



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES  
" ZARAGOZA "

VALIDEZ DE CONSTRUCTO DEL INVENTARIO  
DE AFIRMATIVIDAD DE GAMBRILL Y RICHEY  
A TRAVES DEL MMPI EN PACIENTES CON  
DOLOR DE CABEZA CRONICO.

TESIS CON  
FALTA DE ORIGEN

T E S I S  
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE :  
LICENCIADA EN PSICOLOGIA  
P R E S E N T A :  
O L I V I A   A R I A S   A Y A L A





Universidad Nacional  
Autónoma de México



## **UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso**

### **DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## INDICE

	Pág.
INTRODUCCION .....	1
 CAPITULO I	
MARCO TEORICO CONCEPTUAL .....	4
VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DE UN TEST .....	7
1. DEFINICION DE VALIDEZ .....	8
2. TIPOS DE VALIDEZ .....	9
A) VALIDEZ DE CRITERIO .....	9
B) VALIDEZ CONCURRENTES .....	10
C) VALIDEZ DE CONTENIDO .....	11
D) VALIDEZ DE CONSTRUCCION .....	12
3. CONFIABILIDAD Y EVALUACION DE LA CONFIABILIDAD .....	14
 CAPITULO II	
ASERTIVIDAD .....	18
A) DEFINICION DE CONDUCTA ASERTIVA .....	19
B) TEORIAS DEL COMPORTAMIENTO ASERTIVO .....	22
C) ESCALAS DE EVALUACION DE LA ASERTIVIDAD .....	29
D) ENTRENAMIENTO ASERTIVO Y DOLOR DE CABEZA .....	34
E) HABILIDADES SOCIALES COMO RECURSO DE AFRONTAMIENTO ....	36
 CAPITULO III	
INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD DE MINNESOTA - (MMPI) .....	46
A) ANTECEDENTES .....	47
B) DESCRIPCION DEL MMPI .....	51
C) ADMINISTRACION Y CALIFICACION DEL MMPI .....	65

<b>CAPITULO IV</b>	<b>Pág.</b>
<b>A) PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....</b>	<b>67</b>
<b>B) METODO .....</b>	<b>69</b>
<b>CAPITULO V</b>	
<b>RESULTADOS .....</b>	<b>75</b>
<b>CAPITULO VI</b>	
<b>DISCUSION Y CONCLUSIONES .....</b>	<b>77</b>
<b>BIBLIOGRAFIA .....</b>	<b>84</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>95</b>

## INTRODUCCION

En México como en muchos países en vías de desarrollo es común el uso de instrumentos de evaluación psicológica de procedencia - extranjera, situación que hace necesario realizar adaptaciones y - estandarizaciones en poblaciones de diferentes medios particularmente en poblaciones clínicas para así obtener parámetros propios para evitar conclusiones erróneas en la evaluación diagnóstica.

El propósito de la presente investigación fué obtener la validez de constructo del inventario de afirmatividad de Gambrill y - Richey (1975), correlacionandolo con la escala control K del inventario multifásico de la personalidad de Minnesota (MMPI), (Nuñez, - 1979), en una población con dolor de cabeza crónico.

El trabajo está justificado en el hecho de que al obtener la mencionada validez se abordara el problema de la estandarización de instrumentos psicológicos extranjeros en poblaciones mexicanas, dada la escasa investigación que hay al respecto. Por otra parte, dicho trabajo apoyará básicamente y en específico el trabajo de Palacios, Rojas y Figueroa (1991). "Evaluación Integral y Tratamiento No Farmacológico del Dolor de Cabeza Crónico", dicha línea de investigación intenta determinar la posibilidad de configurar un perfil psicológico de los pacientes con dolor de cabeza a través de una batería de instrumentos cognitivo-conductuales, junto con un inventario de personalidad (MMPI), integrados a través de la aproximación multimodal de Lazarus (1971). Es decir, intenta fundamentalmente - desarrollar y perfeccionar una metodología evaluativa ad hoc para los pacientes cefaléicos en México que permita decidir respecto a estrategias de tratamiento más racionales y menos pragmáticas.

En el presente trabajo se emplearán 43 sujetos femeninos seleccionados con base en los criterios de inclusión y exclusión posteriormente descritos, que asistieron al servicio de atención para el dolor de cabeza crónico de la clínica del dolor del Hospital General "José Ma. Rodríguez" situado en el Municipio de Ecatepec de Morelos, Edo de México.

Se utilizó un diseño de investigación tipo ex post-facto bajo una aproximación cognitivo-conductual.

El tratamiento estadístico se realizó a través de una prueba de coeficiente de correlación de rango de Spearman  $r_s$ .

Este trabajo se conforma de seis capítulos, en el primero se abordan los conceptos de validez, tipos de validez y la confiabilidad de las pruebas psicológicas, el capítulo segundo considera varios apartados, definición de asertividad con sus diferentes aproximaciones teóricas, se describen las escalas de asertividad, así como la relación del entrenamiento asertivo y el dolor de cabeza, se abordan las habilidades sociales como recurso de afrontamiento; en el capítulo tercero se describe el MMPI, en el capítulo cuatro se plantea el problema de investigación y el método; finalmente los últimos capítulos hacen referencia a los resultados, discusión y conclusiones.

Es así como el presente trabajo forma parte de los que se han dedicado a la validación de instrumentos extranjeros para el medio mexicano, beneficia a los profesionales interesados en el estudio de las cefaleas y al grupo de Psicología de la Salud de la E.N.E.P. Zaragoza, U.N.A.M.

## CAPITULO I

## MARCO TEORICO CONCEPTUAL

En cuanto a la presente investigación no se encuentran antecedentes directos en la validez de instrumentos psicológicos con pacientes cefaléicos, en el extranjero ni en México, los únicos antecedentes son de tipo indirecto.

En un estudio realizado por Palacios (1991), con pacientes cefaléicos se obtuvo la validez concurrente del inventario de afirmatividad de Gambrill y Richey (1975), correlacionándolo con la escala cero (Is) del MMPI donde dicha validez fue significativa al 0.05

En un estudio con una muestra de 17 pacientes cefaléicos - (Palacios y cols, 1987), se encontro que el repertorio social tuvo un déficit promedio del 61.96%, lo cual indica problemas para interrelacionarse, el 64% presento un "pico de ayuda" o "llamada de auxilio" en las escalas control del MMPI lo cual indica que los sujetos se sienten incapaces de enfrentar sus problemas y están requiriendo de apoyo psicológico.

En un estudio más reciente Palacios y cols (1991), encontraron que las mujeres cefaléicas muestran puntajes significativamente mas altos de deficit asertivo (80%), por lo que se considera que estas tienen dificultades para relacionarse, tendencias al aislamiento social, como resultado de la falta de habilidades para solicitar ayuda, defender derechos, expresar molestias, opiniones negarse ante situaciones injustas, etc.

Por otra parte se pretende que al obtener la validez de constructo, sea posible conceptualizar a la asertividad como un recurso psicológico, proponiendo a su vez que se tome en cuenta que los com



portamientos asertivos son una importante dotación de habilidades psicológicas para el manejo del estrés interpersonal ya que el entorno no solamente debe ser considerado fuente de estrés sino que también el individuo dispone de los recursos psicológicos con los que consigue afrontar las demandas del medio ambiente y si la persona no es capaz de defender sus derechos, expresar sus molestias y afectos de una manera adecuada, se convertirá en una fuente de estrés que lo hará percibirse sin los recursos psicológicos necesarios para afrontar sus problemas.

Es importante destacar que los componentes asertivos son parte importante para el manejo del estrés interpersonal, además la evidencia de que los sujetos cefaléicos presentan problemas en el aspecto asertivo, hace necesario la formación de una red conceptual que incluya, el comportamiento asertivo dentro de una diversidad de variables psicológicas que permitan avanzar en la comprensión del fenómeno cefaléico.

Por otra parte si bien en México existe una diversidad de instrumentos psicológicos que tratan de evaluar la conducta asertiva (cfr., Cottler y Guerra, 1976; Ratus, 1973; Gambrill y Richey, 1975, entre otros) ninguno de ellos ha sido diseñado, ni estandarizado en población mexicana y mucho menos en poblaciones tan particulares como la población clínica de cefaléicos.

Por lo tanto se hace preciso evaluar la validez de constructo del Inventario de Afirmatividad de Gambrill y Richey (1975), en virtud de esto la importancia de la validez de constructo es que:

busca vincular las nociones y prácticas psicométricas con las nociones teóricas, saber qué factores o constructos dan cuenta de la varianza en el desempeño de las pruebas; es decir

buscan explicar las diferencias individuales en los puntajes de las pruebas centrandose mas en las propiedades que están siendo medidas que en las pruebas empleadas para llevar a cabo la medición. (Kerlinger, 1988, pp. 475).

En otro sentido el inventario de Aserción de Gambrill y Richey (1975) se eligió dado que se fundamenta en el siguiente hecho: está elaborado para una población heterogénea conformado por 40 reactivos que consideran a todas las clases posibles de comportamiento asertivo como son: a) habilidad para expresar opiniones; b) habilidad para expresar molestias; c) habilidad para expresar necesidades; d) habilidad para expresar sentimientos positivos; e) habilidad para la defensa de derechos; f) habilidad para elaborar peticiones; g) habilidad para rechazar peticiones; h) habilidad para dar y recibir elogios; e i) habilidad para iniciar y terminar conversaciones; además de que permite determinar: 1) la probabilidad de que una respuesta se de; 2) el grado de incomodidad en una situación específica y 3) la identificación de déficits específicos con personas específicas.

Por otra parte el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (MMPI), (Nuñez, 1979), se eligió porque además de tener una validez y confiabilidad demostrada y por la gran diversidad de investigaciones realizadas con él (cfr., Izaguirre y Sánchez, 1970; Rivera, 1971; Casabal y Wengerman, 1974; Bautista y Muñoz, 1975; Serra, 1976; Reyes y López, 1981; Martinez y Morales, 1985, por mencionar algunas); permiten detectar el grado de psicopatología o desequilibrio emocional de la población de la cual forman parte.

Ambos inventarios pertenecen a la batería de pruebas psicológicas del trabajo terminado por Palacios, Rojas y Figueroa (1991).

## VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DE UN TEST

## VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DE UN TEST

Existen consideraciones generales en la evaluación de los test, la principal es la de si el test mide lo que realmente se afirma y pretende, la siguiente en importancia es la de si el test mide en forma consistente y exacta. Estos factores citados se refieren a la validez y confiabilidad respectivamente.

### 1. DEFINICION DE VALIDEZ

La variable más importante para juzgar la adecuación de un test o instrumento de medida reside en su validez, es decir en el grado en el que el test mide realmente lo que pretende medir.

Brow (1980), define a la validez "como la proporción de variancia real que es relevante para los fines del examen. La validez de una prueba se define por la extensión con que la prueba mide un rasgo subyacente hipotético o construcción, o bien la relación entre las calificaciones de la prueba y alguna medida de criterio externo" (p.36).

La validez proporciona un control directo de la forma en que cumple su función.

Un test rara vez es completamente válido y casi nunca es completamente inválido. Brow (1980).

Los test se usan para diferentes propósitos evaluativos, y para cada propósito se requieren distintos métodos de investigación para establecer su validez.

## 2. TIPOS DE VALIDEZ

No se puede hablar de una validez general, sino de una validez relativa al tipo de decisión que se toma de acuerdo al test aplicado.

### A) VALIDEZ DE CRITERIO .

Uno de los usos más frecuentes de las pruebas psicológicas es el de predecir la ejecución futura de un individuo en alguna variable significativa (el criterio), algunas veces, la validez de criterio, se denomina a veces validez predictiva, o empírica. Puesto que la prueba predice el criterio, se denomina a veces validez predictiva, la determinación de la validez de criterio, implica reunir datos empíricos sobre la relación de las calificaciones de la prueba y medida de criterio, por eso se llama validez empírica. La designación de validez relacionada con el criterio realza el hecho de que el interés fundamental es la ejecución de un criterio dado, por lo tanto es importante el resultado de las calificaciones de la prueba, debido a que predicen alguna conducta externa importante (Brow, 1980).

Si se confirman los datos obtenidos en el test significa que este posee un gran valor informativo, en caso contrario no tiene ningún valor.

## B) VALIDEZ CONCURRENTES

Este tipo de validez comparará la prueba con una fuente actual informativa, es decir consiste en cotejar la conducta presente del sujeto con los resultados de las pruebas. Por ejemplo, se puede - comparar el diagnóstico clínico a través del test psicológico clínico con el juicio del psicólogo que explora al paciente en cuestión, dicha validez se calcula con los resultados de la prueba de nueva creación, se relaciona con un criterio o norma de perfección y se comparan las dos pruebas para ver si estas miden lo mismo; - este tipo empírico de constatación recibe el nombre de validación concurrente porque las dos fuentes de información datan aproximadamente de la misma fecha. Este tipo de validez se usa para test en situaciones de diagnóstico, o sea que se dispone de la medida de la variabilidad de criterio en el momento en que se obtienen los resultados del test.

La diferencia entre validez predictiva y validez concurrente es que la primera se refiere a las situaciones en que los datos de criterio se reúnen en algún momento del futuro, es decir las calificaciones de las pruebas predicen las calificaciones de criterio. En los estudios de validez concurrente, sus calificaciones de las pruebas psicológicas y los datos del criterio se reúnen en el mismo punto a través del tiempo esta validez es distinta puesto que implica una sustitución de la prueba por el criterio (Anastasi, - 1965).

### C) VALIDEZ DE CONTENIDO

En este tipo de validación cabe hacerse el cuestionamiento siguiente: " ¿Este test representa el contenido o la actividad que yo intento medir? ". En vez de comparar las puntuaciones del test con alguna medida, se examinan los ítems en sí mismos y comparandolos con el contenido que se desea incluir. La validez se centra en el proceso de evaluar que tan adecuadamente una muestra de reactivos representa el dominio relevante; por ejemplo, en los exámenes de un salón de clase se hace un muestreo de los conocimientos de un individuo sobre diversos campos, las calificaciones en esta muestra de reactivos se utilizan para hacer inferencias respecto a los conocimientos del alumno sobre el dominio total cubierto por el examen. Puesto que este tipo de prueba requiere hacer inferencias de una muestra a un dominio, la evaluación de la validez de contenido se hará en función de lo adecuado del muestreo de reactivos. "¿Los reactivos que constituyen la prueba son realmente una muestra representativa del dominio de contenido que interesa?". La validez consiste entonces en determinar lo adecuado del muestreo de reactivos del universo de reactivos potenciales. El contenido significa los constituyentes sustantivos de la "materia", sus componentes reales o informativos (Nunnally, 1973).

Finalmente la validez de contenido se determina mediante la comparación sistemática de los reactivos de la prueba con el dominio de contenido postulado.

#### D) VALIDEZ DE CONSTRUCCION

Siempre el examinador se pregunta qué significa psicológicamente una puntuación, se pone en cuestión cuáles son los conceptos que pueden ser utilizados de manera adecuada para interpretar la ejecución en el test. A este tipo de concepción teórica se llama hipótesis de trabajo y al proceso de validar tal interpretación se le denomina validación de la hipótesis de trabajo.

El concepto de validez de constructo es específicamente útil en relación a los test que miden rasgos para los cuales no hay un criterio externo.

Granbach y Meehl (cfr., en Karmel, 1978) en sus estudios - sobre la validez de construcción dicen, "Un constructo es un atributo postulado que supuestamente se refleja en el desempeño de los individuos en un test".

Kerlinger (1988), define la validez de construcción como la validez que:

busca vincular las nociones prácticas y psicométricas con las nociones teóricas, saber que factores o constructos dan cuenta de la varianza en el desempeño de la prueba, es decir buscan explicar las diferencias individuales en los puntajes de las pruebas, centrandose más en las propiedades que están siendo medidas que en las pruebas empleadas para llevar a cabo la medición (pp. 475)

En la validación de un test el atributo de que se hace afirmaciones al interpretar está última es un constructo. Un constructo tiene ciertos significados, expresados en afirmaciones de este carácter general, las personas que poseen este atributo en la situación X, actuarán en la forma Y. La validez se determina mostrando



que las consecuencias que pueden predecirse sobre la base de la teoría con respecto a los datos del test pueden, en lo fundamental, confirmarse por una serie de pruebas; es decir, la validez de construcción se lleva a cabo mediante una acumulación de evidencias respecto al rasgo que mide realmente la prueba. Como en el caso de la validez de contenido, no hay un sólo índice cualitativo de la validez de construcción de una prueba, la evaluación viene a ser un proceso de juicio.

### 3. CONFIABILIDAD Y EVALUACION DE LA CONFIABILIDAD

No obstante que la confiabilidad ocupa el segundo lugar en importancia, hay que hacer notar que de ella depende en gran parte la validez de una prueba, puesto que a mayor exactitud de los resultados, habrá mayor validez, esto se puede decir que realizará su fin con mayor precisión.

La confiabilidad es la cualidad que hace una prueba, aplicada dos veces al mismo sujeto o a un grupo igualmente representativo de la población para la cual fueron ideados, proporcione idénticos resultados o bien, que no varien sino dentro de ciertos límites aceptables (Kerlinger, 1988).

Así la confiabilidad o exactitud de una prueba está condicionada en primer lugar, por la correcta selección y ordenamiento de los reactivos; y en segundo lugar, por las diferencias de reacción de los individuos. En un sentido amplio la fiabilidad del test indica hasta que punto pueden atribuirse a errores de medida las diferencias individuales en las puntuaciones del test y hasta qué punto cabe atribuir las diferencias verdaderas de las características que están sometiendo a consideración.

La fiabilidad puede verificarse respecto a las fluctuaciones temporales, a la selección especial de elementos o muestras de conductas que constituyen el test, a las funciones de los distintos examinadores y a otros aspectos de la situación en que se aplica el test.

Esta cualidad se mide por varios procesos diferentes, cada uno de los cuales se obtiene por un coeficiente de correlación:

- a) Coeficiente de correlación.- En esencia expresa el grado de correspondencia o relación entre dos o más conjuntos de puntuaciones.

Los coeficientes pueden calcularse de varios modos según la naturaleza de datos. El más común es el coeficiente de correlación producto-momento de Pearson; este coeficiente no sólo toma en cuenta la posición del individuo en el grupo, sino también la magnitud de su desviación por encima y por debajo de la medida del grupo. Cuando se expresa la puntuación del individuo en función de las puntuaciones típicas - las personas que figuran por encima del promedio reciben puntuaciones típicas positivas, y son negativas en aquellos que figuran por debajo.

- b) Fiabilidad de repetición del test o fiabilidad del retest - el método más obvio para hallar la fiabilidad de un test - consiste en repetirlo en una segunda ocasión.

- c) Fiabilidad de la forma equivalente.- Este coeficiente refleja dos aspectos del test, la fiabilidad de estabilidad temporal y la consistencia de las respuestas a las diferentes muestras de elemento.

- d) Fiabilidad "split-half" o de división de dos mitades.- Se obtienen dos puntuaciones para cada individuo, dividiendo el test en dos mitades comparables. Proporciona una medida de equivalencia adecuación de las muestras de elementos.

En esta medida no entra la estabilidad temporal de las puntuaciones, puesto que solo se requiere una sesión.

e) Consistencia entre los elementos.- Se basa en la consistencia de las respuestas de los sujetos a todos los elementos del test; proporciona la medida tanto de la equivalencia como la homogeneidad.

El procedimiento más común para hallar la consistencia entre los elementos es el desarrollado por Kurder y Richardson (1937), que da un coeficiente de consistencia interna que sólo trata la especificidad de los elementos como varianza de error. Estas correlaciones indican el grado de generalidad de las respuestas del sujeto, pero no su estabilidad en el tiempo.

f) Error típico de medida.- La fiabilidad de un test puede expresarse en función del error típico de medida se adapta bien a la interpretación de las puntuaciones individuales.

No hay un tipo de confiabilidad del test que sea universalmente preferible a otro, la elección depende del uso que se destinen las puntuaciones del test.

Finalmente hay que destacar que la validez y la confiabilidad de un test son indispensables si se aplica un instrumento con fines de diagnóstico, particularmente los propósitos de la presente investigación incluyeron los inventarios: Inventarios de afirmatividad de Gambrill y Richey y el inventario multifásico de la personalidad de Minnesota MMPI; cuya validez y confiabilidad ya han sido probadas y en posteriores capítulos serán descritos.

## CAPITULO II

## ASERTIVIDAD

#### A) DEFINICION DE CONDUCTA ASERTIVA

A continuación se abordaran las diferentes definiciones de conducta asertiva, es importante destacar que las habilidades sociales o el comportarse de manera asertiva inspira al individuo - un mayor sentimiento de bienestar, además de ser capaz de lograr relaciones interpersonales significativas para enfrentarse con - éxito ante sus problemas, es decir contar con habilidades para expresar ideas, pensamientos y opiniones en forma espontánea, concisa y directa (o sea la habilidad de expresión asertiva).

Wolpe y Lazarus (1966) la define como todas aquellas expresiones socialmente aceptables de los derechos y los sentimientos, incluyendo expresiones positivas como gusto, elogios, amor, etc. - Wolpe (1973), define la conducta asertiva como la expresión adecuada dirigida hacia otra persona de cualquier emoción que no sea la de respuesta de ansiedad; Lazarus (1971) la define como aquel - aspecto de la libertad emocional que está relacionada para manifestar la capacidad de pelear por los propios derechos; así el entrenamiento asertivo involucra el reconocimiento y la manifestación adecuada de cada estado afectivo". Por su parte, Liberman (1972), propone que la conducta asertiva puede ser dividida en cuatro - patrones de respuestas específicas y separadas;

- a) habilidad para decir No
- b) la habilidad para pedir un favor o negar hacer un favor
- c) la habilidad para expresar sentimientos positivos y sentimientos negativos.

- d) la habilidad para iniciar, continuar y terminar conversaciones en general.

En general la definen como las habilidades para la autoexpresión.

Alberti y Emmons (1974), definen asertividad como "conductas en las cuales la persona es capaz de defender sus intereses, hacerlo por sí mismo, sin provocar ansiedad, al expresar sus derechos sin pisotear los derechos de los demás" (pp. 2)

Galassi; De Leo; Galassi, y Bastien (1974) identificaron tres clases de respuestas de asertividad:

- 1) expresión de sentimientos negativos
- 2) expresión de sentimientos positivos y
- 3) abnegación (abnegación definida como la tendencia a exagerar lo concerniente a los sentimientos de otros).

La aserción se ha definido también como la "habilidad aprendida para expresar los sentimientos y preferencias cuando se experimentan, sin molestar a otros; así como también la habilidad para ejercer los derechos propios sin violar o infringir los derechos de los demás (Cottler y Guerra, 1976).

Lange y Jakubowski (1976) consideran además cuatro procesos básicos:

- 1) la gente aprende la diferencia entre aserción y agresión y entre no aserción y cortesía.
- 2) ayudar a la gente a identificar y aceptar ambos, sus derechos propios y los derechos de los demás.
- 3) reducir o modificar las cogniciones que obstaculizan al sujeto para actuar asertivamente y
- 4) desarrollar habilidades asertivas por medio de métodos



**prácticos activos.**

**Rimm y Master (1987), define la conducta asertiva como la .-  
conducta interpersonal que implica la expresión honesta y relativa-  
mente correcta de los sentimientos.**

## B) TEORIAS DEL COMPORTAMIENTO ASERTIVO

A través del tiempo se han desarrollado diferentes modelos teóricos dirigidos a la explicación y comprensión del comportamiento asertivo, mismas que influyeron fundamentalmente para el desarrollo de las investigaciones subsecuentes en el área, a continuación se analizan los modelos conductuales y cognitivos propuestos a partir de dichas aproximaciones.

El entrenamiento asertivo tiene su origen en el libro de Andrew Salter (1949) Terapia por Reflejo Condicionado, haciendo mención explícita de la importancia de la expresión espontánea y constructiva de sentimientos utilizando el término pavloviano de "excitación" para describir este tipo de comportamiento. De acuerdo con él, las personas desarrollan personalidades excitatorias o inhibitorias como resultado de sus experiencias previas de condicionamiento en situaciones sociales. Aun cuando el individuo tendería en forma natural hacia la excitación, el castigo u otras experiencias negativas conducirían a la inhibición de su expresividad, la misma que se generalizaba ampliamente.

Salter consideraba que una terapia dirigida específicamente al fortalecimiento del proceso excitatorio a partir de una actividad conductual, alteraría el balance entre la excitación y la inhibición al llevar a cabo conductas deseables en forma deliberada, el individuo empezaría a cambiar de una actitud pasiva a una orientación activa, incrementando el dominio de su ambiente es decir el fortalecimiento de distintas categorías de conducta excitatoria, mismas que dejan entrever el tipo de comportamiento que posteriormente estudiarían los investigadores del entrenamiento -

asertivo. Dentro de estas categorías incluía la expresión de reacciones faciales adecuadas, al hablar en primera persona, el plantear opiniones contradictorias la aceptación de elogios y la improvisación.

La terapia por reflejo condicionado se basa en una serie de ejercicios centrados en las categorías antes mencionadas, mismos que eran diseñados para proporcionar un condicionamiento correctivo para la personalidad inhibitoria

Posteriormente, Wolpe (1973), propuso un modelo influido por las ideas de Salter, mismo que reflejaba su interés en los fenómenos de la ansiedad condicionada y de la inhibición recíproca, integrando los términos "asertividad" y "no asertividad" en lugar de los términos "excitación" e "inhibición" propuestos por Salter.

Originalmente Wolpe utilizó el principio de inhibición recíproca para tratar los comportamientos no asertivos, hipotetizando que las respuestas de ansiedad mal adaptativas le impedían al individuo el decir o hacer lo que consideraban razonable o correcto. Por lo tanto, el objeto del entrenamiento asertivo era inhibir las respuestas de ansiedad en presencia de los estímulos que la elicítaban. De acuerdo con él, cada vez que el individuo presentaba una respuesta asertiva en lugar de una respuesta de ansiedad en presencia de dichos estímulos, el eslabón entre éstos últimos y la ansiedad se debilitaban.

Wolpe no consideraba que el entrenamiento asertivo fuese indicado en todos los pacientes, para él la asertividad era específica a situaciones específicas, enfoque que ha prevalecido en las investigaciones posteriores.

Los modelos propuestos por Salter y Wolpe constituyeron lo que Heimberg y Becker (1981), denominan modelos de la inhibición de la respuesta. En resumen, consideraban a la aserción como el resultado de un desarrollo normal, en tanto que la no aserción ocurría como resultado de experiencias negativas (i.e; inhibición condicionada) o de ansiedad. El hecho de inducir a los clientes a actuar en forma asertiva hacía que se superara la ansiedad y reinstalaba la excitación natural. Asimismo, ponían poca atención en aspectos relacionados a la competencia conductual y consideraban que las diferentes clases de comportamiento asertivo se correlacionaban a través de diferentes situaciones.

La posición anterior se modificó a partir de los estudios desarrollados por otros investigadores con un enfoque conductual (cfr., Lazarus, 1971; McFall y Martson, 1970, entre otros.), mismos que sostenían que el comportamiento no asertivo era resultado de una deficiencia a nivel de habilidades. De acuerdo con este modelo, la conducta inadecuada a la ansiedad experimentada en situaciones sociales eran tan solo subproducto de este déficit en habilidades, esperándose que los sujetos se comportaran en forma asertiva al adquirir un dominio de las mismas.

De acuerdo con esta aproximación el entrenamiento asertivo se concibe como una tarea de tipo correctivo diseñada para proporcionar experiencias correctivas de aprendizaje, e incluye una combinación de procedimientos terapéuticos que van desde la asesoría directa del terapeuta, el modelamiento de conductas adecuadas y el ensayo conductual a la retroalimentación correctiva.

El modelo conductual del comportamiento asertivo se basa en una serie de supuestos teóricos, mismos que se resumen en un análisis de los modelos teóricos de comportamiento asertivo; (Heimberg y Becker, 1981). Dentro de estos supuestos destacan los cuatro siguientes:

- a) la asertividad es el resultado de un déficit en las habilidades del individuo. Esto es, los sujetos no asertivos debido a la falta de oportunidades suficientes de interacción social, de experiencias de castigo en etapas tempranas de desarrollo social o de toda una serie de experiencias sociales inadecuadas. Simplemente no han podido desarrollar las habilidades necesarias para lograr una interacción social efectiva.
- b) El reforzamiento juega un papel importante en el desarrollo y ejecución de respuesta; se prevee que ésta se mantenga a partir de sus consecuencias naturales de tipo social.
- c) Las diferentes clases de respuestas que constituyen el comportamiento asertivo son independientes, derivandose que el enseñar un componente de una respuesta conductual (por ejemplo, contacto visual) no necesariamente producirá cambios en otras habilidades.
- d) Los componentes conductuales y la calidad global de una respuesta asertiva varían en función de las demandas específicas de una situación dada y de características de tipo individual.

El modelo cognitivo sugiere que la conducta asertiva puede ser inhibida, pero que esta inhibición se ve medida por las apreciaciones

nes valorativas maladaptativas de tipo cognitivo del sujeto (Lange y Jakubowski, 1976; Rich y Schroeder, 1976; Schwartz y Gottman, - 1976). Por lo que respecta a su aproximación el entrenamiento de conductas asertivas, diversos autores (V.gr. Ludwig y Lazarus, - 1972; Jakubowski, 1973; Lange y Jakubowski, 1976) plantean que los obstáculos emocionales para la aserción pueden ser atacados y superados a partir de procedimientos de reestructuración cognitiva; en esta aproximación al entrenamiento asertivo se enfatiza el desarrollo de una filosofía asertiva que motive a los sujetos a cambiar su comportamiento, hipotetizando que a partir del fortalecimiento de un sistema de creencias positivas en relación a la aserción, dichos sujetos tenderían una mayor posibilidad de comportarse con conductas de tipo asertivo, manteniéndolas a pesar de críticas desfavorables (Lange y Jakubowski, 1976).

En relación a los supuestos teóricos en los que se basa, el modelo cognitivo se inclina hacia la inhibición o desorganización de la respuesta, colocando un énfasis mínimo en las habilidades. Al analizar el tipo de cogniciones maladaptativas que interfieren en el comportamiento asertivo incluyen fundamentalmente el estudio de las ideas irracionales del sujeto (Ludwig y Lazarus, 1972); de sus autoevaluaciones (Alden y Cappe, 1981), de sus expectativas en relación a las consecuencias de sus conductas y de sus niveles de ansiedad (Safran; Alden y Davison, 1980), Por otro lado, aún cuando la posición cognitiva plantea en forma directa cuestionamientos relacionados al reforzamiento, la importancia que se le da queda implícita en el énfasis que da a la autoevaluación y por implicación al autoreforzamiento. De acuerdo a las investigaciones

realizadas en el área (Alden y Cappe, 1981), las autoevaluaciones negativas a nivel cognitivo son frecuentes en sujetos no asertivos, hipotetizándose que estos individuos se fijan criterios de ejecución sumamente elevados reforzándose por lo tanto en forma poco frecuente. Finalmente los estudios relacionados se centran en su mayoría en los análisis de diferencias individuales contrastando variables tales como el apego de ideas de tipo irracional (Lohr y Bonge, 1982), la complejidad cognitiva de sujetos asertivos (Hurd, 1977) la percepción de los sujetos en relación a su ejecución y a la de otros, así como en cuanto al tipo de elecciones cognitivas en relación a diferentes alternativas de respuestas asertivas (Eisler, Frederiksen y Peterson, 1978).

El modelo cognitivo, de acuerdo a Lange, Rimm y Luxley (1975) se aboca a la consecución de los siguientes objetivos a partir del entrenamiento:

- 1) desarrollar un sistema de ideas o creencias que respete tanto los derechos personales del individuo como los derechos de otros.
- 2) detectar y modificar autoverbalizaciones de tipo negativo o pensamientos irracionales que eliciten niveles de ansiedad excesivos.
- 3) reducir los estados de ira o de ansiedad excesiva.
- 4) desarrollar en el individuo un repertorio de respuestas más amplio en situaciones interpersonales específicas y
- 5) incrementar la autoestima del sujeto, así como su sentido de autodirectividad.

Por lo tanto, el entrenamiento asertivo dentro de un enfoque cognitivo puede ser conceptualizado como un proceso de cuatro fases que incluyen:

- 1) el desarrollo de un sistema de ideas racionales
- 2) la discriminación entre conductas asertivas, no asertivas y agresivas
- 3) la detección y modificación de cogniciones obstaculizantes de la conducta asertiva.
- 4) el empleo de procedimientos conductuales en la facilitación del cambio de conducta.

El presente estudio se centro en la aproximación cognitiva del comportamiento asertivo propuesto por Lange, Rimm y Luxley (1975), dentro del cual se concibe al comportamiento asertivo como el resultado de una multiplicidad de factores, (V.gr; sistema de creencias, expresiones de sentimientos, adquisición de repertorio social, incremento de autoestima, etc). Esta aproximación se inserta en el modelo cognitivo-conductual, mismo que se tomo como base para los propósitos de esta investigación.



## C) ESCALAS DE EVALUACION DE LA ASERTIVIDAD

Las habilidades sociales o el entrenamiento en aserción se ha convertido en un foco de interés durante los últimos años por ello han aumentado el desarrollo de instrumentos para su evaluación. - Dentro de los inventarios de autoreporte más conocidos se encuentran los siguientes:

El cuestionario de Asertividad de Wolpe y Lazarus (1966) desarrollado para fines clínicos, han demostrado que discrimina entre puntajes altos y bajos (Eiler, Hersen y Miller, 1973), sin embargo no se disponen de datos de validez ni confiabilidad (Rich y Schroeder, 1976).

La escala de Aserción de Ratus (1973) consiste en 30 reactivos, se reportan datos de confiabilidad a través de un test-retest arrojando una puntuación de 0.78 en población estudiantil con una estabilidad moderada de 0.77, además en diferentes índices de validez externa se obtuvieron cifras de 0.70 en los índices de correlación. Su principal desventaja se centra en evaluar una actitud no específica o rasgos, más que una respuesta a situaciones específicas (por ejemplo, uno de los reactivos dice: "Hay ocasiones en que no puedo decir nada").

Otro inventario desarrollado para utilizarse en población estudiantil es el de Galassi, De Leo, Galassi y Bastien (1974); está conformado por 50 reactivos que se clasifican en tres clases de asertividad:

- a) expresión positiva
- b) expresión negativa
- c) conducta de rechazo

Con respecto a su confiabilidad ésta se encontró entre 0.89 y 0.90 en dos muestras. Al igual que el anterior inventario, éste también presenta como principal desventaja una concepción vaga y general con respecto a la asertividad.

Una aproximación más precisa y asistemática lo constituye el inventario de resolución de conflictos de McFall y Lillesand (1971) Este inventario evalúa tan sólo una clase específica de asertividad la habilidad para rehusar peticiones razonables. La validación de este instrumento se obtuvo a través de una correlación entre los puntajes del inventario y una prueba de ensayo conductual que fué de 0.69 y á 0.63.

A pesar de que el inventario de McFall y Lillesand (1971) conceptualiza a la aserción como la habilidad específica, el instrumento descuida toda la gama de clases de respuesta asertiva que conforman todo el repertorio quedando así limitada su validez predictiva a sólo un tipo de comportamiento asertivo.

Uno de los inventarios de aserción más amplios en cuanto a la amplitud de comportamientos asertivos es el inventario de Gambrill y Richey (1975), conformado por 40 reactivos. Fué diseñado para utilizarse en población heterogénea. Su principal ventaja radica como, ya se señaló, en considerar todas las posibles clases de comportamiento asertivo contempladas por las principales definiciones de este tipo de habilidad:

En esas clases de respuestas asertivas están:

- a) habilidad para expresar opiniones
- b) habilidad para expresar molestias
- c) habilidad para expresar necesidades
- d) habilidad para expresar sentimientos positivos

- e) habilidad para la defensa de derechos
- f) habilidad para elaborar peticiones
- g) habilidad para rechazar peticiones
- h) habilidad para dar y recibir elogios
- i) habilidad para iniciar y terminar conversaciones.

Una segunda ventaja radica en la amplia información que se obtiene a través del inventario, pues se pueden derivar tres tipos de datos:

- a) la probabilidad de que una respuesta se dé.
- b) el grado de incomodidad en una situación específica.
- c) la identificación de déficits específicos con personas específicas.

De estos tres tipos de datos es posible diseñar un plan específico de intervenciones, ya que del primer dato estaremos en capacidad de enfatizar procedimientos para la adquisición de habilidades (por ejemplo, modelamiento, ensayo conductual, etc.); en tanto que el segundo tipo de información se tendrá que tomar en cuenta - aquellos otros procedimientos o técnicas dirigidos a disminuir o -- eliminar la ansiedad que compete con la habilidad asertiva (por - ejemplo, reestructuración cognitiva, desensibilización sistemática, etc.). Finalmente del tercer tipo de información particular de - entrenamiento que requiere un individuo (por ejemplo, individual-grupal) así como el contenido específico de los ensayos conductuales que habrán de diseñarse para cada caso.

El último tipo de información que se puede obtener a través del inventario de Gambrill y Richey es posible sistematizarlo - mediante el uso complementario de la matriz de Cottler y Guerra,

(1976). Estos autores, pioneros en el desarrollo del entrenamiento asertivo grupal, consideran que toda la gama de posibles respuestas asertivas pueden clasificarse en dos grandes categorías:

La primera denominada de aproximación o peticiones y la segunda llamada de rechazo o protectora. Dado que los autores de estas categorías no proponen definiciones precisas, y más bien hacen - alusión a ellas a través de ejemplos concretos, se vió la conveniencia de reproducir una tabla con las respuestas específicas que ejemplifican cada categoría (cfr; Palacios, 1991).

Conductas de aproximación o peticiones	Conductas de rechazo o protectoras
- Solicitar ayuda	- Rehúsar a una petición
- Dar y recibir elogios	- Terminar conversaciones
- Expresar afecto	- Expresar molestias
- Expresión de opiniones	

En resumen, en un intento de identificar a cada categoría se podría decir que por conductas de aproximación debe entenderse a todo tipo de comportamiento que implica una movilización hacia un interactuante, en tanto que por conducta de rechazo, se deberá - entender a todo tipo de respuestas que implican delimitar una interacción (en el inventario de Gambrill y Richey, se clasificaron los reactivos anotando entre paréntesis con una "A" los de aproximación y con una "R" los de rechazo.

En cuanto a los datos de confiabilidad Rich y Schroeder (1976) reportan cifras de 0.87 para el dato de incomodidad a través de un test-retest, y 0.81 para el dato de probabilidad de respuesta los mismos autores afirman no disponer, de datos de validez aunque consideran como un índice indirecto de la misma el que el índice de

Incomodidad discrimina entre estudiantes asertivos y no asertivos.

En síntesis, por las ventajas del inventario de Gambrill y Richey (1975), (i.e; la amplitud de las respuestas asertivas contempladas, e información que se obtiene de él) se le considera el inventario más adecuado para cubrir los objetivos de esta investigación.

Continuá siendo necesario iniciar estudios para validar estos instrumentos, pero en poblaciones clínicas, pues en el caso particular de los inventarios de asertividad se detectan una deficiencia notable en este renglón.

Respecto a la validez en México, Palacios (1991) obtuvo la validez concurrente en pacientes cefaléicos del inventario de afirmatividad de Gambrill y Richey (1975), correlacionandolo con la escala cero (Is) del inventario multifásico de la personalidad de Minnesota (MMPI) donde dicha validez fué significativa al 0.05

#### D) ENTRENAMIENTO ASERTIVO Y DOLOR DE CABEZA

Existen básicamente dos formas de tratamiento para la cefalea; el tratamiento médico y el psicológico cuando el primero resulta insuficiente porque el dolor se ha manifestado sin una causa orgánica asociada se considera psicósomático (Zapata, 1986). Considerando el papel que juegan las variables cognitivas en el origen y mantenimiento de las cefaleas, incluso por encima de los componentes fisiológicos, se requiere intervención psicológica, entre los procedimientos empleados se encuentra el entrenamiento asertivo que se enfoca específicamente a dos objetivos interpersonales fundamentales la reducción de la ansiedad y el entrenamiento en habilidades sociales que pretende, de acuerdo a Cottler y Guerra (1976), el lograr un individuo capaz de establecer relaciones interpersonales estrechas, de evitar que otros se aprovechen de él, de tomar decisiones en forma autónoma, de reconocer y hacer valer sus derechos personales, de expresar tanto en forma verbal como no verbal toda una amplia gama de sentimientos. Todo lo anterior sin experimentar niveles indebidos de ansiedad y sin infringir los derechos de los otros en el proceso.

En lo referente al dolor de cabeza crónico y el entrenamiento asertivo, la información que existe es escasa. Palacios y cols - (1987), reportan que respecto a la cefalea crónica se ha observado que hay una relación entre estrés y déficit asertivo.

En un estudio con una muestra de 17 pacientes cefaléicos - (Palacios y cols, 1987), muestran que el repertorio social el déficit promedio fué de 61.96%, lo cual indica problemas importantes para interrelacionarse por parte de estos pacientes.

En un estudio posterior Palacios y cols (1991), encontraron que las mujeres cefálicas muestran significativamente puntajes más altos en afirmatividad (80%), con respecto a sus controles, por lo que se considera que tienen dificultades para relacionarse, tendencias al aislamiento social, como resultado de la falta de habilidades para solicitar ayuda, defender derechos, expresar opiniones, negarse ante situaciones injustas, etc.

Existen estudios que aseveran que los sufridores de dolor de cabeza presentan problemas en la esfera interpersonal, dichos trabajos emplean diferentes conceptualizaciones como, inadecuación social (Passchier y cols, 1990); dificultades de interacción social (du Bois y du Bois, 1986); estrés interpersonal (Demjen y cols, 1990); timidez (Kowal y Pritchard, 1990) y dificultades interpersonales (Beneditis y cols, 1990).

A pesar de la diversidad de conceptos empleados para señalar las deficiencias de los sujetos con dolor de cabeza crónico en el manejo de las relaciones interpersonales, todo parece indicar que la literatura al respecto es bastante consistente. Conceptos como diferencias en habilidades afirmativas, ya sea de rechazo protectoras para expresar enojo, molestia o reclamo, como por ejemplo de hostilidad reprimida, o bien de aproximación petición, para solicitar favores, ayuda, consejo, como ejemplos de aproximación, apoyo social. Por lo tanto es necesario que en posteriores investigaciones sobre cefalea y relaciones interpersonales se integren conceptos para poder avanzar en la comprensión del dolor de cabeza crónico (Palacios y cols, 1991).

## E) HABILIDADES SOCIALES COMO RECURSO DE AFRONTAMIENTO

El afrontamiento es entendido como aquellos esfuerzos cognitivos y conductas constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo (Lazarus y Folkman, 1968). La forma en que afronte la situación dependerá principalmente de los recursos de que disponga y de las limitaciones que dificulten el uso de tales recursos, en sus interacciones sociales. El hecho de que una persona tenga muchos recursos no sólo significa que dispone de un gran número de ellos, sino que también tiene habilidad para aplicarlos ante las distintas demandas del entorno. Las habilidades sociales constituyen un importante recurso de afrontamiento debido al papel importante de la actividad social en la adaptación humana, refiriéndose a la capacidad de comunicarse y de actuar con los demás en forma socialmente adecuada y efectiva. Facilitando la resolución de los problemas junto con otras personas, aumentando la capacidad de atraer su cooperación o apoyo en general, aportan al individuo un control más amplio sobre las interacciones sociales. El hecho de tener a alguien de quien recibir apoyo emocional, informativo y/o tangible ha recabado mucha atención como recurso de afrontamiento, el apoyo social ha sido blanco de una extensa investigación durante la última década (Barrera, Sandler y Ramsay, 1981; Procidiano y Heller, 1983; Vaux y Harrison, 1985; Vaux, Phillips y cols, 1986).

Cobb (1976) define apoyo social como información, que conduce ( guía ) a una persona a creer que él o ella es querido, estimado y parte de una relación de comunicación y obligación mutua.



Kaplan y cols (1977) sugieren que el apoyo social es definido por la relativa presencia o ausencia de recursos de apoyo psicosocial significativo para la relación con otros.

Lin y cols (1981) sugieren que el apoyo social es el apoyo accesible para que el individuo por medio de relaciones sociales mantenga dichas relaciones con otros individuos, grupos y grandes comunidades, el apoyo social identifica los recursos que están disponibles para el individuo en crisis.

Por otro lado, el apoyo social podría ser entendidos como un metaconstructo representado por tres constructos auxiliares; red de recursos de apoyo, conductas sustentadoras y evaluación subjetiva de apoyo; distinciones similares han sido realizadas por varios investigadores (por ejemplo, Barrera, 1991; Barrera y Ainlay, 1983; Heller y Swindle, 1983; Thoits, 1982; Vaux y Harrison, 1985). La terminología y distinción ha sido extensa, instrumental y afectiva (Pattison, 1977); tangible, advertencia y retroalimentación (Toisdorf, 1976), acción medio ambiental, solución de problemas, sustento emocional o subsistencia emocional, influencia indirecta (Gottlieb, 1978), apoyo emocional, guía o dirección cognitiva, asistencia tangible, reforzamiento social y socialización (Hirsch, 1980), autoestima, evaluación de pertenencia y apoyo tangible (Cohen y Hoberman, 1983). Sin embargo, las revisiones de los trabajos llevaron a un consenso (Barrera y Ainlay, 1983; Mitchell y Trickett, 1980; Brimm, 1974), asistencia, confianza, deseo de interacción, valor, similitud y tratar de concernir; Caplan (1976) ayuda concreta, servicio práctico, asistencia emocional, informacional (solución de problemas, referencias y control ideológico), retroalimentación y descanso (recuperación). Cobb (1976) apoyo material o instrumental,

apoyo activo, apoyo social:

Por su parte Mitchell y Tricke (1980) sugieren que cuatro - modelos de apoyo capturan la mayoría de tales distinciones: a) - apoyo emocional; b) ayuda orientada a la tarea; c) comunicación de expectativas evaluaciones del entorno; d) acceso o entrada a la nueva información y contactos sociales. Barrera y Ainlay (1983), conducen a conclusiones similares en sus investigaciones, pero proponen seis modelos: a) ayuda material (incluyendo financieras); b) asistencia conductual (compartir tareas); c) interacción íntima (consulta tradicional no directiva); d) consejo; e) retroalimentación y f) interacción social positiva.

Vaux (1982), sugiere tres componentes de los metaconstructos; 1) red de apoyo; 2) interacción de apoyo y 3) evaluación subjetiva de apoyo.

Thoits (1982), ha tomado una perspectiva muy similar, distinguiendo de "apoyo social" la gratificación de necesidades sociales (evaluación subjetiva), desde estos antecedentes socioeconómicos y ayudas instrumentales dadas por el sistema de apoyo social (recursos).

Weiss (1974) enumera seis funciones esenciales para el bienestar; vinculación, integración social, posibilidad de nutrición, reafirmación del valor de una misma sensación de alianza segura y posibilidad de obtener consejo. Dean y Lin (1977), identifican sólo dos funciones el expresivo y el instrumental.

Schaefer y Cols (1982) distinguieron tres tipos de funciones de apoyo social; apoyo emocional (incluidos, la vinculación, la reafirmación; la posibilidad de contar con y confiar en alguien) - que contribuye a la sensación de que uno es amado y cuidado; apoyo

tangible (incluyendo la ayuda directa como los préstamos o regalos y los servicios, como cuidar de alguien que esté enfermo facilitar un empleo o un trabajo, etc), y apoyo informacional (proporciona información, avisa de algo y permite que el individuo conozca cuál va siendo el resultado de sus actos); Cassel (1976) ha sugerido que este efecto retroactivo ayuda al individuo a mantener su identidad social y el sentido de integración en la sociedad. Se observa también que el apoyo tangible, cuando es preferido en forma libre y voluntaria, puede representar un signo de que otra persona está ejerciendo una función de vigilancia y que el receptor está siendo valorado, coincidiendo de esta forma con el apoyo emocional. La suposición básica que subyace en el interés actual por este aspecto del apoyo social es que en igualdad de condiciones las personas tendrán una moral más elevada y un estado de salud más adecuado y funcionarán mejor si reciben o creen recibir apoyo social cuando lo necesitan. Además de ser considerado el apoyo social como rasgo del entorno se considera un recurso disponible en el entorno, pero que el individuo debe cultivar y utilizarse así como el apoyo social queda bajo la rúbrica de afrontamiento como un conjunto de recursos sociales que el individuo aprende a considerar..

De lo anterior se intenta hacer una relación que incluye las distintas concepciones de apoyo social, (cuadro tipología conceptual de las funciones de apoyo social) se toma como base las seis categorías tipológicas descritas por Barrera y Cols (1983), seleccionadas por reflejar aquellos conceptos que están incluidos repetidamente en los artículos revisados, intentando reunir los puntos de confluencia de las funciones de apoyo, tomando en cuenta las -

descripciones de tales funciones de apoyo social, estas categorías se describen como sigue:

1. Ayuda Material.- El dar ayuda material tangible como ayuda monetaria u otros objetos físicos.
2. Asistencia Conductual.- Forman parte de tareas a través de labor física.
3. Interacción Íntima.- Consejos no directivos tradicionales conductas como escuchar, expresar afecto, apoyo y comprensión.
4. Consejo.- Ofrecer consejo, información o instrucción.
5. Retroalimentación.- Proveer retroalimentación o información acerca de las conductas y sentimientos.
6. Interacción Social Positiva.- Interacciones sociales por intercambio de información, diversión, compañía o relajación y bienestar.

Se presenta a continuación el cuadro que sintetiza esta relación.

TIPOLOGIA CONCEPTUAL DE LAS FUNCIONES DE APOYO SOCIAL

AUTORES	AYUDA MATERIAL	ASISTENCIA CONDUCTUAL	INTERACCION INTIMA	CONSEJO	RETROALIMENTACION	INTERACCION SOCIAL POSITIVA
Brim (1974)	Asistencia	Asistencia	Confianza	Confianza		Deseo de Interacción Valor, Similitud, Tratar de concierm, Preocupación.
Caplan (1976)	Ayuda concreta	Servicio práctico o ayuda	Apoyo Emocional	Información solución de problemas, referencia y control ideológico	retroalimentación	Descanso y recuperación.
Cobb (1976)	Apoyo material o instrumental	Apoyo activo	Apoyo social		Apoyo social	
Gottlieb (1978)	Conductas de solución de problemas	Medio ambiental; conductas de solución de problemas	Conductas de apoyo emocional; influencia personal indirecta.	Conductas de solución de problemas	Estatus	Socialización
Hirsch (1980)	Ayuda o asistencia tangible	Medio ambiental - conductas de solución de problemas acción.	Apoyo emocional	Consejo cognitivo	Reforzamiento social.	Socialización
Kaplan, Cassel y Gore (1977)	Apoyo tangible, confianza, redes sociales, cadenas social	Intimidad Oportunidades	Afecto-amor evaluación de oportunidades, persuasión, ajustarse a normas	Evaluación de oportunidades Rol-Self (auto-papel) recompensas aprobación		Solidaridad de grupo
Pattison (1977)	Apoyo instrumental	Apoyo instrumental	Apoyo afectivo	Consejo	Retroalimentación	
Toisdorf (1976)	Apoyo tangible	Apoyo tangible	Apoyo intangible			

TIPOLOGIA CONCEPTUAL DE LAS FUNCIONES DE APOYO SOCIAL

AUTORES	AYUDA MATERIAL	ASISTENCIA CONDUCTUAL	INTERACCION INTIMA	CONSEJO	RETROALIMENTACION	INTERACCION SOCIAL POSITIVA
Weiss (1974)	Ayuda	Ayuda integración social	Integración emocional, confianza,	Integración social	Confianza en el valor Reafirmación del valor.	Integración social.
Vaux (1986)	Red de apoyo		Evaluación subjetiva		Evaluación subjetiva de apoyo	Integración de apoyo
Mitchell y Trickett (1980)		Ayuda orientada a la tarea	Apoyo emocional		Evaluaciones del entorno	Comunicaciones, acceso y entrada a la entrada a la nueva y diversa información y contactos sociales.
Thoits (1982)	Ayuda instrumental					Sistema de apoyo social(recursos)
Dean y Lin (1977)	Instrumental		Expresivo			
Schaefer y Cols. (1982)	Apoyo tangible, prestamos, regalos y servicios	Cuidado de alguien de esta enfermo, facilitar un empleo o trabajo	Apoyo social emocional. Sensación de de que uno es amado y cuidado.	Apoyo informativo		Apoyo social, emocional (incluidas la vinculación, la reafirmación, la posibilidad de contar y confiar en aliguent.
Cassell (1976)	Apoyo tangible		Apoyo emocional			Identidad social sentido de integración en la sociedad.

Por otra parte además de estas funciones se desprenden algunas críticas generales:

1: Las definiciones de apoyo social son frecuentemente ambiguas e imprecisas o generales.

2. Hay poco consenso en como podría ser definido el apoyo social dado que existe una gran diversidad de aproximaciones que aparecen frecuentemente con poca relación una con la otra. Por lo que se considera que no hay consistencia en los hallazgos encontrados tanto en sus conceptos como en la operacionalización de estos conceptos pero aun siguen realizándose investigaciones que intentan desarrollar un modelo más preciso que represente los enlaces entre los conceptos de apoyo social.

3. Las relaciones teóricas entre apoyo social y disturbios psicológicos no han sido esclarecidos del todo, sin embargo por medio de dichos trabajos se observa que el apoyo social forma parte importante como un factor para el manejo del estrés interpersonal.

Finalmente, para enlazar el apoyo social y la asertividad se coincide en que las habilidades sociales son un recurso importante para el afrontamiento; específicamente el trabajo en cefalea remite al estudio de Palacios (1991) donde se encontró una correlación significativa (0.05) del inventario de afirmatividad de Gambrill y Richey y la escala clínica cero (0) del MMPI, donde se observa que los sujetos cefaléicos con déficit asertivo, mostraban disminución en el puntaje cero, lo que indicaba tendencia al aislamiento social (introversión), por lo que sugiere que dichos sujetos necesitan establecer contacto social, por medio de la adquisición de habilidades asertivas, que les permitan el contacto social y así ejercer

una calidad de relaciones interpersonales satisfactorias y eficaces para el afrontamiento de sus problemas. En este sentido la escala K del MMPI y el inventario de afirmatividad de Gambrill y Richey (1975), indican recursos psicológicos y aunados al apoyo social caen dentro del rubro de recursos psicológicos para el afrontamiento, más específicamente las funciones de apoyo social descritas por Barrera y Cois (1983), ayuda material, asistencia conductual y consejo tienen que ver con la categoría de aproximación de la asertividad, pedir favores, ayuda solicitar consejo, es decir conductas que acercan al individuo a establecer relaciones con otras personas, en situaciones problemáticas de las que obtendrá como consecuencia apoyo tal como interacciones íntimas, retroalimentación, interacciones sociales positivas, que son como se menciona son parte importante de los recursos psicológicos necesarios para el afrontamiento del estrés interpersonal.



### CAPITULO III

**INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD DE MINNESOTA.**

**M.M.P.I.**

## INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD DE MINNESOTA

El inventario multifásico de la personalidad de Minnesota (MMPI), está diseñado para proporcionar una evaluación objetiva de algunas de las características de la personalidad que afectan la adaptación individual y social, se basó en el concepto de que los reactivos conformen numerosas escalas poblacionales.

### A) ANTECEDENTES

Desde finales de la década de los treinta Star, R. Hataway psicólogo y J.C. Mc Kinley Neuropsiquiatra, trabajaron juntos para desarrollar un instrumento psicométrico efectivo y práctico que constituyera una contribución psicológica para el diagnóstico -- clínico, iniciaron la investigación que los condujo al desarrollo del inventario multifásico de la personalidad de Minnesota. En un primer momento se dedicaron a reunir frases para elaborar una prueba objetiva que evaluará la personalidad desde diferentes ángulos (multifásicamente) (Ruñez, 1979).

Una vez concluida esta etapa agruparon las frases en escalas o perfiles que permitieron clasificar a los sujetos de acuerdo a su categoría diagnóstica (nosología) de la época. Las frases se basaron en las preguntas que se hacen para elaborar historias clínicas de medicina general, neurológicas, así como también de las escalas publicadas sobre personalidades y orientación vocacional.

Los fundamentos teóricos que la apoyan suponen que cuando un grupo de personas son similares en ciertos aspectos de su conducta, (por ejemplo, la forma de contestar la serie de preguntas de ellos mismos), son también semejantes en ciertas características y así -

se integra un grupo identificado.

Los datos normativos originales fueron obtenidos en una muestra de sujetos que representaban un corte transversal del Estado de Minnesota (Estados Unidos de America), logrando con los visitantes de los hospitales del Centro Médico de la Universidad de Minnesota. El muestreo incluyó edades de 10 a 55 años, en ambos sexos, se tomaron en cuenta la educación y la cultura de los sujetos.

Además estos grupos normales se le agregó uno de preparatorianos y universitarios que representa un sector adecuado de los solicitantes de ingreso a la Universidad. Así mismo se obtuvieron - datos de varios grupos especiales por ejemplo pacientes con tuberculosis y epilépticos (Nuñez, 1979).

#### DERIVACION DE LAS ESCALAS

Las frases se seleccionaron de acuerdo con las posibilidades que tenían para diferenciar un grupo clínico de uno normal.

El primer grupo clínico que estudió fue el de hipocondriasis (Hs), integrada por pacientes psiconeuróticos extremadamente preocupados por su bienestar físico y por su salud. La escala se formó con aquellas frases que eran respondidas con mayor frecuencia por los hipocondriacos; se utilizaron dos grupos, uno integrado por sujetos con algun malestar físico, pero mentalmente normales y otros por pacientes psiquiátricos no diagnósticados como hipocondriacos.

Las frases para ser incluidas en las escalas H1, deberían contestarse con una frecuencia tal que al comportarse con el grupo

control, los hipocondríacos las utilizan por lo menos el doble del error normal.

En igual forma que las escalas H1, se seleccionaron las frases de las demás escalas, pero con la característica de personalidad a la que se referían. Existieron obstáculos en la estructuración de algunas escalas.

En la escala de Histeria (H1) se encontró la dificultad de delinear la histeria libre de otros síntomas neuróticos.

Para la estructuración de la escala Desviación Psicopática (Dp) se incluyeron pacientes con historia de robo, mitomanía, promiscuidad sexual, alcoholismo, falsificación, fraudes.

La escala de Esquizofrenia (Es), fué la que recibió mayor atención para lograr identificar, con frecuencia, los resultados falsos-positivos que asemejan ser protocolos de un grupo dado sin pertenecer realmente a él. Al introducirse la escala K fue una de las escalas que se modificó notoriamente.

La escala masculinidad-femenidad (Mf), fue obtenida al comparar la frecuencia con que las frases eran respondidas por un grupo de homosexuales, así como la frecuencia de las respuestas en hombres y mujeres.

Dentro de la población normal que se utilizó para investigar las frases que integrarían la escala L, se encontró que solamente el 2% de la población contesta 10, el promedio da 3 á 5 respuestas calificables como L. Originalmente esta escala se basó en las investigaciones realizadas por Harstorne y May (1928), sobre la honradez de las personas y la tendencia a mentir o engañar, aplicadas en situaciones de la prueba psicológica.

La escala más completa es la escala K, se utiliza combinada con cinco escalas clínicas Hi, Dp, Es, Ma, Pt, con propósitos correctivos. Su objetivo es diferenciar casos de sujetos que sin ningún padecimiento muestran respuestas de naturaleza que les hacen parecer como anormales y viceversa.

El Dr. Nuñez revisó y adaptó las traducciones del MMPI, realizadas por los doctores de Cuba, Bernald y Fernández.

En México el MMPI, ha sido ampliamente utilizado como en otros países en múltiples investigaciones, Izaguirre y Sánchez (1970); Casabal y Wengerman (1974); Bautista y Muñoz (1975); Serra (1975); Reyes y López (1977), por mencionar algunos. Finalmente se destaca su importancia al permitir detectar el grado de Psicopatología o desequilibrio emocional que presentan las personas en relación con los demás elementos de la población de la cual forman parte, y así mismo es un instrumento psicométrico de gran utilidad ya que es posible medir con una sola prueba distintas manifestaciones de la personalidad.

## B) DESCRIPCION DEL M.M.P.I.

Las escalas del M.M.P.I., constituyen un medio adecuado para conocer el estatus de la personalidad y el ajuste emocional.

El M.M.P.I. consta de 566 frases afirmativas, algunas de ellas repetidas que incluyen una gran variedad de temas como: - actitudes sociales, religiosas, políticas, sexuales, sobre educación, ocupación y familia, síntomas psicomaticos, desordenes neurológicos y trastornos motores, estados obsesivos y compulsivos, ilusiones, alucinaciones, fobias, tendencias sadomasoquistas, etc.

Las frases se dividen en tres categorías; cierto, falso y no puedo decir.

### ESCALAS DE VALIDEZ

#### PUNTAJE DE DUDA(?)

Consiste en el número de ítems que no son contestados, la cantidad de frases sin contestar afecta a las demás y cuando está muy alta, invalida a otras. Los sujetos "normales" tienden a dejar menos de 10 preguntas sin contestar así cuando el número de omisiones es elevado en un inventario se trata de una población psiquiátrica.

#### ESCALA L Ó PUNTAJE FALSEADO.

Esta escala se creó para poder evaluar el grado de franqueza del sujeto al tomar la prueba. Es decir nos indica el grado en que el sujeto falsifica sus repuestas, para ser mejor aceptados socialmente. Consiste en 15 ítems cuyo contenido agresivo, de malos pensamientos, tentaciones, falta de control constituyen faltas univer-

sales de tipo social, y serán significativas en la escala si son contestadas como falsas, se consideran que si el sujeto contesta de 4 á 7 respuestas falsas es normal, la puntuación baja se encuentra en sujetos perceptivos, socialmente adecuados, confiados en sí mismos, independientes, ocasionalmente sarcásticos y cínicos, con gran fluidez verbal muy comunicativos y espontáneos, de ideas ingeniosas y con capacidad de ser efectivos. Admiten con franqueza sus fallas sociales.

Las puntuaciones altas generalmente son personas de inteligencia limitada, convencionales, pasivos e inseguros, rígidas y carentes de comprensión de sus propios problemas, falta de adaptación, poca tolerancia a la frustración. También puede ser índice de distorsión de la prueba, con intención de causar buena impresión y de negar - faltas, ingenuidad psicológica, convencionalismo, rigidez.

#### ESCALA F

Esta no es una escala de personalidad, pero se utiliza para la validez de la prueba. Tiene 64 items que fueron contestados por más de 10% del grupo normativo. Por ello cuando la anotación se eleva está indicando en algunos de estos hechos falta deliberada de cooperación al hacer la tarea, se contestó al azar o no fueron comprendidos los contenidos de las preguntas.

Un número mayor de anotaciones en esta escala invalida la prueba pues está afectando a todas las otras, en tanto que apuntar 6 ó 7 indica que la prueba se ha resultado pasando las formas más pertinentes.

El contenido de estos items se refieren a pensamiento o creencias populares, apatías, pérdida de interés en las cosas, falta de



control en sus impulsos, relaciones familiares y experiencias - infantiles, actitudes de inferencias hacia la ley y poco interés religioso.

En general se utiliza para poder evaluar la validez total del instrumento, las puntuaciones muy bajas se encuentran en personas caracterizadas por su sinceridad, moderación, honradez, confiables, calmados, pacientes, leales vivaces, modestos.

Con puntuación alta son arrogantes, presumidos y oportunistas, inquietos, inestables, constantemente insatisfechos, rebelde y eternamente inconformes. También puede deberse a perturbaciones - emocionales.

#### ESCALA K o PUNTAJE DE CORRECCION K.

Es una escala compuesta de 30 items, utilizados para intensificar el poder discriminativo de las variables clínicas, surgió de estudios posteriores a la normalización del MMPI, pero su importancia es notable ya que revela las dificultades y rasgos de aquellos pacientes que dan un perfil normal o anormal y no debieran hacerlo. Su función es rectificar las anotaciones para dar un perfil adecuado.

Las personas normales con la puntuación elevada son descritos como emprendedoras, ingeniosas, dinámicas, enérgicas, racionales, con mucha iniciativa, versátiles, son hábiles en mantener y manejar situaciones sociales, si existe inseguridad son capaces de mantener una apariencia de imperturbabilidad admirable.

Una puntuación alta en esta escala representa las defensas existentes contra las debilidades psicológicas, lo que produce una

distorsión en el perfil, ya que se debe aparecer anormal y no sucede así.

La puntuación baja se encuentra en sujetos que han sido clasificados como desconfiados, inhibidos, superficiales, sumisos ante figuras autoritarias. En pacientes sus mecanismos de defensa son irritables e inadecuados y ofrecen un concepto pobre de sí mismos.

Se han establecidos datos específicos para que el factor K actúe como corrección en cinco de las escalas clínicas rectificando sus errores (Hs, Pd, Pt, Es y Ma).

#### ESCALAS CLINICAS

Estas escalas fueron desarrolladas con la selección de items que hacían discriminativo a un grupo psiquiátrico determinado en relación con un grupo normal, para esto se requirió la ayuda de los diagnósticos psiquiátricos de los hospitales y personas adultas "normales" entre los 20 y 45 años. Se consideraban bajo tratamiento médico, y aparentemente representaban un buen grupo de la población de Minnesota.

Los nombres de las escalas se basan en la "Clasificación de Desórdenes Mentales de la Asociación Psiquiátrica Americana".

Los seguidores de este inventario usan para las escalas los números dígitos pues así se facilita su manejo en las calificaciones. Es importante señalar que el MMPI fue diseñado para estimar y proporcionar los síntomas comunes reconocibles en los enfermos psiquiátricos, pero las escalas no miden una tendencia para y sus anotaciones no representan la etiología o pronóstico de las enfermedades. Por lo tanto se deben buscar los síntomas para discriminar

el patrón diagnóstico.

#### ESCALA 1 (Hs) HIPOCONDRIASIS

Esta primera escala fué modelada para medir las características principales de patrones neuróticos hipocondríacos. Se presenta en relación con muchos cuadros clínicos, pero en sujetos "normales" no sobrepasa el puntaje T promedio.

Consta de 33 ítems derivados de dos investigaciones preliminares con un contenido obvio de quejas corporales cotidianas como adormecimiento, punzadas, cefaleas, etc. En una medida de la cantidad de interés anormal acerca de las funciones corporales.

Los sujetos con este patrón descargan sus conflictos emocionales por vía somática, están constantemente preocupados por su salud, se quejan de dolores y desórdenes funcionales difíciles de identificar por su vaguedad, son inmaduros en la resolución de sus problemas como adultos y frecuentemente no responden con un adecuado insight.

Las puntuaciones altas en hombres normales son sociables, entusiastas, amables, con amplia variedad de intereses, versátiles, en tanto que las mujeres son modestas, francas, ordenadas, comunicativas.

Las puntuaciones bajas se encuentran en personas que ofrecen muy poca o ninguna preocupación somática.

Dado lo esclarecido del contenido y que estos sujetos siempre han exagerado sus quejas somáticas para que se les vea con simpatía esta escala necesita la corrección de  $K = .5$  para evitar error.

## ESCALA 2 (D) DEPRESION

Fué desarrollada en un grupo de 50 pacientes con diagnóstico de psicosis maniaco - depresiva, en fase depresiva, para medir el grado de profundidad del síntoma en patrones clínicos.

Los pacientes que formaban el grupo se caracterizaban por una moral empobrecida, sentimientos de inutilidad, veían el futuro pesimistas, con una marcada lentitud en su pensamiento y en su acción y en casos extremos había preocupación e intentos de suicidio, debido a una aguda autocrítica e insatisfacción de sí mismos.

La escala está constituida por 60 ítems, es caracterizada - como la escala del "estado de ánimo" ya que es posible que por medio de ella se encuentren los estados emocionales momentáneos y transitorios.

El grupo normal que ofrece una puntuación alta está integrado por personas que pueden describirse como serias, modestas, individualistas, con intereses estéticos, insatisfechos con el medio y con ellas mismas tienen tendencia a preocuparse demasiado. Emotivas de temperamento nervioso, generosas y sentimentales muestran apatía, evasión, convencionalismo, indiferencia, silencio, aislamiento, sumisión, timidez, son muy controlados, indecisos, responsables pero desconfiados de sus relaciones interpersonales y evitan afrontar situaciones desagradables.

La puntuación baja refleja ausencia de depresión, tendencia al entusiasmo, adecuada confianza en sí mismo, actividad, energía, estabilidad, buen sentido del humor, inquietud, impulsividad, comunicación y espontaneidad. Las mujeres son aceptables, prácticas, cooperadoras, razonables y sociables.

### ESCALA 3 (H1) HISTERIA.

Esta escala clínica surgió de la necesidad de obtener una ayuda en la identificación de las defensas conversivas histericas. Usualmente se caracterizan por una serie de síntomas gástricos, intestinales, cardíacos o por cualquier síndrome físico que le resuelva o evite el enfrentamiento a sus conflictos emocionales.

Consta de 16 ítems que caen en dos categorías, unos a quejas somáticas y que se correlacionan con la escala 1; por ejemplo -- dolores de cabeza, mareos, temblores de extremidades, etc; y otros a ciertas facilidades sociales que tienen para intentar negar o compensar la percepción de rechazo de los otros hacia uno, pareciendo como un sujeto muy bien socializado y en realidad se trata de una histeria.

En sujetos normales cuando la escala 3 es alta se encuentran características tales como: idealistas, ingenuo, social, perseverante, comunicativo, afectuoso, sentimental, individualista, infantil, impaciente, inhibido, accesible, colaborador en actividades sociales.

En las mujeres generalmente es irritable, se queja con frecuencia de molestias físicas.

Cuando la puntuación es baja, las personas son generalmente estables, con intereses estéticos convencionales controlados pacíficos, restringidos, no participaron en situaciones sociales, no les interesa la vida agitada.

#### ESCALA 4 (Dp) DESVIACION PSICOPATICA.

Fue desarrollada con base en un grupo caracterizado por tener patrones delincuenciales de robo, mentira, promiscuidad sexual, - alcoholismo, falsificación, pero sin llegar a antecedentes criminales. Estaba formado por jóvenes entre los 16 y 25 años enviados por las autoridades policíacas para su estudio por estar en constante conflicto familiar y social, debido a la marcada falta de emotividad, a su inhabilidad para utilizar sus experiencias anteriores y al enorme desprecio a las normas sociales.

La escala mide las características de estas personalidades psicopáticas anormales y asociables, y las identifica en los períodos de excitación o depresión después de sus desviaciones.

Usualmente se correlacionan con las escalas 6,8 y 9.

El contenido de los 50 ítems const. tuyen y reflejan el desajuste familiar y los estados emocionales subsecuentes como la depresión, ausencia de experiencias, placenteras, tendencias paranoideas, predisposición a manifestar rasgos característicos tales como impulsividad baja tolerancia a la frustración pobre adaptación social.

Las personas normales con puntuación elevada tiene como - características el ser rebelde, cínico, no hace caso a las reglas establecidas en su grupo social, egoístas, son agresivos con los demás, por otra parte, entusiastas, francos, individualistas, se preocupan demasiado, y son muy sensibles. En los hombres normales la escala alta refleja actividad social muy visible individualismo, autoafirmación: En las mujeres implica tensión conflicto consigo mismo y con falta de control interno.

La puntuación baja es característica de personas convencionales y con pocos intereses, sumisos, complacientes, aceptan la autoridad y hacen todo lo que se les prescribe; son de buen temperamento, persistentes y tienen metas adecuadas, son personas agradables, un poco tímidas, sinceras y confiables.

#### ESCALA 5 (Mf) MASCULINO - FEMENINO.

El objeto de la escala es medir la tendencia existente hacia intereses masculinos o femeninos, un instrumento en la anotación indica una desviación de ellos al sexo contrario.

Surgió de la comparación de grupos femeninos y masculinos "normales" en sus intereses con otros homosexuales de ambos sexos cuyas manifestaciones se expresaban en los valores, actitudes y relaciones sexuales.

Consta de 60 ítems y su contenido es heterogéneo, extendiendo sobre diferentes intereses trabajo, pasatiempos, actividades sociales, preferencias religiosas, relaciones familiares, temores, preocupaciones, sensibilidad emocional y asuntos sexuales.

Cuando las anotaciones son muy elevadas en sujetos masculinos denotan una serie de intereses sutilmente femeninos, tales como tener inclinaciones estéticas, sensitivas e idealistas, son pasivos y dependientes y bajo ciertas confirmaciones, se pueden identificar en grupos de manifestación homosexual.

La puntuación alta no proporciona evidencia de prácticas homosexuales, muestra en el individuo, juicio, sentido común y buen razonamiento, fluidez de expresión, con facilidad de palabra y son de tal forma afectivos, convincentes que logran que otras personas

estén de acuerdo con el punto de vista que exponen.

Los sujetos normales masculinos, son personas inteligentes caballerosas, maduras y con gran variedad de intereses, a su vez implica pasividad e independencia.

En las mujeres tienen mucha fortaleza física, se enfrentan adecuadamente a la vida, se relacionan fácilmente con la gente dan apariencia de tranquilidad y estabilidad con características dominantes.

La puntuación baja en las mujeres es índice de molestia, idealismo, sentido común, aunque a menudo puede representar una pasividad masoquista. En los hombres denota independencia, masculinidad, implica una conducta atrevida, activa, tosca.



## ESCALA 6 (Pa) PARANOIA.

Sus 40 items se obtuvieron de la comparación con un grupo de pacientes clínicos descritos como suspicaces, hipersensitivos con ideas de persecución o de grandiosidad, y cuyo diagnóstico era de sujetos paranoides o de esquizofrenias paranoides.

El contenido de las preguntas se basa en las evaciones o defensas que presentan estos pacientes, hasta llegar a unos de grado - psicótico como son las peculiaridades mentales, ilusiones por presiones externas. Algunas de ellas son contestadas en forma inusual, ya que estos sujetos, en ciertas ocasiones, parecen ser totalmente normales por su poder defensivo.

Los sujetos normales con puntuación alta, son personas perfeccionistas difíciles de llegar a conocer realmente, tercos en sus posturas emotivas, sensibles en sus relaciones interpersonales, dados a preocuparse por lo que otras pueden decir o pensar de ellos.

Son amables, afectuosos, generosos. Los hombres son especialmente bondadosos, sentimentales, con amplitud de intereses.

En las mujeres son emotivas, bondadosas, sensitivas en sus relaciones interpersonales, francas y tensas.

Cuando la escala 6 es baja se encuentra que los sujetos son equilibrados, serios, maduros en su manera de enfrentar la vida - razonables, confiables, íntegros.

#### ESCALA 7 (Pt) PSICASTENIA OBSESIVO-COMPULSIVO

Consta de 48 ítems cuyo contenido estriba en la inclusión de obsesiones, compulsiones, fobias, rituales, ansiedad, dudas y falta de confianza en sí mismo, estas conductas se manifiestan por medio de angustia, inseguridad, desconfianza en sí mismo, con un panorama del mundo generalmente amenazador, hostil y angustioso.

En los sujetos normales con puntuación elevada es sentimental, dependiente, deseos de agradar, con sentimientos de inferioridad indeciso, compulsivo, tranquilo y de buen temperamento, aunque individualista e insatisfecho. En la mujer tiende a ser sensitiva, dada a preocuparse demasiado y con una variedad de componentes neuróticos.

La puntuación baja se observa en sujetos que no tienen tendencias a preocuparse, con capacidad adecuada para organizar su vida personal.

#### ESCALA 8 (Es) ESQUIZOFRENIA.

La escala mide la similitud de las respuestas que dan los sujetos con aquellos que caracterizan a los pacientes, como es la conducta bizarra o los pensamientos inusuales. Consta de 78 ítems, se considera que ésta es la mayor de las escalas y en su contenido se encuentran menciones de conducta bizarra, peculiaridades en percepciones, sentimientos persecutorios, falta de intereses profundos, etc.

Los rasgos característicos de la esquizofrenia son su incongruencia de afecto, el fraccionamiento en el proceso de pensamien-

to y lo externo del contenido de éste. Poco interés en el medio, aislamiento emocional, relaciones interpersonales inadecuadas, apatía e indiferencia.

El sujeto normal con puntuación alta en esta escala es difícil en sus relaciones interpersonales, negativo, apático extraño y con poco talento social.

La puntuación baja se observa en personas equilibradas, productivas, sumisas, convencionales, responsables, conservadoras, amistosas y honestas.

Buscan poder y reconocimiento casi incondicional de figuras autoritarias.

#### ESCALA 9 (Ma) HIPOMANIA.

La escala mide aquellos factores de hiperactividad en acción y pensamiento. Una anotación mayor de 70 T es significativa usualmente se correlaciona en forma negativa con la escala 2 aunque algunos pacientes psiquiátricos tienen elevadas ambas escalas.

La hipomanía se caracteriza por hiperactividad, excitación emocional, fuga de ideas, relación inestable, insomnio, hipertiroidismo y actividad de desconfianza.

El propósito de esta escala fué poder diagnosticar los estados de ánimo de las personas con características maniáco depresivas tipo maniáco.

El sujeto normal que ofrece puntuación alta es optimista - decidido, expansivo y no se encuentra atado a las costumbres sociales que los rodean.

Cuando la puntuación es baja, son personas prácticas, confiables, adaptables y ordenadas, principalmente en adolescentes, las personas son modestas, convencionales, aisladas, humildes.

#### ESCALA O (Is) INTROVERSION SOCIAL.

Se buscó en esta escala tendencia a la introversión o a la extroversión social.

Las personas con puntuaciones elevadas son apáticas, conscientes de sí mismas, tímidas, inseguras, modestas, poco originales, indecisos, lentas, rígidas, inflexibles, controladas, inhibidas y desconfiadas.

Las características de personas del grupo normal con puntuación baja son versatilidad y sociabilidad, en sus relaciones son competitivos, de gran iniciativa, activos, oportunos, manipuladores agresivos y hostiles, generalmente no toleran la frustración y despiertan hostilidad en sus relaciones.

### C) ADMINISTRACION Y CALIFICACION DEL MMPI.

La forma más usual consiste en un folleto con las instrucciones impresas y una hoja de respuestas en donde el sujeto debe marcar "cierto" o "falso", según corresponda su respuesta a las proposiciones anotadas en el folleto. Esta forma incluye en donde se vaciarán las respuestas, claves y manual de evaluación.

Esta prueba se puede aplicar en forma individual o en grupo el tiempo que tarda una persona en contestar la prueba suele oscilar entre una hora y media.

La prueba puede aplicarse desde los 16 años de edad y que - hayan terminado la primaria. El sujeto debe leer y comprender el sentido de lo que lee, pues se ha visto que personas con cociente intelectual de 65 o menos dan respuestas suficientemente válidas.

La forma de calificación manual se lleva a cabo por medio de un juego de plantillas perforadas de tal forma que permitan computar el número de respuestas dadas para cada escala. Los puntajes brutos así obtenidos se anotan en el pérfil ya sea masculino ó femenino y posteriormente se convierte en puntajes T.

La puntuación T resulta al asignar un valor de la medida de 50 a las puntuaciones normales y un valor de 10 a cada desviación Estandár, por lo que la puntuación T 70 tiene dos desviaciones - arriba de la media aritmética, y una puntuación de T de 30 tiene dos desviaciones abajo de la media aritmética de acuerdo a las calificaciones estandar.

Para interpretar la personalidad del individuo por medio del MMPI, se requiere ver la totalidad del perfil y de acuerdo a las escalas significativas que se presentan en conjunto.

## CAPITULO IV

#### A) PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

¿Existe una correlación entre el inventario de aserción de Gambrill y Richey y la escala K del inventario multifásico de la personalidad de Minnesota?

#### OBJETIVOS GENERALES:

Determinar la validez de constructo del inventario de aserción de Gambrill y Richey (1975), para el medio mexicano en una muestra de pacientes cefaleicos.

#### OBJETIVOS PARTICULARES:

Determinar el déficit asertivo en una muestra con dolor de cabeza crónica por medio del inventario de afirmatividad de Gambrill y Richey (1975).

Determinar el perfil de personalidad en una muestra con dolor de cabeza crónica por medio del inventario multifásico de la personalidad de Minnesota.

Calcular la correlación entre los puntajes del inventario de afirmatividad y la escala K del inventario multifásico de la personalidad de Minnesota a un nivel de significancia del 0.05

#### HIPOTESIS

Existirá una correlación negativa y estadísticamente significativa entre el inventario de aserción de Gambrill y Richey y la escala K del inventario multifásico de la personalidad de Minnesota.

## VARIABLES

### Variable Atributiva Independiente, No Activa

- Dolor de Cabeza Crónico

### Variables Dependientes

- Recursos Psicológicos
- Índice de asertividad

## DEFINICION DE VARIABLES

**CEFALEA.** - Se define como todo dolor de cabeza de evolución e intensidad variables de etiología multifactorial que incluye elementos de naturaleza psicológica, entendidos estos como la interacción del individuo con el medio ambiente (Palacios, 1991).

**RECURSOS PSICOLOGICOS.**- Fueron evaluados por medio de las calificaciones de la escala K control del inventario multifásico de la personalidad de Minnesota.

**ASERTIVIDAD.**- Es la habilidad para expresar los sentimientos y preferencias cuando la experimentan sin molestar a otros o infringir los derechos de los demás y fue expresada por el índice de asertividad que es igual al déficit total obtenido de cada paciente en el inventario de asertividad de Gambrill y Richey (1975).



## METODO

### SUJETOS

En esta investigación se trabajó con un muestreo intensional que " se caracteriza por el uso de juicios y por esfuerzo deliberado de obtener muestras representativas, incluyendo áreas o grupos supuestamente típicos de la muestra" (Kerlinger, pp. 135); de 43 sujetos femeninos inscritos dentro del proyecto general "Evaluación Integral y Tratamiento No Farmacológico del Dolor de Cabeza Crónico" en el cual se consideraron los siguientes criterios

#### Inclusión

- Sujetos con antecedentes de dolor de cabeza crónico de por lo menos seis meses
- Mayores de 15 años y menores de 60 años
- Escolaridad mínimo saber leer y escribir
- Pacientes que acudieron a la Clínica del Hospital General de Ecatepec "José Ma. Rodríguez"

#### Exclusión

- Antecedentes psiquiátricos del tipo psicótico y esquizofrenia
- Anemia clínica o de laboratorio
- Sintomatología neurológica diversa y en especial crisis convulsivas episódicas o cuadros epilépticos, antecedentes de traumatismos cráneo encefálico, padecimientos cerebro vasculares neuralgias (del facial, trigemino, glossofaríngeo y occipital).
- Paciente con hábitos de higiene deficientes, consumo indiscriminado de carne de cerdo, o antecedentes personales o familiares de teniasis por *T solium*.

- Patología sinusual (frontal maxilar y etmoidal).
- Otitis, mastoiditis e inflamatorios del conducto auditivo externo.
- Anomalías anatómicas o traumatismos de la nariz.
- Patología oftálmicas (irritaciones, conjuntivales, defectos de refracción como astigmatismo, etc.)
- Padecimientos de la columna cervical, traumatismos, inflamatorios, etc.
- Patología infecciosa o inflamatoria de vías respiratorias altas.
- Antecedentes inmediatos de padecimientos de naturaleza tóxica o alérgica.
- Pacientes en los cuales las radiografías simples de cráneo, fondo de ojo, biometría hemática, química sanguínea, revelen alteración.

Los criterios particulares para el presente trabajo fueron:

- Ingresaron los pacientes que cubrieron como mínimo la Evaluación Psicológica en la que se aplicaron los inventarios de afirmatividad y personalidad antes mencionados.

## MATERIALES

Los instrumentos utilizados fueron del tipo lápiz y papel:

- Inventario de Afirmatividad (Gambrill y Richey, 1975); adaptado por Palacios (1987) el cual consta de 40 reactivos divididos en dos categorías, conductas de aproximación y rechazo o protectoras referidas a dos tipos de interacción social, conocidos y extraños. El instrumento consta de dos escalas afectivas de respuesta que van de 1 a 5, la primera refleja el grado de incomodidad ante cada reactivo, en tanto que la segunda refleja la probabilidad de que dicho comportamiento se realice en situaciones específicas.
  
- Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota - (Nuñez, 1969).

## ESCENARIO

Las actividades de la presente investigación se desarrollarán en las instalaciones de la Clínica del Dolor del Hospital General de Ecatepec de Morelos Edo de México, "José Ma. Rodríguez"; Los espacios pertenecen al servicio de Clínica del Dolor donde los consultorios fueron asignados al servicio de Psicología, cuyas dimensiones son de 2.5 metros de ancho por 5 metros de largo equipados con mesabanco (2 a 3), con iluminación y ventilación artificial.

## DISEÑO EXPERIMENTAL

Se empleo un diseño ex post-facto. "Es una búsqueda sistemática empírica, en la cual el científico no tiene control directo sobre las variables independientes, porque ya acontecieron sus manifestaciones, o por ser intrínsecamente no manipulables (Kerlinger, 1988).

## PROCEDIMIENTO

El procedimiento de captación de sujetos y evaluación psicológica pertenecen a el protocolo de investigación de Palacios, - Rojas y Figueroa, "Evaluación Integral y Tratamiento No Farmacológico del Dolor de Cabeza Crónico", del cual se desprende esta investigación descrita brevemente consistió en captar a sujetos por medio de carteles colocados en varios puntos del Hospital General "José Ma. Rodríguez", anunciando el servicio de atención a pacientes sufriendores de dolor de cabeza crónico.

Se realizó una evaluación, por medio de un cuestionario con el objeto de seleccionar a personas que cumplieran con los criterios

precisados; Una vez que el grupo se selecciono se inició la evaluación psicológica dentro de la cual incluyó la aplicación de los inventarios de aserción y personalidad antes mencionados.

Los equipos de investigación que atendieron a los sujetos - estuvieron conformados por un investigador o terapeuta responsable y los alumnos o coterapeutas del programa Psicología de la Salud de la E.N.E.P. Zaragoza de los semestres octavo y noveno de la carrera de Licenciado en Psicología quienes previamente recibieron entrenamiento.

La aplicación de los inventarios comprendieron un tiempo de tres sesiones con una duración de 60 minutos cada una. Primeramente se aplicó el inventario de afirmatividad de Gambrill y Richey, las calificaciones se obtuvieron manualmente a través de la matriz de Cottler y Guerra (1978), adaptada por Palacios (1987) considerando aquellos reactivos que sean marcados con 4 y 5 en cualquiera de las escalas del inventario.

El segundo en aplicación fue el inventario multifásico de la personalidad de Minnesota (Nuñez, 1979).

## CAPITULO V

## RESULTADOS

Primeramente se presentan en las tablas 1 y 2, la base de datos. En cuanto a las características de la población se observa (ver tabla 3), que se trata de una población 100% femenina joven ( $X = 30$  años), cuyo nivel de escolaridad que predomina es el nivel primaria (62%), seguido por secundaria (23%).

En lo referente al estado civil el 76% de la muestra son -- casadas y tienen como ocupación el hogar (76%).

En cuanto al diagnóstico de dolor de cabeza, el 41% de la población presentó una cefalea de tipo mixto, con un periodo de -- evaluación promedio de 9.93 años.

Por otro lado la tabla 4 muestra los puntajes obtenidos por cada paciente en los inventarios de asertividad en cada uno de los cuadrantes (C1, aproximación con extraños; C2, aproximación con -- conocidos; C3, rechazo, con extraños; C4, rechazo con conocidos ) y la escala K del MMPI, donde la mediana del inventario de asertividad es 78.75 y la mediana de la escala control K es de 12.5

Por otra parte el análisis estadístico que se llevo a cabo por medio del coeficiente de correlación de rango de Spearman (ver tablas 5 y 6), se encontro que no hay relación entre el puntaje total del inventario de aserción y la escala control K del -- MMPI, y los puntajes de cada uno de los cuadrantes de aproximación rechazo con conocidos y extraños y la escala K.

Adicionalmente se presentan en las gráficas 1,2 y 3, las -- configuraciones de los puntajes control L, F y K del MMPI, que posteriormente se retomaran en la discusión.

## CAPITULO VI



## DISCUSION Y CONCLUSIONES

Al realizar el análisis estadístico no se encuentra relación entre el puntaje de asertividad y el puntaje de la escala control K del MMPI.

Sin embargo es necesario tomar en cuenta una serie de consideraciones para entender estos resultados. En lo referente al inventario de afirmatividad de Gambrill y Richey, se encuentra un 76.74 en promedio y 78.75 como mediana, lo que indica un déficit asertivo significativo, por lo que se considera que los pacientes cefaléicos, presentan dificultades para manejar relaciones interpersonales, como una tendencia al aislamiento social, ya que no cuentan con las habilidades para solicitar ayuda, defender sus derechos, - expresar sus molestias, expresar sus afectos, opiniones, negarse ante situaciones injustas, etc.

Palacios (1991), menciona que los puntajes elevadas en el inventario de Gambrill y Richey, tienden a la falta de habilidades - para solicitar ayuda, favores, consejo, defender sus derechos, - expresar molestias, así como afecto, enojo, opiniones, reclamos, - con una sensación de no tener control por sí mismo en alguna situación de su vida.

En cuanto a la escala K del MMPI al realizar un análisis de contenido se encontro que el 30% de sus reactivos tienen que ver con conductas asertivas o habilidades sociales, que hacen referencia a las habilidades para mantener y manejar situaciones sociales. Por lo que la puntuación baja en esta escala habla de sujetos - desconfiados superficiales, sumisos ante figuras autoritarias, con incapacidad para relacionarse adecuadamente con los demás y con

un concepto pobre de sí mismo. Tales reactivos se han clasificado dentro de los rubros de aproximación y rechazo que maneja Gambrill y Richey y además se presenta la dirección en que deben ser contestados (cierto C o falso F), si nos habla de déficit en cuanto a las habilidades sociales.

Aproximación:

- Creo que la gente exagera sus desdichas para que se conduzcan de ellos y les ayuden (C).
- Me siento incomodo cuando tengo que hacer una payasada en una reunión aun cuando los demás estén haciendo lo mismo (C).
- Encuentro difícil entablar conversacion con alguien que conozco por primera vez (C).
- Cuando estoy en un grupo de gente tengo dificultades pensando las cosas apropiadas de que hablar (C).
- Me gusta hacerle saber a la gente lo que pienso acerca de las cosas (F).

Rechazo:

- Tengo muy pocos disgustos con miembros de mi familia (F).
- Me impacienta que me pidan consejo o que me interrumpen cuando estoy trabajando en algo importante (C).
- Creo que casi todo el mundo mentiría para evitarse problemas (C).
- La crítica o el regaño me hiere profundamente (C).

En cuanto a las configuraciones de las escalas control L, F y K del MMPI, aparecen algunas configuraciones con puntajes muy altos de la escala F (sujetos 10,14 y 25) denominadas "pico de -

ayuda" o "llamada de auxilio" que nos indica que los sujetos manifiestan una vlevencia exajerada de sus problemas experimentandolos con una fuerte tensión interna (F+), pero a la vez con una sensación de poder resolver la mayoria de sus problemas (K+), con tendencias a ser bastantes criticos consigo mismos, tratando de ajustarse a lo que socialmente se espera de ellos, (L+), (Rivera, 1987); Dicha configuración significa que los sujetos cuentan con los recursos pero con base en la F tan elevada, se sugiere clinicamente que en realidad hay bajos recursos, ya que si se contará con los recursos adecuados no se experimentaría esa tensión interna, y así el sujeto afrontara de manera real y efectiva sus problemas - (Nuñez, 1979), por tal motivo se sugiere que se realice una -- corrección de tales puntajes para saber qué sucede con dichas - configuraciones.

Por otro lado se encontró que si el 15% de la muestra (sujetos, 3,13,23,27,33 y 43), presentan configuraciones defensivas, es decir utilizan evaluaciones defensivas con el fin de aparecer bien adaptados y pfrecer la idea de que nada les sucede, intento de evitar o negar sentimientos no aceptados por el grupo, negación de impulsos y de problemas (Nuñez, 1979). En el mismo sentido, Rivera (1987) menciona que se hace referencia a la falta de reconocimiento - de problemática (F, baja) con cierta capacidad para enfrentar conflictos (K alta), en el caso de llegar a tenerlos. Reyes (1991), por su parte hace referencia a la negación de problemas, utilizando mecanismos de defensa (racionalización e intelectualización), tales configuraciones defensivas nos manifiestan por un lado una negación de problemas con el interés de ofrecer una imagen favora-

ble de sí mismo, a través de mostrarse bastante reservado en lo que respecta a la comunicación de su problemática, en sujetos cefaléicos se ha observado que no consideran que su problemática de dolor tenga que ver con problemas psicológicos, además la idea de demostrar que son capaces de enfrentar y resolver por sí solos sus problemas en caso de llegar a tenerlos, sin la necesidad de ayuda. Tal puntuación K alta, representa las defensas existentes contra las debilidades psicológicas, lo que produce una distorsión en el perfil, ya que debe aparecer baja y no sucede así. Reyes (1991), explica que cuando se obtiene una configuración defensiva, hay que dudar primero, si el sujeto se considera capaz y con recursos (K+) por qué entonces la necesidad de mentir o mostrarse ajustado y con imagen favorable de sí mismo (L+), si además considera el sujeto que no tiene problemática alguna (F-); segundo, aun si el sujeto se manifiesta con recursos psicológicos hay que dudar, pues se debe averiguar si en la realidad el sujeto que se percibe con recursos es capaz de dar solución efectiva a sus problemas y esto por consecuencia debe ser reflejado en la realidad, por medio de sus logros, situación que en las mujeres cefaléicas no se da.

Palacios y cols (1991), mencionan que las mujeres cefaléicas presentan alteraciones conductuales en específico una orientación poco equilibrada a la consecución de logros; en el área afectiva, irritabilidad, malhumor, inadecuado manejo del enojo, ansiedad no manifiesta, inadecuado estado de ánimo y autocontrol emocional; en cuanto a las relaciones interpersonales, se encuentra manifestación de aislamiento social, pasividad, deficiencias en habilidades afir-

mativas, mayor dependencia, demanda indirecta de afecto y atención, desconfianza, suspicacia; por su parte en el área cognitiva, hay tendencia al perfeccionismo y temor al fracaso, actitudes y concepciones rígidas, con un panorama del mundo amenazante, problemas de concentración y excesivo manejo de mecanismos intelectualizadores y de negación. Tal integración permite constatar que existen evidencias de una cadena de factores psicológicos que revelan un inadecuado manejo del estrés interpersonal, así como de la autogeneración de estrés debido a la falta de recursos y habilidades psicológicas. (Palacios, 1991).

Por todo lo anterior se considera que al someter los puntajes de los inventarios al análisis estadístico, dichas configuraciones (defensivas y puntajes muy elevados), pueden estar contribuyendo a que la relación propuesta no se dé.

Además es importante mencionar que la tendencia en general de las configuraciones restantes a excepción de las configuraciones 7,12,18,22,29,35 y 39 (ver figuras 1,2,y 3), presentan una L y K bajas con F alta, que hacen referencia a sujetos que muestran espontáneos al responder el inventario con una tendencia a exajerar su problemática y a vivirla con una importante tensión interna con la sensación de estar incapacitado o no tener los recursos suficientes para resolverla por sí mismos (Rivera, 1987).

Finalmente, como ya se ha podido observar, aunque no se encontró la relación esperada, hay que aclarar que el presente trabajo no puede generalizarse a toda la población que padece cefalea e - incluso a otros grupos demográficos por el hecho de estar inserto en el trabajo realizado en el Hospital General de Ecatepec, con el

proyecto antes mencionado y en esta medida estan sus limitaciones, dadas las características tan homogéneas de la muestra, es decir se trabajo únicamente con mujeres de estrato socioeconómico y escolaridad promedio bajos.

Se propone que para posteriores investigaciones o replicaciones se utilizen muestras con una N mayor y con sujetos de diferentes sexos, grupos diagnósticos, nivel socioeconómico. Por lo tanto sigue en pie la propuesta de continuar con el trabajo de validación de instrumentos extranjeros para el medio mexicano dada la escasa investigación en esta área.

En resumen se desprenden las siguientes conclusiones:

1. La hipótesis nula no se acepta, es decir no se encuentra relación entre el inventario de afirmatividad de Gambrill y Richey y la escala control K del MMPI, por lo que no se pudo obtener la validez de constructo, sin embargo, y con base en los datos elevados y defensivos antes descritos no podemos concluir en definitiva a través del presente trabajo que no exista relación entre ambos inventarios, se sugiere por tanto, que para posteriores investigaciones se realice una corrección de dichos puntajes e intentar la correlación.

2. Es importante reafirmar que la asertividad representa una notable dotación de habilidades interpersonales y constituye un recurso para el manejo del estrés interpersonal.

3. En cuanto al apoyo social y asertividad se sugiere buscar un puente, a través de la aplicación de una escala de apoyo social y el inventario de afirmatividad e intentar una correlación.

4. Se sugiere considerar la posibilidad de utilizar diferentes metodos de análisis estadístico como por ejemplo; una matriz multi-metodo- multivariable, un análisis de items, correlación entre - items, correlacion entre items y test, prueba de significancia o coeficiente de consistencia. (cfr; Edwards; 1960 y Magnusson, 1969).

5. Utilizar más específicamente un análisis que considere como tercer variable la escala de apoyo social, es decir que incluya un análisis multidimensional de los recursos psicológicos, Inventario de afirmatividad, Escala K del MMPI y la Escala de Apoyo Social, utilizando como análisis estadístico el coeficiente de correlación de rangos de Kendall; T.

6. Es importante aclarar que si bien los datos estadísticos no nos señalan alguna relación, no hay que soslayar los datos clínicos, ya que estos han demostrado ser cualitativamente importantes.

7. Por los hallazgos que se han obtenido en relación directa a la validez concurrente y el demostrar que el inventario de afirmatividad, discrimina entre una muestra cefaléica y una muestra control es indispensable continuar investigando aspectos, como son su confiabilidad y otros de validez, para así poder mejorarla. De - hecho los hallazgos anteriores son alentadores si se toma en cuenta que no tenemos instrumentos, para el medio mexicano y que es de utilidad que en vez de construir otros instrumentos se trabaje con los que existen y pulirlos en líneas de investigación similares a la presente.

#### BIBLIOGRAFIA

- Alberti, R.E. y Emmons, M.L. (1974). Your Perfect Right A guide to Assertive Behavior. San Luis Obispo; Impac.
- Alden, L. y Cappe, R. (1981). Nonassertiveness; Skill deficit or - selective self-evaluation. Behavior Therapy, Vol. 12, 107-114.
- Anastasi, A. (1965). Psychological Testing. New York: The McMillan Company.
- Balzaretti, G.M. y López, G.M. (1981). Estudio Comparativo de la Personalidad en Adolescentes Farmaco dependientes (inhaladores versus no inhaladores). A través del MMPI y del E.P.Q. Tesis Profesional; México, U.N.A.M.
- Barrera, M; Jr (1981). Social support of pregnant adolescents: Assessment issues. In B. Gottlieb (Ed), Social networks of social support, p. 69-96. Beverly Hills, C.A.; Sage Publications.
- Barrera, M; Jr; Sandler, I.N. y Ramsey, T.B. (1991). Preliminary studies of scale of social support: studies on college students. American Journal of Community Psychology, 9, 435-477.
- Barrera, M; Jr, y Ainlay, S. (1983). The structure of social support: A conceptual and empirical analysis. Journal of Community Psychology, 11, 133-143.



- Bautista, M.L. y Muñoz, M.R. (1975). Estudio comparativo a través del MMPI de una población activa y una desertora de un inter-nado militarizado del año lectivo 1974-1975. Tesis Profesional. México. U.N.A.M.
- Benedittis, D.G; Lorenzatti, A., y Fleri, A. (1990). The role of stressfull life events on the onset of chronic primary heada-che. Pain, 40, 65-75.
- Brimm, J.A: (1974). Social network correlates of avowed happines. Journal of Nervous and Mental Disease, 58, 432-439.
- Brow, F. (1980). Principios de Medición en Psicología y Educación. México. Manual Moderno.
- Caplan, G. (1976). Support systems and community mental health. New York: Behavioral Publications.
- Casabal, M.C. y Wengerman, ,M.A. (1974). Estudio de característi-cas de la personalidad utilizando el MMPI en una muestra re-presentativa de la generación 1973 de la Facultad de Psicolo-gía. Tesis Profesional, México. U.N.A:M.
- Cassel, J. (1976). The contribution of the social enviroment to - host resitance. American Journal of Epidemiology, 104, 107-123.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. Psychosomatic Medicine, 38, 300-314.

- Cohen, S. y Hoberman, H. (1983). Positive events and social supports as buffers of life change stress. Journal of Applied Social - Psychology, 13, 99-125.
- Cottler, S. y Guerra, J. (1976). Assertion training. San Francisco, Research Press.
- Dean, A. y Lin, N. (1977). The stress buffering role of social support. Problems and prospects for systematic investigation. Journal of Nervous and Mental Disease, 165, 6 ; 403-417.
- Demjen, S; Bakal, D. y Dunn, B. (1990). Cognitive correlates of headache intensity and duration. Headache, 30, 423-427
- du Bois, R. y du Bois, G. (1986). Behavior disorder and changed body- perception associated with migraine in adolescents: - Casuistic and Theoretical considerations. Nervenarzt, 57 (6), 360-365.
- Edwards, A.L. (1960). Techniques of attitude scale construction. New York . Appleton-Century crofts Inc.
- Eisler, M.R; Hersen, M. y Miller, M.F. (1973). Effects of modeling on components of assertive behavior, Journal of Behavior - Therapy, Vol. 4, 1-6.
- Eisler, M.R; Fredericksen, L.W. y Peterson, G.L. (1978). The relationships of cognitive variables to the expression of assertiveness. Behavior Therapy, Vol. 9, 419-427.
- Galassi, J.P; DeLeo, J.S; Galassi, M.D. y Bastien, S. (1974). The College Self Expression Scale: A measure of assertiveness.

Behavior Therapy, Vol. 5, 165-171.

Gambrill, E. Y Richey, C. (1975). An assertion inventory for use in assessment and research. Behavior Therapy, 6, 350-362.

Gottlieb, B.H. (1978). The development and application of a classification scheme of informal helping behaviors. Canadian Journal of Behavioral Science, 10, 105-115.

Hartshorne, H; y May, M.A. (1928). Studies in the nature of character: Studies in service and self-control. Vol. 2, Nueva York: Mcmillan.

Heimberg, G.R. y Becker, E.R. (1981). Cognitive and behavioral - models of assertive behavior: Review, analysis and integration. Clinical Psychology Review, Vol, 1, 353-373.

Heller, K; Swindle, R.W. (1983). Social networks, perceived social support and coping with stress. In R.D. Felner, L.A. Jason.J. Moritsugu, y S.S. Fåber (Eds!), Preventive Psychology Theory, Research and Practice in Community Intervention, New York:- Pergamon Press.

Hirsch, B.J. (1980). Natural support systems and coping with major life changes. American Journal of Community Psychology, 8, - 159-172.

Hurd, S.E.(1977). Behavioral Instruction Vs. Cognitive Restructuring

in an Individualized Assertion Training Program. Tesis de Doctorado no publicada. Universidad de Norte Dame, Indiana.

- Izaguirre, M.C. y Sánchez, Q. (1970). Normas de calificación del MMPI en adolescentes de la Escuela Nacional Preparatoria de la Universidad Nacional Autónoma de México. Tesis Profesional, México, U.N.A.M.
- Jakubowski, S.P. (1973). Facilitating the growth of women through assertive training. The Counseling Psychologist, Vol.4(1),75-86.
- Kaplan, B.H; Cassel, J.C; y Gore, S. (1977). Social support and health. Medical Care, 15 (5), 47-58.
- Karmel, L.J. (1978). Medición y Evaluación Escolar. Trillas, México. Interamericana.
- Kerlinger, F. (1988). Investigación del Comportamiento. México. Interamericana.
- Kowal, A. y Pritchard, D. (1990). Psychological characteristic of children who suffer headache: A research note. Journal of Child Psychology, Psychiatry and Allied Disciplines, 3 (4),-637-699.
- Kurde, G.F; y Richardson, M.W. (1937). The theory of the reliability of test. Bull . Iz Dept of Ed. Res, University of Toronto.
- Lange, A; Rimm, C.d; Luxley. J.C. (1975). Cognitive Behavioral assertion training procedures. The Counseling Psychologist, Vol. 5 . 37-41.

- Lange, A.J. y Jakubowski, P. (1976). Responsible Assertive Behavior: Cognitive Behavioral Procedures for Trainers. Champaigne-Urbana Illinois, Research Press.
- Lazarus, A.A. (1971). Behavior therapy and beyond. New York. McGraw Hill, 1971.
- Lazarus, R.S. y Folkman, S. (1986). Estrés y procesos cognitivos. U- Springer Publishing Company, Inc; New York. Ed. Martinez Roca, Barcelona España.
- Liberman, R.P. (1972). A guide to behavioral analysis and therapy. New York: Pergamon.
- Lin, R; Simeone, R. & Ensel, W.M; y Kuo, W. (1981). Social support, - stressfull life events and illness: A model and empirical test. Journal of Health and Social Behavior, 20, 108-119.
- Lohr, J.M. y Bonge, D. (1982). Relationships between assertiveness and factorally validated measures of irrirtional beliefs. - Cognitive Therapy and Research, Vol. 6 (3), 353-356.
- Ludwing, D.L. y Lazarus, A.A. (1972). A cognitive and behavioral - approach to the treatment of social inhibition. Psychotherapy: Theory, Research and Practice, Vol. 9 (3), Fall, 204-406.
- Martinez, J.A; y Morales, J.M. (1985). Normalización del Inventario de la Personalidad de Minnesota (MMPI), en una institución - educativa. Tesis Profesional, México. U.N.A.M.

Magnunson, D. (1969). Teoría de los test. Ed. Trillas. México.

McFall, M.R. y Martson, R.A. (1970). An experimental investigation of behavior rehearsal in assertive training. Journal of Abnormal Psychology, Vol. 77 (2), 295-303.

McFall, M.R. y Lillesand, B.D. (1971). Behavior Rehearsal with modeling and coaching in assertion training. Journal of Abnormal Psychology, Vol. 77 (3), 313-323.

Mitchell, R.E; y Trickett, E.J. (1980). An analysis of the effects and determinants of social networks. Community Mental Health Journal, 16, 27-44.

Nunnally, J.C. (1973). Test and Measurements. New York: McGraw-Hill Book Company, INC.

Núñez, R. (1979). Aplicación del Inventario Multifásico de la Personalidad (MMPI) a la Psicopatología, México, Manual Moderno.

Palacios, P; Figueroa, C. y Rojas, M. (1987). El Perfil Cognitivo Conductual del Paciente con Dolor de Cabeza Crónico. Trabajo presentado en el IX Congreso de la S.N.A.C. Puebla, Pue. Octubre.

Palacios, C.P. (1991). El perfil multimodal del paciente cefaleico. Tesis de Maestría en Psicología Clínica. U.N.A.M. (En Prensa).

- Palacios, C.P.: Rojas, R.M. y Figueroa, C. (1991). Evaluación Integral y Tratamiento No Farmacológico del Dolor de Cabeza Crónico. E.N.E.P. Zaragoza, U.N.A.M. (En Prensa).
- Passchier, J; Schauten, J; Van der Dark, J. y Van Ramunde, L. - (1990). Paper presented at the International Congress of Headache, U.S.
- Pattison, E.M. (1977). A theoretical-empirical base for social systems therapy. In E.F. Feulks, R.M. Wintrob, J. Westermeyer, y A.R. Favazza (Eds.), Current perspectives in cultural psychiatry. New York: Spectrum.
- Procidiano, M.E.; y Heller, K. (1983). Measures of perceived social support from friends and family; three validation studies. - American Journal of Community Psychology, 11, 1-24.
- Ratus, S.A. (1973). A 30-items schedule for assessing assertive behavior. Behavior Therapy, 4, 398-406.
- Reyes, P. y López, A. (1977). El MMPI en la detección de psicopatología en casos de desorientación vocacional. Tesis Profesional. México. U.N.A.M.
- Rich, R.A.; Schroeder, E.H. (1976). Research issues in assertiveness training. Psychological Bulletin, Vol. 83 (6), 1081-1096.
- Rimm, R.A. y Masters, J.C. (1987). Terapia de la Conducta: Técnicas y hallazgos empíricos. México. Trillas.

- Rivera, L.C. (1971). Estudio de la correlación entre el inventario de la personalidad de Minnesota (MMPI), en un grupo de alumnos de primer año de la facultad de Medicina. Tesis Profesional, México. Diana.
- Safran, D.J.; Alden, E.L. y Davison, O.P. (1980). Client anxiety level as a moderator variable in assertion training cognitioned. Therapy and Research, Vol. 4 (2), 189-200.
- Salter, A. (1949). Conditioned Reflex Therapy. New York: Capricorn.
- Schaefer, C; Coyne, J.C; y Lazarus, R.S. (1982). The health-related funtions of social support. Journal of Behavior Medicine, 4, 381-406.
- Schwartz, M.R. y Gottman, M.J. (1976). Toward a task analysis of assertive behavior. Journal of Causeing and Clinical Psychology, Vol. 44 (6), 910-920.
- Serra, S. (1976). Perfil de personalidad de jovenes de primer ingreso a una institución militarizada en el año 1974-1975. - Tesis Profesional, México. U.N.A.M.
- Sonrriba, L.(1978). Estudio comparativo de rasgos de personalidad entre dos grupos de pacientes alcoholicos. Tesis Profesional, México. U.N.A.M.
- Speed, W.G. (1983). Mucle contraction headache disorders; Current concepts and treatments strategies. Boston, John Writh Inc.



- Thoits, P. (1982). Conceptual, metodological and theoretical problems in studing social support as a buffer against life - stress. Journal of Health and Social Behavior, 23, 145-159.
- Tolsdorf, C. (1976). Social networks, support and coping: An exploratory study: Family Process, 15, 407-417.
- Vaux, A.(1982). Measures of three levels of social support: Resources, Behaviors, and feelings. Un published manuscript, Southern illinois University.
- Vaux, A. y Harrison, D. (1985). Support network characteristic - associated with support satisfaction and perceives support. American Journal of Community Psychology, 13, 245-268.
- Vaux, A; Phillips, J; y Cols. (1986). The Social Support Appraisals (SSA) scale , studies of realibility and validaty. American Journal of Community Psychology, 14, 195-220.
- Weiss, R.S. (1974). The provisions of social relationships. En Z. Rubin (Ed), Doing unto others. Englewood Cliffs. Nueva Jersey: Prentice-Hall.
- Wolpe, J. y Lazarus, A: (1966). Behavior Therapy Techniques, En - Alberti, R.E. (1977). Assertivenees, Innovations, application, issues. California Impac. Publishers, INC.

Wolpe, J.C. (1973). The Practice of Behavior Therapy. New York.  
Pergamoin Press.

Zapata, C. (1986). Aprende a vivir con dolor de cabeza. México.  
Plaza y James Editores.

**ANEXOS**  
**TABLAS Y GRAFICAS**

TABLA 1

N	EDAD	DIAGNOSTICO	PER. EVOL.	SEVERIDAD	ASERCIÓN	C1	C2	C3	C4
1	29	migraña	20	5	82.5	93	66	52	44
2	38	migraña	18	5	95	81	86	68	83
3	32	mixta	15	2	45	37	26	47	44
4	37	mixta	3	3	97.5	100	86	57	61
5	22	C. Tensional	6	2	75	87	53	42	50
6	23	migraña	12	4	45	56	40	21	33
7	40	migraña	5	3	57.2	52	53	21	27
8	39	migraña	10	4	97.5	100	80	84	83
9	35	C. Tensional	16	3	87.5	25	26	21	16
10	25	mixta	5	4	93	68	53	100	66
11	40	mixta	8	5	75	68	80	31	77
12	27	migraña	19	4	62.5	68	46	63	55
13	35	migraña	20	3	60	60	48	17	50
14	23	mixta	3	3	100	100	86	100	100
15	23	mixta	2	4	72.5	46	78	73	71
16	36	migraña	3	2	77.5	81	53	68	77
17	32	mixta	13	1	100	100	100	69	88
18	32	migraña	17	2	87.5	100	100	52	66
19	36	mixta	6	4	80	57	93	84	77
20	32	mixta	17	1	85	57	93	84	77
21	41	mixta	6	4	50	37	73	15	61
22	26	mixta	10	4	100	100	93	89	94
23	29	mixta	7	4	47.5	37	66	31	38
24	34	C. Tensional	18	3	80	87	86	78	66
25	31	mixta	23	5	87.5	100	40	31	55
26	30	C. Tensional	9	2	90	100	46	58	66
27	26	C. Tensional	5	5	87.5	81	26	61	68
28	31	mixta	16	4	65	56	73	52	67
29	23	mixta	6	2	72.5	87	93	21	55
30	23	C. Tensional	2	4	75	68	27	73	72
31	30	C. Tensional	3	4	80	63	73	19	44
32	41	mixta	10	4	97.5	53	100	53	88
33	20	migraña	2	4	50	38	93	21	56
34	27	migraña	4	2	67.5	93	66	68	38
35	16	C. Tensional	4	3	37.5	31	73	47	38
36	24	mixta	7	4	60	68	53	21	35
37	36	migraña	3	4	77.5	87	31	21	77
38	31	migraña	17	3	95	87	73	10	66
39	36	migraña	22	4	57.5	50	68	4	44
40	40	C. Tensional	9	3	72.5	81	86	15	61
41	18	migraña	12	4	87.5	75	50	47	33
42	32	mixta	9	4	85	86	81	15	66
43	26	migraña	4	4	97.5	46	93	80	94

C = cuadrantes del inventario de aserción

- C1 = aproximación con extraños
- C2 = aproximación con conocidos
- C3 = rechazo con extraños
- C4 = rechazo con conocidos

TABLA 1

N	L	F	K	T(MMPI)
1	50	97	9	44
2	53	60	19	44
3	60	58	9	62
4	53	67	6	37
5	43	73	9	44
6	57	60	7	40
7	40	60	16	56
8	63	67	11	47
9	51	58	12	48
10	65	80	15	55
11	46	76	6	37
12	43	53	14	53
13	60	48	17	58
14	100	83	14	53
15	72.5	78	9	44
16	77.5	68	17	59
17	100	68	7	40
18	87	63	14	53
19	80	89	9	44
20	85	73	14	53
21	50	64	8	42
22	100	64	14	53
23	47.5	54	20	64
24	80	96	9	44
25	87.5	78	19	63
26	90	93	6	38
27	87.5	58	22	68
28	65	62	9	44
29	72.5	63	13	49
30	75	62	11	44
31	80	73	9	49
32	97.5	68	12	49
33	50	48	20	44
34	67.5	73	13	49
35	37.5	65	13	63
36	60	64	13	51
38	77.5	67	12	51
39	95	66	12	41
40	57.5	60	15	48
41	72.5	73	13	49
42	87.5	68	14	55
43	85	64	20	51

TABLA 2

N=43	OCUPACION	EDO.CIVIL	ESCOLARIDAD
1	hogar	casada	primaria
2	hogar	casada	secundaria
3	empleada	casada	licenciatura
4	hogar	casada	primaria
5	hogar	unión libre	primaria
6	secretaria	casada	bachillerato
7	hogar	casada	secundaria
8	hogar	casada	primaria
9	hogar	casada	primaria
10	electricista	soltera	secundaria
11	comerciante	unión libre	primaria
12	hogar	unión libre	primaria
13	Odontologa	unión libre	licenciatura
14	hogar	casada	secundaria
15	hogar	casada	secundaria
16	hogar	casada	primaria
17	hogar	casada	primaria
18	hogar	casada	primaria
19	hogar	soltera	primaria
20	hogar	casada	primaria
21	hogar	unión libre	primaria
22	hogar	casada	primaria
23	hogar	casada	primaria
24	hogar	casada	primaria
25	empleada	casada	primaria
26	hogar	soltera	primaria
27	hogar	casada	primaria
28	empleada	casada	primaria
29	hogar	casada	primaria
30	hogar	casada	bachillerato
31	hogar	casada	bachillerato
32	hogar	casada	primaria
33	estudiante	casada	bachillerato
34	hogar	casada	secundaria
35	hogar	soltera	secundaria
36	hogar	casada	secundaria
37	hogar	casada	primaria
38	hogar	casada	secundaria
39	hogar	casada	primaria
40	hogar	casada	primaria
41	hogar	unión libre	secundaria
42	hogar	casada	primaria
43	hogar	casada	primaria

**TABLA 3**  
**CARACTERISTICAS DE LA POBLACION**

EDAD	ESCOLARIDAD	F	%	EDO CIVIL	F	%
X = 30 años (16-41)	Primaria	27	62	Soltera	4	9
	Secundaria	10	23	Casada	33	76
	Bachillerato	4	9	U.Libre	6	13
	Licenciatura	2	4			
OCUPACION	F	%	DIAGNOSTICO	F	%	PER. DE EVOL.
Hogar	33	76	C. tensional	9	2	X = 9.93 años; (2-23)
Empleada	5	11				
Estudiante	1	2	Migraña	16	37	
Comerciante	2	4				
Profesion	1	2	C. Mixta	18	41	
Electrico	1	2				

TABLA 4

N=43	ASERTIVIDAD	C1	C2	C3	C4	ESCALA K
1	37.5	25	26.6	11	16	6
2	45	31.2	26.6	15.7	16	6
3	45	37.5	26.6	15.7	27.7	6
4	47.5	37.5	27	21	33	7
5	50	37.5	40.6	21	38.8	8
6	50	38	40.6	21	38.8	8
7	57.5	50	40.6	21	38.8	9
8	57.8	50	40.6	21	44.4	9
9	60	50	40.6	21	44.4	9
10	60	52.2	46.6	21	50	9
11	62.5	56	53.3	26.3	50	9
12	65	68.3	53.3	31.5	55.5	9
13	67.5	68.5	53.3	31.5	55.5	9
14	72.5	68.3	53.3	31.5	55.5	9
15	72.5	68.3	53.3	31.3	55.5	11
16	72.5	68.3	53.3	31.5	56	11
17	75	75	53.3	42.1	61.1	12
18	75	81.2	53.3	42.1	61.1	12
19	75	81.2	66.6	47.3	61.1	12
20	77.5	81.2	66.6	47.3	61.1	12
21	77.5	81.2	66.6	52.6	66.6	12
22	80	81.2	66.6	52.6	66.6	13
23	80	81.2	66.6	57.6	66.6	13
24	80	87.5	73.3	57.6	66.6	13
25	82.5	87.5	73.3	58	66.6	13
26	85	87.5	73.3	63.1	66.6	14
27	85	87.5	80	63.1	66.6	14
28	87.5	87.5	80	68.4	67	14
29	87.5	87.5	80	68.4	77.7	14
30	87.5	87.5	80	68.4	77.7	14
31	87.5	93.7	80	68.4	77.7	14
32	87.5	93.7	80	73.5	77.7	14
33	90	93.7	86.6	73.5	77.7	15
34	92.5	100	86.6	78.7	77.7	15
35	92.5	100	86.6	84	83.3	16
36	95	100	86.6	84	83.3	17
37	95	100	86.6	84.2	83.3	17
38	97.5	100	86.6	84.2	83.3	19
39	97.5	100	86.6	84.2	83.3	19
40	97.5	100	93.3	89.4	88.8	20
41	100	100	93.3	89.4	94.4	20
42	100	100	93.3	89.4	94.4	20
43	100	100	93.3	100	100	22
Md	78.75	81.2	66.6	52.6	66.6	12.5
$\bar{x}$	76.74	82.9	65.4	52.5	60.7	12.5

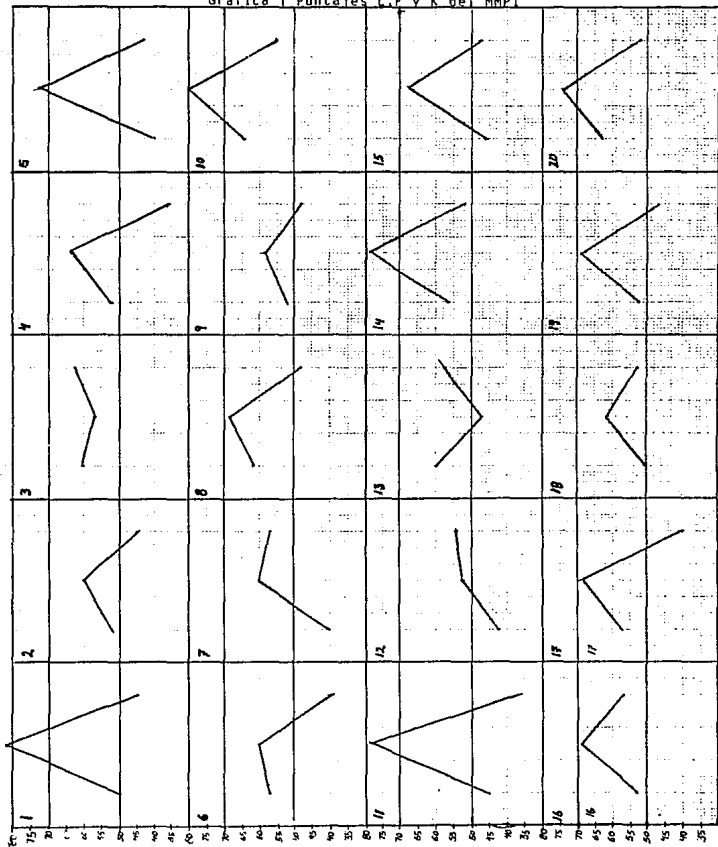


**TABLA 5**

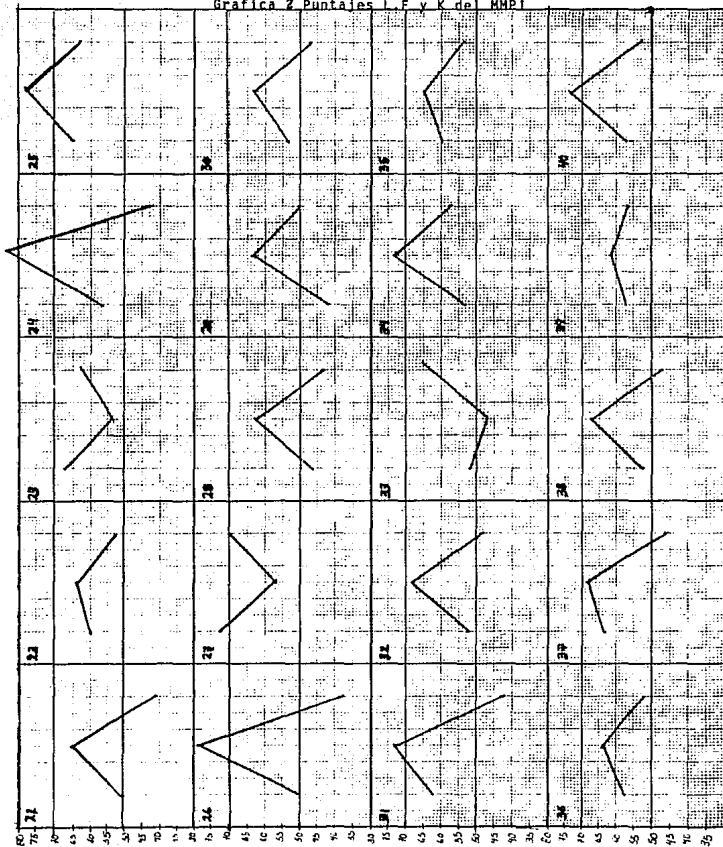
<b>CORRELACION DE ASERTIVIDAD Y ESCALA K DEL MMPI</b>	
<b>Coefficiente de correlación de Spearman</b>	<b>-0.1560729</b>
<b>Estadística T asociada</b>	<b>-1.0117524</b>
<b>Probabilidad asociada</b>	<b>0.3187275</b>
<b>La hipótesis nula no se rechaza</b>	

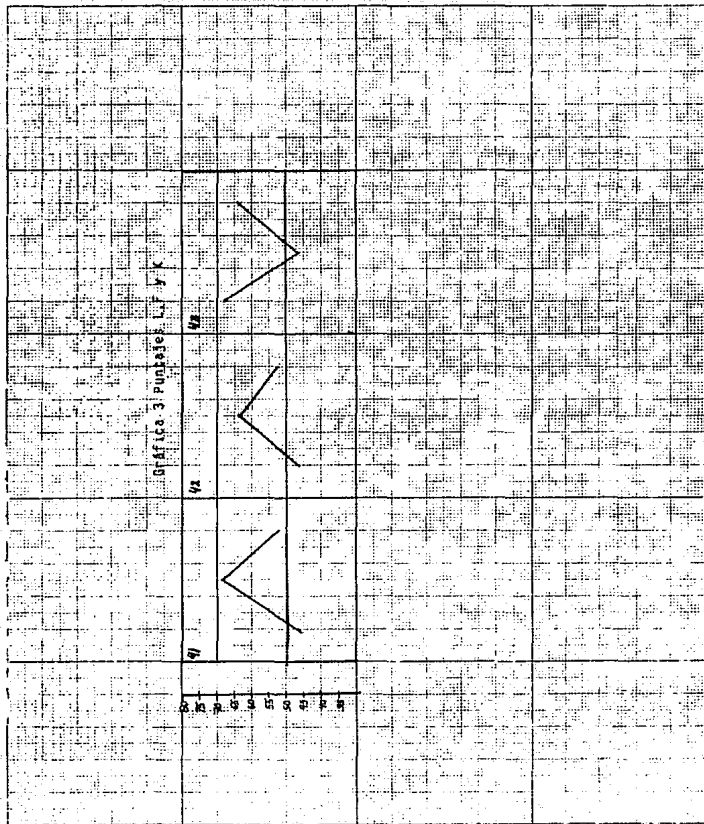
TABLA 6

CORRELACION POR CUADRANTES Y ESCALA K	
Variable 1 Aserción Variable 2 Escala K	
<u>Cuadrante 1</u>	
Coefficiente de correlación de Spearman	-0.2475430
Estadística T asociada	-1.6557956
Probabilidad asociada	0.1014560
<u>Cuadrante 2</u>	
Coefficiente de correlación de Spearman	-0.0843787
Estadística T asociada	-0.5422211
Probabilidad asociada	0.5970203
<u>Cuadrante 3</u>	
Coefficiente de correlación de Spearman	-0.1166167
Estadística T asociada	-0.7425768
Probabilidad asociada	0.5313776
<u>Cuadrante 4</u>	
Coefficiente de correlación de Spearman	-0.1679136
Estadística T asociada	-1.0906572
Probabilidad asociada	0.2815307
La hipótesis nula no se rechaza.	



Gráfica 2 Puntajes L, F y K del MMPI





INVENTARIO DE AFIRMATIVIDAD  
DE GAMSKILL Y HICKEY.

Mucha gente tiene dificultades para manejar situaciones en las que la conducta asertiva es necesaria por ejemplo, cuando alguien tiene que rechazar una petición, hacer a otro un cumplido, expresar aprobación o desaprobación, etc.

Por favor, indique su grado de incomodidad o ansiedad en el espacio que hay ANTES de cada situación, utilizando la siguiente escala.

- 1= NINGUNA INCOMODIDAD
- 2= UN POCO DE INCOMODIDAD
- 3= REGULAR INCOMODIDAD
- 4= MUCHA INCOMODIDAD
- 5= DEMASIADA INCOMODIDAD

Muy bien. Ahora que ha terminado esta primera parte, lea la lista de situaciones por segunda vez y, DESPUES de cada situación, indique la probabilidad de que ejecute la conducta si llega a presentarse realmente en su vida la oportunidad, así como la probabilidad con que ha respondido si tales situaciones ya han ocurrido. Por ejemplo: si Ud. rara vez se excusa cuando se equivoca, debe marcar un "cuatro" (4) después de esa situación - (columna de la derecha). Utilice la escala siguiente:

- 1= Significa "Siempre lo hago"
- 2= Significa "Usualmente lo hago"
- 3= Significa "Lo hago la mitad de las veces"
- 4= Significa "De vez en cuando lo hago"
- 5= Significa "Nunca lo hago"

INVENTARIO DE AFIRMATIVIDAD

DE GAMBILL Y KICHLEY.

Grado de incomodidad.		S i t u a c i ó n .	Probable respuesta.	
<u>C</u>	<u>E</u>		<u>C</u>	<u>E</u>
___	___	1R.-Rechazar la petición de prestar su automóvil (suponiendo que lo tuviera).	___	___
___	___	2A.-Elopier a un amigo.	___	___
___	___	3R.-Decir <u>no</u> a un vendedor insistente.	___	___
___	___	4A.-Pedir un favor a alguien.	___	___
___	___	5R.-Rechazar una invitación a una reunión.	___	___
___	___	6A.-Disculparse cuando se está en un error.	___	___
___	___	7R.-Pedir comprensión cuando se tiene miedo.	___	___
___	___	8R.-Decirle a un conocido íntimo que ha dicho algo que a Ud. le molesta.	___	___
___	___	9A.-Preguntar al tener una duda.	___	___
___	___	10A.-Admitir ignorancia en alguna área.	___	___
___	___	11R.-Rechazar una petición para prestar dinero (suponiendo que lo tuviera).	___	___
___	___	12A.-Preguntar cosas íntimas.	___	___
___	___	13R.-Challar a un amigo habléntelo.	___	___
___	___	14A.-Pedir una crítica constructiva.	___	___
___	___	15A.-Iniciar una conversación con extraños.	___	___
___	___	16A.-Elopier a una persona que a Ud. le interesa sentimentalmente.	___	___
___	___	17A.-Pedir una reunión o una cita con alguien.	___	___
___	___	18A.-Si una petición inicial suya es rechazada, volverle a pedir.	___	___

Grado de  
incomodidad.

Situación.

Probable  
respuesta.

<u>C</u>	<u>E</u>		<u>C</u>	<u>E</u>
___	___	19A.-Aceptar y pedir la aclaración sobre algo que no ha entendido.	___	___
___	___	20A.-Solicitar un empleo.	___	___
___	___	21A.-Preguntar si ha ofendido a alguien.	___	___
___	___	22A.-Decirle a una persona lo que Ud. necesita de ella.	___	___
___	___	23R.-Pedir el servicio comprado cuando éste no llega.	___	___
___	___	24R.-Discutir abiertamente las críticas que le hagan a su conducta.	___	___
___	___	25R.-Rechazar cosas defectuosas en tiendas, etc.	___	___
___	___	26A.-Expresar su desacuerdo con quien se habla.	___	___
___	___	27R.- <u>Rechazar</u> insinuaciones sexuales cuando no ha está interesado (a).	___	___
___	___	28R.-Decirle a una persona lo injusto que ha sido.	___	___
___	___	29A.-Aceptar una cita.	___	___
___	___	30A.-Dar a alguien buenas noticias sobre Ud.	___	___
___	___	31R.-Rechazar la insistencia para beber.	___	___
___	___	32R.-Resistir una petición injusta de alguien a quien Ud. estima.	___	___
___	___	33R.-Dejar un trabajo.	___	___
___	___	34R.-Resistir la insistencia para cambiar su opinión.	___	___



Grado de  
incomodidad.

S i t u a c i ó n .

Probable  
respuesta.

<u>C</u>	<u>E</u>		<u>C</u>	<u>E</u>
___	___	35R.-Discutir francamente las críticas que le hacen a su trabajo.	___	___
___	___	36A.-Solicitar el regreso de cosas que prestó.	___	___
___	___	37A.-Aceptar cumplidos y elogios.	___	___
___	___	38R.-Continuar conversando con alguien con quien no estamos de acuerdo.	___	___
___	___	39R.-Decir a un amigo o compañero de trabajo que ha hecho o dicho algo que a Ud. le molestó.	___	___
___	___	40R.-Pedir a una persona que le molesta en una situación pública, que deje de hacerlo.	___	___

