



**Universidad de Oviedo**

**Centro Internacional de Postgrado**

**Máster Universitario en Enfermería de Urgencias y Cuidados Críticos**

**“HABILIDADES SOCIALES EN PERSONAL  
SANITARIO EN EL ÁREA DE URGENCIAS  
GENERALES DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO  
CENTRAL DE ASTURIAS (HUCA)”**

**Diana Vigón González**

**10 de julio de 2012**

**Trabajo Fin De Máster**





**Universidad de Oviedo**

**Centro Internacional de Postgrado**

**Máster Universitario en Enfermería de Urgencias y Cuidados Críticos**

**“HABILIDADES SOCIALES EN PERSONAL  
SANITARIO EN EL ÁREA DE URGENCIAS  
GENERALES DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO  
CENTRAL DE ASTURIAS (HUCA)”**

**Trabajo Fin de Máster**

**Nombre del Autor:  
Diana Vigón González**

**Nombre del Tutor:  
Carmen A. Valdés Sánchez**



## MASTER UNIVERSITARIO EN ENFERMERIA DE URGENCIAS Y CUIDADOS CRITICOS

Carmen Ana Valdés Sánchez, Doctora en Psicología por la Universidad de Oviedo, Profesor Colaborador adscrito al Área de Enfermería del Dpto. de Medicina de la Universidad de Oviedo

### Certifica

Que el Trabajo Fin de Máster presentado por **Dña. DIANA VIGÓN GONZÁLEZ** titulado "HABILIDADES SOCIALES EN PERSONAL SANITARIO EN EL ÁREA DE URGENCIAS GENERALES DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS (HUCA)", realizado bajo mi dirección dentro del Máster en Enfermería de Urgencias y Cuidados Críticos de la Universidad de Oviedo, reúne las condiciones necesarias para ser admitido a tramite como Trabajo Fin de Máster.

Y para que así conste donde convenga, firmo la presente certificación en Oviedo a 1 de julio de 2012.

Fdo: Carmen Ana Valdés Sánchez  
Tutora del Proyecto

## **Agradecimientos**

Quiero dar las gracias a todas las personas que han participado de una u otra forma en este Trabajo Fin de Máster.

En primer lugar a mi tutora, Carmen Ana Valdés Sánchez, por su apoyo, sus correcciones y su disponibilidad en todo momento para ayudarme.

También quiero dar las gracias a Fermina Menéndez, supervisora de la unidad de Urgencias Generales del Hospital Universitario Central de Asturias, por la información aportada sobre la organización de las mismas y a Alberto Lana por su asesoramiento sobre el análisis estadístico de mi trabajo.

Por último dar las gracias a León por su ayuda con mis problemas informáticos, a mi familia y amigos y a mis compañeras del máster Ana, Belén, Gema y Silvia, por toda la ayuda y el gran apoyo que me dieron en todo momento.

Muchas gracias a todos, sin vosotros este trabajo no habría podido realizarse.

## Índice de Contenidos

1. EL CONCEPTO DE HABILIDADES SOCIALES .....	7
1.1. Definición y características .....	7
1.2. Componentes de las habilidades sociales .....	10
1.2.1. Dimensión personal .....	10
1.2.2. Dimensión conductual .....	12
1.2.3. Dimensión situacional .....	13
2. LA IMPORTANCIA DE LAS HABILIDADES SOCIALES Y DE LA COMUNICACIÓN EN EL ÁMBITO DE LA ENFERMERÍA .....	14
2.1. La comunicación en Enfermería .....	14
2.2. La comunicación no verbal en la interacción con el paciente .....	16
2.3. La comunicación asertiva en la relación enfermera- paciente .....	21
2.4. La comunicación con el paciente en la unidades de cuidados intensivos y urgencias .....	25
3. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS .....	31
3.1. Hipótesis .....	31
3.2. Objetivos .....	31
4. METODOLOGÍA .....	32
4.1. Sujetos .....	32

4.2. Material.....	33
4.3. Método .....	36
4.3.1. Contexto en que se lleva a cabo el estudio .....	36
4.3.2. Procedimiento.....	39
4.4. Temporización .....	41
4.5. Tratamiento estadístico de los datos .....	41
4.5.1. Variables a estudio .....	41
4.5.2. Análisis estadístico para la obtención de resultados.....	42
5. BIBLIOGRAFÍA .....	44
6. ANEXOS .....	51

# **1. EL CONCEPTO DE HABILIDADES SOCIALES**

## **1.1. Definición y características**

Los seres humanos somos animales sociales y las relaciones interpersonales son una de las bases principales de la vida en sociedad así como una parte esencial de la actividad humana (Del Prette, Del Prette, Mendes, 1999; Rojas, 2010), si éstas no se lleva a cabo de forma adecuada se pueden generar conflictos, de ahí la necesidad de que las personas adquieran habilidades sociales ya que ayudan al individuo a resolver de forma eficaz las situaciones interpersonales (Ovejero, 1990).

Las habilidades sociales son un campo ampliamente estudiado a lo largo de los últimos años desde muy diferentes ámbitos, ya sea a nivel general (Ovejero, 1999), en el ámbito de educativo (G. Rojas, 2010) en la adolescencia (Camacho y Camacho, 2005) o en el ámbito sanitario (Padés, 2003; Leal, 2010; Mehmet, 2011). El campo de las habilidades sociales ha sido estructurado a partir de distintos modelos conceptuales, entre ellos destacan el cognitivo, la teoría de los roles, el modelo de la asertividad, y el de la percepción social (Del Prette, Del Prette y Mendes, 1999).

La afirmación de Tower (1984) de que no puede haber un criterio absoluto de habilidad social, ha sido aceptada en varias investigaciones (Camacho y Camacho, 2005; Rojas, 2010); sin embargo, todos podemos saber que son las habilidades sociales de forma intuitiva ya que generalmente somos capaces de



reconocer cuando una persona está actuando de una manera adecuada y competente en una situación social concreta.

Algunos autores consideran los conceptos de habilidades sociales y competencia social como equivalentes (Caballo, 1987) mientras que otros los diferencian. Meinchenbaum (1981) afirmó que es imposible desarrollar una definición consistente de competencia social, ya que depende en parte del contexto. Otras investigaciones (Del Prette, Del Prette y Mendes, 1999; Camacho y Camacho, 2005; Rojas, 2010) señalan que una persona es más o menos habilidosa en función tanto de una serie de variables personales (cognitivas, afectivas y comportamentales) como del conjunto de características ambientales, contextuales, culturales, etc. No obstante, es un hecho que las habilidades sociales pueden cambiar mucho en función del contexto cultural en el que nos encontremos y que incluso dentro de una misma cultura se dan variaciones en función de la edad, el sexo, el nivel educativo o la clase social de los individuos; también pueden aparecer diferencias en función de las necesidades de la persona y de lo que ésta quiera obtener con el proceso comunicativo, por ello, según las distintas situaciones que se vayan planteando los individuos emplearán unas conductas u otras.

Se observa discrepancia y una gran variedad conceptual a la hora de describir y definir las habilidades sociales. Phillips (1978) las define como el grado en que una persona se puede comunicar con los demás para satisfacer sus necesidades, placeres u obligaciones sin dañar a los demás; años más tarde, Kelly (1982) habla de las habilidades sociales como un conjunto de conductas identificables, que pueden ser aprendidas, y son utilizadas por los

individuos en sus relaciones interpersonales para obtener y mantener el reforzamiento de su ambiente. Ambas definiciones han sido recogidas en diversos estudios (Camacho y Camacho 2005; Rojas 2010):

Otra de las definiciones más aceptadas es la de Caballo (1986), quien las define como las conductas que lleva a cabo un individuo en un contexto interpersonal y que expresan sus sentimientos, actitudes, opiniones o derechos de modo adecuado a cada situación; respetando esas conductas en los demás.

Trianes (1996), se refiere a las habilidades sociales como un comportamiento o tipo de pensamiento que se lleva a cabo para resolver una situación social de forma efectiva para el propio sujeto y según el contexto social en que se encuentre. Más recientemente Rojas (2010) define las habilidades sociales como las capacidades o destrezas sociales específicas requeridas para ejecutar competentemente una tarea interpersonal.

Para concluir nos gustaría señalar una serie de características, en relación al concepto de habilidades sociales, que se derivan de las definiciones anteriormente revisadas y que consideramos de gran importancia:

- Incluyen una serie de variables personales que no son innatas pueden aprenderse.
- Varían en función del ambiente y el contexto social en que se encuentra el individuo.
- Son necesarias para llevar a cabo unas correctas relaciones interpersonales.

- Permiten a la persona defender sus intereses y resolver situaciones sin dañar a otros individuos.
- Se basa en la capacidad que tiene el individuo para escoger su forma de actuar.

## **1.2. Componentes de las habilidades sociales**

Como ya hemos dicho, las habilidades sociales están compuestas por varios componentes que deben ser combinados entre sí de forma adecuada para que la comunicación sea eficaz. La mayoría de las investigaciones diferencian tres tipos de dimensiones (Camacho y Camacho, 2005; Rojas, 2010).

### **1.2.1. Dimensión personal**

Hace referencia fundamentalmente a los componentes fisiológico y cognitivo; también se podría incluir en esta dimensión la influencia de la inteligencia emocional y el componente fisiológico

El componente fisiológico incluye los cambios físicos que se producen en cada sujeto durante el proceso comunicativo y que se manifiestan, generalmente, en cambios en la frecuencia cardiaca, la tensión arterial, el flujo sanguíneo, en la actividad de las glándulas sudoríparas, la actividad muscular y la frecuencia respiratoria, (van-der Hosftadt, 2005); estos elementos se escapan al control del sujeto (Fonseca y Aguaded, 2007) y tienen gran importancia en el proceso de comunicación debido a la relación existente entre ansiedad y respuesta fisiológica. Éste componente está muy relacionado con

el componente cognitivo, ya que la percepción de cambios fisiológicos desencadena cambios cognitivos en el sujeto (van-der Hofstadt, 2005), observándose que en la medida en que el sujeto es capaz de controlar sus cogniciones también puede reducir las manifestaciones fisiológicas (Fonseca y Aguaded, 2007).

En lo que respecta al componente cognitivo, estaría integrado por nuestros pensamientos y por todo lo que percibimos en el proceso comunicativo, a partir de ambos construimos esquemas mentales en base a nuestras creencias y estereotipos previos; gracias a este componente podemos percibir la actitud y el nivel emocional de nuestro interlocutor lo cual va a condicionar nuestra forma de actuar (Fonseca y Aguaded, 2007). Dado que este elemento se basa en nuestras percepciones y pensamientos pueden darse una serie de distorsiones cognitivas que pueden interferir de forma negativa en la comunicación, siendo las más frecuentes (Rodríguez-Testal, 2002):

- Personalización, es la tendencia a atribuirse a sí mismo fenómenos externos, en ella tienen gran importancia las autorreferencias negativas.
- Inferencia arbitraria, el sujeto saca conclusiones sin evidencia o con evidencias contrarias.
- Abstracción selectiva, consiste en focalizar la atención sobre elementos aislados desconsiderando otros; es decir, centrarse en un detalle no teniendo en cuenta otras características más importantes de la situación.
- Sobregeneralización, en este caso, extraemos una regla general de un hecho concreto y tendemos a aplicarla siempre.

Otro elemento importante que influye en la comunicación interpersonal es el nivel de inteligencia emocional de los sujetos. Salovey y Mayer (1990) definieron la inteligencia emocional como el conjunto de habilidades que facilitan la expresión, la regulación afectiva de la emoción y el uso de los sentimientos, a la vez que permiten utilizar esta información para guiar el pensamiento y la acción. La inteligencia emocional es una de las variables individuales que predice el rendimiento en el trabajo (Berrios, 2006) y en el caso de la enfermería es fundamental recibir una preparación específica, tanto desde el punto de vista emocional como en el ámbito de las habilidades sociales y de comunicación, que permita a estos profesionales sobrellevar mejor su trabajo ya que se enfrentan a situaciones que les producen importantes reacciones emocionales (Ardilla, 2003).

### **1.2.2. Dimensión conductual**

Dentro de este elemento se engloba todo lo que las personas hacen o dicen en el contexto de la comunicación interpersonal. Son el principal objeto de estudio en las habilidades sociales, ya que puede ser observado de forma directa por cualquier persona. El componente conductual incluye a su vez aspectos de la comunicación verbal y no verbal.

Dentro del componente verbal se incluyen las palabras que empleamos para expresar ideas, argumentar o rebatir; el contenido del mensaje puede variar en función de la situación comunicativa, puede ser personal o impersonal en función del interlocutor al que nos dirigamos, concreto o abstracto según el tema del que estemos hablando, etc. (Caballo, 1993; van-der Hofstadt, 2005).

El componente no verbal se considera el 70% del total del mensaje y es muy importante en el trato con el paciente para comunicarse eficazmente con él (Echevarría, 2004; Varela, 2009). Algunos de los elementos que incluye la comunicación no verbal y que consideramos más importantes en el ámbito sanitario son (Caballo, 1993; van-der Hofstadt y Navarro, 2004): 1) los elementos kinésicos (la expresión facial, la mirada, la sonrisa, la postura, etc.); 2) los elementos paralingüísticos (el tono de voz, el timbre, la entonación, la velocidad, las pausas y dubitaciones, la fluidez del mensaje, etc.); y 3) los elementos proxémicos (se refieren al uso del espacio y la orientación espacial del cuerpo).

Todos ellos serán desarrollados más adelante, junto con otro elemento fundamental dentro del componente conductual que es la conducta asertiva.

### **1.2.3. Dimensión situacional**

Este componente nos habla de la importancia del ambiente y del contexto en el que nos encontramos ya que nuestras habilidades sociales deben considerarse dentro de un marco cultural determinado. La conducta adecuada en una determinada situación puede resultar inadecuada en otra diferente (Camacho y Camacho, 2005). Cada ambiente posee unos rasgos y características que hace que lo percibamos de una manera determinada, existen percepciones de ambiente formal, ambiente privado o ambiente familiar y en cada uno de ellos nos desenvolveremos de una manera determinada (Caballo, 1993).

Además, la habilidad social es también la capacidad de desempeñar un rol, es decir de cumplir con las expectativas que los demás tienen de nosotros como ocupantes de un status en una situación dada, esto exige también aceptar el rol del otro. En las relaciones que se establecen entre el personal sanitario y los pacientes cada uno de ellos desempeña un rol que influye en el modo de comunicarse entre ellos, en la forma de actuar y de expresarse (Ovejero, 1990).

## **2. LA IMPORTANCIA DE LAS HABILIDADES SOCIALES Y DE LA COMUNICACIÓN EN EL ÁMBITO DE LA ENFERMERÍA**

### **2.1. La comunicación en Enfermería**

En los procesos asistenciales que el personal sanitario lleva a cabo diariamente dentro de su jornada laboral la comunicación es un aspecto imprescindible, a través de ella transmitimos y recibimos información y nos comunicamos continuamente, tanto con los usuarios del servicio de salud (lo que se denomina comunicación externa) como con los distintos componentes que forman el equipo profesional en el que realizamos nuestro trabajo (comunicación interna); ante esto las habilidades comunicativas se hacen necesarias para el buen entendimiento en las relaciones interpersonales que se establecen (Marín, 2001; Haro-Fdez, 2002; Echevarría, 2004).

De ahí la necesidad de incluir el entrenamiento en habilidades sociales en la formación de todos aquellos profesionales que desarrollan gran parte de su trabajo en las interacciones cara a cara, ya que la comunicación es una herramienta básica de trabajo para llevarlo a cabo de forma eficaz (Marín, 2001; Pons, 2006; Mehmet, 2011). En el ámbito de las relaciones con los pacientes si la comunicación no es adecuada pueden generarse graves problemas en el proceso terapéutico; lograr el objetivo de solucionar un problema de salud depende en gran medida del nivel de comunicación y habilidades sociales del profesional sanitario (Marín, 2001).

No hay que olvidar que en la relación enfermera-paciente la comunicación que se establece entre ambos afecta de forma directa a su nivel de satisfacción. Cuando se pregunta a los pacientes que elementos influyen más en su nivel de satisfacción, el trato humano, el recibir una información comprensible, la empatía mostrada, el tiempo dedicado al paciente y la posibilidad de poder expresarse, son los elementos más valorados (Haro-Fdez., 2002; Pons, 2006); en relación a las principales causas de insatisfacción se señala como fundamental la falta de comunicación con el personal sanitario, observándose la influencia de ésta en la falta de adherencia terapéutica (Vidal, 2009).

El cuidado es la esencia de la práctica enfermera (Varela, 2009; Vidal, año) siendo imprescindible que la enfermera integre en sus cuidados la comunicación para llevar a cabo una buena relación terapéutica (Bengoechea, 2001; Haro-Fdez. 2002; van-der Hofstadt y Navarro, 2004; Pons 2006; Vidal, 2009). Cuando la organización de los servicios sanitarios no hace favorable el



trato personal y la correcta comunicación con los pacientes, la enfermera deberá tener en cuenta que para aumentar la calidad asistencial tiene que mejorar dicha relación y para ello, es fundamental realizar una correcta comunicación (Pons, 2006).

El aumento de la calidad en la comunicación enfermera-paciente disminuye la ansiedad, aumenta enormemente la satisfacción del paciente, mejora las habilidades de autocuidado, disminuye el tiempo de recuperación y aumenta la adherencia al tratamiento (Vidal, 2009); asimismo, en los procesos de salud más complejos, como en las unidades de cuidados intensivos y urgencias, el manejo de la comunicación se vuelve un instrumento de cuidado vital (Bengoechea, 2001; Mehmet, 2011).

## **2.2. La comunicación no verbal en la interacción con el paciente**

La comunicación interpersonal, como ya hemos dicho anteriormente, es un proceso en el que se integran distintas capacidades de respuesta, como son verbales, no verbales, perceptivas, cognitivas, ambientales, etc., que pueden ser aprendidas y modificadas mediante entrenamiento (Marín, 2001).

Para comunicarse de una manera eficaz con el paciente, el profesional de enfermería debe desarrollar habilidades de comunicación no verbal, se necesitan tres habilidades básicas: empatía, saber interpretar los estados emocionales del paciente y la escucha activa (Flórez, 2000). Éstas nos ayudarán, por un lado a comprender mejor los mensajes que transmite el paciente y su situación; y por otro a saber transmitirle nuestro interés por lo

que está contando y nuestro deseo de ayudarle; es necesario que que el profesional sanitario sepa percibir el nivel de estrés o ansiedad del paciente (Flórez, 2000; López, 2002; Varela, 2009). La comunicación no verbal resulta más potente que la comunicación verbal ya que supone como mínimo un 70% del total del mensaje (Echevarría, 2004, Varela 2009); cuando el mensaje verbal y no verbal coinciden éste se potencia. La utilización inadecuada de los elementos no verbales, dará pie a una comunicación inadecuada pudiendo producirse la llamada “discomunicación” (Caballo, 1993; Echevarría, 2004; van der Hofstddat y Navarro, 2004).

La discomunicación se produce cuando se dan distorsiones en la transmisión y comprensión del mensaje, el profesional y el paciente no logran llegar a un buen entendimiento, las causas pueden ser variadas: interferencias en el canal de transmisión del mensaje; incongruencia entre comunicación verbal o no verbal; contexto o ambiente inadecuado (interrupciones, tiempo de atención insuficiente, etc.); factores emocionales que afectan al profesional sanitario ( estrés, burnout, etc.); o deficiente preparación tanto profesional como en habilidades sociales. En el otro extremo de la discomunicación encontramos la “eucomunicación”, que supone una comunicación adecuada y eficaz (van-der Hofstadt, 2004).

Existen una serie de elementos básicos de la comunicación no verbal que son fundamentales en la relación enfermera-paciente

*La mirada*, es uno de los elementos de la comunicación no verbal más importantes, el tipo de mirada comunica actitudes; el contacto directo de los ojos nos informa de una buena disposición para la comunicación interpersonal,

mientras que la falta de contacto ocular puede indicarnos evitación, retraimiento, respeto o indiferencia (van-der Hofstadt, 2005). A través de la mirada el personal de enfermería puede transmitir al enfermo sentimientos de comprensión, ternura, serenidad o acogida (Varela, 2009); con una simple mirada podemos reconfortar a un paciente asustado ante una situación inesperada o desconocida, haciéndole más fácil los procesos habituales de los centros sanitarios.

*La sonrisa* transmite aceptación, amabilidad y gusto por la persona a la que sonreímos, (van-der Hofstadt, 2005), se asocia por norma general a sentimientos positivos, sobre todo si se acompaña de la mirada (Jorcano, 2005).

*El tacto*, el contacto humano es básico para que el paciente se sienta una persona y no un caso clínico (Carbelo, 2001); el tacto favorece la relación terapéutica y hace sentirse al paciente cuidado (Bengoechea, 2004). A través de él expresamos empatía, confianza, apertura e interés por el paciente y damos más intensidad a la comunicación (Jorcano, 2005; Varela, 2009). Solo con un leve contacto podemos transmitir sentimientos positivos a los enfermos, aliviar tensiones y miedos, ayudar a que se relajen y en definitiva hacer que la relación terapéutica se desarrolle de forma más fluida y así obtener mejores resultados; no obstante, también debemos tener en cuenta que el significado del tacto tiene grandes diferencias culturales y en ocasiones puede resultar contraproducente tocar a un paciente dependiendo de sus costumbres (Jorcano, 2005).

*La postura corporal* que se adopta influye en la comunicación con el paciente y nos da información sobre el interlocutor; en la práctica clínica el profesional de enfermería debe de cuidar su postura en función de lo que quiere transmitir, la forma en que una persona se sienta, está de pie o camina refleja actitudes sobre sí mismo y hacia los demás (van-der Hofstadt, 2005). La postura ligeramente inclinada hacia delante nos indica que se presta atención al tema que se está tratando; por el contrario la postura hacia atrás nos da muestras de desconfianza, rechazo o repulsión (Jorcano, 2005).

También se debe observar y prestar atención a las posturas de contracción o expansión, una expansión muy pronunciada da señales de agresividad, arrogancia o desprecio, mientras que cuando se muestra una postura contraída se transmite una actitud depresiva o abatida (van-der Hofstadt, 2005).

Otro aspecto que no debemos olvidar es la posición de las extremidades, los brazos y piernas pueden suponer una barrera entre la enfermera y el paciente o por lo contrario indicar el deseo de comunicarse; cruzar piernas o brazos indica malestar, ansiedad, nerviosismo o rechazo a la interacción, en cambio brazos abiertos y próximos enfatizan y favorecen la interacción (van-der Hofstadt, 2005; Jorcano, 2005).

*Las variables paralingüísticas o paraverbales*, son básicas en la interacción comunicativa, hacen referencia a la forma en que se dicen las palabras e incluye el timbre, el tono, el volumen de la voz, la fluidez, la velocidad, la claridad o vocalización, el tiempo de habla y las pausas o silencios

(Jorcano, 2005; van-der Hofstadt, 2005). La voz es el principal vehículo para enviar un mensaje a través de ella se puede transmitir confianza, energía, seguridad y entusiasmo al paciente.

A la hora de hablar debemos de prestar especial atención a nuestro tono de voz y entonación, evitando la entonación monótona y el tono agresivo o inhibido. El tono es muy importante en la credibilidad del mensaje y puede determinar el 80% de la efectividad del mismo, sobre todo cuando el interlocutor no puede vernos, por el tono se puede deducir el estado de ánimo de una persona, si es tímido, agresivo, dubitativo o amable. (López, 2002).

El silencio es también un elemento muy importante, el profesional de enfermería debe apoyar los silencios del paciente y no terminarlos prematuramente, fundamentalmente si el paciente nos está haciendo una confesión difícil, también debe respetar el silencio intrapsíquico que ayuda al paciente a pensar. En los periodos de silencio es fundamental observar su comunicación no verbal ya que podemos obtener información sobre lo que puede necesitar de nosotros, aunque no nos lo diga de manera consciente; debemos saber que respetar los silencios del paciente, en muchas situaciones une en lugar de separar, sobre todo cuando no hay nada que podamos decir (Jorcano, 2005).

### 2.3. La comunicación asertiva en la relación enfermera-paciente

Otro aspecto muy importante que se debe cuidar en la comunicación es el estilo de respuesta que podemos adoptar en la relación terapéutica, podemos diferenciar tres tipos (Varela 2004; Camacho y Camacho, 2005; van-der Hofstadt, 2005):

a) **Respuesta inhibida o pasiva**, en la que la persona se expresa de forma indirecta, dubitativa, no se respetan los derechos de quien emplea este estilo, no logra los objetivos, produce sentimientos de frustración, ansiedad, no se toman decisiones por uno mismo. La persona con un estilo de comunicación inhibido se preocupa mucho por agradar y satisfacer a su interlocutor, anteponen los deseos de los demás a los suyos propios, no se respetan a sí mismos. Desde el punto de vista de la comunicación no verbal estos sujetos mantiene un tono de voz bajo y monótono, tienen escasa fluidez verbal y mantienen largos silencios, mantienen una postura distante del interlocutor, evitan el contacto físico, no mantienen la mirada, tienen una sonrisa tensa y una gestualidad escasa. En la comunicación verbal tienden a verbalizar poco, emplean frases cortas y abundantes monosílabos.

b) **Respuesta agresiva**, en la que se utiliza una forma de expresarse impositiva, y se utiliza la coacción, no se respetan los derechos del interlocutor, se alcanzan los objetivos a expensas de otros, quien

emplea este estilo se muestra a la defensiva, humillando al otro, sólo se preocupa de sus propios intereses, este estilo implica agresión, desprecio y dominio hacia los demás. El sujeto se considera la única persona importante y con opinión. Estos sujetos suelen ser rechazados por los demás por su forma de relacionarse, genera grandes conflictos en la persona a la hora de mantener relaciones interpersonales. Desde el punto de vista no verbal mantiene una expresión facial seria y una mirada fija y desafiante, no suelen sonreír y presentan una postura intimidatoria, tienen un tono de voz elevado, no mantienen casi silencios y hablan de forma excesiva y a velocidad rápida. En el componente verbal utilizan el modo imperativo, critican a los demás y usan términos amenazadores.

- c) **Respuesta asertiva**, en la que la persona se exprese de forma directa y honesta, respetando los derechos de los demás para lograr sus objetivos, tiene confianza en si misma, se siente bien consigo mismo, elige por si mismo. El sujeto que emplea este estilo comunicativo conoce sus características y las usa conscientemente. El uso de este estilo permite también que el interlocutor se exprese libremente. En las relaciones interpersonales el sujeto se siente relajado y con control de la situación. Desde el punto de vista de la comunicación no verbal se mantiene una expresión facial distendida, un contacto ocular directo pero evitando mantener fija constantemente la mirada, sonrío con frecuencia y tiene una postura erguida pero no rígida. En el plano verbal tiene un volumen y un tono

amigable, una correcta fluidez verbal y respeta los tiempos verbales y los silencios de forma adecuada.

El desarrollo de un estilo de respuesta asertiva por parte del profesional de enfermería es básico en la atención al paciente. Podemos definir la asertividad como una conducta que expresa las opiniones y las necesidades propias en situaciones de comunicación interpersonal, generando autorrefuerzos y respetando las ideas, creencias y necesidades del interlocutor (García Vega, 1998; Alarcón 2003; García Jiménez, 2005). Este estilo debería ser utilizado en toda relación terapéutica para llevar a cabo una comunicación satisfactoria con los pacientes. El objetivo fundamental de la persona asertiva no es lograr lo que desea a cualquier precio, sino ser capaz de expresarse adecuadamente y sin agredir, lo que en muchas ocasiones convierte la conversación en una negociación (van-der Hofstadt, 2005), un profesional sanitario asertivo no pretende ganar sino a llegar a un acuerdo (Castanyer, 2004).

Una característica muy importante de la utilización del estilo asertivo es que la persona consiga defender sus derechos y expresar sus opiniones utilizando de forma adecuada los componentes conductuales de la comunicación (van-der Hofstadt 2005); para que una interacción nos resulte satisfactoria debemos sentirnos valorados y respetados, y eso a su vez depende de que poseamos una serie de habilidades para responder de forma adecuada a las situaciones que se nos plantean (García Vega, 1998).



Este estilo de interacción se caracteriza por presentar unos componentes verbales y no verbales característicos. En relación al componente no verbal la expresión facial será amistosa, se sonríe con frecuencia y se adopta una expresión en consonancia con el mensaje; mantiene un contacto ocular directo pero sin llegar a ser desafiante, las personas asertivas miran más que las que no lo son; la postura es erguida pero relajada, sin replegarse sobre su propio cuerpo o cruzando brazos o piernas; la distancia con el interlocutor debe ser adecuada y no resultar incómoda (Castanyer, 2004; van-der Hofstadt 2005,).

En cuanto al componente verbal de la comunicación asertiva la persona emplea la primera persona para expresarse, tales como “pienso”, “deseo”, “me gustaría”; también utiliza términos que introducen la colaboración y la participación del interlocutor, como “hagamos”, “¿qué piensas?”, “¿qué te parece”?, etc. (Caballo, 1993;van-der Hofstadt, 2005).

En el trato con el paciente es importante tener en cuenta que con un estilo asertivo el personal de enfermería contará con una mayor facilidad para las relaciones interpersonales que debe establecer. Los profesionales sanitarios se encuentran a menudo ante situaciones complejas derivadas del trato con los pacientes; los profesionales que están en contacto directo con los pacientes son los que más sufren la agresividad, y en ocasiones se da el error de responder a esta actitud de los pacientes con más agresividad (Rumbo, 2008), es en estas situaciones cuando es más necesaria la comunicación asertiva.

En muchos de los artículos que hemos revisado para la realización de este trabajo se hace hincapié en que la asertividad es una conducta aprendida, que tiene que adquirirse,(Jiménez, 1999; Acaso, 2001; Alarcón, 2003; Albacar, 2007; Mehmet, 2011), por eso consideramos importante conocer el grado de asertividad de los profesionales de enfermería para poder desarrollar programas que les permitan adquirir conocimientos para llevar a cabo una conducta asertiva que les facilite la labor asistencial.

#### **2.4. La comunicación con el paciente en la unidades de cuidados intensivos y urgencias**

Las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) y los pacientes ingresados en las mismas cuentan con una serie de características propias que condicionan la comunicación entre el paciente y el personal de enfermería; no debemos olvidar que son lugares cerrados en los que el personal mantiene poco contacto con los familiares del paciente y éstos se limitan al horario de visitas. Es uno de los servicios donde los familiares sufren más por su deseo de mantener más contacto con el paciente y con el equipo sanitario (Zaforteza, 2004).

El paciente en la UCI se encuentra en una ambiente desconocido expuesto a intervenciones médicas y de enfermería; en ocasiones, con incapacidad tanto para comunicarse adecuadamente como para percibir correctamente los hechos que tienen lugar a su alrededor; además, experimenta sentimientos de autoridad sobre su persona, falta de control sobre sí mismo y le molesta el entorno ruidoso y con mucho movimiento de personal

característico de estos servicios (Bengoechea, 2001). Por otro lado, aparecen diversos miedos: a la muerte, a lo desconocido, a lo que le sucederá en el futuro y a la incertidumbre y siente la preocupación de la familia con la que mantienen contactos muy breves.

Las principales necesidades de los pacientes en las unidades de cuidados intensivos son las siguientes: necesidad de personalización, tanto del trato que reciben, como del espacio físico en que se encuentran; necesidad de seguridad, expresada en la confianza que depositan en el profesional sanitario y también en la tecnología empleada en su tratamiento (Fdez. Molina, 2006); necesidad de relacionarse de una forma individualizada y sensible que permita prevenir la soledad, la alienación, el miedo, el estrés, etc.; y necesidad de comunicación.

Cuando no pueden comunicarse de forma adecuada verbalmente se sienten frustrados cuando no pueden hacerse entender (Bengoechea, 2001). La comunicación de la enfermera con el paciente, en la mayor parte de las ocasiones, se realiza de forma no individualizada empleando gran cantidad de lenguaje técnico, basado en la información sobre cuidados y sin tener en cuenta reacciones y emociones de los pacientes. Las causas de este estilo de comunicación, empleado por el personal de enfermería son la carga de trabajo, los mecanismos de defensa que desarrollan ante el miedo y el estrés que implica atender las necesidades emocionales del paciente, la falta de habilidades de relación y la situación médica inestable (Bengoechea, 2001).

Los familiares también son un elemento a tener en cuenta en los procesos de comunicación en los servicios de UCI. La familia necesita a alguien con quien poder hablar y que les ayude a la hora de establecer una comunicación con el paciente (Bengoechea, 2001). En muchas ocasiones, durante las visitas de los familiares, las enfermeras mantienen poco contacto con ellos y con los pacientes; en contra de esto los familiares desean tener mayor contacto con el paciente y con el profesional de la salud. Muchas de las enfermeras, a pesar de velar por el bienestar del paciente y de la familia, encuentran en el contacto con los familiares otra fuente de estrés adicional al que ya supone el cuidado del paciente en estado crítico, se muestran poco formadas para asumir situaciones de estrés emocional, derivadas de la ansiedad que les manifiestan los familiares del paciente, o de dar malas noticias (Zaforteza, 2004).

Tras todo lo expuesto en este punto se evidencia la necesidad de aumentar las competencias del personal de enfermería de estas unidades en habilidades sociales, lo que les permita relacionarse con el paciente y sus familiares de forma más satisfactoria y sin percibir este proceso comunicativo como una situación generadora de estrés, y les capacite para llevar a cabo una relación terapéutica más individualizada y satisfactoria.

Los servicios de urgencias hospitalarios son servicios especiales con elementos que los diferencian de otras unidades del hospital, en estos servicios confluyen muy distintos tipos de pacientes con distintas patologías y diferentes niveles de gravedad. En los últimos años el número de pacientes que acuden a estos servicios se ha incrementado, y de estos pacientes una gran mayoría

acuden a urgencias por propia iniciativa, sin ser remitidos por el médico de atención primaria (Vázquez, 2000). Una de cada cuatro visitas al servicio de urgencias es inadecuada (Socas, 2008). En las urgencias hospitalarias se dispone de escaso tiempo asistencial, hay que tomar decisiones rápidas, resulta difícil establecer un conocimiento profundo del paciente y se está sometido con frecuencia a una gran tensión emocional y un elevado estrés, esto unido a la presión asistencial que provocan las visitas inadecuadas hace que el personal de enfermería se encuentre ante conflictos de forma más común y que se disminuya la calidad de la atención (Mira, 2001; Ulla, 2002; Herreros, 2010).

Los servicios de urgencias son considerados elementos clave en el sistema sanitario y por ello se presta cada vez más atención a la satisfacción de los usuarios con las urgencias. Dentro de los elementos mejor valorados por los pacientes a la hora de hablar de satisfacción está la información y los cuidados que presta el personal de enfermería y el cuidado emocional que proporciona, el nivel de organización percibido por el paciente y el tiempo de espera para recibir atención médica (Mira, 2001). Dado que entre los elementos que más valoran los pacientes, de la atención que reciben, es la información y el trato que se les proporciona por parte del personal que les atiende se debe tener muy en cuenta la importancia de la aplicación de las habilidades sociales en estos servicios por parte del personal de enfermería, ya que la satisfacción del paciente con la atención se traduce en una disminución de los conflictos con el personal y en un menor estrés del profesional. De nada sirve que el personal de enfermería cuente con una gran

formación científica y técnica y de habilidades para el desarrollo de su labor asistencial si no logra establecer una adecuada comunicación con el paciente (Leal, 2010).

Dentro de los servicios de urgencias podemos encontrarnos con pacientes conflictivos, entre los que se incluyen los que rechazan actuaciones médicas, los que se muestran agresivos sin presentar patología psiquiátrica, los excesivamente demandantes, los litigadores, los hiperfrecuentadores y los que acuden a urgencias sin patología urgente. Es imprescindible dotar al personal de enfermería de habilidades de comunicación para resolver estos conflictos (Herreros, 2010; Mehmet, 2011).

Tanto las unidades de urgencias como de cuidados críticos son servicios en los que se atiende a pacientes en situaciones complejas y hay una mayor tecnificación de los cuidados, lo que puede llevar a provocar una deshumanización de la labor sanitaria. Se evidencia que los profesionales de salud tienen dificultades en la resolución de situaciones difíciles con los pacientes, los familiares e incluso con los demás profesionales que forman el equipo de trabajo.

Como ya hemos constatado, las habilidades sociales son un elemento indispensable en la labor asistencial del personal de enfermería, un buen manejo de las mismas les permitirá resolver los conflictos derivados de su trabajo diario de manera eficaz y ayudará a disminuir la aparición de estrés laboral y de burnout.

Aunque en las escuelas de enfermería cada vez se da más importancia a la formación en habilidades sociales, vemos la necesidad de dotar a todos los profesionales de estos recursos para mejorar su relación terapéutica con el paciente. Es por ello que nos parece importante evaluar el nivel de habilidades sociales y asertividad de los profesionales del servicio de Urgencias del Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA), con el fin de conocer el nivel que tienen en las mismas para, con posterioridad, barajar el desarrollo de talleres que les permitan la adquisición de un mayor nivel de habilidades sociales.

A la hora de plantear el trabajo de campo nos hemos decantado por este servicio por las características especiales que presentan las urgencias hospitalarias, descritas anteriormente, por tener un número elevado de usuarios con el que la interacción social es una constante, y en el que las habilidades sociales juegan un papel importante en el desarrollo de la actividad profesional, y un buen manejo de estas habilidades ayudarían a desarrollar la labor asistencial por parte del personal de enfermería de forma más eficaz y satisfactoria tanto para los usuarios como para los propios profesionales, al mejorar las relaciones interpersonales y evitar en gran medida la aparición de conflictos.

### **3. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS**

#### **3.1. Hipótesis**

Partimos de la hipótesis de que el personal del servicio de Urgencias generales del Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA) presenta un bajo nivel de habilidades sociales.

#### **3.2. Objetivos**

##### **Objetivo general**

Evaluar el nivel de habilidades sociales del personal de enfermería que trabajan en el servicio de Urgencias generales del HUCA.

##### **Objetivos secundarios**

- Analizar descriptivamente las variables sociodemográficas de la muestra que participará en nuestro estudio.
- Evaluar la relación entre grado de ansiedad social y probabilidad de respuesta asertiva en la muestra estudiada.
- Analizar la influencia de las variables sociodemográficas (edad, sexo, situación laboral, años de experiencia profesional y categoría profesional), la ansiedad y la respuesta asertiva en el nivel de habilidades sociales de los sujetos estudiados.



## **4. METODOLOGÍA**

Se realizará un estudio de tipo descriptivo transversal en el servicio de Urgencias generales HUCA.

### **4.1. Sujetos**

La muestra objeto del estudio estará formada por 105 sujetos procedentes del área de enfermería, 60 enfermeras/os y 45 auxiliares de enfermería, del servicio de Urgencias generales del HUCA.

#### Criterios de inclusión

- Trabajar en el servicio de Urgencias generales en el momento de realización del estudio.
- Tener la categoría profesional de enfermero/a o auxiliar de enfermería.
- Participar de forma voluntaria previa cumplimentación del consentimiento informado.

#### Criterios de exclusión

- No cumplir cualquiera de los requisitos anteriores.
- Padecer deficiencias físicas, psíquicas o sensoriales moderadas o graves.

## 4.2. Material

Como instrumentos de evaluación se utilizarán la Escala de Habilidades Sociales (Gismero, 2000), el Inventario de Asertividad (Gambrill y Richey, 1975) y un cuestionario de datos sociodemográficos. También serán necesarios otros recursos que serán aportados por el investigador principal: folios, fotocopias, sobres para introducir las encuestas, urna cerrada para depositar el sobre con las encuestas cumplimentadas, ordenador y paquete estadístico SPSS.

### A) Escala de habilidades sociales de Gismero (EHS)

Esta escala ha sido empleada en diferentes estudios con el fin de evaluar el nivel de habilidades sociales del personal sanitario (Padés, 2003; Padés, 2005; Leal, 2010). El tiempo de aplicación de la misma es de unos 15 minutos, aproximadamente, ha sido construida y validada con población española, puede administrarse tanto de forma individual como colectiva.

La EHS de Gismero se compone de 33 ítems, 5 de ellos están redactados en sentido positivo (los ítems 3, 7, 16, 18 y 25) y los 28 restantes redactados en sentido inverso, lo que significa que expresar acuerdo con ellos nos indicaría falta de aserción o déficit de habilidades sociales. La persona participante en el estudio debe elegir una alternativa entre 4 posibles:

- A. No me identifico en absoluto, la mayoría de las veces no me ocurre o no lo haría.
- B. Más bien no tiene que ver conmigo, aunque alguna vez me ocurra.
- C. Me describe aproximadamente, aunque no siempre actúe o me sienta así.
- D. Muy de acuerdo y me sentiría o actuaría así en la mayoría de los casos.

Los ítems redactados de forma positiva puntuarán de la manera siguiente: A=1, B=2, C=3, D=4, mientras que los ítems redactados de forma inversa se puntuarán: A=4, B=3, C=2, D=1.

En esta escala la puntuación total oscila entre 33 y 132 puntos, una mayor puntuación global nos indicaría que nos encontramos ante una persona que tiene más habilidades sociales y mayor capacidad de aserción en distintos contextos. Esta escala está disponible en el Anexo 1.

#### B) Inventario de asertividad de Gambrill y Richey

Es un cuestionario que está compuesto por 40 ítems que son los mismos en las dos escalas de que consta la prueba: ansiedad social y asertividad. Tiene un tiempo de administración de 10 minutos aproximadamente y ha sido utilizado en otras investigaciones similares (García Vega, 1998; Alarcón, 2003).

Para responder al cuestionario los sujetos deben leer dos veces un listado de 40 ítems; la primera vez deben contestar en relación al grado de malestar (ansiedad social) que experimentarían en cada una de las situaciones que se

les plantean según una escala de 1 a 5 puntos (1=en absoluto, 2=un poco, 3=bastante, 4=mucho, 5=muchísimo). La segunda vez deben responder sobre la probabilidad de llevar a cabo la situación descrita (respuesta asertiva) empleando también una escala de 1 a 5 puntos (1=siempre lo hago, 2=habitualmente, 3=aproximadamente la mitad de las veces, 4=raramente, 5=nunca).

En este cuestionario se obtienen dos puntuaciones generales, una por cada escala, cuyo rango va de 40 a 200 puntos. En la escala de ansiedad social una alta puntuación nos indica un alto grado de ansiedad ante las situaciones descritas, y en la escala de asertividad una alta puntuación indica una baja probabilidad de respuesta asertiva. Esta escala puede consultarse en el Anexo 2.

### C) Cuestionario de datos sociodemográficos

Junto con las pruebas anteriormente descritas se pasará también un cuestionario en el que se registrarán las siguientes variables: edad, sexo, situación laboral (eventual/ fijo/ interino), años de experiencia profesional y categoría profesional (ANEXO 3).

## **4.3. Método**

### **4.3.1. Contexto en que se lleva a cabo el estudio**

El estudio que planteamos se realizará en los servicios de Urgencias generales del HUCA, situado en el semisótano del antiguo hospital Nuestra Sra. de Covadonga, hoy Centro General. Este servicio atendió en 2010, según la memoria anual del HUCA, 98280 pacientes.

El personal de enfermería que constituye la muestra presta sus servicios en tres turnos de trabajo, el turno de mañana comienza a las 8:00 y finaliza a las 15:00; el de tarde se inicia a las 15.00 y finaliza a las 22:00 y el turno de noche va desde las 22:00 hasta las 8:00; como puede apreciarse los turnos son de 7 horas excepto el de noche que es de 10. Existe otro turno, el turno deslizante, que refuerza el servicio en las horas de mayor afluencia de pacientes, en este turno hay 2 enfermeras de lunes a sábado y una enfermera los domingos y festivos, en horario de 10:00 a 17:00 hay también una enfermera en turno deslizante de 14:00 a 21 horas y otra de 17:00 a 24:00 todos los días de la semana.

El servicio de urgencias generales se divide en diferentes secciones, con diferente número de personal y características:

#### **Triage**

En esta zona se clasifica a los pacientes según un código de color en relación a la gravedad de la patología por la que acuden al servicio. En función del color asignado se les remite a las distintas áreas de las urgencias. Existen

dos salas de triage. La sala de triage 1 está abierta todos los días las 24 horas y en ella trabaja una enfermera. La sala triage 2 se abre de 10:30 a 21 horas de lunes a sábado y los domingos todo el día y en ella también trabaja una enfermera.

### **AS1 y AS2**

Corresponde a la zona central del servicio, en esta área son atendidos aquellos pacientes que presentan un cuadro urgente y grave. Consta de dos áreas AS1 y AS2, en las que se encuentran 10 boxes (5 por área) y dos salas de críticos (una por área); cada área es atendida por una enfermera y una auxiliar por turnos. Los boxes son individuales y permiten la monitorización de las constantes vitales del paciente para una vigilancia estrecha.

### **AU1**

En ella se ubican los pacientes con un nivel de gravedad medio, esta zona cuenta con 10 sillones y 5 camillas. La zona de corta estancia cuenta con 2 enfermeras y 2 auxiliares de enfermería en turno de mañana y tarde, y una enfermera y una auxiliar en turno de noche. Cuando se llena esta zona de urgencias se coloca a los pacientes en sillas o camillas a lo largo del pasillo que sale de ésta unidad.

### **Consultas**

A esta zona se deriva a los pacientes con patología leve, muchos de los cuales no deberían ni siquiera haber acudido a las urgencias hospitalarias. La zona de consultas cuenta con una sala de espera para los pacientes, una sala

para la administración de tratamientos y diferentes consultas para la exploración. En esta zona trabajan 2 enfermeras y una auxiliar en turno de mañana y tarde, y una enfermera y una auxiliar en el turno de noche.

### **Traumatología**

Aquí se atiende a aquellos pacientes con traumatismos o heridas que precisen suturas o curas. Cuenta con una sala de espera y con distintas consultas para exploración, colocación de yesos, suturas y curas. Dispone de 3 camillas para acomodar a los pacientes que lo precisen. En esta zona trabajan una enfermera y una auxiliar por turno.

### **Unidad de observación**

Esta unidad cuenta con 17 camas en las que se ubican aquellos pacientes que precisan observación durante unas horas o que están a la espera de ingreso. La estancia máxima en esta zona es de 24 horas. En la unidad de observación trabajan 2 enfermeras y una auxiliar en cada turno. En la zona de sillones está ubicada la enfermera de la unidad del dolor torácico (UDT), que puede salir de la unidad de observación en el momento que se la necesite, también refuerza esta zona del servicio en el turno de mañana la auxiliar asignada a las AU2 hasta que esta se abre.

### **AU2**

Esta zona consta de 5 sillones y 4 camillas. La AU2 se abre de diez de la mañana a 12 de la noche, se emplea para aliviar a otras zonas de las urgencias alojando a los pacientes que esperan el alta, la realización de alguna

prueba o un ingreso, o bien que precisan la administración de algún tratamiento. En ella se ubican una enfermera y una auxiliar por turno. Si se precisara derivar a esta zona a algún paciente fuera del horario habitual de apertura, quedaría a cargo del personal de AS1 y podría estar acompañado de un familiar.

#### **4.3.2. Procedimiento**

Para llevar a cabo el proyecto se emplearán cuestionarios autoadministrados, entregados al personal del servicio de Urgencias generales del HUCA, previa cumplimentación de un consentimiento informado, disponible en el Anexo 4. La participación será voluntaria y anónima.

Antes de llevar a cabo el trabajo de campo se solicitarán los pertinentes permisos a la Gerencia del HUCA y se informará de la realización del estudio a la Dirección de Enfermería y a la supervisora del servicio, presentándoles la autorización para la realización del trabajo.

Una vez obtenidos los permisos pertinentes, durante la primera quincena de octubre se llevarán a cabo sesiones informativas en el salón de actos del Centro General con el personal interesado en participar, se realizarán lunes y viernes en tres convocatorias, el horario de las mismas será a las 14:30 horas, a las 15:15 horas y a las 21:30 horas, para facilitar la asistencia al mayor número posible de personas, teniendo en cuenta los turnos rotatorios que realiza el personal del servicio de Urgencias generales del HUCA.



Para informar de las reuniones se colocarán carteles en los vestuarios de personal femeninos y masculinos, en ellos constará el lugar y horario de las sesiones informativas, la finalidad de las mismas y el objetivo del estudio.

En las sesiones se detallará el motivo del estudio y la importancia de la colaboración del personal de enfermería en el mismo. Se explicarán las normas de participación, los instrumentos que se emplearán para su realización y la forma correcta de cumplimentarlos y entregarlos. Una vez explicado el funcionamiento se procederá a abrir un turno de preguntas para resolver las dudas que pudieran surgir, posteriormente se hará entrega de los consentimientos informados a los participantes, y una vez cumplimentados se les facilitarán los sobres con las encuestas.

Tras la realización de la última reunión se procederá también a visitar el servicio de Urgencias durante dos días en los tres turnos de trabajo por parte del investigador, para informar del estudio a aquellos que no hayan podido acudir a las sesiones informativas y se les entregará el consentimiento informado y el sobre con los cuestionarios a los que deseen participar.

Una vez que se haga entrega del material, el personal de enfermería participante en el estudio dispondrá de un margen de 7 días para cumplimentar las encuestas y depositarlas en las urnas cerradas dispuestas a tal efecto en la sala de descanso del personal de Urgencias. El investigador pasará diariamente a recoger los sobres que hayan sido entregados.

## 4.4. Temporización

	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	OCTUBR	NOVIEMB	DICIEMB
MARCO TEÓRICO									
DISEÑO ESTUDIO									
PERMISOS PREPARACIÓN									
RECOGIDA DE DATOS									
ANÁLISIS ESTADÍSTICO									
FINALIZACIÓN DEL ESTUDIO									

Se han descartado los meses de verano para el estudio por ser meses con gran cantidad de personal que se encuentra de paso en el servicio.

## 4.5. Tratamiento estadístico de los datos

### 4.5.1. Variables a estudio

- **Edad:** edad de la persona que participa en el estudio en el momento de realización del mismo. Variable cuantitativa, escala de razón con valores de 18 a 65.

- **Sexo:** variable cualitativa, medida en escala nominal dicotómica: HOMBRE/MUJER.

- **Categoría profesional:** categoría que ostenta cada sujeto participante en el estudio. Variable cualitativa, escala nominal dicotómica: AUXILIAR DE ENFERMERÍA/ENFERMERO.

- **Situación laboral:** variable cualitativa. Situación laboral del sujeto en el momento de realización del estudio. Se medirá en una escala nominal dicotómica: EVENTUAL/FIJO/INTERINO.

- **Años de experiencia profesional:** número de años que lleva trabajando el sujeto en el momento del estudio. Variable cuantitativa, se reseñará el número de años trabajado de cada sujeto de la muestra.

- **Habilidad social:** nivel de habilidades sociales que presentan los participantes en el estudio. Variable cuantitativa escala de 33 a 132.

- **Ansiedad:** grado de ansiedad que presentan los sujetos ante situaciones sociales dadas. Variable cuantitativa, escala de razón de 40 a 200 puntos.

- **Respuesta asertiva:** probabilidad de que los sujetos respondan de manera asertiva ante situaciones sociales concretas. Variable cuantitativa, escala de razón con valores entre 40 y 200 puntos.

#### **4.5.2. Análisis estadístico para la obtención de resultados**

Los datos obtenidos se introducirán en una base de datos que se desarrollará para el estudio y se analizarán a través de la última versión del programa SPSS.

Se realizará un estudio descriptivo de los datos obtenidos para cada una de las variables estudiadas, para las **variables cuantitativas** se utilizará la media aritmética, la desviación típica y el rango. Para las **variables cualitativas** se considerarán las frecuencias y porcentajes.

Como test estadísticos de análisis bivalente, partiendo del supuesto de una distribución normal que nos permita usar test paramétricos se utilizarán: la prueba *t de student para muestras independientes*, el ANOVA (en el caso de variables politémicas), el coeficiente de correlación de Pearson.

En el caso de que los datos no siguieran una distribución normal se categorizaría la variable habilidad social en función de los siguientes criterios (de 33 a 66 bajo nivel de habilidades sociales, de 67 a 99 nivel medio de habilidades sociales y más de 100 a 132 nivel alto de habilidades sociales) utilizando entonces tablas de contingencia y la prueba Chi Cuadrado, así como el coeficiente de correlación de Spearman para establecer la relación entre ansiedad y respuesta asertiva si fuera necesario.

También se realizará un análisis multivalente mediante regresión lineal múltiple en el que la variable dependiente será la puntuación en la escala de habilidades sociales, y como variables se introducirán en pasos (método: introducir) las variables sociodemográficas (primer paso) y la ansiedad y la respuesta asertiva (segundo paso).

En todos los casos, se considerarán estadísticamente significativos los valores de  $p < 0,05$ .

## 5. BIBLIOGRAFÍA

Acaso, M. A. y Teruel, M<sup>a</sup> P. (2001). La conducta asertiva. Una encuesta a estudiantes de la Universidad de Zaragoza. *Flumen: Revista de la Escuela de Magisterio de Huesca*, 6, 21-36. Consultado el 23 de mayo de 2012. Disponible en <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=207022>

Alarcón, C., Cervantes, M<sup>a</sup> E., Domínguez, A. F., Hernández, J. y Velázquez, M<sup>a</sup> T. (2003). Evaluación de la conducta asertiva y no asertiva en enfermeras jefas de piso. *Revista de Enfermería IMSS*, 11 (3), 133-142. Consultado el día 22 de mayo de 2012. Disponible en <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2003/eim033c.pdf>

Albacar, N., Lleixa, M., Artero, S., Nieto de la Fuente, C., García Martínez, M. y Salvadó, T. (2007). La asertividad en los profesionales de enfermería. *Metas de enfermería*, 10 (10), 56-63.

Bengoechea, M.B. (2001). Estudios sobre la comunicación paciente-enfermera en cuidados intensivos. El estudio de las líneas de investigación predominantes y otras relevantes. *Enfermería clínica*, 11 (6), 266-274.

Berrios, P., Augusto, J.M. y Aguilar, M<sup>a</sup>.C (2006). Inteligencia emocional percibida y satisfacción laboral en contextos hospitalarios. Un estudio exploratorio con profesionales de enfermería. *Index de enfermería: información bibliográfica, investigación y humanidades*, 15 (54), 30-34

Caballo, V. (1993). *Manual de Evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. Madrid: Siglo XXI de España editores, S.A

Camacho, C y Camacho, M. (2005). Habilidades sociales en adolescencia: un programa de intervención. *Revista Profesional Española de terapia Cognitivo-Conductual*, 3, 1-27.

Carbelo, B. (2000). El tacto: una forma de comunicación con el paciente. *Enfermería clínica*, 10 (1), 10-29.

Castanyer, O. (2004). *La asertividad: expresión de una sana autoestima*. Bilbao: Editorial Desclee de Brouwer, S.A.

Del Prette, A., Del Prette, Z. y Mendes, M.C. (1999). Habilidades sociales en la formación profesional del psicólogo: análisis de un programa de intervención. *Psicología Conductual*, 7(1), 27-47.

Echevarría, C., García Obrero, I., Palomo, J.M., Pérez Herrera, J.C., Sánchez Navarro, C. y Cayuela, A. (2004). La importancia de la comunicación entre el equipo profesional, el paciente y los cuidadores/familiares. *Rehabilitación*, 38 (6), 296-305.

Fernández Molina, N. (2006). Necesidades de las personas ingresadas en UCI. *Metas de enfermería*, 9 (5), 19-26.

Flórez Lozano, J.A., Martínez Suárez, P.J. y Valdés Sánchez, C.A (2000). Análisis de la comunicación en la relación médico-paciente. *Medicina Integral*, 36 (3), 113-119

Fonseca, M<sup>a</sup>.C., Agudé, J.I. (2007). *Enseñar en la universidad. Experiencias y propuestas para la docencia universitaria*. La Coruña: Netbiblo, S.L

García Jiménez, M<sup>a</sup> A., Monroy, A. y Verde, E. (2005). *Revista mexicana de Enfermería Cardiológica*, 13 (1-2), 67-70. Consultado el 22 de mayo de 2012. Disponible en:

[http://www.medigraphic.com/pdfs/enfe/en-2005/en051\\_2n.pdf](http://www.medigraphic.com/pdfs/enfe/en-2005/en051_2n.pdf)

García Rojas, D. (2010). Estudio sobre asertividad y habilidades sociales en el alumnado de Educación Social. *Revista de educación*, 12, 225-240.

García Vega, Elena. (1998). Evaluación del grado de asertividad en una muestra de funcionarios de la administración pública de Asturias. *Revista electrónica iberoamericana de psicología social: R.E.I.P.S.*, 1 (0), 7-20. Consultado el día 18 de mayo de 2012. Disponible en:

<http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1088549>

Gambirll, E.D., Richey, C.A., (1975). Inventario de asertividad. Consultado el 5 de junio de 2012. Disponible en:

[http://www.ucm.es/info/psclinic/evaluacion/Proyecto%20Apoyo%20EPC%202006/INSTRUMENTOS%20EVALUACION/TRASTORNOS%20DE%20ANSIEDAD/FOBIA%20SOCIAL/INVENTARIO%20DE%20ASERCION/GRAI\\_P.pdf](http://www.ucm.es/info/psclinic/evaluacion/Proyecto%20Apoyo%20EPC%202006/INSTRUMENTOS%20EVALUACION/TRASTORNOS%20DE%20ANSIEDAD/FOBIA%20SOCIAL/INVENTARIO%20DE%20ASERCION/GRAI_P.pdf)

Gismero E. (2000). *EHS Escala de Habilidades Sociales. Manual*. Madrid: TEA Publicaciones de Psicología Aplicada.

Haro-Fernández, F. y Martínez-López, M<sup>a</sup> B. Instrumentalizar la comunicación en la relación enfermera-paciente como aval de calidad. *Revista de calidad asistencial*, 17(8), 613-618.

Herreros, B., García Casasola, G., Pintor, E. y Sánchez, M. A. (2010). Paciente conflictivo en urgencias: definición, tipología y aspectos éticos. *Revista Clínica Española*, 210 (8), 404-409

Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA). *Memoria Anual del HUCA 2010*. Consultado el 10 de junio de 2012. Disponible en:

[http://www.hca.es/huca/web/contenidos/memorias/2010/Memoria\\_2010.html](http://www.hca.es/huca/web/contenidos/memorias/2010/Memoria_2010.html)

Jiménez, M<sup>a</sup> A., Posada, J.M. y Rodríguez, F.J. (1999). Competencia y habilidades sociales, adaptación e intervención desde el ámbito escolar. *Abaco: Revista de cultura y ciencias sociales*, 21-22, 13-20.

Jorcano, P. (2005). La comunicación no verbal: un reto en los cuidados enfermeros de calidad. *Biblioteca Lascasas*. Consultado el 23 de mayo de 2012. Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0017.php>

Leal, C., Cebrián, I. L., Gascón, J., Ferrer, L. y van-der Hofstadt, C.J. (2010). Habilidades sociales en los profesionales de urgencias y cuidados críticos de un hospital público comarcal. *Enfermería intensiva*, 21 (4), 136-141.

López, E., Vargas, R. (2002). La comunicación interpersonal en la relación enfermera paciente. *Revista de Enfermería IMSS*, 10 (2), 93-102. Consultado el día 18 de mayo de 2012. Disponible en:

[http://revistaenfermeria.imss.gob.mx/index.php?option=com\\_multicategories&view=article&id=330:la-comunicacion-interpersonal-en-la-relacion-enfermera-paciente&catid=227:practica-diaria-&Itemid=99](http://revistaenfermeria.imss.gob.mx/index.php?option=com_multicategories&view=article&id=330:la-comunicacion-interpersonal-en-la-relacion-enfermera-paciente&catid=227:practica-diaria-&Itemid=99)



Marín, M. y León Rubio, J. M<sup>a</sup>. (2001). Entrenamiento en habilidades sociales: un método de enseñanza-aprendizaje para desarrollar las habilidades de comunicación interpersonal en el área de enfermería. *Psicothema*, 13 (2), 247-251.

Mehmet, A., Orhan, C., Levent, S., Emel, D., Bikem, H., Hayri, C., Hulya, Y., Loni, J. y Kamil, N. (2011). Communication skills training for emergency nurses, *International Journal of Medical Science*, 8 (5), 397-401.

Mira, J., Rodríguez-Marín, J. R., Carbonell, M<sup>a</sup> A., Pérez-Jover, V., Blaya, I., García, A. y Aranaz, J. (2001). Causas de satisfacción e insatisfacción en Urgencias. *Revista Calidad Asistencial*, 16, 390-396.

Ovejero, A. (1990). Las Habilidades sociales y su entrenamiento: un enfoque necesariamente psicosocial. *Psicothema*, 2(2), 93-112

Padés, A. (2003). Habilidades sociales en enfermería: propuesta de un programa de intervención. *Tesis Doctoral*. Universitat de les Illes Balears. Palma de Mallorca.

Padés, A. y Ferrer, V. A. (2005). La influencia de las variables sociodemográficas y profesionales en la competencia social del personal de enfermería. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*, 75, 9-21.

Pons, X. (2006). La comunicación entre el profesional de la salud y el paciente: aspectos conceptuales y guía de aplicación. *Enfermería integral*, 73, 27-34.

Rodríguez-Testal, J. F., Carrasco, M. A., del Barrio, M<sup>a</sup> V. y Catalán, M<sup>a</sup>C. (2002), Errores cognitivos en jóvenes y su relación con la sintomatología depresiva. *Anuario de Psicología*, 33 (3), 409-432.

Rumbo, J M<sup>a</sup>., Arantón, L., Carballal, C. (2008). Ética asertiva y conflictos relacionales derivados del proceso de cuidar. *Ética de los cuidados*, 1 (1). Consultado el día 23 de mayo de 2012. Disponible en: <http://www.index-f.com/eticuidado/n1/et6761r.php>

Socas, H. A., Santos, L. M. y García Rojas, Z. (2008). Utilización inadecuada de un servicio de Urgencias. *Puesta al día en urgencias, emergencias y catástrofes*, 8 (3), 144-149. Consultado el día 23 de mayo de 2012. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2734029>

Ulla, S., Arranz, P., Argüello, M<sup>a</sup> T. y Cuevas, C. (2002). Dificultades de comunicación percibidas por profesionales de enfermería en un hospital general. *Enfermería Clínica*, 12 (5), 217-223.

Van-der Hofstadt, C. (2005). *El libro de las Habilidades de Comunicación. Como mejorar la comunicación personal*. España: Ediciones Díaz Santos, S.A.

Van-der Hofstadt, C.J. y Navarro, F. (2004). Las habilidades sociales como elemento de comunicación básico en la formación del médico. *Semergen*. 30 (11), 552-556.

Varela, M<sup>a</sup>.D., Sanjurjo, M<sup>a</sup>.L. y Blanco, F.J. (2009). El lenguaje de los cuidados. *Enfuro: Asociación española de Enfermería en Urología*, 111, 8-10.

Vázquez, B., Pardo, G., Fernández, G., Canals, M., Delgado, M. A. y Navas Alonso, M. (2000). ¿Por qué acuden nuestros pacientes a urgencias del hospital? *Atención Primaria*, 25 (3), 98-105.

Vidal, R., Adamuz, J. y Feliu, P. (2009). Relación terapéutica: el pilar de la profesión enfermera. *Enfermería global*, 17. Consultado el día 28 de abril de 2012. Disponible en:

[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S169561412009000300021&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S169561412009000300021&lng=en&nrm=iso&tlng=en)

Zaforteza, C., Gestaldo, D., Sánchez-Cuenca, P., E. de Pedro, J. y Lastra, P. (2004). Relación entre enfermeras de Unidades de Cuidados Intensivos y familiares: Indicios para el cambio. *Nure investigación*, 3, 1-6.

## 6. ANEXOS

### Anexo 1, Escala de Habilidades sociales de Gismero

Responda a las siguientes cuestiones rodeando con un círculo la opción con la que se sienta más identificado según se detalla a continuación:

E. No me identifico en absoluto, la mayoría de las veces no me ocurre o no lo haría:

F. Más bien no tiene que ver conmigo, aunque alguna vez me ocurra.

G. Me describe aproximadamente, aunque no siempre actúe o me sienta así.

H. Muy de acuerdo y me sentiría o actuaría así en la mayoría de los casos.

1. A veces evito hacer preguntas por miedo a parecer estúpido.

A – B – C – D

2. Me cuesta telefonar a tiendas, oficinas, etc.

A – B – C – D

3. Si al llegar a mi casa encuentro algún defecto en algo que he comprado, voy a la tienda a devolverlo.

A – B – C – D

4. Cuando en una tienda atienden a alguien que entró después que yo, me callo.

A – B – C – D

5. Si un vendedor insiste en enseñarme un producto que no deseo en absoluto paso un mal rato para decirle NO.

A – B – C – D

6. A veces me resulta difícil pedir que me devuelvan algo que dejé prestado.

A – B – C – D

7. Si en un restaurante no me traen la comida como la había pedido, llamo al camarero y pido que me la hagan de nuevo.

A – B – C – D

8. A veces no sé qué decir a personas atractivas del sexo opuesto.

A – B – C – D

9. Muchas veces cuando tengo que hacer un halago, no sé qué decir.

A – B – C – D

10. Tiendo a guardar mis opiniones para mí mismo.

A – B – C – D

11. A veces evito ciertas reuniones sociales por miedo a hacer o decir alguna tontería.

A – B – C – D

12. Si estoy en el cine y alguien me molesta con su conversación, me da mucho apuro pedirle que se calle.

A – B – C – D

13. Cuando algún amigo mío expresa una opinión con la que estoy muy en desacuerdo, prefiero callarme a manifestar abiertamente lo que yo pienso.

A – B – C – D

14. Cuando tengo mucha prisa y me llama una amiga por teléfono, me cuesta cortarla.

A – B – C – D

15. Hay determinadas cosas que me disgusta prestar, pero si me las piden, no sé como negarme.

A – B – C – D

16. Si salgo de una tienda y me doy cuenta de que me han dado mal la vuelta, regreso a pedir el cambio correcto.

A – B – C – D

17. No me resulta fácil hacer un cumplido a alguien que me gusta.

A – B – C – D

18. Si veo en una fiesta a una persona atractiva del sexo opuesto, tomo la iniciativa y me acerco a entablar conversación con ella.

A – B – C – D

19. Me cuesta expresar mis sentimientos a los demás.

A – B – C – D

20. Si tuviera que buscar trabajo, preferiría escribir cartas a tener que pasar por entrevistas personales.

A – B – C – D

21. Soy incapaz de regatear o pedir descuento al comprar algo.

A – B – C – D

22. Cuando un familiar cercano me molesta, prefiero ocultar mis sentimientos antes que expresar mi enfado.

A – B – C – D

23. Nunca sé cómo “cortar” a un amigo que hablar mucho.

A – B – C – D

24. Cuando decido que no me apetece volver a salir con una persona, me cuesta mucho comunicarle mi decisión.

A – B – C – D

25. Si un amigo al que he prestado cierta cantidad de dinero parece haberlo olvidado, se lo recuerdo.  
A – B – C – D
26. Me suele costar mucho pedir a un amigo que me haga un favor.  
A – B – C – D
27. Soy incapaz de pedir a alguien una cita.  
A – B – C – D
28. Me siento turbado o violento cuando alguien del sexo opuesto me dice que le gusta algo de mi físico.  
A – B – C – D
29. Me cuesta expresar mi opinión en grupos (en clase, en reuniones, etc.).  
A – B – C – D
30. Cuando alguien se me “cuela” en una fila, hago como si no me diera cuenta.  
A – B – C – D
31. Me cuesta mucho expresar agresividad o enfado hacia el otro sexo aunque tenga motivos justificados.  
A – B – C – D
32. Muchas veces prefiero ceder, callarme, o “quitarme de en medio” para evitar problemas con otras personas.  
A – B – C – D
33. Hay veces que no sé negarme a salir con alguien que no me apetece pero que me llama varias veces.  
A – B – C – D

Gracias por su colaboración.

## Anexo 2, Inventario de asertividad de Gambrill y Richey

Para la realización de este cuestionario debe leer dos veces el listado de 40 items. En la primera lectura responda al grado de ansiedad que le generan cada una de las situaciones descritas. En la segunda lectura puntuará la probabilidad de que usted realice la conducta descrita en las distintas situaciones.

Emplee la siguiente escala para su grado de ansiedad:

- 1= en absoluto.
- 2= un poco.
- 3= bastante.
- 4= mucho.
- 5= muchísimo.

A continuación, emplee esta escala para indicar la probabilidad de respuesta:

- 1= siempre lo hago.
- 2= habitualmente.
- 3= aproximadamente la mitad de las veces.
- 4= raramente.
- 5= nunca.

GRADO ANSIEDAD	SITUACIÓN	PROBABILIDAD DE RESPUESTA ASERTIVA
	1. Decir que no cuando te piden prestado el coche	
	2. Hacer un cumplido a un amigo.	
	3. Pedir un favor a alguien.	
	4. Resistir ante la insistencia de un vendedor.	



	<b>5.</b> Disculparse cuando cometes una falta	
	<b>6.</b> Rehusar una invitación o a una cita o a una reunión.	
	<b>7.</b> Admitir que estás asustado y pedir que te comprendan.	
	<b>8.</b> Decir a una persona con la que mantienes una relación íntima que algo de lo que está haciendo o diciendo te molesta.	
	<b>9.</b> Pedir un ascenso.	
	<b>10.</b> Admitir tu ignorancia sobre algún tema.	
	<b>11.</b> Decir que no cuando te piden dinero prestado.	
	<b>12.</b> Hacer preguntas personales.	
	<b>13.</b> Cortar a un amigo demasiado parlanchín.	
	<b>14.</b> Pedir críticas constructivas.	
	<b>15.</b> Iniciar una conversación con un desconocido.	
	<b>16.</b> Hacer un cumplido a una persona de la que estás enamorado o por le que estás interesado.	
	<b>17.</b> Pedir una cita a alguien.	
	<b>18.</b> Pedir una cita a alguien que ya te rechazó en otra ocasión.	
	<b>19.</b> Admitir tus dudas sobre algún aspecto que se esté discutiendo y pedir que te lo aclaren.	
	<b>20.</b> Solicitar un empleo.	
	<b>21.</b> Preguntar a alguien si le has ofendido	
	<b>22.</b> Decir a alguien que te cae bien.	
	<b>23.</b> Exigir que te atiendan cuando te hacen esperar	

	<b>24.</b> Discutir abiertamente con otra persona una crítica que haya hecho sobre tu forma de actuar.	
	<b>25.</b> Devolver cosas defectuosas o en mal estado (ej. en una tienda o en un restaurante)	
	<b>26.</b> Expresar una opinión distinta de la que mantiene la persona con la que estás hablando.	
	<b>27.</b> Resistirse a proposiciones sexuales cuando no estás interesado.	
	<b>28.</b> Decirle a alguien que ha hecho o dicho algo que injusto para ti.	
	<b>29.</b> Aceptar una cita.	
	<b>30.</b> Contarle a alguien buenas noticias con respecto a ti.	
	<b>31.</b> Resistirse a la insistencia de alguien para que bebas.	
	<b>32.</b> Oponerse a una exigencia injusta de alguien importante.	
	<b>33.</b> Despedirse de un trabajo.	
	<b>34.</b> Resistirse a las presiones de otros.	
	<b>35.</b> Discutir abiertamente con alguien la crítica que ha hecho de tu trabajo.	
	<b>36.</b> Pedir que te devuelvan algo que has prestado.	
	<b>37.</b> Recibir cumplidos.	
	<b>38.</b> Seguir conversando con alguien que está en desacuerdo contigo.	
	<b>39.</b> Decir a un amigo o a un compañero de trabajo que algo que ha dicho o hecho te ha molestado.	
	<b>40.</b> Pedir a alguien que te está molestando en público que se calle.	

Gracias por su colaboración.

### **Anexo 3, Cuestionario de datos sociodemográficos**

Responda a las siguientes cuestiones:

- EDAD:
- SEXO:
- SITUACIÓN LABORAL: eventual / fijo / interino.
- AÑOS EXPERIENCIA PROFESIONAL:
- CATEGORÍA PROFESIONAL: auxiliar de enfermería / enfermero/a

Gracias por su colaboración.

## **Anexo 4, Consentimiento informado**

Consentimiento informado para la participación en el estudio:

“HABILIDADES SOCIALES EN PERSONAL SANITARIO EN EL ÁREA DE URGENCIAS GENERALES DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS (HUCA)”

*Investigador:* Diana Vigón González.

*Objetivo:* Conocer el nivel de habilidades sociales que presentan los trabajadores con categoría de auxiliar de enfermería o enfermero/a del servicio de Urgencias generales del HUCA.

*Procedimiento:* si usted acepta participar en el estudio deberá responder a unas preguntas recogidas en tres cuestionarios de fácil y rápido cumplimiento. Para ello se le hará entrega de dichas encuestas en un sobre, que, tras haber cumplimentado, deberá depositar en una urna situada en la sala de descanso del personal, en el servicio Urgencias generales.

La participación es totalmente voluntaria y anónima, y los datos recogidos serán únicamente destinados al presente estudio. Toda la información obtenida será tratada de manera confidencial según la Ley Orgánica 15/1999 del 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal. En caso de duda puede consultar en cualquier momento con el investigador

Yo, \_\_\_\_\_, con  
DNI \_\_\_\_\_, declaro que he leído el presente documento y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. Asumo que los datos obtenidos pueden ser publicados o difundidos con fines científicos. Y convengo participar de forma voluntaria en el estudio “HABILIDADES SOCIALES EN PERSONAL SANITARIO EN EL ÁREA DE URGENCIAS GENERALES DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS (HUCA)”.

Fecha:

Firma:

