Pax México, ©1987.
- BANDURA, A. (1969). Social-Learning Theory of Identificatory Processes. In D. A. Goslin (Ed.), Handbook of Socialization Theory and Research (pp. 213-262). Chicago, IL: Rand McNally & Company.
- BAKKER, C.B., BAKKER-RABDAU, M.K., & BREIT,S. (1978). The measurement of assertiveness and aggressiveness. Journal of Personality Assessment
- DICCIONARIO ENCICLOPÉDICO ILUSTRADO SOPENA (1980). Barcelona: Ramón Sopena.
- FRICK, ROBERT W. (1985) “Communicating Emotion: The Role of Prosodic Features”, Psychological Bulletin
- GALASSI, M.D. Y GALASSI, J. P. (1978). Assertion: A Critical Review Psychotherapy: Theory Research and Practice
- GIESEN, C. B. (1988). Becoming and remaining assertive: A longitudinal study. Psychological Reports,
- LANGE. A. Y JAKUBOWSKI P. (1978). Responsible Assertive Behavior Champaign, Illinois: Research Press.
- LLISTERRI, J. (2009) “Les tecnologies de la parla”, Llengua, Societat I Comunicació. Revista de Sociolingüística de la Universitat de Barcelona,
- MARTIN MARTIN, F. (1988): El Gabinete de Comunicación: Periodismo Empresarial, Asociación Española de Asesores de Comunicación (ASECOM), Ávila.
- OLLER, D. K. (2000). The Emergence of the Speech Capacity. Mahwah, NJ, US: Lawrence.
- PRIETO, P., BORRÁS-COMES, J., TUBAU, S., & ESPINAL, M.T. (2013). Prosody and gesture constrain the interpretation of double negation. Lingua, 131, 136-150. Erlbaum Associates, Inc., Publishers

- SPERBER, D. AND D. WILSON (1986) Relevance. Communication & Cognition, Oxford, Blackwell Publishing.
- Pagina web de la Real academia de la lengua española <https://www.rae.es/>
- <https://definicion.mx/vocalizacion/>
- <https://mvalsa.wordpress.com/> la-importancia de la voz en la comunicación